



## **Stellungnahme des BVÖGD zu einer Rechtsverordnung Anpassung der IfSG-Meldepflichten an die epidemische Lage**

### A. Allgemeine Anmerkungen

Der BVÖGD kann die Einschätzung des BMG nachvollziehen und teilt die Sorge, dass Infektionen mit resistenten Erregern zunehmend an Bedeutung für die öffentliche Gesundheit gewinnen. Vor dem Hintergrund der angespannten Personalsituation v. a. auf der Ebene des kommunalen und zunehmend auch des Landes-ÖGD sieht der BVÖGD jedoch den mit einer Ausweitung der IfSG-Meldepflichten verbundenen Zuwachs an Aufgaben äußerst kritisch. Schon jetzt kann das große Spektrum der Pflichtaufgaben (nicht allein) im Bereich des Infektionsschutzes mit einem reduzierten Personalbestand in vielen Gesundheitsämtern nicht mehr abgedeckt werden. Somit führt eine Ausweitung der IfSG-Meldepflichten für bestimmte Krankheitserreger mit Resistenzen nicht zu dem gewünschten Ergebnis, das die (Früh-) Erkennung von Häufungen flächendeckend optimiert wird und fallbezogene Maßnahmen gegen eine Ausbreitung sach- sowie zeitgerecht ergriffen werden können.

Neben diesem Umstand muss bei einer Einführung von insbesondere namentlichen Meldepflichten auch die Frage der Verantwortung berücksichtigt werden. Mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes wurde der Grundgedanke der Eigenverantwortung medizinischer Einrichtungen gegenüber staatlicher Kontrolle in den Vordergrund gestellt (vgl. § 1 Abs. 2 IfSG). Dies zeigt sich in der Vorgabe einer Erfassung und Dokumentation der nosokomialen Infektionen (u.a. solche mit besonderen Resistenzeigenschaften) in Krankenhäusern und Einrichtungen des ambulanten Operierens gemäß § 23 IfSG. Gleichzeitig tragen die Leiter der entsprechenden Einrichtungen (respektive auch die von ihnen beauftragten Krankenhaus-Hygienemanagementteams) die Verantwortung für die Durchführung der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden (§ 23 Abs. 3 IfSG). Darüber hinaus verpflichtet der Gesetzgeber die betroffenen Einrichtungen zu einer Meldung bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen in § 6 Abs. 3 IfSG. Gemäß diesem Prinzip der Eigenverantwortung,

dem auch in den Landesgesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Rechnung getragen wird, kommt den Gesundheitsämtern primär die Rolle der „infektionshygienischen Überwachung“ zu. Dieses Instrument ergänzt das System der verpflichtenden Eigenmaßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß §§ 135 und 137 Sozialgesetzbuch (SGB) V für die stationäre und ambulante Versorgung im Sinne einer externen Qualitätssicherung und Prozessbegleitung. Als „Verständigungsgrundlage“ sowohl für die Erfassung und Dokumentation der nosokomialen Infektionen als auch für das entsprechende Management in den Institutionen sowie den fachlichen Dialog mit dem Gesundheitsamt dienen insbesondere die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), die beim Robert Koch-Institut (RKI) eingerichtet ist. Diese hat beispielsweise 2012 Empfehlungen zum „Hygienemanagement bei Infektionen oder Besiedlungen multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ veröffentlicht.

Eine Ausweitung der namentlichen Meldepflichten für resistente Erreger führt somit zu einer Vermischung von bislang getrennten und klar definierten Verantwortlichkeiten. Inwiefern durch die faktische Verlagerung von Verantwortlichkeiten von den medizinischen Einrichtungen an die Gesundheitsämter eine flächendeckende Verbesserung der (Früh-) Erkennung und des Managements erwartet werden darf, ist aus prinzipiellen Erwägungen fraglich und angesichts der Personalknappheit in den Gesundheitsämtern sehr zweifelhaft.

Der BVÖGD plädiert daher bei einer Ausweitung von IfSG-Meldepflichten dafür, die Konsequenzen in Bezug auf die damit einhergehende Verantwortung und die strukturellen Limitationen zu bedenken. Ein Ansatzpunkt sollte prinzipiell sein, eine Ausweitung von IfSG-Meldepflichten mit einer Reduktion für bereits bestehende Meldepflichtatbestände zu kombinieren. Orientierung für entbehrliche Meldepflichten kann die vom RKI vorgelegte „Priorisierung von Krankheitserregern“ (Stand: 2011) bieten. Der BVÖGD ist gerne bereit, sich unter dem Aspekt eines sinnvollen Einsatzes der begrenzten Ressourcen im Öffentlichen Gesundheitsdienst an einer Diskussion zur Priorisierung meldepflichtiger Tatbestände konstruktiv zu beteiligen.

Nachfolgend wird zu den einzelnen Überlegungen für eine Anpassung der IfSG-Meldepflichten unter dem Gesichtspunkt des zu erwartenden Arbeitsanfalls und der Relation Aufwand/Nutzen Stellung genommen:

## B. Namentliche Arztmeldepflicht gemäß § 6 Absatz 1 IfSG

Bei den vorgesehenen Arztmeldepflichten hält sich der Mehraufwand für die meldenden Ärzte in Grenzen. Zu berücksichtigen sind jedoch die unter dem Ordnungspunkt A gemachten allgemeinen Anmerkungen zu den Auswirkungen für den ÖGD und der Umstand, dass viele Ärzte Ihrer Meldepflicht nicht nachkommen.

### B 1. Tiefe Haut- und Weichgewebeinfektionen (ausgenommen postoperative Wundinfektion) mit methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) und MRSA-Labornachweis

Diese Meldepflicht wird als sinnvoll angesehen, um einen besseren Überblick über die community-acquired MRSA (cMRSA) Erreger zu erhalten, die für den ÖGD von erheblicher Bedeutung sein können. Ggf. kann die Einschränkung auf MRSA-Stämme, die zur Bildung von Panton-Valentin-Leukozidin fähig sind (PVL-positiv), im Hinblick auf die gegenüber konventionellen cMRSA-Stämmen erhöhte Gefahr von klinisch schweren Verläufen sinnvoll sein.

### B 2. *Clostridium difficile*-Infektion

*Clostridium difficile* ist der häufigste anaerobe Erreger nosokomialer Infektionen. Er verursacht neben der *Clostridium difficile*-assoziierten Diarrhö (CDAD) schwerste Erkrankungen wie die pseudomembranöse Enterocolitis und das oft tödliche toxische Megacolon. Schwer verlaufende Infektionen sind jedoch typischerweise in Verbindung mit epidemischen Stämmen mit speziellen Virulenzeigenschaften (z. B. Ribotyp O27) beobachtet worden. Es steht zu befürchten, dass es vor allem im Zusammenhang mit dem Vorschlag C 4 (*Clostridium difficile*, Meldepflicht für Toxinnachweis A oder B) zu einer Vielzahl von Meldungen kommen wird, deren Verarbeitungsaufwand in keinem Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen steht. Bei der Meldung der Clostridien nach § 6 und § 7 erwartet das BMG eine Anzahl von 100.000 Fällen pro Jahr. Diese Schätzung ist möglicherweise stark untertrieben, da bekannt ist, dass ca. 30% der Patienten nach dem Verlassen einer Klinik mit *Clostridium difficile* besiedelt sind. Die erwarteten Meldezahlen gehen somit auch ohne Berücksichtigung einer verstärkten Diagnostik in eine ähnliche Größenordnung wie bei Noroviren (2012: 113.313 Fälle, Quelle: Survstat, Abfrage am 12.08.2013). Der damit verbundene Ermittlungs- und Bearbeitungsaufwand wird als unangemessen hoch eingestuft.

Das Robert Koch-Institut hat die *Clostridium-difficile*-assoziierte Diarrhö in die Liste der gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Abs. 4 IfSG zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen aufgenommen (s. Epidemiologisches Bulletin 19/2013). Somit besteht damit eine Grundlage für den ÖGD, die Häufigkeit dieser Infektion im Rahmen seiner infektionshygienischen Überwachungstätigkeit zu registrieren. Es wird daher bei einem darüber hinausgehenden Informationsbedarf als sinnvoller angesehen, Daten zu dieser Problematik vor der Einführung einer allgemeinen Meldepflicht zunächst mit Hilfe des Instruments einer speziellen Sentinel-Erhebung (§13 IfSG) zu erlangen.

### C. Namentliche Labormeldepflicht gemäß § 7 Absatz 1 IfSG

- C 1. Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante sowie Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante
- C 2. Vierfach resistente Pseudomonas aeruginosa Isolate aus Blut und Liquor
- C 3. Enterokokken mit Vancomycin-Resistenz, Nachweis aus Blut

Die Labormeldepflicht der unter 1 bis 3 benannten Erregergruppen wird als fachlich sinnvoll angesehen. Der erwartete Aufwand hält sich für die meldenden Labore in Grenzen. Zu berücksichtigen sind jedoch die unter dem Ordnungspunkt A gemachten allgemeinen Anmerkungen zu den Auswirkungen für den ÖGD.

In Hessen liegen schon positive Erfahrungen mit den angedachten Meldepflichten C1 bis C2 vor. Wichtig ist dabei, auch die nicht meldepflichtigen Tatbestände deutlich zu machen. So sind in Hessen Spezies mit intrinsischer Carbapenem-Resistenz nicht meldepflichtig. Hierzu zählen z.B.:

- Stenotrophomonas maltophilia
- Elizabethkingia meningoseptica
- Chryseobacterium indologenes
- Burkholderia cepacia

Auch kann eine Differenzierung bei den einzelnen Carbapenem-Empfindlichkeiten sinnvoll sein, um nicht aussagekräftige Meldungen und damit eine unnötige Belastung aller Beteiligten zu vermeiden. Hierzu zählt z. B. eine alleinige Resistenz gegen Ertapenem bei Acinetobacter spp..

#### C 4. Clostridium difficile, Meldepflicht für Toxinnachweis A oder B

Siehe Stellungnahme zu B 2

#### D. Nichtnamentliche Labormeldepflicht gemäß § 7 Absatz 3 IfSG für den Nachweis in Bezug auf Gonokokken sowie für das Ergebnis der Resistenzbestimmung

Die Meldepflicht für Gonokokken wird in der vorgesehenen Form als sinnvoll angesehen. Sie wird dazu beitragen, belastbarere epidemiologische Daten zu generieren. Es ist jedoch darauf zu verweisen, dass – wie bei anderen sexuell übertragbaren Krankheitserregern auch (z. B. *Treponema pallidum*) - bei Auftreten von lokalen Häufungen die Maßnahmen des Gesundheitsamtes nicht fallbezogen und somit nur sehr allgemeiner Natur sein können.

#### **Zusammenfassung**

Der übersandte Entwurf der Anpassung der IfSG-Meldepflichten an die epidemische Lage stellt prinzipiell eine fachlich nachvollziehbare Ausweitung von Pflichtaufgaben für die Gesundheitsämter dar, jedoch leider ohne Berücksichtigung der vom IfSG vorgesehenen Aufteilung von Verantwortlichkeiten und ohne eine entsprechende und unerlässliche Kompensation in Form einer Reduktion von anderen meldepflichtigen Erkrankungen.

Bei der Meldung von resistenten Erregern und Gonokokken fällt die Abschätzung von Aufwand und Nutzen aus Sicht des BVÖGD zugunsten der Meldepflicht aus. Bei der Meldung der Clostridien nach § 6 und § 7 wird der damit verbundene Ermittlungs- und Bearbeitungsaufwand als unangemessen hoch im Verhältnis zum Erkenntnisgewinn eingestuft.

Die Überlegung, die Anpassung der Meldepflichten bei den Kategorien B und C auf drei sowie im Falle von Gonokokken auf fünf Jahre zu befristen und danach den Nutzen zu überprüfen, wird von Seiten des BVÖGD begrüßt.