

Infektionsschutzgesetz (IfSG) mit neuer Meldepflichtsregelung als Nachfolger des Bundesseuchengesetzes

M. Thieves und Y. Schmitt

Das Infektionsschutzgesetz ist nach langjährigen Beratungen und mit vielen Änderungen gegenüber den diskutierten Entwürfen vor der Sommerpause 2000 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet worden - allerdings nicht als Einzelgesetz, sondern eingebettet in ein Gesetzespaket namens Seuchenrechtsneuordnungsgesetz (SeuchRNeuG). Es tritt am 1. 1. 2001 in Kraft (Teile zum Wasserrecht schon früher).

Wichtigster Bestandteil im SeuchRNeuG ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG) mit Einarbeitung des Geschlechtskrankheitengesetzes und eigenen Vorschriften zum Wasserrecht.

Damit entfallen folgende Gesetze und Verordnungen ab 1. 1. 2001:

- Bundesseuchengesetz
- Verordnungen zur Ausdehnung der Meldepflicht auf HSE, HUS, EHEC
- Geschlechtskrankheitengesetz
- 1. + 2. Durchführungsverordnung zum Geschlechtskrankheitengesetz
- Laborberichtsverordnung

Alle weiteren Bundesgesetze, in denen bisher Bezug auf das Bundesseuchengesetz genommen wird, werden in ihren Verweisen an die entsprechenden Paragraphen des IfSG angepaßt.

Gründe für die Gesetzesänderungen

Gründe für eine so umfangreiche Neuregelung, daß sogar der Name des Gesetzes erneuert wird, sind:

Anpassung an zukünftige EU-weite Vorschriften

Infektionskrankheiten kennen keine Landesgrenzen. Selbst geographische Grenzen (Ärmelkanal, Skagerak) sind durch feste Verkehrsverbindungen überwunden. Die EU-Gesundheitsminister haben beschlossen, die Erfassung und statistische Bewertung von Infektionskrankheiten zu vereinheitlichen, um langfristig zu einer gemeinsamen Gesundheitspolitik zu kommen.

Einsicht in veraltete und unpraktikable Vorschriften

Mängel im alten Bundesseuchengesetz zeigen sich exemplarisch an einigen Beispielen:

- Die bisherige Praxis der dezentralen Erfassung von Infektionskrankheiten führt zu Verzögerungen beim Erkennen von Infektionsgefahren. Jetzt soll das Robert-Koch-Institut (RKI) zentral die erhobenen

Daten auswerten, um frühzeitig länderübergreifend Maßnahmen koordinieren zu können. Welche Infektionserreger in Abhängigkeit von ihrer Resistenz sowie welche Nosokomialinfektionen für die interne Auswertung zu erfassen sind, kann vom RKI nach § 4(2)2b IfSG vorgegeben und kurzfristig geändert werden. Damit ist der oft verzögernde Weg über Exekutive und Legislative umgangen.

- In Gesundheitsämtern wird die Erstuntersuchung von Mitarbeitern lebensmittelzubereitender Betriebe und von Gemeinschaftseinrichtungen, das sog. „Gesundheitszeugnis“, durch eine Belehrung ersetzt, die zu eigenverantwortlichem Handeln erziehen soll. Hier zeigt sich Einsicht in die unsinnige Vorschrift, nach der ein einmal ausgestelltes Attest über Salmonellenfreiheit lebenslang gültig bleibt, sofern der Arbeitsplatz nicht gewechselt wird.
- Die alte Vorschrift, jeden Verdacht einer Enteritis infektiosa zu melden, hat sich als unsinnig erwiesen, denn jede Magen-Darm-Irritation bezieht diese Verdachtsdiagnose ein. Sie wurde deshalb nur lückenhaft umgesetzt. Das IfSG reduziert die Meldepflicht auf seuchenhygienisch relevante Fälle: V. a. akute infektiöse Gastroenteritis/mikrobiell bedingte Lebensmittelintoxikation bei Beschäftigten im Lebensmittelbereich bzw. in Gemeinschaftseinrichtungen oder bei mehreren gleichartig Erkrankten mit anzunehmendem epidemischen Zusammenhang.

Berücksichtigung neuer diagnostischer Methoden

Gentechnische Untersuchungsmethoden, PCR, Fingerprinting, monoklonale Antikörper sind nur einige Beispiele für neue Methoden, die im Labor frühzeitig sichere diagnostische Erkenntnisse erlauben. Die alte Regel, nach der Laborbefunde in das klinische Gesamtbild eingefügt werden müssen, um zu einer Diagnose zu kommen, gilt damit nur noch bedingt. Um ohne Zeitverlust handeln zu können, wird die Meldepflicht unterteilt in eine Meldung der Diagnose vom behandelnden Arzt und Meldung des Erregers vom identifizierenden Labor, je nach Erreger mit oder ohne namentliche Nennung des Patienten.

Mangelnde Meldebereitschaft

Cave: Dieses System der teilweisen Doppelmeldungen erlaubt bei bestimmten Krankheitshildern eine Kontrolle der Meldebereitschaft durch Vergleich der Diagnosemeldungen des behandelnden Arztes mit den Erregermeldungen der Laboratorien! Deshalb sollte auch der behandelnde Arzt wissen, welche Daten das Labor an das Gesundheitsamt übermittelt hat.

Korrespondenzadresse: Klinikum Darmstadt, Institut für Labormedizin (Direktor des Institutes Priv. Doz. Dr. med. York Schmitt), Grafenstr. 9, 64283 Darmstadt. Tel.: 06151/107-6300, Fax: 06151/107-6397

Bedeutung des IfSG für medizinische Laboratorien

Die Änderungen der Gesetzeslage sind für medizinische Laboratorien vor allem in drei Punkten bedeutsam:

1. Änderungen in der Zahl der Stuhluntersuchungen,
2. ein wesentlich komplizierteres Meldeverfahren,
3. ein laboreinbeziehendes Nosokomialerfassungsverfahren.

1. Anzahl der Stuhluntersuchungen

Durch Verzicht auf die von den Gesundheitsämtern ausgestellten Gesundheitszeugnisse entfallen die rationell durchführbaren Reihen-Stuhluntersuchungen. Die stattdessen vorgeschriebene Belehrung (§ 43) wird im Einzelfall dazu führen, daß die Hausärzte bei Patienten mit Tätigkeit in Lebensmittelbetrieben Darmerkrankungen vermehrt abklären müssen. Es bleibt aber abzuwarten, ob dies zu meßbar mehr Einsendungen führt.

2. Meldeverfahren nach IfSG

Das neue Meldeverfahren sieht Diagnosemeldungen (z. B. akute Virushepatitis) durch den behandelnden Arzt nach § 6 und Erregermeldungen (z. B. Hepatitis-C-Virus) durch das diagnostizierende Labor nach § 7 vor. Dabei gelten eine Reihe von Einschränkungen, die im Einzelfall die Meldepflicht außer Kraft setzen, aber bestimmte Informationen auf dem Einsendeschein voraussetzen. Die Hepatitis-C muß z. B. nur vom Labor gemeldet werden, „soweit nicht bekannt ist, daß eine chronische Infektion vorliegt“. Generell muß noch unterschieden werden, ob weitere Konditionen für eine Meldepflicht erfüllt sind, die teilweise von der Art des Nachweises (direkt oder indirekt), der Art des Untersuchungsmaterials (z. B. Abstrich aus Konjunktiven) oder der Patientengruppe (z. B. Neugeborene) abhängen. Besteht eine Meldepflicht, dann ist jeweils eine Fülle von Einzeldaten zu übermitteln. Sofern sie laut Einsendeschein und telefonischer Rückfrage nicht fristgerecht ermittelt werden könnten, müssen sie nachgeliefert werden.

Je nach Erreger ist die **namentliche Meldung** „unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden“ an das zuständige Gesundheitsamt oder die **nichtnamentliche Meldung** binnen 14 Tagen an das Robert-Koch-Institut in Berlin vorgeschrieben.

Welche Erreger wann wohin mit welchen Daten gemeldet werden müssen, können Sie der 3. und 4. Spalte der folgenden Tabelle entnehmen.

Zur Arbeits erleichterung sollte durch den Laborcomputer die Angabe der Meldepflicht so automatisiert werden, daß die Notwendigkeit und Vollständigkeit der Meldung nicht vom Wissensstand des einzelnen Mitarbeiters abhängt. Wird bei der Probeneingangskontrolle auch gleichzeitig die Vollständigkeit der mitgeteilten Patientenangaben überprüft und evtl. nachgefordert, ist eine Meldung ohne zeitliche Verzögerung und aufwendige Telefonate möglich. Parallel zu jeder Meldung an das Gesundheitsamt empfiehlt es sich, eine Kopie aller mitgeteilten Daten an den be-

handelnden Arzt zu senden, damit der überprüfen kann, ob für ihn ebenfalls eine Meldepflicht besteht.

3. Nosokomialerfassungsverfahren nach IfSG

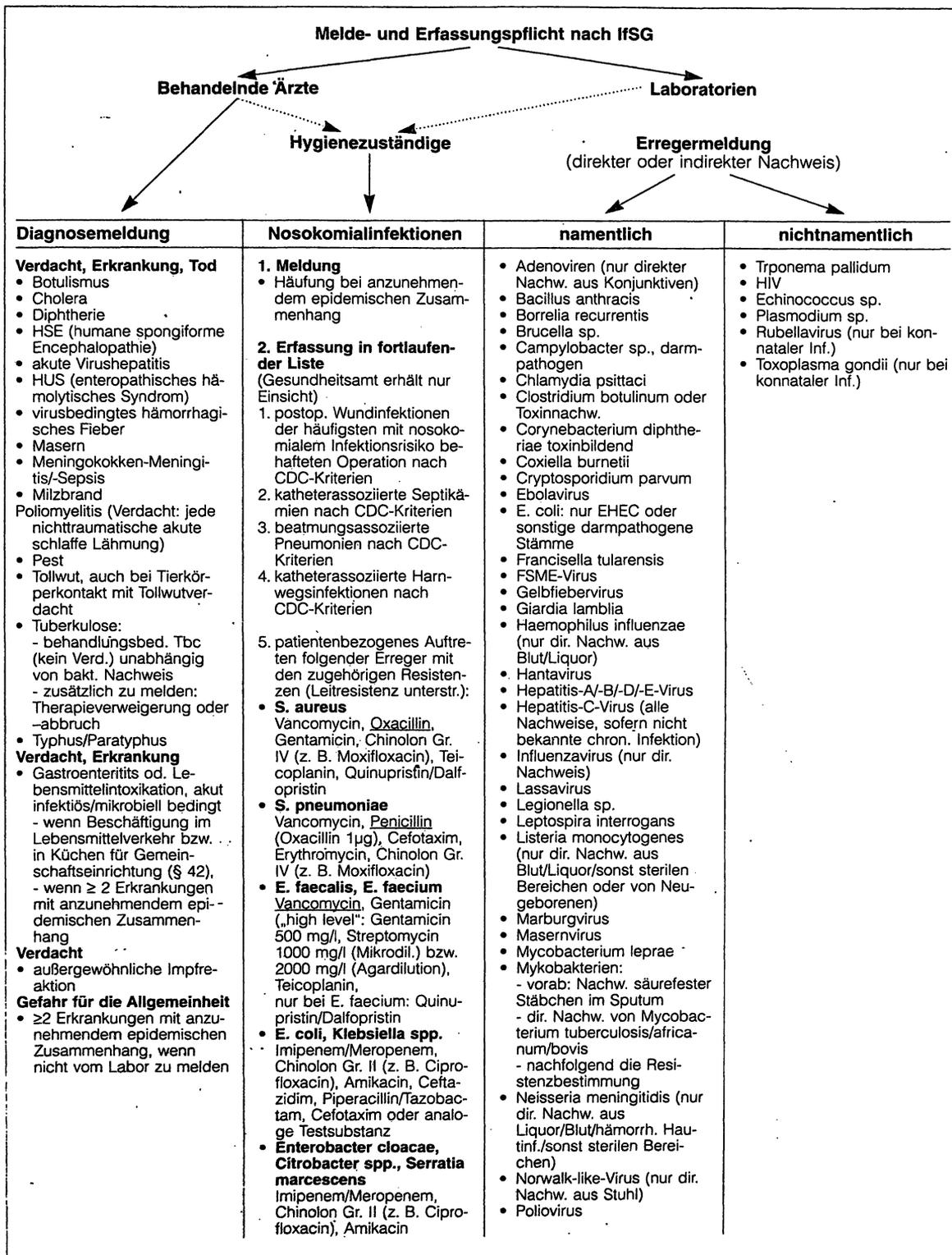
Alle Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren müssen erstens eine nosokomiale Infektionsstatistik ausgewählter Krankheitsbilder nach vorgegebenen Kriterien (in der 2. Spalte der Tabelle Punkte 1-4) und zweitens eine Erfassung festgelegter Erreger mit bestimmten Resistenzen oder Multiresistenzen durchführen, auswerten und bewerten (2. Spalte Punkt 5). In Kliniken mit eigener Hygieneabteilung wird diese Auswertung durch die Hygiene erfolgen, sonst durch den „Hygienebeauftragten Arzt“ oder einen Kollegen aus dem Labor. Für die Erregererfassung ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinikern und dem Labor unerlässlich. Wenn bei mikrobiologischer Befundeingabe der Laborrechner automatisch den Hinweis gibt, daß dieser Erreger mit seinem Resistenzspektrum zusätzlich für die Nosokomialstatistik zu listen ist und eine Kopie für die Hygiene ausdrückt, kann dieser Teil des Infektionsschutzgesetzes ohne erheblichen Mehraufwand umgesetzt werden.

Unsinnig (bis auf eine Alibifunktion gegenüber der Aufsichtsbehörde) wäre es, pauschal alle mikrobiologischen Befunde mit Resistenzbestimmung für die Hygieneabteilung zu kopieren und als die in § 23 geforderte „gesonderte Niederschrift“ zu bezeichnen. So entsteht eine Daten(friedhofs)sammlung, die mangels Übersichtlichkeit nicht auszuwerten ist und daher nicht den Patienten zugute kommt.

Durch sinnvolle keim- und stationsbezogene Monatsstatistiken können Häufungen frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Senkt sich dadurch die Zahl und Schwere von Nosokomialinfektionen, dann ergibt sich daraus bei Abrechnung nach *diagnosis related groups* (DRG) ein wirtschaftlicher Vorteil für die Krankenhäuser, der gegen den Mehraufwand bei der Erfassung in Labor und Hygieneabteilung verrechnet werden müßte.

Bewertung des IfSG

Weitgehend ist das Infektionsschutzgesetz eine Neuaufgabe des Bundesseuchengesetzes - zeitgemäß angepaßt und vorbereitend auf ein europäisches Gesundheitsrecht. Die wesentlichen Änderungen betreffen vor allem die Krankenhäuser und ambulanten Zentren mit einer zusätzlichen, aufwendigen Erhebungspflicht nosokomialer Infektionen und die niedergelassenen Ärzte mit umfangreicherer Anamnese-, Untersuchungs- und Dokumentationspflicht. Für medizinische Laboratorien werden sich vor allem bei der Umstellung der Meldepflicht Anfangsschwierigkeiten ergeben, nicht zuletzt wegen der stark verschachtelten Paragraphen im neuen Gesetzeswerk. Durch sinnvoll adaptierte EDV ist dieses Problem lösbar. Welche Änderungen sich in Untersuchungsumfang und -zahl ergeben, bleibt abzuwarten.



Fortsetzung Melde- und Erfassungspflicht nach IfSG			
Behandelnde Ärzte		Laboratorien	
Hygienezuständige		Erregermeldung (direkter oder indirekter Nachweis)	
Diagnosemeldung	Nosokomialinfektionen	namentlich	nichtnamentlich
	<ul style="list-style-type: none"> • P. aeruginosa, A. baumannii Imipenem/Meropenem, Chinolon Gr. II (z. B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam • S. maltophilia Chinolon Gr. II (z. B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam, Cotrimoxazol • Candida spp. (nur in hämatologisch-onkologischer Abt.) Fluconazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Rabiesvirus • Rickettsia prowazekii • Rotavirus • Salmonella typhi/paratyphi (jeder dir. Nachw.) • Salmonella sonstige • Shigella sp. • Trichinella spiralis • Vibrio cholerae O1 und O139 • Yersinia enterocolitica, darmpathogen • Yersinia pestis • andere Erreger hämorrhagischer Fieber 	
Adressat: Gesundheitsamt	Adressat: Gesundheitsamt	Adressat: Gesundheitsamt	Adressat: Robert-Koch-Inst. Berlin
Frist: unverzüglich, max. binnen 24 h, fehlende Angaben können nachgemeldet werden	Frist: Ad 1.: unverzüglich Ad 2.: Listen-Einsichtnahme auf Verlangen des Gesundheitsamtes	Frist: unverzüglich, max. binnen 24 h, fehlende Angaben können nachgemeldet werden	Frist: 2 Wochen
Angaben: <ul style="list-style-type: none"> • Name, Vorname • Geschlecht • Tag der Geburt • Anschrift Hauptwohnsitz • Anschrift Aufenthaltsort, falls abweichend • Tätigkeit in Gemeinschafts- oder Gesundheitseinrichtung • Tätigkeit in Lebensmittelinrichtung (nur bei akuter Gastroent., akuter Virushep., Typhus/Paratyphus, Cholera) • (Verdachts-)Diagnose • Tag der Erkrankung, der Diagnose, des Todes • wahrscheinliche Infektionsquelle • Herkunftsland der Infektion, bei Tbc Geburtsland und Staatsangehörigkeit • Labor der Erregerdiagnostik • wo weitere stationäre Betreuung oder Entlassung, soweit bekannt • Blut-, Organ-, Gewebespendinge in den letzten 6 Monaten • bei Impfreaktion: alle Angaben des Impfausweises • Name, Anschrift, Tel. des Meldenden 	Angaben: Ad 1.: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Infektionsweg/-risiko, soweit bekannt • Anzahl der Betroffenen • nähere Umstände • getroffene Maßnahmen • Name, Anschrift, Tel. des Meldenden Ad 2.: Fortlaufende Liste mit monatlicher Auswertung zur Erkennung und Reaktion bei Häufungen	Angaben: <ul style="list-style-type: none"> • Name, Vorname • Geschlecht • Tag der Geburt • Anschrift Hauptwohnsitz • Anschrift Aufenthaltsort, falls abweichend • Untersuchungsmaterial • Eingangsdatum • Nachweismethode • Untersuchungsbefund • Name, Anschrift, Tel. des Einsenders • Name, Anschrift, Tel. des Meldenden 	Angaben (auf Formblatt od. Datenträger): <ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht • Geburtsmonat und -jahr • erste 3 Ziffern Postleitzahl des Hauptwohnsitzes • Untersuchungsbefund • Monat und Jahr der Diagnose • Untersuchungsmaterial • Nachweismethode • Infektionsweg und -risiko • Herkunftsland der Infektion • Name, Anschrift, Tel. des Meldenden nur bei HIV: fallbezogene Verschlüsselung <ul style="list-style-type: none"> • 3. Buchstabe des ersten Vornamens, • Zahl der Buchstaben des ersten Vornamens, • 3. Buchstabe des ersten Nachnamens, • Zahl der Buchstaben des ersten Nachnamens. - Umlaute = 2 Buchst. - bei Doppelnamen zählt nur der erste Name, - Namenszusätze entfallen