

9.1.1

Wichtige Regelungen zur Prävention im Infektionsschutzgesetz

Alfred Nassauer

1 Notwendigkeit und Bedeutung der gesetzlichen Regelung des Infektionsschutzes

Die Beschäftigung mit rechtlichen Regelungen ist scheinbar eine „trockene Materie“, und doch sind Minimalkenntnisse über gesetzliche Bestimmungen im Gesundheitswesen und eine Auseinandersetzung damit kein „notwendiges Übel“, sondern tragen dazu bei, den beruflichen Alltag mit größerer Sicherheit und Routine zu bewältigen.

Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten sind gem. Art. 74 Nr. 19 Grundgesetz (GG) Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung (Recht der Länder zur Gesetzgebung, solange der Bund nicht tätig wird). Von seiner Möglichkeit zur materiell-rechtlichen Regelung hat der Bundestag erstmals 1961 Gebrauch gemacht und seinerzeit das Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) verabschiedet. Dieses war stark von Kontrollelementen geprägt und zuletzt in großen Teilen medizinisch-fachlich veraltet. Anfang 2001 wurden deshalb das BSeuchG und das ebenfalls reformbedürftige Geschlechtskrankheitengesetz aus dem Jahr 1953 durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ab-

gelöst, dessen Kernaussagen kurz erläutert werden sollen.

Die Notwendigkeit, die Materie gesetzlich zu regeln, ist in erster Linie durch die Tatsache begründet, dass Infektionskrankheiten sehr oft direkt von Mensch zu Mensch oder auch durch tierische Vektoren oder Lebensmittel auf Menschen übertragen werden können und individualmedizinische Maßnahmen allein eine Epidemie, einen Ausbruch oder schlicht die Infektion einzelner Personen nicht wirksam verhindern können. Besonders einprägsame Beispiele sind der Ausbruch von SARS mit Erkrankungen in Asien, Amerika und Europa und die Vorbereitungen auf eine Influenzapanemie. Damit wird deutlich, dass die Verhütung, Bekämpfung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten (auch) eine öffentliche Aufgabe ist.

2 Infektionsschutzgesetz

Das seit dem 1.1.2001 geltende Infektionsschutzgesetz ist der umfangreichste und bedeutendste Teil des Seuchenrechtsneueordnungs-gesetzes. Diese Bezeichnung veranlasst zu der Annahme, dass der Gesetzgeber das BSeuchG in einigen Passagen zwar geändert, im Wesentlichen aber alles beim Alten gelassen habe. Richtig ist, dass bewährte Vorschriften aus dem alten

Recht übernommen wurden. Dazu zählen die §§ 16 ff. IfSG als Vorschriften zur Gefahrenabwehr (sie beinhalten z.B. die Möglichkeit zur Anordnung von Desinfektionsmaßnahmen, wenn Gegenstände mit Krankheitserregern behaftet sind oder auch Bekämpfungsmaßnahmen gegen tierische Schädlinge, wenn durch diese die Weiterverbreitung von humanpathogenen Krankheitserregern zu befürchten ist). Oft müssen bei Häufungen Ermittlungen über Ursache, Art und Ansteckungsquelle der Erkrankung angestellt werden. Nicht selten sind Schutzmaßnahmen wie Beobachtung oder Quarantäne erforderlich. All das sind Instrumente des klassischen „Seuchenrechts“, auf die auch heute nicht verzichtet werden kann (Gegenstand der §§ 25 ff. IfSG). Sie sind regelmäßig mit der Einschränkung von Freiheitsrechten verbunden, die nicht durch behandelnde Ärzte, sondern nur durch hoheitliche Maßnahmen umgesetzt werden können. Im recht-

lichen Sinne handelt es sich dabei um „Polizeirecht“. Das erklärt die Notwendigkeit eines Gesetzes, das den Interessenkonflikt zwischen individueller Freiheit und dem staatlichen Anspruch, die Allgemeinheit vor Infektionskrankheiten zu schützen, nachvollziehbar regelt (Bales et al. 2001).

Die lokalen Fachbehörden sind die Gesundheitsämter, die bei ordnungsrechtlichen Verfügungen die allgemeinen Polizeibehörden unterstützen. Weitere Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind als Fachaufsicht die Regierungspräsidien bzw. Bezirksregierungen, die Gesundheitsministerien der Länder als Oberste Landesgesundheitsbehörden und auf Bundesebene das Robert Koch-Institut (RKI), das Paul-Ehrlich-Institut (Bundesamt für Sera und Impfstoffe) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die medizinische Informationen für Laien veröffentlicht.

Tabelle 1: Regelungen des Infektionsschutzgesetzes – Übersicht

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Allgemeine Vorschriften und Begriffsbestimmungen2. Koordinierung und Früherkennung und Aufgaben des Robert Koch-Institutes3. Meldewesen4. Verhütung übertragbarer Krankheiten u.a. allgemeine Gefahrenabwehr, amtliche Desinfektionsmittelliste5. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten u.a. Beobachtung, Quarantäne, berufliches Tätigkeitsverbot6. Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen7. Wasser8. Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln9. Tätigkeiten mit Krankheitserregern10. Zuständige Behörden (Benennung durch die Länder)11. Angleichung an Gemeinschaftsrecht12. Entschädigung in besonderen Fällen u.a. Entschädigung für Ausscheider, Regulierung von Impfschäden13. Kosten14. Sondervorschriften u.a. für die Bundeswehr, Seeschiffe und Eisenbahnen15. Straf- und Bußgeldvorschriften16. Übergangsvorschriften |
|--|

Die Aufgaben des RKI sind in § 4 IfSG beschrieben. Danach erstellt das Institut unter anderem als Maßnahme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes Richtlinien, Merkblätter, und sonstige Informationen zu Infektionskrankheiten und berät den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder in allen Fragen der Infektionsprävention sowie bei der Erkennung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (die Dokumente sind auf der Homepage des RKI unter www.rki.de besonders in den Rubriken „Infektionsschutz“ und „Infektionskrankheiten A–Z“ verfügbar; zur Krankenhaushygiene siehe besonders das Schwerpunkttheft des Bundesgesundheitsblatts 11/2000).

3 Weitere Rechtsquellen

Weitere wichtige Rechtsquellen zum Infektionsschutz sind:

- Die **Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV)**, die die wesentlichen Vorgaben zur Kontrolle schwerwiegender Infektion im internationalen Reiseverkehr enthalten und vom Deutschen Bundestag ratifiziert und damit in ein nationales Gesetz überführt werden.
- Die **Gesundheitsdienstgesetze der Länder**, die weiterführende Kompetenzen und Aufgaben von Gesundheitsämtern bei der Infektionskontrolle beschreiben.
- Die **Biostoffverordnung (BioStoffV)** als wichtigstes Regelwerk des medizinischen Arbeitsschutzes unter anderem für alle Beschäftigten im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege.
- Die **Trinkwasserverordnung (TrinkwV)**, die u.a. bestimmt, dass Trinkwasser

als wichtigstes Lebensmittel stets frei von Krankheitserregern sein muss. Die Überwachung erfolgt durch die Gesundheitsämter.

- Die **Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV)** enthält Bestimmungen zur mikrobiologischen Sicherheit und zur Produkthygiene.

4 Wichtige Regelungen im IfSG

4.1 Prävention durch Information und Aufklärung

Im IfSG sind zwei Aussagen wegweisend:

- § 3 besagt, dass Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung eine öffentliche Aufgabe sind.
- § 1 Abs. 2 S. 2 IfSG postuliert: „Die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, Lebensmittelbetrieben, Gesundheitseinrichtungen sowie des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten soll (in diesem Gesetz) verdeutlicht und gefördert werden.“

Zwar darf die Bedeutung von Generalklauseln (und als solche sind die beiden zitierten Vorschriften zu sehen) nicht zu sehr strapaziert werden; die beiden Bestimmungen sollten aber als Grundsatz für die Anwendung und Auslegung der speziellen Regelungen des IfSG bedacht und die Entscheidung des Gesetzgebers dahingehend interpretiert werden, dass Infektionsschutz als öffentliche Aufgabe allein nicht zum angestrebten Ziel führt. Vielmehr bedarf es auch immer der eigenverantwortlichen

Wahrnehmung von Rechten und Pflichten von Einzelpersonen und Einrichtungen, z.B. in der Kinderbetreuung oder der Gemeinschaftsverpflegung, um eine Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu verhindern oder zumindest einzudämmen.

4.2 Surveillance übertragbarer Krankheiten (Meldewesen)

Es sind sowohl bestimmte Krankheitsbilder bei Verdacht, Erkrankungen oder Tod sowohl durch behandelnde Ärzte (§ 6 IfSG, Tab. 2), als auch labordiagnostische Nachweise von Erregern (§ 7 IfSG) zu melden.

Tabelle 2: Meldepflichtige Krankheiten (Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod, § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG)

1. Botulismus
2. Cholera
3. Diphtherie
4. Humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditäre Formen
5. Akute Virushepatitis
6. Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)
7. Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber
8. Masern
9. Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
10. Milzbrand
11. Poliomyelitis
12. Pest
13. Tollwut
14. Typhus abdominalis/Paratyphus
15. Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose

Das Gesetz regelt, welche personen- und krankheitsbezogenen Daten von den Meldepflichtigen an das Gesundheitsamt gemacht werden müssen. Zur Wahrung des Datenschutzes legt es auch fest, welche

Angaben aus diesem Datensatz dann für die Infektionsstatistik weiter an die Landesbehörden übermittelt werden dürfen. Insbesondere bei Verdachtsmeldungen oder bei der Meldung von Erregernachweisen werden nicht immer alle übermittlungspflichtigen Angaben bereits durch die erste Meldung vorliegen. Daher muss das Gesundheitsamt in diesen Fällen weitere Erkundigungen einholen, um die entsprechenden Informationen weitergeben zu können. Ihm obliegt auch die Aufgabe, die eingehenden Meldungen von Ärzten und Laboratorien zusammenzuführen und als Einzelfallmeldung weiter zu übermitteln. Dafür wurden Falldefinitionen entwickelt, denn nur bei Anwendung solcher fachlicher Vorgaben wird gewährleistet, dass in einer Infektionsstatistik valide und epidemiologisch verwertbare Ergebnisse zusammengefasst und veröffentlicht werden können. Wichtig ist, dass die genannten Falldefinitionen nicht bereits die meldenden Ärzte oder sonstige im Gesetz genannten Personen verpflichten, sondern fachliche Grundlage für die Gesundheitsämter sind.

Leider wird immer wieder behauptet, das Meldewesen im IfSG verlange von Ärzten und anderen meldepflichtigen Personen wesentlich mehr als das Bundes-Seuchengesetz. Bei genauer Betrachtung ist aber das Gegenteil richtig: Während in § 3 BSeuchG 54 meldepflichtige Erkrankungen und der Biss oder die Berührung durch ein tollwutkrankes oder -verdächtigtes Tier meldepflichtig waren, haben sich jetzt diese Tatbestände für Ärzte in Krankenhäusern oder auch in niedergelassener Praxis auf exakt 15 Erkrankungen reduziert (Tab. 2). Zahlreiche meldepflichtige Krankheiten sind weggefallen, neu ist nur die Meldung der Masern. Die meldepflichtigen

Tabelle 3: Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern (namentliche Meldung gemäß § 7 Abs. 1 IfSG)

1. Adenoviren: Nachweis aus Konjunktivalabstrich	25. Lassavirus
2. <i>Bacillus anthracis</i>	26. <i>Legionella</i> sp.
3. <i>Borrelia recurrentis</i>	27. <i>Leptospira interrogans</i>
4. <i>Brucella</i> sp.	28. <i>Listeria monocytogenes</i> ; direkter Nachweis aus Blut, Liquor, Abstriche von Neugeborenen
5. <i>Campylobacter</i> sp., darmpathogen	29. Marburgvirus
6. <i>Chlamydia psittaci</i>	30. Masernvirus
7. <i>Clostridium botulinum</i> oder Toxinnachweis	31. <i>Mycobacterium leprae</i>
8. <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , Toxin bildend	32. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>M. africanum</i> , <i>M. bovis</i>
9. <i>Coxiella burnettii</i>	33. <i>Neisseria meningitidis</i> ; Nachweis aus Liquor, Blut
10. <i>Cryptosporidium parvum</i>	34. Norwalk-ähnliches Virus; Nachweis aus Stuhl
11. Ebolavirus	35. Poliovirus
12. a) EHEC b) <i>E. coli</i> , sonstige darmpathogene Stämme	36. Rabiesvirus
13. <i>Francisella tularensis</i>	37. <i>Rickettsia prowazekii</i>
14. FSME-Virus	38. Rotavirus
15. Gelbfiebertvirus	39. <i>Salmonella paratyphi</i> ; direkte Nachweise
16. <i>Giardia lamblia</i>	40. <i>Salmonella typhi</i> ; direkte Nachweise
17. <i>Haemophilus influenzae</i> ; bei direktem Nachweis aus Liquor oder Blut	41. <i>Salmonella</i> , sonstige
18. Hantaviren	42. <i>Shigella</i> sp.
19. Hepatitis-A-Virus	43. <i>Trichinella spiralis</i>
20. Hepatitis-B-Virus	44. <i>Vibrio cholerae</i> O 1 und O 139
21. Hepatitis-C-Virus; jedoch keine chronische Infektion	45. <i>Yersinia enterocolitica</i> , darmpathogen
22. Hepatitis-D-Virus	46. <i>Yersinia pestis</i>
23. Hepatitis-E-Virus	47. Andere Erreger hämorrhagischer Fieber
24. Influenzaviren; nur direkter Nachweis	

Nachweise von Krankheitserregern (verbunden mit einer deutlichen Mehrbelastung für mikrobiologische Laboratorien) beinhaltet § 7 IfSG (Tab. 3); hiernach ist jetzt der Nachweis von 47 Krankheitserregern dem Gesundheitsamt zu melden.

Alle Einzelfallmeldungen aus den Ländern werden dem Robert Koch-Institut mitgeteilt, das die Aufgabe eines epidemiologischen Datenzentrums übernommen hat. Die Daten werden im Epidemiologischen Bulletin (www.rki.de → Infektionsschutz → Epidemiologisches Bulletin) veröffentlicht, und epidemiologische Analysen und ande-

re Bewertungen sollen Ärzte, Krankenhäuser und weitere Gesundheitseinrichtungen in die Lage versetzen, auf epidemiologische Veränderungen zeitnah zu reagieren.

Das beschriebene Verfahren dient aber nicht allein der epidemiologischen Auswertung auf Bundes- oder Landesebene, sondern durch die namentliche Meldung sollen die Gesundheitsämter in die Lage versetzt werden, die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten in ihrer Zuständigkeit zu verhindern. Das ist historisch gesehen die Begründung zur Einführung einer Meldepflicht und zeigt sich im engli-

schen in den synonym gebrauchten Termini „reportable“ und „communicable“ diseases. Nach Meldung z.B. einer Hepatitis ist zunächst die Diagnostik zu vervollständigen. Wird Hepatitis-A-Virus als Erreger nachgewiesen, sind Isolations- und Desinfektionsmaßnahmen, Suche nach dem kontaminierten Lebensmittel und Schutzimpfungen für Kontaktpersonen zu bedenken. Wird Hepatitis-C-Virus als Krankheitsursache diagnostiziert, stehen die Beratung des Patienten und seiner Angehörigen ganz im Vordergrund. Für die recht schwierige Entscheidung im Gesetz, welche Erkrankungen schon im Verdachtsfall primär durch den behandelnden Arzt zu melden sind (§ 6 IfSG), war die Überlegung entscheidend, in welchen Fällen rasche Untersuchungen und Entscheidungen des Gesundheitsamtes für den Einzelnen wie für sein privates und berufliches Umfeld von unmittelbarer gesundheitlicher Bedeutung sind.

Neu aufgenommen wurde die Möglichkeit zu Sentinelerhebungen (§ 13 IfSG). Danach kann das Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit den Ländern Erhebungen zur Verbreitung von Infektionskrankheiten durchführen, wenn Kenntnisse darüber von gesundheitlicher Bedeutung für das Gemeinwohl sind und die Krankheiten wegen ihrer Häufigkeit über Einzelfallmeldungen nur schwer erfasst werden können. Sentinels bestehen z.B. zur Influenza und den Masern. Im ersten Fall ist die Planung präventiver Maßnahmen und bei Masern die Bemühung um eine Eradikation dieser impfpräventablen Krankheit Hauptzweck der epidemiologischen Untersuchungen.

4.3 Schutzimpfungen

Die Entscheidung des Gesetzes für mehr Eigenverantwortung des Einzelnen und Betonung der Primärprävention hat gerade in den Regelungen zu Schutzimpfungen ihren Niederschlag gefunden. Gemäß § 20 Abs. 1 IfSG hat der Öffentliche Gesundheitsdienst die Aufgabe, die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen zu informieren. In § 20 Abs. 2 IfSG wird die Ständige Impfkommission (STIKO) gesetzlich verankert. Sie erhält zu ihrer bisherigen Tätigkeit (Veröffentlichung eines Impfkaltenders für Kinder, Jugendliche und Erwachsene) die Aufgabe, Kriterien zur Abgrenzung einer möglichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung zu entwickeln. Das ist deshalb von praktischer Relevanz, da gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG ein Impfschaden dem Gesundheitsamt namentlich mitzuteilen ist. Aufgrund dieser Neuregelung gibt es inzwischen eine aussagefähige Impfschadensstatistik (www.pei.de → *Patienten und Verbraucher* → *Informationen zu Impfstoffen und Impfungen*). Außerdem besteht danach die Möglichkeit, dass das Gesundheitsamt sowohl den impfenden Arzt als auch den Impfling in einer schwierigen Situation beraten und mithelfen kann, das oft deutlich belastete Vertrauensverhältnis wieder herzustellen.

Durch § 20 Abs. 3 IfSG werden die Länder aufgefordert, eigene öffentliche Empfehlungen zu Schutzimpfungen auf der Grundlage der STIKO-Empfehlungen auszusprechen – ein Merkmal für die föderale Eigenständigkeit der Länder im Gesundheitswesen.

Neu ist auch die Entscheidung in § 22 IfSG. Der Gesetzgeber fordert nicht mehr (wie in

§ 16 Abs. 2 BSeuchG) ein bundeseinheitliches Muster eines Impfausweises, der nicht verwirklicht werden konnte. Festgelegt wird jetzt lediglich, welche Eintragungen in ein Impfdokument erfolgen müssen: Datum der Impfung, Chargennummer des Impfstoffes, Name der Krankheit (gegen die geimpft wird), Stempel und Unterschrift des Arztes.

§ 34 Abs. 11 IfSG verpflichtet die Gesundheitsämter, bei allen Einschülern den Impfstatus zu erheben. Gerade genaue Kenntnisse über Durchimpfungsraten sind die Basis für gesundheitspolitische Aktivitäten oder auch Anlass für Gesundheitsämter zur Intervention, wenn allzu große Lücken festgestellt werden. 2006 erkrankten allein in Nordrhein-Westfalen über 1700 Kinder an Masern, und der Ausbruch belegt, wie wichtig Kenntnisse über Durchimpfungsraten im Kindergemeinschaftseinrichtungen sind.

Die Impfschadigungsregelungen sind in den §§ 60 ff. IfSG formuliert und haben ganz wesentlich das Recht aus dem BSeuchG übernommen. Bei diesem staatlichen Aufopferungsanspruch handelt es sich um eine verschuldensunabhängige Entschädigung (nicht entscheidend ist also, ob ein Arzt vorsätzlich oder fahrlässig einen Schaden herbeigeführt hat) und damit eine sehr weitgehende Garantie. Hauptvoraussetzung ist, dass die Schutzimpfung öffentlich, d.h. durch die Obersten Landesgesundheitsbehörden empfohlen ist. Ist ein Gesundheitsschaden zumindest wahrscheinlich auf eine empfohlene Impfung zurückzuführen, erhält der Patient Heilbehandlung und (bei andauernder Schädigung) Rentenzahlungen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes. Auch diese Garantie be-

legt, dass Schutzimpfungen eine öffentliche Aufgabe.

4.4 Nosokomiale Infektionen

Einzige spezifische Vorschrift zur Krankenhaushygiene im BSeuchG war § 8, der den Ausbruch nosokomialer Infektionen meldepflichtig gemacht hatte. Allerdings besagte die Vorschrift nicht, wie das zu geschehen habe.

Auch hier hat das IfSG aus Erfahrungen der Vergangenheit gelernt und bestimmt, dass das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nicht namentlich zu melden ist (§ 6 Abs. 3 IfSG). Im Wissen um die Tatsache, dass Ausbruchsuntersuchungen oft schwierig und fachlich eine Kunst sind, hat das Robert Koch-Institut eine eigene Empfehlung zur Untersuchung von Ausbrüchen veröffentlicht (Ammon et al. 2001).

Die zentrale Vorschrift zur Krankenhaushygiene ist § 23 IfSG. In Abs. 1 wird bestimmt, dass alle Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren in Deutschland künftig bestimmte nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen erfassen und bewerten müssen (Bundesgesundheitsblatt 2000). Bei dieser Vorgabe waren zwei Überlegungen maßgebend: Zum einen werden in Deutschland durch das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) nationale Referenzdaten für die wichtigsten nosokomialen Infektionen fortlaufend erfasst (siehe www.nrz-hygiene.de). Zum anderen sollte sich die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben an europäischen Standards orientieren.

§ 23 Abs. 2 IfSG beschreibt darüber hinaus die Aufgaben der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: „(Sie) erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.“ Im Rahmen dieses Auftrags hat die Kommission zur Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen eine Methode empfohlen, die sich am erwähnten Erfassungssystem (KISS) orientiert und so einen Vergleich mit den Referenzdaten ermöglicht (KRINKO 2001). Krankenhäuser erhalten dadurch wichtige Basisinformationen für das Qualitätsmanagement, denn Voraussetzung für die Etablierung und Anordnung von Hygienemaßnahmen ist nach heute allgemein akzeptierter Auffassung die Kenntnis eigener Surveillancedaten nosokomialer Infektionen.

4.5 Regelungen für Gemeinschaftseinrichtungen

Im BSeuchG waren Untersuchungspflichten für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen und Lebensmittelbetrieben normiert, die nicht ins IfSG übernommen wurden. An ihre Stelle sind Belehrungen getreten, die insgesamt zeitaufwendiger sein dürften. Die §§ 45 bis 48 BSeuchG hatten den Infektionsschutz in Schulen und sonstigen Gemeinschaften geregelt, und die Vorschriften sahen ein Besuchsverbot bei bestimmten übertragbaren Krankheiten vor, zu denen u.a. Pocken, Tularämie, Ornithose und Virushepatitiden (ohne eine Differenzierung) gehörten. Wenn Beschäftigte oder Besucher von Gemeinschaftseinrichtungen daran erkrankten oder die

genannten Krankheitserreger ausschieden, statuierte § 45 BSeuchG ein Besuchsverbot, bis nach dem Urteil des behandelnden Arztes oder des Gesundheitsamtes eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten war. Dieses Verfahren ist durch § 34 IfSG prinzipiell übernommen worden. Allerdings gibt es Änderungen, die im Detail für die Praxis bedeutsam sind.

Der Katalog der Erkrankungen, die im Einzelfall zum Besuchs- oder Tätigkeitsverbot führen, wurde dem heutigen Kenntnisstand und der epidemiologischen Situation angepasst. Genannt sind in § 34 Abs. 1 IfSG Erkrankungen, die im Einzelfall schwer verlaufen oder für deren Ausbreitung in Gemeinschaftseinrichtungen besonders günstige Bedingungen vorliegen. Außerdem ist der Kopflausbefall genannt. Kinder mit Gastroenteritis, die jünger als sechs Jahre sind, dürfen Gemeinschaftseinrichtungen ebenfalls nicht besuchen (Tab. 4). Festzuhalten ist, dass im Gesetzestext das Gesundheitsamt als Behörde, die eine Wiederzulassung zum Besuch feststellt, nicht mehr eigens genannt, sondern das jetzt allein dem behandelnden Arzt übertragen ist.

Ausscheider von Choleravibrionen, Typhus, Paratyphus, Salmonellen, Shigellen, EHEC und Diphtheriebakterien dürfen allerdings nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung von Schutzmaßnahmen die Einrichtung besuchen (§ 34 Abs. 2 IfSG). Abs. 3 der Vorschrift geht noch einen Schritt weiter. Danach dürfen Mitglieder einer Wohngemeinschaft nicht in eine Kindergemeinschaftseinrichtung gehen, wenn zu Hause eine Person an einer schwerwiegenden Infektion erkrankt ist (der Katalog ist mit dem in § 34 Abs. 1 IfSG weitgehend identisch;

Tabelle 4: Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen: Gesundheitliche Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 Abs. 1 IfSG.

„Personen, die an 1. Cholera 2. Diphtherie 3. Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E. coli</i> (EHEC) 4. virusbedingtem hämorrhagischem Fieber 5. <i>Haemophilus influenzae</i> Typ b-Meningitis 6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) 7. Keuchhusten 8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose 9. Masern 10. Meningokokken-Infektion 11. Mumps 12. Paratyphus 13. Pest 14. Poliomyelitis 15. Scabies (Krätze) 16. Scharlach oder sonstigen <i>Streptococcus pyogenes</i>-Infektionen 17. Shigellose 18. Typhus abdominalis 19. Virushepatitis A oder E 20. Windpocken erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind, dürfen ... Gemeinschaftseinrichtungen ... nicht betreten, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.“

nicht genannt sind Impetigo contagiosa, Keuchhusten, Scabies, Scharlach und Windpocken).

§ 35 Abs. 5 S. 2 IfSG verlangt, dass die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung jede Person, die dort neu betreut wird oder deren Sorgeberechtigte über die geschilderten Verpflichtungen aus § 34 Abs.1 bis 3 IfSG zu belehren hat. Für Betreuungs-, Erziehungs- und Aufsichtspersonal wird bestimmt, dass es vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren über die gesundheitlichen Anforderungen und Mit-

wirkungspflichten nach § 34 IfSG zu belehren ist.

Im Gesetzgebungsverfahren wurde immer wieder als Kritik geäußert, dass dem Gesundheitsamt durch die Neuregelung wichtige Kompetenzen genommen würden. Das trifft schon deshalb nicht zu, weil die §§ 33 ff. IfSG als „besondere Vorschriften“ benannt sind, neben denen die allgemeinen Regelungen über Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten uneingeschränkt Anwendung finden (§§ 16 ff. und 25 ff. IfSG).

4.6 Belehrung für Beschäftigte in Lebensmittelbetrieben

Anstelle der früher durchgeführten Untersuchungen gem. § 18 Abs. 1 BSeuchG (im Wesentlichen zwei Stuhlproben vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit) sieht das IfSG vor, dass Personen, die gewerbsmäßigen Umgang mit bestimmten Lebensmitteln (aus Fleisch, Fisch, anderen Meeresfrüchten, Ei- und Milchprodukten) haben und dabei mit ihnen direkt oder indirekt in Berührung kommen oder in Küchen von Gaststätten, Restaurants, Kantinen, Cafés oder in sonstigen Einrichtungen mit und zur Gemeinschaftsverpflegung tätig sind, durch Belehrungen in die Lage versetzt werden, Hinderungsgründe für eine Tätigkeit bei sich selbst festzustellen.

Im Lebensmittelbereich darf nicht arbeiten, wer an Typhus abdominalis, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose, einer anderen infektiösen Gastroenteritis oder Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig ist. Ebenso betroffen sind Beschäftigte, die infizierte Wunden haben oder an Hautkrankheiten leiden, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können. Auch die Ausscheider von Shigellen, Salmonellen, EHEC oder Choleravibrien unterliegen einem Tätigkeitsverbot.

Diese Belehrung zu Infektionskrankheiten muss vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit in mündlicher und schriftlicher Form durch das Gesundheitsamt erfolgen. Im Laufe der weiteren Beschäftigung muss der jeweilige Unternehmer die Wiederholungsbelehrung vornehmen.

Von Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenpflege wird häufig gefragt, ob

auch Pflegepersonal eine solche Belehrung nach IfSG erhalten muss, da es für Patienten hin und wieder Speisen zubereitet oder auch älteren Patienten bei der Nahrungsaufnahme helfen muss. Die Durchführung von Bundesgesetzen ist Sache der Länder. Deshalb können rechtlich verbindlich Festlegungen nur durch die Obersten Landesgesundheitsbehörden getroffen werden. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind also gut beraten, sich hier beim zuständigen Gesundheitsamt zu erkundigen.

5 Zusammenfassung

Das Infektionsschutzgesetz trägt der Forderung nach Deregulierung (weniger Gesetze und weniger Staat) dadurch Rechnung, dass die Eigenverantwortung des Einzelnen, aber auch diejenige von Einrichtungen und Unternehmen gestärkt und gefördert wird. Außerdem sind Kontrollinstrumente auf ihre Wirksamkeit geprüft und in großem Umfang gegenüber der alten Rechtslage abgebaut worden. Statt wenig wirksamer Stuhlkontrollen und Röntgenaufnahmen (z.B. bei Einstellungsuntersuchungen) setzt das neue Recht auf Prävention durch Information und Aufklärung. Im Bereich der Krankenhaushygiene plädiert das Gesetz für Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. So ist z.B. die unterlassene Meldung eines Ausbruchs nicht bußgeldbewährt. An diesem einfachen Beispiel wird deutlich, dass Gesundheitsämter im konkreten Fall keine Überwachungs- und Kontrollfunktion ausüben, sondern viel eher als Partner eines Krankenhauses, niedergelassener Ärzte und der Gemeinschaftseinrichtungen definiert sind.

6 Literatur

Ammon A, Gastmeier P, Weist K, Kramer M, Petersen L (2001) Empfehlungen zur Untersuchung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen. RKI-Heft 21, Robert Koch-Institut, Berlin

Bales S, Baumann HG, Schnitzler N. Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriften-sammlung. 2. Aufl. W. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln, 2003

Bundesgesundheitsblatt. Schwerpunktthema: Das neue Infektionsschutzgesetz. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2000; 43(11)

KRINKO, Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Empfehlung zur Surveillance (Erfassung und Bewertung) nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001; 44: 523–536

