

# VI – 2 Infektionsschutzgesetz

Von A. Nassauer, Berlin

## Vorbemerkungen

*Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten* sind gem. Art. 74 Nr. 19 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)* abgelöst, dessen Kernaussagen anschließend erläutert werden.

Die Notwendigkeit, die Materie gesetzlich zu regeln, ist in erster Linie durch die Tatsache begründet, dass die Erreger von 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 weiterer Einzelpersonen nicht wirksam verhindern können. Damit sind die Verhütung, Bekämpfung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten eine öffentliche Aufgabe. In vielen Staaten wurden weltweit vergleichbare Regelungen umgesetzt.

Tabelle 1: Regelungen des Infektionsschutzgesetzes – Übersicht

1. Allgemeine Vorschriften u.a. Begriffsbestimmungen
2. Koordinierung und Früherkennung u.a. Aufgaben des Robert Koch-Institutes
3. Meldewesen
4. Verhütung übertragbarer Krankheiten u.a. allgemeine Gefahrenabwehr, amtliche Desinfektionsmittelliste
5. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten u.a. Beobachtung, Quarantäne, berufliches Tätigkeitsverbot
6. Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen
7. Wasser
8. Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln
9. Tätigkeiten mit Krankheitserregern
10. Zuständige Behörde (Benennung durch die Länder)
11. Angleichung an Gemeinschaftsrecht
12. Entschädigung in besonderen Fällen u.a. Entschädigung für Ausscheider, Regulierung von Impfschäden
13. Kosten
14. Sondervorschriften u.a. für die Bundeswehr, Seeschiffe und Eisenbahnen
15. Straf- und Bußgeldvorschriften
16. Übergangsvorschriften

## Bedeutsame Neuregelungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Einleitung

Das seit dem 1.1.2001 geltende Infektionsschutzgesetz (→ *Kapitel V – 1.1*) ist der umfangreichste und bedeutendste Teil des Seuchenrechtsneuordnungsgesetzes (*Tab. 1*).

Die umständliche 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 dies 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 rechtlichen Sinne handelt es sich dabei um „Polizeirecht“. Dies erklärt die Notwendigkeit eines Gesetzes, das den Interessenkonflikt zwischen individueller Freiheit und dem staatlichen Anspruch, die Allgemeinheit vor Infektionskrankheiten zu schützen, nachvollziehbar regelt [1].

Die lokalen Fachbehörden sind die *Gesundheitsämter*, die bei ordnungsrechtlichen Ver-

fügungen 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 (PEI, Bundesamt für Sera und Impfstoffe) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Einrichtung des Bundes, die medizinische Informationen für Laien veröffentlicht.

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. Alle Dokumente sind im Internet, Homepage des RKI, unter [www.rki.de](http://www.rki.de) verfügbar (*siehe auch [2]*).

Weitere wichtige Rechtsquellen zum Infektionsschutz sind:

- Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), die die wesentlichen Vorgaben zur Kontrolle von schwerwiegenden Infektionen im internationalen Reiseverkehr enthalten und vom Deutschen Bundestag ratifiziert und damit in ein nationales Gesetz überführt wurden [3].
- Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder, die weiterführende Kompetenzen und Aufgaben von Gesundheitsämtern bei der Infektionskontrolle beschreiben.
- Die Biostoffverordnung (BioStoffV). Sie gilt als wichtigstes Regelwerk des medizinischen Arbeitsschutzes (u.a. für alle Beschäftigten im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege), auf die bereits eingegangen wurde (→ *Kapitel VI – 1*).
- Die Trinkwasserverordnung (TrinkwV), die u.a. bestimmt, dass Trinkwasser als wichtigstes Lebensmittel stets frei von Krank-

heitserregern sein muss (die Überwachung erfolgt durch die Gesundheitsämter).

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

**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 Satz 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.“

Nun 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.

**Surveillance übertragbarer Krankheiten (Meldewesen)**

Mit dem Infektionsschutzgesetz wird das System der meldepflichtigen Krankheiten in Deutschland auf eine neue Basis gestellt. Es

sind sowohl bestimmte *Krankheitsbilder* bei Verdacht, Erkrankungen oder Tod 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)

a. Botulismus
b. Cholera
c. Diphtherie
d. Humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär hereditäre Formen
e. Akute Virushepatitis
f. Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)
g. Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber
h. Masern
i. Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
j. Milzbrand
k. Poliomyelitis
l. Pest
m. Tollwut
n. Typhus abdominalis/Paratyphus
außerdem ist meldepflichtig: Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose

Das Gesetz regelt auch, welche personen- und krankheitsbezogenen Daten von den Meldepflichtigen an das Gesundheitsamt übermittelt 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 genannte 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 seinerzeit 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 niedergelassenen Praxen auf exakt 15 Erkrankungen reduziert (*Tab. 2*). Zahlreiche meldepflichtige Krankheiten sind weggefallen, neu ist nur die Meldung der Masern. Die meldepflichtigen 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](http://www.rki.de), Kapitel Infektionsschutz, Stichwort Epidemiologisches Bulletin) publiziert, und epidemiologische Analysen und andere Bewertungen sollen Ärzte, Krankenhäuser und weitere Gesundheitseinrichtungen in die

Lage versetzen, auf epidemiologische Veränderungen zeitnah zu reagieren.

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

1. Adenoviren: Nachweis aus Konjunktivalabstrich
2. Bacillus anthracis
3. Borrelia recurrentis
4. Brucella sp.
5. Campylobacter sp., darmpathogen
6. Chlamydia psittaci
7. Clostridium botulinum oder Toxinnachweis
8. Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend
9. Coxiella burnettii
10. Cryptosporidium parvum
11. Ebolavirus
12. a) EHEC b) E. coli, sonstige darmpathogene Stämme
13. Francisella tularensis
14. FSME-Virus
15. Gelbfiebervirus
16. Giardia lamblia
17. Haemophilus influenzae; bei direktem Nachweis aus Liquor oder Blut
18. Hantaviren
19. Hepatitis-A-Virus
20. Hepatitis-B-Virus
21. Hepatitis-C-Virus: jedoch keine chron. Infektion
22. Hepatitis-D-Virus
23. Hepatitis-E-Virus
24. Influenzaviren; nur direkter Nachweis
25. Lassavirus
26. Legionella sp.
27. Leptospira interrogans
28. Listeria monocytogenes; direkter Nachweis aus Blut, Liquor, Abstriche von Neugeborenen
29. Marburgvirus

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

30. Masernvirus
31. Mycobacterium leprae
32. Mycobacterium tuberculosis, M. africanum, M. bovis
33. Neisseria meningitidis; Nachweis aus Liquor, Blut
34. Norwalk-ähnliches Virus; Nachweis aus Stuhl
35. Poliovirus
36. Rabiesvirus
37. Rickettsia prowazekii
38. Rotavirus
39. Salmonella Paratyphi; direkte Nachweise
40. Salmonella Typhi; direkte Nachweise
41. Salmonella sonstige
42. Shigella sp.
43. Trichinella spiralis
44. Vibrio cholerae O 1 und O 139
45. Yersinia enterocolitica, darmpathogen
46. Yersinia pestis
47. Andere Erreger hämorrhagischer Fieber

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. Dies ist historisch gesehen die Begründung zur Einführung einer Meldepflicht und zeigt sich im Englischen 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 den kontaminierten Lebensmitteln und Schutzimpfungen für Kon-

taktpersonen zu bedenken. Wird Hepatitis-C-Virus als Krankheitsursache diagnostiziert, steht 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 sowie für sein privates und berufliches Umfeld von unmittelbarer gesundheitlicher Bedeutung sind.

Neu aufgenommen wurde die Möglichkeit zu *Sentinelenerhebungen* (§ 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.

§ 15 IfSG enthält – wie schon das BSeuchG – eine Verordnungsermächtigung zur „Anpassung der Meldepflicht an die epidemische Lage“. Von dieser Möglichkeit hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuletzt in zwei Fällen Gebrauch gemacht:

1. Am 30. April 2009 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Verordnung über die Meldepflicht für Neue Influenza A H1N1 („Schweine-Grippe“) erlassen (Bundesanzeiger, Sonderausgabe 1, S. 1590). Zu melden waren Krankheitsverdacht, Krankheit und Tod durch diesen neuen Erreger. Der damit verbundene Aufwand und die Kosten für die Diagnostik waren Gegenstand heftiger Diskussionen unter Ärzten, Kostenträgern und Öffentlichem Gesundheitsdienst. Als im Novem-

ber 2009 die Zahl der Neuerkrankungen deutlich zurückging, es also Anzeichen gab, dass die Pandemie in Deutschland abebbt, wurde diese Verordnung am 14. November auch wieder aufgehoben.

2. Gemäß § 1 der Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung vom 26. Mai 2009 (BGBl I, S. 1139) ist der Nachweis von MRSA aus Blut und Liquor dem Gesundheitsamt namentlich zu melden. Da bis zum o.g. Zeitpunkt MRSA nur im Rahmen von Ausbrüchen (nicht namentlich) zu melden war und die Datenlage über die Verbreitung des Erregers in Deutschland seitens der Fachöffentlichkeit als unzureichend angesehen wurde, wollte der Ordnungsggeber mit dem in der Verordnung genannten Tatbestand einen „Indikator“ schaffen, der den Öffentlichen Gesundheitsdienst in die Lage versetzt, die Epidemiologie dieses Krankheitserregers auch regional zu beobachten. Die Konsequenzen bzgl. der Einhaltung von Schutzmaßnahmen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und der häuslichen Umgebung liegen auf der Hand.

### Schutzimpfungen

Die Entscheidung des Gesetzgebers 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 Impfkalenders 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. Dies ist deshalb von praktischer Relevanz, da gem. § 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG ein *Impfschaden* dem Gesundheitsamt namentlich mitzuteilen ist. Auf-

grund dieser Neuregelung soll nach und nach eine aussagefähige *Impfschadensstatistik* in Deutschland entstehen. Außerdem besteht danach die Möglichkeit, dass das Gesundheitsamt sowohl impfenden Arzt als auch 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.

Die *Impfentschädigungsregelungen* sind jetzt 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 empfohlen ist (s.o.). Ist ein Gesundheitsschaden zumindest wahrscheinlich auf eine empfohlene Impfung zurückzu-

führen, erhält der Patient Heilbehandlung und (bei andauernder Schädigung) Rentenzahlungen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes. Auch diese Garantie belegt, dass Schutzimpfungen eine öffentliche Aufgabe und im Übrigen die einzige gesetzlich geregelte medizinische Maßnahme sind.

### Nosokomiale Infektionen

Eine spezifische Vorschrift zur Krankenhaushygiene im BSeuchG war § 8, der den Ausbruch nosokomialer Infektionen (NI) meldepflichtig gemacht hatte. Allerdings besagte die Vorschrift nicht, wie dies zu geschehen habe. Dies mag ein Grund dafür sein, warum der Paragraph in der Vergangenheit weitgehend übersehen wurde.

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 [4].

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 [2].

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 [5], 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 Auftrages hat die Kommission zur Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen eine Methode empfohlen, die sich am erwähnten Erfassungssystem (KISS, s.o.) orientiert und so einen Vergleich mit den Referenzdaten ermöglicht [6]. 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.

### 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 zeitaufwändiger 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 *Läusebefall* 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 dies 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; 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 Mitwirkungspflichten nach § 34 IfSG zu belehren ist.

Im Gesetzgebungsverfahren wurde immer wieder als Kritik geäußert, dass dem Gesund-

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

(1) Personen, die an
1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischem Fieber
5. Haemophilus influenzae 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 Streptococcus pyogenes-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.

heitsamt durch die Neuregelung wichtige Kompetenzen genommen würden. Dies 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).

### 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.

Nicht arbeiten im Lebensmittelbereich darf, 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 Choleravibrionen 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 eine Wiederholungsbelehrung dann der jeweilige Unternehmer vornehmen.

Von Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenpflege wird häufig gefragt, ob auch Pflegepersonal eine solche Belehrung nach IfSG erhalten muss, da es natürlich für Patienten hin und wieder Speisen zubereitet oder auch ältere Patienten häufig füttern muss. Die Durchführung von Bundesgesetzen ist Sache der Länder. Deshalb können rechtlich verbindlich Festlegungen nur durch die Obersten Landesgesundheitsbehörden getroffen werden. Krankenhäuser und Pflegereinrichtungen sind also gut beraten sich hier beim zuständigen Gesundheitsamt zu erkundigen.

## INFEKTIONSSCHUTZGESETZ – ÜBERBLICK

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 bußgeldbewehrt. 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.

## Praktische Hinweise

Häufig wird das Robert Koch-Institut im Rahmen alltäglicher Anfragen gebeten, bei Meinungsverschiedenheiten/Konflikten mit Aufsichtsbehörden eine verbindliche Auslegung des IfSG vorzunehmen. So verständlich diese Bitte auch sein mag, hier stößt das RKI an die Grenzen seiner Beratungstätigkeit, weil Art. 83/84 GG bestimmen, dass die Länder die Bundesgesetze als *EIGENE* Angelegenheit ausführen, und auch das Verwaltungsverfahren (z.B. bei der Umsetzung des IfSG) selbst festlegen können: Geht es also um Klärung von Rechtsfragen, weil Betroffene Verfügungen, z.B. eines Gesundheitsamtes, für fehlerhaft halten, kann das RKI dazu wenig beitragen; vielmehr kann in solchen Fällen die Einschaltung der Fachaufsicht auf Landesebene (oder auch ein Widerspruch in einem förmlichen Verwaltungsverfahren) zur Klärung beitragen.

*ALLE* Internetseiten des RKI sind frei zugänglich und wenige Hinweise hier sollen die Suche wichtiger Dokumente zum IfSG erleichtern. Bei [www.rki.de](http://www.rki.de) sind zwei Bereiche wegweisend: a) Infektionsschutz und b) Infektionskrankheiten A–Z.

Bei a) sind die Stichworte Infektionsschutzgesetz, Impfen, Krankenhaushygiene und Epidemiologische Bulletin (EpidBull) besonders ergiebig, weil die meisten Anfragen an die Postfächer Impfen und Infektionshygiene gehen. Das EpidBull ist das wöchentlich erscheinende Fachjournal des RKI, das von Berichten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst geprägt ist und die Meldungen gem. IfSG wöchentlich (zeitnah) abbildet. Beim Stichwort Infektionsschutzgesetz sind neben den Falldefinitionen (für Meldungen) vor allem Antworten auf häufig gestellte Fragen (rund um das IfSG) zusammengestellt.

Bei b) sind de facto alle Erreger genannt, die im Public-Health-Sektor eine Rolle spielen. Auch zu seltenen Erregern und Erkrankungen (wie Fuchsbandwurm, SARS; vCJK, Q-Fieber, Vogelgrippe u.a., die aber als „emerging diseases“ Furore gemacht haben) sind dort Informationen hinterlegt. Kernstück der eingestellten Dokumente ist der jeweilige Ratgeber für Ärzte für die genannten Erkrankungen. In diesen Blättern wird auch auf die nach IfSG besonders zu beachtenden Regelungen (Meldung, Schutzmaßnahmen, Vorschriften für Gemeinschaftseinrichtungen etc.) eingegangen.

Oft werden dem RKI Fachkompetenzen zugeschrieben, die aber tatsächlich bei anderen Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) angesiedelt sind.

Einige Tipps: Für Fragen der Arzneimittelsicherheit (Nebenwirkungen/Komplikationen) von Impfstoffen ist das Paul-Ehrlich-Institut ([www.pei.de](http://www.pei.de)) zuständig. Medizinische Informationen für die Allgemeinbevölkerung sind Domäne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ([www.bzga.de](http://www.bzga.de)), Der häufig nachgefragte Bereich Medizinprodukte wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ([www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)) betreut.

Das rechtlich umfänglich geregelte Feld des medizinischen Arbeitsschutzes – auch für Infektionskrankheiten – fällt in das Ressort der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ([www.baua.de](http://www.baua.de) – eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales).

## Literatur

- [1] Bales, S., Baumann, H.G., Schnitzler, N.: (ausführlich) Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung. W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 2. Auflage (2003)
- [2] N.N.: Bundesgesundheitsbl 43, 11 (2000).
- [3] Robert Koch-Institut: Neugefasste Internationale Gesundheitsvorschriften. Epid.Bull. 22, 183–184 (2007).
- [4] Ammon, A., Gastmeier, P., Weist, K., Kramer, M., Petersen, L.: Empfehlungen zur Untersuchung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen. RKI-Heft 21, Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin (2001)
- [5] <http://www.nrz-hygiene.de>
- [6] Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: Empfehlung zur Surveillance (Erfassung und Bewertung) nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl. 44, 523–536 (2001)

