



Begründung

Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz - SeuchRNeuG)

Stand: 17. August 1999

Zu Artikel 1

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen

(Infektionsschutzgesetz - IfSG)

A. Allgemeiner Teil

1. Allgemeines

Seit der Jahrhundertwende wurden bedeutende Fortschritte bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten erzielt. In den Industrienationen wurden die Volksseuchen wie z.B. Cholera, Diphtherie oder Pocken nahezu oder völlig ausgerottet. Die Verbesserung des allgemeinen Lebensstandards, insbesondere der hygienischen Verhältnisse, der gezielte Einsatz wirksamer Schutzimpfungen und die Entwicklung potenter antibakterieller Wirkstoffe waren hierfür wichtige Faktoren. Aber auch staatliche Für- und Vorsorge für die Gesundheit der Bürger ließ zur Abwendung von Infektionsgefahren in Deutschland Strukturen eines öffentlichen Gesundheitswesens entstehen. Mitte der 2. Hälfte dieses Jahrhunderts galten Infektionskrankheiten nicht nur in Deutschland als besiegt oder zumindest als grundsätzlich besiegbare. Entsprechend verminderte sich nach den Erfolgen über die Nachkriegsseuchen wie Typhus, Ruhr, epidemische Hepatitis A oder Kinderlähmung und Tuberkulose auch der Stellenwert der infektionsepidemiologischen Überwachung der Infektionskrankheiten. Die Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland setzte in den vergangenen Jahrzehnten andere Prioritäten.

Das globale Bevölkerungswachstum, die hohe Mobilität der Menschen und die Migration großer Bevölkerungsgruppen führen jedoch dazu, dass sich alte Krankheitserreger auch in den Industriestaaten wieder ausbreiten können. Neu auftretende gefährliche Krankheitserreger können große Teile der Bevölkerung bedrohen. Das Auftreten und die Ausbreitung von AIDS ist hierfür ein erschreckendes Beispiel.

Zudem zeigt sich, dass Krankheitserreger zunehmend gegen Antibiotika resistent werden. Das Auftreten von Tuberkuloseerregern, die gegen die derzeit bei Tuberkulose eingesetzten antibakteriellen Wirkstoffe resistent sind, ist hierfür ein Beleg. Dabei wäre dies vermeidbar, wenn die Therapie weltweit sachgerecht und kontrolliert durchgeführt würde.

Die Fortschritte der Wissenschaft zeigen aber auch, dass viele Krankheiten, die man bisher nicht als erregerbedingt ansah, tatsächlich unmittelbar durch Krankheitserreger verursacht werden oder Krankheitserreger bei ihrer Entstehung wesentlich beteiligt sind. So spielen bei der Entwicklung des Gebärmutterhalskrebses bestimmte Viren eine entscheidende Rolle. Die Sterilität der Frauen ist zu einem Drittel durch Infektionen mit Chlamydien bedingt.

Es wird geschätzt, dass es sich bei 25 - 30 % aller Diagnosen und Behandlungen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland um Infektionskrankheiten oder infektiöse Komplikationen bei anderen Krankheiten handelt.

Auch muss damit gerechnet werden, dass immer neue aggressive Varianten von bekannten oder bislang unbekanntem Krankheitserregern, wie z.B. pathogene E. coli-Stämme (z.B. EHEC) oder auch HIV, auftreten, die eine Bedrohung für die Bevölkerung oder einzelne Bevölkerungsgruppen darstellen.

Das in seinen Grundsätzen im wesentlichen aus den 50er und 60er Jahren stammende Seuchenrecht bietet sowohl gesundheitspolitisch als auch nach Meinung der Fachleute keine ausreichende Grundlage für die allgemein als dringend notwendig angesehene Verbesserung der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten. Für die meisten Infektionskrankheiten liegen in Deutschland keine belastbaren Daten vor, die mit hinreichender Sicherheit erlauben, die Häufigkeit bestimmter Infektionskrankheiten, ihre Verteilung auf die verschiedenen Bevölkerungs- und Altersgruppen und die Ausbreitungstendenzen zu beschreiben. Diese sind aber die Grundvoraussetzung einer qualifizierten Politikberatung, einer rationalen und ökonomischen Planung von Präventionsmaßnahmen im Gesundheitswesen, einer effizienten Organisation der Bekämpfungsmaßnahmen und einer adäquaten Krankenversorgung.

Erst das Auftreten von AIDS und BSE, die Zunahme multiresistenter Erreger im Krankenhaus und die begründeten Befürchtungen vor anderen, noch nicht entdeckten oder zwar bekannten, aber in ihrem Virulenz- und Resistenzverhalten veränderten Erregern haben das öffentliche und wissenschaftliche Interesse an infektionsepidemiologischen Fragestellungen wieder geweckt.

Die Erfassung und Analyse infektionsepidemiologischer Daten ist in Deutschland bisher unzureichend geregelt. Der 3. Untersuchungsausschuss "HIV-Infektionen durch Blut und Blutprodukte" des 12. Deutschen Bundestages hat nachdrücklich auf "offenbar gewordene Strukturdefizite im Meldesystem und im Risikomanagement" bei der frühzeitigen Erkennung übertragbarer Krankheiten hingewiesen, die zu vermeidbaren HIV-Infektionen über Blut und Blutprodukte geführt haben. Er hat gefordert, dass zukünftig sichergestellt werden muss, dass Risikosignale schneller erkannt und unverzüglich Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung getroffen werden.

Für den Bereich des Transfusionswesens trat 1998 das Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens in Kraft. Der darüber hinausgehende Handlungsbedarf zur Verhinderung übertragbarer Krankheiten macht eine Aktualisierung und Modernisierung der seuchenrechtlichen Bestimmungen sowie Wiederbelebung der klassischen Aufgabenfelder des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erforderlich. Der Wandel gesundheitspolitischer und sozialer Bedingungen zwingt dazu, die Rolle des ÖGD im gesundheitlichen Versorgungssystem neu zu überdenken; dies nicht nur auf Länderebene. Priorität hat dabei insbesondere der Auf- und Ausbau eines infektionsepidemiologischen Informationssystems von der Ärzteschaft über die zuständigen Landesbehörden bis auf Bundesebene sowie zurück an die Basis medizinischer Versorgung.

Der Entwurf des Infektionsschutzgesetzes trägt den neuen Erkenntnissen und Entwicklungen Rechnung. Er stellt eine umfassende Reform der bisherigen gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten dar. Neben dem Erkennen und Bekämpfen von Infektionskrankheiten wird die Prävention übertragbarer Krankheiten insbesondere durch die Verbesserung der Infektionsepidemiologie zum Leitgedanken des neuen Gesetzes.

Maßgebende Bedeutung für den Schutz der Bevölkerung erhalten Meldungen über Infektionskrankheiten erst durch ihre Zusammenführung und epidemiologische Analyse. Dieser wichtige Aspekt für zeitnahe und effektive Interventionsmaßnahmen ist durch eine länderübergreifende Surveillance übertragbarer Krankheiten im Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) nicht geregelt.

Der 3. Untersuchungsausschuß "HIV-Infektionen durch Blut und Blutprodukte" des 12. Deutschen Bundestages hat 1994 bekräftigt, dass eine den amerikanischen Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vergleichbare Institution einen erheblichen Beitrag zur Erkennung und Erfassung von Infektionen leisten könnte. Durch aufsuchende Epidemiologie und die zeitnahe wissenschaftliche Analyse und Bewertung erhobener infektionsepidemiologischer Daten können die für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten relevanten Informationen kontinuierlich aus allen einschlägigen Bereichen zusammengeführt, defizitäre Bereiche erkannt und fehlende Informationen gezielt ermittelt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im gleichen Jahr eine erste Konsequenz gezogen und am Robert Koch-Institut (RKI) einen Fachbereich "Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum, Hygiene" eingerichtet. Das 1987 aus der aktuellen Situation am damaligen Bundesgesundheitsamt als eigene Organisationseinheit eingerichtete AIDS-Zentrum mit seiner infektionsepidemiologischen Expertise wurde integriert. Seitdem entwickelte dieser Fachbereich über HIV/AIDS hinausgehend verstärkt infektionsepidemiologische Ansätze auch zu anderen Themenfeldern. Die beim RKI vorhandenen Kapazitäten sind jedoch nicht ausreichend. Auch der Wissenschaftsrat hat anlässlich der Evaluierung der Forschung am RKI 1997 festgestellt, dass "die epidemiologische Basis für die Planung von Erhebungen und deren Auswertung fehlt". Es erscheine ausgeschlossen, dass das Institut mit der vorhandenen Kapazität die vom Gesetzgeber 1994 im Gesetz über die Neuordnung zentraler Einrichtungen des Gesundheitswesens (GNG) gestellten Aufgaben ausfüllen könne. Eine wissenschaftlich geprägte Leiteinrichtung mit gesundheitspolitisch definiertem, fachübergreifenden Auftrag, die den US-Amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) entspräche, gäbe es in Deutschland derzeit nicht. Es fehle eine Einrichtung, die einerseits Ansprechpartner für staatliche Instanzen sowie die Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens ist und andererseits Kooperationspartner für wissenschaftliche Einrichtungen im Sinne eines Knotenpunktes in einem Netzwerk wissenschaftlicher Referenz- und Kompetenzzentren mit sinnvoller Arbeitsteilung.

Künftig soll das RKI für die zentrale Koordinierung der Datenerhebung, Analyse und Bewertung übertragbarer Krankheiten zuständig sein. Es soll ein epidemiologisches Informationsnetz auf Bundesebene aufbauen, die Länder beraten und länderübergreifende Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten koordinieren. Ausschlaggebend für eine effiziente Surveillance und wirksame Maßnahmen der Krankheitsverhütung sind aber zeitgemäße Länderstrukturen, die die lokale Koordinierung der Krankheitsüberwachung, der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung wahrnehmen.

Wesentliche Voraussetzung für die epidemiologische Basis ist die Weiterentwicklung des Meldewesens auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten. Insofern hat dessen Neuordnung nach diesem Gesetz überragende Bedeutung für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Auf der Grundlage eines qualitativ verbesserten Informationssystems zeitnah zum Ereignis können Interventionsmaßnahmen gezielt frühzeitig eingeleitet werden. Die fachliche Analyse und Bewertung der auf Bundesebene erhobenen Informationen kann darüber hinaus als Basis für eine Geschäftsstatistik dienen, die für die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Deutschland und im internationalen Informationsaustausch evaluierte Daten liefert. Ein Datenaustausch auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten innerhalb der Europäischen Union ist durch die Entscheidung 2119/98 EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 24. September 1998 über die Schaffung eines Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der Gemeinschaft (Abl. EG Nr. L 268/1) geregelt und muss nunmehr von den Mitgliedstaaten umgesetzt werden.

Die bisherigen jährlich durchgeführten Bundesstatistiken nach §§ 5a BSeuchG und 11a

GeschlKG:

- Tuberkulose-Statistik,
- Statistik der Geschlechtskrankheiten,
- Statistik sonstiger meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten,

werden nicht nur mit einem großen zeitlichen Abstand zum Erkennungszeitraum veröffentlicht, sie sind auch in Qualität und Umfang für eine aussagekräftige epidemiologische Analyse nur von sehr eingeschränktem Wert; zur Erkennung aktueller Ereignisse oder schnell ablaufender Entwicklungen im Sinne eines Frühwarnsystems sind sie ungeeignet.

Die Notwendigkeit einer bundesstaatlichen Institution für die Überwachung der Aus- und Verbreitung übertragbarer Krankheiten (Surveillance), die Infektionskrankheiten bundesweit nach einheitlichen Kriterien fortlaufend erfasst und eine zeitnahe Analyse der erhobenen Daten vornimmt als Grundlage für die Entwicklung rationaler Präventionsstrategien und anderer gesundheitspolitisch erforderlicher Maßnahmen, ist im nationalen wie internationalen Kontext evident. Auch zur Erfüllung gesundheitspolitischer Forderungen von Bundestag, zuständigen Bundesministerien, Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Europäischer Kommission, WHO, G 8 u.a. internationaler Organisationen sowie wissenschaftlicher Fachgesellschaften und anderer Expertengremien einschließlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist eine zentrale Koordinierungsstelle erforderlich.

Daneben hat das RKI im Rahmen des IfSG den Auftrag, als zentrale Einrichtung des Bundes für den Bereich der öffentlichen Gesundheit wissenschaftliche Grundlagen für gesetzgeberisches und länderübergreifendes administratives Handeln zur Verfügung zu stellen. Vorrangige Aufgaben liegen in der wissenschaftlichen Untersuchung, der epidemiologischen und der medizinischen Analyse und Bewertung von Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad und hoher gesundheitspolitischer Bedeutung.

Neben spezifischen Maßnahmen der Infektions- oder Krankheitsverhütung kommt der Aufklärung über Infektionsgefahren und Wege ihrer Vermeidung einschließlich des Nutzens der Impfprävention eine herausragende Rolle zu. Mit dem Infektionsschutzgesetz wird erstmals die Verpflichtung zur Information und Aufklärung als ein wichtiger Teil der Prävention von Infektionskrankheiten benannt.

Bei sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose wird dem Gesundheitsamt neben der Beratung auch eine Behandlungsbefugnis im Einzelfall eingeräumt. Erfahrungen aus der erfolgreichen AIDS-Aufklärung und -Verhütung sind beispielgebend für die Prävention von Geschlechtskrankheiten und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten insgesamt.

Auch auf dem Gebiet der nosokomialen Infektionen im Rahmen medizinischer Behandlungsmaßnahmen besteht Regelungsbedarf. Die Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren werden verpflichtet, dort erworbene nosokomiale Infektionen sowie bestimmte Resistenzen von Erregern zu erfassen. Damit sollen das eigenverantwortliche Qualitätsmanagement gefördert und gezielte Interventionsmaßnahmen zur Verminderung nosokomialer Infektionen erleichtert werden. Die Gesundheitsämter werden darüber hinaus ermächtigt, Zahnarztpraxen, Arztpraxen und Praxen sonstiger Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sowie Einrichtungen und Gewerbe, in denen Tätigkeiten am Menschen vorgenommen werden, bei denen die Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern besteht, infektionshygienisch überprüfen zu können.

Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen eine größere Effizienz erreichen. Auf zahlreiche ineffiziente Gesundheitsuntersuchungen in Wirtschaft und Verwaltung kann verzichtet werden. Die Stärkung der Eigenverantwortung von Personen in infektionsgefährdeten Bereichen soll durch Information und Aufklärung

gefördert werden. Auf bislang gesetzlich geforderte Erstuntersuchungen für Personen, die Tätigkeiten in Schulen, sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich ausüben, wird grundsätzlich zugunsten einer zweckgerichteten Belehrung verzichtet. Dies entspricht dem Prinzip, bei Stärkung und Förderung der Sachkunde des Einzelnen Kontrollen nur dort zu fordern, wo sie notwendig und sinnvoll sind.

Die Regelungen für Tätigkeiten mit Krankheitserregern sind neu strukturiert und neuen Erfordernissen angepasst worden. Es wird künftig zwischen personenbezogener Erlaubnis und tätigkeitsbezogener Anzeigepflicht unterschieden. Dadurch wird sichergestellt, dass die zuständige Überwachungsbehörde ausreichend Informationen erhält, um ihren Kontrollaufgaben nachkommen zu können.

Zur Eindämmung von Infektionsrisiken durch Gesundheitsschädlinge werden die zuständigen Länderbehörden wie bisher ermächtigt, Regelungen gegen das Auftreten, die Vermehrung und Verbreitung zu treffen. Diese Problematik bedarf auch künftig hoher Aufmerksamkeit, zumal sich auch bei Gesundheitsschädlingen die Empfindlichkeiten gegenüber Bekämpfungsmitteln ändern und Vektor-Insektizidresistenzen beobachtet werden.

Soweit die Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes Mittel erfassen, die zu Produktarten im Sinne der Richtlinie 98/8/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 16. Februar 1998 über das Inverkehrbringen von Biozid-Produkten gehören - wie insbesondere in § 17 Abs. 5 Satz 3 Nr. 3 Buchstabe c, § 18 und § 38 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sowie Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 - sind die Vorschriften dieser Richtlinie zu beachten. Beim Erlass der zur Umsetzung der Richtlinie erforderlichen gesetzlichen Regelungen ist insoweit eine Anpassung des Infektionsschutzgesetzes an diese Regelungen erforderlich, um Doppelprüfungen zu vermeiden. Soweit es sich um Belange des Seuchenschutzes handelt, sind zusätzliche Prüfungen auf Wirksamkeit (Tilgungsprinzip) zu ermöglichen.

Die Entschädigungsregelungen und Strafvorschriften wurden entsprechend angepasst.

Die Reform der seuchenrechtlichen Vorschriften erfordert umfassende, auch strukturelle Änderungen gegenüber dem BSeuchG, Geschlechtskrankheitengesetz (GeschlKrG) und mehreren Verordnungen. Mit dem Entwurf des neuen Infektionsschutzgesetzes werden sie zu einem einheitlichen und neu strukturierten Gesetz zusammengefasst.

Die Zuständigkeit des Bundes zum Erlass eines Infektionsschutzgesetzes ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes, wonach der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten hat. Eine bundesrechtliche Regelung des Infektionsschutzrechts ist auch erforderlich im Sinne des Art. 72 Abs. 2 des Grundgesetzes. Das Ziel, durch die Regelung eine effektive Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu ermöglichen, kann nur erreicht werden, wenn im gesamten Bundesgebiet einheitliche Regelungen zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten gelten. Bei einer landesrechtlichen Regelung des Infektionsschutzrechts könnten bei unterschiedlicher Ausgestaltung bzw. Nichtregelung je nach Land effektive Schutzmaßnahmen gegen übertragbare Krankheiten nicht ergriffen werden. Dies gilt auch für die oben dargestellten Änderungen der bisherigen bundesgesetzlichen Regelungen zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten. Ein entsprechendes Bundesgesetz ist daher zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet erforderlich.

2. Kosten

Das Gesetz wird voraussichtlich zu folgenden finanziellen Auswirkungen führen:

Kosten der öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

a) Bund

Für den Bund fallen keine Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand an.

b) Länder

Die Entschädigungsregelungen des BSeuchG bei gesetzlichen Tätigkeitsverboten (§§ 49 ff. BSeuchG) und bei Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen (§§ 51 ff. BSeuchG) werden im wesentlichen in das IfSG übernommen (§§ 56 ff. und §§ 60 ff.). An dem Kostenaufwand ändert sich insoweit nichts. Zu Impfschäden wird auf die Begründung zu § 60 verwiesen.

Die Kosten der systematischen Gleichstellung von Schäden durch andere öffentlich empfohlene Maßnahmen spezifischer Prophylaxe mit Impfschäden (§§ 60 ff.) können im einzelnen nicht quantifiziert werden; allerdings dürften diese Kosten bei der passiven Immunprophylaxe (Immunglobuline) und anderer gemäß § 20 Abs. 3 empfohlener medikamentöser Infektionsprophylaxe (z. B. Rifampicin-Prophylaxe bei Meningokokken-Infektion) gering sein, da bei diesen Arzneimitteln kaum Gesundheitsschäden bekannt sind. Darüber hinaus geht nach § 63 Abs. 4 der gegen Dritte bestehende gesetzliche Schadenersatzanspruch (z. B. Arzneimittelgesetz -AMG, Bürgerliches Gesetzbuch-BGB) auf das zur Gewährung der Leistungen nach diesem Gesetz verpflichtete Land über, so dass diese Kosten nur subsidiär anfallen.

Die Kosten für die Untersuchung und Behandlung bei sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose in Gesundheitsämtern (§ 19 Abs. 2) werden wie bisher (vgl. auch § 22 GeschlKrG) grundsätzlich von den zuständigen Trägern der Krankenversicherung getragen. Im Übrigen kommt die Erstattung aus öffentlichen Mitteln erst nachrangig in Betracht.

Die Kosten der Entschädigung bei behördlichen Maßnahmen (§ 65 i. V. m. §§ 16, 17) entsprechen im wesentlichen dem bisherigen Aufwand nach § 57 BSeuchG.

2. Vollzugaufwand

a) Bund

Maßgebende Bedeutung für den Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten hat der Aufbau von Strukturen eines infektionsepidemiologischen Informations- und Kooperationsnetzwerks, die auf Bundesebene die Zusammenführung epidemiologischer Daten, deren wissenschaftliche Analyse sowie zielgerichtete Interventionsmaßnahmen auf Bundes-, Landes- und gegebenenfalls EU-Ebene ermöglichen.

Während in anderen Ländern, insbesondere in den USA, Großbritannien und in den skandinavischen Staaten, derartige Strukturen in den vergangenen Jahrzehnten systematisch aus- bzw. aufgebaut wurden (Beispiel: die US-amerikanischen CDC), besteht in der Bundesrepublik Deutschland, einem Land, das mit Robert Koch und seinen Schülern auf diesem Gebiet einmal weltweit führend war, inzwischen ein erheblicher Nachholbedarf. Infektionsepidemiologische Analysen wurden vielfach nicht mehr für erforderlich gehalten, entsprechendes Fachwissen ging verloren. Mit den Regelungen dieses Gesetzes wird ein Neuaufbau der Infektionsepidemiologie eingeleitet, der nunmehr auch wegen der Umsetzung europäischen Rechts erforderlich geworden ist:

Das Europäische Parlament und der Rat haben mit der Entscheidung Nr. 2119/98/EG vom 24. September 1998 die Schaffung eines Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der Gemeinschaft beschlossen, die am 03. Januar 1999 in Kraft getreten ist. Nach Artikel 4 der Entscheidung sind umfangreiche Beobachtungs-, Koordinierungs- und Mitteilungsverpflichtungen zu erfüllen.

Der Ausbau der Infektionsepidemiologie und die Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen des Europäischen Netzwerkes sollen am Robert Koch-Institut unter Einbringung dort in Ansätzen vorhandener Ressourcen institutionalisiert werden und werden im Personal- und Sachbereich zu Mehrkosten führen.

Mittelbedarf

Für den Vollzug des IfSG wird der beim Bund entstehende Gesamtaufwand auf insgesamt 81, 5 Personalstellen geschätzt. Hinzu kommen laufende jährliche Sachausgaben von 700.000 DM p.a. und einmalige Kosten in Höhe von 810 000 DM.

Der Mehraufwand fällt beim RKI an.

Die vom Wissenschaftsrat unterstützte und zum 1. Juli 1998 umgesetzte Umstrukturierung und Neukonzeption des RKI (mit einer Konzentration der Aufgaben) führt dazu, dass ein nicht unerheblicher Teil des zusätzlichen Aufwands institutsintern abgedeckt werden kann. Über den nicht abzudeckenden Teil des Personalaufwands muss ebenso wie über die Sachkosten im Rahmen der künftigen Haushaltsberatungen entschieden werden.

b) Länder

Meldungen nach §§ 6-12

Es ist damit zu rechnen, dass bei den Gesundheitsämtern durch das neue Meldeverfahren anfänglich Mehrkosten entstehen, die jedoch durch den Einsatz moderner Datenverarbeitung aufgefangen werden können.

Bei Meldungen von Krankheiten nach § 6 sind kaum Mehrkosten zu erwarten, da

- **die Anzahl der von den Ärzten zu meldenden Krankheiten im Verhältnis zu den bisherigen Regelungen in BSeuchG und GeschIKrG erheblich reduziert wird und**
- **nur bei wenigen der in § 6 aufgeführten Krankheiten davon auszugehen ist, dass ein größerer Anfall von Meldungen entsteht.**

Soweit aufgrund einer angestrebten verbesserten Meldemoral die damit verbundenen Kosten für die Meldungen und die Verarbeitung der Daten in den Gesundheitsämtern in begrenztem Umfang steigen, ist darauf hinzuweisen, dass die rechtliche Verpflichtung zur Meldung der Ärzte an das Gesundheitsamt bereits nach der alten Rechtslage - sogar in größerem Umfang - besteht. Soweit mehr Angaben in den Meldungen gefordert werden, ist zu beachten, dass damit die Gesundheitsämter von Ermittlungstätigkeiten entlastet werden.

Geringe Mehrkosten durch die Meldungen von Krankheitserregern (§ 7) werden aufgrund des differenzierten Meldekatalogs entstehen. Eine Verpflichtung der Laboratorien zur Meldung von Befunden, die auf eine übertragbare Krankheit hinweisen, besteht bereits nach dem BSeuchG. Der Meldekatalog erweckt zwar auf Grund der Differenzierung den Eindruck einer erheblichen Erweiterung, ist aber gegenüber dem BSeuchG lediglich um drei neue Tatbestände (Adenoviren, Legionella, Masernvirus) ergänzt worden.

Für Meldungen der Gesundheitsämter an die Obersten Landesgesundheitsbehörden und von dort an das Robert Koch-Institut (§ 11) dürften keine messbaren Mehrkosten zu erwarten sein, da bereits aufgrund des GMK-Beschlusses von 1991 auf freiwilliger Grundlage im Rahmen des infektionsepidemiologischen Dienstes von den Obersten Landesgesundheitsbehörden Meldungen nach BSeuchG und GeschIKrG sowie auf Grund der Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht auf die humanen spongiformen Enzephalopathien (HSEV), der Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 3 des Bundes-Seuchengesetzes auf das enteropathische hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) und die Infektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) sowie der Internationalen Gesundheitsvorschriften und von

Vereinbarungen mit der WHO stattfinden. Hinzu kommt, dass durch die Einführung geeigneter Datenträger eine Rationalisierung erfolgen wird.

Zur Höhe der Kosten können keine Aussagen gemacht werden, da eine Aufwandsentschädigung sich nach Landesrecht bestimmt. Aufgrund der Differenzierung der meldepflichtigen Tatbestände könnte mit etwa 500.000 Meldungen gegenüber bisher 300.000 geschätzten Meldungen zu rechnen sein.

Erhebungen nach § 14

Aussagen über Kosten der vom Land durchgeführten Sentinel-Erhebungen können nicht gemacht werden, da sie nach Bedarf und epidemiologischer Lage durchzuführen und im Umfang unterschiedlich sind. Im Übrigen ist es den Ländern freigestellt, Sentinel-Erhebungen durchzuführen (§14 Satz 2).

Ermittlungen nach §§ 25, 26

Mehrausgaben sind hier nicht zu erwarten, da die Ermittlungen bereits nach den bisherigen Vorschriften durchzuführen sind und der Umfang durch präzisere Angaben in den Meldungen reduziert wird.

Schutzmaßnahmen nach §§ 29, 30

Mehrausgaben sind hier nicht zu erwarten, da die Schutzmaßnahmen bereits nach den bisherigen Vorschriften durchzuführen sind und der Umfang nicht verändert wird.

Schutzimpfungen in den Gesundheitsämtern nach § 20 Abs. 5

Mehrausgaben sind hier kaum zu erwarten, da die Durchführung unentgeltlicher Schutzimpfungen durch die Gesundheitsämter bereits der gegenwärtigen Rechtslage entspricht und der Umfang lediglich hinsichtlich der Aufnahme anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe verändert wird.

Kosten von Maßnahmen nach §§ 16, 17

Mehrausgaben sind hier nicht zu erwarten, da die Maßnahmen bereits nach den bisherigen Vorschriften durchzuführen sind und der Umfang nur geringfügig verändert wird.

Sonstige Maßnahmen

Für Aufklärung über Schutzimpfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (§ 20) sowie die allgemeine Aufklärung über Gefahren übertragbarer Krankheiten (§ 3) sind Mittel bereitzustellen, die derzeit nach dem Umfang nicht bestimmt werden können.

Beratungen über sexuell übertragbare Krankheiten (§ 19) dürften keine nennenswerten Mehrkosten verursachen, da die Gesundheitsämter nach den Vorschriften des GeschIKrG bereits nach derzeitiger Rechtslage über die dort genannten Krankheiten zu beraten haben und davon auszugehen ist, dass bezüglich neu hinzugekommener sexuell übertragbarer Krankheiten (z. B. AIDS) ebenfalls bereits eine Beratung stattfindet. Durch die Erweiterung der Beratungstätigkeit auf Tuberkulose sind keine nennenswerten Mehrkosten zu erwarten, da die Bekämpfung der Tuberkulose bereits jetzt zu den Aufgaben der Gesundheitsämter gehört.

§ 35 sieht nunmehr eine Belehrung von Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen anstatt der Röntgenaufnahme und der intrakutanen Tuberkulinprobe vor, die die §§ 47 und 48 BSeuchG für den dort angeführten Personenkreis bisher fordern. Damit entfallen auf der Basis der Erhebungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, in der 300 Gesundheitsämter befragt wurden, schätzungsweise allein Tuberkulintestungen für hochgerechnet ca. 100.000 Personen

pro Jahr bundesweit, was zu einer entsprechenden Entlastung in den Haushalten der Gesundheitsämter bzw. der öffentlichen Dienstherren bzw. der Arbeitgeber führt, die die Kosten zu tragen haben. Legt man den Einzelsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus 1997 für eine Röntgenaufnahme (20,52 DM) und einen Tuberkulintest (10,49 DM) zugrunde, so entstünden Einsparungen von insgesamt 3 Millionen DM jährlich. Zwar liegen zu den durchgeführten Röntgenuntersuchungen keine erhobenen Zahlen vor, Röntgenuntersuchungen sind jedoch gesetzlich in den §§ 47 und 48 BSeuchG parallel zu den Tuberkulintests durchzuführen.

Weitere künftig entfallende Tuberkulintests, etwa bei Kindergarten- oder Schulkindern, können zu Einsparungen bei den Trägern der jeweiligen Einrichtungen führen, die jedoch nicht im einzelnen zu beziffern sind, da diese Untersuchungen gesetzlich nicht zwingend vorgeschrieben sind und in den Ländern unterschiedlich gehandhabt werden. Auf der Basis der o.g. Erhebung wird geschätzt, dass bis zu 135.000 Tuberkulintests mit Kosten von insgesamt 1,4 Millionen DM zukünftig entfallen können.

Die in § 34 Absatz 11 vorgesehene Erhebung des Impfstatus bei der Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule durch das Gesundheitsamt oder den von ihm beauftragten Arzt wird keine nennenswerten Kosten verursachen und ist bereits jetzt weitgehend Praxis.

Etwaige Einnahmeausfälle der Gesundheitsämter durch entfallene Untersuchungsgebühren werden durch Entlastung bei Sach- und Personalkosten aufgefangen.

Die in § 36 Abs. 1 gegenüber § 48a BSeuchG vorgesehene Erweiterung der Überwachung für dort genannte Einrichtungen (Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken) dürfte keine nennenswerten Mehrkosten verursachen. Die im Übrigen in § 36 Abs. 1 genannte Auflistung dient der Spezifizierung des Begriffes "Massenunterkunft" des BSeuchG und beinhaltet keine Erweiterung.

Die Ausgaben der in § 36 Abs. 2 eingeführten Überwachungsmöglichkeit für die dort genannten Praxen und Einrichtungen können nicht ermittelt werden, da die Kosten vom tatsächlichen Umfang der Überwachung abhängig sind und in den meisten Ländern bereits jetzt teilweise Überwachungen nach anderen Vorschriften (Hygieneverordnungen, Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst) möglich sind.

Die Ausgaben für die nach § 36 Abs. 4 anfallenden Röntgenuntersuchungen fallen bereits jetzt zum Teil an; der durch die Regelung verursachte Mehraufwand wird voraussichtlich durch den Wegfall gesetzlich vorgeschriebener anderer Röntgenuntersuchungen und Wegfall notwendiger Folgekosten durch Verhinderung von weiteren Lungentuberkulosen kompensiert werden.

Der Ersatz der nach § 18 BSeuchG in Gesundheitsämtern durchgeführten Untersuchungen durch die nunmehr in § 43 vorgesehenen Belehrungen dürfte für die Länder kostenneutral sein. Unterstellt man, dass die entsprechenden Gebühren grundsätzlich kostendeckend ausgelegt sind, steht dem entfallenen Aufwand der Untersuchungen ein im gleichen Verhältnis verringerter Gebührenaufschlag gegenüber. Für die erstmalige Belehrung durch das Gesundheitsamt können ebenfalls kostendeckende Gebühren erhoben werden.

Da Regelungen über den Einsatz von Hygienefachpersonal (§ 23) dem Erlass einer Rechtsverordnung vorbehalten bleiben, können durch das Gesetz keine unmittelbaren Mehrkosten entstehen. Für finanzielle Auswirkungen auf öffentliche Krankenhausträger ergeben sich daher derzeit keine Anhaltspunkte.

Sonstige Kosten

1. Kosten für die Wirtschaft

Es ist damit zu rechnen, dass in personalintensiven Bereichen der Wirtschaft spürbare Erleichterungen auftreten.

Einsparungen für die Wirtschaft sind durch verbesserte Prävention und frühzeitige Erkennung von Infektionsquellen infolge verbesserter Meldewege und damit verbundener rechtzeitig eingeleiteter Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen einschließlich der Aufklärung, die keinen oder einen kürzeren Krankheitsverlauf erwarten lassen, wahrscheinlich, aber derzeit nicht abschätzbar.

Durch gezieltere Bekämpfung nosokomialer Infektionen aufgrund verbesserter Krankenhaushygiene ist ebenfalls damit zu rechnen, dass sich die Kosten für Lohnfortzahlung verringern lassen. Bezüglich der Anzahl der betroffenen Patienten, die von nosokomialen Infektionen betroffen sind, und den dabei entstehenden Kosten wird auf die Vorbemerkungen zu § 23 in der Begründung verwiesen. Die Dokumentation von nosokomialen Infektionen dürfte nach Erfahrungen des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene für die Einrichtungen nur geringe Mehrkosten verursachen.

Durch den Wegfall der Röntgenaufnahme und der intrakutanen Tuberkulinprobe, die nach den §§ 47 und 48 BSeuchG erforderlich sind, entfallen für die privaten Arbeitgeber die entsprechenden Kosten (vgl. Ausführungen zu sonstigen Maßnahmen, § 35).

Die Kosten der Belehrung (§ 35) für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen nach § 34 dürften kaum ins Gewicht fallen.

Durch den Wegfall der nach § 18 BSeuchG vorgeschriebenen Untersuchungen (Stuhluntersuchungen, Abstriche, serologische Untersuchungen, Röntgen; vgl. zur Anzahl der Untersuchungen die Vorbemerkungen in der Begründung zu § 43) ist zu vermuten, dass erhebliche Entlastungen der Arbeitgeber eintreten werden. Nach GOÄ belaufen sich die Kosten für die Untersuchung einer Person derzeit auf rund 80 DM. Legt man die Untersuchungszahlen von 216000 Stuhlproben in Baden-Württemberg aus 1991 zugrunde, so könnte sich eine Anzahl von bundesweit rund 1.600.000 anfallenden Untersuchungen ergeben und damit verbundene Kosteneinsparungen von mindestens 128.000.000 DM jährlich. Durch die Belehrungen nach § 43 Abs. 4 durch den Arbeitgeber werden keine nennenswerten Mehrkosten entstehen, insbesondere wenn davon ausgegangen wird, dass sie mit anderen gesetzlich vorgeschriebenen Schulungen, wie z.B. nach § 4 der Lebensmittelhygieneverordnung, verbunden werden.

Die Neuordnung der Vorschriften über Tätigkeiten mit Krankheitserregern (§ 44 ff.) wird vermutlich kostenneutral sein, da im Rahmen der Anzeigepflicht nach § 49 auf Angaben in einem anderen durch Bundesrecht geregelten Verfahren Bezug genommen werden kann, weiterhin die Tatbestände für die Erlaubnisbefreiung spezifiziert wurden und im Übrigen die an Privatpersonen erteilten Erlaubnisse weitergelten (§ 77).

2. Kosten für die Sozialversicherung

Die unter 1. genannten Aussagen gelten sinngemäß auch für die gesetzlichen Kranken- und - soweit betroffen - Rentenversicherungsträger in entsprechendem Umfang.

3. Allgemeine Auswirkungen

Wie und in welchem Umfang sich die Entlastung der Wirtschaft auf Einzelpreise und das allgemeine Preisniveau auswirken wird, kann noch nicht übersehen werden.

B. Einzelbegründungen

1. Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

Zu § 1

Zweck des Gesetzes

Zu Absatz 1

Zweck dieses Gesetzes ist es, Leben und Gesundheit des Einzelnen wie der Gemeinschaft vor den Gefahren durch Infektionskrankheiten zu schützen. Die Mittel und Wege zur Erreichung dieses Zweckes werden im Gesetz geregelt.

Es werden die wesentlichen Elemente zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten genannt: Vorbeugung, frühzeitige Erkennung von Infektionen und Verhinderung der Weiterverbreitung.

Die Prävention einer Infektion ist die wirksamste, kostengünstigste und damit wichtigste Maßnahme zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten. Maßnahmen der Vorbeugung reichen von Aufklärung und Information der Bevölkerung, persönlicher Hygiene, dem Aufbau und Erhalt eines ausreichenden Impfschutzes bis zu besonderen Präventionsmaßnahmen in Lebensmittel- und anderen Bereichen einschließlich Gemeinschaftseinrichtungen.

Ohne ein frühzeitiges Erkennen des Auftretens und der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten können Maßnahmen der Vorbeugung nicht ausreichend und gezielt geplant und die Weiterverbreitung der Krankheitserreger nicht wirksam verhindert werden. Erkennen umfasst die ärztliche oder labormedizinische Diagnose, die Veranlassung antiepidemischer Maßnahmen im Einzelfall, die Übermittlung der diagnostischen Beobachtungen an koordinierende Stellen sowie die Analyse und Bewertung dieser Meldungen. Alle verfügbaren Erkenntnisse über Auftreten und Ausbreitung übertragbarer Krankheiten sowie über Eigenschaften der Krankheitserreger müssen für gesundheitspolitische Konzepte der Prävention und effektive Bekämpfungsmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung genutzt werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 macht deutlich, dass der Schutz vor Infektionen und die Verhinderung ihrer Weiterverbreitung insbesondere davon abhängt, dass die Anstrengungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes - dazu gehören insbesondere Gesundheitsämter und Medizinaluntersuchungsämter -, der niedergelassenen Ärzte aller Fachrichtungen, Krankenhäuser, wissenschaftlicher Einrichtungen und sonstiger Beteiligten durch das eigenverantwortliche Handeln einzelner im Gesetz genannter Personengruppen ergänzt und unterstützt werden. Ein wichtiger Zweck des Gesetzes ist es, die Regeln für eine organisierte, effektive und vertrauensvolle Zusammenarbeit festzulegen.

Zu § 2

Begriffsbestimmungen

Die in den §§ 1 und 2 BSeuchG enthaltenen Begriffsbestimmungen werden nunmehr in einer Vorschrift zusammengefasst, aktualisiert und um zusätzliche Begriffsbestimmungen ergänzt. Damit soll die Verständlichkeit und Anwendung der Vorschriften erleichtert werden.

Nummer 1

Die Legaldefinition des "Krankheitserregers" wurde neu aufgenommen. Der Klammerausdruck ist als abschließende Erklärung des Begriffs "Agens" anzusehen. Der Begriff soll nur solche Agenzien und Organismen erfassen, die beim gesunden, nicht abwehrgeschwächten Menschen zu einer übertragbaren Krankheit führen können. Für den Menschen nicht oder nur fakultativ pathogene Mikroorganismen werden demnach von der Definition nicht erfasst. Wegen der fehlenden eindeutigen wissenschaftlichen Klärung der Natur des mit den humanen spongiformen Enzephalopathien assoziierten Agens wird deren biologisches transmissibles

Agens im Gesetz aufgenommen.

Nummer 2

Die Verhinderung der Infektion ist ein vorrangiges Ziel der Prävention übertragbarer Krankheiten. Diese Legaldefinition berücksichtigt die Tatsache, dass nicht in jedem Fall die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Vermehrung zu einer Krankheit führt, infizierte Personen jedoch gleichwohl den aufgenommenen Krankheitserreger weiterverbreiten können.

Nummer 3

Die Legaldefinition der "übertragbaren Krankheit" nimmt die Definition des § 1 BSeuchG auf. Zur Klarstellung werden neben den Krankheitserregern auch die von Krankheitserregern freigesetzten toxischen Produkte als Krankheitsursache genannt, da bei einigen Infektionskrankheiten nicht die Krankheitserreger selbst, sondern die von ihnen produzierten toxischen Substanzen die Ursache der Erkrankung sind. Als Beispiel kann die Lebensmittelvergiftung durch Botulinus-Toxin genannt werden.

Nummer 4

Die Legaldefinition des Begriffes "Kranker" entspricht inhaltlich § 2 Nr. 1 BSeuchG.

Nummer 5

Die Legaldefinition des Begriffes "Krankheitsverdächtiger" entspricht im wesentlichen § 2 Nr. 2 BSeuchG; der Begriff "Erscheinungen" wird durch den zeitgemäßerer Ausdruck "Symptome" ersetzt.

Nummer 6

Die Legaldefinition des Begriffes "Ausscheider" entspricht im wesentlichen § 2 Nr. 4 BSeuchG. Durch den Zusatz "...und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann" erfolgt eine Abgrenzung von solchen Trägern von Krankheitserregern (z.B. von Hepatitis-B-Virus), die die in ihrer Blutbahn zirkulierenden Krankheitserreger grundsätzlich nur unter besonderen Voraussetzungen, die nicht den allgemeinen sozialen Kontakten entsprechen, an Dritte weitergeben können, zum Beispiel durch Geschlechtsverkehr, Bluttransfusion u. a. Blutkontakten.

Auf die Definition von "ausscheidungsverdächtig" (§ 2 Nr. 5 BSeuchG) wird verzichtet, da eine sinnvolle Abgrenzung zu "ansteckungsverdächtig" nicht möglich ist und daher der Begriff "ausscheidungsverdächtig" in diesem Gesetz nicht mehr verwendet wird.

Nummer 7

Die Legaldefinition des Begriffes "Ansteckungsverdächtiger" entspricht inhaltlich § 2 Nr. 3 BSeuchG.

Nummer 8

Die Legaldefinition des Begriffes "nosokomiale Infektion" wird neu aufgenommen. Die Infektion kann durch endogene oder exogene Erreger hervorgerufen worden sein. Unter dem Begriff Erreger sind hier neben den unter Nr. 1 beschriebenen Krankheitserregern auch fakultativ pathogene Mikroorganismen zu verstehen. Infektionen, die während der medizinischen Behandlung erworben worden sind und erst nach Abschluss der Behandlung evident werden, werden auch erfasst. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausweitungen von bereits bei Beginn der Behandlung vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Die Besiedlung (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten) ohne klinische Symptome wird nicht erfasst. Der Begriff erfasst Infektionen unabhängig von ihrer Vermeidbarkeit.

Nummer 9

Die Legaldefinition des Begriffes "Schutzimpfung" wird neu aufgenommen.

Für Impfstoffe gilt die Begriffsbestimmung in § 4 Absatz 4 Arzneimittelgesetz. Danach enthalten sie Antigene, die bei Mensch oder Tier zur Erzeugung von spezifischen Abwehr- und Schutzstoffen angewendet werden. Die Begriffsbestimmung stellt klar, dass das Gesetz nur für solche Impfstoffe gilt, die vor einer übertragbaren Krankheit schützen sollen.

Die im Gesetz geregelten Schutzimpfungen dienen ungeachtet der Tatsache, dass sie faktisch am einzelnen

durchgeführt werden, nicht nur dem Individualschutz, sondern auch dem Schutz der Bevölkerung vor möglicher Durchseuchung, indem durch den Schutz des Einzelnen eine Infektionskette unterbrochen werden kann. Auf diesem Aspekt beruhen auch die gesetzlichen Entschädigungsregelungen, die dem Aufopferungsgedanken Rechnung tragen.

Nummer 10

Neben der langfristig wirksamen aktiven Schutzimpfung können kurzfristig auch passiv verabfolgte spezifische Antikörper oder wirksame Therapeutika eine Weiterverbreitung von spezifischen Krankheitserregern bei bereits Infizierten (z. B. bei einer Meningokokkeninfektion) den Ausbruch der Krankheit verhindern. Diese Maßnahmen sind eigenständige Elemente der Prävention, die im Gesetz grundsätzlich den Schutzimpfungen gleichgestellt werden.

Nummer 11

Die Legaldefinition des Begriffes "Impfschaden" entspricht inhaltlich § 52 BSeuchG. Der Begriff "Gesundheitsschaden" ist durch "gesundheitliche Schädigung" ersetzt worden, um die Terminologie redaktionell an die entsprechenden Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes anzupassen.

Nummer 12

Die Legaldefinition des Begriffes "Gesundheitsschädling" wird neu aufgenommen.

Der in § 13 BSeuchG verwendete Begriff des "tierischen Schädling" wurde im Gesetz durch den Begriff "Gesundheitsschädling" ersetzt. Damit wird verdeutlicht, dass hier nur solche Schädlinge gemeint sind, bei denen, im Gegensatz zum Pflanzenschädling, die Gefahr besteht, dass durch sie Krankheitserreger auf den Menschen übertragen werden können. Unter den Begriff "Gesundheitsschädling" nach diesem Gesetz fallen nicht die Allergene oder Toxine erzeugenden Parasiten oder Schädlinge. Das Gesetz sieht Maßnahmen gegen Gesundheitsschädlinge vor, wenn besondere Voraussetzungen vorliegen.

Nummer 13

Der Begriff der Sentinel-Erhebung wurde neu in das Gesetz aufgenommen und daher entsprechend erklärt.

Zu § 3

Prävention durch Aufklärung

Die Information über Infektionsgefahren und die individuellen Möglichkeiten zu deren Verhütung spielen eine überragende Rolle beim Schutz vor Infektionen. Dies haben besonders eindrucksvoll die Informationskampagnen zur Nutzung der Schluckimpfung gegen Kinderlähmung und die effektiven Aufklärungsanstrengungen bei der Eindämmung von AIDS gezeigt. Eine vergleichbare Regelung findet sich in den §§ 14 und 15 GeschlKrG, in denen die Aufklärung als besondere Aufgabe der Gesundheitsämter und anderer Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge genannt ist. Entsprechend der großen Bedeutung wird die Verpflichtung zur Aufklärung und Information als öffentliche Aufgabe in den Abschnitt "Allgemeine Vorschriften" aufgenommen. Die sachgerechte Aufklärung schließt ein, dass die zuständigen Stellen gezielte und wirksame Präventionsstrategien entwickeln und diese regelmäßig auf Effizienz und Effektivität überprüfen. Diese Vorschrift richtet sich nicht nur an die Gesundheitseinrichtungen selbst, sondern auch an Behörden wie z.B. Jugendamt oder Schulamt.

2. Abschnitt

Koordinierung und Früherkennung

Zu § 4

Aufgaben des Robert Koch-Institutes

Die effektive Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie die frühzeitige Erkennung von Infektionen, verbunden mit Maßnahmen zur Verhinderung ihrer Weiterverbreitung erfordern zum Schutz der Bevölkerung eine übergreifende Koordination. In den Ländern nehmen die Obersten Landesgesundheitsbehörden diese Aufgabe wahr. Auf lokaler Ebene erfolgt in der Regel die Koordination der Maßnahmen durch die zuständigen Gesundheitsämter. Eine hierüber hinausgehende Koordination sieht das BSeuchG nicht vor. Die Erfahrung der letzten Jahrzehnte hat aber gezeigt, dass eine regionale Analyse der Krankheitsverbreitung und eine regional beschränkte Abstimmung über die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen häufig den anstehenden Problemen nicht gerecht wird. Seit Jahren wird deshalb von den Ländern eine infektionsepidemiologische Leitstelle gefordert. Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) hat 1991 das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, ein infektionsepidemiologisches Zentrum einzurichten, das die Daten aus den Ländern zusammenführt, eigene Daten erhebt, sie analysiert und veröffentlicht. Mit der in dieser Vorschrift enthaltenen Aufgabenzuweisung an das Robert Koch-Institut wird dem Rechnung getragen. Damit wird dem Beispiel zahlreicher Staaten gefolgt. So sind in den USA als Bundeseinrichtung die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) seit Jahrzehnten für eine die Einzelstaaten übergreifende effektive Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beispielhaft.

Durch das GNG wurde das Robert Koch-Institut als Bundesinstitut neu eingerichtet. Die im GNG allgemein genannten Aufgaben werden für das Gebiet der übertragbaren Krankheiten in dieser Vorschrift näher beschrieben. Ziel ist es, eine Struktur zu etablieren, die es erlaubt, die für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten relevanten Informationen kontinuierlich aus allen einschlägigen Bereichen im RKI zusammenzuführen, defizitäre Bereiche zu identifizieren, fehlende Informationen gezielt zu ermitteln und entsprechende wissenschaftliche Arbeiten sowohl anzuregen als auch subsidiär durchzuführen. Soweit die Zuständigkeiten anderer Bundesinstitute berührt werden, sind diese vom Robert Koch-Institut entsprechend zu beteiligen. Hierbei wird insbesondere darauf hingewiesen, dass die Vorschriften des GNG durch das IfSG nicht berührt werden. So wird beispielsweise eine Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin erfolgen, wenn übertragbare Krankheiten des Menschen mit Tieren (Zoonosen) oder Lebensmitteln im Zusammenhang stehen, oder dem Umweltbundesamt, wenn Wasser oder Gesundheitsschädlinge als Infektionsquelle in Betracht kommen.

Zu Absatz 1:

An erster Stelle der Pflichten bei der Koordinierung und Früherkennung steht die umfassende Aufgabe, Konzeptionen zur Vorbeugung, zur Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten zu entwickeln. Konzepte zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gründen sich auf den Stand des Wissens und der Technik, eine qualifizierte Analyse erhobener Daten sowie deren Bewertung und Schlussfolgerungen für Interventionen. Der in Satz 1 formulierte zentrale Auftrag des RKI setzt neben der Verfolgung der international verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse auch institutseigene Forschung zu solchen Schwerpunktthemen voraus, in denen im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Wissenschaft noch nicht genügend Fachwissen vorhanden ist und die von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung sind. Die Detailkenntnis in den Bereichen Ursache, Diagnostik und Prävention ausgewählter übertragbarer Krankheiten versetzt das Institut erst in die Lage, wirksame und effektive Vorschläge im Bereich Infektionsschutz zu erarbeiten.

Satz 4 stellt sicher, dass Wissen und Erfahrung des Robert Koch-Institutes den Ländern bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Inhalt und Umfang der Beratung sind vom Einzelfall abhängig und werden daher jeweils vom Robert Koch-Institut bestimmt. Es muss sich allerdings um eine schwerwiegende, also eine besondere Gefahrensituation handeln. Die Beratung kann ggfs. auch vor Ort erfolgen. So kann auch auf Ländernachfrage gewährte Hilfe bei der Suche nach dem Infektionserreger und der Infektionsquelle, wie sie beispielsweise 1996 zu EHEC in Bayern im Rahmen der sog. aufsuchenden (Infektions-)Epidemiologie des RKI durchgeführt wurde, Teil der Beratung sein. Die Beratung soll sich auch auf länderübergreifende Maßnahmen erstrecken.

Durch Satz 5 wird die verpflichtende Zusammenarbeit zwischen dem Robert Koch-Institut und den nationalen Referenzzentren, den relevanten Institutionen der Länder sowie weiteren nationalen wie internationalen Einrichtungen einschließlich der Koordinierungsaufgabe im Rahmen des Europäischen Netzwerkes für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten gesetzlich verankert.

Zu Absatz 2

Zu Nummer 1

Die Aufgabe des Robert Koch-Instituts besteht darin, die aktuellen wissenschaftlichen Informationen über Infektionskrankheiten den Fachkreisen zugänglich zu machen, damit diese möglichst zeitnah in der Prävention,

Diagnostik und Therapie berücksichtigt und nutzbar gemacht werden.

Die Entwicklung von Strategien des Infektionsschutzes finden ihren unmittelbaren Ausdruck in der Erstellung und Veröffentlichung von Empfehlungen zu einzelnen Aspekten der Vorbeugung und Erkennung von Infektionsrisiken sowie Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Die bereits eingeführten Merkblätter für Ärzte unterstützen diese bei der Erfüllung ihrer Arbeit. Kommissionen des Robert Koch-Institutes haben schon bisher Empfehlungen erarbeitet, die bundesweit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens als Richtschnur dienen. Beispielhaft seien hier die "Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention" und die Veröffentlichungen der Ständigen Impfkommission genannt. Informationsmittel, wie z.B. das Bundesgesundheitsblatt, das Epidemiologische Bulletin oder das Internet werden hierbei genutzt.

Sofern darüber hinaus eine allgemeine Aufklärung der Bevölkerung nötig ist, die wegen des Gebots der Allgemeinverständlichkeit eigene Informationsmaterialien und ggfs. Medien erfordert, erfolgt diese durch andere Einrichtungen des Bundes (z. B. BZgA) und der Länder.

Zu Nummer 2

Nummer 2 Buchstabe a enthält den Auftrag zur Erarbeitung von Falldefinitionen für das Vorliegen übermittlungspflichtiger Tatbestände. Die Falldefinitionen müssen Kriterien enthalten, die für die Validität der Daten unverzichtbar sind. Die Kriterien müssen bei der Einordnung einer Krankheit oder eines Erregers als übermittlungspflichtig erfüllt sein, damit die Meldungen vergleichbar und epidemiologisch verwertbar sind. Sie sollen auch Hinweise auf anerkannte diagnostische Verfahren enthalten.

Das Fehlen von Falldefinitionen führte bisher nicht selten zu zunächst irrigen Einordnungen von Krankheiten und erschwerte damit die epidemiologische Bewertung. In vielen Staaten werden seit Jahrzehnten Falldefinitionen mit Erfolg benutzt und haben dort den Stellenwert der Meldungen als Teil der infektionsepidemiologischen Überwachung deutlich erhöht.

Nummer 2 Buchstabe b) enthält den Auftrag zur Festlegung derjenigen nosokomialen Infektionen sowie solcher Krankheitserreger mit besonderen Resistenzen, die gemäß § 23 Abs. 1 von Krankenhäusern und Einrichtungen zum ambulanten Operieren zu erfassen sind. Diese Regelung wird von Experten auch für erforderlich gehalten, um auch auf dem Gebiet der nosokomialen Infektionen mit bereits erhobenen Referenzdaten in Schwerpunktbereichen vergleichbare und epidemiologisch auswertbare Informationen für die interne Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen zu erhalten.

Sowohl die Falldefinitionen als auch die Festlegungen der gemäß § 23 zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger sind fortlaufend dem jeweiligen Wissensstand anzupassen.

Zu Nummer 3

Eine bundesweite Zusammenfassung und Bewertung der Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz ist ein wichtiger Beitrag zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes.

Die bisher entsprechend § 5a BSeuchG und § 11 a GeschIKrG erstellten Bundesstatistiken enthalten allein numerische Auflistungen. Sie werden mit großem Zeitabstand zum Erhebungszeitraum veröffentlicht. Zur Erkennung aktueller Ereignisse oder schnell ablaufender Entwicklungen sind sie ungeeignet, ebenso für die Beurteilung von speziellen Trends.

Die vorgesehenen Falldefinitionen und die Meldungen an das Robert Koch-Institut erlauben einen ausreichend schnellen Überblick über die infektionsepidemiologische Situation und die Erkennung wichtiger Trends in der Verteilung meldepflichtiger Krankheiten. Neben der fortlaufenden infektionsepidemiologischen Bewertung der zusammengeführten Meldungen soll das Robert Koch-Institut regelmäßig vertiefende Analysen des Krankheitsgeschehens erstellen und veröffentlichen. Die Erfassung von Infektionskrankheiten nach einheitlichen Kriterien erleichtert den Gesundheitsämtern die Validierung der erhobenen Daten. Ihre zeitnahe Analyse durch eine Bundesoberbehörde ermöglicht es, länderüberschreitende epidemiologische Zusammenhänge für die Bundesrepublik Deutschland frühzeitig zu erkennen. Diese Daten sind auch Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Ländern und für den Datenaustausch in internationalen infektionsepidemiologischen Netzwerken. Hierfür sind die Daten unter Verwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Einsatz der jeweils sachgerechten Methoden und Informationstechniken und unter Wahrung der Grundsätze der Neutralität und Objektivität zu erheben und aufzubereiten.

Zu Nummer 4

Nummer 4 legt erstmalig im Gesetz eine periodische Unterrichtung betroffener Stellen über das aktuelle Infektionsgeschehen fest. Bewährt hat sich hierbei eine wöchentliche Berichterstattung im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts. Dieser aktuelle infektionsepidemiologische Informationsaustausch auf Bundesebene und mit den Gesundheitsbehörden der Länder einschließlich der Rückinformation über die analysierten und bewerteten Daten tragen dazu bei, Ausbrüche und Epidemien, Einschleppungen sowie neue Infektionskrankheiten und Risiken der Übertragung und Weiterverbreitung schnell zu entdecken (Frühwarnsystem) und notwendige Maßnahmen einzuleiten. Dies schließt auch die Ergebnisse aus Sentinel-Erhebungen ein. Darüber hinaus gewährleistet ein regelmäßiger Rückfluss der Daten und Analysen an die genannten Ebenen des Gesundheitswesens auch die Funktionstüchtigkeit der Meldesysteme.

Zu Nummer 5

Nummer 5 ermächtigt das Robert Koch-Institut, Sentinel-Erhebungen zu koordinieren und durchzuführen. Sie sind ein etabliertes Erhebungsinstrument, das in anderen europäischen Staaten bereits routinemäßig und mit Erfolg zur Krankheitsüberwachung genutzt wird. Mit dieser Methode können zusätzliche Informationen über das Vorkommen bestimmter Krankheiten oder Krankheitserreger und epidemiologischer Zusammenhänge gewonnen werden. Die Anonymität muss hierbei gewahrt bleiben. Sentinel-Erhebungen sind dann angezeigt, wenn sie die für gesundheitspolitische Entscheidungen erforderlichen Basisdaten erbringen können und Einzelfallmeldungen nicht erforderlich oder nicht geeignet sind. Sie liefern wesentliche Informationen für gesundheitspolitisches Handeln und tragen zur Qualitätssicherung der Meldesysteme bei. Die Durchführung von Sentinel-Erhebungen wird in den §§ 13 und 14 geregelt.

Zu § 5

Bund-Länder-Informationsverfahren

Durch diese Vorschrift wird die Bundesregierung ermächtigt, durch allgemeine Verwaltungsvorschrift mit Zustimmung des Bundesrates einen Informationsplan für das Vorgehen beim Auftreten solcher Infektionsgefahren zu erstellen, bei denen eine besondere Planung und Koordinierung erforderlich ist.

Die Erfahrung zeigt, dass immer wieder mit Einschleppungen und dem Auftreten neuer Infektionskrankheiten zu rechnen ist, die im Akutfall ein von Bund und Ländern anerkanntes, festgelegtes Verfahren zur Gefahrenminimierung für die Bevölkerung erfordern. Ein rasches und koordiniertes Reagieren der Gesundheitsbehörden von Bund und Ländern erfordert abgestimmte Vorgehensweisen unter Berücksichtigung der jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Einschleppungen von Diphtherie und Cholera-Erkrankungen in die Bundesrepublik Deutschland zeigen, dass gefährliche Infektionserreger an Staatsgrenzen nicht Halt machen. Als bedrohlich sind insbesondere solche übertragbare Krankheiten anzusehen, die aufgrund schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine Gefährdung der Bevölkerung darstellen.

Der Plan berücksichtigt nicht nur die Gefahr von Einschleppungen einzelner bedrohlicher Krankheitserreger in die Bundesrepublik Deutschland. Auch länderübergreifende Ausbrüche können die Festlegung eines Verfahrens zur gegenseitigen Information und Konsultation für Krisenfälle erfordern. Als Beispiel sei hier der Ausbruch von EHEC-Infektionen 1995/1996 in Süddeutschland erwähnt.

Rasches, koordiniertes Handeln ist auch notwendig, wenn ein Krankheitsgeschehen auf einen bis dahin möglicherweise noch unbekanntem Erreger hinweist. Nur durch das Bündeln aller Informationen und den gezielten Einsatz aller vorhandenen Ressourcen können die notwendigen Erkenntnisse gesammelt und Wissenslücken geschlossen werden, um damit die Basis für die effektive Erkennung und Bekämpfung einer solchen (neuen) Infektionskrankheit zu schaffen. Anfang der 80er Jahre wurde auf diese Weise in den USA AIDS als eigenständiges Krankheitsbild entdeckt. In einer bis dahin noch nie dagewesenen konzertierten Aktion von Epidemiologen, Klinikern und Mikrobiologen wurden in kurzer Zeit der Erreger gefunden sowie wirksame Präventionsstrategien entwickelt.

Die vorgesehene Ausgestaltung dient insbesondere der Festlegung von Informationsaustausch und Konsultationsverfahren für Krisenfälle mit allen beteiligten Stellen. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit mit ausländischen und internationalen Organisationen und Behörden. Die Umsetzung obliegt Bund und Ländern im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

3. Abschnitt

Meldewesen

Einführung

Zuverlässige Kenntnisse über das Vorkommen übertragbarer Krankheiten sind unabdingbare Voraussetzungen für ihre Verhütung und Bekämpfung. Die wichtigste Quelle für solche Informationen sind Meldungen der Ärzte, die Patienten mit übertragbaren Krankheiten behandeln, und der Laboratorien, die bei diesen Patienten weiterführende diagnostische mikrobiologische Untersuchungen durchführen.

Trennung der Meldepflichten für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger

Bei der Neuordnung der Meldepflichten ist zu berücksichtigen, dass in der Diagnostik übertragbarer Krankheiten große Fortschritte erzielt worden sind. Seit Inkrafttreten des BSeuchG können weit mehr Krankheiten durch geeignete Laboratoriumsmethoden schnell, eindeutig und zuverlässig identifiziert werden. Deshalb wird die bereits im BSeuchG geregelte Meldepflicht der Laboratorien für bestimmte Krankheitserreger präzisiert. Die Meldung von Krankheitserregern durch Laboratorien ist für weitergehende Maßnahmen in vielen Fällen ausreichend. Dies ermöglicht es, den Katalog der vom behandelnden Arzt zu meldenden Krankheiten zu kürzen. Damit wird der behandelnde Arzt entlastet, wodurch auch eine Verbesserung der Meldemoral erwartet wird. Ferner erhält die Gesundheitsbehörde durch genaue Kenntnis des Erregers mehr Information für die von ihr zu ergreifenden Maßnahmen. Diese können einerseits in einer sofortigen Intervention gegenüber dem Betroffenen zur Abwehr von Gesundheitsgefahren für Dritte bestehen. Aber auch sofortige entlastende Schritte sind denkbar, z.B. Aufhebung von Schutzmaßnahmen wegen der Gefahr der Übertragung von Hepatitis-A-Erregern durch Schmierinfektionen, wenn der klinische Verdacht auf eine akute Virushepatitis (§ 6) durch die Labormeldung einer Hepatitis-B-Infektion (§ 7) spezifiziert und gesichert ist.

Meldemodalitäten

Die bisher vom GeschlKrG verlangten Meldungen über Erkrankungsfälle sowie die Meldungen und Berichtspflichten aus der Laborberichtspflichtverordnung (LabBerPflV), der HSEV und der EHEC - Verordnung sind in den Abschnitt Meldewesen sinngemäß übernommen worden. Während das BSeuchG nur die namentliche Meldepflicht kennt, sind die Meldungen nach Geschlechtskrankheitengesetz nur ausnahmsweise namentlich und nach der LabBerPflV immer nichtnamentlich. Das BSeuchG geht davon aus, dass nach Meldung einer übertragbaren Krankheit Maßnahmen erforderlich sind, für die die Kenntnis des Namens des Betroffenen unverzichtbar ist. Bei Meldungen nach dem Geschlechtskrankheitengesetz sind in der Regel keine unmittelbaren Maßnahmen des Gesundheitsamtes angezeigt, so dass insoweit grundsätzlich eine nichtnamentliche Meldung ausreichend ist. Gleiches gilt für die nach der Laborberichtspflichtverordnung erhobenen Daten, die der Beurteilung der epidemischen Lage und Ableitung allgemeiner Präventionsmaßnahmen dienen.

Entsprechend ist in dieses Gesetz, das die genannten gesetzlichen Regelungen zusammenfasst, neben der namentlichen Meldung auch eine nichtnamentliche Meldung in die Regelung der Meldemodalitäten aufzunehmen. Daten, die bei einer namentlichen Meldung übermittelt werden, entsprechen personenbezogenen Daten nach dem Bundesdatenschutzgesetz.

Für die Aufnahme in den Katalog der namentlich zu meldenden übertragbaren Krankheiten und Krankheitserreger ist entscheidend, dass das Gesundheitsamt im Einzelfall Maßnahmen zu ergreifen hat. Welche Maßnahmen konkret zu treffen sind, hängt vom jeweiligen Fall, insbesondere von Art und Ausbreitungsweise der Krankheit oder des Krankheitserregers und den individuellen Lebensumständen des Betroffenen ab. Soweit in bestimmten Fällen eine direkte und unmittelbare Intervention des Gesundheitsamtes erst beim Vorliegen von mehr als einem Fall erforderlich ist, muss auch in diesen Fällen eine namentliche Meldung erfolgen, so dass schnell zum Schutze Dritter gehandelt werden kann, ohne dass Verzögerungen aufgrund von Nachfragen entstehen.

Die nach BSeuchG erfolgenden Meldungen sind wenig differenziert; es sind keine Rückinformationen an den Meldenden geregelt. Gezielte Untersuchungen aus den Jahren 1994 bis 1996 zeigen, dass die bestehenden Meldepflichten, z.B. für Hepatitis, Syphilis und Gonorrhoe, nur unvollständig beachtet werden. Die Effektivität jedes Meldewesens wird aber insbesondere dadurch bestimmt, wie schnell und in welchem Umfang die gewonnenen Erkenntnisse transparent und die daraus abgeleiteten infektionsepidemiologischen Bewertungen der Situation allen Beteiligten für die eigenen Aufgaben verfügbar gemacht werden. Nur wenn die Bedeutung einer Meldepflicht unmittelbar einsichtig ist und Meldepflichten eindeutig formuliert sind, kann eine hohe Meldebereitschaft erwartet werden. Dem wird im Gesetz Rechnung getragen.

Die im BSeuchG nicht im einzelnen geregelten Meldemodalitäten werden im Gesetz klarer strukturiert und differenziert beschrieben. Damit wird die Aussage der Meldungen zu den jeweiligen Krankheiten und Krankheitserregern verbessert. Dies ist für die vergleichende Bewertung und für die zusammenfassende Auswertung unverzichtbar. Wesentlicher Bestandteil der namentlichen wie der nichtnamentlichen Meldungen sind deren Inhalt, der Zeitpunkt und die Adressaten der Meldung.

Das Meldesystem des BSeuchG regelt die Pflicht der Ärzte, weiterer, abschließend genannter Personen sowie der Untersuchungslaboratorien zur namentlichen Meldung. Es wurden aber in der epidemiologischen Forschung auch Instrumentarien entwickelt, die anonyme, stichprobenartig erhobene Informationen zur Verbreitung und Ausbreitung von Infektionskrankheiten in der Bevölkerung liefern. Diese stellen neben den Meldungen nach dem BSeuchG eine wertvolle Ergänzung zur Bestimmung des Handlungsbedarfs der zuständigen Behörden zum Schutz der Bevölkerung dar. Das Gesetz trägt dem Rechnung, indem es die rechtliche Grundlage für neue infektionsepidemiologische Instrumentarien, wie Sentinel-Erhebungen einschließlich anonymes, unverknüpfbares Testen (AUT), schafft. Damit wird das bisherige, allein auf Meldepflichten beruhende Informationssystem des BSeuchG durch diese Methoden ergänzt, die sich auf Erhebungen an ausgewählten Bevölkerungsteilen oder in Gesundheitseinrichtungen stützen. Dies ermöglicht, auch ohne größeren Aufwand Informationen zu erhalten über nicht benannte, aber häufig auftretende oder auf Teilpopulationen beschränkte übertragbare Krankheiten mit einer für die Planung, Durchführung und Beurteilung von Interventionsmaßnahmen hinreichenden Genauigkeit.

Der Abschnitt Meldewesen wurde entsprechend diesen Vorbemerkungen wie folgt gegliedert:

- § 6 Meldepflichtige Krankheiten,
- § 7 Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern,
- § 8 Zur Meldung verpflichtete Personen,
- § 9 Namentliche Meldung,
- § 10 Nichtnamentliche Meldung,
- § 11 Übermittlungen durch das Gesundheitsamt und die zuständige Landesbehörde,
- § 12 Meldungen an die Weltgesundheitsorganisation und das Europäische Netzwerk,
- § 13 Sentinel-Erhebungen,
- § 14 Auswahl der über Sentinel-Erhebungen zu überwachenden Krankheiten,
- § 15 Anpassung der Meldepflicht an die epidemische Lage.

Zu § 6

Meldepflichtige Krankheiten

§ 6 bestimmt, welche Krankheiten von den nach § 8 zur Meldung verpflichteten Personen zu melden sind.

Bei der Auswahl der zu meldenden übertragbaren Krankheiten sind berücksichtigt:

- die Gefährlichkeit der Erkrankung gemessen an der Schwere des Krankheitsverlaufs, Häufigkeit eines tödlichen Ausgangs und akuter Gefahr der Ausbreitung in der Bevölkerung
- das Erfordernis sofortiger Reaktionen durch die Gesundheitsbehörden
- Bedeutung der Krankheit als Indikator für Hygienemängel.

Zu Absatz 1

Hier werden die Krankheiten aufgeführt, die bereits auf Grund des klinischen Bildes oder klinischer Verdachtsmomente zu melden sind.

Die Unterschiede der Meldepflicht nach diesem Gesetz gegenüber Regelungen des BSeuchG, des GeschlKrG, der LabBerPflV sowie der HSEV werden in der Begründung zu § 7 im Rahmen einer Synopse dargestellt.

Nummer 1

Diese Liste umfasst Krankheiten, bei denen schon der Verdacht des Vorliegens ein Handeln des Gesundheitsamtes erfordert.

Nummer 2

Hier wird geregelt, dass unter bestimmten Voraussetzungen der Verdacht auf bzw. die Erkrankung an einer akuten infektiösen Erkrankung des Magen-Darm-Traktes bzw. der mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung zu melden ist. Die Häufigkeit von Durchfallerkrankungen würde bei Meldung jedes Einzelfalles, wie es das BSeuchG vorsieht, rasch zu einer - infektionsepidemiologisch nicht zu rechtfertigenden - Blockierung der Meldesysteme führen. Deshalb wird

im Gesetz die Meldung von infektiösen Gastroenteritiden beschränkt auf Fälle, die wegen der Häufung oder der besonderen Gefährdung Dritter durch die Tätigkeit im Lebensmittelbereich ein unverzügliches Handeln der zuständigen Gesundheitsämter erfordern, um

- die Infektionsquelle zu ermitteln und/ oder
- eine Weiterverbreitung der Erkrankungen zu verhindern.

Nummer 3

Die Verpflichtung zur Meldung des Verdachts einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung wurde in das Gesetz aufgenommen, um die zur Klärung des Falles notwendigen Untersuchungen und Abwehrmaßnahmen unverzüglich einzuleiten.

Schutzimpfungen sind die wirksamste Methode, vor Infektionskrankheiten zu schützen. In sehr seltenen Fällen kann die Impfung selber zu einer Krankheit führen. Dies kann bedingt sein durch bei der Impfstoffprüfung unerkannt gebliebene Verunreinigungen, z. B. durch Pyrogene, aber auch durch individuelle Dispositionen des Impflings selbst. Darüber hinaus kann es nach einer Impfung mit abgeschwächten, lebenden Erregern in sehr seltenen Fällen zu einer Erkrankung einer Kontaktperson des Geimpften kommen. Für die Bewertung des Nutzens einer Impfung ist die umgehende Klärung des Verdachts einer ungewöhnlichen Impfreaktion unverzichtbar. Belastbare Aussagen über deren Häufigkeit und Ursache sind wichtige Argumente in der Diskussion um die Stärkung des Impfgedankens. Das Gesundheitsamt ist nach § 11 Abs. 2 verpflichtet, den gemeldeten Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung der zuständigen Landesbehörde und der nach § 77 AMG zuständigen Bundesoberbehörde zu melden, so dass von dort die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden können. Darüber hinaus ist das Gesundheitsamt durch die Meldung in der Lage, dem Betroffenen Hilfestellung bei einem möglichen Entschädigungsverfahren zu geben.

Durch die hier geregelte Meldepflicht bleibt die gesonderte Antragstellung auf Entschädigung beim zuständigen Versorgungsamt unberührt.

Nummer 4

Die Vorschrift entspricht § 3 Abs. 5 BSeuchG.

Nummer 5

Diese Vorschrift dient der Ergänzung der im einzelnen aufgeführten meldepflichtigen Krankheiten im Sinne eines Auffangtatbestandes.

Dadurch soll sichergestellt werden, dass sämtliche übertragbaren Krankheiten, die eine besondere Gefahr für die Bevölkerung darstellen, gemeldet werden. Eine solche Gefahr kann bestehen beim Auftreten bisher unbekannter bedrohlicher Krankheiten entsprechend Buchstaben a oder dann, wenn bekannte, nicht unter Nummer 1 genannte Krankheiten entsprechend Buchstaben b gehäuft auftreten und die dadurch eine Gefahr für die Allgemeinheit bedingen.

Als ein typisches Beispiel einer Krankheit, die während der Geltungszeit des BSeuchG neu aufgetreten und von der Meldepflicht des BSeuchG nicht erfasst ist, weil ein entsprechender Auffangtatbestand nicht vorhanden ist, kann AIDS genannt werden. Erkrankungen durch Salmonella Enteritidis oder E. coli (EHEC) sind dagegen Beispiele für bekannte Krankheiten, die plötzlich gehäuft aufgetreten sind und eine besondere Gefährlichkeit erlangt haben. Weltweite Veränderungen in den Handels- und Migrationsbewegungen, im Reiseverkehr, im zwischenmenschlichen Verhalten und Eingriffe in die Umwelt können weitreichende Veränderungen in der Ausbreitung von Krankheitserregern bewirken.

Zu Absatz 2

Die zusätzlich zur namentlichen Meldung nach Absatz 1 Nr. 1 aufgenommene Mitteilung von Tuberkulosekranken, die eine Behandlung verweigern oder abbrechen, ist neu. Sie ist aus zwei Gründen erforderlich: Eine unbehandelte aktive Lungentuberkulose kann auch unter günstigen hygienischen Bedingungen eine Quelle zahlreicher weiterer Infektionen sein. Diese Gefahr kann nur durch eine ununterbrochene sachgerechte Behandlung der Erkrankung beseitigt werden. Zum anderen besteht bei nicht sachgerechter Behandlung oder Abbruch der Behandlung, bevor die Lungentuberkulose geheilt ist, die Gefahr, dass die Mykobakterien gegen die eingesetzten antibakteriellen Wirkstoffe resistent werden. Dies zeigt sich weltweit besonders unter schlechten sozialen Bedingungen. In den

letzten Jahren sind zunehmend Mykobakterien isoliert worden, die gegen mehrere oder sogar alle bekannten Tuberkulostatika resistent sind. Damit bekommt die Bedrohung durch die Tuberkulose eine neue Dimension. Die Entstehung und Ausbreitung multiresistenter Erreger zu verhindern, ist eine dringende Aufgabe der Tuberkulosebekämpfung. Die neue Vorschrift unterstützt das Erreichen dieses wichtigen Zieles.

Zu Absatz 3

Nosokomiale Infektionen sind nicht nur in Deutschland, sondern weltweit ein Problem. Neben dem oft vermeidbaren Leid der Betroffenen bedeuten diese Erkrankungen auch eine erhebliche Belastung der Gesundheitsversorgungssysteme. Die fortlaufende interne Überwachung und Bewertung (Surveillance) von nosokomialen Infektionen als Indikator für den Hygienestandard in einem Krankenhaus wird in § 23 Abs. 1 geregelt. Eine Meldung dieser Fälle an das zuständige Gesundheitsamt ist nicht vorgesehen. Absatz 3 sieht jedoch eine nichtnamentliche Meldung an das Gesundheitsamt für eine Häufung von Infektionen vor, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird (Ausbruch). Durch Studien ist belegt, dass etwa 10 % aller Krankenhausinfektionen durch Ausbrüche verursacht werden. Ein solches Ereignis möglichst rasch zu beenden, ist ureigenstes Interesse der Krankenhäuser. Das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen kann zum einen durch die vorgeschriebene Surveillance gem. § 23 Abs. 1 festgestellt werden, wenn im Rahmen dieser Beobachtung eine statistisch signifikante Erhöhung der erfassten Infektionen festgestellt wird, zum anderen wird ein Ausbruch aber auch häufig durch das mikrobiologische Labor oder durch Hinweise des Stationspersonals festgestellt. Zur Ermittlung der Infektionsquelle bedarf es dann deskriptiver oder analytischer Untersuchungen. Als Hilfestellung für die Gesundheitseinrichtungen erarbeitet das RKI "Leitlinien zur Untersuchung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen" in Form eines Handbuchs. Dadurch sollen die Untersucher in die Lage versetzt werden, die Infektionsquelle zu ermitteln und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung zu ergreifen. Die nichtnamentliche Meldung des Ausbruchs an das Gesundheitsamt hat den Zweck, die Gesundheitsbehörde als Berater zu beteiligen. Dass die Vorschrift im Kern nicht Kontrolle, sondern eine fachliche Zusammenarbeit und die Problembewältigung zum Ziel hat, zeigt die Tatsache, dass ein Unterlassen nach diesem Gesetz weder mit Strafe noch mit Bußgeld geahndet wird.

Zu § 7

Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern

Durch § 7 wird eine präzisierte Meldepflicht für den direkten oder indirekten Nachweis der genannten Krankheitserreger eingeführt. Dabei wird zwischen namentlichen und nichtnamentlichen Meldungen unterschieden. Die namentliche Meldepflicht ist auf solche Krankheitserreger beschränkt, deren direkter oder indirekter Nachweis eine unmittelbare Reaktion des Gesundheitsamtes erfordert, um Maßnahmen zur Eindämmung einer akuten Weiterverbreitungsgefahr ergreifen zu können oder, z.B. nach vorheriger Meldung des Verdachts einer akuten Virushepatitis durch den behandelnden Arzt, bei nachfolgender Meldung einer Hepatitis B Infektion durch das Labor die Maßnahmen auszusetzen, die nur im Falle der Bestätigung einer Hepatitis A oder E angezeigt sind.

Zu Absatz 1

Meldepflichtig ist nur der direkte oder indirekte Nachweis eines Krankheitserregers als Hinweis auf eine akute Infektion. Die zu meldenden Untersuchungsbefunde können bereits erstattete Meldungen durch den behandelnden Arzt bestätigen bzw. präzisieren, wenn auf Grund klinischer Symptome vom behandelnden Arzt eine meldepflichtige übertragbare Krankheit zwar vermutet worden war, aber erst der direkte oder indirekte Erregernachweis zur endgültigen Diagnose führt. So kann der behandelnde Arzt bei der Diagnose einer akuten Virushepatitis, ohne Kenntnis der Ergebnisse der weiterführenden mikrobiologischen Diagnostik, nicht entscheiden, welche Ursache für die Hepatitis verantwortlich ist. Schließlich kann, insbesondere bei seltenen Erregern, erst die Labordiagnostik Aufschluss über eine Infektion als Grund einer Erkrankung geben, die vom behandelnden Arzt gar nicht oder nur differentialdiagnostisch erwogen wurde, ihm aber nicht ausreichend für die Äußerung eines Verdachts einer Erkrankung im Sinne des § 6 dieses Gesetzes erschien. Entsprechend wurde für einige der früher nach § 3 BSeuchG meldepflichtigen Erkrankungen die Meldepflicht auf den Labornachweis des entsprechenden Erregers beschränkt. Bei einzelnen Erregernachweisen (z.B. Adenoviren) wurde einerseits die Meldung auf bestimmte Untersuchungsmaterialien beschränkt, um das Auftreten der durch diese Krankheitserreger besonders bedeutsamen übertragbaren Krankheit - hier der epidemischen Bindehautentzündung - zu erkennen. Andererseits besteht im Falle des Hepatitis-C-Virus auf Grund des Standes von Wissenschaft und Technik eine Meldepflicht für alle indirekten Erregernachweise. Eine Differenzierung in akute und chronische Infektionen aufgrund der Laborbefunde ist bislang nicht möglich. Gleichwohl ist die Ermittlungstätigkeit des Gesundheitsamtes zur Aufklärung möglicher Infektionsquellen zum Schutz der Allgemeinheit unabweisbar.

Zu Absatz 2

Die in dieser Vorschrift aufgeführte Liste von Krankheitserregern ist nicht abschließend. Es können neue, nicht aufgeführte Krankheitserreger durch eine akute Häufung zu einer Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung werden. Solche zeitlichen und örtlichen Häufungen können der erste Hinweis auf das Auftreten neuer Krankheitserreger sein oder auf geänderte epidemiologische Bedingungen. Diese Meldepflicht ergänzt die Meldepflicht aus § 6 Abs. 1 Nummer 5.

Zu Absatz 3

Die in Absatz 3 aufgenommenen Erreger rechtfertigen keine namentliche Meldung, da das Gesundheitsamt im Einzelfall nicht unmittelbar tätig wird. Sie sind jedoch aus folgenden Gründen nichtnamentlich meldepflichtig:

Der Nachweis von *Treponema pallidum* (Syphilis) und HIV gibt wichtige Aufschlüsse über die Verbreitung der Infektionen und den Erfolg von Aufklärungsstrategien zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten.

Bei der Malaria handelt es sich um die wichtigste parasitäre Importerkrankung, die nicht selten tödlich endet. Ihre Häufigkeit gibt Aufschluss über notwendige Präventions- und Aufklärungsstrategien.

Das Risiko für Echinococcus-Infektionen wird in Zusammenhang mit der zunehmenden Fuchsdichte als Folge der erfolgreichen Tollwutbekämpfung zunehmen. Eine Überwachung der Erkrankungshäufigkeit gibt Hinweise auf möglichen Handlungsbedarf seitens der Veterinärbehörden.

Der Anstieg oder Abfall der Infektionen durch *Toxoplasma gondii* und Rubellavirus (Röteln) ist ein Indikator für den Erfolg von Präventionsstrategien (Schutzimpfung bzw. Expositionsprophylaxe) vor und während der Schwangerschaft.

In der folgenden Synopse sind tabellarisch die bestehenden Meldepflichten aus BSeuchG, GeschIKrG, LabBerPflV, HSEV und EHEC-Verordnung den Regelungen im Gesetz gegenübergestellt. Die Abweichungen im Gesetz vom bisherigen Recht sind, soweit nicht bereits erfolgt, im Anschluss an die Synopse erläutert und begründet.

Geltendes Recht Entwurf Infektionsschutzgesetz

Kopfnoten beziehen sich auf die Nummern der nachfolgenden Erläuterungen

BSeuchG § 3 Abs. 1:	E-IfSG § 6 Abs. 1:	E-IfSG § 7 Abs. 1:
Zu melden ist der Krankheitsverdacht auf, die Erkrankung sowie der Tod an	Namentlich ist zu melden: der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an	Namentlich ist bei folgenden Krankheitserregern, soweit nichts anderes bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, so die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen E-IfSG § 7 Abs. 3: Nichtnamentlich ist bei folgenden Krankheitserregern der direkte oder indirekte Nachweis zu melden
Botulismus	Botulismus	Clostridium botulinum ⁷
Cholera	Cholera	Vibrio cholerae O1 und O139 ⁴⁴
Enteritis infectiosa a) Salmonellose b) übrige Formen ein- schließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung	§ 6 Abs. 1 Nr. 2: Der Verdacht auf und die Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis, wenn a) eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne § 42 Abs. 1 ausübt b) 2 oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird	im einzelnen aufgeführte darmpathogene Erreger ^{5,10,12a,12b,16,34,38,41,42,44}

BSeuchG § 3 Abs. 1, EHEC-Verordnung:	E-IfSG § 6 Abs. 1:	E-IfSG § 7 Abs. 1, E-IfSG § 7 Abs. 3:
	enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) ²	E. coli, enterohämorrhagische (EHEC)
Fleckfieber		Rickettsia prowazekii ³⁷
Lepra		Mycobacterium leprae ³¹

Milzbrand	Milzbrand	Bacillus anthracis?
Ornithose		Chlamydia psittaci ⁶
Paratyphus A, B und C	Paratyphus	Salmonella Paratyphi ³⁹
Pest	Pest	Yersinia pestis ⁴⁶
Pocken ⁹		
Poliomyelitis	Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlafe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)	Poliovirus ³⁵
Rückfallfieber		Borrelia recurrentis?
Shigellenruhr		Shigella sp. ⁴²
Tollwut	Tollwut	Rabiesvirus ³⁶
Tularämie		Francisella tularensis ¹³
Typhus abdominalis	Typhus	Salmonella Typhi ⁴⁰
virusbedingte hämorrhagische Fieber	virusbedingte hämorrhagische Fieber	Ebolavirus ¹¹ Lassavirus ²⁵ Marburgvirus ²⁹ andere Erreger hämorrhagischer Fieber ⁴⁷
BSeuchG § 3 Abs. 2:		
Zu melden ist die Erkrankung sowie der Tod an		
angeborener a) Cytomegalie ^a b) Listeriose		Listeria monocytogenes ²⁸ ; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor oder anderen normalerweise sterilen Substraten sowie aus Abstrichen von Neugeborenen

c) Lues		Treponema pallidum ^{42b}
d) Toxoplasmose		Toxoplasma gondii ^{42a} ; Meldepflicht bei konnatalen Infektionen
e) Rötelnembryopathie		Rubellavirus; Meldepflicht nur bei konnatalen Infektionen ^{38a}
Brucellose		Brucella sp. ⁴
Diphtherie	Diphtherie	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend ⁸
Gelbfieber		Gelbfiebervirus ¹⁵
BSeuchG § 3 Abs. 2:	E-IfSG § 6 Abs. 1:	E-IfSG § 7 Abs. 1, E-IfSG § 7 Abs. 3:
Leptospirose a) Weilsche Krankheit b) übrige Formen		Leptospira interrogans ²⁷
Malaria		Plasmodium sp. ^{34a}
Meningitis/Encephalitis a) Meningokokken-Meningitis b) andere bakterielle Meningitiden c) Virus-Meningoencephalitis d) übrige Formen	Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	Neisseria meningitidis??, Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, Hautblutung oder anderen normalerweise sterilen Substraten Haemophilus influenzae ¹⁷ , Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor oder Blut Listeria monocytogenes ²⁸ , Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor oder anderen normalerweise sterilen Substraten sowie aus Abstrichen von Neugeborenen FSME-Virus ¹⁴
Q-Fieber		Coxiella burnetii ⁹
Rotz ^h		
Trachom ^k		
Trichinose		Trichinella spiralis ⁴³

<p>Tuberkulose (aktive Form)</p> <p>a) der Atmungsorgane</p> <p>b) der übrigen Organe</p>	<p>Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt</p> <p>§ 6 Abs. 2:</p> <p>Dem Gesundheitsamt ist über die Meldung nach Absatz 1 Nr. 1 hinaus mitzuteilen, wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen.</p>	<p>Mycobacterium tuberculosis/ africanum³², Mycobacterium bovis Meldepflicht für den direkten Erregernachweis sowie nachfolgend für das Ergebnis der Resistenzbestimmung; vorab auch den Nachweis säurefester Stäbchen Sputum</p>
<p>Virushepatitis</p> <p>a) Hepatitis A</p> <p>b) Hepatitis B</p> <p>c) nicht bestimmbare und übrige Formen</p>	<p>akute Virushepatitis</p>	<p>Hepatitis-A-Virus¹⁹</p> <p>Hepatitis-B-Virus²⁰</p> <p>Hepatitis-C-Virus²¹</p> <p>Hepatitis-D-Virus²²</p> <p>Hepatitis-E-Virus²³</p>
<p>anaerobe Wundinfektion</p> <p>a) Gasbrand/Gasoedem^c</p> <p>b) Tetanus^j</p>		
<p>BSeuchG § 3 Abs. 3:</p> <p>Zu melden ist der Tod an</p>	<p>E-IfSG § 6 Abs. 1:</p>	<p>E-IfSG § 7 Abs. 1:</p>
<p>Influenza (Virusgrippe)</p> <p>Keuchhusten^e</p> <p>Masern</p> <p>Puerperalsepsis</p> <p>Scharlachⁱ</p>	<p>Masern</p>	<p>Influenzaviren²⁴, Meldepflicht nur bei dem direkten Nachweis</p> <p>Masernvirus³⁰</p>
<p>BSeuchG § 3 Abs. 4:</p> <p>Zu melden ist jeder Ausscheider von</p>		<p>E-IfSG § 7 Abs. 1:</p>

<p>Choleraerregern</p> <p>Salmonellen:</p> <p>a) S. typhi</p> <p>b) S. paratyphi A, B und C</p> <p>c) übrige</p> <p>Shigellen</p>		
<p>BSeuchG § 3 Abs. 5:</p>	<p>E-IfSG § 6 Abs. 1 Nr. 4:</p>	<p>E-IfSG § 7 Abs. 1:</p>
<p>Zu melden ist die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.</p>	<p>Namentlich ist zu melden</p> <p>die Verletzung durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.</p>	
<p>BSeuchG § 8:</p>	<p>E-IfSG § 6 Abs. 3:</p>	
<p>Wenn durch Krankheitserreger verursachte Erkrankungen in Krankenhäusern, Entbindungsheimen, Säuglingsheimen oder Einrichtungen zur vorübergehenden Unterbringung von Säuglingen nicht nur vereinzelt auftreten, so sind diese Erkrankungen unverzüglich zu melden.</p>	<p>Dem Gesundheitsamt ist unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden.</p>	
<p>BSeuchG</p>	<p>E-IfSG § 6 Abs. 1 Nr. 5:</p>	<p>E-IfSG § 7 Abs. 2:</p>
	<p>Namentlich ist zu melden,</p> <p>soweit nicht nach den Nummern 1 bis 4 meldepflichtig, das Auftreten</p> <p>a) einer bedrohlichen Krankheit oder</p> <p>b) von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird,</p> <p>w wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen, die nicht in § 7 genannt sind.</p>	<p>Namentlich sind in § 7 nicht genannte Krankheitserreger zu melden, sofern deren örtliche und zeitliche Häufung eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist</p>
	<p>E-IfSG § 6 Abs. 1 Nr. 3:</p>	
	<p>der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung</p>	
<p>BSeuchG § 9:</p>		<p>E-IfSG § 7:</p>

<p>Leiter von Untersuchungsstellen haben jeden Untersuchungsbefund, der auf einen meldepflichtigen Fall schließen läßt, zu melden.</p>		
<p>HSEV:</p>	<p>E-IFSG § 6 Abs. 1:</p>	
<p>Zu melden ist die Erkrankung und der Tod an einer spongiformen Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Erkrankungen.</p>	<p>humane spongiforme Enzephalopathien, außer familiär-hereditäre Formen</p>	
<p>GeschIKrG § 11a Abs. 2:</p>		<p>E-IfSG § 7 Abs. 3:</p>
<p>Jeder Fall einer ansteckungsfähigen Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit ist ohne Nennung des Namens zu melden.</p> <p>§ 1 GeschIKrG legt folgende Krankheiten als Geschlechtskrankheiten fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syphilis (Lues) - Tripper (Gonorrhoe)^f - Weicher Schanker^d - Venerische Lymphknotenentzündung^b 		<ul style="list-style-type: none"> - Treponema pallidum^{42b} - HIV
<p>GeschIKrG § 12:</p>		
<p>Namentlich ist zu melden, wenn der Kranke sich weigert die Behandlung zu beginnen, fortzuführen oder unterbricht.</p>		
<p>LabBerPfIV § 2:</p>		<p>E-IfSG § 7 Abs. 3:</p>
<p>Wer Bestätigungsteste zum Nachweis von Antikörpern gegen HIV durchführt, hat die positiven Ergebnisse in Form eines anonymen Berichtes zu melden.</p>		<p>- HIV</p>

Die in den Erläuterungen unter 1, 18 und 26 aufgeführten Erreger sind gegenüber dem BSeuchG neu in die Meldepflicht aufgenommen.

Erläuterungen zu den Erregern:

1. Adenoviren

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Fäkal-oral oder aerogen durch Tröpfchen bzw. Aerosol

d) Weitere Informationen:

Verantwortlich für die epidemische Keratokonjunktivitis, die als Kleinepidemie bevorzugt in augenärztlichen Praxen auftreten kann. Hierauf ist die Meldepflicht vor allem gerichtet.

2. Bacillus anthracis**a) Erregertyp:**

Bakterium; bildet Sporen, deren Inaktivierung besonderen Aufwand erfordert.

b) Verbreitung:

Südeuropa, Asien und Afrika. Führt dort als Zoonose zu erheblichen wirtschaftlichen Schäden.

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Enger Kontakt mit erkrankten Tieren oder mit Fellen dieser Tiere. Import nach Deutschland in Woll-, Leder und Pinsel Fabriken.

d) Weitere Informationen:

Hauptform der Erkrankung vor allem bei gefährdeten Berufsgruppen: Hautmilzbrand, der i.d.R. eine günstige Prognose hat. Lungen- und Darmmilzbrand sind hochgefährlich.

3. Borrelia recurrentis**a) Erregertyp:**

Bakterium

b) Verbreitung:

Äthiopien, Sudan, West-Afrika, Vietnam, China, Andengebiete Perus

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Kleiderlaus vom Reservoir Mensch

d) Weitere Informationen:

Rückfallfieber ist eine durch Läuse übertragene Infektionskrankheit, die in Deutschland nicht auftritt. Direkte

Übertragungen der Bakterien von Mensch zu Mensch sind unbekannt. Das klinische Bild ist wenig typisch. Der Nachweis des Erregers *Borrelia recurrentis* erlaubt die eindeutige Diagnose. Wie Fleckfieber ist das Rückfallfieber eine Krankheit, die von der WHO besonders überwacht wird. Entsprechend wird eine Meldepflicht für den Erregernachweis beibehalten.

4. Brucella sp.

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

In Europa Mittelmeerraum, Afrika, Asien, Lateinamerika hauptsächlich als Zoonose

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Von erkrankten Tieren und deren Produkten

d) Weitere Informationen:

Die Brucellose des Menschen ist eine schwere systemische Infektion des Menschen mit einer weitgefächerten klinischen Symptomatik. Zwischen Infektion und Erkrankung können mehrere Monate vergehen. Die Erreger kommen üblicherweise bei Rindern, Schafen, Ziegen und gelegentlich bei Schweinen vor und werden durch nicht pasteurisierte Milch oder Milchprodukte sowie unmittelbaren Kontakt zu erkrankten Tieren auf den Menschen übertragen. Berufsinfektionen, z. B. bei Tierärzten, und im Ausland erworbene Infektionen sind nicht selten. Durch gezielte Maßnahmen sind in Deutschland die Tierbestände weitgehend frei von Brucellose. Zur Einleitung von Interventionsmaßnahmen und zur infektionsepidemiologischen Überwachung ist die Meldung des Erregernachweises erforderlich und ausreichend.

5. Campylobacter jejuni

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

In Industrieländern etwa so häufig wie Salmonellen; in Entwicklungsländern weit häufiger, jedoch relativ viele symptomlose Träger

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Von Tieren und Tierprodukten ausgehend. Import durch Tourismus, dann auch mit anderen Erregern von gastroenteritischen Erkrankungen vergesellschaftet vorzufinden

d) Weitere Informationen:

Der Nachweis von Campylobacter-Bakterien erfordert besonderen (finanziellen) Aufwand des Labors hinsichtlich der Gerätschaft und Nährböden. Die Beurteilung der Meldezahlen sollte eine zunehmende Verbreitung der Nachweismöglichkeit berücksichtigen.

6. Chlamydia psittaci

a) Erregertyp:

Bakterium, nur intrazellulär vorkommend

b) Verbreitung:

Weltweit, hauptsächlich bei Vögeln

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Von Vögeln ausgehend durch belasteten Staub

d) Weitere Informationen:

Die Ornithose ist eine Infektionskrankheit mit wenig typischem Erscheinungsbild und heute gut behandelbar. Verursacht wird die Ornithose durch *Chlamydia psittaci*, mit der häufig Papageien, Wellensittiche und andere exotische Vögel infiziert sind. Durch strenge Gesundheitskontrollen bei der Einfuhr dieser Tiere sind Infektionen seltener geworden. Ornithose wird praktisch nicht von Mensch zu Mensch übertragen. Meldepflichtig bleibt nur der Erregernachweis.

7. Clostridium botulinum

a) Erregertyp:

Bakterium (exogenes Toxin)

b) Verbreitung:

Weltweit, in Böden und Gewässern

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel

d) Weitere Informationen:

Entscheidend für die Erkrankung ist das in Lebensmitteln gebildete hitzelabile Toxin. Charakteristische Magen- Darm- Symptome bis schwerste Hirnnervenlähmungen. Frühzeitige Antitoxingaben sind lebensrettend.

8. Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Grundsätzlich weltweit. Wird durch genügend verbreiteten Impfschutz zurückgedrängt.

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Mensch einziges Reservoir, Weitergabe durch Tröpfchen bzw. Aerosole

d) Weitere Informationen:

Schwerste eitrige Kehlkopfentzündung und toxische Herzmuskelschädigungen; häufig tödlicher Ausgang. Bei Diphtherie wird die Meldepflicht des Erregernachweises auf Toxin bildende Corynebakterien beschränkt. Nur sie verursachen die gefährliche Form der Diphtherie. Nicht Toxin bildende Formen können auch bei Gesunden isoliert werden.

9. Coxiella burnetii

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Von infizierten Tieren ausgehend durch erregerehaltigen Staub

d) Weitere Informationen:

Das Q-Fieber ist eine akute fieberhafte Erkrankung, verursacht durch *Coxiella burnetii*. Der natürliche Wirt von *Coxiella burnetii* sind Nutz- und Haustiere. Hier verläuft die Infektion meist unerkannt. Der Erreger ist ungewöhnlich stabil, und infizierte Tiere enthalten sehr hohe Mengen des Erregers. Die Infektion des Menschen erfolgt durch Einatmen von erregerehaltigem Staub oder bei direktem - meist beruflichem - Kontakt mit infizierten Tieren. Beim Menschen verläuft die Krankheit unterschiedlich schwer. Sie ist am ehesten vergleichbar mit der Influenza oder der atypischen Pneumonie. Die endgültige Diagnose einer *Coxiella burnetii* Infektion erlaubt nur der - in der Regel indirekte - Erregernachweis. Entsprechend wird die Meldung auf den Erregernachweis beschränkt.

10. Cryptosporidium parvum

a) Erregertyp:

Parasit (Protozoon)

b) Verbreitung:

Weltweit im Tierreich, hauptsächlich bei Kälbern

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Trinkwasser oder Tierkontakte

d) Weitere Informationen:

akute Durchfallerkrankung, bei Immungeschwächten (z.B. HIV-Infizierte) schwerstes Krankheitsbild

11. Ebolavirus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Zentralafrika

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Ausgangspunkt von Epidemien unbekannt. Epidemien werden durch Blut und Körpersekrete ausgebreitet.

d) Weitere Informationen:

Strikteste Patientenisolation notwendig. Außer der Expositionsprophylaxe kein Schutz oder Therapie bekannt.

12. a) Escherichia coli, enterohämorrhagische Stämme (EHEC)

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Bisher bekanntes Erregerreservoir sind Rinder

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel und Wasser, fäkal-oral

d) Weitere Informationen:

Enterohämorrhagische E. coli (EHEC), eine Gruppe Toxin bildender, darmpathogener E. coli, wurde 1982 als Ursache schwerer, lebensbedrohlicher Krankheiten identifiziert. Diese Krankheiten können als blutige Durchfälle mit der möglichen Folge eines hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) auftreten. Kinder sind durch EHEC besonders gefährdet. 5-10 % der EHEC-infizierten Kinder erkranken mit HUS, und 10-30 % der erkrankten Kinder entwickeln eine terminale Niereninsuffizienz. Wiederholt wurden Ausbrüche von EHEC-assoziierten Infektionen beobachtet. Infektionsquellen waren unzureichend erhitzte Milch, Milchprodukte sowie Rindfleisch oder Fleischprodukte. Werden HUS oder EHEC beobachtet, sind sofort Maßnahmen zur Identifikation der Infektionsquelle und zur Verhinderung der Weiterverbreitung einzuleiten. Dies veranlasst die Aufnahme von HUS in § 6 und von EHEC in § 7.

12. b) Escherichia coli, sonstige darmpathogene Stämme

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit, vor allem in Entwicklungsländern

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Oral-fäkal bzw. durch Nahrungsmittel, die unter unzureichenden hygienischen Verhältnissen hergestellt werden.

d) Weitere Informationen:

Hauptsächliche Krankheitserscheinung: Gastroenteritis bei Säuglingen und Reisediarrhoe

13. Francisella tularensis

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Nordhalbkugel

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Erregerreservoir sind infizierte Nagetiere, aber auch andere Tiere

d) Weitere Informationen:

Die Tularämie ist eine in Deutschland seltene Erkrankung. Es handelt sich um eine Zoonose, die von einer Vielzahl verschiedenster Tierspezies ausgeht. Die für die Menschen wichtigsten Reservoirs sind Kaninchen, Hasen, Nagetiere und Zecken. Durch direkten Kontakt mit infizierten oder erkrankten Tieren kommt es zu Infektionen des Menschen. Übertragungen von Mensch zu Mensch werden nicht beobachtet. Das klinische Bild der Tularämie ist vielfältig. Eine eindeutige Diagnose wird nur durch den meldepflichtigen Erregernachweis erbracht.

14. FSME-Virus**a) Erregertyp:**

Virus

b) Verbreitung:

Russland, Balkan, Zentral- und Nordeuropa. Hauptverbreitungsgebiete sind in speziellen Atlanten relativ genau verzeichnet; sie werden in kürzeren Zeitabständen überarbeitet.

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Schildzecken

d) Weitere Informationen:

Aktiver Impfschutz gegen die Frühsommermeningoenzephalitis ist möglich.

15. Gelbfiebervirus**a) Erregertyp:**

Virus

b) Verbreitung:

Afrika, Südamerika (sog. "Gelbfiebergürtel")

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Durch Stechmücken von Menschen oder epidemiologisch weniger bedeutend von Affen ausgehend

d) Weitere Informationen:

Gelbfieber ist eine durch Stechmücken übertragene Virus-Infektion der Tropen. Ein wirksamer Impfstoff steht zur Verfügung. Da die Stechmücken, die Gelbfieber übertragen können, in Deutschland nicht heimisch sind, kann sich Gelbfieber bei uns nicht ausbreiten, es kann allenfalls über Reisende eingeschleppt werden. Gelbfieber ist im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften meldepflichtig. Um diesen Verpflichtungen nachkommen zu können, wird die Meldepflicht des Erregernachweises beibehalten.

16. Giardia lamblia**a) Erregertyp:**

Parasit (Protozoon)

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Kontaminiertes Trinkwasser, fäkal-oral

d) Weitere Informationen:

Verursacht schwere, wässrige Durchfälle

17. Haemophilus influenzae

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit, Mensch als einziger Wirt

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Kontakt und Tröpfcheninfektion.

d) Weitere Informationen:

Haemophilusinfektionen sind vor allem für Kleinkinder gefährlich (Meningitis). Die Meldepflicht dient auch der Erfassung des Impferfolges durch den Hib-Impfstoff.

18. Hantaviren

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Mit Ausnahme des Hantaanvirus außerhalb Europas, je nach Typ unterschiedliche Verbreitung

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Hantaanvirus durch Ausscheidungen infizierter Nager. Übrige Formen durch verschiedene Vektoren, z.T. ungeklärt.

d) Weitere Informationen:

Die in Europa verbreitete Form tritt als Nephropathia epidemica auf.

19. Hepatitis-A-Virus (HAV)

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel, von Mensch zu Mensch (fäkal-oral)

d) Weitere Informationen:

Hepatitis A wird nie chronisch. Impfschutz ist möglich.

20. Hepatitis-B-Virus (HBV)**a) Erregertyp:**

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Blut- und sexuelle Kontakte, perinatale Übertragung

d) Weitere Informationen:

Kann chronisch werden und zu Zirrhose und Leberkrebs führen. Impfschutz möglich.

21. Hepatitis-C-Virus (HCV)**a) Erregertyp:**

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Durch Blut einschließlich Mikroverletzungen (Tätowierungen, Piercing), needle sharing. Die Übertragungshäufigkeit durch Geschlechtsverkehr und Mikroverletzungen scheint nicht so hoch zu sein wie beim Hepatitis-B-Virus. In mehr als 70 % der Fälle ist der Übertragungsweg unklar.

d) Weitere Informationen:

Kann chronisch werden und zu Zirrhose und Leberkrebs führen. Kein Impfschutz in Sicht. Differenzierung zwischen akuter und chronischer Infektion sowie zwischen aktiver und ausgeheilte Infektion mit den zur Zeit zur Verfügung stehenden Testsystemen (Serologie und Genomnachweis) häufig nicht oder nur durch Mehrfachuntersuchungen möglich. Um in unklaren Fällen bezüglich einer akuten Infektion eine Meldung zu gewährleisten, wurde der Zusatz "Meldepflicht für alle Nachweise, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt" mit aufgenommen. Dies schließt ein, dass für diese Meldeverpflichtung alle Informationen wie z.B. technische Differenzierungsmethode, Mehrfachuntersuchungen oder Informationen durch den einsendenden Arzt für die Differenzierung in akute und chronische Infektion im Labor zu nutzen sind.

22. Hepatitis-D-Virus (HDV)**a) Erregertyp:**

inkomplettes Virus; benötigt zur Vermehrung mit HBV-infizierte Zellen

b) Verbreitung:

Weltweit; in Nord- und Westeuropa gering, in Russland und Rumänien und anderen Regionen häufig. Verbreitung besonders in Ländern mit hoher HBV Prävalenz

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Wie Hepatitis-B-Virus.

d) Weitere Informationen:

Die simultane Infektion mit HBV und HDV kann zu sehr schwer verlaufender akuter oder chronischer Hepatitis führen. Die Superinfektion eines HBV-Trägers mit HDV imponiert als häufig schwerer Schub der HBV Infektion.

23. Hepatitis-E-Virus (HEV)

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Asien, Afrika und Mittel- und Südamerika

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Wie Hepatitis A

d) Weitere Informationen:

Bei Schwangeren kann es zu schwersten Verläufen kommen.

24. Influenzaviren

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit in immer wieder sich ändernden antigenen Eigenschaften der Stämme. Epidemische Ausbreitung der Stämme meist von Südostasien ausgehend

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Durch Aerosole

d) Weitere Informationen:

Damit Influenzaepidemien frühzeitig erfasst werden, soll weiterhin jeder direkte Nachweis eines Influenzavirus namentlich gemeldet werden. Mit der namentlichen Meldung wird es dem Gesundheitsamt ermöglicht, weitere infektionsepidemiologische Untersuchungen sowie die Feintypisierung zu veranlassen. Deutschland wird in die Lage versetzt, den internationalen Meldeverpflichtungen nachzukommen.

25. Lassavirus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Westafrika

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Vom Blut und den Exkrementen infizierter Nager ausgehend (Aerosole). Übertragung von Mensch zu Mensch durch engen Kontakt mit Erkrankten

d) Weitere Informationen:

Strikteste Patientenisolierung notwendig.

26. Legionella sp.

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Aerosole (s.u.)

d) Weitere Informationen:

Die Legionellose ist eine schwere bakterielle Lungenentzündung, deren Letalität bis zu 20 % betragen kann. Die Infektion erfolgt nach heutiger Kenntnis auf aerogenem Wege. Patienten mit schweren Grundkrankheiten und immunsupprimierte Patienten erkranken häufiger. Von der epidemischen Legionellose ist die sporadische Form abzugrenzen, bei der Einzelerkrankungen im Vordergrund stehen. Die Zahl für die Bundesrepublik wird auf ca. 9000 überwiegend sporadische oder durch Reisetätigkeit erworbene Legionellosen pro Jahr geschätzt. Der bevorzugte Standort der Legionellen ist das Wasser. Weltweit sind Legionellen in den verschiedensten Lokalisationen, unter anderem Seen, Flüssen, Feuchtstellen, Klimaanlage, Kühltürmen, aber auch in Warmwasserversorgungsanlagen nachgewiesen worden. Legionellen kommen ferner in den Leitungsnetzen der Trinkwasserversorgung vor. Bei Nachweis von Legionellen im Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung hat das zuständige Gesundheitsamt gezielte Ermittlungen und ggf. Bekämpfungsmaßnahmen einzuleiten.

27. Leptospira interrogans

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Kontakt mit kontaminiertem Wasser, hervorgerufen vorwiegend durch den Urin infizierter Ratten

d) Weitere Informationen:

Leptospiren sind im Tierreich, vor allem bei Kleinsäugetern, weit verbreitet und werden von infizierten Tieren mit Kot und Urin ausgeschieden. Menschen können sich durch Kontakt über - auch kleine - Hautläsionen infizieren. Gefährdet sind vor allem in der Landwirtschaft beschäftigte Personen sowie Wassersportler. Gelegentlich kann es bei starker Vermehrung z. B. von Mäusen und Ratten zu gehäuften Infektionen kommen. Die Krankheitsbilder variieren je nach **Erregertyp**. Zur Sicherung der Diagnose ist vor Interventionsmaßnahmen der Gesundheitsbehörden der direkte oder indirekte Nachweis unerlässlich. Entsprechend wird die Meldepflicht auf die Meldung des Erregernachweises beschränkt.

28. Listeria monocytogenes

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Lebensmittel (am bekanntesten: Rohmilchkäse)

d) Weitere Informationen:

Während Infektionen mit Listerien bei gesunden Erwachsenen meist sehr leicht verlaufen, gelegentlich aber zu Meningitiden führen, können sie während der Schwangerschaft zu schweren Schädigungen des Fötus führen. Sie reichen vom Abort bis zu häufig tödlich verlaufenden septischen Krankheitsbildern beim Neugeborenen. Die Diagnose von Listerienmeningitiden oder einer Listerieninfektion des Neugeborenen können allein durch den Erregernachweis erbracht werden. Listerien sind ubiquitär vorkommende Keime. Infektionsquelle sind meist Lebensmittel.

29. Marburgvirus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Sudan, Zentralafrika

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Laborinfektionen durch infizierte Affen in Europa. Infektionsquelle in Afrika ungeklärt

d) Weitere Informationen:

Strikteste Patientenisolation notwendig.

30. Masernvirus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit. Verbreitung von der Durchimpfung der Bevölkerung bestimmt

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Tröpfcheninfektion, Aerosole

d) Weitere Informationen:

Die Masern sind wegen ihrer Komplikationen und Spätfolgen die wichtigste Infektionskrankheit im Kindesalter. Zur Verhütung der Masern steht ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung. Im Einklang mit den WHO - Zielen ist es auch Ziel in der Bundesrepublik, die einheimischen Masern im nächsten Jahrzehnt als Kinderkrankheit zu eliminieren. Dies bedingt die Notwendigkeit, die Masern infektionsepidemiologisch zu überwachen. Eine Meldung allein der durch Masern bedingten Todesfälle ist dazu nicht ausreichend. Das Gesetz sieht vor, dass bereits der Verdacht und die Masernerkrankung selbst vom behandelnden Arzt und der Erregernachweis vom Labor gemeldet werden, um rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen durch das Gesundheitsamt, z.B. Riegelungsimpfungen, zu gewährleisten.

31. Mycobacterium leprae**a) Erregertyp:**

Bakterium (säurefestes Stäbchen)

b) Verbreitung:

Südostasien, Afrika, Amerika

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Hautkontakt, Tröpfchen

d) Weitere Informationen:

Leprosy ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die heute medikamentös behandelbar ist. Die WHO erwartet, dass nach dem Jahr 2000 keine Neuinfektionen mehr auftreten. Allein auf Grund des klinischen Bildes ist die Leprosy vom unerfahrenen Arzt nicht zu erkennen. Der Nachweis des Erregers in erkranktem Gewebe ist möglich und erlaubt zuverlässig die Diagnose der Krankheit. Entsprechend ist nur der Erregernachweis meldepflichtig.

32. Mycobacterium tuberculosis/africanum, Mycobacterium bovis (auch Nachweis säurefester Stäbchen)**a) Erregertyp:**

Bakterium (säurefestes Stäbchen)

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Tröpfchen und Staub. Nahrung bei M. bovis

d) Weitere Informationen:

Der Begriff der behandlungsbedürftigen Tuberkulose schließt alle Lokalisationen der Tuberkulose ein (der Atmungsorgane und der übrigen Organe).

Zur neu aufgenommenen Mitteilungspflicht von Tuberkulosekranken, die eine Behandlung verweigern oder abbrechen, s. Begründung zu § 6 Abs. 2.

33. Neisseria meningitidis

a) Erregertyp:

Bakterium. Die Unterteilung in verschiedene Serotypen ist epidemiologisch und für die Impfprävention wichtig.

b) Verbreitung:

Weltweit. Serotypen unterschiedlich verbreitet (Hinsichtlich der Impfprophylaxe von Bedeutung)

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Tropfeninfektion; häufig (symptomlose) Keimträger, Voraussetzungen, die zum Ausbruch der Hirnhautentzündung führen, sind weitgehend ungeklärt.

d) Weitere Informationen:

Kein Impfstoff gegen den in Europa vorherrschenden Serotyp B zur Verfügung.

34. Norwalk-ähnliches Virus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Von Mensch zu Mensch fäkal-oral; Nahrungsmittel, Trinkwasser

d) Weitere Informationen:

Erkrankungen meist als Ausbrüche imponierend.

34a. Plasmodium sp.

a) Erregertyp:

Parasit (Protozoon)

b) Verbreitung:

Weltweit in tropischen und gelegentlich subtropischen Regionen; Einschleppung in gemäßigte Zonen im Einzelfall möglich

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Durch anthropophile Stechmückenarten der Gattung Anopheles. Mensch ist das einzige Erregerreservoir.

d) Weitere Informationen:

Bei der Malaria handelt es sich um die wichtigste parasitäre Importerkrankung, die nicht selten tödlich endet. Die Malaria ist nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragbar (gegen die Übertragung durch Bluttransfusionen sind entsprechende Vorkehrungen getroffen.). Ihre große Bedeutung als Importkrankheit erfordert die Erfassung der Erkrankungshäufigkeit. Als Indikator dient der Erregernachweis, der meldepflichtig ist. Damit kann die Effektivität präventiver Maßnahmen (Chemoprophylaxe, Expositionsprophylaxe) überprüft werden und ggf. können notwendige Präventions- und Aufklärungsstrategien veranlasst werden. Die Meldung erfolgt in anonymer Form nach § 7 Abs. 3.

35. Poliovirus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Steht vor weltweiter Eradikation. Vakzine-assoziierte Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit dem oralen Impfstoff. In Deutschland seit 1998 nur noch die parenterale Impfung empfohlen.

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Schmierinfektion

d) Weitere Informationen:

Der letzte Fall einer in Deutschland erworbenen Wildtyp-Poliomyelitis wurde 1986 diagnostiziert. Die WHO erwartet, dass im Jahr 2000 die Poliomyelitis in der europäischen Region ausgerottet ist. Um diesen Erfolg der Seuchenbekämpfung zu sichern, müssen besondere Anstrengungen gemacht werden, mögliche Poliomyelitis-Fälle sicher zu erkennen. Klinisch imponiert die Poliomyelitis als schlaffe Lähmung, bei der allein der Erregernachweis die endgültige Diagnose erlaubt. Die Mitgliedsstaaten der WHO haben sich darauf geeinigt, statt der Poliomyelitis alle Fälle von schlaffen Lähmungen meldepflichtig zu machen. Entsprechend wird sowohl die Meldung des akuten Krankheitsbildes wie des bestätigenden Erregernachweises gefordert.

36. Rabiesvirus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit, wenn auch manche Länder wie Großbritannien bisher davon frei sind

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Bisse infizierter Tiere, Speichelkontakt

d) Weitere Informationen:

Eine wirksame Tierimpfung steht in Westeuropa zur Verfügung. Ein Teil der gegenwärtigen humanen Infektionen ist aus Ländern der Dritten Welt importiert. Zur Prophylaxe und Frühtherapie humaner Erkrankungen steht ein Impfstoff zur Verfügung.

37. Rickettsia prowazekii

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Fleckfieberherde in Afrika, Südamerika und Asien

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Kleiderlaus

d) Weitere Informationen:

Fleckfieber wurde in § 6 nicht als meldepflichtige Krankheit aufgenommen. Fleckfieber ist eine durch Kleiderläuse übertragene Infektionskrankheit. Sie hat epidemiologische Bedeutung nur bei Zusammenbruch aller sozialen Strukturen und beim Fehlen aller - auch der primitivsten - Formen der persönlichen Hygiene in Ausnahmesituationen, z. B. bei kriegerischen Auseinandersetzungen. In Deutschland ist allenfalls mit Einschleppungen zu rechnen. Fleckfieber ist eine Infektionskrankheit, die von der WHO besonders überwacht wird. Aus diesem Grund bleibt der Nachweis des Fleckfieber verursachenden Erregers nach § 7 meldepflichtig.

38. Rotavirus

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Fäkal-oral

d) Weitere Informationen:

Durchfallserkrankung von Säuglingen und Kleinkindern

38a. Rubellavirus (Rötelnvirus)

a) Erregertyp:

Virus

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Tröpfcheninfektion, Kontakt. Hier von Bedeutung: von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft

d) Weitere Informationen:

Die Erfassung konnataler Infektionen durch Rubellavirus (Röteln) ist ein Indikator für den Erfolg von Präventionsstrategien (Schutzimpfung) vor der Schwangerschaft.

39. Salmonella Paratyphi

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit; in Deutschland wichtige Importkrankheit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel, Trinkwasser, fäkal-oral

d) Weitere Informationen:

Klinisch sind Paratyphus-Erkrankungen nicht von Typhus-Erkrankungen zu unterscheiden. Allerdings verlaufen Paratyphus-Erkrankungen in der Regel weniger dramatisch. Die endgültige Einordnung der Erkrankung erlaubt allein der Erregernachweis. Der Zusatz, dass alle direkten Nachweise meldepflichtig sind, soll die Meldung von Dauerausscheidern, die eine bedeutsame Infektionsquelle darstellen können, sicherstellen.

40. Salmonella Typhi

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit; in Deutschland wichtige Importkrankheit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel, Trinkwasser, fäkal-oral

d) Weitere Informationen:

Siehe unter Paratyphus

41. Salmonella, sonstige

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel, Trinkwasser

42. Shigella sp.

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit; In Deutschland meist aus wärmeren Regionen importiert

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel, fäkal-oral

d) Weitere Informationen:

Die Shigellose imponiert klinisch als eine gegebenenfalls schwer verlaufende Gastroenteritis. Die Diagnose wird erst durch den bakteriologischen Nachweis des Erregers erbracht. Entsprechend wird in § 7 Abs. 1 der Erregernachweis für die Shigellenruhr aufgeführt.

42a. Toxoplasma gondii**a) Erregertyp:**

Parasit (Protozoon)

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nicht genügend erhitztes oder rohes Fleisch oder durch Kontakt mit dem Kot infizierter Katzen, z.B. bei Gartenarbeit. Hier von Bedeutung: von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft.

d) Weitere Informationen:

Der Anstieg oder Abfall der Infektionen durch *Toxoplasma gondii* ist ein Indikator für den Erfolg von Präventionsstrategien (Expositionsprophylaxe, ggf. Schwangerschaftsuntersuchungen) vor und während der Schwangerschaft.

42b. Treponema pallidum**a) Erregertyp:**

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Geschlechtsverkehr

d) Weitere Informationen:

Treponema pallidum ist der Erreger der Syphilis. Andere Bezeichnungen der Krankheit sind Lues und speziell für das Primärstadium der Erkrankung auch "Harter Schanker". Für Syphilis wurde die Pflicht zur nichtnamentlichen Meldung von § 1 GeschlKrG übernommen. Sie ist ein wichtiger Indikator für die

Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen für sexuell übertragbare Krankheiten, kann wegen ihrer Seltenheit jedoch nicht durch andere Erhebungsinstrumente wie Sentinel überwacht werden.

43. Trichinella spiralis

a) Erregertyp:

Parasit

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nicht genügend erhitztes Fleisch, hauptsächlich vom Schwein (Wildschwein!)

d) Weitere Informationen:

Die Trichinose ist Folge des Verzehrs von Fleisch - insbesondere von Schweinefleisch - das Larven des Fadenwurms *Trichinella spiralis* enthält. Fälle von Trichinose sind in Deutschland sehr selten; allerdings hat es einige Ausbrüche gegeben, die auf Verzehr von Fleisch, bei dem die Fleischschau unzureichend durchgeführt worden war, zurückgeführt werden konnten. Die eindeutige Diagnose einer Trichinose erfordert den indirekten oder direkten Erregernachweis. Entsprechend wird die Meldung auf den Erregernachweis beschränkt.

44. Vibrio cholerae O 1 und O 139

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Endemisch auf dem indischen Subkontinent. Von dort aus immer wieder Verbreitung des Erregers, meist in wärmere Klimazonen.

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel, Trinkwasser

d) Weitere Informationen:

Das BSeuchG verlangt die Meldung aller Ausscheider von Choleravibrionen, Salmonellen und Shigellen. Der Nachweis dieser Erreger ist entsprechend § 7 dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden. Das Gesundheitsamt hat dann entsprechend § 16 die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Hierzu gehören Maßnahmen zur Klärung der Frage, ob die gemeldete Person den Erreger auch weiterhin ausscheidet. Eine gesonderte Meldung der Dauerausscheider ist deshalb entbehrlich.

45. Yersinia enterocolitica, darmpathogen

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit in gemäßigten bis kühleren Klimazonen

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Nahrungsmittel, von infizierten Tieren ausgehend, Trinkwasser

d) Weitere Informationen:

Hauptsächlich Kleinkinder und Kinder von der Durchfallserkrankung betroffen. Ausbrüche werden immer wieder beschrieben.

46. Yersinia pestis**a) Erregertyp:**

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit verbreitet gibt es einzelne Pestherde, die von infizierten Nagetieren ausgehen.

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Ratten- und Menschenflöhe übertragen den Erreger vom Nagetier auf den Menschen. Mensch zu Mensch-Übertragungen durch Exkrete u.ä.

d) Weitere Informationen:

Quarantänepflichtige Erkrankung. Insbesondere bei der Lungenpest von Bedeutung.

47. andere Erreger hämorrhagischer Fieber**a) Erregertyp:**

Viren

b) Verbreitung:

Häufig in wärmeren Klimazonen; Verbreitungsgebiete meist bekannt

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Unterschiedlich; häufig von infizierten Säugern ausgehend über Stechmücken oder andere Vektoren

d) Weitere Informationen:

Hierzu gehört z.B. Denguefieber

Krankheiten bzw. Erreger, die im IfSG nicht mehr vertreten sind**A) Cytomegalie****a) Erregertyp:**

Virus

d) Weitere Informationen:

Die intrauterin erworbene Cytomegalie ist nicht mehr meldepflichtig. Mit dem Cytomegalie-Virus (CMV) ist nahezu die Hälfte der Bevölkerung infiziert. CMV verursacht eine persistierende Infektion, die in der Regel ohne

Krankheitssymptome bleibt. Etwa 1% aller Neugeborenen ist CMV infiziert. Wenn die CMV Infektion der Mutter während der Schwangerschaft erfolgt, kommt es bei 10-15% der Neugeborenen zu schweren klinischen Erscheinungen. Aus der Erfassung der intrauterinen Cytomegalie ergeben sich keine Maßnahmen, die geeignet sind, weitere Infektionen zu verhindern.

B) Chlamydia trachomatis, für das Lymphogranuloma venereum spezifische Serovare

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit; meist in Gebieten mit schlechten hygienischen und sozioökonomischen Verhältnissen

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Geschlechtsverkehr

d) Weitere Informationen:

Die venerische Lymphknotenentzündung (Lymphogranuloma inguinale) wird in § 1 GeschlKrG als nichtnamentlich zu meldende Geschlechtskrankheit genannt. Das Lymphogranuloma venereum ist in der Regel nur über den Erregernachweis, Chlamydia trachomatis, zu diagnostizieren. Wegen ihrer Häufigkeit erscheint es sinnvoller, statt einer allgemeinen Meldepflicht zur Abschätzung der Verbreitung in der Bevölkerung Sentinel-Erhebungen durchzuführen.

C) Gasbrand

a) Erregertyp:

Bakterium

d) Weitere Informationen:

Auf die Meldung von Gasbrand und Gasödem wird verzichtet. Der Erreger ist ubiquitär verbreitet und nicht von Mensch zu Mensch übertragbar. Interventionsmöglichkeiten des Gesundheitsamtes im Einzelfall bestehen nicht. Der Gasbrand hat sich entgegen den Erwartungen, die bei der 4. Änderung des BSeuchG bestanden, als Indikatorkrankheit für nosokomiale Infektionen als ungeeignet erwiesen. § 23 des Gesetzes schafft die Voraussetzungen für die Erfassung von nosokomialen Infektionen im Rahmen der infektionshygienischen Qualitätssicherung.

D) Haemophilus ducreyi (Erreg. des Ulcus molle, weicher Schanker)

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Meist in tropischen und subtropischen Regionen

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Geschlechtsverkehr

d) Weitere Informationen:

Der Weiche Schanker wird in § 1 GeschlKrG als nichtnamentlich zu meldende Geschlechtskrankheit

genannt. Eine Meldepflicht für *Ulcus molle* ist nicht mehr erforderlich, da es eine seltene Krankheit geworden ist, die leicht zu diagnostizieren und zu therapieren ist.

E) Keuchhusten

a) Erregertyp:

Bakterium

d) Weitere Informationen:

Der Keuchhusten ist eine der häufigsten impfpräventablen Erkrankungen im Kindesalter. Die infektionsepidemiologische Überwachung des Keuchhustens ist ein besonderes Anliegen des Infektionsschutzes. Dieses Ziel ist nicht zu erreichen durch eine Meldepflicht der Todesfälle, die eher Auskunft über eine unzureichende Therapie geben. Ein Erregernachweis wird nur selten vorgenommen; seine Meldung kann deshalb kein wahres Bild zur Verbreitung des Erregers liefern. Dagegen ist Keuchhusten geeignet für eine Überwachung durch eine Sentinel-Erhebung.

F) Neisseria gonorrhoeae

a) Erregertyp:

Bakterium

b) Verbreitung:

Weltweit

c) Hauptsächlicher Übertragungsweg:

Geschlechtsverkehr

d) Weitere Informationen:

Die Gonorrhoe wurde in § 1 GeschlKrG als nichtnamentlich zu meldende Geschlechtskrankheit genannt. Eine Meldepflicht für Gonorrhoe wird nicht mehr als erforderlich angesehen, da sie wegen ihrer Häufigkeit leicht durch Sentinel - Erhebungen erfasst werden kann, um Trends in der Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten festzustellen.

G) Pocken

a) Erregertyp:

Virus

d) Weitere Informationen:

Das Pockenvirus gilt als weltweit eradiziert.

H) Rotz

a) Erregertyp:

Bakterium

d) Weitere Informationen:

Der Rotz ist eine infektiöse Erkrankung von Einhufern. Bei nahem Kontakt von Menschen mit infizierten Tieren kann es zu schweren sepsisähnlichen Erkrankungen kommen. Der Rotz ist bis auf einige wenige kleinere Herde - vor allem in Asien - in der Welt erloschen. Eine Meldepflicht ist nicht mehr erforderlich.

I) Scharlach

a) Erregertyp:

Bakterium

d) Weitere Informationen:

Der Scharlach ist eine der klinischen Manifestationen einer akuten Infektion mit *Streptococcus pyogenes* (β -hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A). Diese Erreger sind weit verbreitet: Ca 15% der Kindergarten- und Schulkinder und weniger als 5 % der Erwachsenen sind symptomlose Träger dieses Erregers). Gegen diese Erreger stehen hochwirksame Antibiotika zur Verfügung. Die hohe Prävalenz dieser Erreger erschwert eine gezielte infektionsepidemiologische Bekämpfungsstrategie. Schon mit dem 4. Änderungsgesetz zum BSeuchG wurde die bis dahin bestehende umfassende Meldepflicht auf Todesfälle beschränkt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Erfassung der Todesfälle keinen Beitrag zu einer Verhütung und Bekämpfung leisten kann. Unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur Durchführung von Sentinel-Erhebungen wird auf die Meldepflicht verzichtet.

J) Tetanus

a) Erregertyp:

Bakterium

d) Weitere Informationen:

Der Erreger des Tetanus, *Clostridium tetani*, ist in der Natur weit verbreitet und nicht von Mensch zu Mensch übertragbar. Im Fall einer Erkrankung sind Maßnahmen der Infektionsabwehr weder erforderlich noch möglich, deshalb wird auf die Erfassung verzichtet. Nur die Tetanus-Schutzimpfung kann sicher vor der Erkrankung schützen.

K) Trachom

a) Erregertyp:

Bakterium

d) Weitere Informationen:

Beim Trachom handelt es sich um eine chronische Infektion der Bindehaut mit spezifischen Serotypen von *C. trachomatis*. Die Infektion kann - wenn sie unbehandelt bleibt - zur Erblindung führen. Sie tritt vor allem bei Bevölkerungsgruppen auf, die auf engem Raum unter schlechten hygienischen Bedingungen bei mangelnder medizinischer Versorgung leben. In Deutschland sind in den letzten Jahren nur wenige Einzelfälle bekannt geworden. Hierbei handelt es sich wahrscheinlich um Einschleppungen aus Endemiegebieten. Eine Meldepflicht ist nicht mehr begründbar.

Zu § 8

Zur Meldung verpflichtete Personen

Die Vorschriften im § 4 BSeuchG über die zur Meldung verpflichteten Personen wurden weitgehend übernommen, aber präzisiert. Im Hinblick auf § 6 Abs. 2 wurde auch die "Mitteilung" aufgenommen. Die klare Abgrenzung meldepflichtiger Erkrankungen von meldepflichtigen Untersuchungsbefunden ist hier zu berücksichtigen.

Zu Absatz 1

Zu Nummer 1

Im BSeuchG wird in § 4 Abs. 1 der behandelnde oder jeder sonst hinzugezogene Arzt zur Meldung verpflichtet. Hiermit sollte sichergestellt werden, dass über jedes meldepflichtige Ereignis auch berichtet wird. Dieses Ziel soll beibehalten werden. Da allerdings die Formulierung "sonst hinzugezogener Arzt" in der Praxis zu Auslegungsschwierigkeiten geführt hat, mit der Folge, dass tatsächlich viele Meldungen unterblieben, wird nunmehr eindeutig festgelegt, dass jeder feststellende Arzt - vorbehaltlich des Nachweises einer bereits erfolgten Meldung - zur Meldung verpflichtet ist. Die Regelung für Ärzte in Krankenhäusern entspricht im wesentlichen § 4 Abs. 2 BSeuchG.

Zu Nummer 2

In Nummer 2 werden die Personen genannt, die regelmäßig zur Meldung von Befunden nach § 7 verpflichtet sind. Eine vergleichbare Vorschrift findet sich im § 9 BSeuchG. Während § 9 Abs. 2 BSeuchG Untersuchungsstellen, die Teil eines Krankenhauses sind, ausdrücklich von der Meldepflicht ausnimmt, wenn die meldepflichtigen Untersuchungsergebnisse einen Patienten des Krankenhauses betreffen, werden sie nunmehr im Gesetz ausdrücklich einbezogen. Dies ist dadurch begründet, dass im Gesetz zwischen meldepflichtigen Krankheiten und meldepflichtigen Krankheitserregern differenziert wird, so dass es sich nicht mehr um die gleichen Meldeinhalte handelt.

Zu Nummer 3

Mit der ausdrücklichen Nennung der Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik wird klargestellt, dass auch post mortem erhobene Befunde, die auf das Vorliegen eines meldepflichtigen Tatbestandes hinweisen, z. B. eine bei der Obduktion entdeckte ansteckungsfähige aktive Lungentuberkulose oder eine Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK), den zuständigen Behörden gemeldet werden. Auch solche Befunde können bei der Aufklärung von Infektionsquellen oder -ketten eine große Rolle spielen.

Zu Nummer 4

Die in § 4 Abs. 1 BSeuchG geregelten Meldeverpflichtungen des Tierarztes werden einer eigenen Nummer zugewiesen.

Zu Nummer 5

Die Regelung entspricht im wesentlichen § 4 Abs. 1 Nr. 2 und 3 BSeuchG. Die Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 ist gegenüber der weitergehenden Regelung im BSeuchG auf die Nummern 1, 2 und 5 beschränkt, weil davon auszugehen ist, dass bei den meldepflichtigen Fällen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 ein Arzt hinzugezogen worden ist. Die Formulierung wurde in Anlehnung an § 203 Strafgesetzbuch gewählt, um die Meldeverpflichtung auf einen sachkundigen Personenkreis zu begrenzen.

Zu Nummer 6

Nummer 6 entspricht inhaltlich § 4 Abs. 1 Nr. 4 BSeuchG, erweitert um die verantwortlichen Luftfahrzeugführer.

Zu Nummer 7

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 4 Abs. 1 Nr. 5 BSeuchG. Die Verpflichtung gilt nur für die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 5 meldepflichtigen Tatbestände.

Zu Nummer 8

Da viele Menschen im Krankheitsfalle auch Heilpraktiker aufsuchen, sind diese in das Meldesystem ausdrücklich einzubeziehen, auch wenn ihnen die Behandlung einer meldepflichtigen Krankheit untersagt ist (vgl. § 24).

Zu Absatz 2

Da die in Satz 1 genannten Personen in der Regel nur vorübergehenden Kontakt mit den Patienten haben, soll die Meldung durch die Ärzte der aufnehmenden Einrichtung erfolgen. Satz 2 ersetzt den bisherigen § 4 Abs. 3 BSeuchG. Sie dient dazu, überflüssige und zusätzlichen Aufwand verursachende Doppelmeldungen zu verhindern.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift wurde neu in das Gesetz aufgenommen. Ebenso wie bei Absatz 2 sollen mit dieser Regelung Doppel- und Mehrfachmeldungen verhindert werden. Sie wird insbesondere dort von Bedeutung sein, wo bei einer Behandlung mehrere Ärzte eingebunden sind, wie dies bei der Beteiligung von ambulanten Fachärzten oder bei einer Einweisung des Kranken in ein Krankenhaus regelmäßig der Fall ist. In diesen Fällen wird es zweckmäßig sein, wenn der Meldepflichtige, der eine Meldung bereits erstattet hat, ein Doppel der Meldung oder einen anderen Nachweis dem weiter behandelnden Arzt zur Verfügung stellt. Das Vorliegen eines konkreten Nachweises ist erforderlich, denn es muss sichergestellt sein, dass der betreffende meldepflichtige Tatbestand tatsächlich gemeldet worden ist. Der Nachweis ist nicht zuletzt wegen der Sanktionen bei Nichteinhaltung der Verpflichtung von Bedeutung. Wenn der Meldepflichtige andere oder zusätzliche Daten feststellt, so müssen diese auch dann gemeldet werden, wenn der Fall als solcher bereits gemeldet worden ist.

Zu Absatz 4

Mit dieser Regelung sollen auch die Fälle erfasst werden, bei denen Laboruntersuchungen außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes durchgeführt werden. Bei der Notwendigkeit der Erfassung dieser Angaben und den daraus zu folgenden Maßnahmen ist es unerheblich, wo der Nachweis der Krankheitserreger erfolgt ist.

Zu Absatz 5

Durch diese Regelung soll das Gesundheitsamt die gegebenenfalls eingeleiteten Maßnahmen beenden können.

Zu § 9

Namentliche Meldung

Zu Absatz 1

Die Angaben, die eine namentliche Meldung durch den behandelnden Arzt oder andere zur Meldung verpflichtete Personen enthalten soll, sind hier erstmalig gesetzlich detailliert aufgeführt. Zur namentlichen Meldung gehören die Angaben, die das Gesundheitsamt zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen benötigt. Das Gesundheitsamt soll durch die Angaben möglichst zeitnah in die Lage versetzt werden, etwaige Infektionsquellen gezielt zu ermitteln und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung zu veranlassen. Dazu kann es auch erforderlich sein, dass Meldungen verschiedener Meldepflichtiger einem bestimmten Ereignis zugeordnet werden können.

Die Angaben berücksichtigen auch Alter, Geschlecht, Wohnort oder Infektionsquelle im Ausland, die zur infektionsepidemiologischen Bewertung der Krankheitsverbreitung und für allgemeine Bekämpfungsstrategien benötigt werden.

Die Einschränkung in Absatz 1 letzter Satz ist sachgerecht, da die dort aufgeführten Personen im Einzelfall nicht in der Lage sein werden, alle in dieser Vorschrift genannten Angaben zu machen. Durch die Vorschrift soll keine Offenbarungspflicht für den Patienten geschaffen werden, so dass der Meldepflichtige nur die Angaben machen kann, die ihm aus eigener Erkenntnis oder durch freiwillige Angaben des Patienten vorliegen

Zu Absatz 2

Die Angaben, die von den hier genannten Untersuchungsstellen gefordert werden, entsprechen zum Teil den Inhalten des Absatzes 1. Sie berücksichtigen, dass das Gesundheitsamt aufgrund der namentlichen Meldepflicht eigene zielgerichtete Maßnahmen einleiten kann. Dazu dienen auch die Angaben zum Untersuchungsmaterial und zur Nachweismethode.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 5 BSeuchG.

Auch wenn nicht alle geforderten Angaben vorliegen, soll eine Meldung unverzüglich erfolgen, da eine Verzögerung unter Umständen zu einer gravierenden Beeinträchtigung erforderlicher Maßnahmen führen kann.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt den konkreten Meldeweg bei Meldungen durch verantwortliche Luftfahrzeugführer oder Kapitäne von Seeschiffen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt den Datenschutz.

Zu § 10

Nichtnamentliche Meldung

Zu Absatz 1

Ein besonderes Problem der nichtnamentlichen Meldungen von HIV-Infektionen ist das zuverlässige Erkennen von Mehrfachmeldungen der gleichen Person. Gleiches gilt für die Zuordnung von Todesfallmeldungen. Dies zeigen die Erfahrungen mit den nach der LabBerPflV erhobenen Daten, bei denen ein zuverlässiger Ausschluss von Mehrfachmeldungen aufgrund der unkodierten, nichtnamentlichen Meldung und fehlender, für einen minimalen anonymen Datenabgleich geeigneter Zusätze bisher nicht möglich ist.

Bis zum 31. Dezember 1998 wurden insgesamt 130.164 positive HIV-Befunde gemeldet. Unter Ausschluss der nach den Angaben der meldenden Laborärzte erkennbaren Mehrfachmeldungen sind 86.773 Berichte über bestätigte Antikörperteste in der Bundesrepublik Deutschland erfasst. Aufgrund von anderen Erhebungen und Hochrechnungen (ANOMO-Studie) muss davon ausgegangen werden, dass auch in dieser Anzahl noch 30-50% nicht erkennbare Mehrfachmeldungen enthalten sind, so dass die Zahl der bisher HIV-positiv getesteter Personen eher zwischen 43.000 und 60.000 liegen dürfte. Zur besseren Bewertung der HIV-Epidemie ist daher für Meldungen zu HIV unter Nr. 1 eine fallbezogene Verschlüsselung vorgesehen, deren Einzelheiten in Absatz 2 erläutert werden.

Die übrigen Angaben sind für die epidemiologische Bewertung bzw. für etwaige Rückfragen bei den in § 7 Abs. 3 aufgeführten Erregernachweisen zwingend erforderlich. Durch Satz 2 wird die für die Vollständigkeit der Angaben erforderliche Zusammenarbeit insbesondere zwischen behandelndem Arzt und meldepflichtigem Laborarzt sichergestellt. Satz 3 trägt den Besonderheiten der Meldung eines Ausbruchs nosokomialer Infektionen gemäß § 6 Abs. 3 Rechnung.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 2 beschriebene Verschlüsselung ist alphanumerisch und besteht jeweils beim Vor- wie Nachnamen aus der Angabe des dritten Buchstabens in Verbindung mit der absoluten Zahl der Buchstaben. Dabei bleiben Namenszusätze unbeachtet, bei Doppelnamen sowohl von Vor- wie Nachnamen wird nur der erste Namensbestandteil berücksichtigt. Beispiel: "Sabine-Christine von Müller" = B6/E7.

Diese Verschlüsselung ist einfach zu handhaben und hat sich in der Praxis bewährt. Sie ist so differenziert, dass - jedenfalls in Verbindung mit den weiteren Angaben bei den nichtnamentlichen Meldungen - bei etwaigen Rückfragen an den meldenden Arzt diesem eine Zuordnung zu seinem Patienten (der ihm als Meldenden bei der Meldung ohnehin bekannt war) und damit eine Klärung oder Komplettierung einer unvollständigen Meldung möglich ist.

Zu Absatz 3

Die Einschränkung ist sachgerecht, da die dort aufgeführten Personen im Einzelfall nicht in der Lage sein werden, alle geforderten Daten zu erlangen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt für den Bereich der nichtnamentlichen Meldung die Meldefrist sowie den Meldeadressaten. Da die Daten grundsätzlich zu epidemiologischen Zwecken benötigt werden, ist regelmäßig eine zweiwöchige Meldeperiode angemessen; davon abweichend wird wegen der Entscheidung über sofortige Interventionen bei der

Meldung eines Ausbruchs gemäß § 6 Abs. 3 auf Meldeweg und Meldefrist bei den namentlichen Meldungen verwiesen.

Zu Absatz 5

Obwohl die Meldungen nichtnamentlich sind, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Angaben ohne entsprechende Schutzvorkehrungen eine Reidentifizierung ermöglichen. Daher ist der Zweck der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung gesetzlich zu bestimmen und die Löschung der den Personenbezug ermöglichenden Teile dieser Datensätze dann vorzusehen, wenn sie für den gesetzlichen Zweck nicht mehr erforderlich sind. Die Frist von zehn Jahren ist wegen der in den letzten Jahren verlängerten Zeit zwischen HIV- Infektion und Ausbruch der ersten, auf AIDS hinweisende Indikatorerkrankung (Infektionen durch andere Erreger, Tumore, neurologische Symptome) gerechtfertigt.

Zu § 11

Übermittlungen durch das Gesundheitsamt und die zuständige Landesbehörde

Zu Absatz 1

In § 4 Abs. 2 Nummern 3 und 4 wird bestimmt, dass das Koordinierungszentrum auf der Basis der Meldungen meldepflichtiger Krankheiten und meldepflichtiger Untersuchungsergebnisse Zusammenfassungen erstellt und infektionsepidemiologische Auswertungen durchführt. § 11 regelt die Modalitäten der Meldungen durch das Gesundheitsamt und der zuständigen Landesbehörde an das Robert Koch-Institut. Das Gesundheitsamt vor Ort sichert die Validität der bei ihm eingehenden Meldungen und stellt fest, ob die gemeldeten Krankheitserreger auf eine aktive Infektion hinweisen, die unmittelbares Handeln erfordert. Die validierten Daten sind entsprechend der Falldefinitionen zu standardisieren, um eine Vergleichbarkeit der an das RKI weitergemeldeten Diagnosen sicherzustellen. Dies kann je nach Erforderlichkeit nach dem drei- oder vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-Verschlüsselung) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung erfolgen. Regelungen über die Information anderer beteiligter Behörden auf Länderebene sind in § 11 nicht getroffen, da dies in die Zuständigkeit des jeweiligen Landes fällt.

Die Meldungen an das RKI erfolgen über die zuständige Landesbehörde, damit diese aktuell informiert ist. Die Festlegung eines Meldetages soll sicherstellen, dass die Rückinformationen zeitnah erfolgen können. Die Bestimmung in Satz 3 trägt der Tatsache Rechnung, dass aktuelle Informationen nicht immer vollständig sein können und nicht selten aufgrund weiterer Meldungen oder Nachforschungen korrigiert oder revidiert werden müssen. Die korrigierten Meldungen sind für die Qualität der infektionsepidemiologischen Analysen unverzichtbar.

Zu Absatz 2

Hier ist ein besonderer Meldeweg für den Verdacht eines Impfschadens und Fälle, bei denen der Verdacht besteht, dass ein Arzneimittel die Infektionsquelle ist, festgelegt, damit die zuständigen Bundesbehörden im Rahmen ihrer Aufgaben weiterführende Untersuchungen einleiten können. Die Übermittlungspflicht nach Absatz 1 bleibt unberührt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 setzt die in der Vorschrift genannte Entscheidung des Europäischen Parlamentes und des Rates um. Da die nach der Entscheidung zu meldenden Krankheiten und Maßnahmen noch zu präzisieren sind und dem jeweiligen Änderungsbedarf unterliegen, wird hier allgemein auf die zuständige Behörde abgestellt.

Zu § 12

Meldungen an die Weltgesundheitsorganisation und das Europäische Netzwerk

Zu Absatz 1

In dieser Vorschrift werden die Meldemodalitäten zur Erfüllung der Meldepflichten gegenüber der Weltgesundheitsorganisation geregelt. Meldungen zu Cholera, Gelbfieber und Pest entsprechen den Internationalen

Gesundheitsvorschriften. Die Meldepflichten zu den übrigen aufgeführten Erkrankungen ergeben sich aus den speziellen Beschlüssen der Weltgesundheitsorganisation.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgaben des Robert Koch-Institutes im Hinblick auf das Europäische Netzwerk.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Unterrichtungspflicht der Länder.

Zu § 13

Sentinel-Erhebungen

Zu Absatz 1

Hier wird geregelt, zur Überwachung übertragbarer Krankheiten Erhebungen in ausgewählten Bevölkerungsgruppen durchzuführen, um die Häufigkeit von bestimmten Infektionskrankheiten zu ermitteln. Diese moderne Methode der infektionsepidemiologischen Überwachung war im BSeuchG nicht vorgesehen und wurde bisher im Rahmen gezielter Forschungsvorhaben durchgeführt. Die Erfahrung mit derartigen Erhebungen hat gezeigt, dass sie mit großer Zuverlässigkeit ein Abbild des Geschehens in der Gesamtbevölkerung liefern können. Mit dieser Bestimmung wird dem Robert Koch-Institut ein zusätzliches infektionsepidemiologisches Instrumentarium an die Hand gegeben.

Solche als Sentinel-Erhebungen (vom lateinischen *Sentinella* - der Wachtposten - abgeleitet) bezeichnete Überwachungsmethoden sind dann angezeigt, wenn eine Krankheit besonders häufig ist, die Meldung jedes Einzelfalles eine unzumutbare Belastung der Meldesysteme bedeuten würde und der Nachweis einer Krankheit bzw. Infektion im Einzelfall nicht das unverzügliche Handeln des öffentlichen Gesundheitsdienstes notwendig macht. Ziel dieser Erhebungen ist es, die notwendigen Informationen über die Verbreitung und Verteilung bestimmter Krankheiten zu erheben sowie Risiken zu ermitteln, die zur Infektion führen und die Verteilung dieser Risiken in der Bevölkerung zu bestimmen. Diese Informationen sind unabdingbare Voraussetzung für eine gezielte Prävention. Ebenso können durch die fortlaufende Erhebung Trends erkannt werden, um die Erfolge der Prävention zu evaluieren bzw. neue Gefährdungspotentiale frühzeitig zu erkennen.

Eine typische Krankheit für Sentinel-Erhebungen ist z. B. der Keuchhusten, bei dem weniger die Erfassung jedes einzelnen Falles als vielmehr die Erkennung der örtlichen und zeitlichen Häufung für die Prävention (Impfung) eine Rolle spielt. Ein weiteres Beispiel ist die Gruppe der sexuell übertragbaren Krankheiten. Gerade in diesem Bereich haben sich (anonyme) Stichprobenerhebungen im Sinne des Sentinels im Vergleich zur Meldepflicht im Einzelfall bewährt.

Sentinel-Erhebungen sind auch angezeigt, wenn ermittelt werden muss, in welchem Umfang die Bevölkerung durch einen Erreger gefährdet ist. Dies hat z. B. Bedeutung bei der Überprüfung des bestehenden Impfschutzes (Populationsimmunität). So konnte mit dieser Methode bestimmt werden, inwieweit der sich in Russland rasch ausbreitende Diphtherie-Erreger bei einem Übergreifen auf Deutschland zu größeren Ausbrüchen hätte führen können. Gleichzeitig war es auch möglich, Faktoren zu ermitteln, die mit dem Impfverhalten korrelieren. Von den Ergebnissen solcher Studien können direkt Maßnahmen zur Verbesserung der Durchimpfungsraten und damit zur Erhöhung des Schutzes der Bevölkerung abgeleitet werden.

Für Infektionsraten durch einzelne nosokomiale Infektionen besteht nach diesem Gesetz zwar eine Aufzeichnungs-, jedoch keine Meldepflicht. Zur Abschätzung des eigenen Hygienestandards benötigen die Krankenhäuser aber Referenzdaten; auch hierfür ist eine Sentinel-Erhebung ausreichend. Gemeinsam führen das Nationale Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und das RKI seit 1997 die KISS - Erhebung (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) im Rahmen einer freiwilligen Kooperation mit ca. 80 Krankenhäusern durch. Die Daten werden halbjährlich nicht nur an die Sentinel-Partner übermittelt, sondern auch publiziert, so dass ein Vergleich für alle Krankenhäuser möglich wird.

Ergibt sich die Möglichkeit, dass Reste von Untersuchungsproben (nach Durchführung der Untersuchungen, für die das Material ursprünglich gewonnen worden war) zur Verfügung stehen, kann eine Sentinel-Erhebung auch als Anonymer Unverknüpfbarer Test (AUT) durchgeführt werden. In diesem Fall muss gewährleistet sein, dass vor der Sentinel-Testung sämtliche Informationen unwiderruflich von der Untersuchungsprobe (z. B. Blut oder Speichel) getrennt werden, die einen Rückschluss auf eine Person erlauben könnten. Ist dies sichergestellt, kann auf die

Zustimmung zu dieser zusätzlichen Untersuchung durch die Person, von der das Untersuchungsmaterial entnommen wurde, verzichtet werden. Neben Untersuchungen zur Populationsimmunität können mit Hilfe des AUT Erkenntnisse über die Verbreitung bestimmter Infektionen in der Bevölkerung (ohne die Gefahr der Selbstselektion) oder über die allgemeine Immunitätslage der Bevölkerung gewonnen werden. Diese Form der Krankheitsüberwachung wird bereits in Deutschland, in anderen Staaten Europas sowie in den USA erfolgreich z. B. zur Beobachtung der Inzidenzraten von HIV-Infektionen bei entbindenden Frauen genutzt.

In Sentinel-Untersuchungen werden nur Personen einbezogen, die Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge sowie -versorgung (Arztpraxen, Kliniken, Labore, Gesundheitsämter) in Anspruch nehmen. Für die Erhebungen werden die im Prozess der Versorgung bzw. Vorsorge anfallenden Angaben benutzt. Zusätzliche medizinische Untersuchungen des Patienten oder gar seine Mitwirkung an der Erhebung sind nicht erforderlich. Dieses Herangehen ermöglicht es, die benötigten Angaben soweit zu anonymisieren, dass keine Identifizierung der in die Untersuchung einbezogenen Personen möglich ist. So ergibt sich aus der Methode der Sentinel-Untersuchungen auch keine Notwendigkeit, vorab personenbezogene Daten zu erheben. Das anonyme unverknüpfbare Testen (AUT) stellt eine Sonderform von Sentinel-Erhebungen dar, da bereits vor der Testung eine unwiderrufliche Anonymisierung stattfindet, so dass auch der behandelnde bzw. kooperierende Arzt das Untersuchungsergebnis nicht einer bestimmten Person zuordnen kann.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Informationsfluss im Rahmen der Durchführung von Sentinel-Erhebungen.

Zu Absatz 3

Die hier festgelegte Beteiligung soll den jeweils zuständigen Länderbehörden ermöglichen, ihre Erfahrungen und die größere Nähe zur Basis zum Gelingen der Sentinel-Erhebungen einzubringen. Dies setzt die frühzeitige Beteiligung bei der Sentinel-Erhebung voraus.

Zu § 14

Auswahl der über Sentinel-Erhebungen zu überwachenden Krankheiten

Die Auswahl der durch Sentinel-Erhebungen zu überwachenden Krankheiten oder Krankheitserreger soll durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Ländern erfolgen. Unabhängig hiervon können die Länder eigene Sentinel-Erhebungen durchführen, falls sie dies für erforderlich halten.

Zu § 15

Anpassung der Meldepflicht an die epidemische Lage

Zu Absatz 1

§ 15 entspricht im wesentlichen § 7 BSeuchG.

Von der Ermächtigung im § 7 BSeuchG hat das Bundesministerium für Gesundheit zuletzt durch die Verordnung über EHEC Gebrauch gemacht.

Der Begriff "Krankheitserreger" wurde im Hinblick auf die Trennung der Meldepflicht für Krankheiten und Krankheitserreger zusätzlich aufgenommen.

Zu Absatz 2

Der Zeitraum von einem Jahr (bisher 3 Monate) ist erforderlich, da wegen des erforderlichen Schutzes Dritter Regelungslücken nicht hingenommen werden können.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht § 7 Abs. 3 BSeuchG.

4. Abschnitt

Verhütung übertragbarer Krankheiten

Zu § 16

Allgemeine Maßnahmen der zuständigen Behörde

Zu Absatz 1

§ 16 Abs. 1 entspricht im wesentlichen § 10 Abs. 1 BSeuchG.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht weitgehend dem § 10 Abs. 2 BSeuchG. Zusätzlich wird in Satz 1 die Formulierung aufgenommen, dass bei der Durchführung von Ermittlungen Bücher und sonstige Unterlagen und Akten eingesehen werden können und Kopien daraus gefertigt werden können. Dies dient der Rechtsklarheit sowohl für die ermittelnde Behörde als auch für die Betroffenen, indem die Befugnisse der Behörde ausdrücklich genannt werden. Zudem entspricht es den tatsächlichen Erfordernissen im Hinblick auf die Durchführung einer ordnungsgemäßen Ermittlung. Die Pflicht der Verantwortlichen zur Auskunftserteilung ist dahin konkretisiert worden, dass dies insbesondere Auskünfte über den Betrieb, den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle und die Vorlage von Unterlagen, wozu auch dem tatsächlichen Stand entsprechende technische Pläne und Dateien zählen, umfasst. Insoweit handelt es sich nicht um eine Ausdehnung der Pflichten der Betroffenen, sondern lediglich um eine Klarstellung des bereits bislang Geltenden.

Zu Absatz 3

§ 10 b Abs. 3 BSeuchG wird nicht übernommen, da sein Regelungsinhalt auch in § 32 BSeuchG bereits enthalten ist und nunmehr von § 26 Abs. 2 mit umfasst wird. Durch Absatz 3 wird der zuständigen Behörde die Möglichkeit eingeräumt, Anordnungen zum Zwecke der Untersuchung und Verwahrung von Untersuchungsmaterial zu treffen, soweit die epidemische Lage dies erfordert. Diese Bestimmung ist im Vergleich zum BSeuchG neu. Die Ermächtigung trägt dem Umstand Rechnung, dass es bei bestimmten Krankheitserregern unter Umständen notwendig sein kann, Anordnungen hinsichtlich der Übergabe von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Untersuchung und Verwahrung zu treffen, um epidemiologische Zusammenhänge abzuklären. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um bislang nicht bekannte bzw. solche Krankheitserreger handelt, die neue Eigenschaften entwickeln.

Zu den Absätzen 4 bis 8

Die Absätze 4 bis 8 der Vorschrift entsprechen im wesentlichen den Absätzen 4 bis 8 des § 10 BSeuchG. In Absatz 7 der Vorschrift wurde § 10 Abs. 7 Satz 4 BSeuchG nicht übernommen, da sein Regelungsinhalt bereits von Absatz 2 erfasst ist.

Zu § 17

Besondere Maßnahmen der zuständigen Behörde, Rechtsverordnungen durch die Länder

In § 17 sind die Regelungen der §§ 10a, 10b, 12a, 13 BSeuchG zusammengefasst worden. Eine solche Zusammenfassung ist wegen des Sachzusammenhangs geboten.

Zu Absatz 1

§ 17 Abs. 1 entspricht inhaltlich § 10a BSeuchG. Dabei stellt der Wortlaut nunmehr auf die nach diesem Gesetz meldepflichtigen Krankheitserreger ab. Mit dieser Formulierung werden sämtliche meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten erfasst, da der Katalog der meldepflichtigen Krankheitserreger über den der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten hinausgeht. Gesundheitsschädlinge sind in § 2 Nr. 12 definiert.

Der Bedarf für eine § 10a Abs. 2 BSeuchG entsprechende Regelung entfällt wegen der Meldepflicht in § 7 Abs. 2 des Gesetzes.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht inhaltlich § 13 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1 BSeuchG.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht im wesentlichen § 10b BSeuchG und wurde bezüglich der besonderen Sachkunde erweitert auch für die Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen. Die Eignung der Fachkräfte für die Bekämpfung der Gesundheitsschädlinge orientiert sich an der Verordnung über die berufliche Umschulung zum Geprüften Schädlingsbekämpfer/zur Geprüften Schädlingsbekämpferin vom 18. Februar 1997, (BGBl. I S. 275) und § 15e der Gefahrstoffverordnung (BGBl. I S. 93, 1783) in Verbindung mit Anhang V Nummer 6 Ziffer 6.3.2 Absatz 5.

Zu Absatz 4

Der Inhalt der Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 12a BSeuchG. Die Ermächtigung zum Erlass einer landesrechtlichen Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten durch Abwasser ist in § 17 nicht mehr enthalten. Sie findet sich wegen des Sachzusammenhangs im Siebten Abschnitt des Gesetzes in § 41.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 13 Abs. 2 und 3 BSeuchG. Die gesonderte Nennung der Kopfläuse dient der Klarstellung, dass sie entsprechend dem Verständnis des Gesetzgebers weiterhin miterfasst sind.

Zu Absatz 6

Die sonstigen Bestimmungen gelten für sämtliche in der Vorschrift genannten Maßnahmen.

Zu Absatz 7

Die Grundrechtseinschränkungen werden im einzelnen aufgeführt.

Zu § 18

Behördlich angeordnete Entseuchungen, Entwesungen, Bekämpfung von Krankheitserreger übertragenden Wirbeltieren, Kosten

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 10c und § 10d BSeuchG in der Fassung vom 23. April 1996.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht § 10c Abs. 1 BSeuchG.

Zu Absatz 2

Absatz 2 der Vorschrift ist mit § 10c Abs. 2 BSeuchG im wesentlichen identisch. Mit der Ergänzung der Nummer 2a wird klargestellt, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für die Prüfung der Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit nur von zulassungspflichtigen Humanarzneimitteln zuständig ist. Mit der Ergänzung der Nummer 2b wird eine Anpassung an die Rechtslage im Pflanzen- und Vorratsschutz vorgenommen. Die Prüfung der Wirksamkeit betrifft nicht die vom Hersteller angegebene Zweckbestimmung, sondern die Eignung für die Anwendung in dem speziellen Fall, in dem Entseuchungen, Entwesungen oder Maßnahmen zur Bekämpfung von Wirbeltieren, durch die Krankheitserreger verbreitet werden können, behördlich angeordnet werden. Die Gleichwertigkeit der Prüfung nach Absatz 2 Nr. 2b ist nur dann gegeben, wenn die für die behördlich angeordneten Maßnahmen erforderliche Wirksamkeit nach dem Tilgungsprinzip erreicht wird.

Satz 2 macht deutlich, dass die zuständige Obere Bundesbehörde die notwendigen Untersuchungen auch durch

Dritte durchführen lassen kann.

Zu den Absätzen 3 und 4

Die Absätze entsprechen § 10d Abs. 1 und 2 BSeuchG.

§ 10d Abs. 3 BSeuchG konnte entfallen, da die Kostenverordnung zwischenzeitlich erlassen wurde (Allgemeine Kostenverordnung für Amtshandlungen von Gesundheitseinrichtungen des Bundes -KostVGes- vom 29. April 1996, BGBl. I S. 665).

Zu Absatz 5

Mit Absatz 5 wird dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit gegeben, Einzelheiten des Listungsverfahrens festzulegen.

Zu § 19

Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen

Zu Absatz 1

Da notwendige Regelungsinhalte des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in dieses Gesetz aufgenommen werden, beschreibt § 19 Abs. 1 Aufgaben, wie sie von den Gesundheitsämtern in Ausführung des 4. Abschnitts des Geschlechtskrankheitengesetzes wahrgenommen werden. Sie werden über die im Geschlechtskrankheitengesetz genannten Krankheiten hinaus auf alle sexuell übertragbaren Krankheiten ausgedehnt. Wegen ihrer besonderen gesundheitspolitischen Bedeutung wird auch die Tuberkulose (vgl. Begründung zu § 6 Abs. 2) einbezogen.

Aufklärung und Beratung der Allgemeinheit sowie die Bereitstellung von Hilfsangeboten wird nach § 3 zum zentralen Anliegen in der Infektionsprävention erhoben. § 19 stellt eine Präzisierung dieser Aufgaben in bestimmten Fällen dar.

Viele Regelungen aus dem Geschlechtskrankheitengesetz haben sich als nicht mehr zeitgemäß und überflüssig erwiesen. So sind die §§ 7 und 8 GeschlKrG, soweit sie das Stillen fremder Kinder bzw. die Abgabe von Muttermilch betreffen, nicht übernommen worden, da das Stillen von Kindern durch andere Personen als die leibliche Mutter heute eine völlig untergeordnete Rolle spielt.

Ferner konnte auf die Übernahme einer entsprechenden Regelung des § 7 Abs. 4 GeschlKrG, wonach derjenige, der an einer Geschlechtskrankheit leidet oder zu irgendeiner Zeit an Syphilis gelitten hat, kein Blut spenden darf, verzichtet werden, da in diesem speziellen Fall die Regelungen des Transfusionsgesetzes Anwendung finden.

Dass die generelle Ausübung von Zwang, namentlicher Erfassung und polizeilicher Kontrolle dazu führen kann, dass Personen mit Geschlechtskrankheiten ärztliche Kontakte (und damit eine Behandlungsmöglichkeit) meiden, zeigen zahlreiche medizinische und sozialwissenschaftliche Untersuchungen. Dies betrifft insbesondere bestimmte soziale Gruppen, die aus verschiedenen Gründen die klassischen Versorgungseinrichtungen meiden. Gerade diese Gruppen können jedoch durch sexuell übertragbare Krankheiten besonders gefährdet sein und können diese - wenn nicht unverzüglich sachgerecht beraten und behandelt wird - auch entsprechend weitergeben. Dabei darf das Untersuchungsangebot auch im Zusammenwirken des Gesundheitsamtes mit anderen medizinischen Einrichtungen sichergestellt werden.

Dass Gesundheitsämter im Bereich der ärztlichen Schweigepflicht und des medizinischen Datenschutzes umfassendes Vertrauen genießen, hat gerade die Arbeit in den AIDS- und Geschlechtskranken-Beratungsstellen gezeigt.

In der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) war eine medizinische Behandlung durch das Gesundheitsamt ausgeschlossen. In den Gesundheitsdienstgesetzen einiger Länder ist dieses Verbot aufgehoben und für psychisch Kranke die Behandlungsmöglichkeit auch gesetzlich verankert. Das hinter dem Angebot von Beratung und Untersuchung stehende Ziel, sexuell übertragbare Krankheiten und Tuberkulose bei anders nicht zu erreichenden Personengruppen zu erkennen und Dritte vor Ansteckung zu schützen, kann durch die Möglichkeit der aufsuchenden Arbeit und einer sofortigen medikamentösen Therapie - sofern möglich - seitens des Gesundheitsamtes besser erreicht werden. Es wird allerdings auf die Einzelfälle beschränkt, in denen die Personen das bestehende ärztliche Versorgungsangebot nicht wahrnehmen und deshalb

die Gefahr der Weiterverbreitung der sexuell übertragbaren Krankheit oder der Tuberkulose besteht. Im Hinblick auf die besondere Sensibilität soll das Angebot bei sexuell übertragbaren Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden können. Soweit Daten für Abrechnungszwecke erhoben werden, dürfen sie auch nur für diese Zwecke verwendet werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt entsprechend § 22 GeschlKrG die Kosten der Untersuchung und Behandlung.

Die dort in Nr. 1 genannten §§ 182-184 RVO wurden mittlerweile aufgehoben; die entsprechenden Regelungen sind nunmehr im Sozialgesetzbuch enthalten. Der Text wurde daher redaktionell angepasst.

Zu § 20

Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Neben der Bereitstellung von hygienisch einwandfreiem Trinkwasser und wirksamen Arzneimitteln hat sich in diesem Jahrhundert unbestritten die Entwicklung von Schutzimpfungen als effektivste Maßnahme zur Verhütung übertragbarer Krankheiten erwiesen. Z. B. kann gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis, gegen Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B und Hepatitis A - Krankheiten, die in Deutschland vorkommen oder mittlerweile wieder vorkommen können - heute durch Impfung zuverlässig geschützt werden. Man kann davon ausgehen, dass künftig weitere Impfstoffe zum Schutz vor gefährlichen übertragbaren Krankheiten verfügbar werden. Trotz eines gestiegenen Lebensstandards und verbesserter Hygiene und trotz der heute gegen viele Krankheitserreger verfügbaren Therapien können ohne Schutzimpfungen Kinder und Erwachsene in Deutschland an diesen Infektionen erkranken, solange diese Krankheiten weltweit epidemisch verbreitet sind. Die Notwendigkeit von Schutzimpfungen hat sich kürzlich durch die Diphtherie-Epidemie in Osteuropa gezeigt. In wenigen Einzelfällen können bei Impfungen Nebenwirkungen beobachtet werden. Dennoch bestehen zu millionenfach jährlich bewährten Schutzimpfungen angesichts des individuellen Schutzes und der umfassenden Möglichkeit zum Schutz weiter Bevölkerungsteile gerade vor schweren Infektionen keine entsprechenden Alternativen. Insgesamt hat die Impfstoffentwicklung zu nebenwirkungsarmen Impfstoffen geführt. Sie unterliegen der staatlichen Prüfung und Zulassung.

Effektive Impfstoffe sind in Deutschland auch für den Schutz vor Infektionen bei Auslandsreisen bedeutsam.

Vom Zeitpunkt der Schutzimpfung bis zum Aufbau einer wirksamen Immunität können - je nach Impfstoff - Tage bis Wochen vergehen. Bei akuter Infektionsgefahr kann die Zeit bis zum Einsetzen des Impfschutzes durch andere befristet wirksame Maßnahmen zur zielgerichteten Verhütung überbrückt werden. Beispielhaft seien genannt die Injektion von Immunglobulinen zum raschen Schutz vor einer Hepatitis-Infektion (passive Immunprophylaxe) sowie die präventive Gabe von antibakteriellen Wirkstoffen zur Abwehr z. B. eines Meningokokken-Ausbruchs oder der Diphtherie bei möglicherweise bereits Infizierten. Diese anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe sind eine wirksame Ergänzung der Prävention durch Schutzimpfungen und werden deshalb in diesem Gesetz zusammen mit Schutzimpfungen geregelt.

Zu Absatz 1

Aktuelle Erhebungen des Impfstatus zeigen, dass in Deutschland die Impfbeteiligung bei Kleinkindern z. B. hinsichtlich Masern, Mumps und Röteln nicht ausreicht, um Epidemien zu verhindern. Bestimmte Impfungen bieten keinen lebenslangen Schutz, sondern müssen regelmäßig aufgefrischt werden. So besitzen wahrscheinlich mehr als die Hälfte der Personen, die über 25 Jahre alt sind, keine ausreichende Immunität gegen Diphtherie.

Es gibt verschiedene Bevölkerungsgruppen, die Impfungen als mit ihren Vorstellungen unvereinbar, als unwirksam oder schädlich ablehnen. Diese Impfgegner machen aber in Deutschland weniger als 5 % der Bevölkerung aus. Die in vielen Fällen unzureichende Impfbeteiligung ist nicht darauf zurückzuführen, dass Vorbehalte gegen Schutzimpfungen weit verbreitet sind. Es liegen vielmehr Erkenntnisse darüber vor, dass diese Lücken durch mangelnde Kenntnisse der Bedeutung von Impfungen oder schlicht durch Vergessen einer notwendigen Auffrischung bedingt sind. Eine kontinuierliche Information und gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung ist daher erforderlich, damit alle Bürger die Bedeutung des Impfschutzes erkennen und den erreichbaren Schutz erwerben.

Schutzimpfungen sind freiwillig. Neben den Ärzten, Fachgesellschaften, Krankenkassen und privaten Einrichtungen

der Gesundheitsförderung hat der öffentliche Gesundheitsdienst kontinuierlich über die Bedeutung von Schutzimpfungen aufzuklären.

Zu Absatz 2

Vor mehr als 20 Jahren wurde am damaligen Bundesgesundheitsamt die Ständige Impfkommission (STIKO) eingerichtet. Sie gibt Empfehlungen zu Schutzimpfungen und macht Vorschläge zum effektiven Einsatz der Impfstoffe. Dazu gehören die Aufstellung eines Impfkalenders für Säuglinge, Kinder und Erwachsene, die Beschreibung von Indikationen und Gegenanzeigen sowie Anleitungen zur Durchführung einer Impfung.

Schon sehr bald nach ihrer Einrichtung hat die STIKO erreicht, dass die von ihr formulierten Empfehlungen zu Schutzimpfungen von den Ländern und der Ärzteschaft als Leitlinien akzeptiert wurden.

Aufgrund der erheblichen Bedeutung der STIKO-Empfehlungen für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Deutschland ist es geboten, diese Kommission gesetzlich zu verankern. Die Berufung der Mitglieder der Kommission soll in breitem fachlichen Konsens erfolgen. Die in den §§ 20 und 21 Verwaltungsverfahrensgesetz des Bundes niedergelegten Grundsätze sollen bei Berufung und Arbeit der Kommission beachtet werden. Neben Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe soll die Kommission auch Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung entwickeln.

Nach Absatz 2 Satz 6 werden die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Dem Robert Koch-Institut steht es dabei frei, zu den Empfehlungen Stellung zu nehmen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht vor, dass die Obersten Landesgesundheitsbehörden öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen und Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe auf der Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission aussprechen sollen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass in jedem Land entsprechende Empfehlungen für Schutzimpfungen existieren. Die Befugnis der einzelnen Obersten Landesgesundheitsbehörde, ihre eigenen Empfehlungen insbesondere an epidemiologischen Besonderheiten des jeweiligen Landes auszurichten, wird nicht dadurch eingeschränkt, dass die Empfehlungen der STIKO die Grundlage bilden sollen. Durch diese öffentlichen Impfempfehlungen der Länder wird verdeutlicht, dass Schutzimpfungen als effiziente Gesundheitsvorsorgemaßnahmen staatlich gefördert werden.

Zu Absatz 4

Mit der Vorschrift wird das BMG ermächtigt, zu regeln, dass bestimmte Schutzimpfungen von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zu tragen sind. Dabei geht es um solche Schutzimpfungen, die für den Gesundheitsschutz der gesamten Bevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsteile von Bedeutung sind, nicht jedoch um solche, die bereits durch Berufsrecht geregelt oder sonst typischerweise von anderen Kostenträgern zu zahlen sind. Damit soll den Krankenkassen in der Vorsorge übertragbarer Krankheiten ein einheitliches Handeln ermöglicht werden. Der Schutz vor übertragbaren Krankheiten ist nicht ausschließlich für Ermessensleistungen der GKV geeignet. Die von der GKV seit einiger Zeit geforderte Neuorganisation des Impfwesens in Deutschland erhält damit eine klare Orientierung.

Impfmaßnahmen als private Gesundheitsvorsorge liegen in hohem Maße im Interesse der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten. Sie sind effizient und in volkswirtschaftlichem Interesse zur Vermeidung von Krankheitsbehandlung in erheblichem Maße kostensparend. Dem entspricht auch die Praxis, dass mehr als 80 % der Impfleistungen von den niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden.

Die vom Gesetz eingerichtete Ständigen Impfkommission und die Spitzenverbänden der GKV sind vor Erlass einer Rechtsverordnung zu beteiligen. Durch die Regelung wird festgelegt, dass bei Einführung einer Impfung als Pflichtleistung anstelle von bisheriger Satzungsleistung nicht der für Pflichtleistungen vorgesehene Ausschuss Ärzte/Krankenkassen zuständig ist, sondern ein Fachgremium und die Spitzenverbände der GKV den Verordnungsgeber zu beraten haben.

In der Rechtsverordnung sollen weiterhin die sowohl von der Fachöffentlichkeit als auch von der GKV geforderte Erfassung und Dokumentation von Impfleistungen zur Feststellung von Durchimpfungsraten eine rechtliche Grundlage erhalten.

Zu Absatz 5

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen § 14 Abs. 4 BSeuchG.

Zu Absatz 6

Die Regelung entspricht im wesentlichen § 14 Abs. 1 BSeuchG. Die Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe wurden auch hier aufgenommen. Der Begriff "in bösartiger Form" wurde ersetzt durch die Formulierung "mit klinisch schweren Verlaufsformen", da "bösartig" häufig im Zusammenhang mit Krebserkrankungen gebraucht wird.

Zu Absatz 7

Absatz 6 ist identisch mit § 14 Abs. 2 BSeuchG.

Zu § 21

Impfstoffe

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 15 BSeuchG.

Impfstoffe, wie z. B. die Masern-, Mumps- und Röteln-Impfstoffe enthalten attenuierte Mikroorganismen, die als Arzneimittel dazu bestimmt sind, beim Menschen zur Erzeugung von spezifischen Abwehr- und Schutzstoffen angewendet zu werden.

Zu § 22

Impfausweis

Zu Absatz 1

Absatz 1 ist gegenüber § 16 Abs. 1 BSeuchG inhaltlich unverändert geblieben, die Dokumentationsinhalte werden allerdings durch Absatz 2 erweitert.

Die Forderung, dass jeder impfende Arzt die Impfung im Impfausweis des Impflings dokumentiert oder eine entsprechende Impfbescheinigung ausstellt, ist unverzichtbar. Ein sorgfältig geführter Impfausweis ist eine Voraussetzung für die Schaffung und die Aufrechterhaltung eines umfassenden Impfschutzes; notwendige Impfungen können zeitgerecht durchgeführt oder nachgeholt werden, überflüssige Impfungen können vermieden werden. Von einigen Staaten bzw. von den Internationalen Gesundheitsvorschriften werden im internationalen Reiseverkehr Impfnachweise verlangt. Einige Länder der Bundesrepublik Deutschland haben durch Gesetz oder Verwaltungsvorschrift festgelegt, dass bei Aufnahme in Kindergemeinschaftseinrichtungen ein Dokument vorgelegt werden muss, ob und welche Schutzimpfungen das Kind erhalten hat. Schließlich ist eine Impfdokumentation von großer Bedeutung bei der Bewertung von Entschädigungsansprüchen. Wie im bisherigen Recht soll das Gesundheitsamt Impfbescheinigungen in den Impfausweis übertragen, um somit eine möglichst zusammengefasste Impfdokumentation zu erreichen.

Zu Absatz 2

§ 16 Abs. 2 BSeuchG fordert die Schaffung eines bundeseinheitlichen Impfbuches. Ein einheitliches Impfbuch ist bis jetzt nicht verfügbar. Inzwischen wird als Impfausweis allerdings durchweg ein deutschsprachiges Muster der WHO "Internationale Bescheinigungen über Impfungen und Impfbuch" benutzt. Damit ist die Forderung eines bundeseinheitlichen Impfbuches weitgehend verwirklicht.

In Absatz 2 werden die Angaben aufgeführt, die bei jeder Impfung zu dokumentieren sind. Der bei der Impfung verwendete Impfstoff muss über Handelsnamen und Chargennummer eindeutig identifizierbar sein. Die letzte deutsche Ausgabe des WHO-Impfausweises trägt diesen Forderungen bereits Rechnung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält mit redaktionellen Änderungen Satz 3 aus Absatz 2 des § 16 BSeuchG.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht § 16 Abs. 2 Satz 4 BSeuchG.

Zu § 23

Nosokomiale Infektionen, Resistenzen

Vorbemerkung

Eine Prävalenzstudie ermittelte 1995 zu einem Stichtag eine Rate von 3,5 % nosokomialer Infektionen in den an der Studie teilnehmenden Krankenhäusern. Da jährlich 15 Millionen Menschen in Krankenhäusern behandelt werden, ist daraus hochgerechnet worden, dass mehr als 525.000 Patienten pro Jahr von einer nosokomialen Infektion betroffen sein können. Ein Drittel der Infektionen könnte nach Ansicht der Wissenschaft vermieden werden.

Auch wenn nur ein Teil dieser Erkrankungen vermeidbar ist, müssen nachhaltige Anstrengungen unternommen werden, um diese Zahl zu senken. Im Zusammenhang mit diesen Infektionen entstehen neben persönlichem Leid und verlängerter medizinischer Behandlung erhebliche soziale und wirtschaftliche Kosten. Es wird geschätzt, dass nosokomiale Infektionen jährlich Kosten in Höhe von circa 2,5 bis 3 Milliarden DM verursachen. Hierbei sind nicht die sozialen Folgekosten, z.B. durch Verdienstaufschlag infolge verlängerter Liegezeiten, eingerechnet.

Zur Verhinderung dieser Entwicklung ist eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen notwendig. Zwar haben die Länder aufgrund ihrer Zuständigkeit im Krankenhauswesen in ihren Krankenhausgesetzen Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass von Krankenhaushygieneverordnungen verankert, allerdings haben bisher nur einige Länder Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Zur Erkennung und Verhütung nosokomialer Infektionen ist eine intensive Beratung, Information und Schulung von Pflegepersonal und Ärzten erforderlich. Erfahrungen aus Pilotprojekten und Studien haben gezeigt, dass durch ein gezieltes Hygiene-Management die Infektionsraten in Krankenhäusern reduziert werden können. Voraussetzung ist der Einsatz entsprechend qualifizierten Personals mit guten infektiologischen und mikrobiologischen Grundkenntnissen.

Die Einführung antibiotisch wirksamer Substanzen in die Medizin ermöglichte eine wirksame Therapie vieler bakterieller Infektionskrankheiten, deren z. T. hohe Mortalitätsraten weltweit stark reduziert werden konnten. Gleichzeitig jedoch hat ihre breite Anwendung auch neue Probleme geschaffen. In zunehmendem Maße werden Resistenzen bei Krankheitserregern beobachtet, die sich bislang als empfindlich gegen die Mehrzahl der antibakteriellen Wirkstoffe erwiesen hatten

Zu Absatz 1

Zur Verbesserung der Situation bei nosokomialen Infektionen ist die frühzeitige und konsequente Erfassung ausgewählter nosokomialer Infektionen und die Analyse von deren Ursache unerlässlich. In Absatz 1 wird erstmals die Verpflichtung zu deren gesonderter Erfassung für Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren festgelegt. Die Regelung soll die positiven Erfahrungen vieler Einrichtungen auf diesem Gebiet aufgreifen und die eigenverantwortliche Qualitätskontrolle stärken. Art und Umfang werden auf der Grundlage von Modellprojekten vom RKI gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b festgelegt. Die Festlegung der Kriterien erfolgt mit dem Ziel, spezielle und die am häufigsten auftretenden nosokomialen Infektionen zu erfassen. Die Regelung ergänzt § 6 Abs. 3.

Auch die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen wird festgelegt. Die Beobachtung von Trends hinsichtlich der Resistenzentwicklung von Krankheitserregern ist wichtig, um mögliche Ursachen frühzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen reagieren zu können. Eine solche Beobachtung wird in erster Linie in Krankenhäusern möglich sein, da sich dort die durch resistente Erreger schwer zu behandelnden Krankheitsfälle konzentrieren werden. Zum Beispiel ist speziell an folgende Erreger zu denken: Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, Vancomycin-resistente Enterokokken, Penicillin-/Cephalosporin-resistente Pneumokokken. Da die Festlegung von Erregern, deren Resistenzentwicklung eine besondere Gesundheitsgefahr darstellt, ständiger Aktualisierung bedarf, soll diese nicht gesetzlich erfolgen. Entsprechend ist das Robert Koch-Institut beauftragt, die Erreger entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen festzulegen.

Den Gesundheitsämtern wird durch die Regelung Gelegenheit gegeben, sich im Rahmen ihrer Überwachungstätigkeiten jederzeit über Art und Häufung nosokomialer Infektionen in einer bestimmten Einrichtung zu informieren.

Zu Absatz 2

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention wird erstmals gesetzlich verankert. Die Berufung der Mitglieder der Kommission soll in breitem fachlichen Konsens erfolgen. Die in den §§ 20 und 21 Verwaltungsverfahrensgesetz des Bundes niedergelegten Grundsätze sollen bei Berufung und Arbeit der Kommission beachtet werden. Die Kommission soll als unabhängiges Expertengremium arbeiten und die Fachexpertise des Robert Koch-Institutes ergänzen und unterstützen. Neben Hinweisen zur besseren Prävention von nosokomialen Infektionen und allgemeinen krankenhaushygienischen Empfehlungen zu Maßnahmen im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird sie Anforderungen der Krankenhaushygiene bei betrieblich-organisatorischen Abläufen (Händedesinfektion, Katheterisierung, Verbandwechsel etc.) und der baulichen Gestaltung von Funktionseinheiten erarbeiten. Hierunter fallen z.B. Empfehlungen für die funktionelle und bauliche Gestaltung von besonders infektionsgefährdeten Intensiveinheiten, Entbindungsabteilungen, Dialyseeinheiten, Schleusen, Laboratorien. Nach Absatz 3 Satz 4 werden die Empfehlungen der Kommission vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Dem Robert Koch-Institut steht es dabei frei, zu den Empfehlungen Stellung zu nehmen.

5. Abschnitt

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Zu § 24

Behandlung übertragbarer Krankheiten

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen § 30 BSeuchG sowie § 9 Abs. 1 GeschlKrG. Der Differenzierung nach Krankheiten (§ 6) und Krankheitserregern (§ 7) wird Rechnung getragen. Durch die Einfügung "insoweit" in Satz 1 wird klargestellt, dass das Ärzteprivileg sich nur auf die Behandlung der in der Vorschrift genannten Krankheiten und Krankheitserreger bezieht.

§ 30 Abs. 2 BSeuchG wird nicht übernommen, da er keine praktische Relevanz besitzt.

Zu § 25

Ermittlungen,

Unterrichtungspflichten des Gesundheitsamtes bei Blut-, Organ- oder Gewebespendern

Zu Absatz 1

Diese Vorschrift entspricht dem § 31 Abs. 1 BSeuchG. Der Rechtsbegriff "ausscheidungs-verdächtig" wurde gestrichen, da diese Tatbestandsalternative in der Praxis keine Rolle gespielt hat und eine sichere Abgrenzung zum Begriff "ansteckungsverdächtig" nicht möglich ist (vgl. Begründung zu § 2 Nr. 5). Der Regelungsinhalt des § 31 Abs. 2 BSeuchG wurde in § 12 aufgenommen, mit Ausnahme der Pocken, da diese seit mehr als 15 Jahren weltweit als ausgerottet gelten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Unterrichtungspflichten des Gesundheitsamtes bei Blut-, Organ- oder Gewebespendern.

Zu § 26

Durchführung

Zu Absatz 1

§ 26 Abs. 1 entspricht inhaltlich § 32 Abs. 1 BSeuchG, wobei zusätzlich der Verweis auf § 16 Abs. 8 aufgenommen wurde.

Zu Absatz 2

Die Bestimmungen in Absatz 2 sind gegenüber § 32 Abs. 2 BSeuchG präzisiert worden. Gegenüber dem BSeuchG ist nunmehr für die Verpflichtung zur Duldung einer Untersuchung die Anordnung durch das Gesundheitsamt erforderlich. Dabei ist nicht festgelegt, wer die erforderlichen Untersuchungen durchführt. Die Einbeziehung des behandelnden Arztes ist möglich. Satz 2 beschreibt unter Übernahme des § 10 Abs. 3 BSeuchG Untersuchungsarten, zu der die Person verpflichtet werden kann. Nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches können diejenigen, denen die Sorge für ein Kind zusteht, nur in solche Eingriffe einwilligen, die dem Wohl des Kindes (§ 1627 BGB) und nicht ausschließlich dem Wohl der Allgemeinheit dienen. Soweit Minderjährige selbst einwilligungsfähig sind, ist jedenfalls auch ihre Einwilligung erforderlich. Satz 4 regelt den erforderlichen Datenschutz.

Zu Absatz 3 und 4

§ 26 Abs. 3 und 4 entsprechen inhaltlich den bisherigen Absätzen 3 und 4 des § 32 BSeuchG.

Zu § 27

Teilnahme des behandelnden Arztes

§ 27 entspricht im wesentlichen § 33 BSeuchG.

Zu § 28

Schutzmaßnahmen

Zu Absatz 1

§ 28 Abs. 1 enthält gegenüber § 34 Abs. 1 BSeuchG folgende Neuerungen:

§ 28 wird entsprechend § 16 Abs. 1 so gefasst, dass die zuständige Behörde die notwendigen Maßnahmen treffen muss (gebundene Entscheidung). Es besteht kein sachlicher Grund dafür, der Behörde im Bereich der Verhütung übertragbarer Krankheiten eine Handlungsverpflichtung aufzuerlegen, ihr aber bei Bekämpfungsmaßnahmen hinsichtlich der Frage, ob gehandelt werden muss, ein Ermessen einzuräumen. Das Ermessen hinsichtlich der Frage, "wie" gehandelt wird, bleibt davon unberührt.

Die Vorschrift ermöglicht die Anordnung von Maßnahmen gegenüber einzelnen wie mehreren Personen. Bei Menschenansammlungen können Krankheitserreger besonders leicht übertragen werden. Deshalb ist hier die Einschränkung von Freiheitsrechten in speziellen Fällen gerechtfertigt. Die bisher geltende Vorschrift des BSeuchG zählte einzelne Veranstaltungen in Räumen und Ansammlungen unter freiem Himmel beispielhaft auf. Auf diese Aufzählung wird nun verzichtet und stattdessen der Begriff "Veranstaltungen oder sonstige Ansammlungen einer größeren Anzahl von Menschen" verwandt. Durch diese Beschreibung ist sichergestellt, dass alle Zusammenkünfte von Menschen, die eine Verbreitung von Krankheitserregern begünstigen, erfasst werden. Ebenso wurde auf den Begriff "ausscheidungsverdächtig" verzichtet, wie bereits oben zu § 2 Nr. 5 begründet.

Aus Gründen der Systematik sind in § 28 auch die Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne der §§ 33 ff. aufgenommen worden, während die Behörde bislang entsprechende Schutzmaßnahmen insbesondere nach den §§ 46 und 48 BSeuchG treffen konnte. Die einzuschränkenden Grundrechte werden zitiert.

Zur Abwendung möglicher Gefahren für Dritte ist eine Einschränkung auch hinsichtlich des Grundrechts auf Freizügigkeit und des Grundrechts auf Freiheit durch Maßnahmen nach Satz 1 im Einzelfall geboten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht dem § 34 Abs. 2 BSeuchG.

Zu § 29

Beobachtung

Zu Absatz 1

§ 29 Abs. 1 entspricht dem § 36 Abs. 1 BSeuchG mit der Ausnahme, dass "Ausscheidungsverdächtige" gestrichen werden konnten, da diese Tatbestandsalternative in der Praxis keine Rolle gespielt hat.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht § 36 Abs. 2 BSeuchG. Zusätzlich wurde die Auskunftspflicht zum Wohnungswechsel um jeden Wechsel der Tätigkeiten im Lebensmittelbereich oder in den in dieser Vorschrift genannten Einrichtungen sowie den Wechsel einer Gemeinschaftseinrichtung gem. § 33 ergänzt. Dies ist notwendig, um dem Gesundheitsamt notwendige Schutzmaßnahmen für diese besonderen Tätigkeitsbereiche zu ermöglichen und damit die Weiterverbreitung bestimmter, in den §§ 34 und 42 genannter Krankheiten am Arbeitsplatz zu verhindern. Die einzuschränkenden Grundrechte werden zitiert.

Zu § 30

Quarantäne

Zu Absatz 1

Der Absatz entspricht im wesentlichen § 37 Abs. 1 BSeuchG. Die Pflicht der Behörde zur Absonderung nach Satz 1 wurde auf solche Krankheiten beschränkt, die sich bereits im üblichen sozialen Kontakt als eine tödliche Gefahr ausbreiten können. Die "Pocken" wurden wegen Ausrottung gestrichen. "Cholera" wurde nicht mehr aufgenommen, weil Maßnahmen nach Satz 2 ausreichen. Wegen der besonderen Gefährlichkeit der quarantänepflichtigen Krankheiten soll eine Absonderung bereits bei Verdacht erfolgen. Weiterhin wurde die Geeignetheit der Einrichtung aufgenommen. Die in Absatz 1 geregelte Absonderung setzt die Freiwilligkeit des Betroffenen und damit seine Einsicht in das Notwendige voraus.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht dem § 37 Abs. 2 BSeuchG.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht dem § 37 Abs. 3 BSeuchG, wobei in Satz 1 redaktionell der "Anstaltsbetrieb" zeitgemäßer durch "Betrieb der Einrichtung" ersetzt wurde. Die Vorschrift wurde beibehalten, um die Schutzfunktion dieser Vorschrift für den Betroffenen klar zum Ausdruck zu bringen. Die einzuschränkenden Grundrechte werden zitiert.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht dem § 37 Abs. 4 BSeuchG.

Zu Absatz 5

Der bisherige § 37 Abs. 5 BSeuchG wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit in zwei getrennte Absätze geteilt.

In Absatz 5 wird die bisherige Verpflichtung der Gemeinden oder Gemeindeverbände, bei den Einrichtungen für den erforderlichen Impfschutz oder eine andere spezifische Prophylaxe der Bediensteten zu sorgen, auf die Träger der Einrichtungen übertragen.

Dies ist aus Gründen des Tarifvertragsrechts (Fürsorge des Arbeitgebers) und von Vorschriften der Berufsgenossenschaften geboten.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält die bisherigen Bestimmungen der Sätze 2 und 3 des § 37 Abs. 5 BSeuchG, wobei auf die zuständigen Gebietskörperschaften abgestellt wird.

Zu § 31

Berufliches Tätigkeitsverbot

§ 31 Satz 1 entspricht im wesentlichen dem § 38 BSeuchG bis auf Streichung der Ausscheidungsverdächtigen, die in der Praxis keine Bedeutung erlangten (vgl. Begründung zu § 2 Nr.5).

Mit Satz 2 wurde der Träger von Krankheitserregern neu in diese Regelung aufgenommen. Anders als der Ausscheider verbreitet er die Krankheitserreger nicht fäkal-oral und stellt somit keine Ansteckungsgefahr für die Allgemeinheit im Rahmen des üblichen sozialen Kontakts dar. Er kann jedoch im Einzelfall, aufgrund einer besonderen beruflichen Tätigkeit, Verletzungsgefahren ausgesetzt sein und infolge der Verletzung der Haut oder anderer Organe zu einer Ansteckungsquelle für andere Personen werden.

Zu § 32

Erlass von Rechtsverordnungen

§ 32 entspricht dem § 38a BSeuchG. Die einzuschränkenden Grundrechte werden zitiert.

6. Abschnitt

Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen

Vorbemerkung

Der 6. Abschnitt umfasst die §§ 33 bis 36, die im wesentlichen dem Regelungsinhalt der §§ 44 bis 48a BSeuchG entsprechen. Die Vorschriften wurden der heutigen Sachlage sowie dem derzeitigen Kenntnisstand angepasst.

Zu § 33

Gemeinschaftseinrichtungen

§ 33 fasst die in § 44 BSeuchG genannten Schulen sowie die durch § 48 BSeuchG erfassten Einrichtungen nunmehr in einer Vorschrift unter dem Begriff "Gemeinschaftseinrichtungen" zusammen. Dies dient der Übersichtlichkeit und Rechtsklarheit, weil dadurch die bisherigen Verweise überflüssig werden.

Die Zusammenfassung trägt der Gemeinsamkeit dieser Einrichtungen Rechnung, die darin besteht, dass hier Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuenden Personal in engen Kontakt kommen. Enge Kontakte begünstigen die Übertragung von Krankheitserregern, die umso schwerere Krankheitsverläufe erwarten lassen, je jünger die betroffenen Kinder sind.

Die Vorschriften der §§ 44 ff. BSeuchG haben sich insgesamt bewährt. Auch der Adressatenkreis dieser Normen ist sachgerecht.

Unter den Begriff "Gemeinschaftseinrichtungen" fallen wegen des besonderen Schutzbedürfnisses der geschlossenen Schulverbände zunächst alle dem allgemeinbildenden und berufsbildenden Unterricht dienende Schulen. Fachhochschulen und Universitäten sind wie bisher nicht erfasst.

Auch die im § 48 BSeuchG aufgeführten Einrichtungen sind von § 33 inhaltlich übernommen worden, auch wenn in Einzelfällen eine andere Terminologie verwendet wird.

Die in § 48 ausdrücklich erwähnten "Schülerheime, Schullandheime, Säuglingsheime, Kinderheime, Lehrlings- und Jugendwohnheime" werden durch den Begriff "Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreut sind" erfasst. Die "Kinderkrippen" und "Kinderhorte" werden zwar nunmehr ausdrücklich aufgeführt, waren bislang aber bereits unter den Begriff "Kindertagesstätten" zu subsumieren. Die ausdrückliche Erwähnung dient lediglich der Rechtsklarheit. Nicht unter § 33 fallen Kinderkrankenhäuser sowie Kinderabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern.

Zu § 34

Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

Zu Absatz 1

In § 34 Abs. 1 wird der Adressatenkreis der Vorschrift genannt. Die Regelung soll nur die in den Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten sowie die dort Tätigen erfassen, die tatsächlich Kontakt zu den Betreuten haben und dadurch eine Gefahrenquelle darstellen können.

Das Ziel der Regelung ist die Unterbrechung der Kontaktmöglichkeiten in der Gemeinschaftseinrichtung, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist.

In Absatz 1 sind solche Krankheiten aufgeführt, für die alternativ eine der beiden folgenden Voraussetzungen zutrifft:

1. Es handelt sich um eine schwere Infektionskrankheit, die durch geringe Erregermengen auf dem Wege der Tröpfcheninfektion (z.B. Diphtherie) oder durch Schmierinfektion (z.B. EHEC-Enteritis) übertragen wird.
2. Es handelt sich um häufige Infektionskrankheiten des Kindesalters, die in Einzelfällen schwere Verläufe nehmen können (z. B. Masern).

Gegenüber § 45 Abs. 1 BSeuchG ist dieser Katalog reduziert.

Gründe hierfür sind die Beschränkung auf die tatsächlich bedeutsamen Sachverhalte sowie Änderungen der epidemiologischen Lage in Deutschland. In der Aufzählung nicht mehr erwähnt werden die Pocken, die weltweit ausgerottet sind. Auch auf die Aufzählung von Milzbrand wird verzichtet, da er in den letzten 3 Jahrzehnten allenfalls als Einzelfall aufgetreten ist. Keine Berücksichtigung finden des Weiteren Erkrankungen, die üblicherweise nicht von Mensch zu Mensch übertragen werden: Encephalitis, Ornithose, Q-Fieber und Tularämie.

Im Krankheitskatalog des § 45 Abs. 1 BSeuchG war bislang "Virushepatitis" enthalten. Im § 34 werden nur noch die Virushepatitiden A und E erwähnt. Diese Einschränkung ergibt sich aus der Tatsache, dass die übrigen Hepatitiden - insbesondere Hepatitis B und C - im wesentlichen durch Blut und Genitalsekrete übertragen werden. Bei Kontakten, wie sie in den in § 33 genannten Einrichtungen üblich sind, ist das Risiko einer Übertragung im allgemeinen nicht größer als außerhalb dieser Einrichtungen, so dass eine generell für alle Fälle geltende Regelung nicht erforderlich ist. Spezielle Fälle werden von Absatz 9 erfasst.

Auch die Röteln sind nicht mehr aufgeführt, da die Infektion für den durch die §§ 33 ff. geschützten Personenkreis keine allgemeine Gefahr darstellt und davon ausgegangen wird, dass in der Regel durch eine ausreichende Schutzimpfung der Gefahr einer Rötelnembryopathie in der Schwangerschaft vorgebeugt werden kann.

Ferner wurde die im BSeuchG verwendete Bezeichnung "A-Streptokokken-Infektionen" durch Streptococcus pyogenes-Infektionen ersetzt, was der korrekten wissenschaftlichen Bezeichnung dieser Erreger entspricht.

Für die an infektiöser Gastroenteritis erkrankten oder dessen verdächtigten Kinder wird mit Satz 2 eine altersabhängige Regelung eingeführt. Bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres besteht eine erheblich höhere Inzidenz von Salmonellosen und sonstigen infektiösen Gastroenteritiden, die in diesem Alter häufig von Kind zu Kind übertragen werden können. Nach Vollendung des 6. Lebensjahres sind Kinder in der Lage, durch Waschen der Hände, ggf. deren Desinfektion, eine Weiterverbreitung der Erreger durch Schmierinfektionen zu verhindern. Die Benutzung von Gemeinschaftstoiletten stellt kein besonderes Infektionsrisiko dar, wenn sie mit Toilettenpapier,

Seifenspendern, Waschbecken und Einmalhandtüchern ausgestattet sind und regelmäßig gereinigt werden. Bei Kindern in höherem Alter spielen andere Infektionsquellen, z.B. kontaminierte Lebensmittel, die entscheidende Rolle.

Damit wird eine infektionsepidemiologisch wie sozial verträgliche Regelung erreicht. Kinder mit einer unspezifischen Durchfallerkrankung müssen nicht zu Hause bleiben, da bei Beachtung einfacher Hygieneregeln eine Übertragung in einer Gemeinschaftseinrichtung tatsächlich nicht zu befürchten ist.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 entspricht in wesentlichen § 45 Abs. 2 BSeuchG. Allerdings ist aus Gründen der Rechtsklarheit und -sicherheit der Kreis der Ausscheider zu präzisieren. Die in diesem Absatz aufgezählten Krankheitserreger können von einem symptomlosen Ausscheider auf Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung übertragen werden. Deshalb soll der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich solcher Ausscheider auch künftig der Zustimmung des Gesundheitsamtes unterliegen. Durch infektionshygienische Beratung und Verfügung konkreter Schutzmaßnahmen kann das Gesundheitsamt im Einzelfall dazu beitragen, dass der Besuch ohne Gefährdung der Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung erfolgen kann.

Da entsprechende Schutzmaßnahmen von dem jeweiligen Erregertyp abhängen und das Gesundheitsamt daher konkrete Maßnahmen verfügen muss, wurde auch der in § 45 Abs. 2 BSeuchG verwendete Begriff "vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen" durch "verfügte Schutzmaßnahmen" ersetzt. Der Adressatenkreis der Verfügung wurde benannt.

Zu Absatz 3

§ 34 Abs. 3 ist analog zum § 45 Abs. 3 BSeuchG gefasst.

Es werden Krankheiten aufgezählt, die in der häuslichen Wohngemeinschaft im Einzelfall leicht auf andere Mitbewohner übertragen werden können. Bei diesen Mitbewohnern besteht die Gefahr, dass sie die Erreger in die Gemeinschaftseinrichtung hineintragen. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit ist eine Beschränkung auf im Regelfall schwer verlaufende übertragbare Krankheiten geboten und auf solche, bei denen das Übertragungsrisiko in den Gemeinschaftseinrichtungen größer ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Da es sich um eine mittelbare Gefährdung handelt, sollen die Maßnahmen erst greifen, wenn eine ärztliche Aussage über die Erkrankung oder den Verdacht in der Wohngemeinschaft vorliegt.

Zu Absatz 4

§ 34 Abs. 4 entspricht § 45 Abs. 4 BSeuchG.

Zu Absatz 5

Diese Neuregelung bezweckt, dass bei Auftreten eines der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Tatbestandes die volljährigen Betroffenen sowie Sorgeberechtigte von betroffenen Säuglingen, Kindern und Jugendlichen dies der betreuenden Gemeinschaftseinrichtung mitteilen, damit unverzüglich die für die Gemeinschaftseinrichtungen erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen getroffen werden können. Damit der Informationspflicht nachgekommen werden kann, ist bei jeder Neuaufnahme eine Belehrung durch die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung durchzuführen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt über die Verpflichtung nach § 8 hinaus eine spezifische Mitteilungspflicht der Leitung der Gemeinschaftseinrichtung an das Gesundheitsamt bei Vorliegen eines der in Absätzen 1 bis 3 genannten Tatbestände. Ebenso soll das Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen mitgeteilt werden, damit unverzüglich die Ursache festgestellt wird und mögliche Maßnahmen zur Verhütung weiterer Erkrankungen eingeleitet werden können. In allen Fällen sind krankheits- und personenbezogene Angaben erforderlich, um konkrete Ermittlungen gem. §§ 25, 26 einleiten und Schutzmaßnahmen durchführen zu können.

Zu Absatz 7

Absatz 7 greift den Rechtsgedanken des § 48 Abs. 3 BSeuchG auf. Es wird aber jetzt nicht mehr allein auf

baulich-funktionelle und abstrakte betrieblich-organisatorische Möglichkeiten der Einrichtungen abgestellt. Vielmehr wird der Ermessensspielraum erweitert, und die Behörde kann im Einzelfall prüfen, ob auch andere Maßnahmen der Infektionsprävention in der Einrichtung die Weiterverbreitung einer übertragbaren Krankheit verhüten können.

Zu Absatz 8

Absatz 8 enthält gegenüber dem BSeuchG eine neue Regelung, die häufig in Satzungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen in Form einer umfassenden Informationspflicht für die Eltern bei Auftreten einer übertragbaren Krankheit festgeschrieben ist. Diese Bekanntgabe kann geboten sein, um z.B. ungeimpfte Kinder oder solche mit Immunmangelsyndrom vor einer übertragbaren Krankheit zu bewahren.

Zu Absatz 9

Die in diesem Absatz genannten Personen (sog. Träger oder Carrier) sind weder Ansteckungsverdächtige noch Ausscheider im Sinne des Gesetzes. Sie stellen unter normalen Umständen keine Infektionsgefahr für andere dar. Unter bestimmten Umständen, z.B. bei erhöhter Verletzungsgefahr und gleichzeitig engem Kontakt zu anderen Personen, kann jedoch im Einzelfall die Gefahr der Übertragung der Infektion bestehen (z.B. Hepatitis B). Die Regelung gibt die Möglichkeit, angemessen auf die konkreten Schutzbedürfnisse, die aus den Risikofaktoren des jeweiligen Einzelfalles resultieren, zu reagieren.

Zu Absatz 10

Absatz 10 hat keine Parallele im BSeuchG und ist eine Konkretisierung des Präventionsgedankens. Die Verbesserung des Impfschutzes und die Aufklärung über die Prävention übertragbarer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen kann nur durch gemeinsame Anstrengungen von Gesundheitsämtern und Gemeinschaftseinrichtungen insbesondere in Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgen. Das Hinwirken auf einen umfassenden Impfschutz dient dem Interesse des Einzelnen und der Allgemeinheit.

Zu Absatz 11

Um eine gezielte Impfaufklärung durchführen zu können, sind Kenntnisse über das Impfverhalten und den Impfstatus der aufzuklärenden Bevölkerungsgruppen erforderlich. Zur Erfassung des Impfstatus ist die von der Mehrheit der Länder regelmäßig durchgeführte Schuleingangsuntersuchung besonders geeignet, da durch diese Untersuchung fast alle Kinder erreicht werden.

Die Vorschrift des § 47 Abs. 4 BSeuchG über die Duldungspflicht einer perkutanen oder intrakutanen Tuberkulinprobe wird in diese Vorschrift nicht übernommen. Aufgrund der niedrigen Infektionsprävalenz, insbesondere bei Schülern, ist der prädiktive Wert des Tuberkulintests sehr gering. Eine Tuberkulintestung ist angesichts der niedrigen Inzidenz in dieser Altersgruppe nur noch im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen bzw. bei speziellen individuellen Fragestellungen indiziert. Hierfür bietet § 26 eine ausreichende Rechtsgrundlage.

Zu § 35

Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen

§ 35 soll § 47 BSeuchG ersetzen.

Während der § 47 Abs. 1 BSeuchG zum Ausschluss einer Tuberkulose einen Tuberkulintest und eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit verlangt, verzichtet § 35 auf solche einmaligen Untersuchungen und sieht stattdessen eine Belehrung des betroffenen Personenkreises über die Hinderungsgründe nach § 34 mindestens alle zwei Jahre vor.

In den vergangenen 10 Jahren haben die Untersuchungen nach § 47 Abs. 1 BSeuchG nur wenige Fälle von ansteckungsfähiger Lungentuberkulose ergeben. In dieser Personengruppe wird die Fallfindungsrate auf unter 10 pro 100.000 Untersuchte geschätzt, so dass die Untersuchungen nach § 47 keine tauglichen Mittel darstellen, um Epidemien zu vermeiden. Aus diesem Grunde ist eine generelle routinemäßige Untersuchung nicht mehr verhältnismäßig. Es muss vielmehr auf das eigenverantwortliche Handeln der Betroffenen abgestellt werden, was voraussetzt, dass diese Personen auch über die Hinderungsgründe und ihre Mitwirkungsverpflichtungen entsprechend informiert sind. Insoweit wird der wichtige Leitsatz des Gesetzes "Prävention durch Information und Aufklärung" auch hier konsequent umgesetzt.

Zu § 36

Einhaltung der Infektionshygiene

Zu Absatz 1

§ 36 Abs. 1 übernimmt im wesentlichen den Regelungsinhalt von § 48a Abs. 1 BSeuchG. Der Kreis der zu überwachenden Einrichtungen wird um solche erweitert, in denen eine erhöhte Gefahr der Krankheitsübertragung gegeben ist. Durch die Absätze 1 und 2 wird je nach Gefährungsgrad zwischen obligatorisch und fakultativ zu überwachenden Einrichtungen unterschieden.

Der Begriff "seuchenhygienische Überwachung" des § 48a BSeuchG ist durch "infektionshygienische Überwachung" im § 36 ersetzt worden. Die seuchenhygienische Überwachung ist zum Teil dahin interpretiert worden, dass dies nur die Verhütung schwerster sich epidemisch ausbreitender Krankheiten erfasst. Durch den Begriff "infektionshygienische Überwachung" soll klargestellt werden, dass sämtliche Infektionen bei der Überwachung zu berücksichtigen sind.

Zu Absatz 2

Da in Zahnarzt- und bestimmten Arztpraxen, Praxen sonstiger Heilberufe sowie bei weiteren dort genannten Tätigkeiten (z. B. Tätowierung, Piercing) Handlungen vorgenommen werden, die ein Infektionsrisiko mit sich bringen, wird dem Gesundheitsamt die Möglichkeit der infektionshygienischen Überwachung dieser Einrichtungen eingeräumt. Übertragungen von Hepatitis B- und C-Viren in diesen Bereichen sind auch in Deutschland beschrieben. Da nur einige Länder in ihren Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst bereits entsprechende Ermächtigungsgrundlagen für die Gesundheitsämter verabschiedet haben, wird durch diese Regelung eine bundeseinheitliche Handhabung ermöglicht.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ist eine Konkretisierung des § 16 Abs. 1 und weist darauf hin, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Betreiber Adressaten durchsetzbarer Verfügungen sein können.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht inhaltlich dem § 48a Abs. 2 BSeuchG und erweitert den Kreis der Verpflichteten auf die Bewohner von Obdachlosen-, Asyl-, Flüchtlings- und Spätaussiedlergemeinschaftseinrichtungen. Senioren sowie Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber und Spätaussiedler haben gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt eine signifikant höhere Tuberkulose-Prävalenz. Untersuchungen dieser Personengruppen zeigen, dass Husten und andere Symptome einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose durchschnittlich später als in anderen Gruppen wahrgenommen werden und eine spätere Konsultation von Ärzten stattfindet. Personen, die in den genannten Einrichtungen unter oft engen Wohnbedingungen untergebracht sind, sowie die sie Betreuenden sind somit einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Ein ärztliches Zeugnis bei Aufnahme in die Einrichtung soll das Risiko einer Tuberkuloseinfektion vermindern.

Offen-Tuberkulose - etwa die Hälfte aller Neuerkrankungen - sind für ihre Umgebung potentiell ansteckungsfähig. Es wird geschätzt, dass pro Jahr ein Erkrankter zehn Gesunde ansteckt. Zusätzlich besteht das Problem der häufigen Arzneimittelresistenz importierter Tuberkuloseerreger infolge medizinischer Unterversorgung in den Herkunftsländern. Im WHO-Bericht 1999 zur globalen Tuberkulosekontrolle wird die Tuberkulose-Inzidenz z.B. für Kasachstan mit 101,4 Neuerkrankungen, für Bosnien-Herzegowina mit 71,2 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner angegeben, im Gegensatz zu der Bundesrepublik Deutschland mit 13,6 im Jahr 1997. Aus diesen Gründen ist es nicht ausreichend, eine anlassbezogene Untersuchung bei dem genannten Personenkreis durchzuführen, sondern es ist eine generelle Untersuchung auf Tuberkulose sachgerecht.

Für die in dieser Vorschrift in Satz 2 genannten Personen wird ab dem 15. Lebensjahr als Voraussetzung für die Bestätigung der Tuberkulosefreiheit eine Röntgenaufnahme der Lunge gefordert. Bei diesem Personenkreis ist, im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung, von einer hohen Infektionsprävalenz mit Tuberkulosebakterien auszugehen und der Tuberkulintest keine ausreichende Sicherheit für den Ausschluss einer Tuberkulose. Absatz 4 stellt gegenüber § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) eine Erweiterung dahingehend dar, dass für diesen Personenkreis nunmehr eine Röntgenaufnahme verpflichtend bundeseinheitlich vorgeschrieben ist.

Die Ausnahme für Obdachlose in Satz 7 trägt der Praxis Rechnung, dass bei einer kurzzeitigen Unterbringung die Vorlage eines Zeugnisses nicht realisierbar ist.

Satz 7 regelt die Duldungspflicht für den entsprechenden Personenkreis.

Zu Absatz 5

Die Grundrechtseinschränkung der Art. 2 und 13 GG ist in dieser Vorschrift zusammengefasst, da sie für Maßnahmen aus den Absätzen 1 bis 4 anzuführen ist.

7. Abschnitt

Wasser

Zu § 37

Beschaffenheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch sowie von Schwimm- und Badebeckenwasser, Überwachung

Zu Absatz 1 und 2

Der Begriff "Wasser für den menschlichen Gebrauch" in § 37 Abs. 1 wird im Sinne der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaft vom 3. November 1998 (98/83/EG) über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch verwendet. Dieser Begriff bildet den Oberbegriff und umfasst auch das bisher im BSeuchG geregelte "Trinkwasser" sowie das "Wasser für Lebensmittelbetriebe". Durch diesen Begriff ist klargestellt, dass nicht nur das zum unmittelbaren Verzehr - also zum Trinken - bestimmte Wasser gemeint ist. Die Konkretisierung des Begriffs wird im Rahmen der Novellierung der Trinkwasserverordnung erfolgen, mit der die neue europäische Trinkwasserrichtlinie in innerstaatliches Recht umgesetzt werden soll.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die bislang in einem Absatz enthaltenen Regelungen über Trinkwasser und Wasser für Lebensmittelbetriebe einerseits (§ 11 Abs. 1 Satz 1 BSeuchG) sowie Schwimm- und Badebeckenwasser andererseits (§ 11 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG) nunmehr in zwei Absätzen enthalten.

§ 37 Abs. 2 ist im Vergleich zu § 11 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG präzisiert worden. So wurde zum Anwendungsbereich der Vorschrift klargestellt, dass neben den öffentlichen Bädern auch die sonstigen, nicht ausschließlich privat genutzten Einrichtungen erfasst sind. Damit sind sämtliche Einrichtungen erfasst, in denen Schwimm- und Badebeckenwasser nicht ausschließlich für private Zwecke zur Verfügung gestellt wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht im wesentlichen § 11 Abs. 1 Sätze 3 - 5 BSeuchG.

Zu § 38

Erlass von Rechtsverordnungen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 11 Abs. 2 BSeuchG, soweit das Wasser für den menschlichen Gebrauch sowie die Überwachung der Wassergewinnungs- und Wasserversorgungsanlagen und des Wassers in hygienischer Hinsicht betroffen ist. Zur Überwachung kann auch die Besichtigung der Umgebung der Wasserfassungsanlage gehören. Dass die Verordnungsermächtigung nicht nur darin besteht, die Anforderungen an das Wasser für den menschlichen Gebrauch festzulegen, sondern kraft Sachzusammenhangs auch die Anforderungen an Wassergewinnungs- und Wasserversorgungsanlagen (§ 38 Abs. 1 Satz 2) sowie

Untersuchungsstellen (§ 38 Abs. 1 Nr. 8) bestimmt werden können, wird nunmehr ausdrücklich geregelt. Die Aufnahme der "Handlungs- und Unterlassungspflichten" des Unternehmers oder sonstigen Inhabers einer Wassergewinnungs- und Wasserversorgungsanlage zusätzlich zu den in § 11 Abs. 2 BSeuchG beschriebenen Mitwirkungs- und Duldungspflichten dient der Rechtsklarheit. Ferner wird zur Klarstellung ausdrücklich aufgenommen die Ermächtigung hinsichtlich der Anforderungen an eine der Trinkwasserrichtlinie entsprechende Information der Bevölkerung, an die Verwendung von Stoffen oder Materialien bei der Aufbereitung oder der Verteilung des Wassers für den menschlichen Gebrauch, soweit dieser Bereich nicht bereits im Lebensmittelrecht geregelt ist sowie hinsichtlich der Festlegung der zur Erfüllung der Berichtspflichten gegenüber der Europäischen Kommission erforderlichen Angaben. Nummer 4 der Vorschrift dient ebenfalls der Klarstellung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht im wesentlichen § 11 Abs. 2 BSeuchG, soweit das in § 37 Abs. 2 bezeichnete Wasser, die Überwachung der Schwimm- und Badebecken sowie die Aufbereitung des Schwimm- und Badebeckenwassers betroffen sind. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die Rechtsverordnungsermächtigungen für Wasser für den menschlichen Gebrauch einerseits (Absatz 1) und Schwimm- und Badebeckenwasser andererseits (Absatz 2) in zwei Absätzen geregelt worden.

Hinsichtlich der für die Aufbereitung von Schwimm- und Badebeckenwasser verwendeten Mittel und Verfahren ist statt der bisherigen Prüfung auf Brauchbarkeit nunmehr die Prüfung auf Einhaltung der Regeln der Technik durch das Umweltbundesamt vorgesehen. Die Prüfung durch das Umweltbundesamt beschränkt sich in der Regel auf eine Bewertung, ob mit den in die Liste aufzunehmenden Mitteln und Verfahren die Regeln der Technik eingehalten werden können. Bezug sind insbesondere technische Normen, etwa DIN 19643, an deren Herausgabe das Umweltbundesamt wesentlichen Anteil hat.

Das Umweltbundesamt entscheidet, ob die Aufnahme eines Mittels oder Verfahrens in die Liste mit Auflagen verbunden wird, die beim Einsatz des Mittels oder bei der Planung, der Einrichtung und dem Betrieb des Verfahrens zu beachten sind. Durch Satz 3 soll insbesondere dem Umstand Rechnung getragen werden, dass in den vergangenen Jahren zunehmend sog. "Bio-Teiche" oder "Bio-Badebecken" als Schwimm- oder Badestellen öffentlich oder gewerblich bereitgestellt und genutzt werden. Bei solchen "Bio-Teichen" handelt es sich um künstlich angelegte Oberflächengewässer, auf die die Grenzwerte der EU-Badegewässerrichtlinie nicht anwendbar sind. Denn die EU-Grenzwerte sind für freie Badegewässer mit einem großen Volumen gedacht, bei denen die Konzentration durch Badende eingetragener Krankheitserreger sich durch Austausch des Badewassers mit Grundwasser oder fließendem Oberflächenwasser rasch verringert. Bei Bioteichen hingegen, bei denen das Verhältnis zwischen der Zahl der Badegäste und dem für das Baden verfügbaren Wasservolumens um ein Vielfaches ungünstiger ist, kann nicht von einer ausreichenden Verdünnung der von den Badenden abgegebenen Krankheitserreger ausgegangen werden. Der Schutz der menschlichen Gesundheit gebietet jedoch die Einhaltung bestimmter hygienischer Anforderungen, wie sie in der Empfehlung "Hygieneanforderungen an künstliche Bioteiche, die als Badegewässer benutzt werden" (Archiv des Badewesens 9/98, 430-431) der Badewasserkommission des Umweltbundesamtes enthalten sind. Wegen des gegebenen Sachzusammenhangs zwischen Schwimm- und Badebecken einerseits und künstlich angelegten "Bio-Teichen", die zum Schwimmen und Baden genutzt werden, andererseits, ist die Ermächtigung insoweit zur Klarstellung ergänzt worden. Eine Konkretisierung der Begriffe wird im Rahmen der Verordnung erfolgen.

Zu § 39

Untersuchungen, Maßnahmen der zuständigen Behörde

Der § 39 entspricht § 11 Abs. 3 und 4 BSeuchG. Verweisänderungen ergeben sich aus der Neugliederung des Gesetzes.

Zu § 40

Aufgaben des Umweltbundesamtes

Bei den durch Wasser übertragbaren Krankheiten ist es Aufgabe des Umweltbundesamtes, Konzeptionen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung dieser Krankheiten zu erstellen. Zur Erfüllung dieser Aufgaben bestehen seit vielen Jahren Kommissionen, die sich insbesondere mit der Bewertung und Einstufung von Stoffen im Wasser, die die menschliche Gesundheit gefährden können, beschäftigen, so für den Bereich Trinkwasser die "Trinkwasserkommission" und für den Bereich Schwimm- und Badewasser die

"Badewasserkommission". Aufgrund der besonderen Bedeutung der Empfehlungen dieser Kommissionen für den Infektionsschutz der Bevölkerung ist es geboten, diese gesetzlich zu verankern. Die Kommissionen sollen als unabhängige Expertengremien arbeiten und die Fachexpertise des Umweltbundesamtes ergänzen und unterstützen.

Zu § 41

Abwasser

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht im wesentlichen § 12 Abs. 1 BSeuchG. § 41 Abs. 1 Satz 1 nennt als Normadressaten nicht mehr die Gemeinde und Gemeindeverbände, sondern in Anlehnung an § 18a Abs. 2 Wasserhaushaltsgesetz die Abwasserbeseitigungspflichtigen. Die in § 12 Abs. 1 BSeuchG enthaltene Ausnahme für Abwasser, das dazu bestimmt ist, auf landwirtschaftlich, forstwirtschaftlich oder gärtnerisch genutzte Böden aufgebracht zu werden, ist nicht mehr erforderlich, weil § 41 Abs. 1 Satz 1 die zuständige Körperschaft nunmehr funktional in ihrer Eigenschaft als Abwasserbeseitigungspflichtige nennt. Mit dieser Formulierung ist klargestellt, dass § 41 für das zur Beseitigung und nicht für das zur Verwertung bestimmte Abwasser gilt. Abwasser, das dazu bestimmt ist, als Sekundärrohstoffdünger nach § 1 Nr. 2a des Düngemittelgesetzes angewandt zu werden, ist kein Abwasser zur Beseitigung, sondern zur Verwertung. Es unterliegt als Düngemittel den Bestimmungen des Düngemittelrechts und gegebenenfalls auch weiterhin den Bestimmungen des Abfallrechts.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die Verordnungsermächtigung für die Länder, durch Rechtsverordnung bezüglich des in Absatz 1 bezeichneten Abwassers Gebote und Verbote zur Verhütung übertragbarer Krankheiten zu erlassen. Insoweit entspricht die Vorschrift dem § 12 a BSeuchG. Soweit darin noch die Vorschriften der §§ 10, 10a und 10b BSeuchG genannt waren, kann dies entfallen, da eine solche Ermächtigungsgrundlage im § 17 enthalten ist.

8. Abschnitt

Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln

Vorbemerkung

Im 8. Abschnitt werden die bisherigen §§ 17 und 18 BSeuchG neu gefasst.

Durch die §§ 42, 43 soll neben der Aufstellung von Verbotsnormen durch ein enges Zusammenwirken von beteiligten Behörden, Lebensmittelunternehmen und den darin Beschäftigten der Gesundheits- und Verbraucherschutz verbessert werden.

Zu § 42

Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote

§ 42 entspricht inhaltlich im wesentlichen dem § 17 BSeuchG. Mit der Regelung soll der Verbraucher vor solchen Infektionen geschützt werden, die über Lebensmittel verbreitet werden. Der Krankheits- bzw. Erregerkatalog wurde dem derzeitigen wissenschaftlichen Stand angepasst.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden solche Krankheiten aufgezählt, deren Erreger durch Lebensmittel verbreitet werden und weitere Erkrankungen auslösen können.

Der im § 17 Abs. 1 Nr. 1 BSeuchG verwendete Begriff "Enteritis infectiosa" wird durch den Begriff "Infektiöse Gastroenteritis" ersetzt. Damit wird, bei gleicher Bedeutung, dem medizinischen Sprachgebrauch Rechnung

getragen. Unter diesem Begriff werden alle Magen-Darm-Erkrankungen zusammengefasst, deren Erreger über Lebensmittel übertragen werden können, ohne dass dies ausdrücklich genannt werden muss.

Die im § 17 Abs. 1 Nr. 1 BSeuchG genannte Erkrankung "Virushepatitis" wird auf die derzeit bekannten fäkal-oral übertragbaren Formen der Virushepatitis A oder E eingegrenzt, die entweder auch in Deutschland verbreitet (HAV) sind oder eingeschleppt werden können. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass insbesondere Hepatitis B- und Hepatitis C-Viren über Blut oder Genitalsekrete übertragen werden und Lebensmittel als Übertragungsmedium in der Regel nicht in Betracht kommen.

Der im § 17 BSeuchG verwendete Begriff der "Hautkrankheit" ist beschränkt auf Hautinfektionen, deren Erreger durch Lebensmittel übertragen werden können. Er wird durch die Formulierung "infizierte Wunden" ergänzt. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass auch über eitrige Wunden Lebensmittel mit Krankheitserreger verunreinigt werden können. Die weite Erfassung aller Hautinfektionen entspricht der Richtlinie 93/43 EWG vom 14. Juni 1993 über die Lebensmittelhygiene, wonach "auch die geringste Möglichkeit" ausgeschlossen werden muss, "dass Lebensmittel direkt oder indirekt" über diese Hautinfektionen "mit pathogenen Mikroorganismen kontaminiert werden". Gemäß Absatz 4 kann das Gesundheitsamt von diesem gesetzlichen Tätigkeitsverbot Ausnahmen zulassen. Dabei kann der unterschiedlichen Schwere der Infektion, ihrer Lokalisation und den getroffenen oder zu treffenden Hygienemaßnahmen Rechnung getragen werden.

Die Neuaufnahme der Ausscheidung von "enterohämorrhagischen Escherichia coli" trägt dem zunehmenden Auftreten dieser Erreger, verbunden mit dem insbesondere bei Kleinkindern zum Teil tödlich verlaufenden Krankheitsbild des hämolytisch-urämisches Syndroms, Rechnung. Wenn im Einzelfall der nachgewiesene Erreger kein Tätigkeitsverbot rechtfertigt, kann das Gesundheitsamt gemäß Absatz 4 eine Ausnahmeregelung treffen. Durch den Begriff Krankheitserreger in Nr. 3 wird klargestellt, dass unter die Regelung nur humanpathogene Erreger fallen.

Die Erkrankung an "ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane" als Hinderungsgrund für Tätigkeiten nach § 17 Abs. 1 BSeuchG wird nicht mehr aufgenommen. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass der hauptsächlichste Erreger der Tuberkulose, Mycobacterium tuberculosis, von Mensch zu Mensch per Tröpfcheninfektion weitergegeben wird. Lebensmittel als Übertragungsmedium spielen für die Tuberkulose heute keine Rolle mehr. Aus diesem Grunde entfällt auch die routinemäßige Tuberkuloseuntersuchung.

Auch die im § 17 Abs. 1 Nr. 2 BSeuchG aufgeführte Erkrankung "Scharlach", wird als Hinderungsgrund für Tätigkeiten nach § 42 Abs. 1 nicht mehr aufgenommen. Scharlach tritt in den Spätwinter- und Frühjahrsmonaten vorwiegend bei Kindern epidemisch auf und wird überwiegend durch Tröpfcheninfektion übertragen.

Aus systematischen Gründen wird in Absatz 1 die Regelung von § 17 Abs. 4 BSeuchG aufgenommen. Auf die Aufführung der dort einzeln genannten Einrichtungen kann verzichtet werden, da diese in dem jetzt verwendeten Begriff "sonstige Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung" enthalten sind.

Durch Satz 2 unterliegen auch solche Erkrankte und Ausscheider, die mit Bedarfsgegenständen umgehen, mittels derer die in Absatz 2 genannten Lebensmittel mit Krankheitserregern kontaminiert werden können, dem Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot. Von der Vorschrift können unter den dort genannten Voraussetzungen auch Angehörige von Desinfektions- und Schädlingsbekämpfungsbetrieben erfasst werden. Nicht erfasst werden sollen solche Personen, die mit den Lebensmitteln oder Bedarfsgegenständen nur so in Berührung kommen, dass dadurch eine Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern nicht zu befürchten ist, wie z.B. Reinigungspersonal des Bodens oder Personen, die mit verpackten Lebensmitteln arbeiten. Durch Satz 3 wird der private hauswirtschaftliche Bereich aus der Regelung herausgenommen.

Das Gesetz trifft keine Regelungen zur generellen Arbeitsunfähigkeit von Personen. Es ist dem Arbeitgeber nicht verwehrt, den Erkrankten oder Ausscheider, soweit die Erkrankung und die betrieblichen Voraussetzungen dies zulassen, mit einer anderen Tätigkeit zu beschäftigen.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 2 aufgezählten Lebensmittel i.S.d. § 42 entsprechen - nur in anderer Reihenfolge - der Regelung in § 17 Abs. 2 BSeuchG mit folgenden Änderungen bzw. Ergänzungen:

a) in Nummer 1 (Nr. 5 in § 17 Abs. 2 BSeuchG) ist in Anpassung an die übliche Terminologie im EU- und nationalen Hygienerecht und aus Gründen der Rechtsklarheit "Geflügelfleisch" ausdrücklich erwähnt,

b) in Nummer 3 (Nr. 3 in § 17 Abs. 2 BSeuchG) ist ebenfalls die übliche Terminologie im EU- und nationalen Hygienerecht berücksichtigt worden und neben den Erzeugnissen aus Fischen und anderen insoweit

aufgeführten Tiere auch die Tiere selber der Regelung des § 42 unterstellt worden, da der Infektionsschutz nicht nur auf die Erzeugnisse beschränkt sein darf; dabei gehören Muscheln zu Weichtieren und Garnelen zu Krebsen,

c) in Nr. 7 wurde der Bereich der unter die Vorschrift fallenden Backwaren präzisiert,

d) die Ergänzung der unter Nummer 8 (Nr. 4 in § 17 Abs. 2 BSeuchG) aufgeführten Lebensmittel durch "Rohkostsalate" wurde für notwendig erachtet, da Rohkostsalate nicht unbedingt zu den Feinkostsalaten zählen, jedoch wie sie einen Nährboden für eingebrachte Krankheitserreger darstellen können.

Zu Absatz 3

Dieser Absatz entspricht inhaltlich § 17 Abs. 3 BSeuchG.

Zu Absatz 4

Mit dieser neu eingeführten Regelung wird dem Gesundheitsamt die Möglichkeit gegeben, im Einzelfall von den Tätigkeitsverboten Ausnahmen zuzulassen, wenn die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von Krankheitserregern und übertragbaren Krankheiten getroffen werden. Die Verbreitung von Krankheitserregern durch erkranktes Personal oder Ausscheider ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Sie kann durch ungenügende Personalhygiene begünstigt und durch Beachtung hygienischer Grundregeln verhütet werden. Wie lange das gesetzliche Tätigkeitsverbot aufrecht zu erhalten ist, kann durch das zuständige Gesundheitsamt unter Berücksichtigung der persönlichen und sachlichen Umstände beurteilt werden.

Zu Absatz 5

Dieser Absatz entspricht inhaltlich § 17 Abs. 5 BSeuchG.

Die in Satz 2 genannte Frist von einem Jahr stellt gegenüber dem § 17 Abs. 5 BSeuchG eine Verlängerung dar, die der üblichen Dauer des Verfahrens beim Erlass von Rechtsverordnungen Rechnung trägt.

Zu § 43

Belehrung, Bescheinigung des Gesundheitsamtes

Vorbemerkung

§ 43 soll inhaltlich § 18 BSeuchG ersetzen.

§ 18 Abs. 1 BSeuchG regelt, dass nach Ausschluss von Hinderungsgründen nach § 17 Abs. 1 BSeuchG dem Antragsteller vor erstmaliger Aufnahme seiner Tätigkeit durch das Gesundheitsamt ein zeitlich unbegrenzt gültiges Zeugnis auszustellen ist.

Bis 1979 waren jährliche Wiederholungsuntersuchungen zum Auffinden von Dauerausscheidern (in erster Linie von Typhus-Erregern) vorgesehen, die durch das Vierte Änderungsgesetz BSeuchG abgeschafft wurden. Ihre Wiedereinführung ist durch eine Verordnungsermächtigung für Bund und Länder in § 18 Abs. 2 und 3 BSeuchG möglich, wurde aber für eine Bekämpfung von über Lebensmittel übertragbaren Krankheiten als wenig effektiv angesehen, so dass von dieser Ermächtigung weder von den Ländern noch vom Bund Gebrauch gemacht wurde. Dies folgt aus infektionsepidemiologischen Erhebungen, wonach feststeht, dass z.B. zwischen der Zahl der Untersuchungen gemäß § 18 BSeuchG und der Inzidenz an Salmonellenerkrankungen kein Zusammenhang besteht. Zwar können zeitweilige Ausscheider von Enteritis-Salmonellen (Tage bis einige Wochen) bei unhygienischem Verhalten in Risikobereichen potentiell Lebensmittel infizieren; ihre Aufdeckung als Infektionsquelle stellt auch eine wichtige präventive Maßnahme dar. Gerade sie kann jedoch durch jährliche Routineuntersuchungen nicht geleistet werden, da im Vordergrund einer möglichen zeitweiligen Übertragung von Krankheitserregern auf Lebensmittel das persönliche Fehlverhalten des Beschäftigten steht. Ein jährlich erhobener Untersuchungsbefund ist eine Momentaufnahme und gibt eine falsche Sicherheit.

Untersuchungen belegen, dass die Ursache der pandemisch auftretenden Erkrankungswellen durch Salmonella

Enteritidis in der Kontamination von Futtermitteln und tierischen Rohprodukten in Verbindung mit einer nicht ausreichenden thermischen Behandlung beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen bestimmter Lebensmittel lag und liegt. Infiziertes Personal spielt als Ursache lebensmittelbedingter Infektionen und Intoxikationen eine vergleichsweise geringe Rolle. Analysen von 216.000 Stuhlproben im Rahmen des § 18 BSeuchG in Baden-Württemberg 1991 ergaben eine Prävalenz von 0,36 % Salmonella positiven Befunden. Unter 76.000 Untersuchten fanden sich zwei Ausscheider von Shigellen, Ausscheider von Typhus- oder Paratyphuserregern wurden überhaupt nicht festgestellt.

Von einer Fortschreibung der entsprechenden Ermächtigung im § 43 wurde Abstand genommen, da die darin aufgeführten Untersuchungen unter bestimmten Voraussetzungen auch auf Grund der §§ 16 oder 25, 26 angeordnet werden können. Dies ist auch gängige Praxis der Gesundheitsämter.

Aus den oben geschilderten Erfahrungen hat sich auch ergeben, dass eine zweimalige

Stuhluntersuchung und eine orientierende körperliche Untersuchung vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit keine tauglichen Mittel darstellen, um Epidemien durch kontaminierte Lebensmittel signifikant zu vermeiden. Deshalb geht § 43 im Vergleich zu § 18 BSeuchG neue Wege.

Die Vorschrift trägt Tätigkeitsvoraussetzungen, wie sie z. B. im Gemeinschaftsrecht für Lebensmittelbetriebe gefordert werden, für den in § 42 beschriebenen Personenkreis Rechnung.

Die Vorschrift setzt auf die Schaffung von Kenntnissen durch Belehrung und auf eine Zusammenarbeit der Beteiligten.

Zu Absatz 1

Das Gesundheitsamt hat Personen, die die in § 42 genannten Tätigkeiten gewerbsmäßig ausüben wollen, vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit in mündlicher und schriftlicher Form über die in § 42 Abs. 1 genannten Hinderungsgründe und über die Verpflichtungen nach den Absätzen 2, 4 und 5 zu belehren. Diese Form der Belehrung setzt die persönliche Vorstellung des Betroffenen im Gesundheitsamt oder bei einem beauftragten Arzt voraus. Die Belehrung muss sicherstellen, dass der Belehrtete danach in der Lage ist, die Hinderungsgründe bei sich zu erkennen und sich danach zu verhalten. Im Übrigen wird eine Schulung nach der Lebensmittelhygiene-Verordnung (BGBl. I 1997 S. 2008) durchgeführt. Ein Wechsel innerhalb der in § 42 genannten Tätigkeitsfelder erfordert keine neue Bescheinigung.

Die nach Absatz 1 verpflichtete Person hat vor Aufnahme der Tätigkeit gemäß Nr. 2 zu erklären, dass ihr keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind. Anhaltspunkte können individuell medizinischer, aber auch allgemein epidemiologischer Art, z. B. vorangegangener Aufenthalt in einem Epidemiegebiet sein.

Mit den gegenüber § 18 Abs. 1 BSeuchG neu formulierten Aufgaben und Pflichten des Gesundheitsamtes, der Personen, die Tätigkeiten gem. § 42 ausüben und der Betreiber von Lebensmittelunternehmen, sollten auch Lehrer und Schüler von hauswirtschaftlichen und nahrungsgewerblichen Klassen frühestmöglich vertraut sein. Deshalb wurde auf die im BSeuchG für diesen Personenkreis bestehende Ausnahmeregelung verzichtet.

Auf den Regelungsinhalt des § 18 Abs. 4 BSeuchG kann verzichtet werden, weil die Untersuchungen selbst nicht mehr erforderlich sind.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 ist jede Person, die eine in § 42 beschriebene Tätigkeit ausübt, verpflichtet, Hinderungsgründe, die dieser Tätigkeit entgegenstehen, unverzüglich dem Arbeitgeber oder Dienstherrn mitzuteilen, damit diese ihrerseits ihrer Pflicht nach Absatz 3 nachkommen können. Dies ist ein erforderlicher Beitrag für das mit dieser Vorschrift bezweckte Zusammenwirken von Aufklärung, Kommunikation und Kooperation zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Zu Absatz 3

Mit dieser Vorschrift wird die dem Absatz 2 komplementäre Pflicht des Arbeitgebers für den Verbraucherschutz geregelt. Der Arbeitgeber hat - ungeachtet seiner eigenen Produktsicherheitspflicht - unverzüglich die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen einzuleiten, damit von möglicherweise kontaminierten Lebensmitteln keine Gefahren für den Verbraucher ausgehen.

Zu Absatz 4

Unter Berücksichtigung positiver Erfahrungen, die mit den jährlichen Belehrungen auf Grund der Röntgenverordnung und verschiedener Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften gemacht wurden, erscheint eine Belehrung über die gesetzlichen Tätigkeitsverbote und Mitwirkungspflichten in einem Intervall von 12 Monaten sinnvoll. So kann bereits vorhandenes Wissen aufgefrischt werden.

Zu Absatz 5

Dieser Absatz entspricht inhaltlich § 18 Abs. 5 BSeuchG. Erweitert wurde die Vorschrift im Hinblick auf die Dokumentation, die nach der Belehrung nach Absatz 4 erstellt wird.

Zu Absatz 6

Diese Regelung ist in Analogie zu § 16 Abs. 5 gefasst, da auch hier die verantwortlichen Adressaten der in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 genannten Verpflichtungen für nicht voll geschäftsfähige oder betreute Personen aufgeführt sind.

Zu Absatz 7

Auf Grund der vollständigen inhaltlichen Neugestaltung der gesetzlichen Regelung gegenüber § 18 BSeuchG sowie der in der Vorbemerkung dargestellten Erfahrungen, dass von der Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Regelung von Wiederholungsuntersuchungen nach Erteilung des Gesundheitszeugnisses kein Gebrauch gemacht wurde, wurde die Rechtsverordnungsermächtigung nur für den Fall aufgenommen, dass Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft dies erfordern.

9. Abschnitt

Tätigkeiten mit Krankheitserregern

Vorbemerkungen

Tätigkeiten mit Krankheitserregern können zu einer Quelle von Infektionen und übertragbaren Krankheiten werden. Daher wird ihnen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Regelungen zum Umgang mit Krankheitserregern orientieren sich an den §§ 19 - 29 BSeuchG. Die wichtigsten Forderungen der Vorschriften sind, dass Tätigkeiten mit Krankheitserregern grundsätzlich erlaubnis- und anzeigespflichtig sind, dass für Tätigkeiten geeignete Räume und Einrichtungen verfügbar sein müssen und dass der Umgang mit Krankheitserregern der Aufsicht der zuständigen Behörde unterliegt. Der Begriff "Tätigkeiten" umfasst die in § 44 aufgeführten Tatbestände des in den Geltungsbereich dieses Gesetzes Verbringens, Ausführens, Aufbewahrens, Abgebens und Arbeitens. Jede dieser Tätigkeiten, nicht nur Arbeiten, steht grundsätzlich unter Erlaubnis- und Anzeigepflicht. Dabei ist die räumliche Ausstattung sachgerecht an die Risiken der verschiedenen Tätigkeiten anzupassen.

Die Erlaubniserteilung ist personengebunden. Die Anzeigepflicht ist dagegen von der Erlaubnispflicht unabhängig. Sie ist an die tatsächliche Aufnahme einer Tätigkeit i.S.d. § 44 geknüpft und trifft deshalb jeden auf diesem Gebiet verantwortlichen Tätigen.

Die Systematik der Erlaubnispflicht bzw. der Erlaubnisfreiheit für Tätigkeiten mit Krankheitserregern ist geändert worden. Im BSeuchG wird der sachkundige Personenkreis der Ärzte, Tier- und Zahnärzte nur bei Arbeiten mit bestimmten Krankheitserregern von der Erlaubnispflicht freigestellt. Im IfSG gilt diese Freistellung für nicht meldepflichtige Krankheitserreger, jedoch nur für definierte Arbeiten mit nicht nennenswertem Risiko.

Die Erlaubniserteilung wird streng an das Vorliegen der Sachkenntnis im Umgang mit Krankheitserregern geknüpft.

An der bisherigen Auslegung des BSeuchG, wonach Untersuchungsmaterial (Patientenmaterial, Bodenproben, Lebensmittelproben usw.) als solches nicht als Krankheitserreger definiert wird, soll festgehalten werden. So sollen beispielsweise serologische oder mikroskopische Untersuchungen, bei denen keine Anzucht von Krankheitserregern erfolgt, von den Regelungen des Gesetzes nicht erfasst werden.

Für veterinärmedizinisch relevante Tätigkeitsbereiche bleiben die Vorschriften des Tierseuchenrechts unberührt.

Zu § 44

Erlaubnispflicht für Tätigkeiten mit Krankheitserregern

Die gesetzliche Erlaubnispflicht aus § 19 BSeuchG wurde in das Gesetz übernommen.

Der Begriff "Einführen" wird nicht mehr aufgenommen, da dieser Tatbestand von der Formulierung "in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbringen" erfasst wird.

Die Unterscheidung des § 19 BSeuchG in den Nrn. 1 und 2 war getroffen worden, um in § 20 BSeuchG Ärzte bei Arbeiten mit allen außer den unter § 19 Abs. 1 Nr. 1 BSeuchG genannten Erregern von der Erlaubnispflicht freizustellen. Diese Unterscheidung ist im Infektionsschutzgesetz nicht mehr notwendig, da für die Erlaubnisfreiheit auf die Meldepflicht der Krankheitserreger abgestellt wird und auf die durchgeführten Tätigkeiten, von denen unterschiedliche Risiken ausgehen können. Soweit eine Differenzierung der Tätigkeiten erforderlich ist, erfolgt diese bei den speziellen Vorschriften.

Zu § 45

Ausnahmen

§ 20 BSeuchG regelt bisher Ausnahmen von der Erlaubnispflicht für bestimmte Personen, Einrichtungen und bestimmte Arbeiten. Dieses System von Erlaubnis und Ausnahmeregelung hat sich grundsätzlich bewährt und wird im Gesetz sinngemäß weitergeführt. Verzichtet wird auf die Möglichkeit, juristische Personen, d. h. die im § 20 Abs. 1 Nr. 3 und 4 BSeuchG genannten Krankenhäuser, Polikliniken, Tierkliniken, staatliche oder kommunale Hygiene-Institute und andere vergleichbare Einrichtungen, von der Erlaubnispflicht auszunehmen. Die Forderung des § 47 nach ausreichender Sachkenntnis kann nachprüfbar nur von einer natürlichen Person erfüllt werden.

Das Erfordernis der Anzeige von Tätigkeiten mit Krankheitserregern gilt auch für erlaubnisfreie Tätigkeiten. Sie unterliegen ebenfalls der Aufsicht der zuständigen Behörde, d.h. diese hat die Tätigkeiten zu untersagen, wenn eine Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung zu besorgen ist.

Zu Absatz 1

Neue vereinfachte Methoden der Diagnostik machen es möglich, dass vermehrt mikrobiologische Untersuchungen in der Arztpraxis durchgeführt werden können. Beispielhaft seien Untersuchungen zum Ausschluss von Harnwegsinfektionen genannt. Um diese frühdiagnostischen Möglichkeiten nicht zu behindern, wurden die im § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 BSeuchG genannten Ausnahmen von der Erlaubnispflicht für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte grundsätzlich übernommen.

Auf die Formulierung "Approbation oder Bestallung" wurde verzichtet, um deutlich zu machen, dass die eingeschränkte Erlaubnisfreiheit für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte mit abgeschlossener Ausbildung gilt und an die generelle Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung geknüpft ist.

Auf die gesonderte Nennung von Ärzten in Justizvollzugsanstalten, in Krankenhäusern, Polikliniken oder Tierkliniken wird verzichtet, da diese bereits von der Bestimmung erfasst werden.

Nach BSeuchG gelten die Ausnahmen von der Erlaubnispflicht nur für Arbeiten mit den im § 19 Abs. 1 Nr. 2 BSeuchG genannten Erregern. Die Differenzierung in erlaubnisfreie und erlaubnispflichtige Erreger basiert auf der von dem Erreger für die Allgemeinheit ausgehenden Gefahr und wird jetzt im Gesetz analog der Meldepflicht behandelt. Als meldepflichtige Erreger wurden Krankheitserreger von hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad und hoher öffentlicher und gesundheitspolitischer Beachtung eingestuft. Daher ist eine auf den spezifischen Nachweis meldepflichtiger Krankheitserreger gerichtete Anzucht nicht erlaubnisfrei. Arbeiten, die keine oder nur eine begrenzte, für die orientierende Diagnostik aber notwendige Vermehrung von nicht meldepflichtigen Krankheitserregern in der eigenen Praxis erfordern, sind erlaubnisfrei. So kann die primäre Anzucht ohne weitere nachfolgende Vermehrung durchaus, unter Verwendung von Schnelltestmethoden (z. B. Agglutinationen oder biochemische Schnelltestungen mit Hilfe chromogener Substrate), zu einer endgültigen Keimidentifizierung führen.

Die erlaubte Subkultur zur Resistenzbestimmung dient der erforderlichen schnellen und effizienten Therapieeinleitung. Entscheidend für die Formulierung der Vorschrift ist die Absicht des Gesetzgebers, dem niedergelassenen Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt bestimmte Arbeiten in der eigenen Praxis erlaubnisfrei zu ermöglichen, um schnelle Diagnosen und Therapien sowie kostengünstige Verfahren nicht zu behindern. Dabei handelt es sich nur um Arbeiten, von denen aufgrund der Sachkunde der im Gesetz genannten Personen und der für die Arbeiten erforderlichen Ausstattung keine Gefahr für die Bevölkerung ausgeht.

Damit sind auf den spezifischen Nachweis von meldepflichtigen Krankheitserregern gerichtete Tätigkeiten für alle auf diesem Gebiet Tätigen, also auch für Ärzte, erlaubnispflichtig.

Zu Absatz 2

Sterilitätsprüfungen und die Bestimmungen der Koloniezahl sind in den im § 20 Abs. 1 BSeuchG aufgeführten Fällen erlaubnisfrei. Dieser Regelungsinhalt wird in die Vorschrift im wesentlichen übernommen und wird ergänzt durch weitere Arbeiten der mikrobiologischen Qualitätssicherung in der Herstellung, Prüfung und Überwachung von Erzeugnissen. In Absatz 2 werden solche Tätigkeiten von der Erlaubnispflicht freigestellt, von denen keine Gefahr für die Bevölkerung zu erwarten ist.

Zu Nummer 1

Neben Sterilitätsprüfungen und der Bestimmung der Koloniezahl sind z.B. auch die Keimzahlbestimmung und der Konservierungsbelastungstest bei der Herstellung, Prüfung und bei der Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln und Medizinprodukten notwendig. Für die Herstellung von Arzneimitteln bedarf es grundsätzlich einer Herstellungserlaubnis, bei der auch die Qualifikation des Personals geprüft wird. Bei Medizinprodukten ist nach dem europäischen und deutschen Medizinprodukterecht die Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems, die Zertifizierung durch eine vom Staat für diesen Bereich genehmigte und überwachte Prüfstelle sowie eine staatliche Überwachung des Herstellungsbetriebs vorgeschrieben.

Von Prüfungen im Rahmen der mikrobiologischen Qualitätskontrolle von Arzneimitteln und Medizinprodukten geht somit auf Grund der in den arzneimittelrechtlichen bzw. medizinproduktrechtlichen Vorschriften geregelten Sachkunde des Personals keine nennenswerte Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung aus. Die Vorschrift stellt daher nicht nur wie bisher Sterilitätsprüfungen und Koloniezahlbestimmungen, sondern alle Arbeiten der mikrobiologischen Qualitätskontrolle von der Erlaubnispflicht frei. Die Anzeigepflicht für Tätigkeiten mit Krankheitserregern nach diesem Gesetz bleibt erhalten.

Zu Nummer 2

Neben Sterilitätsprüfungen und Koloniezahlbestimmungen werden auch in anderen als in Nr. 1 genannten Bereichen Arbeiten zur mikrobiologischen Qualitätssicherung von der Erlaubnispflicht freigestellt, sofern nicht der spezifische Nachweis von Krankheitserregern Verfahrensschritte erforderlich macht, die eine gezielte Anreicherung oder gezielte Vermehrung der Krankheitserreger beinhalten.

Diese Regelung bedeutet z.B. dass sämtliche Untersuchungen des Trinkwassers, die darauf gerichtet sind, einen bestimmten Krankheitserreger festzustellen, der grundsätzlichen Erlaubnispflicht unterliegen, wenn dieser spezifische Nachweis nur dann gelingen kann, wenn zuvor eine Anreicherung bzw. Vermehrung der Krankheitserreger erfolgt ist. Mittlerweile sind Nachweismethoden verfügbar, die zwar auf den spezifischen Nachweis von Krankheitserregern ausgerichtet sind, bei denen aber keine Anreicherung bzw. Vermehrung von Krankheitserregern durchgeführt wird und die somit kein nennenswertes Gefährdungspotential enthalten.

Zu Absatz 3

Nicht für alle Arbeiten der mikrobiologischen Qualitätssicherung im Rahmen der Eigenkontrolle ist die Sachkenntnis nach § 47 erforderlich. Die zuständige Behörde hat daher die Möglichkeit, bestimmte Arbeiten von der Erlaubnispflicht freizustellen. Dabei handelt es sich um solche Arbeiten, von denen in der Regel keine Gefahr ausgeht. Diese Arbeiten müssen dann an die für die spezifischen Arbeiten ausreichende Sachkenntnis gebunden werden. Zu diesen Arbeiten gehört die primäre Anzucht auf Selektivmedien, um z.B. im ersten Schritt die Kontamination mit bestimmten Krankheitserregern zu erkennen.

Zu Absatz 4

In § 20 Abs. 3 BSeuchG ist bisher geregelt, in welchen Fällen die Behörde bei erlaubnisfreien Tätigkeiten die

Durchführung von Arbeiten mit Krankheitserregern untersagen kann. Im Hinblick auf die Sicherheit der Bevölkerung wird nunmehr die Pflicht zur Untersagung für die Behörde begründet, wenn sich die Person bei der Ausübung der erlaubnisfreien Tätigkeiten als unzuverlässig erwiesen hat.

Zu § 46

Tätigkeit unter Aufsicht

Die Vorschrift entspricht § 21 BSeuchG.

Zu § 47

Versagungsgründe, Voraussetzungen für die Erlaubnis

Zu Absatz 1

Die personenbezogenen Anforderungen des § 22 BSeuchG werden im wesentlichen übernommen. Die tätigkeitsbezogenen Anforderungen sind in § 49 geregelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht im wesentlichen § 22 Abs. 3 BSeuchG. Der Begriff "Hochschulstudium" wurde präzisiert. Es wird nicht mehr auf die Approbation oder Bestallung abgestellt, sondern auf den Abschluss des Studiums der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin oder der Pharmazie. Damit werden diese Abschlüsse den naturwissenschaftlichen Abschlüssen mit mikrobiologischen Ausbildungsinhalten gleichgestellt.

Mit der in Nummer 2 genannten Forderung, dass die Tätigkeit unter Anleitung einer Person erfolgte, die eine Erlaubnis besitzt, soll gewährleistet werden, dass ausreichende praktische Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit Krankheitserregern und in der Abwehr der sich daraus ergebenden Risiken erworben wurden. Durch die Einschränkung auf "hauptberufliche Tätigkeit" soll der praktischen und unter Anleitung erworbenen Erfahrung bei der Beurteilung der Sachkenntnis ein größeres Gewicht gegeben werden. Während das BSeuchG allgemein auf eine Tätigkeit im Bereich der Mikrobiologie oder Serologie abstellte, verlangt das Gesetz nunmehr eine Tätigkeit mit Krankheitserregern. Diese Tätigkeit muss mindestens zwei Jahre hauptberuflich durchgeführt werden. Deshalb erscheint eine zweijährige Dauer ausreichend.

Gemäß Satz 2 hat die zuständige Behörde bestimmte Tätigkeiten als gleichwertig zum Erwerb der Sachkenntnis anzuerkennen, wenn bei diesen Tätigkeiten nicht mit Krankheitserregern gearbeitet wurde, jedoch eine gleichwertige Sachkenntnis erworben wurde. Anzuerkennen ist auch eine entsprechende Tätigkeit im Ausland.

Die in § 22 Abs. 2 BSeuchG enthaltenen Regelungen wurden nicht übernommen, da nur natürliche Personen die Sachkenntnis erwerben und die Verantwortung für von ihnen oder unter ihrer Aufsicht ausgeübte Tätigkeiten übernehmen können. Juristische Personen können keine Erlaubnis mehr erlangen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 entspricht § 22 Abs. 4 Satz 4 BSeuchG. Durch Satz 2 wird der Behörde die Möglichkeit gegeben, solchen Personen eine eingeschränkte Erlaubnis zu erteilen, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder 2 nicht vollständig erfüllen. Im Falle des Absatzes 2 Nr. 2 kann eine ausreichende Sachkenntnis für bestimmte Tätigkeiten z. B. im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung erworben sein, ohne dass zwei Jahre hauptberuflich mit Krankheitserregern gearbeitet wurde. Der eingeschränkte Tätigkeitsbereich hat dabei der eingeschränkten Sachkunde so zu entsprechen, dass keine Gefahren durch die Tätigkeiten ausgehen.

Zu Absatz 4

Diese Regelung stellt die ärztliche Verantwortung bei der Erhebung von Laborbefunden für die Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten sicher und übernimmt damit Regelungsinhalte des § 22 Abs. 4 BSeuchG. Damit wird eine ärztliche Verbindung zwischen der Feststellung von Erregern übertragbarer Krankheiten durch Laborbefunde und den ärztlichen Untersuchungen an Menschen durch den behandelnden Arzt sichergestellt. Zumindest in schwierigen Fällen, bei Grenzbefunden, bedarf die Interpretation der erhaltenen Resultate ärztlicher Erfahrung und Kompetenz, um in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt zu einer genaueren und besseren

Diagnose zu gelangen. Diese Regelung verlangt nicht, dass alle Personen, die im medizinisch diagnostischen Labor Nachweise eines Krankheitserregers durchführen, selbst eine Erlaubnis besitzen.

Klinische oder medizinische Mikrobiologie muss wegen der ärztlich-konsiliarischen Tätigkeiten auf eine breite Basis ärztlicher und mikrobiologischer Spezialkenntnisse, epidemiologischer und seuchenhygienischer Erfahrungen zurückgreifen können.

Satz 2 soll insbesondere dazu dienen, dass Speziallabore auch ohne ärztliche Leitung mikrobiologische Arbeiten im Auftrag eines ärztlich geleiteten Labors durchführen können.

Personen ohne eine ärztliche Ausbildung können aber grundsätzlich - wie gemäß § 19 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 3 - eine Erlaubnis für Versuche mit vermehrungsfähigen Krankheitserregern und Fortzucht von Krankheitserregern erhalten.

Zu § 48

Rücknahme und Widerruf

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 23 BSeuchG.

Zu § 49

Anzeigepflichten

Zu Absatz 1

Der Anzeige, dass Tätigkeiten mit Krankheitserregern aufgenommen werden, und den sich aus der Anzeige ergebenden Konsequenzen für die Überwachung kommt in diesem Gesetz eine besondere Bedeutung zu. Entsprechend werden die Bestimmungen einem eigenen Paragraphen zugewiesen. Anzeigepflichtig ist derjenige, der die infektionsschutzrechtliche Verantwortung für die Tätigkeiten trägt. Die Anzeigepflicht für die erstmalige Aufnahme von Tätigkeiten wurde präzisiert und hinsichtlich der Angaben zur Entsorgung erweitert. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass der Umfang der von der Erlaubnis befreiten Tätigkeiten erweitert und der Prüfungsumfang bei der Erlaubniserteilung selbst reduziert wurde. Die Erlaubnis wird nach § 47 personenbezogen und ohne Prüfung der vorhandenen Räume und Einrichtungen erteilt. Damit wird für den Erlaubnisinhaber eine größere Flexibilität erreicht. Die im Umfang erweiterte Anzeigepflicht ermöglicht es der zuständigen Behörde, ihre Aufsichtspflicht auszuüben. Um der Behörde die Möglichkeit zu geben, die im Umfang erweiterten Prüfungen durchzuführen, wird in Anlehnung an das EU-Recht zum Schutz der Arbeitnehmer (hier: Richtlinie über den Schutz der Arbeitnehmer gegen Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe bei der Arbeit) eine Anzeige mit einer Frist von mindestens 30 Tagen für erforderlich angesehen. Nach Ablauf der Frist kann der Anzeigende die Tätigkeiten aufnehmen, sofern dies nicht von der Behörde untersagt wurde.

Um das Verfahren möglichst unbürokratisch zu gestalten, wird dem Anzeigepflichtigen die Möglichkeit eingeräumt, auf bereits vorliegende Unterlagen Bezug zu nehmen.

Anzeigepflichtig sind nur diejenigen Personen, die gegenüber der zuständigen Behörde die infektionsschutzrechtliche Verantwortung tragen. Befreit sind demnach alle, die unter Aufsicht einer berechtigten Person tätig sind, auch wenn sie selbst über eine Erlaubnis verfügen.

Zu Nummer 1

Die Vorlage einer Abschrift der Erlaubnis oder Angaben zur Erlaubnisfreiheit sind erforderlich, damit die Behörde die formalen, personenbezogenen Voraussetzungen des Antragstellers überprüfen kann.

Zu Nummer 2

Die Angaben zu Art und Umfang der beabsichtigten Tätigkeiten sind erforderlich, damit die Behörde prüfen kann, ob die angezeigte Tätigkeit erlaubnisfrei oder erlaubnispflichtig ist, und ob geeignete Räume vorhanden sind. Dies gilt sinngemäß z. B. bei bestimmten mikrobiologischen Bodensanierungen, Abwasserreinigungen und Schädlingsbekämpfungen. Das Verbot der Schädlingsbekämpfung mit Krankheitserregern entsprechend § 27 BSeuchG wurde in dieses Gesetz nicht übernommen. So wird z. B. die Durchführung von Pilotprojekten ermöglicht.

Alle diese Tätigkeiten unterliegen der Erlaubnis- und Anzeigepflicht. Dies eröffnet der Behörde Flexibilität bei der Prüfung im Einzelfall im Rahmen einer Nutzen-Risiko-Abwägung.

Die Entsorgung wurde wegen ihrer Bedeutung für den Schutz der Allgemeinheit vor Krankheitserregern ausdrücklich in die Anzeigepflicht aufgenommen. Die Anzeige der Entsorgung soll es der Behörde ermöglichen, den Weg der Krankheitserreger bis zu ihrer Vernichtung nachzuvollziehen. Diese Anzeige kann sich gegebenenfalls auf die Anzeige der Entsorgung durch Dritte beschränken. Die Vorschriften des Entsorgungsrechts und der dafür zuständigen Behörden bleiben unberührt.

Zu Nummer 3

Die Geeignetheit der Räume und Einrichtungen sind ein wesentliches Kriterium zum Schutz der Allgemeinheit. Für unterschiedliche Tätigkeiten, z.B. Arbeiten, Aufbewahrung und Entsorgung, können bei dem gleichen Krankheitserreger unterschiedliche sicherheitsrelevante Anforderungen an die Räumlichkeiten sachgerecht sein.

Zu Absatz 2

Absatz 2 ermöglicht es, mit Zustimmung der zuständigen Behörde auch bereits vor Ablauf der Frist mit den Tätigkeiten zu beginnen. Damit wird den Fällen Rechnung getragen, in denen die Behörde die Frist von 30 Tagen nicht vollständig benötigt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass die zuständige Behörde bei Vorliegen der in der Vorschrift genannten Voraussetzungen die Tätigkeiten untersagt. Nach der bisher geltenden Regelung des § 22 Abs. 1 Nr. 2 BSeuchG ist bei Nichtvorhandensein von geeigneten Räumen oder Einrichtungen die Erlaubnis zu versagen. Nach der neuen Regelung wird die Erlaubnis personengebunden ohne Berücksichtigung der vorhandenen Räume oder Einrichtungen erteilt. Eine Überprüfung der Räume und Einrichtungen erfolgt somit erst nach Anzeige der beabsichtigten Aufnahme der Tätigkeit.

Die in § 20 Abs. 3 BSeuchG geregelte Eingriffsmöglichkeit wegen Unzuverlässigkeit der Person, die die Arbeiten verantwortlich durchführt oder durchführen möchte, sowie die weiteren Vorschriften der §§ 22 Abs. 1, 23 BSeuchG werden aus systematischen Gründen nunmehr in den §§ 45, 47 und 48 geregelt.

Neu aufgenommen wurde, dass, wenn eine gefahrlose Entsorgung der verwendeten Materialien entsprechend den gesetzlichen Vorschriften nicht gesichert ist, die Tätigkeit mit Krankheitserregern ebenfalls untersagt wird. Damit soll sichergestellt werden, dass infektiöse Abfälle, d. h. Abfälle, die Krankheitserreger enthalten, nicht die menschliche Gesundheit gefährden können.

Zu § 50

Veränderungsanzeige

Diese Vorschrift begründet für den nach § 49 Anzeigepflichtigen eine Pflicht zur Veränderungsanzeige für jede sicherheitsrelevante Veränderung in der Arbeitsstätte sowie in Art und Umfang der Tätigkeiten sowie der Entsorgungsmaßnahmen. Auch die Beendigung der Tätigkeit ist der Behörde anzuzeigen, um der Behörde ein aktuelles Bild möglicher Gefahrenquellen sowie ein effektives Arbeiten, z.B. hinsichtlich der Aufsichtspflicht, zu ermöglichen. Unter die Anzeigepflicht fällt auch die Wiederaufnahme einer zuvor beendeten Tätigkeit.

Zu § 51

Aufsicht

§ 51 entspricht im wesentlichen § 25 BSeuchG.

Zu § 52

Abgabe

Durch § 52 soll der Regelungsinhalt des § 26 BSeuchG übernommen werden. Die Erlaubnis richtet sich im Gesetz im Unterschied zum BSeuchG nach personenbezogenen Anforderungen, die von juristischen Personen nicht erfüllt werden können. Juristische Personen als solche können somit keine Erlaubnis besitzen. Die Vorschrift soll nicht so verstanden werden, dass ausschließlich an die in der Vorschrift genannten Personen persönlich adressiert werden muss, soweit sichergestellt ist, dass beim Adressaten die nach dem Gesetz erforderliche Aufsicht entsprechend wahrgenommen wird. Bei staatlichen Untersuchungsstellen wird zugunsten des Absenders unterstellt, dass die Einrichtung zur Annahme von Krankheitserregern berechtigt ist.

Zu § 53

Anforderung an Räume und Einrichtungen, Gefahrenvorsorge

§ 53 übernimmt im wesentlichen die Regelungen des § 29 BSeuchG. Auf die Regelungen zum Arbeitsschutz konnte wegen der Vorschriften des Arbeitsschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen verzichtet werden.

10. Abschnitt

Zuständige Behörde

Zu § 54

Benennung der Behörde

§ 54 entspricht im wesentlichen § 77 BSeuchG.

11. Abschnitt

Angleichung an Gemeinschaftsrecht

Zu § 55

Angleichung an Gemeinschaftsrecht

Zu Absatz 1

Es wird festgelegt, dass Rechtsverordnungen nach diesem Gesetz auch dann erlassen werden können, wenn sachlich einschlägige Rechtsvorschriften der Europäischen Union umgesetzt werden müssen.

Zu Absatz 2

Sofern durch Rechtsverordnung nach diesem Gesetz ausschließlich Gemeinschaftsrecht umgesetzt wird, ohne dass weitere Regelungselemente hinzutreten, ist die Zustimmung des Bundesrates nicht erforderlich.

12. Abschnitt

Entschädigung in besonderen Fällen

Vorbemerkung zum 12. Abschnitt

Die im 12. Abschnitt getroffenen Entschädigungsregelungen ersetzen umfassend den von der Rechtsprechung entwickelten allgemeinen Aufopferungsanspruch, dem damit insoweit keine lückenschließende Funktion mehr zukommt. Weitergehende Ansprüche aus Amtshaftung bleiben unberührt. Ferner wurden im 12. Abschnitt die zwischenzeitlich durch das SGB V ersetzten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung redaktionell an die geltende Rechtslage angepasst und die im Sozialrecht geltende Terminologie, insbesondere hinsichtlich des Arbeitsentgeltes bei Nichtselbständigen und des Arbeitseinkommens bei Selbständigen, übernommen.

Zu § 56

Entschädigung

§ 56 entspricht im wesentlichen dem § 49 BSeuchG.

Zu Absatz 1

Der Begriff "Krankheitsverdächtiger" wurde zusätzlich aufgenommen, da auch dieser Personenkreis eine Entschädigung erhalten soll. Die Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Begriffsbestimmung von "krankheitsverdächtig" im BSeuchG geändert wurde, die Entschädigungsvorschriften jedoch nicht angepasst wurden.

Zu Absatz 3

Die Verdienstausfallregelung des § 49 Abs. 3 BSeuchG mit dem Verweis auf das Entgeltfortzahlungsgesetz wird durch eine eigenständige Regelung des zu berücksichtigenden Arbeitsentgeltes ersetzt. Weitere Änderungen bzw. Ergänzungen sind lediglich redaktioneller Art und ebenfalls bedingt durch das in den Ausführungen zu Absatz 8 genannte Gesetz.

Zu Absatz 8

Die Regelung entspricht den durch Artikel 17 des Arbeitsförderungs-Reformgesetzes erfolgten Anpassungen an das vom 1. Januar 1998 an geltende Dritte Buch Sozialgesetzbuch. Die Regelung hat insbesondere im Hinblick auf Absatz 2 Satz 3 Bedeutung.

Die übrigen nicht einzeln begründeten Absätze entsprechen im wesentlichen den bisherigen Vorschriften.

Zu § 57

Verhältnis zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung

Die Vorschrift geht auf §§ 49 a und 49 b BSeuchG zurück und berücksichtigt die Systematik des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sowie die Anpassung an das Dritte und das Siebte Buch Sozialgesetzbuch.

Zu § 58

Aufwendungserstattung

Die Vorschrift entspricht § 49 c BSeuchG.

Zu § 59

Sondervorschrift für Ausscheider

Die Vorschrift entspricht § 50 BSeuchG und berücksichtigt die Anpassung an das Dritte Buch Sozialgesetzbuch.

Zu § 60

Versorgung bei Impfschäden und bei Gesundheitsschäden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Die Zahl der Impfschäden ist, im Vergleich zur Zahl der durch Impfung verhinderten Erkrankungen, sehr klein. Die modernen Impfstoffe sind nahezu frei von "unerwünschten Nebenwirkungen". Die einzige Impfung, die auch heute noch mit einer messbaren Zahl von Impfschäden belastet ist, ist die Polioschluckimpfung. Nach zuverlässigen Schätzungen muss mit einem Impfschaden auf einer bis vier Millionen Impfungen mit dem oralen Polioimpfstoff gerechnet werden. Aufgrund des weiteren Fortschreitens der Polioeradikation konnte die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut am 21.01.1998 den zu indizierenden, inaktivierte Polioviren enthaltenden Impfstoff als Polioimpfstoff der Wahl empfehlen. Dadurch bedingt dürften die durch die Polioschluckimpfung verursachten Impfschäden in Zukunft verhindert werden.

In § 60 wurden die §§ 51 und 52 BSeuchG weitgehend unverändert zusammengefasst.

Zu Absatz 1

Beim vorbeugenden Infektionsschutz wurden spezifische Maßnahmen der Prophylaxe zusätzlich aufgenommen. Sie werden in vielen Vorschriften entsprechend den Schutzimpfungen behandelt. Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe sind wegen ihrer raschen Wirksamkeit z. B. im Rahmen der nach § 16 Abs. 1 zu ergreifenden Maßnahmen in Betracht zu ziehen. Die Gabe von Immunglobulinen oder von Antibiotika können wie Schutzimpfungen in seltenen Fällen zu Gesundheitsschäden führen. Entsprechend wird der Versorgungsanspruch auf diese Gesundheitsschäden ausgedehnt.

Zu Absatz 2

Dieser Absatz entspricht § 51 Abs. 2 BSeuchG.

Zu Absatz 3

Dieser Absatz entspricht § 51 Abs. 3 BSeuchG.

Zu Absatz 4

Dieser Absatz entspricht § 51 Abs. 4 BSeuchG.

Zu Absatz 5

Die Sätze 1 und 2 des § 52 Abs. 1 BSeuchG werden mit neuer Formulierung in § 2 Nummer 11 als Legaldefinition des Impfschadens übernommen. Die Sätze 3 und 4 des § 52 Abs. 1 BSeuchG werden zu § 60 Abs. 5.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt den Datenschutz.

Zu § 61

Gesundheitsschadensanerkennung

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 52 Abs. 2 BSeuchG.

Die Vorschrift wurde an die entsprechenden Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) angepasst, um eine einheitliche Sprachregelung im Entschädigungsrecht zu erreichen, in dem wie in den anderen Gesetzen der sozialen Entschädigung zwischen der (primären) gesundheitlichen Schädigung und dem verbleibenden Schaden (Schädigungsfolge) unterschieden wird.

Zu § 62

Heilbehandlung

Die Vorschrift entspricht § 53 BSeuchG.

§ 63

Konkurrenz von Ansprüchen, Anwendung der Vorschriften nach dem Bundesversorgungsgesetz, Übergangsregelungen zum Erstattungsverfahren an die Krankenkassen

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 54 BSeuchG .

Zu § 64

Zuständige Behörde für die Versorgung

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 55 BSeuchG. Im Übrigen sind grundsätzlich die Verwaltungsverfahrensgesetze der Länder anzuwenden, sofern keine abschließende Regelung in Spezialgesetzen getroffen ist.

Zu § 65

Entschädigung bei behördlichen Maßnahmen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 57 Abs. 1 BSeuchG. Durch die Änderung im zweiten Halbsatz von Satz 1 von § 57 Abs. 1 BSeuchG wird verdeutlicht, dass eine Entschädigung nur dann geleistet werden soll, wenn sich die seuchenhygienische Maßnahme gegen einen Nichtstörer gerichtet hat.

Durch die Einfügung des Satzes 2 wird dem allgemein geltenden Grundsatz Rechnung getragen, dass durch etwaiges Mitverschulden bei der Entstehung oder der Entwicklung des Schadens der Entschädigungsanspruch entsprechend dem jeweiligen Mitverschulden beschränkt wird.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht dem § 57 Abs. 2 BSeuchG.

Zu § 66

Zahlungsverpflichteter

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 59 BSeuchG.

Zu § 67

Pfändung

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 60 BSeuchG. Absatz 1 Satz 2 BSeuchG wurde nicht übernommen, da kein besonderer Grund dafür gegeben ist, Pfändungen bei Entschädigungen wegen gesetzlicher Tätigkeitsverbote unterschiedlich zu regeln. § 60 Abs. 1 Satz 3 wurde gestrichen, da die Entschädigung wirtschaftlich an die Stelle ansonsten pfändbarer Sachen getreten ist.

Zu § 68**Rechtsweg**

Die Vorschrift entspricht § 61 BSeuchG.

13. Abschnitt**Kosten****Zu § 69****Kosten****Zu Absatz 1**

In Nummer 1 ist die Kostenerstattung für die Meldung der Angaben aufgenommen worden.

Die Meldungen liegen im öffentlichen Interesse. Die Kostenregelung ist insbesondere deshalb gerechtfertigt, weil durch schnelle, detaillierte und aussagekräftige Meldungen die Behörden in die Lage versetzt werden, möglichst umgehend effektive Maßnahme gegen die Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten zu veranlassen, wodurch auch hohe Folgekosten vermieden werden können.

Diesem Umstand ist bereits durch § 26 des Geschlechtskrankheitengesetzes Rechnung getragen worden, indem dem Arzt für seine Nachforschungen nach der Ansteckungsquelle eine Gebühr aus öffentlichen Mitteln zuerkannt worden ist.

Im Übrigen entspricht § 69 dem § 62 BSeuchG mit den entsprechenden redaktionellen Anpassungen sowie der Berücksichtigung der Streichungen der Vorschriften § 47 Abs. 2 und 4 sowie § 48 BSeuchG.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht § 62 Abs. 2 BSeuchG.

14. Abschnitt**Sondervorschriften****Zu § 70****Aufgaben der Bundeswehr und des Gesundheitsamtes**

Der Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung wurde aufgenommen, damit alle Soldaten in die Vollzugskompetenz fallen. Im Übrigen entspricht die Vorschrift im wesentlichen dem Inhalt des § 78 BSeuchG mit den erforderlichen redaktionellen Anpassungen und der Festlegung der Meldepflicht für den Standortarzt.

Zu § 71**Aufgaben nach dem Seemannsgesetz**

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 79a BSeuchG mit den erforderlichen redaktionellen Anpassungen.

Zu § 72

Aufgaben des Eisenbahn-Bundesamtes

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 79 BSeuchG:

15. Abschnitt

Straf- und Bußgeldvorschriften

Zu § 73

Bußgeldvorschriften

Die Vorschrift übernimmt die auch in § 69 BSeuchG mit Bußgeld bewehrten Zuwiderhandlungen, die an die neue Rechtssystematik angepasst wurden. Die über § 69 BSeuchG hinaus in Absatz 1 genannten Zuwiderhandlungen bedürfen ebenfalls der Bußgeldbewehrung. Die Beträge werden nach Inkrafttreten der ersten Stufe der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion und feststehendem Umrechnungskurs in EURO festgesetzt und entsprechen im wesentlichen den bisherigen DM - Beträgen.

Zu § 74

Strafvorschriften

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 70 BSeuchG und ist an die neue Struktur des Meldesystems angepasst worden.

Zu § 75

Weitere Strafvorschriften

Absatz 1 entspricht im wesentlichen § 67 BSeuchG.

Absatz 2 entspricht inhaltlich den § 64 Abs. 2 und § 65 Abs. 1 BSeuchG.

Absatz 3 entspricht inhaltlich § 64 Abs. 1 BSeuchG.

Absatz 4 entspricht im wesentlichen § 64 Abs. 3 BSeuchG und wurde an den neuen Meldekatalog des § 7 angepasst.

Absatz 5 entspricht im wesentlichen § 64 Abs. 4 BSeuchG.

Zu § 76

Einziehung

Die Vorschrift entspricht § 71 BSeuchG.

16. Abschnitt

Übergangsvorschriften

Zu § 77

Die Vorschrift regelt die erforderlichen Übergangsregelungen.

Zu Artikel 2

Änderung anderer Rechtsvorschriften

Die Vorschrift führt im wesentlichen die Gesetze und Verordnungen auf, die BSeuchG bzw. Geschlechtskrankheitengesetz zitieren und daher redaktionell anzupassen sind.

§ 39 ändert das Düngemittelrecht. Das Düngemittelgesetz und die auf seiner Grundlage erlassenen Verordnungen begegnen zwar hinreichend der Gefährdung der menschlichen Gesundheit durch Krankheitserreger beim gewerbsmäßigen Inverkehrbringen von Stoffen, die dem Düngemittelrecht unterliegen. Von dieser Schutzwirkung werden die Stoffe allerdings insoweit nicht erfasst, als sie zur Anwendung kommen, ohne zuvor gewerbsmäßig in den Verkehr gebracht worden zu sein, etwa bei der Anwendung von Wirtschaftsdüngern im eigenen Betrieb. Da aber auch hierbei die Gefahr einer Übertragung von Krankheitserregern nicht ausgeschlossen werden kann, ist es erforderlich, durch entsprechende Ergänzung der Ermächtigungsvorschrift des § 5 Düngemittelgesetz die Möglichkeit zu schaffen, dieser Gefahr zu begegnen.

Zu Artikel 3

Neubekanntmachung des Düngemittelgesetzes

Artikel 3 enthält die Ermächtigung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten zur Bekanntmachung des Wortlautes des Düngemittelgesetzes in der vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt.

Zu Artikel 4

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Artikel 4 enthält die übliche Entsteinerungsklausel. Um die durch dieses Gesetz geänderten Verordnungen in Zukunft nicht erneut durch Gesetz ändern zu müssen, bedarf es dieser Vorschrift.

Zu Artikel 5

Inkrafttreten

Die Vorschrift regelt den Zeitpunkt des Inkrafttretens und des Außerkrafttretens bisheriger seuchenrechtlicher Bestimmungen.