



Der Präsident

Prof. Dr. Lothar H. Wieler

Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Leiter der Unterabteilung 61
Herrn Heiko Rottmann-Großner
11055 Berlin

per E-Mail
nachrichtlich: 611@bmg.bund.de

Dringender Anpassungsbedarf des Infektionsschutzgesetzes insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen COVID-19-Pandemie

16.04.2020

Berichterstattung: Herr Dir. u. Prof. Dr. Osamah Hamouda Abt. 3
Frau WOR'in Dr. Ute Rexroth
Frau Michaela Diercke
Herr Dir. u. Prof. Prof. Dr. Martin Mielke, Abt. 1
Herr ORR Dr. Helmut Fouquet, L1
Herr ORR Joachim-Martin Mehltz, L1
Herr Dir. u. Prof. Dr. Jörg Lekschas, DSB/ISB

Unser Zeichen:
1.01.07/0002#0024

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen COVID-19-Pandemie dringenden Anpassungsbedarf des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) anzumelden, der für die Aufgabenerfüllung und die Handlungsfähigkeit des Robert Koch-Instituts (RKI) äußerst wichtig ist. Im Einzelnen schlagen wir folgende Anpassungen vor:

Robert Koch-Institut

leitung@rki.de

Tel.: +49 (0)30 18754-2000

Fax: +49 (0)30 18754-2610

www.rki.de

1. Verarbeitung von Proben und Daten im Nachgang zu Amtshilfe, insbesondere bei Ausbruchsuntersuchungen

Das RKI wird häufig im Wege der Amtshilfe für die Gesundheitsbehörden der Länder tätig, etwa um im Falle von Ausbrüchen Unterstützung bei den Ausbruchsuntersuchungen zu leisten, derzeit auch im Kontext der COVID-19-Pandemie.

Durch die Änderung des IfSG zum 01.03.2020 ist das RKI zwar mittlerweile befugt, zur Erfüllung der Amtshilfe bei Maßnahmen zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten, also auch im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen, personenbezogene Daten zu verarbeiten. Diese Befugnis endet jedoch mit dem Abschluss der konkreten Amtshilfemaßnahme bzw. der konkreten Ausbruchsuntersuchung.

Besucheranschrift:
Nordufer 20
13353 Berlin

Das Robert Koch-Institut
ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für
Gesundheit.



Häufig sind jedoch auch im Nachgang zur Ausbruchsuntersuchung weitere Schritte erforderlich, um den Ausbruch besser zu verstehen, aufzuarbeiten und Konsequenzen für die Vermeidung weiterer Ausbrüche bzw. für den Umgang mit neuen Ausbrüchen zu ziehen. Hierzu kann es z. B. erforderlich sein, Verlaufsbeobachtungen durchzuführen, die Wirksamkeit getroffener Maßnahmen zu kontrollieren und einzelfallbezogene Rückmeldungen an den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu ermöglichen.

Für die Aufgabenerfüllung des RKI ist es daher unabdingbar, Proben und Daten auch nach dem Abschluss der konkreten Amtshilfemaßnahmen auch für eigene Aufgaben und Zwecke nutzen zu dürfen.

Wir bitten daher, § 4 Abs. 1 Satz 6 IfSG entsprechend unserer früheren Vorschläge wie folgt zu fassen (Änderungen unterstrichen):

„Soweit es zur Erfüllung dieser Amtshilfe erforderlich ist, darf es personenbezogene Daten verarbeiten; nach Abschluss der Amtshilfemaßnahme darf es die gewonnenen Untersuchungsmaterialien und Isolate von Krankheitserregern sowie Daten in pseudonymisierter Form für die Wahrnehmung eigener Aufgaben nach diesem Gesetz verarbeiten und nutzen.“

2. Zusammenarbeit mit ausländischen und internationalen Organisationen und Behörden

Das RKI arbeitet vielfach mit ausländischen und internationalen Organisationen und Behörden wie der WHO und dem ECDC zusammen, beispielsweise um internationale Ausbruchsgeschehen – wie etwa die COVID-19-Pandemie – zu erkennen und zu verhindern bzw. zu bekämpfen, Gefahren für die Bevölkerung sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern abzuwenden, Kontaktpersonen nachzuverfolgen oder die Evakuierung von Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen zu ermöglichen.

Durch die Änderung des IfSG zum 01.03.2020 ist das RKI zwar mittlerweile befugt, personenbezogene Daten zu verarbeiten, soweit dies für die Zusammenarbeit mit ausländischen Stellen und supranationalen Organisationen sowie mit der WHO und anderen internationalen Organisationen erforderlich ist.

Häufig ist jedoch auch die Übermittlung pseudonymisierter Daten erforderlich, beispielsweise um bei internationalen Ausbruchsgeschehen Rückfragen zu konkreten Fällen, d. h. zu konkreten Pseudonymen zu ermöglichen, und um sicherzustellen, dass konkrete Fälle anhand eines Pseudonyms eindeutig erfasst werden können. Dies gilt erst Recht im Rahmen komplexer Ausbruchsgeschehen wie der COVID-19-Pandemie.

Für die Aufgabenerfüllung des RKI ist es daher unabdingbar, im Rahmen der Zusammenarbeit mit ausländischen und internationalen Organisationen und Behörden pseudonymisierte Daten nicht nur verarbeiten, sondern auch übermitteln

zu dürfen. Insoweit ist eine eindeutige Befugnis zur pseudonymisierten Übermittlung von Daten erforderlich, da die Verarbeitungsbefugnis nicht zugleich auch eine Übermittlungsbefugnis beinhaltet, worauf wir bereits u. a. mit Bericht vom 16.10.2019 hingewiesen hatten.

Wir bitten daher, § 4 Abs. 3 Satz 4 IfSG entsprechend unserer früheren Vorschläge wie folgt zu fassen (Änderungen unterstrichen):

„Soweit es zur Abwendung von Gefahren von Dritten und zum Schutz von unmittelbar Betroffenen im Rahmen der frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten, der Unterstützung bei der Ausbruchsuntersuchung und -bekämpfung, der Kontaktpersonennachverfolgung oder der medizinischen Evakuierung von Erkrankten und Ansteckungsverdächtigen erforderlich ist, darf das Robert Koch-Institut im Rahmen seiner Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 personenbezogene Daten verarbeiten und pseudonymisiert übermitteln.“

3. Meldepflicht für den Verdacht, die Erkrankung sowie den Tod in Bezug auf COVID-19, Labormeldepflicht für SARS-CoV und SARS-CoV-2

Die Gesundheitsämter müssen in die Lage versetzt werden, durch Einleitung von Maßnahmen der Kontaktpersonenermittlung, Quarantäne und Isolation weitere Übertragungen zu verhindern und Ausbruchsgeschehen zu stoppen.

Hierzu muss einerseits die Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 IfSG auf den Verdacht, die Erkrankung sowie den Tod an COVID-19 ausgedehnt werden. Die klinisch-epidemiologischen Kriterien für den Verdacht sollten entsprechend der Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht vom 30.01.2020 weiterhin durch das RKI festgelegt und veröffentlicht werden. Auch sollte meldepflichtig sein, wenn sich ein entsprechender Verdacht nicht bestätigt.

Andererseits muss der Labornachweis von SARS-CoV-2 durch die Labore an die Gesundheitsämter gemäß § 7 Abs. 1 IfSG gemeldet werden. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, die Meldepflicht für den Labornachweis auch auf SARS-CoV zu erstrecken.

Die entsprechenden Regelungen der „Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus ("2019-nCoV)" sollten daher in das IfSG überführt werden, da von einem längeren Infektionsgeschehen in Deutschland auszugehen ist.

In die Aufzählung des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG sollte daher ein weiterer Punkt „t) Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)“, sowie in die Aufzählung des § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG ein weiterer Punkt „44a. Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (SARS-CoV, SARS-CoV-2)“ aufgenommen werden.

Darüber hinaus sollte in § 6 Abs. 2 IfSG nach Satz 1 ein neuer Satz „Dem Gesundheitsamt ist über die Meldung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe t hinaus zu melden, wenn sich der Verdacht einer Erkrankung nicht bestätigt.“ aufgenommen werden.

4. Erweiterung der Übermittlungen und Mitteilungen auf Grund völker- und unionsrechtlicher Vorschriften

Das RKI muss seiner Verpflichtung, die ihm übermittelten Angaben über ein Ereignis, das eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen könnte, erstmalig und fortlaufend zu bewerten, sachgerecht nachkommen.

§ 12 Abs. 1 IfSG sollte daher um eine ausdrückliche Regelung ergänzt werden, nach der auch Fälle eines Krankheits- sowie eines Ansteckungsverdachts an das RKI zu übermitteln sind. Für die Übermittlung sollte die Regelung des § 11 Abs. 1 und Abs. 2 IfSG für die Übermittlung von Krankheitsfällen entsprechend gelten. Das RKI sollte auch unverzüglich unterrichtet werden, wenn sich ein übermittelter Verdacht nicht bestätigt hat. Die Detailregelung, welche Verdachtsfälle bei Kontaktpersonen zu melden sind, würde nach der vorgeschlagenen Regelung entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen durch entsprechende Falldefinitionen des RKI getroffen.

Art. 6 Abs. 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) sieht ferner ausdrücklich vor, dass im Anschluss an die Meldung eines Ereignisses, das eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen kann, auch weiterhin die über das gemeldete Ereignis zur Verfügung stehenden genauen und hinreichend detaillierten Informationen an die WHO zu übermitteln sind. Bislang sieht § 12 Abs. 1 Satz 4 IfSG lediglich vor, dass die entsprechenden Informationen dem RKI auf dessen Anforderung zu übermitteln sind.

Daher sollte § 12 Abs. 1 IfSG dahingehend ergänzt werden, dass im Anschluss an die erstmalige Übermittlung nach § 12 Abs. 1 Satz 1 IfSG auch weiterhin zeitnah alle neuen Angaben über das Ereignis an das RKI zu übermitteln sind. Dabei sollte das RKI entsprechend den epidemiologischen Erfordernissen bestimmen können, in welchem zeitlichen Abstand die übermittelten Angaben spätestens zu aktualisieren sind.

Wir schlagen daher vor, § 12 Abs. 1 IfSG wie folgt zu fassen:

„(1) Im Hinblick auf eine übertragbare Krankheit, die nach Anlage 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 (BGBl. 2007 II S. 930, 932) eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite im Sinne von Artikel 1 Absatz 1 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) darstellen könnte, übermittelt die zuständige Behörde der zuständigen Landesbehörde und diese dem Robert Koch-Institut unverzüglich folgende Angaben:

1. das Auftreten der übertragbaren Krankheit, Tatsachen, die auf das Auftreten der übertragbaren Krankheit hinweisen, oder Tatsachen, die zum Auftreten der übertragbaren Krankheit führen können,
2. die getroffenen Maßnahmen und
3. sonstige Informationen, die für die Bewertung der Tatsachen und für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.

Die zuständige Behörde und die zuständige Landesbehörde dürfen im Rahmen dieser Vorschrift nicht übermitteln

1. zur betroffenen Person:
 - a) den Namen und Vornamen,
 - b) Tag der Geburt und
 - c) Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und
2. den Namen des Meldenden.

Die zuständige Landesbehörde übermittelt die in Satz 1 genannten Angaben unverzüglich dem Robert Koch-Institut. Darüber hinaus übermitteln die zuständige Behörde und die zuständige Landesbehörde dem Robert Koch-Institut auf dessen Anforderung unverzüglich alle ihr vorliegenden Informationen, die für Mitteilungen an die Weltgesundheitsorganisation im Sinne der Artikel 6 bis 12 und 19 Buchstabe c der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) erforderlich sind. Die zuständige Behörde und die zuständige Landesbehörde übermitteln dem Robert Koch-Institut weiterhin zeitnah alle ihnen vorliegenden neuen Angaben nach den Sätzen 1 und 3; das RKI kann entsprechend den epidemiologischen Erfordernissen bestimmen, in welchem zeitlichen Abstand die übermittelten Angaben spätestens zu aktualisieren sind. Ferner übermittelt die zuständige Behörde der zuständigen Landesbehörde und diese dem Robert Koch-Institut unverzüglich die ihr gemeldeten oder sonst bekannt gewordenen Fälle des Verdachts einer Erkrankung oder Ansteckung an der Krankheit; für die Übermittlung gilt § 11 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 entsprechend. Das RKI sollte ist unverzüglich zu unterrichten, wenn sich ein übermittelter Verdacht nicht bestätigt hat. Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an

das Robert Koch-Institut kann das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards bestimmen. Das Robert Koch-Institut bewertet die ihm übermittelten Angaben nach der Anlage 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und nimmt die Aufgaben nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 des IGV-Durchführungsgesetzes wahr.“

5. Meldung und Übermittlung negativer Untersuchungsergebnisse

Durch die Erfassung der Testhäufigkeit und negativer Testergebnisse kann besser beurteilt werden, ob ein Anstieg von Fallzahlen ein tatsächlicher Anstieg ist oder z. B. auf vermehrtes Testen bzw. unterschiedliche regionale Verfügbarkeit von Tests zurückgeführt werden kann bzw. ob geringe Zahlen auf oder fehlender Durchführung von labordiagnostischen Untersuchungen beruht. Nur so können epidemiologische Trends sinnvoll bewertet werden. Die Ergebnisse sollten einzelfallbasiert vorliegen, um Aussagen über die Anzahl der durchgeführten Tests in verschiedenen Altersgruppen und Regionen treffen zu können und sie mit den Meldedaten in Beziehung setzen zu können.

Darüber hinaus ist es für den Nachweis der Elimination von Krankheiten erforderlich, dass negative Testergebnisse erfasst werden. Für die Verifizierung der Elimination der Masern und Röteln ist die Darstellung von 2 ausgeschlossenen Fällen mit einer typischen Symptomatik einer akuten Masern- oder Rötelninfektion pro 100.000 Einwohner ein wichtiges Charakteristikum einer hohen Qualität der Surveillance. Dies wird seit Jahren von Deutschland durch die WHO eingefordert.

Wir schlagen daher vor, folgenden § 11a IfSG einzufügen:

„§ 11a Negative Untersuchungsergebnisse

(1) Soweit Meldepflichtige nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 ihrer Verpflichtung zur Meldung durch Nutzung eines elektronischen Melde- und Informationssystems nach § 14 nachkommen, sind sie verpflichtet, Untersuchungen zu melden, die auf den spezifischen direkten Nachweis eines Krankheitserregers nach § 7 Absatz 1 und Absatz 3 gerichtet sind, auch wenn sie ein negatives Ergebnis erbracht haben.

(2) Die Meldung muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:

1. Geschlecht der betroffenen Person
2. Jahr und Monat der Geburt der betroffenen Person
3. Erreger, auf den untersucht wurde
4. Art des Untersuchungsmaterials
5. Eingangsdatum des Untersuchungsmaterials

6. Grund für die Untersuchung (beispielsweise akute Symptomatik, Risikoexposition, Differential- oder Ausschlussdiagnose, Screening)
 7. Nachweismethode
 8. Untersuchungsbefund
 9. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.
- (3) Die Meldung muss unverzüglich erfolgen. § 9 Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.
- (4) Die Meldungen haben an das Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk die Einsender ihren Sitz haben.
- (5) Die Meldungen werden durch das zuständige Gesundheitsamt unmittelbar der zuständigen Landesbehörde sowie dem Robert Koch-Institut mit den Angaben nach Absatz 2 Nr. 1 bis 8 übermittelt.“

6. Gesetzliche Verankerung einer laborbasierten Surveillance

Die Meldepflicht dient neben der Erfassung von epidemiologischen Daten primär dazu, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu befähigen, zielgerichtet Ermittlungen und Maßnahmen vor Ort durchzuführen und zu ergreifen. In der gegenwärtigen COVID-19-Pandemie bestehen diese vor allem in konsequenter Nachverfolgung und Management von Kontaktpersonen. Für den Erfolg dieser Maßnahmen sind der Ausbau und die Optimierung der Testkapazitäten eine wichtige Säule. Zur Einschätzung des Verlaufes der COVID-19-Pandemie hat sich gezeigt, dass neben den im Rahmen des Meldewesens erfassten Angaben weiterführende Informationen zur durchgeführten Diagnostik von herausragender Bedeutung sind. Dazu zählen im Wesentlichen Angaben zu Art und Häufigkeit durchgeführter Tests.

Mit der laborbasierten Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) steht ein skalierbares elektronisches System zur tagesaktuellen Erfassung von Ergebnissen der Labordiagnostik bereit, mit dem auch negative Befunde erfasst werden können. ARS beschränkt sich dabei nicht nur auf das Feld der Antibiotika-Resistenz, sondern bildet das ganze Spektrum routinemäßig untersuchter Erreger (Viren, Pilze, Bakterien) ab. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie werden aufbauend auf der bestehenden Schnittstellenstruktur, die in den jeweiligen Laborinformationssystemen vorliegenden Informationen zur SARS-CoV-2-Diagnostik kurzfristig und zuverlässig tagesaktuell erfasst. Dies gilt sowohl für PCR-basierte Testungen als auch für serologische Testungen, die zunehmend in der Diagnostik zum Einsatz kommen werden. Das System trägt somit wesentlich zur Beurteilung der Teststrategie und der Pandemie im zeitlichen Verlauf bei. Langfristig ist eine Integration in das

elektronische Meldesystem (DEMIS) vorgesehen, um parallele Datenflüsse zu vermeiden.

Eine zusätzliche gesetzlich verankerte laborbasierte Surveillance als Komplement zur Meldepflicht kann Wesentliches leisten: Sie ist ein sehr flexibles und reaktionsschnelles Instrument in Situationen mit neu auftretenden Erregern, die im Labor ab dem ersten Test dokumentiert sind. Sie kann zu einem definierten Ereignis immer auch den Nenner aller durchgeführten Untersuchungen liefern. Diese Vorteile erstrecken sich gleichermaßen auf bekannte und neu auftretende Erreger wie auch auf bekannte und neu auftretende Resistenzen und Multiresistenzen von Erregern.

Wir schlagen daher vor, folgenden § 13 Abs. 4a IfSG einzufügen:

„(4a) Das Robert Koch-Institut kann zur Ermittlung der Verbreitung der Erreger übertragbarer Krankheiten von ihm ausgewählte Labore verpflichten, ihm einzelfallbezogene Angaben über von ihm untersuchte Proben zur Verfügung zu stellen. Das verpflichtete Labor übermittelt zu jeder von ihm untersuchten Probe, soweit vorliegend, folgende Angaben:

1. vom RKI vergebenes Identifizierungskennzeichen des übermittelnden Labors
2. zum Einsender der Probe
 - a) laborinternes Identifizierungskennzeichen
 - b) Landkreis
 - c) bei Krankenhäusern: Versorgungsstufe, Identifizierungskennzeichen für die Station, Typ (ambulant, stationär, intensiv) und Fachrichtung der Station
 - d) bei Arztpraxen: Fachrichtung
3. zum Patienten:
 - a) laborinternes Identifizierungskennzeichen,
 - b) Jahr und Monat der Geburt,
 - c) Geschlecht,
 - d) Datum der Aufnahme auf der Station
4. zur Probe:
 - a) laborinternes Identifizierungskennzeichen,
 - b) Datum der Probenentnahme,
 - c) Anlass der Probenentnahme (Diagnostik, Screening),

- d) Materialart der Probe
 - e) Lokalisation der Probenentnahme
5. zur Untersuchung:
- a) laborinternes Identifizierungskennzeichen
 - b) Datum der Untersuchung
 - c) Erreger, auf den untersucht wurde
 - d) Nachweismethoden
 - e) Untersuchungsbefunde, einschließlich Resistenz und Typisierungsergebnisse.

Die Übermittlung muss unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses erfolgen. Das Robert Koch-Institut bestimmt das Verfahren zur Pseudonymisierung sowie die technischen Übermittlungsstandards. Das Robert Koch-Institut darf die übermittelten Daten ausschließlich für Erhebungen nach dieser Vorschrift nutzen. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für das Robert Koch-Institut auszuschließen.“

7. Meldung und Übermittlung des Behandlungsergebnisses

Für die effektive Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist es erforderlich, dass auch das Behandlungsergebnis dem Gesundheitsamt gemeldet wird bzw. dass dieses vom Gesundheitsamt entsprechend nachermittelt werden kann. Dadurch kann der Erfolg der bestehenden Therapien besser bewertet werden und ggf. Empfehlungen für eine bessere Versorgung der betroffenen Personen erstellt werden. Insbesondere im derzeitigen COVID-19-Pandemiegeschehen ist eine Kenntnis des jeweiligen Behandlungsergebnisses essentiell. Die Angabe des Behandlungsergebnisses sollte daher in § 9 Abs. 1 IfSG als Meldeinhalt aufgenommen werden und auch gemäß § 11 IfSG an die zuständigen Landesbehörden und das RKI übermittelt werden.

Wir schlagen daher vor, in § 9 Abs. 1 Nr. 1 IfSG sowie in § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG jeweils einen neuen Punkt „Behandlungsergebnis“ aufzunehmen.

8. Meldung des Immunstatus

Immundefizienzen sind ein wichtiger Risikofaktor für Infektionskrankheiten und beeinflussen maßgeblich die Schwere vieler Krankheitsverläufe. Der spezifische, auf die Krankheit bezogene Immunstatus ist darüber hinaus von großer Bedeutung, um

Impfdurchbrüche und die Dauer des Immunschutzes eingrenzen zu können. Zwar ist bislang kein Impfstoff gegen COVID-19 verfügbar, perspektivisch ist die Meldung entsprechender Angaben zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie jedoch dringend erforderlich.

Wir schlagen daher vor, § 9 Abs. 1 Nr. 1 lit. k) IfSG um die Worte „sowie Risikofaktoren“ zu ergänzen, sowie in § 9 Abs. 1 Nr. 1 IfSG einen neuen Punkt „Angaben zum Immunstatus“ aufzunehmen.

9. Übermittlung der Gemeindekennziffer

Durch Kreisreformen kommt es zunehmend zur Reduzierung der Anzahl der Kreise. Durch Übermittlung der Gemeinde in Form des amtlichen Gemeindeschlüssels (AGS) des Wohnorts wird eine ausreichend aussagefähige Analyse der Ausbreitung von Erkrankungen ermöglicht.

Die Verwendung des AGS bietet insoweit erhebliche Vorteile. Entsprechende Karten/Vektorlayer werden von staatlichen Stellen (z. B. vom Bundesamt für Kartographie und Geodäsie) kontinuierlich gepflegt und zur Verfügung gestellt. Viele andere Daten stehen im sog. NUTS-Format (Nomenclature des unités territoriales statistiques), einer hierarchischen Systematik zur eindeutigen Identifizierung und Klassifizierung der räumlichen Bezugseinheiten der amtlichen Statistik in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zur Verfügung, in Deutschland etwa auf der Ebene Bundesland/Kreis/Gemeinde. Falldaten in diesem Raster ermöglichen epidemiologische Auswertungen unter Zuhilfenahme dieser Daten. Die Berichtung von Daten im Europäischen Kontext findet ebenfalls im NUTS-Format statt, sodass Austausch und Berichtung von Daten erleichtert werden.

Wir schlagen daher vor, in § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 IfSG nach den Worten „zuständige Gesundheitsämter“ die Worte „mit zugehörigem amtlichen Gemeindeschlüssel (8-stellig)“ einzufügen.

10. Meldung von Verdachtsfällen einer bedrohlichen Krankheit

In die Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 IfSG sollte ausdrücklich der Verdacht einer Erkrankung an einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit aufgenommen werden.

Dafür wird vorgeschlagen, § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 IfSG wie folgt zu fassen:

„5. der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf eine bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht bereits nach den Nummern 1 bis 4 meldepflichtig ist.“

II. Klarstellung der Überschrift in § 30 IfSG

Schließlich führt die Überschrift „Quarantäne“ bei § 30 IfSG in der Praxis, auch und gerade im Rahmen der aktuellen COVID-19-Pandemie, regelmäßig zu Verwirrungen, nicht nur in der öffentlichen Berichterstattung, sondern zum Teil auch bei den zuständigen Behörden. Die Quarantäne bezieht sich auf Gesunde, die Isolation auf Kranke. Überbegriff für beides ist die Absonderung. Da der Begriff Quarantäne im Kontext des § 30 IfSG fachlich nicht richtig ist, schlagen wir vor, die Überschrift durch „Absonderung“ zu ersetzen.

Wir hoffen, dass diese essentiellen Änderungsvorschläge im laufenden Gesetzgebungsvorhaben Berücksichtigung finden können.

L. H. Wieler

- Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist auch ohne Unterschrift gültig. -