

Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, Juli 2017

Am 25.07.2017 ist das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten in Kraft getreten. Dieses Gesetz umfasst die umfangreichste Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) seit dessen Einführung im Jahr 2001. Ziel des Gesetzes ist die Modernisierung des bestehenden Meldesystems. Die zentrale Regelung in § 14 schafft die Basis für das zukünftige elektronische Melde- und Informationssystem, das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS), das bis Ende 2020 implementiert werden soll und das in der Ausgabe 30/2017 des *Epidemiologischen Bulletins* vorgestellt worden ist. Gleichzeitig wurden mit dem Gesetz weitere umfangreiche Anpassungen des IfSG vorgenommen, die auch schon vor Einführung von DEMIS das bestehende Meldesystem für Infektionskrankheiten verbessern.

In Vorbereitung auf die Gesetzesänderung wurden die Erfahrungen der Gesundheitsämter, Landesbehörden und des RKI bei der Umsetzung des IfSG sowie Ergebnisse von Evaluationen des bestehenden Meldesystems gesammelt, Änderungsbedarfe identifiziert und gezielt adressiert. So konnten Unklarheiten im bisherigen Gesetzestext beseitigt werden. Zusätzlich erforderten die Veränderung der epidemiologischen Situation, z. B. im Auftreten von nosokomialen Infektionen, und die Weiterentwicklung von Methoden für die infektionsepidemiologische Überwachung, z. B. molekulare Surveillance, weitere Anpassungen. Da die Änderungen sehr umfangreich sind, wird im Folgenden nur eine Auswahl der wichtigsten Änderungen dargestellt.

Verbesserungen für die Arbeit in den Gesundheitsämtern

Nach Eingang einer Meldung ist es oft erforderlich, dass in den Gesundheitsämtern weitere Informationen zu dem Ereignis ermittelt werden, wenn z. B. die Angaben bei der Meldung unvollständig waren oder der Melder nicht über alle nötigen Informationen verfügt. In der Regel werden diese Informationen bei der betroffenen Person nachgefragt. In einigen Fällen, z. B. wenn die betroffene Person schwer erkrankt ist oder nicht über das medizinische Fachwissen verfügt, kann es jedoch notwendig sein, auch dritte Personen, insbesondere den behandelnden Arzt, zu befragen. Die Auskunftspflicht für den Arzt wird nun in § 25 Abs. 2 IfSG geregelt, wodurch die ärztliche Schweigepflicht für diesen Zweck aufgehoben wird. Außerdem wird in § 9 Abs. 2 IfSG geregelt, dass der Einsender, z. B. der Arzt, der den Erregernachweis in Auftrag gegeben hat, den Melder, z. B. das Labor, das den meldepflichtigen Erreger nachgewiesen hat, bei der Erhebung der Angaben für die Meldung unterstützen soll.

Die für die Ermittlungstätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) notwendigen Kontaktdaten von Mel-

dern, z. B. Arztpraxen, oder betroffenen Personen sollen neben der Anschrift nun auch die Telefonnummer oder ggf. die E-Mail-Adresse umfassen. So soll ermöglicht werden, dass alle Beteiligten schneller erreicht werden und mögliche Infektionsschutzmaßnahmen frühzeitig erfolgen können.

Ebenso wird die Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern und insbesondere die gemeinsame Bearbeitung bzw. die Übergabe von Fallinformationen schon vor Einführung von DEMIS gestärkt. Liegt z. B. ein Patient im Landkreis X im Krankenhaus, wohnt jedoch im Landkreis Y, so können beide beteiligten Gesundheitsämter entsprechend ihrer jeweiligen Zuständigkeiten z. B. im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung der Einrichtung oder z. B. im Rahmen einer Kontaktpersonennachverfolgung am Wohnort den Fall bearbeiten und die jeweils notwendigen Maßnahmen ergreifen (§ 9 Abs. 5 IfSG).

Gleichzeitig trägt die Gesetzesänderung zu einer Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit im Infektionsschutz bei. So werden in § 27 IfSG die Regelungen zum Austausch von Informationen mit anderen Behörden, die bei der Bearbeitung von Infektionsgeschehen informiert und ggf. beteiligt werden sollten, ausgebaut. Reziproke Regelungen wurden durch zeitgleiche Änderungen des Tiergesundheitgesetzes und des Chemikaliengesetzes für die anderen Behörden eingeführt.

Erweiterte Melde- und Benachrichtigungspflichten

Die Meldepflicht für Nachweise von Hepatitis-B-Virus, Hepatitis-C-Virus und Hepatitis-D-Virus wurde auf alle Nachweise unabhängig vom klinischen Bild (symptomatisch oder asymptomatisch) und Stadium (akut oder chronisch) ausgedehnt. Dadurch sollen die epidemiologische Situation vollständiger erfasst, Infektionsschutzmaßnahmen frühzeitig durchgeführt und Präventionsmaßnahmen besser geplant werden können.

Die Meldepflicht für den Nachweis von *Corynebacterium diphtheriae* (Toxin bildend) und von *Yersinia enterocolitica* (darmpathogen) wurde auf die Nachweise anderer Spezies von Toxin bildenden Corynebakterien und darmpathogenen Yersinien ausgedehnt. Zudem sind nun alle Norovirus-Nachweise unabhängig vom Untersuchungsmaterial meldepflichtig, soweit sie auf eine akute Infektion hinweisen.

Nicht mehr nur Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden (vgl. § 33 IfSG), sondern auch Leiter von Pflegeeinrichtungen für ältere, behinderte oder pflegebedürftige Menschen, von Obdachlosenunterkünften, von Asylunterkünften und sonstigen Massenunterkünften

sowie von Justizvollzugsanstalten sind verpflichtet, das Gesundheitsamt über Skabies-Erkrankungen bzw. deren Verdacht zu benachrichtigen (§ 36 Abs. 3a IfSG). Da die betreuten Personen über längere Zeit in diesen Einrichtungen zusammenleben, betreut oder medizinisch versorgt werden, und in diesen Einrichtungen ein enger Haut-zu-Haut-Kontakt üblich ist, treten dort bevorzugt Ausbrüche auf, die durch frühzeitige Infektionsschutzmaßnahmen verhindert werden sollen.

Als Melde- und Übermittlungsinhalte (§ 9 und § 11 IfSG) werden nun explizit weitere Angaben aufgeführt, die für die epidemiologische Bewertung der aufgetretenen Infektionskrankheiten von entscheidender Bedeutung sind. Dies betrifft u. a. den Impfstatus, Angaben zur intensivmedizinischen Behandlung sowie Angaben zum Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und Jahr der Einreise bei Tuberkulose, Hepatitis B und C.

Bessere Erfassung von Krankenhausinfektionen

Durch verschiedene Änderungen des IfSG soll auch die Erfassung und das Management von nosokomialen Infektionen und Kolonisationen sowie von Ausbruchsgeschehen verbessert werden. In § 6 Abs. 3 IfSG wird nun definiert was unter dem gehäuftem Auftreten von nosokomialen Infektionen zu verstehen ist, nämlich das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Die Meldung erfolgt weiterhin nichtnamentlich, aber in § 10 Abs. 1 IfSG wird klargestellt, dass die Meldung einzelfallbasierte Informationen und auch Angaben zu den zum Ausbruchsgeschehen dazugehörigen Kolonisationen beinhalten soll. Im § 7 Abs. 2 IfSG wird außerdem klargestellt, dass die Regelung auch den Nachweis von Kolonisationen umfasst, wenn unter Berücksichtigung der Art der Krankheitserreger und der Häufigkeit ihres Nachweises Hinweise auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit bestehen. Zudem soll gemäß § 9 Abs. 4 IfSG bei allen Meldungen von meldepflichtigen Krankheiten, bei denen sich die betroffene Person in einem Krankenhaus oder anderen Einrichtung aufhält, die der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt unterliegt, die Meldung an das Gesundheitsamt erfolgen, in dem sich die Einrichtung befindet. Dadurch soll gewährleistet werden, dass das Gesundheitsamt in seinem Zuständigkeitsbereich die notwendigen Infektionsschutz- und Hygienemaßnahmen in der Einrichtung treffen kann.

Molekulare Surveillance

In § 13 Abs. 3 IfSG wurde die Möglichkeit geschaffen, per Rechtsverordnung festzulegen, dass Labore verpflichtet werden können, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Erregerisolate zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern.

Zudem wird in den §§ 9–11 IfSG explizit aufgeführt, dass auch Typisierungsergebnisse melde- und übermittlungspflichtig sind. Dies soll spätestens mit der Implementierung von DEMIS zu einer besseren Erfassung in den Meldedaten und Auswertung von bundesweiten molekularen Daten führen.

Änderungen für das RKI

Die internationalen Aufgaben und Berichtspflichten des RKI wurden angepasst. In § 4 IfSG wird die Internationalisierung des RKI im Bereich Gesundheitsschutz gesetzlich verankert. Die Zusammenarbeit kann sowohl die dauerhafte wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Einrichtungen in Partnerstaaten als auch die Ausbildung von Personal sowie die Unterstützung im Bereich der epidemiologischen Lage- und Risikobewertung und des Krisenmanagements umfassen. Explizit wird festgelegt, dass Personal des RKI im Ausland eingesetzt werden darf.

Zur Umsetzung des EU-Beschlusses Nr. 1082/2013/EU zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren wird in § 12 Abs. 2 IfSG das RKI im Bereich der Gefahren biologischen oder unbekanntem Ursprungs als zuständige nationale Behörde im Sinne der Artikel 6 (Epidemiologische Überwachung) und 8–10 (Frühwarn- und Reaktionssystem, Warnmeldungen, Gesundheitsrisikobewertung) des Beschlusses benannt.

Umsetzung der Gesetzesänderung

Das RKI wird in den nächsten Wochen die von ihm zur Verfügung gestellten Dokumente, z. B. Muster-Melde- und -Belehrungsbögen und die Falldefinitionen, aktualisieren und auf den RKI-Internetseiten zur Verfügung stellen. Die Umsetzung in der Erfassungs- und Übermittlungssoftware soll im Herbst 2017 erfolgen.

Link zum Bundesgesetzblatt: www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2615.pdf

- Michaela Diercke
Robert Koch-Institut | Abt. 3 Infektionsepidemiologie |
FG 32 – Surveillance
Korrespondenz: DierckeM@rki.de
- Vorgeschlagene Zitierweise:
Diercke M: Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, Juli 2017
Epid Bull 2017;31:309–310 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-041