

**Stellungnahme des BVÖGD zur Anpassung der IfSG-Meldepflichten an die  
epidemische Lage (Stand: 16.03.2015)**

Anlage 1 zum Schreiben des BMG vom 2. Februar 2015 mit dem Entwurfstext

**A. Allgemeine Anmerkungen**

Der BVÖGD kann die Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nachvollziehen und teilt die Sorge, dass Infektionen mit resistenten Erregern zunehmend an Bedeutung für die öffentliche Gesundheit gewinnen. Allerdings warnt der BVÖGD davor, das Instrument der Meldepflicht zu überstrapazieren und den mit einer Meldepflicht erzielbaren Erkenntnisgewinn zu überschätzen. Entscheidend für den Wert einer Ausweitung von Meldepflichten ist, ob die Erkenntnisse zur Epidemiologie wirklich aussagekräftig sind und ob damit konkrete Maßnahmen zur besseren Kontrolle und Eindämmung verbunden sind. In diesem Zusammenhang muss erneut darauf hingewiesen werden (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 13. August 2013 zu einer vergleichbaren Initiative des BMG), dass das Auftreten von Krankheiten mit (multi-) resistenten Erregern und die entsprechende Diagnostik überwiegend im Krankenhausbereich registriert bzw. veranlasst wird. Für die Verhütung von nosokomialen Infektionen und der Weiterverbreitung von resistenten Erregern ist somit gemäß Infektionsschutzgesetz (vgl. §§ 1 Abs. 2 und 23 Abs. 3 IfSG) die jeweilige medizinische Einrichtung eigenverantwortlich zuständig. Dem ÖGD kommt hier im Rahmen seiner infektionshygienischen Überwachung die Aufgabe einer externen Qualitätssicherung und beratenden Prozessbegleitung zu. Eine weitere Ausweitung von Meldepflichten (s. Abschnitt B für die Bewertung der einzelnen Erreger) würde zu einer unvermeidlichen Vermischung der vom IfSG vorgesehenen Aufteilung von Verantwortlichkeiten führen, ohne dass dadurch eine zeitnahe und effektive Kontrollmöglichkeit verbunden ist.

Der BVÖGD wiederholt auch seinen dringenden Appel vom August 2013, dass bei einer Ausweitung der meldepflichtigen Krankheiten und Erreger die angespannte Personalsituation v. a. auf der Ebene des kommunalen und zunehmend auch des Landes-ÖGD zu berücksichtigen ist. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat diesem bedauerlichen

Umstand in verschiedenen Beschlüssen (zuletzt in TOP 7.7. der 87. GMK) Rechnung getragen. Eine Ausweitung der Meldepflicht durch eine Anpassung des IfSG als Bundesgesetz auf dem Verordnungsweg führt lediglich zu einem Aufgabenzuwachs, ohne dass damit eine notwendige Kompensation der erforderlichen Mehrarbeit verbunden ist. Der BVÖGD respektiert in diesem Zusammenhang den vom BMG kalkulierten Erfüllungsaufwand, hält ihn aber für deutlich unterschätzt (s. Abschnitt E dieser Stellungnahme). Er bedauert außerdem, dass sein Vorschlag, die Ausweitung von IfSG-Meldepflichten mit einer Reduktion für bereits bestehende Meldepflichttatbestände zu kombinieren, bislang keine Umsetzung erfahren hat.

Außerdem weist der BVÖGD auf die fehlende Berücksichtigung der fachlichen Erkenntnisse und Evaluationen in den Bundesländern, in denen eine Anpassung der Meldepflichten für resistente Erreger bereits landesgesetzlich geregelt ist, im vorliegenden Verordnungsentwurf hin. Beispielhaft seien die Veröffentlichungen des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main (Heudorf et al., 2011 und Heudorf et al., 2014) genannt. Der BVÖGD berücksichtigt die dort geschilderten Erfahrungen, ebenso wie die anderen allgemeinen Anmerkungen, bei seiner nachfolgenden Bewertung der einzelnen Meldepflichttatbestände.

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

### B1. Aviäre Influenza

Die Ausweitung einer entsprechenden namentlichen Meldepflicht bei Verdacht, Krankheit oder Tod auf der Grundlage eines klinischen Bildes und eines wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhanges sieht der BVÖGD als sinnvoll an.

### B2. Clostridium difficile

Diese namentliche Arztmeldepflicht, die auch von einer Labormeldepflicht begleitet werden soll (s. Abschnitt C6), hält der BVÖGD für fachlich nicht sinnvoll.

*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. Diese schweren Verläufe, die in der Regel auch von entsprechenden Häufungen begleitet werden (vgl. die Entdeckung der Ribotyp O27-Infektionen 2007 in Trier), führen jedoch zwangsläufig zu einer Hospitalisierung und damit zu einem Greifen der Meldepflicht gemäß § 6 Abs. 3 IfSG.

Es steht zu befürchten, dass es vor allem im Zusammenhang mit dem Vorschlag C6 (*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 (2013: 113.457 Fälle, Quelle: Survstat, Abfrage am 15.03.2015). Der damit verbundene Ermittlungs- und Bearbeitungsaufwand wird als unangemessen hoch eingestuft.

Zweifellos nimmt die Problematik an *C. difficile*-Infektionen zu, wie dies auch in der Begründung zur Verordnung beschrieben wird. Diese gehören aber, wie die Begründung zu recht formuliert; „zu den häufigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland.“ Folgerichtig hat das Robert Koch-Institut 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). Damit hat der ÖGD eine Grundlage, 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 gemäß §13 IfSG zu erlangen. Alternativ steht mit einer nichtnamentlichen Meldung gemäß § 7 Abs. 3 IfSG ein weiteres Verfahren zur Gewinnung von epidemiologischen Daten ohne Mehrbelastung der Gesundheitsämter und Landesstellen zur Verfügung.

In der Begründung zum Verordnungsentwurf wird ferner ausgeführt: „In Fachkreisen wird als mögliche Ursache für den Anstieg von *Clostridium difficile*-Infektionen der ambulante Bereich diskutiert. Um eine Aussage über die Situation im ambulanten Bereich treffen zu können, ist

eine Meldepflicht erforderlich, die alle Fälle, auch leicht verlaufende Infektionen erfasst.“ Dieser Aussage muss entschieden widersprochen werden: Diese Meldepflicht – in Verbindung mit der Labormeldepflicht - soll Grundlagen schaffen für die Erkennung von epidemiologischen Zusammenhängen (hierfür ist eine namentliche Meldepflicht nicht erforderlich) und für Präventionsmaßnahmen. Die niedergelassenen Ärzte stellen die Diagnose „*C. difficile*-Infektion“ ohne Frage zu selten, u.a. weil aus Gründen einer fehlenden Kostenerstattung nur in wenigen Fällen Untersuchungen überhaupt veranlasst werden. Selbst wenn eine Untersuchung veranlasst wird, ist aufgrund der unterschiedlichen Sensitivität und Aussagekraft der einzelnen Nachweisverfahren eine Bewertung des Geschehens nicht sicher und eindeutig möglich. Dies bedeutet, dass es einer komplexen Falldefinition und aufwändigen Beurteilung der Meldetatbestände vor Übermittlung gemäß § 11 IfSG bedarf, ohne dass angesichts der derzeitigen Meldetreue bei niedergelassenen Ärzten (vgl. hierzu das Lastenheft für das Deutsche Elektronische Meldesystem für Infektionsschutz, DEMIS, Stand: 26.06.2013) von einem gesteigerten Meldeverhalten ausgegangen werden könnte. Auch hier gilt, dass Daten zu dieser Problematik vor der Einführung einer allgemeinen Meldepflicht zunächst mit Hilfe des Instruments einer speziellen Sentinel-Erhebung gemäß §13 IfSG oder einer nichtnamentlichen Meldepflicht gemäß § 7 Abs. 3 IfSG erlangt werden sollten.

Zusammengefasst wird die vorgesehene namentliche Meldepflicht für *C. difficile*-Infektionen weder gemäß § 6 Abs. 1 IfSG allein noch in Verbindung mit § 7 Abs. 1 IfSG die Erwartungen des BMG erfüllen. Es wird lediglich ein nicht belastbarer Datensatz mit einem unverhältnismäßigen Verhältnis von Verarbeitungsaufwand und Nutzen generiert.

B3. Tiefgehende Haut- und Weichgewebe-Infektionen (ausgenommen postoperative Infektion) durch *Staphylococcus aureus*, methicillinresistente Stämme (MRSA), wenn MRSA durch ein Labor bestätigt wurde.

Im Unterschied zur Stellungnahme des BVÖGD vom August 2013 wird aktuell die Einführung einer namentlichen Meldepflicht für die o.g. Infektionsformen nicht mehr als sinnvoll angesehen. Grund sind die Ergebnisse der seit 2009 existierenden Meldepflicht für MRSA-Nachweise in Blut- bzw. Liquorkulturen und deren Bewertung durch das RKI bzw. das Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main.

Bundesweit werden jährlich regelhaft über 4000 Fälle in Deutschland gemeldet. Es ist bisher keine zeitliche Tendenz erkennbar, jedoch gibt es deutliche regionale Unterschiede. „Die

Gründe für die regionalen Unterschiede können durch die erhobenen Surveillance-Daten nicht geklärt werden“ (Infektionsepidemiol. Jahrbuch 2013; S. 204). Diese Unterschiede können durch unterschiedliche Versorgungsstrukturen (z. B. Anzahl der Krankenhäuser, Anzahl der Untersuchungen aus MRSA, Umgang mit Blutkulturen etc.) bedingt sein – unabhängig von der jeweiligen Bevölkerungsstruktur. Auch der Tod im Zusammenhang mit einer MRSA-Sepsis bietet keinen verlässlichen Erkenntnisgewinn. „Da die Patienten häufig an anderen Grunderkrankungen leiden, ist es darüber hinaus für den behandelnden Arzt nicht immer eindeutig abzugrenzen, ob der Patient an oder mit der MRSA-Infektion verstorben ist“ (Infektionsepidemiol. Jahrbuch 2013; S. 205). D.h. eine bevölkerungsbezogene epidemiologische Aussage ist nicht möglich. Insofern ist bereits die existierende Meldepflicht in Frage zu stellen.

Auch die Evaluation von Frau Heudorf und Kollegen (Heudorf et al, 2014) hat ergeben, dass die Meldepflicht die mit der Einführung verbundenen Ziele nicht erreicht hat: „Das Ziel der Stärkung der Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, nosokomiale Infektionen zu verhüten und zu bekämpfen, kann durch die derzeitige Form der Meldepflicht von MRSA-Nachweisen in Blut- und Liquorkulturen nicht erreicht werden. Eine Meldepflicht multiresistenter Erreger in Blut- und Liquorkulturen zeigt die Spitze des Eisbergs dieser Erreger, sie ermöglicht aber weder die Prävention nosokomialer Infektionen noch erlaubt sie eine belastbare Abschätzung der epidemiologischen Situation in den Einrichtungen. Nach den eingangs erwähnten Kriterien zur Einführung der Meldepflicht nach IfSG wäre vor diesem Hintergrund die Berechtigung für eine namentliche Meldepflicht von MRE-Nachweisen in Blut- und Liquorkulturen in Frage zu stellen.“

Im Gegensatz zu den USA treten caMRSA (z.B. PVL positive MRSA) in Deutschland eher selten auf bzw. werden selten erkannt. Erfahrungen aus Hessen bei einzelnen Fällen zeigen, dass es sich bei vermeintlichen Ausbrüchen im Regelfall nicht um einen auslösenden caMRSA-Stamm, sondern eine Vielzahl verschiedener spa-Typen handelt. Eine Labormeldepflicht für PVL-positive *Staphylococcus aureus*-Stämme einzuführen, um die epidemiologische Situation in Deutschland besser abbilden und entsprechende Maßnahmen von Seiten der Gesundheitsämter ergreifen zu können, ist eher in Erwägung zu ziehen als eine Ausweitung der namentlichen MRSA-Meldetatbestände.

In der Begründung zur geplanten Meldepflicht wird darauf verwiesen, dass die MRSA-Infektionen mit tiefgehender Haut- und Weichgewebeteilung im Wesentlichen den ambulanten Bereich betreffen. Eine Meldung müsste somit erfolgen, wenn bei einer

tiefgehenden Haut- oder Weichgewebe-Infektion in der niedergelassenen Praxis ein MRSA-Nachweis erhalten wird. Hier gelten jedoch die gleichen Einschränkungen, wie bereits unter B2 angesprochen.

Zusammengefasst kann mit der namentlichen Meldepflicht auf MRSA-bedingte, tiefgehende Haut- und Weichgewebe-Infektionen allenfalls ein Datensatz, der nicht interpretierbar ist, generiert werden. Viel zielführender als die namentliche Meldepflicht wäre es, die Vergütung der niedergelassenen Ärzte so zu gestalten, dass sie ermutigt werden, Abstriche zu nehmen, richtig zu diagnostizieren und darauf basierend angemessen antibiotisch zu therapieren. Ergänzend zu diesem Vorgehen ist die Einführung einer Labormeldepflicht für PVL-positive *Staphylococcus aureus*-Stämme empfehlenswert, um die epidemiologische Situation in Deutschland besser abbilden zu können und darauf aufbauend den Gesundheitsämtern die Möglichkeit zu geben, entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

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

#### C1. *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus Blut und Liquor

Diese Meldepflicht besteht bereits seit 2009. Sie wird unter Berücksichtigung der unter B3 dargestellten Situation als nicht sinnvoll eingeschätzt.

#### C2. *Enterobacteriaceae* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, direkter Nachweis aus allen Patientenmaterialien (mit Ausnahmen bei isolierten Nichtempfindlichkeiten)

#### C3. *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, alle Patientenmaterialien

#### C4. *Pseudomonas aeruginosa* (mit phänotypischer Resistenz gegen Acylureido-Penicilline, pseudomonaswirksame Cephalosporine, Carbapeneme und Fluorchinolone oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante), Isolate aus Blut und Liquor

Die Labormeldepflicht der unter C2 bis C4 benannten Erregergruppen wird als fachlich sinnvoll angesehen. Der erwartete Aufwand hält sich für die meldenden Labore in Grenzen. Zu berücksichtigen sind jedoch die in Abschnitt A gemachten allgemeinen Anmerkungen zu den Auswirkungen für den ÖGD. Erwägenswert ist auch eine Änderung des Adressaten der entsprechenden Labormeldungen. Die Meldepflicht an das für die entsprechende Einrichtung

zuständige Gesundheitsamt analog dem Vorgehen bei der Meldung nosokomialer Infektionen mit epidemischen Zusammenhang gemäß § 6 Abs. 3 IfSG ist sinnvoll, um den Gesundheitsämtern ein zeitnahes Handeln vor Ort zu ermöglichen. Die Meldung nach dem Wohnortprinzip bedingt dagegen einen erheblichen Mehraufwand und Zeitverzug für die Gesundheitsämter.

In Hessen liegen schon positive Erfahrungen mit den angedachten Meldepflichten C2 bis C4 vor. Dort war der Aufwand für die betroffenen Gesundheitsämter allerdings sehr hoch, da die Ermittlung der Sachverhalte sehr anspruchsvoll ist. Das hessische Sozialministerium hat auf diese Situation reagiert und die Meldepflicht für 4fach-MRGN und *P. aeruginosa* auf Nachweise in Blut- und Liquorkulturen beschränkt.

Wichtig ist bei der vorgesehenen Labormeldepflicht, 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 bei C3 analog zum Vorgehen bei C2 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..

Um eine sachgerechte Bewertung der gewonnenen Daten zu ermöglichen, sollten die Patienten versorgenden Einrichtungen verpflichtet werden, den Gesundheitsämtern auch geeignete Bezugsgrößen wie z.B. Patiententage pro Jahr (besser pro Quartal) oder die Anzahl ambulanter Fälle pro Quartal sowie eine geeignete Angabe zu durchgeführten mikrobiologischen Untersuchungen (Screening, Infektionsabklärung) zu melden. Die Berichterstattung des RKI sollte diese Erreger nicht nur im Bevölkerungsbezug, sondern auch in einem geeigneten Bezug zu den meldenden Einrichtungen veröffentlichen.

#### C5. Enterokokken, Vancomycin-Nichtempfindlichkeit, Isolat aus Blut.

Die namentliche Meldepflicht nach dem Wohnortprinzip wird nicht befürwortet. Sie kann die damit verbundenen Ziele nicht erreichen. Eine Meldepflicht an das für die jeweilige

Einrichtung zuständige Gesundheitsamt (vgl. die Ausführungen zu C2 bis C4) kann erwogen werden.

Die o.g. Ausführungen zu den Erfahrungen mit der namentlichen Meldepflicht von MRSA-Nachweisen in Blut- und Liquorkulturen gelten prinzipiell auch für die geplante Meldepflicht für VRE in Blut- und Liquorkulturen. Bei Meldung bereits eingetretener Infektionen können diese nicht verhütet werden; eine belastbare Datenlage wird angesichts der vielen Einflussfaktoren (u.a. Häufigkeit der Blutkulturen, der Diagnostik überhaupt) ebenso wenig erreichbar sein wie bei der Meldepflicht für MRSA in Blut- und Liquorkulturen (s. oben zitierte Zitate im Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2013 des RKI). Eine Meldepflicht an das für die entsprechende Einrichtung zuständige Gesundheitsamt analog dem Vorgehen bei der Meldung nosokomialer Infektionen mit epidemischen Zusammenhang gemäß § 6 Abs. 3 IfSG kann dazu beitragen, um den Gesundheitsämtern ein zeitnahes Handeln vor Ort zu ermöglichen.

#### C6. *Clostridium difficile*, Meldepflicht für Toxinnachweis A oder B

Siehe Stellungnahme zu B2

#### **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. Bei der Einführung der Meldepflicht sollte noch einmal geprüft werden, ob die Auswertungen nicht kleinräumiger im Vergleich zur bisherigen Darstellung von nichtnamentlich meldepflichtigen Erregernachweisen (z. B. HIV) in Survstat aufgelöst werden können.

## **E. Plausibilität des Erfüllungsaufwandes**

Die Ausweitung von Pflichtaufgaben ist ohne eine entsprechende und unerlässliche Kompensation in Form einer Reduktion von anderen meldepflichtigen Erkrankungen und/oder einen Ansatz für eine realistische, personelle Aufstockung des kommunalen und Landes-ÖGD geplant.

Bisher ist im Entwurf nur der zeitliche Aufwand für die Eingabe und die Übermittlung im Gesundheitsamt berücksichtigt worden. Es fehlt jedoch die Arbeitszeit für Ermittlungen, Einleitung von Maßnahmen und deren Verlaufskontrolle. Ebenso sind auf der Ebene der Landesmeldestellen bei der Berechnung des Mehraufwandes von Seiten des BMG lediglich die Übermittlung und Qualitätsüberprüfungen von Meldungen berücksichtigt worden. Hier fehlt der Zeitaufwand für beratende Tätigkeiten und Berichtspflichten, die insbesondere bei Ausbrüchen den Großteil der Mehrarbeit darstellen. Der Erfüllungsaufwand ist somit sowohl auf der Ebene der Gesundheitsämter als auch auf der Ebene der Landesmeldestellen zu gering kalkuliert.

Für die vom BVÖGD als sinnvoll angesehene Erweiterung der Meldepflichten wird hierfür ein Mehrbedarf in der Größenordnung von einem halben Vollzeitäquivalent pro Gesundheitsamt und je Landesmeldestelle veranschlagt. Darüber hinaus ist aufgrund der erforderlichen Interpretation der Resistenzdaten und Ableitung von adäquaten Maßnahmen auch ein Mehrbedarf an ärztlichen Vollzeitäquivalenten gegeben. Dieser kann noch nicht eindeutig beziffert werden. Die Berechnungsgrundlage für den oben genannten Mehrbedarf kann bei Bedarf nachgereicht werden.

## **F. Weitere Anregungen**

Die Überlegung, die Anpassung der Meldepflichten bei den Gonokokken auf fünf Jahre zu befristen und danach den Nutzen zu überprüfen, wird von Seiten des BVÖGD begrüßt. Es stellt sich aber die Frage, warum dies nicht auch bei den übrigen Meldepflichten erfolgen soll. Eine Verstetigung sollte an eine Evaluation gebunden sein.

Für eine bessere Maßnahmenplanung auf Landesebene sollte die parallele Übermittlung von nichtnamentlichen Erregernachweisen an das RKI und an die Landesmeldestellen geprüft werden.

Die Notwendigkeit von einigen der bestehenden namentlichen Meldepflichten (z. B. Noroviren, sonstige darmpathogene *E. coli*, *Yersinia enterocolitica*) sollte dringend überprüft werden. Der BVÖGD erneuert diesbezüglich sein Angebot, sich unter dem Aspekt eines sinnvollen Einsatzes der begrenzten Ressourcen im Öffentlichen Gesundheitsdienst z. B. auf der Grundlage der vom RKI vorgelegten „Priorisierung von Krankheitserregern“ (Stand: 2011) an einer Diskussion zur Priorisierung meldepflichtiger Tatbestände konstruktiv zu beteiligen.

Zudem sollte für die effektive Bearbeitung der meldepflichtigen Erkrankungen geprüft werden, ob neben der Nennung von Namen und Wohnort auch die Meldung der Telefonnummern der Betroffenen verpflichtend geregelt werden kann. Hiermit würde eine erhebliche Entlastung der Gesundheitsämter einhergehen.

### **Zusammenfassung**

Der übersandte Entwurf der Anpassung der IfSG-Meldepflichten an die epidemische Lage stellt eine nur teilweise fachlich nachvollziehbare Ausweitung von Pflichtaufgaben für die Gesundheitsämter dar.

Bei der Meldung von hochresistenten Erregern und Gonokokken fällt die Abschätzung von Aufwand und Nutzen aus Sicht des BVÖGD zugunsten der namentlichen Meldepflicht aus. Dies gilt nicht für die vorgesehenen Meldepflichten für MRSA und VRE. Letztere kann jedoch unter der Maßgabe einer Berücksichtigung des Zuständigkeitsprinzips an Stelle des Wohnortprinzips, die auch bei den hochresistenten Erregern eine wesentliche Komponente für eine zeitnahe Reaktion des ÖGD darstellt, erwogen werden. Bei der vorgesehenen Meldung der Clostridien nach § 6 Abs. 1 und § 7 Abs. 1 IfSG wird der damit verbundene Ermittlungs- und Bearbeitungsaufwand als unangemessen hoch im Verhältnis zum Erkenntnisgewinn eingestuft.

Der vom BMG kalkulierte Erfüllungsaufwand für die Umsetzung der ausgeweiteten Meldetatbestände ist deutlich unterschätzt. Auch eine realistische Kalkulation wird erfahrungsgemäß nicht zu einer Aufstockung der Personalressourcen im kommunalen (und ggf. Landes-) ÖGD führen. Von der Alternative für das BMG, die bisherigen Meldepflichten zu reduzieren, wurde bislang leider kein Gebrauch gemacht.

#### Literatur:

U. Heudorf, U. Otto, R. Gottschalk (2011). MRSA in Blutkulturen in Frankfurter Krankenhäusern 2010 Ergebnisse der Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz und Vorschläge zu ihrer Verbesserung. Bundesgesundheitsbl 54:1126–1134

U. Heudorf, R. Gottschalk, M. Exner (2014). Meldepflicht für Antibiotikaresistente Erreger. Was soll, was kann sie leisten? Die Bewertung in Bezug auf die jeweilige Einrichtung erscheint wichtig. Bundesgesundheitsbl 57:1322–1330