

Senator für  
Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales  
um Umweltschutz  
z.Hd. Dr. Nettesheim / Dr. Gruhl  
Große Weidestr. 3-16  
28195 Bremen

P 13-8.1 S<sub>(br\81\bmg-isg2)</sub>  
Dr. Jäger/se

222  
11.8.1997

**Betr.: 2. Entwurf des „Infektionsschutzgesetzes“**

Lieber Alfons Nettesheim, lieber Mathias Gruhl,

vielen Dank für die Zusendung des 2. Entwurfes des Infektionsschutzgesetzes.

Meine Stellungnahme vom 4.2.1997 ist, wie ich glaube, nach wie vor aktuell. Es wäre vermutlich auch für das BMG am günstigsten, dieses Gesetz in seiner jetzigen Form in der laufenden Legislaturperiode nicht mehr zu verabschieden.

Die Begründung eines Infektionsschutzgesetzes müßte, um rational vorgehen zu können, von einer wissenschaftlichen Problemanalyse des Stellenwertes von Infektionskrankheiten (inklusive aktueller Trends) in Deutschland ausgehen. Diese Begründungsbasis könnte vom RKI und anderen Institutionen im notwendigen Umfang ohne weiteres erstellt und ggf. auf einem Workshop mit Ländergesundheitsbehörden und BMG hinterfragt und diskutiert werden.

Von dieser Grundlage ausgehend wäre in einem zweiten Schritt abzuleiten, welche Maßnahmen ergriffen werden könnten, um die Prävalenz von Infektionskrankheiten in Deutschland im Rahmen einer realistischen Zieleinschätzung niedrig zu halten. Diese möglichen Maßnahmen wiederum könnten im internationalen Erfahrungsvergleich auf ihre erwiesene Wirksamkeit und das ihnen eigene Verhältnis Kostenaufwand / Effektivität hinterfragt werden.

Der nächste Schritt würde zur Benennung der staatlichen, kommunalen und privaten Institutionen führen, die mit der Durchführung aller als notwendig erachteten Maßnahmen beauftragt werden können und sollen. Anschließend würde definiert werden, wie die genannten Institutionen in die Lage versetzt werden, ihrem Auftrag gerecht zu werden und wie der Erfolg ihrer Tätigkeit gemessen werden soll.

*Erst dann und damit in einem letzten Schritt in einer Kette von wissenschaftlich begründeten Überlegungen, müßte nach dem Subsidiaritätsprinzip definiert werden, wie ein gesetzlicher*

Rahmen gestaltet werden muß. Ziel einer solchen Definition wäre es, den Staat von Aufgaben zu befreien, die nachgewiesenermaßen ineffizient sind, und ihn andererseits zur Gewährleistung von Maßnahmen zu verpflichten, deren Auswirkung auf die Prävalenz von Infektionskrankungen erwiesenermaßen groß ist.

Da der erste Schritt, die detaillierte wissenschaftliche Problemeinschätzung, im Rahmen der Novellierung offenbar nicht erfolgt ist, fehlt im „Infektionsgesetz“ z.B. die Definition von Kriterien der Infektionserregerereigenschaften, die in der Ableitung zu unterschiedlichen Maßnahmen (z.B. namentliche oder nicht-namentliche Meldung) führen sollen. Wegen der fehlenden Kriteriendefinition stehen bei gleichen Maßnahmen

- Erreger mit hoher Prävalenz in Deutschland (z.B. Windpocken) neben solchen mit fehlender Prävalenz (z.B. Cholera),
- Erreger mit häufig tödlicher Folgeerkrankung (z.B. Gelbfieber) neben solchen mit nahezu ausschließlich benignem Verlauf (z.B. Hepatitis A), und
- Erreger, deren Übertragungsvektor in Deutschland fehlt (z.B. Malaria) neben solchen, die direkt durch einfachen Kontakt übertragen werden (z.B. *Haemophilus influenzae*).

Andere (z.T. auch durch Transfusion übertragbare) Erreger fehlen völlig (HTLV1, Trypanosomen u.v.a.), vermutlich weil ihre Prävalenz in Deutschland unerheblich ist. Aber warum findet sich dann die Pest, Gelbfieber, Cholera und Typhus?

Wie unsinnig eine Erregeraufzählung im Rahmen eines Gesetzes ist, zeigt sich auch gut am Beispiel Virushepatitis: Hepatitis E wird im Gesetz erwähnt, Hepatitis G fehlt. Soll bei jedem neu entdeckten Erreger das Gesetz novelliert werden? Wesentlich günstiger wäre die Beschreibung spezifischer Maßnahmen für spezifische Erregergruppen und eine Ausführungsbestimmung, die das RKI zur Aktualisierung von Infektionserregerlisten verpflichtet.

Das Gesetz wird seinem Leitgedanken „Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen mit dem Schwerpunkt und Verbesserung der Infektionsepidemiologie und höhere Effizienz des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ nur insofern gerecht, als es völlig veraltete Vorschriften des Bundesseuchengesetzes und des Geschlechtskrankheitsgesetzes nicht mehr aufnimmt. Eine höhere Effizienz des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Grund der Novellierung ist jedoch kaum erkennbar.

Wenn die Aussagen bzgl. der Kosten (Begründung: Seiten 4 u. 5) zutreffen, könnte sich die Situation sogar verschlechtern. Kostenneutralität für den Bund könnte bedeuten, daß Institutionen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder Nichtregierungsorganisationen wie die Deutsche AIDS-Hilfe oder Pro Familia nicht mehr durch den Bund gefördert werden müssen.

Prävention, wenn sie erfolgreich sein soll, ist kostenträchtig. Billige Präventionsbotschaften („Die EG-Gesundheitsminister warnen...“) haben Alibi charakter ohne nachgewiesene Wirksamkeit. In einem Infektionsschutzgesetz müssen daher staatliche und öffentliche Institutionen zur Leistung verpflichtet werden.

Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen dieses Gesetz bleibt unklar. Es wird an verschiedenen Stellen dargestellt, wie bestimmte Einzelfälle Maßnahmen des Gesundheitsamtes auslösen können („Vermerk, Akte anlegen, melden, einbestellen, kontrollieren, untersuchen, etc.“). Behördlichen Einzelmaßnahmen im individuellen Bedarfsfall haben jedoch meistens nur eine relativ geringe Auswirkung auf die Prävalenzentwicklung eines bestimmten Erregers in der Gesamtbevölkerung. So werden zum Beispiel nahezu alle Chlamydien (und

GO-Erkrankungen) bei niedergelassenen Gynäkologen diagnostiziert und behandelt und nicht im ÖGD. Welche Relevanz könnte es angesichts dieser Tatsache für die bevölkerungsbezogene Gesamtproblematik haben, wenn ein Gynäkologe meldet, Frau X habe ihre Tabletten nicht eingenommen, damit der ÖGD Vermerke anlegt und nachforschende Untersuchungen beginnt?

Der Gesetzentwurf läßt unbeantwortet, wie der öffentliche Gesundheitsdienst personell und finanziell (*qualitativ* (!) und quantitativ) so ausgestattet wird, daß er die Aufgaben moderner Infektionsprävention über den Rahmen von bürokratischen Amtshandlungen hinaus wahrnehmen kann.

Viele Aussagen im Gesetz (z.B. § 16.1) klingen formaljuristisch glatt, sind jedoch vom Inhalt her ziemlich aussageelos. Z.B. sind *Tatsachen, die zum Auftreten einer übertragbaren Erkrankung führen können*, alle menschlichen Sexualkontakte. Soll die zuständige Behörde, *um die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der Gefahren für den Einzelnen zu treffen*, die außerehelichen Sexualkontakte verbieten? In diesem für den Teil 4 (Verhütung übertragbarer Krankheiten) entscheidenden ersten Satz (§ 16.1) wird zudem völlig offengelassen, welche Maßnahmen notwendig und effektiv sind, ob die Behörden in ihrem jetzigen Zustand in der Lage sind, solche Maßnahmen zu ergreifen und wie sie in die Lage versetzt werden können, effektiv tätig zu werden.

Im § 19 werden im ersten Satz STD und Tuberkulose in einem Satz genannt, ohne daß der logische Zusammenhang erkennbar ist, in dem diese Krankheiten zueinander stehen sollen. Warum sollte das Gesundheitsamt nicht auch einen mangelernährten Obdachlosen mit schwerer generalisierter Staphylokokkeninfektion behandeln dürfen, obwohl es sich dabei nicht um eine STD-Erkrankung und auch nicht um Tuberkulose handelt?

Die Einführung der subsidiären Behandlungsmöglichkeit ist jedoch ein Fortschritt gegenüber der bisherigen Realität im öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Einordnung von AIDS in den Rahmen STD ist ebenfalls überfällig, kann aber die Präventionsarbeit auch gefährden, wenn kein gemeinsames modernes Arbeitskonzept, wozu ein Gesetz verpflichten könnte, entwickelt wird.

Der § 20 überläßt die Aufklärung über spezifische Prophylaxemaßnahmen ausschließlich dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der jedoch in den meisten Fällen in Deutschland eher dazu in der Lage ist, Amtshandlungen vorzunehmen, als effektive Präventionsarbeit in der Gesamtbevölkerung zu betreiben. Nicht erwähnt werden mögliche nichtstaatliche Institutionen (freiberufliche Träger der ambulanten Gesundheitsvorsorge, z.B. Hebammen u.v.a.) und Initiativen und Institutionen der Jugendlichen und der Schulaufklärung.

Im § 20.5 ist völlig unklar, in welchem Fall es wissenschaftlich begründet sein soll, eine Person gegen ihren Willen zu einer Impfung zu zwingen. Es ist zwar möglich, eine bestimmte Impfung für die Ausführung einer bestimmten Tätigkeit vorzuschreiben (z.B. Gelbfieberimpfung, wenn eine Person in Zentralafrika arbeiten soll), es bleibt jedoch immer der Person überlassen, ob sie, z.B. um die Impfung zu vermeiden, nicht auf die geplante Tätigkeit verzichten möchte.

Der § 25 (Ermittlung) ist in seiner jetzigen Form schon von der Grammatik her völlig abstrus: „...ist anzunehmen, daß jemand krank...ist“ (z.B. *daß er nach einem Österreichurlaub aufgrund eines Zeckenbisses an Borreliose leidet*), „so stellt das Gesundheitsamt die erforderlichen Ermittlungen an.“ Welche Ermittlungen könnten dies sein bei „Krankheitsverdächtigen“

(*alle Österreichurlauber in gefährdeten Bergtälern?*), „Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern“ (*Verbot des Blutspendens nach Österreichurlaub?*). In welchem Verhältnis steht der zu erwartende Aufwand zur Effektivität?

Noch eine kleine Anmerkung zu § 30 (Quarantäne), Abs. 4: Wenn dem „Seelsorger“ (*dem Psychotherapeuten?*) Zutritt gewährt werden muß, warum dann nicht einer von dem Patienten statt des „Seelsorgers“ benannten Person?

Dem Bundesministerium für Gesundheit sollte dringend empfohlen werden, sowohl den Gesetzesentwurf als auch die Begründung von einem professionellen Lektor überarbeiten zu lassen. Insbesondere die Worte *Seuchen, Seuchenrecht, Entseuchung, Kampf, Bekämpfung, Verdacht, verdächtigt* betonen zwar (gewollt oder ungewollt) die emotional-ideologische Komponente, die hinter dem Geist vieler Vorschriften steht, sind jedoch dem rationalen Charakter, den ein Gesetz haben müßte, nicht dienlich.

Die Verwendung vieler Worte ist zudem irreführend (z.B. § 24, erster Satz: „...erkrankt oder dessen verdächtig sind...“). Das Wort „verdächtig“ bedeutet laut Duden (Etymologie der deutschen Sprache von 1989) u.a. „Übles von jemanden denken...“. Übel ist jedoch der Krankheitserreger und nicht die betroffene Person. Nach dem deutschen Wörterbuch von K. D. Bünning von 1996 findet sich für das Wort „verdächtig“ die Definition: „...annehmen, daß sie (eine Person) etwas negatives getan, ein Verbrechen begangen hat“. Auch diese Bedeutung ist im Sinnzusammenhang des Gesetzes völlig abwegig. Das Wort „verdächtig“ sollte deshalb z.B. durch „die möglicherweise daran leiden“ ersetzt werden.

Die professionelle sprachliche Überarbeitung des Textes könnte ferner

- grammatikalische Fehler beseitigen (z.B. § 2.2 „...außerhalb oder im Menschen...“ - Genitiv/Dativ?),
- Definitionen hinterfragen (z.B. sind Krankheiten -z.B. AIDS - übertragbar oder ist es nicht eher der Infektionserreger - HIV),
- logische Sprünge beseitigen (z.B § 4, Abs. 4 „Krankheitsverdächtig ist eine Person, bei der Symptome bestehen“, obwohl viele Infektionen - zumindest in der Anfangsphase - symptomlos verlaufen), und
- schließlich zu einer besseren Lesbarkeit des Textes führen.

Ich hoffe, daß Euch meine Anmerkungen bei Kommentierung des Gesetzentwurfes nützen und freue mich über eine gelegentliche Kopie Eurer Stellungnahmen an das BMG.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Helmut Jäger

i.A. W. Spellmeyer