



Wortprotokoll der 106. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 15. Februar 2017,
14.00 Uhr bis 15.00 Uhr
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 4

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
epidemiologischen Überwachung übertragbarer
Krankheiten**

BT-Drucksache 18/10938

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung -
Stellungnahme des Bundesrates sowie
Gegenäußerung Bundesregierung

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Henrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 15. Februar 2017, 14:00 Uhr

CDU/CSU

Ordentliche Mitglieder

Bertram, Ute

Hajek, Rainer

Henke, Rudolf

Henrich, Michael

Hüppe, Hubert

Irlstorfer, Erich

Kippels Dr., Georg

Kühne Dr., Roy

Leikert Dr., Katja

Maag, Karin

Meier, Reiner

Michalk, Maria

Monstadt, Dietrich

Riebsamen, Lothar

Rüddel, Erwin

Sorge, Tino

Stritzl, Thomas

Zeulner, Emmi

Unterschrift

Bertram

Hajek

Henke

Henrich

Hüppe

Irlstorfer

Kippels

Kühne

Leikert

Maag

Meier

Michalk

Monstadt

Riebsamen

Rüddel

Sorge

Stritzl

Zeulner

SPD

Ordentliche Mitglieder

Baehrens, Heike

Bas, Bärbel

Dittmar, Sabine

Franke Dr., Edgar

Heidenblut, Dirk

Kermer, Marina

Kühn-Mengel, Helga

Mattheis, Hilde

Müller, Bettina

Rawert, Mechthild

Stamm-Fibich, Martina

Unterschrift

Baehrens

[Handwritten signature]

Baehrens

G. Stamm-Fibich

Stellvertretende Mitglieder

Bahr, Ulrike

Blienert, Burkhard

Freese, Ulrich

Henn, Heidtrud

Katzmarek, Gabriele

Lauterbach Dr., Karl

Unterschrift

18. Wahlperiode

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
Mittwoch, 15. Februar 2017, 14:00 Uhr

SPD

Stellvertretende Mitglieder

- Tack, Kerstin
- Thissen Dr., Karin
- Westphal, Bernd
- Ziegler, Dagmar

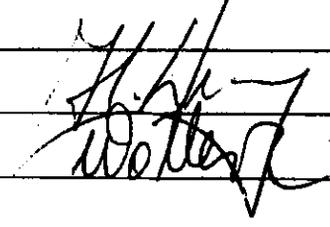
Unterschrift

DIE LINKE.

Ordentliche Mitglieder

- Vogler, Kathrin
- Weinberg, Harald
- Wöllert, Birgit
- Zimmermann, Pia

Unterschrift



Stellvertretende Mitglieder

- Höger, Inge
- Lutze, Thomas
- Tempel, Frank
- Zimmermann (Zwickau), Sabine

Unterschrift

BÜ90/GR

Stellvertretende Mitglieder

Klein-Schmeink, Maria

Scharfenberg, Elisabeth

Schulz-Asche, Kordula

Terpe Dr., Harald

Unterschrift

_____ *K. Schulz-Asche*

_____ *HT*

Stellvertretende Mitglieder

Kurth, Markus

Pothmer, Brigitte

Rüffer, Corinna

Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang

Unterschrift



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

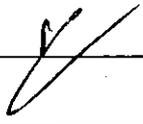
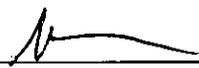
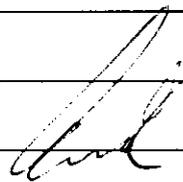
Mittwoch, 15. Februar 2017, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Andreas Volpert	CDU/CSU	
Roman Pfeifer	SPD	
Nimbs	SPD	
Dr. Michael Neumann	CDU/CSU	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
Baden-Württemberg			
Bayern	PELTER		RL
Berlin			
Brandenburg			
Bremen	GUSSMANN		CD/18
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen	Jancke		RD'in
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Unterschriftenliste

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

BT-Drucksache 18/10938

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten -18/10938-

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 18/...

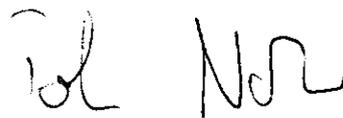
geladene Verbände

Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V. (BDL)



Dr. Matthias Orth

Bundesärztekammer (BÄK)



Tobias Nowoczyn

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)

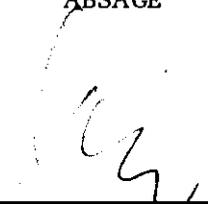


Dr. Bernhard Bornhofen

Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V.

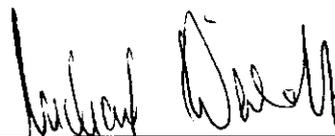
ABSAGE

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Jörg Freese

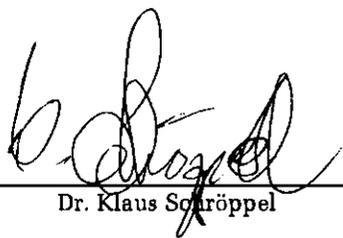
Deutsche Gesellschaft für das Badewesen e. V.



Michael Weilandt

Ausschuss für Gesundheit

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
(DGHM)



Dr. Klaus Schröppel

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)

ABSAGE

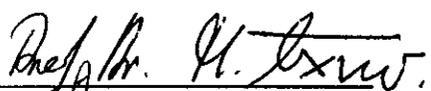
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

ABSAGE

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
e. V. (DGKJ)

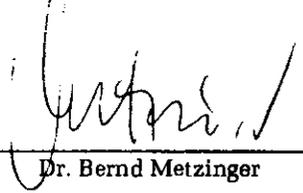
ABSAGE

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V.
(DGKH)



~~Dr. Klaus-Dieter Zastrow~~

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)



Dr. Bernd Metzinger

Forschungsgesellschaft Landschaftsentwicklung
Landschaftsbau e. V. (FLL)

ABSAGE

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Dr. Dieter Auch

geladene Einzelsachverständige

Dr. Anne Bunte

A. Bunte

Dipl.-Med. Gudrun Widders

G. Widders



Beginn der Sitzung: 14.03 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich darf Sie heute Nachmittag zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit herzlich begrüßen. Zu meiner Rechten begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Widmann-Mauz, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. In dieser öffentlichen Anhörung, meine sehr verehrten Damen und Herren, beschäftigen wir uns mit einem Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten auf Drucksache 18/10938. Die dazu gehörende Stellungnahme des Bundesrates und die Gegenäußerung der Bundesregierung liegen uns noch nicht vor und sind damit auch nicht Gegenstand der Anhörung. Meine sehr verehrten Damen und Herren, lassen Sie mich kurz einige Worte zum Gesetzentwurf sagen. Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Deutschland soll mit diesem Entwurf weiter verbessert werden. Zu diesem Zweck wird ein elektronisches Melde- und Informationssystem geschaffen, das als Unterstützung für die behördlichen Aufgaben zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten fungieren soll. Mit dem Gesetzentwurf wird auch, und das ist von besonderer Bedeutung, eine datenschutzkonforme Rechtsgrundlage geschaffen. Ziel ist es, die Effizienz bei der Prävention und vor allen Dingen bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Deutschland zu steigern. Im Zuge der Beteiligung Deutschlands an der globalen Strategie der Weltgesundheitsorganisation zur vollständigen Ausrottung der Polyviren werden zusätzliche Rechtsgrundlagen dringend benötigt, damit wir in diesem Bereich wesentlich mehr als bisher tun können. Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte an dieser Stelle einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren machen. Uns stehen insgesamt 60 Minuten an Fragezeit zur Verfügung. Diese wird auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke aufgeteilt. Dabei haben CDU/CSU vier Minuten und die SPD zwei Minuten ihrer Fragezeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Daraus ergeben sich folgende Fragezeiten: CDU/CSU 26 Minuten, SPD 16 Minuten und jeweils 9 Minuten für die beiden Oppositionsfraktionen. Ich darf die Fragesteller und die

Sachverständigen abschließend bitten, die Fragen beziehungsweise Antworten möglichst kurz zu halten. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen, da wir alles protokollieren, die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Des Weiteren bitte ich Sie, die Mobiltelefone auszuschalten. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung nicht nur digital aufgezeichnet wird, sondern dass wir momentan live im Parlamentsfernsehen zu sehen sind. Das Video der Anhörung kann in der Mediathek abgerufen werden und das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Wir beginnen mit der CDU/CSU-Fraktion und die erste Fragestellerin ist die Sprecherin Maria Michalk.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Wir haben eine erste Frage an unsere Einzelsachverständige, Frau Dr. Bunte. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit der Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten? Welche Vorteile können sich daraus ergeben beziehungsweise welcher Nutzen ist zu erwarten?

ESVe **Dr. Anne Bunte**: Auf der einen Seite begrüße ich es sehr, dass wir Meldungen endlich elektronisch übermitteln können. Wir arbeiten sehr antiquiert, das heißt, die Meldungen kommen in die Gesundheitsämter. Das Gesundheitsamt Köln ist nicht klein, es dürfte neben München das größte deutsche Gesundheitsamt mit circa 4 000 Fällen, die im Jahr als echte Fälle weitergemeldet werden, sein. Es verfügt also über eine gewisse Erfahrung. Deshalb ist eine elektronische Verarbeitung, vor allem bei der großen Zahl von Labormeldungen, wirklich sinnvoll. Ein kleiner Hinweis: Am letzten Wochenende hatten wir – wir verfolgen die Eingänge auch über das Wochenende, da wir innerhalb von 24 Stunden weitermelden müssen – allein 75 Meldungen von Influenza, weshalb ich die elektronische Verarbeitung begrüße. Mein Einwand ist: Bei dem Programm, um das es geht und das im Gesetz dargestellt wird, sind die Gesundheitsämter, zumindest die, die ich kenne, und Köln komplett außen vor. Wir wissen nicht, was auf uns zukommt. Wir begrüßen eine gute elektronische Anbindung mit Schnittstellen. Bei den Arztpraxen wird es, weil diese wenige Meldungen haben, über ein anderes Verfahren laufen müssen. Wenn man sich auf elektronischem Wege verständigt, sucht



man nicht mehr den direkten Kontakt. Ich schätze es als Gesundheitsamt aber sehr, wenn mich am Wochenende die Notfallpraxis anruft, um mir mitzuteilen, dass ein Flüchtlingskind aus einer der Turnhallen, die wir leider noch haben, Windpocken hat, weil ich dann entsprechend schnell reagieren kann. Geht die Meldung in einen großen Pool und ich muss nachsehen, ob eine solche Meldung vorliegt, weiß ich nicht, ob ich so schnell wie im Moment reagieren und damit verhindern kann, dass andere Menschen gefährdet werden. Es ist nicht unsere Aufgabe Daten zu sammeln, sondern Daten zu bewerten und die bewerteten Daten weiterzuleiten.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Frau Dr. Bunte, ich würde gerne von Ihnen wissen, welche Auswirkungen Sie von den geplanten Regelungen auf die Gesundheitsdienste vor Ort erwarten.

ESVe **Dr. Anne Bunte**: Auf jeden Fall wird der Informationstransfer noch schneller und effizienter. Das muss man ganz klar sagen. Zurzeit müssen wir alles per Hand eingeben und aufarbeiten. Hier kann es Erleichterungen geben, was sicherlich sehr positiv sein wird. Wir können die elektronische Datenverarbeitung künftig deutlich erleichtern, aber wir benötigen verbindliche Schnittstellen. Wir brauchen keinen Pool, aus dem man sich bedienen muss. Das ist bei der Labormeldung etwas anderes. Ich will hierzu ein Beispiel nennen. Aktuell haben wir von erfahrenen Fachärzten sehr viele Windpocken-Meldungen erhalten. Bei unserer Recherche haben wir festgestellt, dass es sich nicht um Windpocken, sondern um Enteroviren handelte. Diese sind anders zu bewerten und haben andere Konsequenzen. Man darf in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht außer Acht lassen, dass es nicht nur darum geht, Daten zu generieren, sondern dass es auch unsere Aufgabe ist, Menschen mit Erkrankungen zu beraten.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer und den Berufsverband Deutscher Laborärzte. Diejenigen, die das neue Melde- und Informationssystem anwenden, sollen mindestens eine kostenlose Softwarelösung sowie eine kostenlose Internetplattform erhalten. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV **Tobias Nowoczyn** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer begrüßt diese Lösung. Sie entspricht einer unserer Forderungen. Wir weisen aber darauf hin, dass die Folge- und Wartungskosten nicht den Meldeverpflichteten auferlegt werden dürfen. Die Erfahrungen unseres Dezernats für Telematik zeigen, dass eine Web-Lösung durchaus den gleichen Aufwand bedeuten kann wie jetzt auch. Wenn es eine Softwarelösung gibt und wenn der Gesetzgeber eine bestimmte Software empfiehlt, kann das zu deutlich höheren Kosten führen. Es ist uns wichtig, dass diese Alternative weiterhin bestehen bleibt und dass die Kosten nicht auf die Meldeverpflichteten übertragen werden.

SV **Dr. Matthias Orth** (Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V. (BDL)): Wir sind diejenigen, die die meisten Meldungen absetzen und zukünftig noch mehr Meldungen haben werden, zum Beispiel die Massen an Hepatitiden. Eine Internetlösung lehnen wir ab, weil sie eine massive Verschlechterung gegenüber dem derzeitigen Status darstellt. Heute steuern wir diese Meldung mit bestimmten Algorithmen mehr oder weniger automatisch aus und übermitteln sie dann mit der Steinzeitmethode Faxgerät zum Gesundheitsamt, wo das Ganze erneut eingegeben werden muss. Wenn wir das alles in die kostenlose Software eingeben müssten, würde das für jedes Labor einen täglichen Mehraufwand von mehreren Stunden bedeuten. Deshalb fordern wir eine automatisierte Meldung über eine gesetzlich vorgeschriebene und standardisierte Schnittstelle, über die wir die Daten sicher ausgeben und die Gesundheitsämter die Daten sicher empfangen können. Wir halten nichts von einer Softwarelösung, die über das Internet funktioniert, weil dies für uns praktisch nicht umsetzbar ist.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und an die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Durch das Gesetz sollen die Voraussetzungen für die Früherkennung und die Überwachung von Infektionserregern verbessert werden. Welche Fortschritte erwarten Sie hierdurch bei der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten?

SV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Mit diesem elektronischen



Meldesystem setzt sich Deutschland in Europa ab. Das ist eigentlich eine schöne Sache. Die Meldungen kommen derzeit per Fax, was sehr schnell geht. Ich glaube nicht, dass wir durch das elektronische Meldesystem sehr viel schneller werden. Es wird aber ein sicheres System. Allerdings ist dieses System natürlich anfälliger gegenüber Angriffen als das Faxsystem.

SV Prof. Dr. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH)): Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene begrüßt grundsätzlich die Intension, sagt aber, dass eine gute Diagnostik grundlegend ist. Ich möchte als Beispiel die Legionellen nennen. Wir wissen, dass derzeit nur zwei Prozent der auftretenden Legionellen-Erkrankungen gemeldet werden, weil letzten Endes die Diagnostik beziehungsweise die Untersuchung auf Legionellen nicht durchgeführt wird. Darauf wollen wir grundsätzlich hinweisen. Wir begrüßen den Hinweis auf die namentliche Meldepflicht von nosokomialen Infektionen. Es muss aber im Krankenhaus entsprechend geprüft werden, am besten durch den Krankenhaushygieniker, ob tatsächlich ein epidemischer Zusammenhang vorhanden ist. Es sind weitergehende Anforderungen bis hin zur Typisierung formuliert. Auch die Typisierung muss weiter präzisiert werden, weil sie teilweise sehr kostenintensiv ist. Hier kommt es letzten Endes auf die Verfahren an. Wir haben derzeit das Problem, dass es bei Typisierungen zum Beispiel durch das nationale Referenzzentrum bis zu sechs Wochen, häufig auch bis zu drei Monaten dauert, bis ein Ergebnis vorliegt. Hier wird eine Verbesserung benötigt, damit wir wirklich prüfen können, ob Hinweise auf einen epidemischen Zusammenhang vorhanden sind. Das heißt, speziell bei den nosokomialen Infektionen wäre es wichtig, die Kriterien dafür zusammen zu führen, ab wann wir von einem epidemischen Zusammenhang sprechen können.

Abg. Ute Bertram (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. Personen, die in einer Gemeinschaftsunterkunft aufgenommen werden, sollen zu einer ärztlichen Untersuchung auf Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose verpflichtet werden. Ist diese Regelung aus Ihrer Sicht sinnvoll und angemessen?

SV Tobias Nowoczyn (Bundesärztekammer (BÄK)): Aus Sicht der Bundesärztekammer ist das sinnvoll und angemessen. Es gibt diese Verpflichtung bereits für die Gruppe der Geflüchteten. Gerade bei diesem Personenkreis ist die Ansteckungsgefahr relativ hoch. Das Ansteckungsrisiko rechtfertigt diese Maßnahme.

Abg. Rainer Hajek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Um Interpretationsspielräume zu vermeiden, müssen Einrichtungen künftig bereits Ausbrüche von zwei nosokomialen Infektionen melden. Kann die Ausdehnung der Meldepflicht die Bekämpfung dieser Infektionen beschleunigen?

SV Prof. Dr. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH)): Das kann ich derzeit nicht absehen. Es gibt mittlerweile Anforderungen an die krankenhaushygienische Infrastruktur in den Häusern. Das Management von solchen Ausbrüchen liegt zunächst beim Krankenhaushygieniker, der das Geschehen entsprechend prüfen muss. Wichtig ist, dass die Gesundheitsämter einbezogen werden, wenn es zu einer Häufung kommt. Das Gesundheitsamt hat aus unserer Sicht in erster Linie zu prüfen, ob das Haus in der Lage ist, die Infektion zu bewältigen oder ob es ertüchtigt werden muss. Es ist zu prüfen, ob es, wie wir das seinerzeit in Leipzig erlebt haben, auch zu einem sich ausbreitenden Klebsiellen-Ausbruch kommt und ob weitere Maßnahmen erforderlich sind. Das Gesundheitsamt hat an dieser Stelle eine ganz wichtige Funktion. Auf der anderen Seite muss das Gesundheitsamt prüfen, ob eine entsprechende, auch krankenhaushygienische Infrastruktur vorhanden ist, so dass das Krankenhaus mit seinen verfügbaren Mitteln, dazu zählt das krankenhaushygienische Management, in der Lage ist, den Ausbruch gut zu managen.

Ich weise noch einmal darauf hin, dass der Teufel im Detail steckt. Wenn auf zwei verschiedenen Stationen ein MRSA-Fall auftritt, dann bedeutet dies noch lange nicht, dass es ein Ausbruch ist. Die Daten müssen zusammengeführt, geprüft und gegebenenfalls auch gemeldet werden.

Abg. Erwin Rüdell (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Künftig müssen Krankheiten, die



durch neu aufgetretene Erreger verursacht werden und eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung darstellen, gemeldet werden. Wie bewerten Sie diese erweiterten Meldetatbestände?

SV Dr. Klaus Schröppel (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V. (DGHM)): Grundsätzlich ist es wichtig, dass neue Krankheitserreger, wenn sie festgestellt werden, einer besonderen Aufmerksamkeit unterliegen. Die Feststellung, ob damit eine besondere Gefährdung der Allgemeinbevölkerung verbunden ist, ist sicherlich eine zentrale Aufgabe. Das wird der einzelne Meldende beim ersten und zweiten Fall vielleicht nicht selbst erkennen können. Hier wäre eine Unterstützung durch zentrale Landesbehörden oder durch das Robert-Koch-Institut (RKI) zwingend notwendig. Prinzipiell ist das eine sehr gute Vorgehensweise.

Abg. Reiner Meier (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer und an die Einzelsachverständige Frau Dr. Bunte. Wie bewerten Sie die für die Leitungen von Einrichtungen der Altenpflege, aber auch von Gemeinschaftsunterkünften zum Beispiel für Obdachlose vorgesehene Pflicht, das Auftreten von Skabies, im Volksmund Krätze, zu melden?

SV Tobias Nowoczyn (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich würde gerne differenzieren. Es geht um eine hochkontagiose Erkrankung. Aus Sicht der Bundesärztekammer besteht aber in der Altenpflege ein relativ geringes Risiko, dass es zu einer Infektion und zu einer Verbreitung kommt. Hier würden wir eher von einer Meldepflicht abraten. In Gemeinschaftseinrichtungen und gerade beim Personenkreis von Wohnungslosen ist aus unserer Sicht die Meldepflicht angemessen. Sie könnte dazu führen, dass wohnungslose Menschen behandelt werden. Hier würden wir die Meldepflicht empfehlen, für den Bereich der Altenpflege oder Altenhilfe würden wir sie nicht empfehlen.

ESVe Dr. Anne Bunte: An dieser Stelle kann ich mit Daten dagegen argumentieren. Ich finde die Meldepflicht absolut richtig, damit rechtzeitig beraten werden kann. Skabies ist gerade in der Altenpflege ein Thema, weil die Krankheit schwer zu erkennen ist. Das muss man ganz klar sagen. Das gilt überall da, wo Menschen in der Gemeinschaft sind. Ich erinnere daran, dass Ende letzten Jahres im

Aachener Raum in der Presse diskutiert wurde, dass es deutlich mehr Skabies-Fälle gebe. Es ist wichtig, nicht nur die Daten zu melden und zu sammeln, sondern vor allem zu beraten, damit die richtigen Therapien eingesetzt werden. Wir hatten bei der Versorgung der geflüchteten Menschen und in den Gemeinschaftsunterkünften, in denen das Risiko einer Weiterverbreitung gegeben ist – auch bei der Flucht gab es diese Probleme –, die Möglichkeit, nicht nur durch äußerlich anwendbare Mittel, sondern auch durch Medikamente zu behandeln. Allein die Tatsache, dass man das immer wieder bis hin zu den Praxen kommunizieren muss, beschäftigt uns sehr. Deshalb sind wir sehr froh, wenn wir frühzeitig einbezogen werden. Wichtig ist vor allem, dass entsprechende Maßnahmen ergriffen werden können.

Abg. Dr. Katja Leikert (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband für den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Bundesärztekammer. Die Kitas haben künftig das Gesundheitsamt zu benachrichtigen, falls der Nachweis für eine ärztliche Impfberatung nicht erbracht wird. Wie beurteilen Sie diese Benachrichtigungspflicht und die Möglichkeit des Gesundheitsamtes, die Eltern zu einer Beratung zu laden?

SV Dr. Bernhard Bornhofen (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich habe bereits Erfahrungen damit gemacht. Ich habe es in Offenbach ausprobiert. Meine Erfahrungen sind folgende: Die wirklichen Impfgegner erreichen Sie durch eine Beratung nicht. Bei den anderen Fällen war es meistens so, dass sich herausgestellt hat, dass die fehlende Impfung ein Versehen oder ein Fehler war und die Kinder schon geimpft waren. Ich habe daher davon abgesehen, das weiter zu verfolgen. Hinzu kommt, dass man eigentlich eine Einzelberatung durchführen müsste. Wenn Sie 10 oder 20 Leute einladen und sich darunter einige Impfgegner befinden, bieten Sie diesen sogar ein Forum, um Dinge, die nicht in unserem Sinne sind, zu verbreiten. Das sehen wir als problematisch an. Das Wort „laden“ sorgt zudem dafür, dass die Leute uns nicht als Partner oder Berater sehen, sondern als Aufsichtsbehörde. Das geht in die falsche Richtung.



SV **Tobias Nowoczyn** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich würde in Nuancen anders antworten. Wir sehen, dass es eine Abwägungsfrage ist. Wir sehen aber auch, dass die Impfquote in der Bundesrepublik nach wie vor zu niedrig ist. Deshalb sollte man schon jede Maßnahme erwägen, um die Rate zu verbessern. Die Gesundheitsämter und die Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sind aus unserer Sicht sehr gut dafür geeignet, eine Beratung durchzuführen. Diese muss auf eine partnerschaftliche Art und Weise erfolgen. Es darf nicht von oben herab passieren. Grundsätzlich muss man sehr sensibel sein. Wir plädieren dafür, diese Maßnahme auszuprobieren. Uns ist aber ganz wichtig, dass die Gesundheitsämter auch entsprechend personell ausgestattet sind. Das ist im Moment noch nicht der Fall. Dieser Aspekt muss mit berücksichtigt werden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zu den Polioviren an den Bundesverband Deutscher Laborärzte. Die Besitzer von Polioviren sollen verpflichtet werden, den Besitz anzuzeigen und die Viren zu vernichten, sobald diese nicht mehr für bestimmte, anerkannte Verwendungszwecke benötigt werden. Wie bewerten Sie diese Regelung beziehungsweise haben Sie alternative Vorschläge?

SV **Dr. Matthias Orth** (Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V. (BDL)): Wir hatten uns zunächst nicht damit beschäftigt, aber das Thema ist wirklich schwierig. Einerseits ist es ganz wichtig, dass die Polioviren vernichtet werden. Andererseits, wenn wir bei einem Patienten den Verdacht auf eine Polioerkrankung haben, sagt der Gesetzentwurf, dass wir diesen Patienten nicht mehr medizinisch behandeln dürfen. Wenn ich einen Patienten auf irgendetwas anderes untersuche, deshalb eine Stuhlprobe mache und der Patient zufällig eine Polioinfektion hat, darf ich diesen Patienten nicht mehr diagnostizieren. Die derzeitige Formulierung würde den an Polio erkrankten Patienten diskriminieren. Grundsätzlich begrüßen wir das Ziel, dass Polioviren ausgerottet werden müssen uneingeschränkt. Das ist richtig formuliert. Dennoch muss der Text etwas umformuliert werden. Vielleicht könnte man den Begriff „diagnostische Proben“ einführen, das ist der Fachbegriff, und die Formulierung „dass der Besitz von diagnostischen Proben erlaubnisfrei ist“, verwenden.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Berufsverband für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Kann es mit Qualitätsanforderungen an die bauliche Gestaltung und die Art der Wasseraufbereitung bei Schwimm- und Badeteichen gelingen, Gesundheitsgefahren bei der Benutzung auszuschließen?

SV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Die klare Antwort ist: Nein. Sie können machen was Sie wollen, aber Sie können nicht alle Gesundheitsgefahren ausschließen. Man kann sie nur reduzieren. Wenn wir einheitliche Standards hätten, wäre das sicherlich von Vorteil.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Bunte. Halten Sie ein elektronisches Melde- und Informationssystem für übertragbare Krankheiten grundsätzlich für geeignet, um eine bessere und schnellere Auswertung der Daten vornehmen zu können?

ESVe **Dr. Anne Bunte**: Ich kenne das System nicht, daher kann ich keine valide Aussage dazu treffen. Wir hatten uns lediglich angeboten, an der Entwicklung mitzuarbeiten. Der Anbieter unserer Gesundheitsamt-Software hat mich im letzten Jahr daraufhin angesprochen, inwieweit wir einbezogen sind.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Halten Sie die vorgesehene Meldespezifizierung für geeignet, die Präventionsüberwachung und Eindämmung von Infektionskrankheiten zu verbessern?

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Landkreistag)): Das ist eine Frage, die viele der anwesenden Fachleute besser beurteilen können als ich. Von den strukturellen und nicht so sehr von den medizinischen Voraussetzungen her kann ich jedoch etwas zu den Meldespezifizierungen sagen. Ich denke schon, dass wir mit den Änderungen, die wir zum Teil selbst vorgeschlagen haben, Fortschritte erzielen werden, wenn wir dieses Gesetz so oder in ähnlicher Form umsetzen.



Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände. Den Ländern soll es künftig durch Landesgesetz ermöglicht werden, bei bestimmten Personengruppen Reihenuntersuchungen auf übertragene Krankheiten durchzuführen. Wie beurteilen Sie die Regelung unter dem Gesichtspunkt möglicher bundeseinheitlicher Verfahren innerhalb ihrer kommunalen Struktur?

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Landkreistag)): Ich denke, es ist richtig, eine Ermächtigungsgrundlage für die Länder zu schaffen, damit sie selbst entscheiden können und damit sie es in Abhängigkeit von den jeweiligen Strukturen und von der Form der Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst in den Kreisen und kreisfreien Städten organisatorisch und strukturell durchgeführt bekommen. Es ist sinnvoll, dass man diese Frage weitgehend bundeseinheitlich regelt. Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und der Gesundheitsministerkonferenz gibt es genug Möglichkeiten Regelungen zu vereinbaren, um zu einheitlichen Vorgehen zu kommen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene und die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kritisiert in ihrer Stellungnahme, dass künftig nicht nur Ausbrüche, sondern auch Kolonisationen von Menschen mit Krankheitserregern zu melden sind. Bitte erläutern Sie kurz Ihre Kritikpunkte und geben Sie als Krankenhaushygieniker und Mikrobiologen Ihre Bewertung zu der Kritik ab.

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Besiedlungen von Menschen sind eigentlich eine relativ normale Sache. Jeder von uns ist wahrscheinlich Träger von Keimen, die möglicherweise resistent gegen Antibiotika sind. Wenn also mehrere Patienten in einem Krankenhaus zum Beispiel eine MRSA-Infektion oder eine MRSA-Besiedlung haben und dies durch ein Screening herausgefunden wird, heißt das nicht unbedingt, dass es sich um denselben Keim handeln muss. Es können ganz verschiedene Keime sein. Das ist genau das Problem. Wir können erst

entscheiden, ob es derselbe Keim oder dieselbe Quelle ist, wenn wir die Genome typisiert haben. Das ist aufwendig und dauert relativ lange. Der Hinweis, hier handele es sich um einen Menschen, der mit einem bestimmten Keim besiedelt sei, hat eigentlich keinen Wert. Er hat weder für den öffentlichen Gesundheitsdienst noch für die Krankheitsbekämpfung einen Wert, weil dieser Mensch möglicherweise diesen Keim nur begleitend trägt. Insofern stehen Aufwand und Nutzen in keinem Verhältnis.

SV **Prof. Dr. Martin Exner** (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH)): Wir glauben auch, dass zumindest im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen eine nicht namentliche Meldung von Kolonisationen nur im Kontext einer geprüften Ausbruchssituation von Bedeutung ist, damit das Gesundheitsamt – an das muss gemeldet werden – prüfen kann, ob es tatsächlich zu einer größeren Ausbreitung gekommen ist. Es gilt aber das, was der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft gesagt hat. Es muss geprüft werden, ob es sich tatsächlich um den gleichen Erreger handelt. Das ist relativ komplex. Deshalb ist es notwendig, dass die Prüfung, ob es sich um einen Ausbruch handelt, von einem Fachmann im Krankenhaus, zum Beispiel vom Krankenhaushygieniker, durchgeführt werden muss, damit das Ergebnis auch an das Gesundheitsamt weitergegeben werden kann. Ursprünglich war sogar die namentliche Meldung vorgesehen. Davon haben wir grundsätzlich abgeraten, weil damit im Krankenhaus eine nicht unerhebliche Stigmatisierung verbunden ist, obwohl es nur darum geht, festzustellen, ob in diesem Krankenhaus eine Häufung existiert, die mit allem Nachdruck unter Kontrolle gebracht werden muss. Mit diesem Regelungsumfang wurde eine gute Lösung gefunden.

SV **Dr. Klaus Schröppel** (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)): Die DGHM begrüßt die Änderungen, die die Kolonisation und die nichtnamentliche Meldung betreffen. Wir halten es dann für sinnvoll, wenn im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens durch eine fachliche Stelle in der Klinik oder in der meldenden Stelle überprüft worden ist, ob es sich tatsächlich um einen meldepflichtigen Ausbruch handelt. Üblicherweise wird in einer Klinik im Umfeld der betroffenen Patien-



ten nach weiteren Patienten gesucht, die eine Kolonisation mit dem betreffenden Stamm der verursachenden Bakterienspezies zeigen. Insofern würde die Meldepflicht ergänzend wirken. Sie würde in den entsprechenden Kliniken wahrscheinlich nur zu einem geringen zusätzlichen Aufwand führen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich noch einmal an die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Ich möchte Sie fragen, ob Sie zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen und Antibiotikaresistenzen weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf sehen und wenn ja, welchen?

SV **Dr. Klaus Schröppel** (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM)): Der Fokus, auch der Gesetzgebung, liegt häufig auf multi-resistenten Erregern. Man sollte dabei aber nicht vergessen, dass nur etwa fünf bis maximal zehn Prozent der Krankenhausinfektionen durch diese Erreger verursacht werden. Das heißt, wenn hier eine wesentliche Verbesserung erzielt werden soll, müsste der Gesetzgeber den Fokus stärker auf empfindliche, also auf Allerweltserreger setzen. Das bedeutet zum Beispiel, dass die Möglichkeiten zu Typisierungen oder das Angebot an speziellen mikrobiologischen Verfahren verbessert werden müsste. Das geht über die einfache patientenbezogene, mikrobiologische Untersuchung hinaus. Man bräuchte epidemiologische Untersuchungen, die nicht fallbezogen sind und damit auch nicht mehr über die Krankenkassen und andere Finanzierungsmodelle abgedeckt werden könnten.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und an die KBV. Das neue elektronische Melde- und Informationssystem soll parallel zum bisherigen Meldeverfahren eingeführt werden und spätestens bis 2021 verbindlich gelten. Mit welchen Belastungen durch die Einführung und den Betrieb des Systems rechnen Sie und in welcher Größenordnung stehen diesen Belastungen Entlastungen gegenüber?

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Landkreistag)): Das wüsste ich auch gerne. Das ist schwer einzuschätzen. Bis Verfahrenseinsparungen erreicht werden, ist es ein weiter Weg. Bis dorthin wird es

erheblichen Mehraufwand bedeuten. Die Bezifferung ist uns bislang nicht gelungen. Dass wir unter dem Strich auch über längere Sicht Kosten einsparen, würde ich deutlich zurückweisen. Das sind Erfahrungen, die man mit der Einführung solcher Systeme gemacht hat. Am Ende treten immer wieder Kosten auf, an die man zu Anfang nicht gedacht hat und die letztlich Einsparungen verhindern. Perspektivisch wird es qualitative Verbesserungen geben, das ist gar keine Frage. Aber Einsparungen wird es nicht geben, da bin ich mir sicher.

SV **Dr. Dieter Auch** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir begrüßen die Digitalisierung des Gesundheitswesens und die elektronische Übermittlung dieser Datensätze. Wir sehen, wie alle Vorredner, die Belastung bei den Meldenden. Bei der Datenerfassung, die dann nicht mehr per Fax versandt wird, müssen die Einzeldaten eingegeben und die Schnittstellen bezahlt werden und so weiter. Auf der Seite der Meldenden sehen wir keine Entlastung. Den großen Vorteil sehen wir in der strukturierten Übermittlung der Daten, in der besseren Datenqualität, in der Strukturqualität, in der Nachvollziehbarkeit der Meldungen und gegebenenfalls der Korrekturmeldungen, die auch zu bedenken sind.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und an den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wie bewerten Sie die neue Meldekette hinsichtlich der Datensicherheit?

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Landkreistag)): Das kann ich Ihnen nicht beantworten. Da kommt es auf die Systematik an. Hier wurde bereits diskutiert, wie man das technisch am besten löst. Für uns steht fest, dass es geht und dass wir sichere Systeme verwenden. Das wiederum kostet Geld, wen auch immer. Die Datensicherheit muss aber letztlich gewährleistet sein.

SV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ausgehend von meinen Erfahrungen mit dem Robert-Koch-Institut (RKI) und der Meldekette bin ich sicher, dass sie sich ein sehr sicheres System anschaffen werden. Ich habe



keine Bedenken, was die Sicherheit betrifft.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Ich möchte wissen, ob Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, fortlaufend nosokomiale Infektionen und das Auftreten von speziellen Resistenzen und Multiresistenzen aufzeichnen, bewerten und erforderliche Präventionsmaßnahmen treffen sollen. Wie bewerten Sie diesen Regelungsvorschlag?

SV **Dr. Klaus Schröppel** (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)): Wir halten das für einen wichtigen Aspekt. Man wird in einer Einrichtung für Vorsorge und Rehabilitation nicht das gleiche Spektrum an Krankheitserregern erwarten und muss auch nicht die gleiche Dynamik von Ausbruchsgeschehen befürchten. Dennoch finden auch dort Ereignisse statt, die auf nosokomiale Infektionen hinauslaufen. Mit einem geeigneten, angepassten Surveillance-System, nichts anderes beschreibt § 23 Infektionsschutzgesetz, können auch in diesen Einrichtungen nützliche Daten ermittelt und für den Patienten die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden. Das muss fachlich begleitet werden. Das ist völlig richtig.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM). Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände kritisiert in ihrer Stellungnahme, dass die Liste der zu meldenden Infektionskrankheiten und Krankheitserreger nicht vollständig und besser außerhalb des Gesetzestextes zu regeln sei, um eine lückenlose Erfassung zu ermöglichen. Bitte erläutern Sie kurz die Kritik und Ihren Gegenvorschlag. Ich bitte auch die DGHM, dies zu bewerten.

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Landkreistag)): Die Grundidee ist, dass sich Dinge wandeln und gegebenenfalls dynamischer wandeln, als wir uns das vorstellen. Es hat sich in der Rechtsetzung bewährt, dass man bestimmte Dinge nicht im Gesetz, sondern flexibler und rechtsförmlich unterhalb des Gesetzes in einer Rechtsverordnung regelt, die man bei Bedarf schnell anpassen kann. Da es hier nicht

um politisch hochstrittige Themen geht, sondern um die Frage, ob man eine bestimmte Krankheit oder eine bestimmte Infektion aufnimmt oder nicht, halten wir es für sinnvoll, das aus dem Gesetz herauszunehmen und in eine Verordnung zu gießen. Das ist von unserer Seite ein Appell an die Praktikabilität.

SV **Dr. Klaus Schröppel** (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)): Dem würden wir uns anschließen. Beispielsweise wird im § 23 des Gesetzentwurfs nicht explizit ausgeführt, welche Erreger unter Surveillance stehen. Dafür gibt es entsprechende Veröffentlichungen im Bundesgesetzblatt. Das könnte man sich natürlich für §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz auch vorstellen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die nun vorgesehene Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems geht zurück auf die Erprobung eines deutschen elektronischen Meldesystems für Infektionsschutz. Die DKG hat das Projekt Deutsche Elektronische Meldesystem für den Infektionsschutz (DEMIS) begleitet. Wie bewerten Sie das nun einzuführende elektronische Melde- und Informationssystem vor dem Hintergrund der positiven Projektergebnisse?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben das DEMIS-Projekt in der Tat mitbegleitet. Dieses hatte zum Ziel, eine medienbruchfreie Meldung zu gewährleisten, um eine hohe Datenqualität sicher zu stellen, Meldezeiten zu verkürzen und Informationsverluste zu vermeiden. Das ist in dem Projekt ganz gut gelungen. Insofern halten wir es für grundsätzlich begründenswert, so etwas elektronisch einzuführen, immer vorausgesetzt, dass es sich eng am DEMIS-Projekt orientiert. Wir bewerten es also grundsätzlich positiv.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Bei der Erstaufnahme eines Kindes in die Kindertageseinrichtungen haben die Personenberechtigten gegenüber der Einrichtung einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass vor der Aufnahme zeitnah eine ärztliche Beratung in Bezug



auf einen vollständigen und altersgemäßen Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Kita-Leitungen werden nun mit dem Gesetzentwurf verpflichtet, bei Nichtvorliegen dieses Nachweises personenbezogene Daten an das Gesundheitsamt zu übermitteln, damit dieses beratend tätig werden kann. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Dr. Bernhard Bornhofen (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich habe das vorhin schon einmal ausgeführt. Ich habe meine Bedenken, weil dort der Begriff „laden“ verwendet wird und weil der Obrigkeitsstaat ein bisschen durchkommt. Meiner persönlichen Erfahrung nach hat das meistens nicht so viel gebracht. Aus Sicht des Gesundheitsamtes sollte dort „kann“ stehen. Damit kann ich leben. Ich möchte noch auf folgendes hinweisen: Es gibt einen Punkt, wo wir an unsere Grenzen kommen. Wir möchten eine entsprechende Kompensation, d. h. dass man eine Krankheit wie zum Beispiel die Noroviren, herausnimmt. Diese grassieren derart, dass die Erfassung im geplanten Verfahren nicht besonders viel bringt.

SV Jörg Freese (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Landkreistag)): Ich kann mich unmittelbar anschließen und an viele landesrechtliche Regelungen zur Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes erinnern, wo wir U-Untersuchungen als Indiz für eine Kindeswohlgefährdung nehmen wollten. Das hat zu so vielen Fehlmeldungen, Fehlbesuchen und Fehlalarmen geführt, dass ich sehr vorsichtig wäre, das zum Zwang zu machen. Insofern ist das „kann“, glaube ich, ganz gut.

Abg. Birgit Wöllert (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst und an die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften sollen mittels Röntgenuntersuchungen nachweisen, dass sie keine ansteckende Tuberkulose (TBC) haben. Wie bewerten Sie diese Festlegung auf eine Röntgenuntersuchung, da doch Leitlinien und auch die Empfehlung des RKI den Interferongamma-Test als Initialdiagnostik empfehlen?

SV Dr. Bernhard Bornhofen (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Die Röntgenuntersuchungen sind heute sehr sicher und sehr strahlenarm. Vor allem kann man eine Untersuchung auf diese Weise sehr schnell und einfach durchführen. Natürlich kann man auch einen Interferongamma-Test machen. Es hat sich aber gezeigt, dass es bei einem größeren Ansturm, wie wir ihn in letzter Zeit des Öfteren hatten, viel einfacher und praktikabler ist, eine Röntgenuntersuchung durchführen zu lassen. Das ist bei den Erwachsenen möglich.

SV Dr. Klaus Schröppel (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V. (DGHM)): Wir würden vorschlagen, dass man das gemeinsam mit den Radiologen und Fachvertretern bespricht. Eine punktuelle Erfahrung aus einem Gebiet, wo 5 000 Flüchtlinge untersucht worden sind, zeigte, dass die Röntgenuntersuchung nicht vollständig war und der Interferongamma-Test bei offener Lungentuberkulose eine Fehlerrate von 80 Prozent hatte. Das muss man an die epidemiologische Lage der jeweiligen Patientengruppe anpassen und darf die Erfahrungen aus mitteleuropäischen, wissenschaftlichen Untersuchungen nicht eins zu eins übernehmen.

Abg. Birgit Wöllert (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht noch einmal an den Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Ich würde Sie bitten, die Personalentwicklung beim kommunalen und landesöffentlichen Gesundheitsdienst in den letzten Jahren im Verhältnis zu den gesetzlichen Aufgaben kurz darzulegen. Für wie hoch halten Sie den Mehraufwand, der im kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst durch den vorliegenden Gesetzentwurf entsteht und welche Kompensationen würden Sie für angemessen erachten?

SV Dr. Bernhard Bornhofen (Bundesverband der Ärztinnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Es steht fest, dass der öffentliche Gesundheitsdienst in weiten Teilen unseres gesamten Landes personell heruntergefahren wurde. Das ist teilweise Folge von Stellenabbau, aber es ist auch die Folge davon, dass Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst als Ärzte zweiter Klasse behandelt und honoriert werden. Es ist schwer, Nach-



wuchs zu finden. Das hat auch schon zu Reaktionen der Bundesregierung und der Bundesländer geführt. Bezahlen müssen aber die Kommunen. Es ist sehr schwer, Änderungen zu bewerkstelligen. Ferner gehen wir davon aus, dass der ärztliche Aufwand höher wird. Zum Beispiel sind die § 6-Infektionsschutzgesetz-Meldungen zurzeit sehr niedrig. Wenn es wirklich gelingt, die Arztmeldung nach § 6 in die automatische Ärztesoftware einzubauen, weist die Software, wenn der Arzt einen Norovirus hat, auf die erforderliche Meldung hin. Dann klickt er im zweiten Schritt und meldet. Wir werden dadurch sehr viel mehr Meldungen, ich vermute etwa fünf Prozent, mehr erhalten als bisher.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.) Meine Frage richte ich an die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wir haben eine größere Anzahl von Geflüchteten mit infektiöser TBC gehabt. Sind wir darauf vorbereitet? Inwiefern sehen Sie hier Handlungsbedarf beispielsweise bei der Vorhaltung von entsprechenden Ressourcen?

SV **Tobias Nowoczyn** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Krankenhäuser sind gut vorbereitet. Unsere Erfahrungen aus der Vergangenheit mit deutlich höheren Zahlen von Geflüchteten zeigen keine Versorgungsdefizite oder Schwierigkeiten in den Krankenhäusern. Wir haben immer wieder feststellen können, dass die Erkrankungen, die die Flüchtenden mitbringen, im Wesentlichen dem Spektrum der hiesigen Bevölkerung entsprechen. Insofern sehen wir keine Probleme.

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Tatsache ist, dass viele Geflüchtete zu uns kommen, die an TBC leiden. Mit den Kapazitäten, die die Krankenhäuser in Reserve vorhalten, das sind Reserven für die eigene Bevölkerung, können wir die Flüchtlinge abfedern. Das heißt, wir haben genug Behandlungsplätze für die Flüchtlinge. Wenn aber Betten abgebaut und Krankenhäuser geschlossen werden, ist irgendwann der Zeitpunkt gekommen, an dem wir für solche Besonderheiten keine Reserven mehr haben. Ich bitte das zu bedenken.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Wir haben eine Situation, in der die Leistungen der Krankenhäuser beim Infektionsschutz zusätzlich stattfinden. Inwieweit sehen sie hier gesetzgeberischen

Handlungsbedarf? Sind zum Beispiel die Leistungen in den Digital Related Groups (DRG) ausreichend abgebildet?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Leistungen sind nicht ausreichend abgebildet. Es sind nicht ganz unerhebliche Ressourcen, die wir darauf verwenden müssen. Das ist bei der Planung der DRG nicht einkalkuliert. Das wird sich erst nach längerer Zeit, nach zwei oder drei Jahren, in den entsprechenden DRG abbilden können. Insofern haben wir im Moment eine Lücke.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Doppelfrage an den Kommunalen Spitzenverband und an den Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Wir hatten gerade das Thema Sicherheit in der Datenkette. Das ist aber nur die eine Frage. Die andere Frage ist, wie Sie die Meldebereitschaft der Ärzte einschätzen. Welchen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sehen an dieser Stelle?

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Deutscher Landkreistag)): Wir gehen im Moment davon aus, dass sich daran nichts ändert, bis auf das, was der Kollege aus dem Gesundheitsamt schon gesagt hat. Die Meldebereitschaft wird vermutlich, wenn es technisch einfacher wird, eher steigen. Da ein Großteil der Meldungen aus dem klinischen Bereich kommt, wird sich auch weiterhin nicht viel ändern. Wir hoffen, dass wir uns nicht eines Besseren belehren lassen müssen.

SV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Die Labormeldungen werden gleich bleiben und die Arztmeldungen zunehmen. Das bedeutet, dass das Gesundheitsamt entsprechend ermitteln und nachfragen muss, ob es sich wirklich um einen Fall handelt. Frau Dr. Bunte hat bereits sehr schön dargestellt, dass wir mehr zusätzliche Arbeit haben werden.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage zum elektronischen Meldesystem geht an die von uns benannte Einzel-sachverständige Frau Widders. Wir gehen davon aus, dass es einen verringerten Meldeaufwand für



Ärzte und Labore geben wird und die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erleichtert wird. Aber es werden wahrscheinlich auch mehr Meldezahlen generiert und ein erhöhter Recherchebedarf und Ermittlungsaufwand auf Seiten des ÖGD entstehen. Welche wesentlichen Kritikpunkte sehen Sie an DEMIS und an den Ausweitungen der Meldepflichten insbesondere im Hinblick auf die Mehrbelastung der Öffentlichen Gesundheitsämter? Wurde das in dem jetzigen Gesetzentwurf ausreichend berücksichtigt?

ESVe Gudrun Widders: Bei den bisherigen Ausführungen und auch in der Begründung zum Gesetzentwurf ist man auf den Erfüllungsaufwand insbesondere dahingehend eingegangen, dass es Entlastungen bei der Datenermittlung und -übermittlung sowie auch bei der Datenbearbeitung geben wird. Was aus Sicht des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes ganz wenig berücksichtigt worden ist, sind die praktischen Erfordernisse für die Gesundheitsämter. Herr Dr. Bornhofen hat vorhin ausgeführt, in welcher Situation wir sind. Wir haben den Ermittlungsaufwand, wir machen die Recherche, wenn eine Infektionsmeldung eingeht, wir legen die Maßnahmen nach dem Infektionsschutz fest und überwachen auch die Umsetzung dieser Maßnahmen. Daran wird sich nichts ändern. Der Aufwand wird nicht geringer, sondern höher werden, weil mehr Datensätze zu generieren sind. Das gilt insbesondere dann, wenn es eine flächendeckende Meldung durch die niedergelassenen Ärzte geben wird, was in diesem Umfang bisher nicht der Fall ist. Dann gibt es im Gesetz noch eine ganze Reihe von Änderungen, die zu einer Mehrbelastung der Gesundheitsämter führen werden, weil es zusätzliche Meldetatbestände gibt. Ich zähle auf: §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz, § 23 Absatz 4 Surveillance durch die Rehabilitationskliniken, Übermittlungspflichten in § 27 Infektionsschutzgesetz – das ist sehr umfangreich – und zusätzliche Meldetatbestände nach §§ 34 und 36 Infektionsschutzgesetz. Auch die Änderungen im § 37 Infektionsschutzgesetz werden zu einer Mehrbelastung der Gesundheitsämter führen. Je mehr wir damit befasst sind, Daten zu ermitteln und nachzugehen, Maßnahmen festzulegen und so weiter, desto weniger stehen unsere Mitarbeiter für andere Aufgaben, wie zum Beispiel den Besuch von Kindereinrichtungen, Schulen und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung.

Einen Hinweis möchte ich noch geben. Wir kennen die Einrichtungen in unserem Zuständigkeitsbereich. Wir kennen die Kliniken, die labordiagnostischen Einrichtungen, die niedergelassenen Ärzte und die Gemeinschaftseinrichtungen. Frau Dr. Bunte hat es auch schon gesagt: Es ist etwas anderes, eine Meldung direkt zu bekommen und zu bearbeiten, als sie aus einer Datenbank zu ziehen. Das wird nicht unbedingt eine Erleichterung unserer Arbeit, obwohl wir grundsätzlich ein professionelles Melde- und Informationssystem bundesweit begrüßen und die Vorteile bezüglich der Daten sehen.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage Herrn Dr. Bornhofen, inwieweit das durch das Deutsche Elektronische Meldesystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zu einer Verschiebung der Datenhoheit kommt und welche Auswirkungen dies auf die praktische Arbeit hat.

SV Dr. Bernhard Bornhofen(Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Momentan kommen die Daten beim Gesundheitsamt an. Wir haben die Datenhoheit, können prüfen und weitergeben. Das wird sich ändern, da DEMIS unter der Hoheit des Bundesministeriums für Gesundheit läuft. Dort liegt dann die Datenhoheit. Die Gesundheitsämter vor Ort sind in der Hoheit etwas eingeschränkter.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Frau Widders. Wir haben in § 34 Infektionsschutzgesetz aufgenommen, dass Erziehungsberechtigte bei der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung eine Impfberatung nachweisen müssen. Das wird jetzt in dem vorliegenden Gesetzentwurf dahingehend verschärft, dass die Kindergartenleitung verpflichtet werden soll, an das Gesundheitsamt weiterzuleiten. Davon mal abgesehen, dass dies für die pädagogische Ausrichtung von Kindergärten nicht schön ist, wollte ich fragen, wie Sie es sehen, dass Kitaleitungen zu vermeintlichen Gewährsträgern für eine nicht vorhandene gesetzliche Impfpflicht gemacht werden. Halten Sie das für sachgerecht und praktikabel oder haben Sie die Befürchtung, dass hier zum Beispiel Eltern an den Pranger gestellt werden beziehungsweise der ÖGD als Vollzugsbehörde missverstanden oder empfunden wird.



ESVe **Godrun Widders**: Es ist schon ausgeführt worden, dass wir uns als fachkompetente Berater und Ansprechpartner im öffentlichen Gesundheitsdienst und weniger als Vollzugsbehörde sehen, auch wenn wir andere Aufgaben haben, die wir als Vollzugsbehörde wahrnehmen müssen. In diesem Fall würde mir aber das Wort „einladen“ besser gefallen, denn wir haben Beratungs- und Informationsangebote, die freiwillig in Anspruch genommen werden sollten. Es ist so viel nachhaltiger, Menschen dazu zu bewegen, solche Angebote in Anspruch zu nehmen. Insofern würde mir persönlich viel besser gefallen, wenn es so geregelt wäre, dass man auf die Beratungsangebote des Gesundheitsamtes hinweist, die dann genutzt werden können.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): In § 36 Absatz 5 Infektionsschutzgesetz hat die Bundesregierung vorgesehen, dass die Bundesländer eigene Gesetze zur Feststellung, Verhütung und Verhinderung der Ausbreitung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten bei bestimmten Gruppen erlassen können. Ich vermute, das hat mit dem Bundesland Bayern zu tun. Ist davon auszugehen, dass eine Art Erstuntersuchung für den Familiennachzug eingeführt werden könnte? Halten Sie diese abweichenden Regelungen in den Ländern für sinnvoll oder gefährdet ein Flickenteppich nicht eher den Infektionsschutz?

ESVe **Godrun Widders**: Grundsätzlich ist es so, dass wir als Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. und Vertreter der Gesundheitsämter möchten, dass es bundesweit einheitliche Regelungen gibt. Die Infektionsschutzreferenten der Bundesländer, also der obersten Landesgesundheitsbehörden, können sich abstimmen. Wir haben in unserer praktischen Tätigkeit im Zusammenhang mit der Flüchtlingsarbeit gesehen, wie erschwerend es ist, wenn zum Beispiel unterschiedliche Regelungen für Erstuntersuchungen und auch für die Impfungen von Flüchtlingen vorhanden sind. Insofern wäre es uns für die Zukunft sehr lieb, wenn es einheitliche Regelungen gibt.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage geht noch einmal an Frau Widders. In § 27 des Tiergesundheitsgesetzes (TierGesG) sind zusätzliche Unterrichtungspflichten vorgesehen. Halten Sie diese Regelungen für

klar formuliert und ausreichend oder welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie hier?

ESVe **Godrun Widders**: In § 27 TierGesG ist geregelt, dass die maßgeblichen Infektionserreger oder Infektionskrankheiten sowohl bei der Übertragung vom Tier auf den Menschen als auch umgekehrt zu melden sind. Es ist nicht ausreichend fachlich abgeklärt, was darunter zu verstehen ist. Die fachliche Diskussion wird von den Gesundheitsämtern vermisst, insbesondere, was die Meldung vom Menschen auf das Tier angeht. Denn dann müssten die Infektionserreger auch im Infektionsschutzgesetz hinterlegt werden, damit labordiagnostische Einrichtungen zum Beispiel wissen, was sie den Gesundheitsämtern melden sollen. Hier wäre unsere Überlegung, das erst einmal auszusetzen und die fachliche Diskussion zu führen.

Der **Vorsitzende**: Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen, meine sehr verehrten Sachverständigen, und bei den Zuschauerinnen und Zuschauer bedanken. Die Anhörung ist damit geschlossen.

Schluss der Sitzung: 15.06 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB

Vorsitzender