

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

A. Problem und Ziel

Um die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Deutschland weiter zu verbessern und neuen Entwicklungen anzupassen, soll ein elektronisches Melde- und Informationssystem geschaffen werden, das als Unterstützung für die behördlichen Aufgaben zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz dienen soll. Dazu soll im Infektionsschutzgesetz eine datenschutzkonforme Rechtsgrundlage geschaffen werden. Ziel ist die Effizienzsteigerung bei der Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Deutschland.

Im Zuge der Beteiligung Deutschlands an der weltweiten Polio-Eradikationsstrategie der Weltgesundheitsorganisation bedarf es zusätzlicher Rechtsgrundlagen, damit Deutschland in Bezug auf das in der Strategie vorgesehene Laborcontainment von Polioviren seine Beiträge erbringen kann.

Neuere Erkenntnisse der epidemiologischen und medizinischen Wissenschaft und Erfahrungen der Länder und des Bundes mit dem Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (z.B. Aufklärung der Ursachen von Krankheitsausbrüchen von Legionellose; Infektionsprävention beim Betrieb von Kleinbadeteichen; Bekämpfung von Skabies u.a. in Altenpflegeeinrichtungen) haben weitere punktuelle Verbesserungsmöglichkeiten im Infektionsschutzgesetz aufgezeigt. Ferner haben sich die Rahmenbedingungen für den Infektionsschutz im internationalen Kontext (z.B. Konsequenzen aus dem Ausbruch von Ebolafieber in Westafrika) sowie unionsrechtliche Vorschriften (z.B. die Regelungen zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren sowie das Biozidrecht) fortentwickelt, so dass auf nationaler Ebene gesetzlicher Anpassungsbedarf besteht.

B. Lösung

Datenschutzkonforme Etablierung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten und damit eines Instrumentes zur rascheren Bekämpfung und zur Verhütung von Infektionskrankheiten.

Beschleunigung der Bekämpfungsmaßnahmen durch Reduktion der Informationswege infolge einer elektronischen Verarbeitung.

Reduktion des Aufwands für die Aufbereitung der Daten für die Veröffentlichung in Form von Berichten und online zur öffentlich zugänglichen interaktiven Datenabfrage.

Weitere Änderungen des Infektionsschutzgesetzes und mit dem Infektionsschutz zusammenhängender Bestimmungen anderer Gesetze.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Dem Bundesministerium für Gesundheit entstanden bzw. entstehen für das Fachkonzept und technische Konzept sowie für die Realisierung, Implementierung und Roll out des elektronischen Melde- und Informationssystems ca. 4.000.000 EUR an Kosten. Diese werden

aus Haushaltsforschungsmitteln des BMG finanziert. Die laufenden Betriebskosten stehen noch nicht exakt fest. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie grundsätzlich durch die dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung stehenden Budgetmitteln gedeckt werden können. Das Robert Koch-Institut geht derzeit von einem zusätzlichen Personalbedarf im Umfang von mindestens fünf Planstellen/Stellen und damit verbundenen Personalausgaben aus.

Die Erhöhung von Gebühren und die Erhebung von Gebühren für die freie Verkehrserlaubnis (§ 18 Absatz 6 und Anlage 2 IGV-DG) führen bei den Ländern zu noch näher zu bestimmenden Mehreinnahmen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht grundsätzlich kein Erfüllungsaufwand. Lediglich für Ausreisepflichtige und Spätaussiedler kann durch die geringfügigen Erweiterungen (Einrichtungen für Ausreisepflichtige und Spätaussiedler) der Zeugnisbeibringungspflicht in § 36 Absatz 4 ein noch nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand erwachsen *[In Wege der Beteiligung der Länder und Verbände soll möglichst eine Konkretisierung erfolgen]*.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch Änderungen von Informationspflichten (etwa Ausweitung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 3 und der zu übermittelnden Angaben nach § 9) entsteht insbesondere für die Ärzteschaft, Krankenhäuser und Laboratorien zusätzlicher noch nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand in geringer Höhe *[In Wege der Beteiligung der Länder und Verbände soll möglichst eine Konkretisierung erfolgen]*.

Nach Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung nach § 14 wird es jedoch durch Ressourceneinsparungen durch die Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems zu Entlastungen in Höhe von voraussichtlich etwa 1,2 Mio EUR jährlich kommen.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem Bund (RKI) entsteht Erfüllungsaufwand durch ein stärkeres Engagement im Bereich des internationalen Gesundheitsschutzes nach § 4 Absatz 3.

Ländern und Kommunen entstehen durch verschiedene Regelungen noch nicht quantifizierbare, insgesamt geringfügige Be- und Entlastungen *[In Wege der Beteiligung der Länder und Verbände soll möglichst eine Konkretisierung erfolgen]*.

Nach Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung nach § 14 wird es zu Entlastungen in Höhe von voraussichtlich ca. 3 Millionen Euro jährlich kommen, weil sich der Vollzugsaufwand im öffentlichen Gesundheitsdienst bei Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems verringern wird.

Bei der Implementierung der molekularen Surveillance durch Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung nach § 13 sind Kostenbelastungen für Länder und Kommunen durch die Kostentragung für die Ablieferung nach § 69 Absatz 1 Nummer 2 zu erwarten, die sich aber im Einzelnen noch nicht beziffern lassen.

F. Weitere Kosten

Es entstehen keine weiteren Kosten. Auswirkungen auf Einzelpreise oder das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 8. Juli 2016 (BGBl. I S. 1594) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 1 wird wie folgt gefasst:
„§1 Zweck des Gesetzes, Datenschutz“.
 - b) Die Angabe zum 3. Abschnitt wird wie folgt gefasst:
„3. Abschnitt Epidemiologische Überwachung“.
 - c) Die Angabe zu § 12 wird wie folgt gefasst:
„§ 12 Übermittlungen und Mitteilungen auf Grund völker- und unionsrechtlicher Vorschriften“.
 - d) Die Angabe zu § 12a wird gestrichen.
 - e) Die Angabe zu § 13 wird wie folgt gefasst:
„§ 13 Weitere Formen der epidemiologischen Überwachung“.
 - f) Die Angabe zu § 14 wird wie folgt gefasst:
„§ 14 Elektronisches Melde- und Informationssystem“.
 - g) Die Angabe zu § 18 wird wie folgt gefasst:
„§ 18 Behördlich angeordnete Maßnahmen zur Desinfektion und zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen; Rechtsverordnungsermächtigungen“.
 - h) Nach § 22 wird folgende Angabe zu § 22a eingefügt:
„§ 22a Personenbezogene Daten“.
 - i) Die Angabe zu § 23a wird gestrichen.
 - j) Die Angabe zu § 37 wird wie folgt gefasst:
„§ 37 Beschaffenheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch sowie von Schwimm- und Badebeckenwasser und Kleinbadeteichwasser, Überwachung“.
 - k) Nach der Angabe zu § 50 wird folgende Angabe zu § 50a eingefügt:
„§ 50a Laborcontainment und Ausrottung des Poliovirus; Rechtsverordnungsermächtigung“.
2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Gesetzes“ ein Komma und das Wort „Datenschutz“ eingefügt.
 - b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(3) Zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz und dem IGV-Durchführungsgesetz ist die erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten zulässig, soweit die Vorschriften dieses Gesetzes oder anderer Gesetze dies erlauben oder

anordnen oder soweit die betroffene Person eingewilligt hat. Das allgemeine Datenschutzrecht findet Anwendung, soweit sich aus diesem Gesetz nichts Abweichendes ergibt.“

3. In § 2 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. bedrohliche übertragbare Krankheit

eine übertragbare Krankheit, die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit verursachen kann,“.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „und nimmt die Koordinierungsaufgaben im Rahmen des Europäischen Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten wahr“ gestrichen.

b) Absatz 2 Nummer 2 bis 5 wird durch folgende Nummern 2 bis 8 ersetzt:

2. „erstellt nach § 11 Absatz 2 Falldefinitionen,

3. wertet die ihm nach diesem Gesetz sowie nach § 11 Absatz 5 und § 16 Absatz 4 des IGV-Durchführungsgesetzes übermittelten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern sowie zu den dazu geführten Ermittlungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen infektionsepidemiologisch aus,

4. stellt die Ergebnisse der infektionsepidemiologischen Auswertungen den jeweils zuständigen Bundesbehörden, dem Sanitätsamt der Bundeswehr, den obersten Landesgesundheitsbehörden, den Gesundheitsämtern, den Landesärztekammern, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Verfügung und veröffentlicht diese periodisch,

5. veranlasst nach § 12 Übermittlungen und Mitteilungen nach völkerrechtlichen und unionsrechtlichen Vorschriften,

6. kann in Zusammenhang mit den Aufgaben nach diesem Gesetz nach § 13 weitere Formen der epidemiologischen Überwachung durchführen,

7. entwickelt das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 und unterstützt die Beteiligten bei ihren Aufgaben im Rahmen der epidemiologischen Überwachung nach diesem Gesetz,

8. erkennt nach § 18 Mittel und Verfahren an, die bei behördlich angeordneten Maßnahmen zur Desinfektion verwendet werden dürfen,

9. legt nach § 23 Absatz 4a die zu erfassenden nosokomialen Infektionen, Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen und Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fest.“

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Das Robert Koch-Institut arbeitet zu den in § 1 Absatz 1 genannten Zwecken im Bereich des internationalen Gesundheitsschutzes mit ausländischen Stellen, supranationalen Organisationen und der Weltgesundheitsorganisation und anderen internationalen Organisationen zusammen, um deren Fähigkeiten zu stärken, insbesondere einer möglichen grenzüberschreitenden Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, entsprechende Gefahren frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur Verhinderung einer möglichen grenzüberschreitenden Weiterverbreitung einzuleiten. Die Tätigkeit nach Satz 1 kann insbesondere eine dauerhafte wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Einrichtungen in Partnerländern, die Ausbildung von Personal der Partnerländer sowie Unterstützungsleistungen im

Bereich der epidemiologischen Lage- und Risikobewertung und des Krisenmanagements umfassen, auch verbunden mit dem Einsatz von Personal des Robert Koch-Institutes im Ausland.“

5. Die Überschrift des 3. Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Epidemiologische Überwachung“.

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird Buchstabe h bis r wird wie folgt gefasst:

h) „Keuchhusten

i) Masern

j) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis

k) Milzbrand

l) Mumps

m) Pest

n) Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)

o) Röteln einschließlich Rötelnembryopathie

p) Tollwut

q) Typhus abdominalis/Paratyphus

r) Windpocken“

bbb) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. soweit nicht bereits nach den Nummern 1 bis 4 meldepflichtig, das Auftreten einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit (§ 2 Nummer 3a)“.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „mitzuteilen“ durch die Wörter „zu melden“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Namentlich ist zu melden das gehäufte Auftreten von

1. nosokomialen Infektionen sowie von damit zusammenhängenden Kolonisationen oder

2. Kolonisationen mit in der Liste nach § 23 Absatz 4a genannten Krankheitserregern im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme,

wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.“

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

„Corynebacterium spp., Toxin bildend“.

bbb) In Nummer 36 werden die Wörter „Norwalk-ähnliches Virus“ durch das Wort „Norovirus“ ersetzt.

ccc) Nummer 49 wird wie folgt gefasst:

„Yersinia spp., darmpathogen“.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Namentlich sind die in dieser Vorschrift nicht genannten Nachweise von Krankheitserregern, zu melden, wenn unter Berücksichtigung der Art der Krankheitserreger und der Häufigkeit ihres Nachweises Hinweise auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit bestehen.“

c) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

8. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Meldung“ werden die Wörter „oder Mitteilung“ gestrichen.

bb) In Nummer 1 werden die Wörter „Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der stationären Pflege“ durch die Wörter „Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 7“ ersetzt.

cc) In Nummer 2 wird das Wort „der“ durch die Wörter „von Arztpraxen mit Labordiagnostik und“ ersetzt.

dd) In Nummer 3 werden die Wörter „wenn ein Befund erhoben wird, der sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer meldepflichtigen Erkrankung oder Infektion durch einen meldepflichtigen Krankheitserreger schließen lässt,“ gestrichen.

ee) In Nummer 7 werden nach dem Wort „Lagern“ ein Komma und die Wörter „Einrichtungen für Asylbewerber, Ausreisepflichtige, Flüchtlinge, Obdachlose und Spätaussiedler“ eingefügt.

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine Meldepflicht besteht ebenfalls nicht für Erkrankungen, bei denen der Verdacht bereits gemeldet wurde und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden.“

c) Absatz 5 wird aufgehoben.

9. § 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 9

Namentliche Meldung

(1) Die namentliche Meldung durch eine der in § 8 Absatz 1 Nummer 1, 4 bis 8 genannten Personen muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:

Zur betroffenen Person

1. Name, Vorname,
2. Geschlecht,
3. Tag, Monat und Jahr der Geburt,
4. Anschrift der Hauptwohnung und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen und des gewöhnlichen Aufenthaltsortes,

5. Telekommunikationsanschlussdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse),
6. Tätigkeiten in Einrichtungen und Gewerbe im Sinne der §§ 23 Absatz 5 und 6, 36 Absatz 1 und 2 und im Sinne des § 42 Absatz 1 bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus abdominalis/Paratyphus und Cholera mit Art und Bezeichnung der Einrichtung,
7. Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen Sinne der § 23 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 7, § 36 Absatz 1 mit Art und Bezeichnung der Einrichtung (Name und Anschrift),
8. Diagnose beziehungsweise Verdachtsdiagnose,
9. Tag der Erkrankung, Tag der Diagnose, gegebenenfalls Tag des Todes und Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,
10. wahrscheinliche Infektionsquelle, einschließlich zugrundeliegender Tatsachen,
11. Land (in Deutschland: Landkreis oder kreisfreie Stadt), in dem die Infektion wahrscheinlich erworben wurde; bei Tuberkulose und Hepatitis B und C: Geburtsland, Staatsangehörigkeit und Jahr der Einreise nach Deutschland,
12. Überweisung, Aufnahme und Entlassung aus einer Einrichtung nach § 23 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 7, gegebenenfalls intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer,
13. Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten,
14. bei impfpräventablen Krankheiten Angaben zum diesbezüglichen Impfstatus sowie
15. Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlussdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse) der mit der Erregerdiagnostik beauftragten Untersuchungsstelle,
16. Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlussdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse) des Meldenden,
17. bei einer Meldung nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 die Angaben nach § 22 Absatz 2.
(2) Abweichend von Absatz 1 muss die namentliche Meldung nach § 6 Absatz 3, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:

Zur betroffenen Einrichtung

1. zu Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlussdaten (z. B. Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

und zu den betroffenen Personen

2. Name, Vorname,
3. Geschlecht,
4. Tag, Monat und Jahr der Geburt,
5. Diagnose,
6. Tag der Erkrankung, Tag der Diagnose, gegebenenfalls Tag des Todes und Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,
7. Art des Untersuchungsmaterials,
8. Eingangsdatum des Untersuchungsmaterials,
9. Nachweismethode,
10. Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnisse,

11. wahrscheinliche Infektionsquelle, einschließlich zugrundeliegender Tatsachen, sowie

12. Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlusssdaten (z. B. Telefonnummer, E-Mail-Adresse) der mit der Erregerdiagnostik beauftragten Untersuchungsstelle,

13. Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlusssdaten (z. B. Telefonnummer, E-Mail-Adresse) des Meldenden.

(3) Die namentliche Meldung durch eine in § 8 Abs. 1 Nr. 2 und 3 genannte Person muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:

Zur betroffenen Person

1. Name, Vorname,

2. Geschlecht,

3. Tag, Monat und Jahr der Geburt,

4. Anschrift der Hauptwohnung und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen und des gewöhnlichen Aufenthaltsortes,

5. Telekommunikationsanschlusssdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse),

6. Art des Untersuchungsmaterials,

7. Eingangdatum des Untersuchungsmaterials,

8. Nachweismethode,

9. Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnisse,

10. Erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung,

sowie

11. Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlusssdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse) des Einsenders,

12. Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlusssdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse) des Meldenden.

Der Einsender hat den Meldenden bei seinen Angaben nach Satz 1 zu unterstützen. Bei einer Untersuchung auf Hepatitis C hat der Einsender dem Meldenden mitzuteilen, ob ihm eine chronische Hepatitis C bei der betroffenen Person bekannt ist.

(4) Die namentliche Meldung muss unverzüglich erfolgen und spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem Gesundheitsamt nach Absatz 5 vorliegen. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden. Die Nachmeldung oder Korrektur von Angaben hat unverzüglich nach deren Vorliegen an das Gesundheitsamt, das die ursprüngliche Meldung erhalten hat, zu erfolgen. Der Meldepflichtige hat dem Gesundheitsamt unverzüglich anzugeben, wenn sich eine Verdachtsmeldung nicht bestätigt hat.

(5) Meldungen nach Absatz 1 haben gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die betroffene Person derzeit aufhält oder zuletzt aufhielt. Meldungen nach Absatz 2 haben gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die Einrichtung, in der das gehäufte Auftreten festgestellt wurde, befindet. Meldungen nach Absatz 3 haben gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk die Einsender ihren Sitz haben.

(6) Die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern sowie zu den dazu geführten Ermittlungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen werden, außer in den Fällen des Absatzes 2, bei abweichender Zuständigkeit auch dem Gesundheitsamt im Geltungsbereich dieses Gesetzes zur Verfügung gestellt,

1. in dessen Bezirk die betroffene Person ihre Hauptwohnung und, falls abweichend: ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat oder zuletzt hatte,
 2. in dessen Bezirk sie in einer Einrichtung gemäß Absatz 1 Nummer 7 betreut oder untergebracht ist, soweit dies der Fall ist.“
10. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Die Wörter „nach § 7 Abs. 3“ werden gestrichen.
 - bbb) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Hauptwohnung“ ein Komma und die Wörter „falls abweichend: des gewöhnlichen Aufenthaltsortes“ angefügt.
 - ccc) In Nummer 11 wird das Wort „Telefonnummer“ durch die Wörter „Telekommunikationsanschlusssdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse)“ ersetzt.
 - ddd) Folgende Nummer 13 wird angefügt:

„13. Name, Anschrift und Telekommunikationsanschlusssdaten (zum Beispiel Telefonnummer, E-Mail-Adresse) des Einsenders“.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Einsender hat den Meldenden bei den Angaben nach Satz 1 zu unterstützen.“
 - b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Die Angaben nach Satz 1 bis 3 und die Angaben zum Monat der Geburt dürfen vom Robert Koch-Institut lediglich zu der Prüfung verarbeitet und genutzt werden, ob verschiedene Meldungen sich auf denselben Fall beziehen.“
 - c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die nichtnamentliche Meldung nach § 7 Absatz 3 muss innerhalb von zwei Wochen gegenüber dem Robert Koch-Institut erfolgen. Das Robert Koch-Institut bestimmt die Übermittlungsstandards.“
 - d) Die Absätze 4 bis 6 werden aufgehoben.
11. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern sowie zu den dazu geführten Ermittlungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen werden gemäß den Falldefinitionen nach Absatz 2 bewertet und spätestens am folgenden Arbeitstag durch das nach Absatz 3 zuständige Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag an das Robert Koch-Institut mit folgenden Angaben übermittelt:

 1. Geschlecht,
 2. Monat und Jahr der Geburt,
 3. zuständige Gesundheitsämter,
 4. Tag der Erkrankung, Tag der Diagnose, gegebenenfalls Tag des Todes und wenn möglich Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,
 5. Art der Diagnose, einschließlich Typisierungsergebnisse,

6. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko (einschließlich Impfstatus), Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung,
7. gegebenenfalls Informationen zur Art der Einrichtung bei Tätigkeit, Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen und Gewerbe im Sinne der §§ 23 Absatz 5 oder 6, 36 Absatz 1 oder 2,
8. Land (in Deutschland: Landkreis oder kreisfreie Stadt), in dem die Infektion wahrscheinlich erworben wurde; bei reiseassoziiertes Legionellose: Angaben zur Unterkunft (Name und Anschrift),
9. bei Tuberkulose und Hepatitis B und C: Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Behandlungsergebnis und Jahr der Einreise nach Deutschland,
10. Überweisung, Aufnahme und Entlassung aus einer Einrichtung nach § 23 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 7, gegebenenfalls intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer und
11. Tag der Meldung.

In den Fällen nach § 9 Absatz 2 sind nur die Angaben nach den Nummern 1 bis 6 sowie die Angabe, wie viele Personen betroffen sind, erforderlich. Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut bestimmt das Robert Koch-Institut die Übermittlungsstandards. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Berichtigungen und Ergänzungen früherer Übermittlungen.“

- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Das Robert Koch-Institut erstellt entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen die Falldefinitionen für die Bewertung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern und schreibt sie fort.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Übermittlung nach Absatz 1 ist das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bezirk die betroffene Person ihre Hauptwohnung und, falls abweichend, ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat oder zuletzt hatte. Falls ein solcher Aufenthaltsort nicht feststellbar ist oder in den Fällen des § 9 Absatz 2, ist das Gesundheitsamt zuständig, welches die Meldung nach § 9 Absatz 5 erhalten hat. Die zuständigen Gesundheitsämter können im Einvernehmen ein davon abweichendes Gesundheitsamt bestimmen.“

- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „sowie der dem Gesundheitsamt gemeldete Fall, bei dem der Verdacht besteht, dass ein Arzneimittel die Infektionsquelle ist, sind“ werden durch das Wort „ist“ ersetzt.

bbb) Die Wörter „der nach § 77 Arzneimittelgesetz jeweils zuständigen Bundesoberbehörde“ werden durch die Wörter „dem Paul-Ehrlich-Institut“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „und die Chargenbezeichnung, bei Impfungen zusätzlich“ durch ein Komma und die Wörter „die Chargenbezeichnung,“ ersetzt.

cc) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

- e) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben.

12. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12

Übermittlungen und Mitteilungen auf Grund völker- und unionsrechtlicher Vorschriften

(1) Die zuständige Behörde hat der zuständigen Landesbehörde und diese dem Robert Koch-Institut unverzüglich Folgendes zu übermitteln:

1. das Auftreten einer übertragbaren Krankheit, Tatsachen, die auf das Auftreten einer übertragbaren Krankheit hinweisen, oder Tatsachen, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, wenn die übertragbare Krankheit nach Anlage 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 (BGBl. 2007 II S. 930) eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite im Sinne von Artikel 1 Absatz 1 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) darstellen könnte,
2. die getroffenen Maßnahmen,
3. sonstige Informationen, die für die Bewertung der Tatsachen und für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.

Darüber hinaus übermittelt 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 dürfen im Rahmen dieser Vorschrift nicht übermitteln

1. Name, Vorname
2. Angaben zum Tag der Geburt
3. Angaben zur Hauptwohnung beziehungsweise zum Aufenthaltsort der betroffenen Person
4. Name des Meldenden.

Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut kann das Robert Koch-Institut die Übermittlungsstandards bestimmen. Das Robert Koch-Institut bewertet die gewonnenen Informationen nach der Anlage 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und nimmt die Aufgaben nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 des IGV-Durchführungsgesetzes wahr.

(2) Die zuständige Behörde hat der zuständigen Landesbehörde und diese dem Robert Koch-Institut unverzüglich alle Angaben zu übermitteln, die im Bereich der Gefahren biologischen oder unbekanntem Ursprungs nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a oder d des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG (ABl. L 293 vom 5.11.2013, S. 1 und ABl. L 231 vom 4.9.2015, S. 16) für Übermittlungen nach Artikel 6 bis 9 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU erforderlich sind. Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Das Robert Koch-Institut ist in dem in Satz 1 genannten Bereich der Gefahren biologischen oder unbekanntem Ursprungs die zuständige nationale Behörde im Sinne von Artikel 6 und Artikel 8 bis 10 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU.

(3) Abweichungen von den Regelungen des Verfahrens in Absatz 1 Satz 1 bis 4 und Absatz 2 Satz 1 und 2 durch Landesrecht sind ausgeschlossen.“

13. § 12a wird aufgehoben.
14. § 13 wird wie folgt gefasst:

„§ 13

Weitere Formen der epidemiologischen Überwachung

(1) Das Robert Koch-Institut kann in Zusammenhang mit den Aufgaben nach diesem Gesetz weitere Formen der epidemiologischen Überwachung durchführen.

(2) Das Robert Koch-Institut kann zur Überwachung übertragbarer Krankheiten in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge oder -versorgung Sentinel-Erhebungen zu Personen, die diese Einrichtungen unabhängig von der Erhebung in Anspruch nehmen, koordinieren und durchführen zur Ermittlung:

1. der Verbreitung übertragbarer Krankheiten, wenn diese Krankheiten von großer gesundheitlicher Bedeutung für das Gemeinwohl sind,
2. des Anteils der Personen, der gegen bestimmte Erreger nicht immun ist, sofern dies notwendig ist, um die Gefährdung der Bevölkerung durch diese Krankheitserreger zu bestimmen.

Die Erhebungen können auch über anonyme unverknüpfbare Testungen an Restblutproben oder anderem geeigneten Material erfolgen. Werden personenbezogene Daten verwendet, die bereits bei der Vorsorge oder Versorgung erhoben wurden, sind diese zu anonymisieren. Bei den Erhebungen dürfen keine Daten erhoben werden, die eine Identifizierung der in die Untersuchung einbezogenen Personen erlauben.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Benehmen mit den jeweils zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden festlegen, welche Krankheiten und Krankheitserreger durch Erhebungen nach Absatz 2 überwacht werden. Die obersten Landesgesundheitsbehörden können zusätzliche Erhebungen durchführen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden sowie Isolate der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung (molekulare Surveillance) an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern. Das abgelieferte Material ist mit einer fallbezogenen Verschlüsselung zu versehen. In der Rechtsverordnung kann insbesondere bestimmt werden,

1. dass die Ablieferung nur in bestimmten Fällen oder nur auf Anforderung des Robert Koch-Instituts zu erfolgen hat,
2. in welcher Form die fallbezogene Verschlüsselung zu erfolgen hat,
3. dass Angaben zu Art und Herkunft des Untersuchungsmaterials sowie zu Zeitpunkt und Umständen der Probennahme zu erfolgen haben und
4. in welchem Verfahren und in welcher Höhe die durch die Ablieferungspflicht entstehenden Kosten für die Vorbereitung, die Verpackung und den Versand der Proben erstattet werden.“

15. § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14

Elektronisches Melde- und Informationssystem

(1) Für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz und dem IGV-Durchführungsgesetz wird ein elektronisches Melde- und Informationssystem errichtet.

(2) Das elektronische Melde- und Informationssystem wird von einer räumlich, organisatorisch und personell getrennt vom Robert Koch-Institut zu führenden öffentliche Stelle im Auftrag und nach Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit geführt.

(3) Im elektronischen Melde- und Informationssystem können insbesondere folgende Daten verarbeitet werden:

1. die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36,
2. die bei den Meldungen nach dem IGV-Durchführungsgesetz und im Rahmen von § 12 erhobenen Daten sowie zu den dazu geführten Ermittlungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen,
3. die im Rahmen der epidemiologischen Überwachung nach § 13 erhobenen Daten
4. die im Verfahren zuständigen Behörden,
5. die von den zuständigen Behörden nach §§ 25 ff. getroffenen Maßnahmen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse und
6. sonstige Informationen, die für die Bewertung, Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.

(4) Im elektronischen Melde- und Informationssystem können die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36 sowie Daten zu den dazu geführten Ermittlungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen automatisiert

1. den zuständigen Behörden zur Verfügung gestellt sowie von diesen gemeinsam genutzt werden und
2. gemäß den Falldefinitionen nach § 11 Absatz 2 bewertet sowie an die zuständigen weiteren Behörden übermittelt und von diesen gemeinsam genutzt werden.

(5) Im elektronischen Melde- und Informationssystem können die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36 daraufhin automatisiert überprüft werden, ob sich verschiedene Meldungen und Mitteilungen auf denselben Fall beziehen. Für diesen Zweck können die erhobenen Daten für eine krankheitsspezifische Dauer mit einer fallbezogenen Verschlüsselung versehen werden. Hierzu können in Abweichung von § 10 ausschließlich zur Herstellung einer fallbezogenen Verschlüsselung auch personenbezogene Daten zur Verfügung gestellt werden, die jedoch zu keinem Zeitpunkt dauerhaft gespeichert werden.

(6) Im elektronischen Melde- und Informationssystem können die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36 daraufhin automatisiert überprüft werden, ob es ein gehäuftes Auftreten von übertragbaren Krankheiten gibt, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist.

(7) Der Zugriff auf gespeicherte Daten ist nur in dem nach diesem Gesetz bestimmten Umfang zulässig, soweit die Kenntnis der Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der beteiligten Behörden erforderlich ist. Die beteiligten Behörden haben zu gewährleisten, dass organisatorische und dem jeweiligen Stand der Technik entsprechende Maßnahmen auch im Bereich der Verschlüsselungstechnik und der Authentifizierung getroffen werden, um den Datenschutz und die Datensicherheit und insbesondere die Vertraulichkeit und Integrität der im elektronischen Melde- und Informationssystem gespeicherten Daten sicherzustellen. In diesem Rahmen kann die Datenübertragung auch über das Internet erfolgen.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen,

1. dass beteiligte Behörden für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz das elektronische Melde- und Informationssystem und dabei ein bestimmtes Verfahren zu nutzen haben,

2. dass Melde- und Mitteilungspflichtige oder bestimmte Gruppen von Melde- und Mitteilungspflichtigen ihrer Verpflichtung zur Meldung und Mitteilung durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems nachzukommen haben,
3. welche öffentliche Stelle das elektronische Melde- und Informationssystem nach Absatz 2 führt,
4. welches Verfahren bei der fallbezogenen Verschlüsselung nach Absatz 5 anzuwenden ist,
5. welche funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts dem elektronischen Melde- und Informationssystem zu Grunde liegen müssen und
6. welche notwendigen Test-, Authentifizierungs- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen sind.

Soweit bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen; soweit Fragen des Datenschutzes berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu treffen.

(9) Abweichungen von den in dieser Vorschrift getroffenen Regelungen des Verwaltungsverfahrens durch Landesrecht sind ausgeschlossen.“

16. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird das Wort „entseucht“ durch das Wort „desinfiziert“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Gesundheitsschädlingen, Kopfläusen und Krätzmilben“ durch die Wörter „Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen“ ersetzt.

17. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: „Behördlich angeordnete Maßnahmen zur Desinfektion und zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen; Rechtsverordnungsermächtigungen“.

- b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zum Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten dürfen bei behördlich angeordneten Maßnahmen zur

1. Desinfektion (Entseuchung) und
2. Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben oder Kopfläusen

nur Mittel und Verfahren verwendet werden, die von der zuständigen Bundesoberbehörde anerkannt worden sind. In den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 kann die anordnende Behörde mit Zustimmung der zuständigen Bundesoberbehörde Ausnahmen zulassen.“

- c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Mittel und Verfahren werden von der zuständigen Bundesoberbehörde auf Antrag oder von Amts wegen nur anerkannt, wenn sie hinreichend wirksam sind und keine unverträglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Umwelt haben. Die Anerkennung kann widerrufen werden, insbesondere wenn nach aktuellen Erkenntnissen und Maßstäben die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht mehr vorliegen. Sie ist zu widerrufen, wenn die nach Absatz 2 zuständige Bundesoberbehörde davon Kenntnis erlangt, dass eine nach anderen Gesetzen erforderliche Verkehrsfähigkeit für das Mittel oder Verfahren nicht mehr besteht. Die zuständige Bundesoberbehörde führt die jeweils anerkannten Mittel und Verfahren in einer Liste und veröffentlicht diese.“

- d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) Die Wörter „für die Bekanntmachung der Liste“ werden durch die Wörter „für die Anerkennung von Mitteln und Verfahren“ ersetzt.
- bbb) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
- „2. Mitteln und Verfahren zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen das Umweltbundesamt, das die Wirksamkeit und die Auswirkungen auf die Umwelt prüft, im Einvernehmen mit
- a) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die die Auswirkungen auf die Gesundheit von Fachkräften als Anwender prüft, wenn die Prüfung nicht nach Buchstabe c dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugewiesen ist,
- b) dem Bundesinstitut für Risikobewertung, das die Auswirkungen auf die Gesundheit anderer als der in Buchstabe a genannten Personen prüft, wenn die Prüfung nicht nach Buchstabe c dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugewiesen ist, und
- c) dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit prüft, soweit es nach § 77 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes für die Zulassung zuständig ist.“
- bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze 2 bis 4 eingefügt:
- „Die Prüfungen zur Feststellung der Wirksamkeit nach Satz 1 Nummer 2 sind an den betreffenden Schädlingen unter Einbeziehung von Wirtstieren bei parasitären Nichtwirbeltieren vorzunehmen. Die Prüfung von Mitteln nach Satz 1 Nummer 2 auf ihre Wirksamkeit unterbleibt nur, soweit nachgewiesen ist, dass diese
- a) nach der Verordnung (EU) Nr. 528/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Mai 2012 über die Bereitstellung auf dem Markt und die Verwendung von Biozidprodukten oder
- b) nach der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. Oktober 2009 über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Aufhebung der Richtlinien 79/117/EWG und 91/414/EWG des Rates oder
- c) nach dem Arzneimittelgesetz
- nach dem Tilgungsprinzip gleichwertig geprüft und zugelassen sind. Die Prüfung von Mitteln nach Satz 1 Nummern 1 und 2 auf ihre Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und die Prüfung ihrer Umweltverträglichkeit unterbleibt, soweit die Mittel oder ihre Biozid-Wirkstoffe nach den in Satz 3 genannten Vorschriften geprüft und zugelassen sind.“
- cc) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „die Mittel nach Satz 1 Nr. 1“ durch das Wort „Mittel“ und werden die Wörter „Bekanntmachung der Liste“ durch das Wort „Anerkennung“ ersetzt.
- e) In Absatz 3 werden die Wörter „Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit“ durch das Wort „Umweltbundesamt“ ersetzt.
- f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 1, soweit dieser Mittel und Verfahren zur Entseuchung betrifft, und Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 1 und Absatz 2“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
 - g) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „des Listungsverfahrens nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1“ durch die Wörter „des Anerkennungsverfahrens nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
18. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

„§ 22a

Personenbezogene Daten

Wenn zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 oder § 30 Absatz 5 oder für Zwecke des Infektionsschutzes in sonstigen Einrichtungen personenbezogene Daten von Beschäftigten über deren Impfstatus oder Serostatus verarbeitet werden, sind die Vorschriften des allgemeinen Datenschutzrechts zu beachten.“

19. § 23 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen“ durch die Wörter „Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b“ durch die Angabe „Absatz 4a“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Das Robert Koch-Institut hat entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen, Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen und Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs festzulegen, in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt zu veröffentlichen und fortzuschreiben.“
20. § 23a wird aufgehoben.
21. Dem § 25 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Das Gesundheitsamt kann eine im Rahmen der Ermittlungen erforderliche Auskunft unbeschadet des § 16 Absatz 2 Satz 4 unmittelbar von dem behandelnden Arzt oder einem anderen Dritten verlangen, wenn das Einholen der Auskunft bei der betroffenen Person
1. nicht oder nicht rechtzeitig möglich ist,
 2. einen unverhältnismäßig hohen Aufwand erfordern würde und schutzwürdige Belange der betroffenen Person nicht entgegenstehen oder
 3. die Erfüllung der Aufgaben gefährden würde.“
22. § 27 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 werden folgende Absätze 1 und 2 vorangestellt:

„(1) Das Gesundheitsamt unterrichtet insbesondere in Fällen des § 25 Absatz 1 unverzüglich andere Gesundheitsämter, deren Aufgaben nach diesem Gesetz berührt sind, und stellt vorliegende Angaben zur Verfügung, die zur Erfüllung der Aufgaben erforderlich sind.

(2) Das Gesundheitsamt kann für Zwecke dieses Gesetzes insbesondere in Fällen des § 25 Absatz 1 nach diesem Gesetz oder nach anderen Gesetzen zuständige Behörden unterrichten.“

b) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 3.

c) Nach dem neuen Absatz 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 eingefügt:

„(4) Das Gesundheitsamt unterrichtet unverzüglich die nach § 4 Absatz 1 des Tiergesundheitsgesetzes örtlich zuständige Behörde, wenn aufgrund von Tatsachen feststeht oder der Verdacht besteht,

1. dass eine übertragbare Krankheit durch nach dem Tiergesundheitsgesetz anzeigepflichtige Tierseuchenerreger verursacht wurde, die unmittelbar oder mittelbar von Tieren auf den Menschen übertragen wurden, oder
2. dass von einer betroffenen Person Krankheitserreger, die nach dem Tiergesundheitsgesetz anzeigepflichtige Tierseuchenerreger sind, auf Tiere übertragen wurden.

Das Gesundheitsamt stellt vorliegende Angaben zum festgestellten Tierseuchenerreger, zur Tierart und zum Standort der Tiere zur Verfügung.

(5) Das Gesundheitsamt unterrichtet unverzüglich die für den Immissionsschutz zuständige Behörde, wenn im Falle einer örtlichen oder zeitlichen Häufung von Infektionen mit *Legionella* sp. der Verdacht besteht, dass Krankheitserreger durch Aerosole in der Außenluft auf den Menschen übertragen wurden. Das Gesundheitsamt stellt vorliegende Angaben zu den wahrscheinlichen Orten und Zeitpunkten der Infektionen zur Verfügung.

(6) Das Gesundheitsamt unterrichtet unverzüglich die zuständige Landesbehörde und die nach § 77 Arzneimittelgesetz zuständige Bundesoberbehörde, wenn der Verdacht besteht, dass ein Arzneimittel die Quelle einer Infektion ist. Das Gesundheitsamt stellt, soweit ermittelbar, alle notwendigen Angaben zur Verfügung, wie Bezeichnung des Produktes, Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers und die Chargenbezeichnung, bei Impfungen zusätzlich den Zeitpunkt der Impfung und den Beginn der Erkrankung. Über die betroffene Person sind ausschließlich das Geburtsdatum, das Geschlecht sowie der erste Buchstabe des ersten Vornamens und der erste Buchstabe des ersten Nachnamens anzugeben.“

d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 7.

23. § 34 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 15 wird das Wort „Scabies“ durch das Wort „Skabies“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter das Wort „Corynebacterium diphtheriae“ durch das Wort „Corynebacterium spp.“ ersetzt.

c) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „zuständige Gesundheitsamt“ durch die Wörter „Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Gemeinschaftseinrichtung befindet,“ ersetzt.

d) Absatz 10a Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Wenn der Nachweis nicht erbracht wurde, benachrichtigt die Leitung der Kindertageseinrichtung das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und macht personenbezogene Angaben; das Gesundheitsamt kann die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden.“

24. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Leiter von in Absatz 1 Nummer 2 bis 7 oder in § 23 Absatz 5 Nummer 1 und 3 genannten Einrichtungen haben das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, unverzüglich zu benachrichtigen und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen, wenn eine in der Einrichtung tätige oder untergebrachte Person an Skabies (Krätze) erkrankt oder dessen verdächtig ist.“

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim, eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Einrichtung für Asylbewerber, Ausreisepflichtige, Flüchtlinge, Obdachlose oder Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei erstmaliger Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 darf die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zu Grunde liegen, nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme nicht länger als zwölf Monate zurückliegen. § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Bei Asylbewerbern, Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern muss sich das Zeugnis auf eine im Geltungsbereich dieses Gesetzes erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen. Bei Personen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Schwangeren ist von der Röntgenaufnahme abzusehen; stattdessen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass nach sonstigen Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist. Satz 1 gilt nicht,

1. für Obdachlose, die weniger als drei Tage in eine Einrichtung nach Satz 1 aufgenommen werden oder
2. für Personen, die die Einrichtung nach Satz 1 bereits wieder verlassen haben.“

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Personen, die nach Absatz 4 Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Dies gilt nicht, soweit ein ärztliches Zeugnis gemäß Absatz 4 vorgelegt wird. Personen, die in eine Justizvollzugsanstalt aufgenommen werden, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden. Für Untersuchungen nach den Sätzen 1 und 3 gilt Absatz 4 Satz 5 entsprechend. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

25. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden nach den Wörtern „Schwimm- und Badebeckenwasser“ die Wörter „und Kleinbadeteichwasser“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Wasser, das in Gewerbebetrieben, öffentlichen Bädern sowie in sonstigen nicht ausschließlich privat genutzten Einrichtungen

1. in Schwimm- oder Badebecken oder
2. in Kleinbadeteichen, die keine Badegewässer im Sinne der Richtlinie 2006/7/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Februar 2006 über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung und zur Aufhebung der Richtlinie 76/160/EWG (ABl. L 64 vom 4.3.2006, S. 37) sind,

zum Schwimmen oder Baden bereitgestellt wird, muss so beschaffen sein, dass durch seinen Gebrauch eine Schädigung der menschlichen Gesundheit, insbesondere durch Krankheitserreger, nicht zu besorgen ist.“

- c) In Absatz 3 werden die Wörter „und Schwimm- oder Badebecken“ durch die Wörter „Schwimm- oder Badebecken und Kleinbadeteiche“ ersetzt.

26. § 38 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates,“ werden durch die Wörter „Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen,“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden nach den Wörtern „die Schwimm- und Badebecken“ die Wörter „, die Kleinbadeteiche“ eingefügt.

cc) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „eines Schwimm- oder Badebeckens“ die Wörter „oder eines Kleinbadeteiches“ eingefügt.

- dd) In Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. dass für die Aufbereitung von Schwimm- oder Badebeckenwasser oder Kleinbadeteichwasser nur Mittel und Verfahren verwendet werden dürfen, die durch die zuständige Behörde anerkannt worden sind.“

- b) Nach Satz 1 wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen“.

- c) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Anerkennung von Mitteln und Verfahren zur Aufbereitung von Schwimm- oder Badebeckenwasser oder Kleinbadeteichwasser nach Nummer 5 erfolgt nur, wenn die zuständige Behörde festgestellt hat, dass die Mittel und Verfahren den Regeln der Technik entsprechen.“

- d) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

27. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „oder eines Schwimm- oder Badebeckens“ durch die Wörter „,eines Schwimm- oder Badebeckens oder eines Kleinbadeteiches“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „Schwimm- und Badebecken“ die Wörter „und Kleinbadeteichen“ eingefügt.

28. Nach § 50 wird folgender § 50a eingefügt:

„§ 50a

Laborcontainment und Ausrottung des Poliovirus; Rechtsverordnungsermächtigung

(1) Natürliche oder juristische Personen, die die tatsächliche Sachherrschaft über Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, haben (Besitzer), haben dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen. Die Anzeige muss Angaben zu der Einrichtung, der verantwortlichen Person, Art und Menge der Polioviren oder des Materials sowie dem damit verfolgten Zweck enthalten. Im Falle einer wesentlichen Veränderung der Tatsachen nach Satz 2 gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend. Die zuständige Behörde übermittelt die Angaben nach Satz 1 bis 3 unverzüglich der obers-

ten Landesgesundheitsbehörde, die sie unverzüglich der Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation beim Robert Koch-Institut übermittelt. Die Pflichten nach §§ 49 und 50 bleiben von den Sätzen 1 bis 3 unberührt.

(2) Der Besitzer hat Polioviren und Material, das möglicherweise Polioviren enthält, unverzüglich zu vernichten, sobald sie nicht mehr konkret für Zwecke der Erkennung, Verhütung oder Bekämpfung von Poliomyelitis oder Polioviren benötigt werden.

(3) Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, darf nur eine Einrichtung besitzen, die eine Zulassung für den Besitz von Polioviren hat (zentrale Einrichtung). Für Polioviren Typ 1 und 3 sowie Material, das möglicherweise solche Polioviren enthält, gilt Satz 1 ab den in einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 Nummer 2 festgelegten Zeitpunkten. Die Zulassung als zentrale Einrichtung darf die zuständige Behörde mit Zustimmung der obersten Landesgesundheitsbehörde nur erteilen, wenn die Einrichtung Sicherheitsmaßnahmen gewährleistet, die mindestens den Schutzmaßnahmen der Schutzstufe 3 nach §§ 10 und 13 der Biostoffverordnung entsprechen, und die die Anforderungen erfüllen, die nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation an die Biosicherheit in Bezug auf Poliovirus zu stellen sind (GAPIII – WHO Global Action Plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of oral polio vaccine use, WHO 2015). Die Zulassung ist auf ein Jahr zu befristen. Die zentrale Einrichtung ist mit der Zulassung verpflichtet, Polioviren und Material, das Polioviren enthält, aus anderen Einrichtungen zu übernehmen; Absatz 1 ist anzuwenden. Absatz 2 bleibt unberührt. Die zentrale Einrichtung hat über den jeweiligen Bestand nach den Vorgaben der zuständigen Behörde ein Verzeichnis zu führen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Zeitpunkte festzulegen,

1. zu denen Polioviren und Material, das möglicherweise Polioviren enthält, nach Absatz 2 spätestens vernichtet sein müssen,
2. ab denen nur eine zentrale Einrichtung Polio-Wildviren Typ 1 und 3, Polio-Impfviren Typ 1 und 3 sowie Material, das möglicherweise solche Polioviren enthält, besitzen darf.

(5) Wenn der Verdacht besteht, dass eine Person Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, besitzt, ohne dass dies nach Absatz 1 angezeigt wurde, kann die zuständige Behörde in entsprechender Anwendung von § 16 Absatz 2 bis 4 die erforderlichen Ermittlungen durchführen.“

29. In § 51 Satz 1 werden nach den Wörtern „Tätigkeit ausübt“ die Wörter „oder Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, besitzt“ eingefügt.

30. § 69 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Kosten für

1. die Übermittlung der Meldungen nach den §§ 6 und 7,
2. die Durchführung der Erhebungen nach § 13 Absatz 3 Satz 2 und der Ablieferung nach § 13 Absatz 4 Satz 1,
3. Maßnahmen nach § 17 Absatz 1, auch in Verbindung mit Absatz 3, soweit sie von der zuständigen Behörde angeordnet worden sind und die Notwendigkeit der Maßnahmen nicht vorsätzlich herbeigeführt wurde,
4. Untersuchung und Behandlung nach § 19 Absatz 2 Nummer 2,
5. die Maßnahmen nach § 20 Absatz 5,
6. die Durchführung von Ermittlungen nach § 25,
7. Maßnahmen nach den §§ 29 und 30 und

8. Untersuchungen nach § 36 Absatz 5

sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, soweit nicht die von der Maßnahme betroffene Person oder Dritte zur Kostentragung verpflichtet sind.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für aus öffentlichen Mitteln zu bestreitende Kosten der Maßnahmen nach § 30 ist der Kostenträger zuständig, in dessen Bezirk die von der Maßnahme betroffene Person im Zeitpunkt der Anordnung der Maßnahme ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat oder zuletzt hatte. Falls ein gewöhnlicher Aufenthaltsort im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht feststellbar ist, werden die Kosten vorläufig von dem Kostenträger übernommen, in dessen Bezirk die Maßnahme angeordnet wird; der zuständige Kostenträger ist zur Erstattung verpflichtet. Satz 1 gilt nicht, soweit die Länder abweichende Vereinbarungen treffen.“

31. § 70 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

32. § 73 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 1 oder 2“ ersetzt.

b) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 6 Abs. 2,“ gestrichen.

c) Nach der Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. entgegen der auf Grund von § 13 Absatz 4 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung seiner Ablieferungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt,“

d) In Nummer 19 werden die Wörter „Abs. 4 Satz 6“ werden durch die Wörter „Absatz 5“ ersetzt.

e) Nach der Nummer 22 werden folgende Nummern 22a bis 22c eingefügt:

„22a. entgegen § 50a Absatz 1 den Besitz von Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, nicht anzeigt,

22b. entgegen § 50a Absatz 2, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 50a Absatz 4 Nummer 1, Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, nicht oder nicht rechtzeitig vernichtet,

22c. entgegen § 50a Absatz 3 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 50a Absatz 4 Nummer 2, Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, besitzt,“.

33. In § 74 wird die Angabe „20, 22, 23 oder 24“ durch die Angabe „20 oder 22 bis 24“ ersetzt.

34. In § 75 Absatz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. als Unternehmer oder sonstiger Inhaber einer Wassergewinnungs- oder Wasserversorgungsanlage Wasser für den menschlichen Gebrauch an Zwischenabnehmer, Anschlussnehmer oder Verbraucher abgibt oder der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt, das mit Aufbereitungsstoffen oder Desinfektionsverfahren aufbereitet wurde, für die das Umweltbundesamt nicht auf der Grundlage einer Rechtsverordnung nach § 38 Absatz 1 festgestellt hat, dass sie die in § 38 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Anforderungen erfüllen.“

Artikel 2

Änderung der Trinkwasserverordnung

In § 24 Absatz 1 der Trinkwasserverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 2016 (BGBl. I S. 459) werden die Wörter „oder § 11 Absatz 7 Satz 2“ gestrichen.

Artikel 3

Änderung des IGV-Durchführungsgesetzes

Das IGV-Durchführungsgesetz vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 566), das durch das Gesetz vom [...] geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 11 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Auf Meldungen nach Absatz 1, die sich auf eine übertragbare Krankheit beziehen, findet § 11 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung. Für die Übermittlung ist das Gesundheitsamt zuständig, das die Meldung erhalten hat.“

2. § 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Auf Meldungen nach Absatz 1, die sich auf eine übertragbare Krankheit beziehen, findet § 11 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung. Für die Übermittlung ist das Gesundheitsamt zuständig, das die Meldung erhalten hat.“

3. Dem § 18 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach Absatz 1 bis 5 werden zur Deckung des Verwaltungsaufwandes Gebühren und Auslagen gemäß dem als Anlage 2 beigefügten Gebührenverzeichnis erhoben. § 19 Absatz 7 Satz 3 gilt entsprechend.“

4. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 wird das Wort „Amtshandlungen“ durch die Wörter „individuell zurechenbaren öffentlichen Leistungen“ ersetzt.

- a) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach Absatz 5 werden von der Antrag stellenden Person zur Deckung des Verwaltungsaufwandes Gebühren und Auslagen gemäß dem als Anlage 2 beigefügten Gebührenverzeichnis erhoben.“

- bb) In Satz 2 werden die Wörter „diese Kosten“ durch die Wörter „die Gebühren und Auslagen“ ersetzt.

- cc) In Satz 3 wird das Wort „Kostensätze“ durch das Wort „Gebührensätze“ ersetzt.

5. Anlage 1 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 1
(zu § 12 Absatz 1)

Aussteigekarte

[siehe zwei gesonderte Dokumente, englisch und deutsch].

6. Anlage 2 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 2
(zu § 18 Absatz 6 und § 19 Absatz 7)

Gebührenverzeichnis

1. Die Gebühr für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 18 (Erteilung der freien Verkehrserlaubnis) beträgt, wenn die gesundheitlichen Verhältnisse an Bord ermittelt und hygienische oder medizinische Maßnahmen eingeleitet oder durchgeführt werden müssen, 75 Euro.

2. Die Gebühr für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 19 Absatz 5 Nummer 1 (Bescheinigung über die Befreiung von Schiffshygienemaßnahmen) beträgt
 - a) bei Fahrgastschiffen (Schiffe, die mehr als zwölf Personen gewerblich befördern oder hierfür zugelassen und eingesetzt sind)
 - aa) bis 2 000 Bruttoreaumzahl (BRZ) 245 Euro,
 - bb) von 2 001 bis 10 000 Bruttoreaumzahl (BRZ) 490 Euro,
 - cc) ab 10 001 Bruttoreaumzahl (BRZ) 670 Euro;
 - b) bei allen anderen Schiffstypen
 - aa) bis 1 000 Bruttoreumzahl (BRZ) und bei Binnenschiffen 120 Euro,
 - bb) bis 2 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 180 Euro,
 - cc) von 2 001 bis 35 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 245 Euro,
 - dd) von 35 001 bis 85 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 305 Euro,
 - ee) ab 85 001 Bruttoreumzahl (BRZ) 400 Euro.

3. Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 19 Absatz 5 Nummer 2 (Bescheinigung über die Durchführung von Schiffshygienemaßnahmen) werden die Gebühren nach Nummer 1 erhoben zuzüglich
 - a) bei Fahrgastschiffen (Schiffe, die mehr als zwölf Personen gewerblich befördern oder hierfür zugelassen und eingesetzt sind)
 - aa) bis 2 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 90 Euro,
 - bb) von 2 001 bis 10 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 155 Euro,
 - cc) ab 10 001 Bruttoreumzahl (BRZ) 230 Euro;
 - b) bei allen anderen Schiffstypen
 - aa) bis 2 000 Bruttoreumzahl (BRZ) und bei Binnenschiffen 45 Euro,
 - bb) von 2 001 bis 35 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 75 Euro,
 - cc) von 35 001 bis 85 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 105 Euro,
 - dd) ab 85 001 Bruttoreumzahl (BRZ) 135 Euro.

4. Für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 19 Absatz 5 Nummer 1 oder 2 in der Zeit von 21.00 Uhr bis 6.00 Uhr, am Wochenende oder an einem Feiertag beträgt der Zuschlag
 - a) bei Fahrgastschiffen (Schiffe, die mehr als zwölf Personen gewerblich befördern oder hierfür zugelassen und eingesetzt sind)
 - aa) bis 2 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 105 Euro,
 - bb) von 2 001 bis 10 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 210 Euro,
 - cc) ab 10 001 Bruttoreumzahl (BRZ) 290 Euro;
 - b) bei allen anderen Schiffstypen

- aa) bis 1 000 Bruttoreumzahl (BRZ) und bei Binnenschiffen 55 Euro,
 - bb) von 1 001 bis 2 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 80 Euro,
 - cc) von 2 001 bis 35 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 110 Euro,
 - dd) von 35 001 bis 85 000 Bruttoreumzahl (BRZ) 135 Euro,
 - ee) ab 85 001 Bruttoreumzahl (BRZ) 175 Euro.
5. Die Gebühr erhöht sich durch eine Wegepauschale für Anfahrten über 15 km je angefangene halbe Stunde um 25 Euro.
6. Die Gebühr für die Verlängerung einer Schiffshygienebescheinigung nach § 19 Absatz 5 Nummer 3 beträgt
- a) in den Fällen des § 19 Absatz 5 Nummer 3 Buchstabe a 70 Euro.
 - b) in den Fällen des § 19 Absatz 5 Nummer 3 Buchstabe b die Hälfte der Gebühr nach Nummer 1.
7. Verzögert sich die Besichtigung des Schiffes nach dem Eintreffen der oder des Beauftragten des Hafenärztlichen Dienstes aus Gründen, die die Gebührenschuldnerin oder der Gebührenschuldner zu vertreten hat, insbesondere weil sie oder er den Verpflichtungen nach § 19 Absatz 4 nicht nachkommt, so wird für jede angefangene halbe Stunde der Verzögerung eine zusätzliche Gebühr erhoben in Höhe von 40 Euro.
8. Für den Mehraufwand auf Grund von erforderlichen Wiederholungsuntersuchungen, ärztlichen Beurteilungen oder der Einleitung oder Durchführung sonstiger Maßnahmen erhöht sich die Gebühr je angefangene halbe Stunde um 40 Euro.
9. Die Gebühr für eine Zweitschrift der Bescheinigungen nach § 19 Absatz 5 Nummer 1 und 2 beträgt 35 Euro.“

Artikel 4

Änderung des Gesetzes über das Ausländerzentralregister

Das AZR-Gesetz vom 2. September 1994 (BGBl. I S. 2265), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 31. Juli 2016 (BGBl. I S. 1939) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 10 wird die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.
 - b) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a angefügt:

„10a. die Feststellung, dass keine Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.
2. § 18a wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 13 wird die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.
 - b) Nach Nummer 13 wird die folgende Nummer 13a angefügt:

„13a die Feststellung, dass keine Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.
3. § 18c wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 6 wird die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.
 - b) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. die Feststellung, dass keine Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.

4. § 18d wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 9 wird die Ziffer „4“ durch die Ziffer „5“ ersetzt.

b) Nach Nummer 9 wird die folgende Nummer 9a eingefügt:

„9a. die Feststellung, dass keine Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.

Artikel 5

Änderung der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über das Ausländerzentralregister

In der AZRG-Durchführungsverordnung vom 17. Mai 1995 (BGBl. I S. 695), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 2. Februar 2016 (BGBl. I S. 130) geändert worden ist, wird in der Anlage im Abschnitt I Allgemeiner Datenbestand Nummer 3a wie folgt geändert:

1. In Spalte A Buchstabe k) werden die Wörter „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 5“ ersetzt.
2. In Spalte A wird nach Buchstabe k) folgender Buchstabe ka) eingefügt:
„die Feststellung, dass keine Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung bestehen,“.
3. In Spalte B wird zu Buchstabe ka) die Angabe „(7)“ eingefügt.
4. In Spalte C werden die Wörter „zuständigen Behörden zu Spalte A Buchstabe k und l“ durch die Wörter „und die für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörden zu Spalte A Buchstabe k, ka und l“ ersetzt.
5. In Spalte D wird nach den Wörtern „für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörden zu Spalte A Buchstabe a, c, e, f, k“ ein Komma und der Buchstabe „ka“ eingefügt.

Artikel 6

Änderung des Tiergesundheitsgesetzes

§ 35 Absatz 3 Satz 2 des Tiergesundheitsgesetzes, das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 12 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2178) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Die zuständigen Behörden können ferner die für Ermittlungen nach § 25 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Behörden über den Verdacht oder den Ausbruch einer anzeigepflichtigen Tierseuche, die auf den Menschen übertragen werden kann, sowie Name und Anschrift des Tierhalters, in dessen Bestand der Verdacht oder der Ausbruch der Tierseuche festgestellt worden ist, unterrichten“.

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Mit der Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems als zentralem Ziel dieses Gesetzes wird das existierende Meldesystem für Infektionskrankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) weiterentwickelt und verbessert. Insbesondere wird – beginnend bei den Meldenden (Ärztinnen und Ärzte, Labore, andere) – eine durchgängig elektronische Informationsverarbeitung ermöglicht. Dadurch soll der Aufwand für die Meldenden und die zuständigen Behörden reduziert werden und Informationen zu auftretenden Infektionskrankheiten können künftig schneller bei den Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern, den zuständigen Landesbehörden und am RKI vorliegen. Weiterhin werden die Zusammenarbeit der Beteiligten und der Datenaustausch zwischen ihnen besser unterstützt, sodass auch große Infektionsereignisse effektiver bearbeitet werden können.

Außerdem bedarf es im Zuge der Beteiligung Deutschlands an der weltweiten Polio-Eradikationsstrategie der Weltgesundheitsorganisation einer zusätzlichen Rechtsgrundlage. Ein Bestandteil der Polio-Eradikationsstrategie ist es, zu erfassen, wo Polio-Wildviren, Polio-Impfviren und Materialien, die möglicherweise Polioviren enthalten, gelagert werden, diese Bestände, sofern sie vorläufig noch gebraucht werden, schrittweise (gestaffelt nach Typ 1, 2 und 3) in besonders sichere zentrale Einrichtungen zu verbringen und sie schließlich zu vernichten. Dadurch soll verhindert werden, dass es etwa durch Laborunfälle wieder zu Ausbrüchen von Polioviren kommen kann, nachdem Impfprogramme der WHO Neuinfektionen mit bestimmten Typen von Polioviren vollständig verhindern konnten. Damit Deutschland seinen Beitrag im Rahmen dieser weltweiten Strategie zuverlässig erbringen kann, werden Pflichten der betroffenen Einrichtungen zur Meldung, sicheren Lagerung und schließlich Vernichtung von Viren und Materialien geregelt.

Neuere Erkenntnisse der epidemiologischen und medizinischen Wissenschaft und Erfahrungen der Länder und des Bundes mit dem Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (z.B. Aufklärung der Ursache von Krankheitsausbrüchen von Legionellose; Bekämpfung von Skabies u.a. in Altenpflegeeinrichtungen, Infektionsprävention beim Betrieb von Kleinbadebecken) haben weitere punktuelle Verbesserungsmöglichkeiten im Infektionsschutzgesetz aufgezeigt. Die Rahmenbedingungen für den Infektionsschutz im internationalen Kontext (z.B. Konsequenzen aus dem Ausbruch von Ebolafieber in Westafrika) und unionsrechtliche Vorschriften (z.B. die Regelungen zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren sowie das Biozidrecht) haben sich fortentwickelt, so dass auf nationaler Ebene gesetzlicher Anpassungsbedarf besteht.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Meldungen und Mitteilungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem IGV-Durchführungsgesetz sollen künftig über definierte Schnittstellen (beispielsweise Praxis-Software- oder Web-Portal-basierte Lösungen) vom Meldepflichtigen elektronisch erfolgen. Die beteiligten Behörden sollen die für sie bestimmten Informationen entsprechend auswerten können und eine gemeinsame Kommunikationsplattform für den öffentlichen Gesundheitsdienst erhalten (§ 14 Absatz 1). Die zuständigen Behörden können gemäß dem auf gesetzlicher Grundlage geregelten Berechtigungskonzept auf die Informationen im elektronischen Melde- und Informationssystem zugreifen (§ 14 Absatz 7).

Eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands kann insbesondere dadurch erreicht werden, dass bestimmte Prozesse automatisiert werden, indem beispielsweise die abgegebenen Meldungen und Mitteilungen vom elektronischen Melde- und Informationssystem automatisch den zuständigen Behörden zur Verfügung gestellt (§ 14 Absatz 4) oder daraufhin

überprüft werden, ob zwischen ihnen (auch über die Grenzen einzelner Bundesländer hinweg) ein Zusammenhang besteht, der auch Rückschlüsse für die epidemiologische Überwachung zulässt und so ein entsprechendes zeitnahes Eingreifen ermöglicht (§ 14 Absatz 5 und 6).

Um eine effiziente und schnelle Datenmeldung bundesweit möglich zu machen, ist es notwendig, dass die Meldepflichten über das Melde- und Informationssystem nach einheitlichen Verfahrensgrundsätzen erfüllt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält deshalb die Ermächtigung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, das Melde- und Informationssystem für die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie für die Melde- und Mitteilungspflichtigen als verbindliche Plattform festzulegen (§ 14 Absatz 8). Die Entwicklung hin zu einer vollständigen elektronischen Umsetzung kann nur stufenweise erfolgen.

Darüber hinaus werden im IfSG Rechtsgrundlagen zur Umsetzung der Polio-Eradikationsstrategie der WHO geschaffen und weitere punktuelle Änderungen des IfSG und des IGV-DG vorgenommen.

III. Alternativen

Als Alternative zu einem bundesweiten Melde- und Informationssystem ist auch eine dezentrale Lösung denkbar, die den Ländern die Möglichkeit gibt, jeweils einzelne Lösungen zu entwickeln. Da eine bundesweite Kommunikation und eine epidemiologische Überwachung über Landesgrenzen hinweg so aber nur eingeschränkt erfolgen kann, kann diese Lösung nicht als gleichwertig betrachtet werden. Einzubeziehen sind hier auch die erheblichen Mehraufwände, die für die öffentlichen Haushalte der Länder bei einer solchen Lösung entstehen würden. Demgegenüber stellt sich die vorgeschlagene Lösung als schlankere und ressourcensparende Alternative dar.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich für die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, des IGV-Durchführungsgesetzes und des Tiergesundheitgesetzes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes. Aufgrund der in § 12 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes vorgesehenen Regelung ist Artikel 84 Absatz 1 Satz 5 und 6 des Grundgesetzes einschlägig.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Unionsrechtliche Vorgaben, etwa in den Bereichen des Datenschutzrechts und der Überwachung von schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren, sind berücksichtigt.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die Meldetatbestände in § 6 Absatz 1 Nummer 5 und § 7 Absatz 2 werden rechtsklarer gefasst, um ihre Anwendung durch die meldepflichtigen Personen zu erleichtern. Die Normen zur Meldung und Übermittlung werden klarer und übersichtlicher strukturiert, unübersichtliche Verweisketten entfallen. Angaben sind nur noch soweit vorliegend erforderlich. Die Änderungen in § 18 des Infektionsschutzgesetzes vermeiden unnötige doppelte Prüfungen der Wirksamkeit von Mitteln und Verfahren oder ihrer Auswirkungen auf die Umwelt und die menschliche Gesundheit.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Managementregeln und Indikatoren der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie wurden geprüft und, soweit sie einschlägig sind, beachtet. Das Gesetz zielt insbesondere auf die

Vermeidung von Erkrankungs- und Todesfällen bei Menschen ab. Damit wird die Managementregel 4 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung und das in der Strategie verfolgte Ziel einer Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit unterstützt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Dem Bundesministerium für Gesundheit entstanden bzw. entstehen für das Fachkonzept und technische Konzept sowie für die Realisierung, Implementierung und Roll out ca. 4.000.000 EUR an Kosten. Die laufenden Betriebskosten stehen noch nicht exakt fest. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie grundsätzlich durch die dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung stehenden Budgetmitteln gedeckt werden können. Das Robert Koch-Institut geht derzeit von einem zusätzlichen Personalbedarf im Umfang von mindestens fünf Planstellen/Stellen und damit verbundenen Personalausgaben aus.

Die Anpassung von Gebührenhöhen und die Erhebung von Gebühren für die freie Verkehrserlaubnis (§ 18 Absatz 6 und Anlage 2 IGV-DG) führen bei den Ländern zu noch näher zu bestimmenden Mehreinnahmen.

4. Erfüllungsaufwand

a) Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht grundsätzlich kein Erfüllungsaufwand. Lediglich für Ausreisepflichtige und Spätaussiedler können durch die Aufnahme weiterer Einrichtungen für Spätaussiedler sowie der Gruppe der Ausreisepflichtigen in § 36 Absatz 4 durch die dort festgelegte Zeugnisbeibringungspflicht geringfügig höhere Erfüllungsaufwände anfallen *[Soll möglichst im Wege der Beteiligung der Länder und kommunalen Spitzenverbände konkretisiert werden.]*.

b) Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

§ 6 Absatz 1 Nummer 5, § 2 Nummer 3a (Informationspflicht)

Die Neufassung des Meldetatbestandes mit Begriffsbestimmung der bedrohlichen übertragbaren Krankheit und unter Auslassung der bisherigen Ausnahme in Bezug auf Krankheitserreger nach § 7 IfSG hat für die Meldepflichtigen (insbes. Ärzteschaft, Krankenhäuser) keine nennenswerte Erhöhung der Anzahl der Meldungen zur Folge.

§ 6 Absatz 3 (Informationspflicht)

Die Erweiterung des Meldetatbestandes um bestimmte Kolonisationen erhöht die Zahl der Meldungen (insbes. Krankenhäuser) geringfügig. Die Angabe der Kolonisationen in der Meldung erhöht den Zeitaufwand pro Meldung geringfügig *[Soll möglichst im Wege der Beteiligung der Länder und kommunalen Spitzenverbände konkretisiert werden.]*.

§ 7 Absatz 1 Nummer 9 (Informationspflicht)

Die Präzisierung der Meldepflicht führt zu einer sehr geringfügigen Erhöhung der Zahl der Meldungen von Untersuchungsstellen. Seit Einführung des IfSG wurde 2015 mit 14 Fällen das bisherige Maximum der jährlichen Fallzahl erreicht. Darunter waren 12 Hautdiphtherie-Fälle und 2 Rachendiphtherie-Fälle. Eine mögliche zusätzliche Mehrbelastung meldender Labore bzw. einzelner Gesundheitsämter durch notwendige Nachrecherchen ist bei der äußerst geringen Gesamtfallzahl unbedeutend.

§ 7 Absatz 1 Nummer 49 (Informationspflicht)

Durch die Präzisierung der Meldepflicht erhöht sich die Zahl der Meldungen der Untersuchungsstellen um etwa 150 bis 200. Daten aus anderen Ländern zeigen, dass etwa 95% der Yersiniosen durch *Y. enterocolitica* verursacht werden, die übrigen etwa 5% Yersiniosen durch andere darmpathogene *Yersinia*-Spezies, insbesondere *Y. pseudotuberculosis* (siehe Surveillance-Bericht ECDC bzw. Daten aus Finnland 2013 (93% *Y. enterocolitica*, 7% *Y. pseudotuberculosis*)). Ausgehend von jährlich etwa 2800 Yersiniose-Fällen durch *Yersinia-enterocolitica*-Infektionen, die im Durchschnitt in Deutschland in den letzten 5 Jahren übermittelt wurden, wird geschätzt, dass nach Änderung der Meldepflicht jährlich zusätzlich 150-200 Yersiniosen durch Infektionen mit *Y. pseudotuberculosis* oder anderen

darmpathogenen Yersinia-Spezies übermittelt werden.

§ 7 Absatz 2 (Informationspflicht)

Die Neufassung des Meldetatbestandes hat keine Erhöhung der Anzahl der Meldungen der Untersuchungsstellen zur Folge.

§ 8

Die Änderungen in § 8 sind im Wesentlichen klarstellender Art und haben ziehen keinen erhöhten Erfüllungsaufwand nach sich.

§§ 9 und 10 (Informationspflichten)

Durch die, sofern vorhanden, zusätzliche Angabe von Telekommunikationsanschlussdaten durch die meldenden Ärztinnen und Ärzte und Untersuchungsstellen führt für diese zu einem geringen nicht quantifizierbaren Mehraufwand. Ebenso wird der zusätzliche Erfüllungsaufwand für die zusätzlichen Angaben in der Meldung gemäß § 9 Absatz 1 Nr. 4, 7, 9, 10 und 11 als vernachlässigbar geschätzt. *[Soll möglichst im Wege der Beteiligung der Länder und kommunalen Spitzenverbände konkretisiert werden.]* Der geringfügige Mehraufwand wird durch die gesetzliche Änderung, dass Angaben nur soweit vorliegend gemacht werden müssen, ausgeglichen.

Soweit vorliegend sind bei der Meldung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern zusätzlich Angaben zum Impfstatus der Patientin oder des Patienten zu machen. Der zusätzliche Zeitaufwand pro Fall bei ca. 40 000 Meldefällen von impfpräventablen Erkrankungen jährlich (Zahlen nach RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2015) beträgt maximal eine Minute. Dieser Aufwand reduziert sich künftig durch Möglichkeiten der elektronischen Erfassung und Meldung mit entsprechender Arztsoftware.

Ein in einigen Fällen erhöhter Weiterleitungsaufwand nach § 9 Absatz 6 ist vernachlässigbar, denn einerseits kann durch das elektronische Melde- und Informationssystem eine entsprechende Zurverfügungstellung automatisiert erfolgen, andererseits ist auch nach bisherigem Recht eine Weiterleitung der Meldung an das Gesundheitsamt der Hauptwohnung Pflicht, obwohl auch das im Einzelfall nicht als sinnvoll erscheinen mag.

§ 13

Erfüllungsaufwand entsteht erst nach Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 4. Die Kosten der Ablieferung werden den entsprechend Verpflichteten erstattet.

§ 14

Für die Melde- und Mitteilungspflichtigen werden durch das vorliegende Gesetz zunächst keine zusätzlichen Kosten entstehen. Nach Vorgabe zur verbindlichen Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems durch Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung sind einmalige Kostenbelastungen durch Anpassungen der Softwarelösungen privater Anbieter denkbar. Sie sind allerdings vermeidbar, da allen Melde- und Mitteilungspflichtigen auch eine kostenlose Internetplattform angeboten werden soll. Demgegenüber werden Entlastungen stehen, die durch die Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems entstehen. Dazu gehören etwa die Automatisierung in den Prozessen und die damit in Zusammenhang stehende Zeitersparnis:

Meldepflichtige	Anzahl Meldungen	Änderung pro Fall [Min]	gesparte Min	mittlerer Stundensatz# [Euro]	gesparte Kosten [Euro]
Ärzte/-innen	100.000	-5	-500.000	34,1	-284.166,67 €
Labore	500.000	-3	-1.500.000	34,1	-852.500,00 €
andere	20.000	-5	-100.000	34,1	-56.833,33 €
Gesamt					-1.193.500,00 €

§ 22a

Die Regelung führt zu keinem Mehraufwand für die Einrichtungen, da es sich lediglich um eine deklaratorische Verweisung handelt.

§ 34 Absatz 10a (Informationspflicht)

Die Pflicht der Kindertageseinrichtung zur Benachrichtigung des Gesundheitsamtes führt bei einer erwarteten geringen Fallzahl zu einem geringen, nicht näher quantifizierbaren Mehraufwand für die Kindertageseinrichtungen.

§ 36 (Informationspflicht)

Die zusätzlichen Mitteilungspflichten zu Skabies (Absatz 3a) aus den betreffenden Einrichtungen führen zu einem nicht quantifizierbaren Mehraufwand für die Einrichtungen. Die Fallzahl ist nicht abzuschätzen. *[Soll möglichst im Wege der Beteiligung der Länder und kommunalen Spitzenverbände konkretisiert werden.]* Das RKI führt zurzeit eine Erhebung des Ausmaßes der dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bekannt gemachten Fälle von Skabies in Deutschland im Jahr 2016 durch. Für das erste Quartal 2016 haben 130 der 144 teilnehmenden Gesundheitsämter (GÄ) aus 12 Bundesländern Skabies-Fälle aus insgesamt 885 Einrichtungen berichtet. Von den betroffenen GÄ wurden zwischen einer und 56 Einrichtungen berichtet. 61% der Einrichtungen mit Skabies-Vorkommen (Skabies-Einzelfälle oder Ausbrüche mit zwei oder mehr Skabies-Fällen) betrafen Einrichtungen gemäß § 33 IfSG, die von der neuen Regelung nicht betroffen sind. An zweiter Stelle folgten Einrichtungen für Asylsuchende (26% der Einrichtungen mit Skabies-Vorkommen). Weniger häufig wurden Vorkommen aus Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege sowie weiteren Einrichtungen berichtet. Es ist von einer deutlichen Untererfassung des Ausmaßes von Skabies-Fällen auszugehen, da unter anderem bisher lediglich 38% der GÄ in Deutschland an der Erhebung teilgenommen haben und zurzeit lediglich eine gesetzliche Mitteilungspflicht an das Gesundheitsamt für Einrichtungen gemäß § 33 IfSG besteht.

§ 39 Absatz 1 IfSG

Der Erfüllungsaufwand der Inhaber der schätzungsweise 200 Kleinbadeteiche für Wasseruntersuchungen hängt von den landesrechtlichen Bestimmungen ab und kann nicht näher quantifiziert werden.

§ 50a Absatz 1 IfSG (Informationspflicht)

Der Erfüllungsaufwand der Anzeigepflicht für die Einrichtungen ist, da bundesweit nur ungefähr 25 Einrichtungen betroffen sind, gering.

§ 50a Absatz 3 IfSG

Der Erfüllungsaufwand der Einrichtungen bei der Übergabe von Polioviren und Materialien an eine zentrale Einrichtung ist aufgrund der zu erwartenden geringen Fallzahl gering. Zentrale Einrichtung werden voraussichtlich lediglich eine oder zwei Einrichtungen mit einem hohen Sicherheitsstandard, so dann der zusätzliche Aufwand für die Einhaltung von Sicherheitsstandards voraussichtlich gering ist.

c) Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

§ 4

Die Aufzählung der Aufgaben des RKI hat im Wesentlichen klarstellende Bedeutung und beschreibt schon seine bisherige Aufgabenwahrnehmung. In Absatz 2 Nummer 7 erwähnte Entwicklungskosten sind bereits bei den Haushaltsaufgaben ohne Erfüllungsaufwand genannt.

Dem RKI werden weitere Aufgaben im internationalen Gesundheitsschutz in Absatz 3 gesetzlich übertragen. Eine Verstärkung der internationalen Aktivitäten des Robert Koch-Institutes erfolgt schon seit Anfang 2016 im Rahmen der geförderten Global-Health-Projekte und ist haushaltsrechtlich bis 2020 eingeplant (Geldgeber: BMG; 2,2 Millionen Euro pro Jahr, Laufzeit: 2016-2020).

§§ 9 und 10

Die zusätzliche Angabe von Telekommunikationsanschlussdaten und weiterer Daten erleichtern dem Gesundheitsamt die Tätigkeit. Die diesbezüglich wegfallenden Recherchen der Gesundheitsämter führen zu einer nicht näher bestimmbareren Zeit- und Kostenersparnis.

§ 11

Die Übermittlung auch des Impfstatus (bis zu 40 000 Fälle) und weiterer Angaben stellt für die Gesundheitsämter und die Landesstellen keinen relevanten zusätzlichen zeitlichen Aufwand dar. Auf der anderen Seite entfällt durch die Angaben der Meldenden zum Impfstatus bei den Gesundheitsämtern im Rahmen ihrer Ermittlungen nach § 25 IfSG der Aufwand für diesbezügliche Recherchen bei den betroffenen Personen. Die Übermittlung der Daten erfolgt in Zukunft im elektronischen System, sodass künftig kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand in den zuständigen Landesbehörden und am RKI entstehen dürfte.

§ 12 Absatz 2

Die Übermittlungspflichten der Landesbehörden werden in Folge der geänderten unionsrechtlichen Vorgaben ausgedehnt. Aufgrund der Seltenheit der Ereignisse ist mit keinem nennenswerten zusätzlichen Erfüllungsaufwand der Landesbehörden zu rechnen.

§ 13 Absatz 4

Durch das vorliegende Gesetz entstehen den Ländern und Kommunen zunächst keine zusätzlichen Kosten. Bei der Implementierung der epidemiologischen Surveillance durch Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung sind Kostenbelastungen durch die Kostentragung für die Ablieferung nach § 69 Absatz 1 Nummer 2 zu erwarten, die sich aber im Einzelnen nicht beziffern lassen. *[Soll möglichst im Wege der Beteiligung der Länder und kommunalen Spitzenverbände konkretisiert werden.]*

§ 14

Durch das vorliegende Gesetz entstehen den Ländern und Kommunen zunächst keine zusätzlichen Kosten. Nach Vorgabe zur verbindlichen Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems durch Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung sind Kostenbelastungen durch Anpassungen der Softwarelösungen privater Anbieter denkbar, die sich aber im Einzelnen nicht beziffern lassen. Sie sind überdies vermeidbar, da allen Gesundheitsämtern auch die kostenlose Softwarelösung des Robert Koch-Instituts bereitgestellt werden soll. Demgegenüber werden Entlastungen stehen, die durch die Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems entstehen. Dazu gehören etwa die Automatisierung in den Prozessen und die Entlastung in der Kostentragung nach § 69 Absatz 1 Nummer 1.

Im Einzelnen:

Im Jahr 2015 wurden ca 500.000 Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten an das RKI übermittelt sowie ca 15.000 Erregernachweise direkt an das RKI gemeldet. Die für die Dateneingabe benötigte Zeit ist abhängig von der jeweiligen gemeldeten Erkrankungen bzw. Erregernachweisen und den zusätzlich zu erfassenden Informationen sowie dem im Gesundheitsamt für die Eingabe der Daten verwendeten Softwareprogramm. Durch das elektronische Melde- und Informationssystem muss ein Großteil der gemeldeten Angaben nicht mehr im Gesundheitsamt eingegeben werden, ebenso wird erwartet, dass die Angaben nun vollständiger vorliegen, sodass auch der Arbeitsaufwand in den zuständigen Landesbehörden und am RKI geringer wird.

Ebene des ÖGD	Bearbeitungsaufwand pro Fall	Fallzahl*	Änderung pro Fall [Min]	gesparte Min	mittlerer Stundensatz# [Euro]	gesparte Kosten [Euro]
GA	einfach	450.000	-5	-2.250.000	37,6	-1.410.000,00 €
	mittel	40.000	-10	-400.000	37,6	-250.666,67 €

	komplex	10.000	-100	-1.000.000	37,6	-626.666,67 €
LS	einfach	450.000	-0,1	-45.000	35,8	-26.850,00 €
	mittel	40.000	-1	-40.000	35,8	-23.866,67 €
	komplex	10.000	-30	-300.000	35,8	-179.000,00 €
RKI	einfach	450.000	0	0	36,0	- €
	mittel	40.000	-1	-40.000	36,0	-24.000,00 €
	komplex	10.000	-30	-300.000	36,0	-180.000,00 €
RKI	§ 7 Abs. 3	15.000	-20	-300.000	36,0	-180.000,00 €
Gesamt						-2.901.050,00 €

§ 27 Absatz 1

Die Pflicht zur Benachrichtigung anderer Gesundheitsämter im Rahmen des Erforderlichen vollzieht die gängige Verwaltungspraxis der Gesundheitsämter nach und führt daher zu einem nicht näher quantifizierbaren Mehraufwand.

§ 27 Absatz 2

Die allgemeine Kann-Regelung hat für die Gesundheitsämter keinen Mehraufwand zur Folge.

§ 27 Absatz 4

Die Pflicht zur Benachrichtigung der nach dem Tiergesundheitsgesetz zuständigen Behörde führt bei geringer Fallzahl zu einem geringen, nicht näher quantifizierbaren Mehraufwand der Gesundheitsämter.

§ 27 Absatz 5

Die Pflicht zur Benachrichtigung der für den Immissionsschutz zuständigen Behörde führt bei sehr geringer Fallzahl zu einem sehr geringen, nicht näher quantifizierbaren Mehraufwand der Gesundheitsämter.

§ 36

Für die Gesundheitsämter entsteht, soweit die mitgeteilten Fälle von Skabies (Absatz 3a) den Gesundheitsämtern bislang nicht zur Kenntnis gelangten, zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch Ermittlungen und Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit. Maßnahmen der Gesundheitsämter umfassen u.a. die Kontaktaufnahme zu den mitgeteilten Fällen und zu deren Kontaktpersonen, (elektronische) Fallverwaltung sowie Herausgabe von Infomaterialien, telefonische und persönliche Beratungen und Vor-Ort-Begehungen in den Einrichtungen. Der Zeitaufwand für die durchgeführten Maßnahmen für alle mitgeteilten Skabies-Vorkommen im ersten Quartal 2016 wurde von 50% der Einrichtungen mit einer Stunde angegeben (Median 1 Stunde, Maximum 75 Stunden). Soweit dem Gesundheitsamt in Folge der Mitteilungspflicht Fälle früher als bislang mitgeteilt werden, führt dies andererseits zu einer Verringerung des Aufwandes des Gesundheitsamtes, soweit einer weiteren Ausbreitung der Krankheit frühzeitig entgegengewirkt werden kann.

Die Änderungen in den Absätzen 4 bis 6 sind im Wesentlichen klarstellender Art. Durch die Aufnahme weiterer Einrichtungen für Spätaussiedler sowie der Gruppe der Ausreisepflichtigen können geringfügig höhere Erfüllungsaufwände anfallen, soweit die Länder eine entsprechende Gesundheitsuntersuchung vornehmen.

§ 37 Absatz 2 IfSG

Das Aufstellen allgemeiner Hygieneanforderung für Kleinbadeteiche führt zu Erfüllungsaufwand der oftmals kommunalen Betreiber führt zu einem nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand. *[Soll möglichst im Wege der Beteiligung der Länder und kommunalen Spitzenverbände konkretisiert werden.]* Es gibt schätzungsweise 200 Kleinbadeteiche in Deutschland. 2011 hatten sich an einer Fragebogenaktion des UBA zum Thema „Überwachung und Aufbereitung von Schwimm- und Badebeckenwasser“ 300 Gesundheitsämter beteiligt und 170 Kleinbadeteiche mitgeteilt.

§ 37 Absatz 3

Der Erfüllungsaufwand der Gesundheitsämter für die Überwachung der schätzungsweise 200 Kleinbadeteiche hängt insbesondere von landesrechtlichen Vorgaben ab, so dass er nicht näher quantifiziert werden kann.

§ 39 Absatz 2

Notwendige Maßnahmen der zuständigen Behörden in Bezug auf die schätzungsweise 200 Kleinbadeteiche sind situationsabhängig, so dass der Aufwand der zuständigen Behörden nicht quantifiziert werden kann.

§ 50a Absatz 1

Der Erfüllungsaufwand der zuständigen Behörden bei der Entgegennahme und Verarbeitung von Anzeigen ist aufgrund der zu erwartenden geringen Zahl der Anzeigen gering.

§ 50a Absatz 2

Der Erfüllungsaufwand der Einrichtungen bei der Vernichtung von Polioviren und Materialien ist aufgrund der zu erwartenden geringen Fallzahl gering.

§ 50a Absatz 5

Der Erfüllungsaufwand der Gesundheitsämter für Ermittlungen ist aufgrund der erwarteten geringen Fallzahl gering.

§ 69 Absatz 3

Durch die Neuregelung des § 69 Absatz 3 wird es voraussichtlich nicht zu einer Mehrbelastung der Länder- und Kommunalhaushalte kommen, weil auch nach der bisherigen Verwaltungspraxis eine Kostenerstattung zwischen den jeweiligen Kostenträgern stattfand. *[Soll möglichst im Wege der Beteiligung der Länder und kommunalen Spitzenverbände konkretisiert werden.]*

5. Weitere Kosten

Die Anpassung von Gebührenhöhen und die Erhebung von Gebühren für die Erteilung der freien Verkehrserlaubnis (§ 18 Absatz 6 und Anlage 2 IGV-Durchführungsgesetz) führen bei den Reedern zu noch näher zu bestimmenden Mehraufwendungen für Gebühren.

Im Übrigen entstehen keine weiteren Kosten. Auswirkungen auf Einzelpreise oder das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Weitere Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher und gleichstellungspolitischen Auswirkungen sind nicht zu erwarten.

VII. Befristung; Evaluierung

Die eingetretenen Gesetzesfolgen und die Vollzugserfahrungen mit den einzelnen Regelungen sollten nach einem Zeitraum von etwa 5 Jahren betrachtet und evaluiert werden.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 5.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Nummer 12.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Nummer 13.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zu Nummer 14.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung zu Nummer 15.

Zu Buchstabe g

Folgeänderung zu Nummer 17.

Zu Buchstabe h

Folgeänderung zu Nummer 17.

Zu Buchstabe i

Folgeänderung zu Nummer 20.

Zu Buchstabe j

Folgeänderung zu Nummer 26.

Zu Buchstabe k

Folgeänderung zu Nummer 28.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Durch die Änderungen zu Buchstabe b erforderliche Folgeänderung.

Zu Buchstabe b (§ 1 Absatz 3)

Der neue Absatz 3 stellt eine gemeinsame und einheitliche Regelung zum Datenschutz im Anwendungsbereich des IfSG und des IGV-Durchführungsgesetzes dar, soweit nicht speziellere Vorschriften vorgehen. Dadurch können in verschiedenen Vorschriften allgemeine Regelungen zum Datenschutz gestrichen werden.

Danach ist die Verarbeitung personenbezogener Daten nur zum Zweck der Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz und dem IGV-Durchführungsgesetz und nur dann zulässig, wenn sie erforderlich ist. Zudem muss die betroffene Person eingewilligt haben oder aber eine gesetzliche Regelung dies erlauben oder anordnen. Diese Regelung orientiert sich damit an den Vorgaben der §§ 13 und 14 BDSG und der Artikel 6 und 9 DSGVO.

Zu Nummer 3 (§ 2 Nummer 3a)

Im Zusammenhang mit der Neufassung des Meldetatbestandes in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird zur Konkretisierung des Begriffs „bedrohliche übertragbare Krankheit“ eine Begriffsbestimmung eingeführt. Sie beruht im Wesentlichen auf der bereits in der amtlichen Begründung der Bundesregierung zu § 5 auf Drucksache 14/2530, S. 47 enthaltenen Definition und bringt daher keine grundlegende Änderung gegenüber der bestehenden Rechtslage mit sich. Die Begriffsbestimmung stellt auf mögliche schwere klinische Verlaufsformen der Krankheit und auf die Weiterverbreitungsweise der Krankheit ab. Diese Eigenschaften

einer übertragbaren Krankheit können jeweils für sich allein oder durch ihr Zusammenwirken eine besondere Gefährlichkeit der übertragbaren Krankheit für die Bevölkerung ausmachen. Außer im Rahmen des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und des § 5 ist die Begriffsbestimmung für die Beratung von obersten Landesgesundheitsbehörden durch das RKI nach § 4 Absatz 1 Satz 4 relevant, die wiederum auf die Anwendung insbesondere der Tatbestände in § 21 Absatz 2 Nummer 1c und § 47 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3c des Arzneimittelgesetzes (vgl. BT-Drs. 15/5728, S. 84) sowie § 79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes abzielt.

Zu Nummer 4 (§ 4)

Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 5)

Folgeänderung zu Buchstabe b und Nummer 12# (§ 12)

Zu Buchstabe b (Absatz 2 Nummer 2 bis 8 neu)

Die Aufzählung der wesentlichen Aufgaben des Robert Koch-Instituts wird neu gefasst. Nummer 2 ersetzt die bisherige Nummer 2 Buchstabe a und ist nun als deklaratorische Verweisung auf § 11 Absatz 2 ausgestaltet. Nummer 3 wird auf die zentrale Aufgabe der infektionsepidemiologischen Auswertung der Meldungen fokussiert und bezieht ausdrücklich die nach dem IGV-Durchführungsgesetz übermittelten Meldungen ein. In Nummer 4 werden nun an Stelle der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und an Stelle der berufsgenossenschaftlichen Zentrale für Sicherheit und Gesundheit (BGZ) das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung genannt. Die neu eingefügte Nummer 5 enthält eine deklaratorische Verweisung auf die Aufgaben des RKI nach § 12. Nummer 6 ersetzt die bisherige Nummer 5 und soll deutlich machen, dass das Robert Koch-Institut weitere Formen der epidemiologischen Überwachung nach § 13 durchführen kann. Wegen der Änderung des § 14 wird auf diese Vorschrift nicht mehr verwiesen. Gemäß der neuen Nummer 7 ist das Robert Koch-Institut auch für die Entwicklung des elektronischen Melde- und Informationssystem nach § 14 zuständig. In dieser Funktion kann es insbesondere Softwareanwendungen entwickeln, die den Anwendern des Systems unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden können. Dies kann durch die Entwicklung von Anwendungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder für zur Meldung und Mitteilung Verpflichtete geschehen oder auch durch Schnittstellen, die kommerziellen Anbietern von Software-Lösungen zur Integration in ihre Programme bereitgestellt werden. Es unterstützt die Beteiligten bei der Anwendung der entsprechenden Software. Diese Aufgabe wird unabhängig von der Führung des elektronischen Melde- und Informationssystem nach § 14 Absatz 2 wahrgenommen. Nummer 8 verweist auf die Aufgaben des RKI im Rahmen des § 18. Nummer 9 verweist auf die nun in § 23 Absatz 4a geregelte Aufgabe.

Zu Buchstabe c (Absatz 3 neu)

Absatz 3 regelt besondere Aufgaben des RKI im internationalen Kontext. Die Erfahrungen etwa aus dem Ausbruch von Ebolafieber in Westafrika im Jahr 2014/2015 haben erneut gezeigt, dass es unter den Bedingungen eines globalisierten Waren- und Reiseverkehrs wichtig ist, den Gefahren einer Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten möglichst frühzeitig zu begegnen. Ausländische Staaten, die ein weniger leistungsfähiges öffentliches Gesundheitswesen haben, auf deren Hoheitsgebiet jedoch bedrohliche übertragbare Krankheiten auftreten und sich ausbreiten können, sollen in die Lage versetzt werden, entsprechenden Gefahren vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und wirksame Bekämpfungsmaßnahmen zu ergreifen. Die Unterstützung dieser Staaten und dortiger Einrichtungen sowie die Unterstützung der Arbeit von supranationalen und internationalen Organisationen, insbesondere der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die entsprechende Zielsetzungen verfolgen, reduziert die Gefahren einer möglichen grenzüberschreitenden Ausbreitung von Krankheiten. Dies trägt zum globalen Gesundheitsschutz und somit auch zum Schutz vor der Einschleppung von übertragbaren Krankheiten ins Inland bei. Das RKI verfügt als Leitinstitut des Bundes auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention

über vielseitige Erfahrungen und eine ausgedehnte Expertise, die in verstärktem Umfang für die genannten Zwecke genutzt werden sollen. Die Tätigkeit bietet dem RKI auch eine Grundlage dafür, neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen und sie für die Zwecke des internationalen Gesundheitsschutzes einzusetzen. Die personellen Ressourcen des Robert Koch-Institutes für die Erfüllung der Aufgabe sollen künftig ausgebaut werden. Die Regelung knüpft an die Zielsetzungen nach Artikel 2 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) an. Über die nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) von den Vertragsstaaten verlangten inländischen Kernkapazitäten für den Gesundheitsschutz hinausgehend bringt die Regelung einen dauerhaften nationalstaatlichen Beitrag insbesondere zur Primärprävention von internationalen Gesundheitsgefahren im Ausland. Die Aktivitäten des RKI sind eine zusätzliche Säule neben den entwicklungspolitischen Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und der Erbringung von humanitärer Hilfe in Krisensituationen durch das Auswärtige Amt.

Zu Nummer 5 Überschrift des 3. Abschnitts)

Durch die Neuformulierung der Überschriften des 3. Abschnitts wird deutlich, dass neben dem klassischen infektionsschutzrechtlichen Meldewesen auch sonstige epidemiologische Überwachungsformen (§ 13) zur epidemiologischen Überwachung gehören, mit der sich der 3. Abschnitt befasst.

Zu Nummer 6 (§ 6)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Zu Dreifachbuchstabe aaa (Nummer 1)

Die Aufzählung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 meldepflichtigen Krankheiten wurde angepasst: Für Krankheiten, für die eine deutsche Bezeichnung einschlägig und üblicherweise verwendet wird, wird im Interesse der besseren Lesbarkeit der Norm, die sich auch an Nicht-Mediziner wendet (§ 8 Absatz 1 Nummer 5-8) einheitlich der deutsche Terminus verwendet. Mit der bisherigen Bezeichnung Varizellen sollten auch nach bisheriger Fassung nur die Windpocken erfasst werden (BT-Drucks. 17/8615, S. 11).

Zu Dreifachbuchstabe bbb (Nummer 5)

Der Auffangtatbestand für die Meldepflicht von Krankheiten wird neu gefasst. Es wird klar gestellt, dass es sich bei der bedrohlichen Krankheit um eine übertragbare Krankheit handeln muss. Es gilt die neu eingeführte Begriffsbestimmung der bedrohlichen übertragbaren Krankheit in § 2. Der bisher in Buchstabe b geregelte Tatbestand des Auftretens von mehreren gleichartigen Erkrankungen mit einem wahrscheinlichen oder vermuteten epidemischen Zusammenhang kann entfallen. Der Aspekt, dass eine Krankheitshäufung auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist, wird bereits durch die Begriffsbestimmung der bedrohlichen übertragbaren Krankheit abgedeckt, da die Gefährlichkeit der übertragbaren Krankheit für die Allgemeinheit sich auch aus ihrer Ausbreitungsweise ergeben kann, wobei ein gehäuftes Auftreten von Erkrankungen mit einem wahrscheinlichen oder vermuteten epidemischen Zusammenhang auf eine für die Allgemeinheit gefährliche Ausbreitungsweise hinweist.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)

Die im Gesetz vorhandenen Verweisketten sind für die Gesetzesanwendung nicht notwendig und teilweise unvollständig. Sie können daher aufgehoben werden.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Die Regelung wird sprachlich angepasst, da die Verpflichtung nach Satz 1 im Rahmen des Meldewesens als Meldepflicht zu bezeichnen ist, wie auch Satz 2 deutlich macht.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)

Die im Gesetz vorhandenen Verweisketten sind für die Gesetzesanwendung nicht notwendig und teilweise unvollständig. Sie können daher aufgehoben werden.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Die Meldepflicht nach Absatz 3 wird aufgrund der bei der Meldung zu machenden Angaben nun als namentliche Meldepflicht bezeichnet; die in der Meldung zu machenden Angaben, die Frist für die Abgabe der Meldung und das zuständige Gesundheitsamt sind nun in § 9 geregelt. **Nummer 1** greift die bisherige Meldepflicht beim gehäuften Auftreten von nosokomialen Infektionen auf und erweitert sie insoweit, als im Falle einer Häufung von nosokomialen Infektionen auch die im Zusammenhang mit dieser Häufung festgestellten Kolonisationen (Besiedelungen) mit dem gleichen Erreger im Rahmen der Meldung relevant sind, so dass in der Meldung auch zu den entsprechenden Kolonisationen Angaben gemäß § 9 Absatz 2 zu machen sind. In **Nummer 2** wird für bestimmte Fälle eine Meldepflicht beim gehäuften Auftreten von Kolonisationen geregelt. Die Kolonisationen müssen – in Anlehnung an die Begriffsbestimmung der nosokomialen Infektion in § 2 Nummer 8 – im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme stehen. Die Meldepflicht betrifft ausschließlich die Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, die das RKI nach Absatz 4a jeweils festgelegt und in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht hat. Der Adressatenkreis der Meldepflicht nach Nummer 2 ist jedoch nicht auf den Adressatenkreis der Regelung in § 23 Absatz 4 beschränkt.

Die im Gesetz vorhandenen Verweisketten sind für die Gesetzesanwendung nicht notwendig und teilweise unvollständig. Der bisherige Satz 2 wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 7 (§ 7)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Zu Dreifachbuchstabe aaa (Nummer 9)

Für die Humanpathogenität von Corynebakterien ist nicht die Spezies, sondern die Toxinbildung entscheidend. Neben *C. diphtheriae* bilden auch *C. ulcerans* Diphtherietoxine oder Diphtherieähnliche Toxine. Schon in den vergangenen Jahren wurden nicht nur *C.-diphtheriae*-Fälle übermittelt sondern auch *C.-ulcerans*-Fälle. Die Typisierung gehört zum diagnostischen Standard. Der aktuelle Textentwurf setzt damit nur eine Situation um, die schon über viele Jahre die etablierte Praxis im Infektionsschutz und Meldewesen des öffentlichen Gesundheitswesens ist. Im Zeitraum von 2001 bis 2008 wurden in Deutschland nur Einzelfälle von Diphtherie-Erkrankungen nach dem IfSG übermittelt. Von 2009-2015 hat die jährliche Fallzahl auf niedrigem Niveau nahezu kontinuierlich zugenommen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb (Nummer 36)

Klarstellung der Nomenklatur.

Zu Dreifachbuchstabe ccc (Nummer 49)

Neben *Yersinia enterocolitica* sind auch andere darmpathogene *Yersinia*-Spezies, insbesondere *Yersinia pseudotuberculosis*, epidemiologisch relevant, auch weil sie Krankheitsausbrüche verursachen können, die meist lebensmittelbedingt sind. Durch die Erweiterung der Meldepflicht auf den Erregernachweis aller darmpathogenen *Yersinia*-Spezies können Ausbrüche durch z.B. *Y. pseudotuberculosis* in Deutschland besser erkannt und bekämpft

werden. Auch in anderen europäischen Ländern werden zusätzlich zu *Yersinia enterocolitica* (darmpathogen) andere darmpathogene *Yersinia*-Spezies, insbesondere *Yersinia pseudotuberculosis*, als Yersiniosen erfasst. Die EU-Falldefinition für Yersiniose umfasst sowohl Infektionen mit *Yersinia enterocolitica* als auch Infektionen mit *Yersinia pseudotuberculosis*. Somit würde Deutschland bei Erweiterung der Meldepflicht in die Lage versetzt werden, auch Daten zu *Y. pseudotuberculosis* an das europäische Surveillancesystem zu übermitteln.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)

Die im Gesetz vorhandenen Verweisketten sind für die Gesetzesanwendung nicht notwendig und teilweise unvollständig. Sie können daher aufgehoben werden.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Der Auffangtatbestand in Bezug auf die Meldepflicht bei Nachweisen von Krankheitserregern wird neu gefasst. Es wird nicht mehr verlangt, dass eine Häufung sowohl in örtlicher als auch in zeitlicher Hinsicht eingetreten sein muss. Neben dem Aspekt der Häufung von Nachweisen eines bestimmten Krankheitserregers spielt auch die Art des Erregers eine wesentliche Rolle für die Beurteilung, ob die Nachweise auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweisen. Die schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit kann sich aus der Art der Krankheitserreger oder aus der Häufigkeit der Nachweise oder aus einer Gesamtschau beider Aspekte ergeben.

Die im Gesetz vorhandenen Verweisketten sind für die Gesetzesanwendung nicht notwendig und teilweise unvollständig. Sie können daher aufgehoben werden.

Zu Buchstabe c (Absatz 3 Satz 2)

Die im Gesetz vorhandenen Verweisketten sind für die Gesetzesanwendung nicht notwendig und teilweise unvollständig. Sie können daher aufgehoben werden.

Zu Nummer 8 (§ 8)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Folgeänderung zu Nummer 6# Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 1)

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung. Grundsätzlich sollen Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 7 erfasst werden.

Zu Doppelbuchstabe cc (Nummer 2)

Klarstellend werden auch Arztpraxen mit eigener Labordiagnostik als private Untersuchungsstellen aufgeführt.

Zu Doppelbuchstabe dd (Nummer 3)

Die Einschränkung („sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit“) ist nicht erforderlich, die Meldeverpflichtung soll hier klarstellend wie bei anderen Gruppen von zur Meldung Verpflichteten bereits bei Vorliegen des jeweiligen Meldetatbestandes entstehen. Auch ist die Meldepflicht bei bloßer Kolonisation auf diese Weise sprachlich erfasst.

Zu Doppelbuchstabe ee (Nummer 7)

Hierbei handelt es sich um eine klarstellende Formulierung, nach der auch die Leiter von Einrichtungen für Obdachlose, Asylbewerber, Ausreisepflichtige, Flüchtlinge und Spätaussiedler von der Meldeverpflichtung erfasst sind.

Zu Buchstabe b (Absatz 3 Satz 2)

Hierbei handelt es sich um eine sprachliche Vereinfachung im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Vorschrift.

Zu Buchstabe c (Absatz 5)

Die Mitteilung, dass sich eine Verdachtsmeldung sich nicht bestätigt hat wird künftig systematisch passender im Rahmen des § 9 Absatz 4 Satz 4 als Pflichtangabe im Rahmen einer namentlichen Meldung behandelt, und nicht mehr in der Norm, die die zur Meldung Verpflichteten aufzählt.

Zu Nummer 9 (§ 9)

§ 9 erhält aufgrund seiner mannigfachen Veränderungen eine neue Fassung.

In der Terminologie findet eine Vereinheitlichung statt, indem künftig einheitlich von „betroffener Person“ (anstatt bisher auch von „Patienten“) und von Einsendern (anstatt bisher auch vom „einsendenden Arzt“) gesprochen. Angaben, die sich auf die betroffenen Personen beziehen, sind soweit möglich zur erhöhten Übersichtlichkeit gruppiert dargestellt.

Künftig sind Angaben generell nur soweit vorliegend zu melden. Insofern kann § 9 Absatz 1 Satz 2 bisheriger Fassung entfallen.

In **Absatz 1** Nummer 4 wird neben der Hauptwohnung nunmehr auch auf den gewöhnlichen Aufenthaltsort abgestellt, falls dieser abweichend von dem Ort der Hauptwohnung zu bestimmen ist. Eine solche Änderung ist erforderlich, weil der melderechtlich formal zu bestimmende Ort der Hauptwohnung in Einzelfällen nicht den Lebensmittelpunkt einer betroffenen Person darstellen kann oder eine melderechtliche Hauptwohnung nicht bekannt ist. In diesen Fällen kann die zusätzliche Information des gewöhnlichen Aufenthaltsortes für alle Beteiligten relevant sein.

Nummer 5 ersetzt die bisherige Nummer 3. Bei der Meldung sind nun zusätzlich Telekommunikationsanschlussdaten der Patientin oder des Patienten wie zum Beispiel die Rufnummer eines Telefonanschlusses oder die E-Mail-Adresse anzugeben. Die Gesundheitsämter müssen insbesondere im Rahmen ihrer Ermittlungen mit den betroffenen Personen rasch Kontakt aufnehmen können. Die Angaben entlasten sie dabei erheblich von Rechercheaufwand. Bei den Meldepflichtigen hingegen sind die Informationen über Telekommunikationsanschlussdaten der Patientin oder des Patienten regelmäßig vorhanden.

Laut Absatz 1 Nummer 7 ist künftig nicht mehr nur die Betreuung in einer Gemeinschaftseinrichtung (bisher Nummer 6) anzugeben, sondern auch, ob die betroffene Person in einer Einrichtung nach § 23 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 7, 36 Absatz 1 untergebracht ist oder betreut wird. Bisher war dies nur für die Fälle des § 33 vorgesehen (Nummer 6 bisheriger Fassung). Dies soll die Gesundheitsämter schon bei der Meldung in die Lage versetzen, zu erkennen, dass der gemeldete Fall einen Bezug zu einer Einrichtung aufweist. Für diese Zwecke sind zur Individualisierung der Einrichtung auch Angaben zu Art und Bezeichnung der Einrichtung zu machen.

In Absatz 1 Nummer 9 sollen nunmehr auch Angaben zum Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion gemacht werden.

Zur wahrscheinlichen Infektionsquelle sind künftig auch Angaben zu zugrundeliegenden Tatsachen zu machen (Absatz 1 Nummer 10).

In Absatz 1 Nummer 10 wurden Hepatitis B und C hinzugefügt, bei denen zusätzlich Geburtsland und Staatsangehörigkeit, bzw. Herkunftsland anzugeben ist. Migranten und Migrantinnen erster und zweiter Generation aus Ländern mit höherer Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Prävalenz können eine höhere Prävalenz als die deutsche bzw. europäische Allgemeinbevölkerung aufweisen. Deshalb empfehlen WHO und ECDC insbesondere für Hepatitis B den Migrationshintergrund (Geburtsland und Geburtsland der Eltern bei Kindern) zu erheben. Seit September 2015 werden bei neu diagnostizierten Hepatitis-B- und C-Fällen bei asylsuchenden Personen Angaben zum Geburtsland und zum Zeitpunkt der Einreise erfasst. In den Bundesländern unterschied sich durch unterschiedliche Test-Praktiken der Anteil asylsuchender Personen an allen übermittelten Hepatitis-B/C-Fällen deutlich, so dass die Daten keine allgemeinen Schlüsse zu der Epidemiologie von Hepatitis B und C

bei Personen mit Migrationshintergrund zulassen. Außerdem liegen bislang keine Informationen zu Geburtsland und Nationalität von nicht-asylsuchenden Migranten und Migrantinnen vor.

Im Absatz 1 Nummer 12 werden redaktionelle Klarstellungen vorgenommen sowie eine Angabepflicht zur gegebenenfalls intensivmedizinischen Behandlung eingeführt.

Nach der neuen **Nummer 14** sind bei der Meldung von bei impfpräventablen Krankheiten nun Angaben zum diesbezüglichen Impfstatus zu machen, da diese Angaben Hinweise auf Impflücken in der Bevölkerung oder auf Impfdurchbrüche geben. So können Impfdurchbrüche zum Beispiel auf ein Nachlassen des Impfschutzes über die Zeit und die Notwendigkeit von Auffrischimpfungen hinweisen. Ferner kann eine lokale Häufung von Durchbruchserkrankungen nach Impfungen auf einen unsachgemäßen Gebrauch des Impfstoffes oder auf Probleme mit einer Impfstoffcharge hinweisen. Die Angabe zum Impfstatus bei Verdacht auf eine impfpräventable Erkrankung entscheidet darüber hinaus auch über das weitere Vorgehen zum Beispiel die Notwendigkeit weiterer labor diagnostischer Untersuchungen zur Absicherung der klinischen Diagnose. Diese Information hilft dem Gesundheitsamt außerdem bei der Ermittlung zur Ursache und zur Ansteckungsquelle der Krankheit und trägt damit zu einem effektiven Ausbruchmanagement bei. Der Rechercheaufwand durch das Gesundheitsamt wird reduziert, wenn Impfstatusangaben bereits bei der Meldung enthalten sind.

Nummer 15 ersetzt die bisherige Nummer 14. Die meldepflichtige Person hat nunmehr Angaben nicht lediglich zu ihrer Telefonnummer, sondern auch zu ihren anderen Telekommunikationsanschlussdaten wie zum Beispiel zur E-Mail-Adresse zu machen. Die Gesundheitsämter müssen im Rahmen ihrer Ermittlungen rasch mit der meldepflichtigen Person Kontakt aufnehmen können. Die Angaben zu weiteren Telekommunikationsanschlussdaten, insbesondere die E-Mail-Adresse, entlasten sie dabei von Rechercheaufwand und Aufwand bei der Kontaktaufnahme. Dem Gesundheitsamt wird es dadurch erleichtert, sich zum Beispiel in Fällen, in denen eine telefonische Erreichbarkeit der meldepflichtigen Person vorübergehend nicht besteht, unter Vermeidung wiederholter Anrufversuche schriftlich an eine E-Mail-Adresse zu wenden.

Nummer 16 ersetzt die bisherige Nummer 11. Wenn die meldepflichtige Person eine Untersuchungsstelle mit Erregerdiagnostik beauftragt hat, so hat sie Angaben nicht lediglich zur Telefonnummer, sondern auch zu anderen ihr bekannten Telekommunikationsanschlüssen der Untersuchungsstelle zu machen. Die Gesundheitsämter müssen im Rahmen ihrer Ermittlungen mit der Untersuchungsstelle Kontakt aufnehmen können. Die Angaben zu deren weiteren Telekommunikationsanschlüssen, insbesondere die E-Mail-Adresse, entlasten die Gesundheitsämter von Rechercheaufwand und Aufwand bei der Kontaktaufnahme. Bei den Meldepflichtigen sind Informationen über Telekommunikationsanschlussdaten der Untersuchungsstelle regelmäßig vorhanden.

In **Absatz 2** werden die Angaben geregelt, die im Rahmen der nun namentlichen Meldepflicht nach § 6 Absatz 3 zu machen sind; die bisherige Regelung in § 10 Absatz 6 entfällt. Damit das Gesundheitsamt die Entwicklung eines Ausbruchs von nosokomialen Infektionen und das Erfordernis von Maßnahmen der infektionshygienischen Überwachung und von Schutzmaßnahmen besser einschätzen kann, müssen die Meldung sowie diesbezügliche Nachmeldungen und Korrekturen einzelfallbezogene Angaben enthalten.

Absatz 3 orientiert sich im Wesentlichen an die bisherige Fassung des Absatzes 2 und enthält in Satz 2 die allgemeine Pflicht des Einsenders, den Meldenden bei seinen Angaben nach Satz 1 zu unterstützen.

Nach **Nummer 5** sind nunmehr Angaben zu Telekommunikationsanschlussdaten der Patientin oder des Patienten zu machen. Die Begründung zu § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 gilt entsprechend.

Nummer 11 ersetzt die bisherige Regelung in Absatz 2 Satz 1 Nummer 11. Die meldepflichtige Person hat Angaben nicht lediglich zur Telefonnummer, sondern auch zu weiteren – ihr bekannten – Telekommunikationsanschlussdaten der einsendenden Ärztin oder des

einsendenden Arztes zu machen. Die Gesundheitsämter müssen im Rahmen ihrer Ermittlungen mit der Ärztin oder dem Arzt Kontakt aufnehmen können. Die Angaben zu weiteren Telekommunikationsanschlussdaten, insbesondere für eine Kontaktaufnahme durch E-Mail, entlasten die Gesundheitsämter von Rechercheaufwand und Aufwand bei der Kontaktaufnahme. Bei den Meldepflichtigen sind Informationen über Telekommunikationsanschlussdaten der Einsenderin oder des Einsenders regelmäßig vorhanden.

Nummer 12 ersetzt die bisherige Regelung in Absatz 2 Satz 1 Nummer 10. Die meldepflichtige Person hat nunmehr Angaben nicht lediglich zu ihrer Telefonnummer, sondern auch zu ihren anderen Telekommunikationsanschlussdaten wie zum Beispiel zur E-Mail-Adresse zu machen. Die Begründung zu § 9 Absatz 1 Nummer 16 gilt entsprechend.

Absatz 4 neuer Fassung führt die Regelungen zum Verfahren der Meldung aus dem bisherigen Absatz 3 Satz 1 bis 3 und § 8 Absatz 5 zusammen. Klargestellt wird, dass die Nachmeldung oder Korrektur von Angaben immer an das Gesundheitsamt zu erfolgen hat, das die ursprüngliche Meldung erhalten hat.

In **Absatz 5** wird nunmehr eine klare Regelung darüber getroffen, an welches Gesundheitsamt die Meldungen zu richten sind: Meldungen nach Absatz 1 haben gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk die betroffene Person ihren derzeitigen Aufenthalt hat oder zuletzt hatte. Gegenüber der bisherigen Regelung bedeutet die Erweiterung „oder zuletzt hatte“ eine Klarstellung für den Fall, dass der bisherige Aufenthaltsort von der betroffenen Person schon verlassen wurde, ein aktueller Aufenthaltsort aber noch nicht bekannt ist.

Meldungen nach Absatz 2 haben gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die Einrichtung, in der das gehäufte Auftreten festgestellt wurde, befindet. Meldungen nach Absatz 3 haben wie bisher auch gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk die Einsender ihren Sitz haben.

In **Absatz 6** wird geregelt, dass die erhobenen Daten anderen Gesundheitsämtern, deren Aufgaben durch den gemeldeten Sachverhalt berührt sind, zur Verfügung gestellt werden. In Abweichung von der bisherigen Terminologie wird nunmehr von einer „Zurverfügungstellung der erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern sowie zu den dazu geführten Ermittlungen“ gesprochen, um zum einen eine bessere sprachliche Anpassung an die künftig mögliche automatisierte Zurverfügungstellung der Daten (§ 14 Absatz 4 Nummer 1) zu erreichen und zum anderen auch die Fälle zu erfassen, bei denen ein Gesundheitsamt ohne vorherige Meldung Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern vorliegen hat (etwa in Fällen von Selbstentdeckung eines Infektionsgeschehens oder bei Information durch eine andere Behörde).

In Erweiterung zur bisherigen Regelung sollen die entsprechenden Melde- und Ermittlungsdaten außer für die Fälle der Meldung nach Absatz 2 künftig dem Gesundheitsamt, welches für die Hauptwohnung, und falls eine solche nicht bekannt oder ein davon abweichender gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt ist, dem Gesundheitsamt, das für den gewöhnlichen Aufenthaltsort im Geltungsbereich dieses Gesetzes der betroffenen Person zuständig ist, zur Verfügung gestellt werden.

Der Begriff des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ist im Gegenteil zum Begriff der Hauptwohnung nicht formalistisch melderechtlich orientiert, sondern stellt materiell darauf ab, wo die betroffene Person sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass sie an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt (§ 30 Absatz 3 Satz 2 SGB I). Gemäß § 9 AO ist als gewöhnlicher Aufenthalt stets und von Beginn an ein zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mehr als sechs Monaten Dauer anzusehen; kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt. Der gewöhnliche Aufenthaltsort liegt auch dem VwVfG zu Grunde (§ 3 Absatz 1 Buchstabe 3a VwVfG) sowie besonderen Polizeigesetzen (§ 49 Absatz 1 WaffG). Dem Schutzziel des IfSG gemäß, Meldungen bei dem Gesundheitsamt eingehen zu lassen, in deren Bezirk der Anlass für die Amtshandlung hervortritt, wird daher gedient, wenn künftig das Gesundheitsamt die Daten erhält, in dessen Bezirk sich

die betroffene Person tatsächlich gewöhnlicherweise aufhält, falls dieser Ort abweichend von dem der Hauptwohnung ist oder eine Hauptwohnung unbekannt ist.

Der Begriff des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ist eingeführt und liegt auch der bisherigen Regelung für die Fälle mehrerer Wohnsitze zu Grunde. Er dürfte genauso wenig Nachforschungsbedarf für Meldende auslösen, wie bisher der Begriff des Hauptwohnsitzes. In den meisten Fällen fallen Ort des Hauptwohnsitzes und Ort des gewöhnlichen Aufenthalts auch zusammen.

Die Regelung ist auch umfassender als bisher, da die bisherige Regelung die Fälle nicht erfasst, in denen die betroffene Person keine Hauptwohnung besitzt (beispielsweise in Deutschland nicht gemeldet ist), aber ein gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt ist. Zudem wird mit der Erweiterung „oder zuletzt hatte“ eine Klarstellung für den Fall vorgenommen, dass der bisherige gewöhnliche Aufenthaltsort von der betroffenen Person schon verlassen wurde, ein neuer gewöhnlicher Aufenthaltsort aber noch nicht bekannt ist.

Außerdem werden gemäß Absatz 6 Nummer 2 für die Fälle mit Bezug zu einer Einrichtung im Sinne des Absatz 1 Nummer 7 die Daten zu Meldung und Ermittlungen gegebenenfalls auch weitergeleitet an das für Einrichtung zuständige Gesundheitsamt, soweit die betroffene Person dort betreut oder untergebracht ist. Eine solche Regelung ist sinnvoll, einrichtungsbezogene Fragen am besten von diesen Gesundheitsämtern geklärt werden können, und diese daher standardmäßig zumindest konsultiert werden müssen.

Der bisherige Absatz 5 kann wegen § 1 Absatz 3 neuer Fassung entfallen.

Zu Nummer 10 (§ 10)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Weil es sich bei der Meldung nach § 7 Absatz 3 um die einzig noch erhaltene nicht namentliche Meldepflicht im IfSG handelt, kann der entsprechende Verweis auf diese Regelung entfallen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb (Nummer 4)

Anpassung entsprechend § 9 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 6.

Zu Dreifachbuchstabe ccc (Nummer 11)

Die meldepflichtige Person hat nunmehr Angaben nicht lediglich zu ihrer Telefonnummer, sondern auch zu ihren anderen Telekommunikationsanschlussdaten wie zum Beispiel zur E-Mail-Adresse zu machen. Die Begründung zu § 9 Absatz 1 Nummer 16 gilt entsprechend.

Zu Dreifachbuchstabe ddd (Nummer 13 neu)

Eingeschlossen sind insbesondere auch die Telekommunikationsanschlussdaten des Einsenders, damit das Gesundheitsamt mit diesem auf einfache Weise Kontakt aufnehmen kann.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)

Die neue Formulierung etabliert eine generelle Unterstützungspflicht des Einsenders für den Meldenden.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Der bisherige Absatz 5 wird systematisch passend in Absatz 2 als Satz 4 eingeordnet. Die Regelungen zum Schutz personenbezogener Daten sind vor dem Hintergrund der Regelung des § 1 Absatz 3 sowie der Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der EU-Datenschutzgrundverordnung verzichtbar. Terminologisch einheitlich wird nunmehr auch von einem „einheitlichen Fall“ gesprochen (wie in § 14 Absatz 5).

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Der neue Absatz 3 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Absatz 4, nunmehr ist einheitlich von „Übermittlungsstandards“ die Rede (wie in § 11 Absatz 1 Satz 3).

Der bisherige Absatz 3 kann entfallen, die Gruppe der zur Meldung Verpflichteten nach § 8 Absatz 1 Nummer 3 wird ebenso wie die anderen zur Meldung nach § 7 Absatz 3 zur Meldung Verpflichteten, die entsprechenden Angaben zu machen können.

Zu Buchstabe d (Absatz 4 bis 6 alt)

Der bisherige Absatz 6 kann wegen der Umformung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 3 in eine namentliche Meldepflicht entfallen. Der Inhalt der Meldung ist nunmehr in § 9 Absatz 2 geregelt.

Zu Nummer 11 (§ 11)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

In **Absatz 1** Satz 1 wird ebenso wie in § 9 Absatz 6 die Terminologie angepasst und von einer „Übermittlung der erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern sowie zu den dazu geführten Ermittlungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen“ gesprochen, um zum einen eine bessere sprachliche Anpassung an die künftig mögliche automatisierte Übermittlung der Daten (§ 14 Absatz 4 Nummer 2) zu erreichen und zum anderen auch die Fälle zu erfassen, bei denen ein Gesundheitsamt ohne vorherige Meldung Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern vorliegen hat (etwa in Fällen von Selbstentdeckung eines Infektionsgeschehens oder bei Information durch eine andere Behörde).

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird nunmehr von „zuständigen Gesundheitsämtern“ gesprochen, weil hier alle Gesundheitsämter anzugeben sind, die in das Verfahren gemäß §§ 9 Absatz 5 und 6 sowie 25 ff. bzw. gemäß IGV-Durchführungsgesetz einbezogen sind.

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 sollen zur Diagnose künftig auch Typisierungsergebnisse übermittelt werden.

Nach Nummer 6 sind im Rahmen der Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsrisiko auch Angaben zum Impfstatus an das Robert Koch-Institut zu übermitteln. Die nach § 9 Absatz 1 Nummer 14 bei impfpräventablen Krankheiten erhobenen Angaben bieten für die Bundesebene wertvolle Informationen zu Impflücken sowie zu Impfdurchbrüchen. Diese Daten leisten einen wesentlichen Beitrag bei der Einschätzung der Wirksamkeit von Impfstoffen sowie der Umsetzung und der Auswirkungen von Impfempfehlungen auf Bevölkerungsebene. Sie sind damit für die Evaluation der Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI wie auch für Wirksamkeitseinschätzungen von Impfstoffen für das PEI von besonderer Bedeutung. Ferner sind diese Daten notwendig für die internationale Berichtspflicht des RKI an das ECDC und die WHO, bei der Angaben zum Impfstatus von Erkrankungsfällen zum Standard gehören. Neben der STIKO nutzen auch andere Kommissionen wie die Nationalen Verifizierungskommission Masern und Röteln und die Polio-Kommision diese Daten, um den Stand der Elimination der entsprechenden Krankheiten und die Wirksamkeit empfohlener Maßnahmen einzuschätzen.

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 wird in Ergänzung zu den Anpassungen in § 9 Absatz 1 Nummer 7 auch eine Übermittlungspflicht bei Tätigkeit, Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen und Gewerbe im Sinne des § 23 Absatz 5 oder 6 oder § 36 Absatz 1 oder 2 eingeführt. Angaben zur Art der entsprechenden Einrichtung bzw. des entsprechenden Gewerbes genügen hier.

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 wird analog zu § 9 Absatz 1 Nummer 11 neben dem Landkreis die kreisfreie Stadt angeführt.

Absatz 1 Satz 2 enthält für die Meldepflicht nach § 6 Absatz 3 und § 9 Absatz 2 bedeutsame Einschränkungen zu den zu übermittelnden Daten. Diese Regelung orientiert sich an § 11

Absatz 2 bisheriger Fassung. Zum Diagnosedatum ist künftig eine taggenaue Angabe vorgesehen.

Zu Buchstabe b (Absatz 2 neu)

Da die Falldefinitionen die Grundlage für die Übermittlungen sind, wird die bislang in § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a geregelte Erstellung von Falldefinitionen durch das RKI systematisch in den Kontext des § 11 gestellt.

Zu Buchstabe c (Absatz 3 neu)

Nach Absatz 3 Satz 1 ist entsprechend den Änderungen zu § 9 Absatz 6 Nummer 1 nunmehr, außer in den Fällen des § 9 Absatz 2 das Gesundheitsamt für die Übermittlung zuständig, in dessen Bezirk die betroffene Person ihre Hauptwohnung, oder falls abweichend, ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat oder zuletzt hatte.

In den Fällen des § 9 Absatz 2 beziehungsweise als Auffangzuständigkeit benennt Absatz 3 Satz 2 das Gesundheitsamt, welches die Daten nach § 9 Absatz 5 vom zur Meldung Verpflichteten erhalten hat.

Schließlich eröffnet Absatz 3 Satz 3 den zuständigen Gesundheitsämtern in jedem Fall die Möglichkeit, ein von den Maßgaben der Sätze 1 und 2 abweichendes Gesundheitsamt für die Übermittlung zu bestimmen.

Zu Buchstabe d (Absatz 4 neu)

Als Folgeänderung zu dem neuen § 27 Absatz 6 übernimmt Absatz 4 nur die Inhalte des bisherigen Absatzes 3, die sich auf die Übermittlung von gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 3 gemeldeten Verdachtsfällen einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung beziehen. Als die nach § 77 Arzneimittelgesetz zuständige Bundesoberbehörde, der die Angaben übermittelt werden, kann nun konkret das Paul-Ehrlich-Institut genannt werden. Der bisherige Absatz 3 Satz 4 kann entfallen, da das PEI die ihm gemeldeten Fälle zu unerwünschten Wirkungen nach Impfungen zeitnah in seiner UAW-Datenbank im Internet publiziert. Diese Daten stehen damit der Öffentlichkeit zur Verfügung. Da Absatz 1 auf die gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 3 gemeldeten Verdachtsfälle keine Anwendung findet, entfällt auch die Unberührtheitsklausel in dem bisherigen Absatz 3 Satz 5.

Zu Nummer 12 (§ 12 IfSG)

Die bislang in § 11 Absatz 4 und § 12 enthaltenen Regelungen zu Mitteilungen an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und an das europäische Netzwerk werden in dem neu gefassten § 12 zusammengeführt und an den Beschluss Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG (ABl. L 293 vom 5.11.2013, S. 1 und ABl. L 231 vom 4.9.2015, S. 16) angepasst.

Absatz 1 regelt die Übermittlung von Informationen an das RKI für Zwecke der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV). Satz 1 entspricht dem bisherigen Satz 1, wobei nunmehr allgemein die zuständige Behörde adressiert wird, da die Übermittlung nicht notwendig von einem Gesundheitsamt (§ 2 Nummer 14) ausgehen muss. Die Regelung in Satz 2 ist eine Konkretisierung der geltenden Bestimmung in § 4 Absatz 2 Satz 2 des IGV-Durchführungsgesetzes, soweit sie den Bereich der übertragbaren Krankheiten und das Verhältnis zwischen den zuständigen Landesbehörden und dem RKI betrifft. Satz 3 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Satz 3; er bezieht sich in Hinblick auf den neuen Satz 2 auch auf die von der zuständigen Landesbehörde kommenden Informationen. Satz 4 erlaubt es dem RKI, den zuständigen Landesbehörden Übermittlungsstandards vorzuschreiben. Satz 5 greift den bisherigen Satz 2 auf und verweist deklaratorisch auf die Zuständigkeitsregelung des IGV-Durchführungsgesetzes, nach der das RKI für den Bereich

der übertragbaren Krankheiten Aufgaben bei der Kommunikation mit der WHO im Rahmen der IGV wahrnimmt.

Absatz 2 regelt die Übermittlung von Informationen an das RKI für Zwecke der unionsrechtlichen Vorschriften. Satz 1 ersetzt die bisher in § 11 Absatz 4 enthaltene Regelung der Übermittlungspflichten der zuständigen Behörden; sie ist nunmehr auf den Beschluss Nr. 1082/2013/EU bezogen. Adressatin der Regelung ist nicht das Gesundheitsamt, sondern die zuständige Behörde, da der Anwendungsbereich des Absatzes 2 über den Bereich der übertragbaren Krankheiten hinausgeht. Nach Satz 2 gilt hinsichtlich der Vorgabe von Übermittlungsstandards Absatz 1 Satz 4 entsprechend. Eine dem Absatz 1 Satz 3 entsprechende Regelung zur Einschränkung der Übermittlung von personenbezogenen Daten wird nicht vorgenommen, da nach dem Beschluss Nr. 1082/2013/EU im Rahmen der Nachverfolgung von Kontaktpersonen personenbezogene Daten kommuniziert werden und hierfür unionsrechtliche Datenschutzbestimmungen gelten (Artikel 9 Absatz 3 Buchstabe i und Artikel 16 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU sowie Artikel 20 Absatz 4 der Verordnung (EG) Nr. 851/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. April 2004 zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten). Satz 3 regelt die Zuständigkeiten, die das RKI in Bezug auf Mitteilungen nach dem Beschluss Nr. 1082/2013/EU hat. Danach hat das RKI innerhalb des Anwendungsbereichs des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU, der gegenüber der früheren Entscheidung 2119/98/EG erweitert ist, Zuständigkeiten im Bereich der Gefahren biologischen Ursprungs (einschließlich der von Biotoxinen oder anderen schädlichen biologischen Agenzien, die nicht im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten stehen, ausgehenden Gefahren) sowie im Bereich von Gefahren (noch) unbekanntem Ursprungs. Artikel 7 (Ad-hoc-Beobachtung) des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU ist in Satz 3 nicht erwähnt, da diesbezüglich die auf nationaler Ebene zuständige Behörde abhängig von der konkreten Situation benannt wird. Den Bereich der Gefahren chemischen oder umweltbedingten Ursprungs nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b und c des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU behandelt Absatz 2 nicht.

Absatz 3 greift die bisher in Absatz 1 Satz 4 enthaltene Regelung über eine Abweichungsfestigkeit nach Artikel 84 Absatz 1 Satz 5 des Grundgesetzes auf und bezieht sich nunmehr auch auf die Verfahrensvorschriften in Absatz 2. Um die Erfüllung sowohl der völker- als auch der unionsrechtlichen Informationspflichten Deutschlands zu gewährleisten, besteht ein besonderes Bedürfnis nach bundeseinheitlicher Regelung des Verwaltungsverfahrens bei der Zulieferung von Informationen durch die Länder.

Zu Nummer 13 (§ 12a)

Mit der Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems nach § 14 kann die bisherige Erprobungsklausel für ein elektronisches Informationssystem entfallen. Schon vor Vorliegen der Ausführungsverordnung(en) nach § 14 Absatz 8 kann im Einvernehmen mit den beteiligten Behörden das zu implementierende elektronische Melde- und Informationssystem auf der Basis des bestehenden Rechts und der Maßgaben des § 14 Absatz 7 getestet werden.

Zu Nummer 14 (§ 13)

Absatz 1 stellt klar, dass das Robert Koch-Institut weitere Formen der epidemiologischen Überwachung nach diesem Gesetz wahrnehmen kann.

Absatz 2 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Absatz 1.

Absatz 3 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 14.

Absatz 4 enthält eine Verordnungsermächtigung zur molekularen Surveillance, nach der das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates festlegen kann, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen zur Ablieferung von Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten

Krankheitserregern gewonnen wurden sowie Isolate der entsprechenden Erreger verpflichtet werden. Die Anwendung der Methoden der molekularen Surveillance, einschließlich des Next Generation Sequencing, unterstützt wesentlich die frühzeitige Identifizierung und Aufklärung epidemiologischer Zusammenhänge und ist essenziell für die Charakterisierung von Krankheitserregern und ihrer Pathogenitäts- und Resistenzeigenschaften, d.h. die Beurteilung ihrer Gefährlichkeit. Durch die Zusammenführung mit infektionsepidemiologischen Daten und Integration in das bestehende Meldesystem können Infektionsschutzmaßnahmen frühzeitig eingeleitet und Transmissionsketten unterbrochen werden. Grundvoraussetzung ist jedoch, dass relevante Befunde überhaupt erhoben werden. Das ist aber für Befunde, deren Bedeutung primär auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit liegt und die nicht für den individuellen Patienten behandlungsrelevant sind, nicht sichergestellt. Durch die Abgabe der Proben und Isolate an öffentlich berufene Speziallabore wie Nationale Referenzzentren und Konsiliarlabore wird eine flächendeckende differenzierte Überwachung der Erreger nach einheitlichen Untersuchungsstandards und eine Vollständigkeit der Typisierungsergebnisse gewährleistet. Zusätzlich können je nach Erreger ergänzende Angaben zur Beurteilung des Isolats von Bedeutung sein, z. B. zum Ort der Probengewinnung, zur Art des Materials, ob es sich um einen Fall einer Kolonisation oder Infektion handelt oder ob die Probe im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung entnommen wurde.

Zu Nummer 15 (§ 14)

§ 14 enthält als neue Kernvorschrift die zentralen Regelungen zum elektronischen Melde- und Informationssystem. Die grundsätzliche Systematik der Vorschriften zur epidemiologischen Überwachung des IfSG bleibt dabei unangetastet. Die Vorschriften zur den meldepflichtigen Tatbeständen und zum Meldeverfahren sollen sowohl Anwendung finden für Meldungen und Übermittlungen auf dem konventionellen Wege als auch für solche, die künftig über das elektronische Melde- und Informationssystem abgewickelt werden. Mit dieser Vorgehensweise eröffnen sich mehrere Vorteile. Zum einen lässt sich auf diesem Wege ein schrittweiser Übergang vom bisherigen Modell hin zu einem zukunftsweisenden elektronischen Modell einfach vollziehen, weil das Gesetz für beide Verfahren offen ist. Zum anderen ist auch für die Fälle technischer Störungen weiterhin die gesetzliche Grundlage vorhanden, das Meldewesen auf bisheriger Basis weiterbetreiben zu können.

In **Absatz 1** wird die grundsätzliche Möglichkeit ausgesprochen, zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz und nach dem IGV-Durchführungsgesetz das elektronische Melde- und Informationssystem in Anspruch nehmen zu können.

Absatz 2 sieht vor, das elektronische Melde- und Informationssystem von einer räumlich, organisatorisch und personell getrennt vom Robert Koch-Institut zu führenden öffentliche Stelle im Auftrag und nach Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit führen zu lassen. Damit wird eine Abgrenzung zu den Aufgaben des Robert Koch-Instituts nach diesem Gesetz vorgenommen und sichergestellt, dass die Aufgabenerfüllung nach dem IfSG und die Verwaltung der technischen Systeme getrennt wahrgenommen werden.

Nach **Absatz 3** können im System die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36 verarbeitet werden. Entsprechendes gilt für die bei den Meldungen nach IGV-Durchführungsgesetz und im Rahmen von § 12 sowie die im Rahmen weiterer epidemiologischer Überwachung nach § 13 erhobenen Daten, die im Verfahren zuständigen Behörden, die von den zuständigen Behörden nach §§ 25 ff. getroffenen Maßnahmen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse und sonstige Informationen, die für die Bewertung, Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.

Absatz 4 stellt im Wesentlichen die Funktionen dar, die den erheblichen Mehrwert eines elektronischen Systems ausmachen: Danach können die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und Mitteilungen aus §§ 34 und 36 sowie zu den dazu geführten Ermittlungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen automatisiert den zuständigen Behörden zur Verfügung gestellt sowie von diesen gemeinsam genutzt werden und gemäß den Falldefinitionen nach § 11 Absatz 2 bewertet sowie

an die zuständigen weiteren Behörden übermittelt und von diesen gemeinsam genutzt werden.

Im **Absatz 5** wird das Verfahren skizziert, mittels dessen die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36 daraufhin automatisiert überprüft werden können, ob sich verschiedene Meldungen und Mitteilungen auf denselben Fall beziehen. Für diesen Zweck können die erhobenen Daten für eine krankheitsspezifische Dauer mit einer fallbezogenen Verschlüsselung versehen werden. Hierzu können in Abweichung von § 10 auch bei nichtnamentlichen Meldungen ausschließlich zur Herstellung einer fallbezogenen Verschlüsselung auch personenbezogene Daten zur Verfügung gestellt werden, diese dürfen jedoch zu keinem Zeitpunkt dauerhaft gespeichert werden.

Eine weitere Mehrwertfunktion greift **Absatz 6** auf: Im System können die erhobenen Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36 daraufhin automatisiert überprüft werden, ob es ein gehäuftes Auftreten von übertragbaren Krankheiten gibt, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist.

Absatz 7 beschreibt für das System die Grundsätze des Datenschutzes, -zugriffs und der Datensicherheit. Der Zugriff auf gespeicherte Daten soll dabei nur in dem nach IfSG bestimmten Umfang zulässig sein. Das entspricht auch § 1 Absatz 3 neuer Fassung. Mit dem System soll sichergestellt werden, dass dem jeweiligen Stand der Technik entsprechende Maßnahmen auch im Bereich der Verschlüsselungstechnik und der Authentifizierung getroffen werden, um den Datenschutz und die Datensicherheit und insbesondere die Vertraulichkeit und Unversehrtheit der im System gespeicherten Daten sicherzustellen. Hierbei wird es auch noch weitere Abstimmungen mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik geben.

Absatz 8 Um das neue Melde- und Informationssystem sachgerecht nutzen zu können, ist es notwendig, es bundesweit unter Anwendung einheitlicher Verfahren anzuwenden. Deshalb erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Ermächtigung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass beteiligte Behörden für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz das elektronische Melde- und Informationssystem zu nutzen haben und wie Melde- und Mitteilungspflichtige oder bestimmte Gruppen von Melde- und Mitteilungspflichtigen ihrer Verpflichtung zur Meldung und Mitteilung durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystem nachzukommen haben. Einzelheiten des Verfahrens können hierzu in den Verordnungen geregelt werden.

Soweit bei der technischen Umsetzung Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen; soweit Fragen des Datenschutzes berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu treffen.

Absatz 9 schließt im Interesse der Funktionsfähigkeit eines bundesweiten Systems für den öffentlichen Gesundheitsdienst eine Abweichung durch Landesrecht aus.

Zu Nummer 16 (§ 17)

Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 4)

Anpassung an den üblichen Sprachgebrauch.

Zu Buchstabe b (Absatz 5 Satz 1)

Redaktionelle Korrektur der Schreibung.

Zu Nummer 17 (§ 18)

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b (Absatz 1)

Für die Bezeichnung der Tiere, die mit den behördlich angeordneten Maßnahmen bekämpft werden, wird der im IfSG gebräuchliche Begriff des Gesundheitsschädlings (§ 2 Nummer 12) verwendet. Dadurch wird der Wortlaut der Regelung an den Wortlaut des § 17 Absatz 2 angeglichen, der entsprechenden Anordnungen in der Regel auch zu Grunde liegt. Neben den Gesundheitsschädlingen werden Krätzmilben (*Sarcoptes scabiei*) und Kopfläuse (*Pediculus humanus capitis*) genannt, da sich Bekämpfungsmaßnahmen auf der Grundlage einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 5 auch gegen diese richten können. Die in Absatz 1 bislang verwendeten Begriffe zur Unterscheidung von Entwesungen (Bekämpfung von Nichtwirbeltieren) und Maßnahmen zur Bekämpfung von Wirbeltieren, durch die Krankheitserreger verbreitet werden können, werden in Folge der Vereinheitlichung der Zuständigkeiten nach Absatz 2 nicht mehr benötigt.

Nach Satz 2 kann die anordnende Behörde bei Maßnahmen zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen im Einzelfall Ausnahmen von der Regelung des Satzes 1 zulassen. Ausnahmen können z. B. erforderlich werden, wenn Mittel und Verfahren, die zur Verwendung bei der angeordneten Maßnahme anerkannt sind, auf dem Markt nicht ausreichend verfügbar sind. Die Zulassung von Ausnahmen ist an die Zustimmung der zuständigen Bundesoberbehörde geknüpft.

Die Aufgaben der zuständigen Bundesoberbehörden im Zusammenhang mit der Anerkennung von Mitteln und Verfahren, die bislang ebenfalls in Absatz 1 geregelt waren, sind nunmehr in dem gesonderten Absatz 1a geregelt.

Zu Buchstabe c (Absatz 1a)

Absatz 1a regelt die Grundlagen für die Anerkennung von Mitteln und Verfahren durch die zuständigen Bundesoberbehörden. Die Entscheidungen werden nicht mehr als „Aufnahme in die Liste“, sondern als „Anerkennung“ bezeichnet. Dies entspricht der gegenwärtigen Praxis bei den Bezeichnungen der Listen („Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren“; „Bekanntmachung der geprüften und anerkannten Mittel und Verfahren zur Bekämpfung von tierischen Schädlingen nach § 18 Infektionsschutzgesetz“ des Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit) und soll den Charakter der Entscheidungen als Verwaltungsakt verdeutlichen. Satz 1 regelt die wesentlichen Voraussetzungen für die Anerkennung und entspricht insoweit dem bisherigen Absatz 1 Satz 2. Die in Satz 4 vorgesehene Veröffentlichung der anerkannten Mittel und Verfahren in einer Liste dient nicht der Bekanntgabe der Anerkennungen – diese ist im Falle eines Antrags bereits zuvor gegenüber dem Antragsteller erfolgt – sondern lediglich der Information der Normadressaten. Die Veröffentlichung muss künftig nicht mehr notwendig im Bundesgesundheitsblatt erfolgen. Satz 2 lässt den Widerruf von Anerkennungen zu, damit die zuständigen Bundesoberbehörden nach sachgemäßen Gesichtspunkten flexibel und rasch reagieren und die Anerkennungen auf einem aktuellen Stand halten kann. Die Anerkennung ist zwingend zu widerrufen, wenn die nach Absatz 2 zuständige Bundesoberbehörde davon Kenntnis erlangt, dass eine nach anderen Gesetzen erforderliche Verkehrsfähigkeit für das Mittel oder Verfahren nicht mehr besteht, etwa wenn bei einem in der Vergangenheit bereits „gelisteten“ Mittel eine nach dem Biozidrecht erforderliche Zulassung weggefallen ist. Die Regelungen zum Widerruf gelten auch für die auf der bisherigen Rechtsgrundlage „gelisteten“ Mittel und Verfahren.

Zu Buchstabe d (Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Anpassung an die neue Bezeichnung.

Zu Dreifachbuchstabe bbb (Satz 1 Nummer 2)

Die nach Nummer 2 bislang beim Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) liegende Zuständigkeit als koordinierende Stelle für die Durchführung des Verwaltungsverfahrens wird dem Umweltbundesamt (UBA) übertragen. Das UBA ist bereits für den nach dem Zweck des § 18 wesentlichsten Teil der Prüfungen zuständig, die Prüfung der Wirksamkeit der Mittel und Verfahren einschließlich der Bewertung von Resistenzen, wohingegen dem BVL abgesehen von dem neuen Absatz 2 Satz 4 keine inhaltlichen Prüfungen zugewiesen sind. Durch die Zusammenlegung der Zuständigkeiten für die Verfahrenskoordination und die Wirksamkeitsprüfung wird das Verwaltungsverfahren verschlankt, da die Zahl erforderlicher Beteiligungen reduziert wird.

Die bislang zwischen dem Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und dem UBA aufgeteilte Wirksamkeitsprüfung in Bezug auf bestimmte Wirbeltiere wird einheitlich dem UBA zugewiesen. Für die bisherige Aufteilung der Zuständigkeit besteht kein zwingender Grund. Das UBA verfügt über die erforderliche fachliche Expertise in der Wirksamkeitsbewertung in Bezug auf alle in Frage kommenden Wirbeltiere. Zudem warf der bisher zur Abgrenzung der Zuständigkeiten dienende Begriff „Mäuse“ Auslegungsfragen auf, da er keine exakte, wissenschaftlich gültige taxonomische Angabe beinhaltet. Durch die Konzentration der Zuständigkeit für die Wirksamkeitsprüfung beim UBA wird die Effizienz der Wirksamkeitsprüfungen gesteigert. Die Zuständigkeiten für die Prüfung der Auswirkungen der Mittel und Verfahren auf die menschliche Gesundheit werden an die nach § 12a Absatz 1 i.V.m. § 4 Absatz 1 Nummer 3 und 4 des Chemikaliengesetzes für den Vollzug der sog. REACH-Verordnung bestehenden Zuständigkeiten angeglichen. Nummer 2 Buchstaben a und b weist der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin daher die Prüfung der Auswirkungen auf die Gesundheit von Fachkräften als Anwenderinnen und Anwender (vgl. § 17 Absatz 3 Satz 1) zu und dem BfR die Prüfung der Auswirkungen auf die Gesundheit bei anderen Personen einschließlich der Verbraucherinnen und Verbraucher. Die Zuständigkeit des BfR und des UBA gilt nur, wenn nicht nach § 77 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Zulassung zuständig ist. Die Zuständigkeit des UBA für die Prüfung der Auswirkungen auf die Umwelt bleibt unverändert.

Zu Doppelbuchstabe bb (Sätze 2 bis 4)

Satz 2 greift die bisher in Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c 2. Halbsatz enthaltene Regelung über die Durchführung von Tierversuchen für die Prüfung der Wirksamkeit auf. Sie ist nun ausdrücklich auf alle in Satz 1 Nummer 2 genannten Gesundheitsschädlinge, Krätzmilben und Kopfläuse bezogen. Satz 3 regelt zur Vermeidung von Doppelprüfungen, inwieweit eine Wirksamkeitsprüfung wegen nach anderen Vorschriften bereits erfolgter Prüfungen unterbleibt. Satz 4 regelt ebenfalls zur Vermeidung von Doppelprüfungen, wann bei Mitteln nach Satz 1 Nummer 2 eine Überprüfung der Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und auf die Umwelt unterbleibt.

Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 5)

In Folge des Wegfalls der koordinierenden Zuständigkeit des BfR in Satz 1 Nummer 2 wird das Erfordernis der Herstellung des Benehmens mit dem BfR bei Mitteln, die Wirkstoffe aus Pflanzenschutzmitteln enthalten, auf Satz 1 Nummer 2 erstreckt.

Zu Buchstabe e (Absatz 3)

In Folge der Zuständigkeitsänderung zu Gunsten des UBA in Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird dem UBA insoweit auch die Zuständigkeit für die Erhebung von Gebühren und Auslagen übertragen.

Zu Buchstabe f (Absatz 4)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

In Folge der Übertragung von Zuständigkeiten auf das UBA in Absatz 2 und 3 wird die Ermächtigung zum Erlass einer Gebührenordnung einheitlich dem BMG übertragen, da das

UBA, soweit es die Regelungen des § 18 vollzieht, der Fachaufsicht durch das BMG untersteht. Außerdem wird die Zuständigkeit des Rechtsverordnungsgebers nach Absatz 4 an die Zuständigkeit angeglichen, die für den Erlass einer künftigen Besonderen Gebührenverordnung nach § 22 Absatz 4 des Bundesgebührengesetzes (BGebG) gilt. Die beiden Regelungen sind für eine Übergangszeit nebeneinander in Kraft. Besondere Gebührenverordnungen nach § 22 Absatz 4 Satz 1 BGebG erlassen die Bundesministerien „für ihren Zuständigkeitsbereich“; maßgeblich ist nach jener Vorschrift die Zuständigkeit des jeweiligen Ressorts für die Sachmaterie, der die Gebühr unterfällt, nicht hingegen, ob die gebührenerhebende Behörde zum Geschäftsbereich des jeweiligen Bundesministeriums gehört (BT-Drucksache 17/10422, S. 117).

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)

Der bisherige Satz 2, der eine teilweise Zuständigkeit des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft regelt, entfällt in Folge Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe g (Absatz 5)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

In Folge der Übertragung von Zuständigkeiten auf das UBA in Absatz 2 wird die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung mit Einzelheiten des Anerkennungsverfahrens einheitlich dem BMG übertragen.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)

Der bisherige Satz 2 entfällt in Folge Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 18 (§ 22a)

Die bisher in § 23a enthaltene Regelung wird mit einem erweiterten Anwendungsbereich versehen und in Folge dessen systematisch bei den allgemeinen Bestimmungen zur Impfprävention eingeordnet. Die neue Regelung gilt außer in den Fällen, in denen ein Arbeitgeber für Zwecke des Infektionsschutzes Daten zum Impfstatus oder Serostatus von Beschäftigten verarbeitet, um aus § 23 Absatz 3 resultierende Verpflichtungen erfüllen zu können, u. a. auch im Rahmen von § 30 Absatz 5 oder wenn die Leitungen z. B. von Einrichtungen nach § 36 entsprechende Daten von Beschäftigten auf freiwilliger Basis verarbeiten möchten, weil sie zum Schutz betreuter oder untergebrachter Personen Personal mit Impf- oder Immunschutz einsetzen wollen.

Zu Nummer 19 (§ 23)

Zu Buchstabe a (Absatz 4)

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt (vgl. § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3), werden hinsichtlich der Verpflichtung, nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen, zu bewerten und erforderliche Präventionsmaßnahmen zu treffen, den Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren gleichgestellt, um ein insoweit bestehendes Regelungsdefizit zu beseitigen. Außerdem Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b (Absatz 4a)

Die bislang in § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b geregelte Aufgabe des RKI wird aufgrund des Sachzusammenhangs in § 23 eingeordnet.

Zu Nummer 20 (§ 23a)

Die bisherige Regelung entfällt in Folge der Änderung unter Nummer 18#.

Zu Nummer 21 (§ 25 Absatz 2)

Für bestimmte Fälle wird geregelt, dass das ermittelnde Gesundheitsamt erforderliche Auskünfte unmittelbar bei der behandelnden Ärztin oder bei dem behandelnden Arzt oder einer anderen Person einholen darf. Wenn die Gesundheitsämter die zu ermittelnden Tatsachen bei der betroffenen Person nicht in Erfahrung bringen können, müssen sie sich insbesondere an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt wenden können. Ein Unvermögen der betroffenen Person, die erforderliche Auskunft zu erteilen, kann sich insbesondere daraus ergeben, dass sie in Folge ihrer Krankheit zur Auskunftserteilung körperlich nicht in der Lage ist, oder daraus, dass die Auskunft medizinisches Fachwissen erfordert, über das die betroffene Person nicht verfügt. In den erstgenannten Fällen kann die betroffene Person auch nicht einwilligen, dass das Gesundheitsamt etwa die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt befragt, in den anderen Fällen verzögert das Einholen der Einwilligung die Ermittlungen und damit auch die Gefahrenabwehr. Durch die Regelung wird zugleich klargestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht nicht nur durch die Meldepflichten der Ärztinnen und Ärzte nach § 6 durchbrochen wird, sondern auch durch die gesetzlichen Ermittlungsbefugnisse des Gesundheitsamtes aus § 25 Absatz 2 i.V.m. § 16 Absatz 2 durchbrochen sein kann.

Zu Nummer 22 (§ 27)

§ 27 wird zu einer Regelung wesentlicher Aspekte des Informationsmanagements durch das Gesundheitsamt ausgebaut.

zu Buchstabe a (Absatz 1 und 2)

Absatz 1 regelt den Informationsaustausch zwischen den Gesundheitsämtern.

Absatz 2 enthält eine allgemeine Ermessensregelung für die Benachrichtigung anderer zuständiger Behörden durch das Gesundheitsamt, wenn dies für Zwecke dieses Gesetzes erforderlich ist. In der Praxis bestand zuweilen Unsicherheit über die gesetzliche Grundlage für entsprechende Datenflüsse. Die Regelung gewährt dem Gesundheitsamt Ermessen, wohingegen die Absätze 3 bis 7 als Spezialregelungen für bestimmte Fallkonstellationen eine Unterrichtungspflicht des Gesundheitsamtes vorsehen. In Bezug auf die Übermittlung personenbezogener Daten ist § 15 des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten.

zu Buchstabe b (Absatz 3)

Folgeänderung zu Buchstabe a und b.

zu Buchstabe c (Absätze 4 bis 6)

Absatz 4 regelt den Informationsfluss vom Gesundheitsamt an die nach dem Tiergesundheitsgesetz zuständige Behörde. Eine Unterrichtungspflicht des Gesundheitsamtes besteht, wenn für dieses der Verdacht besteht, dass die Infektion eines Menschen durch ein Tier verursacht wurde oder dass eine infizierte Person (z.B. als Tierhalter) Krankheitserreger auf Tiere übertragen hat, sofern es sich um Erreger einer nach dem Tiergesundheitsgesetz anzeigepflichtigen Tierseuche handelt. Die Regelung dient dazu, die nach dem Tiergesundheitsgesetz zuständige Behörde in die Lage zu versetzen, nach dem Tiergesundheitsgesetz ggf. erforderliche Maßnahmen zu treffen. Sie soll so die sektorübergreifende Zusammenarbeit der Behörden bei der Abwehr von Gesundheitsgefahren für den Menschen fördern. Der Informationsfluss in der umgekehrten Richtung, von der nach dem Tiergesundheitsgesetz zuständigen Behörde an die Gesundheitsbehörde, ist in § 35 Absatz 3 Satz 2 des Tiergesundheitsgesetzes geregelt (siehe Artikel 6#).

Absatz 5 regelt den Informationsfluss vom Gesundheitsamt an die nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz zuständige Behörde in den praxisrelevanten und für die öffentliche Gesundheit bedeutsamen Fällen, dass eine festgestellte Häufung von Infektionen mit *Legionella sp.* möglicherweise durch Aerosole in der Außenluft verursacht wurde. Bei gewerblichen Anlagen wie z.B. Verdunstungskühlanlagen und Nassabscheidern, in denen Wasser

verrieselt oder versprüht wird, kann es unter ungünstigen Bedingungen hinsichtlich Umwelteinflüssen und Beschaffenheit und Betrieb der Anlage dazu kommen, dass Legionellen in erhöhter Konzentration im Kühl- oder Waschwasser auftreten, durch Aerosolbildung an die Außenluft abgegeben werden und Personen, die die Aerosole einatmen, infizieren. Entsprechende Ereignisse hatten im Winter 2009/2010 in Ulm, im August/September 2013 in Warstein und Ende 2015/ Anfang 2016 in Bremen zahlreiche Erkrankungen und auch Todesfälle zur Folge. Die Unterrichtung der für den Immissionsschutz Behörde dient dazu, diese in die Lage zu versetzen, Anlagen zu identifizieren, die – etwa im Hinblick auf die wahrscheinlichen Infektionsorte und Infektionszeitpunkte und die jeweiligen Windverhältnisse – als mögliche Urheber in Frage kommen, sie im Rahmen der immissionsschutzrechtlichen Überwachung zu überprüfen und ggf. erforderliche immissionsschutzrechtliche Maßnahmen zu treffen. Die Unterrichtungspflicht des Gesundheitsamtes besteht nur, wenn nach den Umständen der Verdacht besteht, dass eine Übertragung der Krankheitserreger über die Außenluft stattgefunden hat. Die Unterrichtungspflicht gilt hingegen nicht, wenn bekannte Tatsachen auf einen anderen Übertragungsweg hinweisen, etwa auf eine Inhalation von Aerosolen aus Duschwasser. Sie gilt auch nicht, wenn nach dem Stand der Ermittlungen Aerosole aus der Befeuchtungseinrichtung einer raumluftechnischen Anlage oder aus einer in Innenräume emittierenden Anlage die wahrscheinliche Ursache sind. Wenn in den letztgenannten Fällen eine Unterrichtung der nach dem Arbeitsschutzgesetz zuständigen Behörde angezeigt erscheint, damit diese zur Vermeidung von Gesundheitsgefahren in Arbeitsstätten ggf. Maßnahmen des Arbeitsschutzes trifft, bestimmt sich deren Unterrichtung nach der allgemeinen Regelung in Absatz 2.

Absatz 6 regelt den Informationsfluss vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und die nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständige Bundesoberbehörde, wenn der Verdacht besteht, dass ein Arzneimittel die Quelle einer Infektion ist. Eine entsprechende Regelung war bislang in § 11 Absatz 3 enthalten und wird aus systematischen Gründen in § 27 eingeordnet, da es nicht lediglich um eine Übermittlung im Sinne des Meldewesens geht, sondern darum, dass das Gesundheitsamt andere zuständige Behörden über ein Infektionsgeschehen benachrichtigt.

zu Buchstabe d (Absatz 7)

Folgeänderung zu Buchstaben a bis d.

Zu Nummer 23 (§ 34)

Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 1 Nummer 15)

Redaktionelle Anpassung an die übliche Schreibung.

Zu Buchstabe b (Absatz 2 Nummer 2)

Die Begründung zu Nummer 7# Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa gilt entsprechend.

Zu Buchstabe c (Absatz 6)

Zu Buchstabe d (Absatz 10a)

Für Fälle, in denen die Personensorgeberechtigten ihrer Verpflichtung nach Absatz 10a nicht nachkommen, wird die Benachrichtigung des Gesundheitsamtes durch die Leitung der Kindertageseinrichtung ausdrücklich gesetzlich geregelt und als Verpflichtung ausgestaltet. Aus grundrechtlicher und datenschutzrechtlicher Sicht ist es erforderlich, die bislang lediglich in der amtlichen Begründung auf Bundestags-Drucksache 18/5261, Seite 66, angesprochene Übermittlung von personenbezogenen Angaben ausdrücklich zu regeln.

Zu Nummer 24 (§ 36)

Zu Buchstabe a (Absatz 3a neu)

Für die Leitungen der in Absatz 1 Nummer 2 bis 7 genannten Einrichtungen, Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird eine Pflicht zur Benachrichtigung des Gesundheitsamtes beim Auftreten von Skabies (Krätze) geregelt. Ausbrüche von Skabies (Krätzmilbenbefall) sind ein wachsendes Problem insbesondere in Einrichtungen der Altenpflege, aber auch in Gemeinschaftsunterkünften für Obdachlose, Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und Asylbewerber. Unter anderem weil die Gesundheitsämter von den Heimen nicht oder erst im Rahmen eines Hilfebegehrens bei fortgeschrittenem Ausbruchsgeschehen informiert werden, gestaltet sich die Bekämpfung solcher Ausbrüche äußerst schwierig. Dies hat zur Folge, dass Skabies in vielen Einrichtungen zu einem permanenten Problem wird (Beschluss zu TOP 7.2 der 88. Gesundheitsministerkonferenz 2015). Ausbrüche in Einrichtungen treten dort auf, wo Personen über längere Zeit zusammenleben oder betreut oder medizinisch versorgt werden und in denen enger Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen diesen Personen oder mit dem betreuenden oder pflegenden Personal üblich ist. Hierzu zählen insbesondere Kindergärten, Einrichtungen für Behinderte, Gemeinschaftsunterkünfte für Obdachlose, Justizvollzugsanstalten und Krankenhäuser (Robert Koch-Institut, Ratgeber für Ärzte, Epidemiologisches Bulletin Nr. 27/2016, S. 230). In einer zurzeit vom RKI durchgeführten Erhebung betrafen im ersten Quartal 2016 mit 61 Prozent der Mitteilungen von Skabies-Vorkommen Einrichtungen gemäß § 33 IfSG. An zweiter Stelle folgten Einrichtungen für Asylsuchende mit 26 Prozent. Weniger häufig wurden Mitteilungen aus Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege genannt. Angaben aus der Literatur zeigen jedoch, dass, wenn in letztgenannten Einrichtungen Skabies-Fälle vorkommen, die Fallzahlen hier häufig höher und die Ausbrüche entsprechend größer sind, als in Einrichtungen gemäß § 33 IfSG. Die Regelung gilt auch für Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Literatur legt nahe, dass vor allem Pflegepersonal bei Infektionsketten betroffen ist und es hier oft zu einer lange unerkannten, gepflegten Skabies kommt und von derart Betroffenen auch weiter gestreut wird. Bei heutzutage oft vorliegenden Teilzeitbeschäftigungen an mehreren Stellen, im Fall von Pflegepersonal z.B. im Krankenhaus und anderen Pflegeeinrichtungen, ist es von Interesse, das Risiko eines Eintrags in andere Pflegebereiche und Einrichtungen durch ‚mobile‘ Pflegekräfte in Erfahrung zu bringen. Eine kompetente Sicht auf solche Situationen kann vor allem der ÖGD leisten; dies setzt voraus, dass er entsprechend benachrichtigt wird. Die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sind in der Regelung nicht genannt, da für diese bereits eine entsprechende Benachrichtigungspflicht nach § 34 Absatz 6 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 Nummer 15 besteht. Bei der Benachrichtigung des Gesundheitsamtes sind – ebenso wie in § 34 Absatz 6 Satz 1 – krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Zu Buchstaben b und c (Absatz 4 und Absatz 5 neu)

Im § 36 Absatz 4 bisheriger Fassung stehen die Zeugnisvorlagepflicht und die Duldungsverpflichtung nebeneinander. Diese rechtssystematisch vollkommen verschiedenen Grundlagen zur Tuberkulosevorbeugung in Gemeinschaftsunterkünften sollten der besseren Verständlichkeit wegen in zwei verschiedenen Absätzen behandelt werden. Dies wird durch die vorgeschlagene Trennung zwischen Absatz 4 (Zeugnisvorlagepflicht) und Absatz 5 (Duldungsverpflichtung für staatliche Untersuchung) umgesetzt. An der grundsätzlichen Pflicht, dass alle Personengruppen nach § 36 Absatz 4 Satz 1 ein ärztliches Zeugnis beizubringen haben, wird dadurch nichts geändert. Bei der bisherigen Regelungssystematik ist unklar, dass die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses grundsätzlich Obliegenheit des in die Einrichtung Aufzunehmenden ist, während die zu dulden staatliche Untersuchung ausschließlich in staatlicher Verantwortung abläuft (eine darauf fußende Anordnung ist Verwaltungsakt im Sinne des Verwaltungsverfahrenrechts und hat damit einen anderen Rechtscharakter). Bisher bleibt beispielsweise offen, ob eine Duldungsverpflichtung auch dann vorhanden ist, wenn ein entsprechend privat eingeholtes Zeugnis vorliegt. Es sollte daher klar zum Ausdruck kommen, dass eine Duldungsverpflichtung dann nicht vorliegt, wenn ein entsprechendes Zeugnis vorgelegt werden kann (Absatz 5 Satz 2). In diesen Fällen ist die Pflicht zur Erduldung einer (weiteren) Röntgenuntersuchung nicht gerechtfertigt.

Durch den bisherigen Halbsatz „stattdessen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass nach sonstigen Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist“ wurde teilweise der fehlerhafte Umkehrschluss gezogen, dass ein ärztliches Zeugnis bei Personen unter 15 Jahren nicht erforderlich wäre. Deshalb wird klarstellend in das Gesetz aufgenommen, dass Schwangere und Personen unter 15 Jahren exakt gleich zu behandeln sind (Absatz 4 Satz 5). Wie bisher auch muss sich das Zeugnis bei Asylbewerbern, Flüchtlingen und Spätaussiedlern aber grundsätzlich auf eine im Geltungsbereich des IfSG erstellte Röntgenaufnahme stützen.

In Absatz 5 Satz 4 wird die Duldungsverpflichtung für Schwangere und Personen unter 15 Jahren wie in Absatz 4 in dem Sinne beschränkt, dass eine Röntgenaufnahme bei diesen Personengruppen nicht durchgeführt werden darf, Untersuchungen nach anderen Vorschriften dieses Gesetzes bleiben dabei unberührt.

Die bisherige Fassung äußert sich zur Aktualität des ärztlichen Zeugnisses nur für die Gruppe der Flüchtlinge, Asylbewerber und Spätaussiedler. Nach der Ratio der Vorschrift muss allerdings für alle angeführten Personengruppen verlangt werden, dass das beigebrachte Zeugnis zeitnah zur Aufnahme in die betreffende Einrichtung eingeholt wurde. Nach der neunten Formulierung des Absatzes 4 Satz 2 darf bei erstmaliger Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zu Grunde liegen, nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme nicht länger als zwölf Monate zurückliegen.

Mit der Neuformulierung der Vorschrift wird auch die Gruppe der Ausreisepflichtigen erfasst. Diese Erweiterung ist sachgerecht, weil nicht nachvollziehbar ist, dass beispielsweise Asylbewerber erfasst werden sollen, ausreisepflichtige Personen aber nicht.

Künftig wird einheitlich von einer Einrichtung für Asylbewerber, Ausreisepflichtige, Flüchtlinge, Obdachlose und Spätaussiedler gesprochen, darunter können sowohl Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte fallen, als auch beispielsweise Hafteinrichtungen nach § 62a AufenthG. Diese Einrichtungen müssen allerdings mit denen nach Absatz 1 Nummer 2 bis 7 vergleichbar sein. Sie müssen der gemeinschaftlichen Unterbringung dieser Personengruppen dienen, das ist auch dann der Fall wenn nur Teile der Einrichtung diesem Zweck dienen (beispielsweise teilweise Belegung eines Hotels zur gemeinschaftlichen Unterbringung).

Erweitert wird die Duldungsermächtigung auch für alle Fälle, bei denen Spätaussiedler auch außerhalb der Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht werden. Durch die ausschließliche Erwähnung der Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes war dieses Ziel des Gesetzgebers bislang nicht umgesetzt (laut Stellungnahme des Bundesrates in BT-Drucksache 14/2530, S. 93 war dies ursprünglich auch so gewollt, wurde aber nicht umgesetzt).

Bislang traf Absatz 4 Satz 5 lediglich eine Regelung zu Personen, die weniger als drei Tage in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose aufgenommen werden sollen. Das Problem, dass aufgrund kurzer Unterbringung weder ein Zeugnis beigebracht noch eine Untersuchung durchgeführt werden kann, hat allerdings in der Praxis generell zu der Frage geführt, ob die betroffenen Personen ein ärztliches Zeugnis auch dann noch einzureichen haben, wenn sie bereits die Einrichtung wieder verlassen haben. Da die Zeugnisbeibringungspflicht nicht an der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe, sondern auch an eine bestimmte Art der Unterbringung anknüpft, ist eine solche für den Fall vorzeitigen Verlassens der Unterkunft in der neuen Bestimmung des Absatz 4 Satz 6 Nummer 2 klarstellend zu verneinen.

Im Gegensatz zu anderen Regelungen des IfSG (§ 16 Absatz 8 IfSG) und den Vorschriften zur Untersuchung nach § 62 AsylG (§ 75 AsylG) enthält die bisherige Vorschrift keine Regelung zum Ausschluss der aufschiebenden Wirkung. Dies wird nunmehr mit dem neuen Absatz 5 Satz 4 nachgeholt.

Zu Buchstabe d (Absatz 6 neu)

Folgeänderung zu Buchstaben b) und c).

Zu Nummer 25 (§ 37)

Zu Buchstabe a und b (Überschrift und Absatz 2)

Die allgemeine Qualitätsanforderung an das in Absatz 2 bezeichnete Schwimm- und Badebeckenwasser wird auf das „sonstige Wasser“ nach § 38 Absatz 2 Satz 3 erstreckt. Dessen Qualität konnte bislang lediglich im Rahmen einer Rechtsverordnung nach § 38 Absatz 2 geregelt werden. Da eine entsprechende Rechtsverordnung bislang nicht zu Stande gekommen ist, fehlte es gänzlich an gesetzlichen Qualitätsanforderungen an dieses Wasser, so dass eine Schutzlücke bestand. Es handelt sich dabei um Wasser in Gewerbebetrieben, öffentlichen Bädern sowie in sonstigen nicht ausschließlich privat genutzten Einrichtungen, das zum Schwimmen und Baden bereit gestellt, aber nicht in Schwimm- und Badebecken, sondern in Kleinbadeteichen, die auch Bioteiche genannt werden. Von der Vorschrift ausgenommen sind wie schon nach der bisherigen Regelung in § 38 Absatz 2 Satz 4 Badegewässer im Sinne der Richtlinie 2006/7/EG.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Die Überwachung der Einhaltung der Anforderungen nach Absatz 2 durch das Gesundheitsamt wird auf die in Absatz 2 Buchstabe a bezeichneten Kleinbadeteiche erstreckt.

Zu Nummer 26 (§ 38 Absatz 2)

Zu Buchstabe a (Satz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa

Der bisherige Auftrag an das Bundesministerium für Gesundheit, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten der Anforderungen an das in § 37 Absatz 2 genannte nicht ausschließlich privat genutzte Schwimm- und Badebeckenwasser sowie damit zusammenhängende Regelungen zu treffen, wird in eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Landesregierungen geändert. Die Übertragung der Rechtsverordnungsermächtigung auf die Landesregierungen gewährleistet, dass die Länder entsprechende Regelungen gemäß den landespezifischen Bedürfnissen erlassen können.

Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 2)

Folgeänderung zu Nummer 25# Buchstabe b (§ 37 Absatz 2).

Zu Doppelbuchstabe cc (Nummer 3)

Folgeänderung zu Nummer 25# Buchstabe b (§ 37 Absatz 2).

Zu Doppelbuchstabe dd (Nummer 5)

In der Verordnung einer Landesregierung kann in Bezug auf die Anerkennung von Mitteln und Verfahren die Zuständigkeit nur einer Behörde des Landes vorgesehen werden.

Zu Buchstabe b (Satz 2 neu)

Die Rechtsverordnungsermächtigung ist durch Rechtsverordnung der Landesregierung delegierbar.

Zu Buchstabe c (Satz 3 neu)

Es wird statt von einer Aufnahme in die Liste von einer Anerkennung von Mitteln und Verfahren gesprochen, um den Charakter der Anerkennung als Verwaltungsakt zu kennzeichnen.

Zu Buchstabe c (Sätze 3 und 4 alt)

Die Sätze können entfallen, weil das dort bezeichnete Wasser nun bereits von § 37 Absatz 2 erfasst wird und in Folge dessen in die Rechtsverordnungsermächtigung nach § 38 Absatz 2 einbezogen ist.

Zu Nummer 27 (§ 39)

Zu Buchstabe a (Absatz 1 Satz 1)

Folgeänderung zu Nummer 25# Buchstabe b (§ 37 Absatz 2).

Zu Buchstabe b (Absatz 2 Satz 1 Nummer 2)

Folgeänderung zu Nummer 25# Buchstabe b (§ 37 Absatz 2).

Zu Nummer 28 (§ 50a)

Der neue § 50a dient der Erreichung eines strategischen Ziels, das die Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der globalen Polioeradikationsinitiative (GPEI) gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihren Mitgliedstaaten verfolgt. Das Ziel der Initiative ist es, die Poliomyelitis (Kinderlähmung) zu eradizieren, d.h. die Krankheit weltweit auszurotten. Dies ist möglich, da Polioviren nur beim Menschen vorkommen und zur Verhütung der Krankheit seit über 50 Jahren wirksame Impfstoffe zur Verfügung stehen. Impfprogramme im Rahmen der von der WHO 1988 beschlossenen GPEI haben weltweit bereits beträchtliche Erfolge beim Zurückdrängen der Poliomyelitis erzielt. In Deutschland lag der letzte Fall eines Nachweises von Polio-Wildvirus Typ 2 bereits vor dem Jahr 1990. Im September 2015 konnte die WHO die weltweite Ausrottung des Polio-Wildvirus Typ 2 feststellen. Eine Infektion mit dem Polio-Wildvirus Typ 3 wurde weltweit zuletzt 2012 nachgewiesen. Die Weltgesundheitsversammlung hat im Jahr 2013 für den Zeitraum 2013 bis 2018 einen Plan zur Polioeradikation mit einer sog. Endspielstrategie beschlossen („Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013–2018“, WHO/Polio/13.02; überarbeitete Fassung: Polio Eradication & Endgame Midterm Review July 2015, WHO/Polio/15.04). Danach sollen bis zum Jahr 2018 die Ausrottung aller drei Polio-Wildvirustypen weltweit bestätigt und anschließend alle Polioviren vernichtet oder bis zu ihrer späteren Vernichtung in dafür zugelassene Einrichtungen gebracht werden. Für das ausgerottete Poliovirus Typ 2 gilt dies bereits; für Poliovirus Typ 1 und 3 ist dies derzeit für 2019 geplant. Neben hohen Polio-Impfquoten der gesamten Bevölkerung und einer funktionsfähigen Surveillance zur Überwachung der Polio-Freiheit ist daher das sog. Laborcontainment von Polioviren ein wichtiges Element der Polioeradikation. Um das Risiko einer Freisetzung von Polioviren aus Laborbeständen zu minimieren, ist eines der strategischen Ziele des Plans, die Labore, in denen noch Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, vorhanden sind, zu erfassen und die Polioviren zu vernichten oder, soweit die Polioviren für eine Übergangszeit ausnahmsweise noch benötigt werden, in zertifizierten Einrichtungen sicher aufzubewahren.

Absatz 1 regelt eine Anzeigepflicht für Personen, die Polioviren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, besitzen, d.h. die tatsächliche Sachherrschaft darüber haben. Nach dem globalen Aktionsplan der WHO zum Laborcontainment von Polioviren (GAPIII – „WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of oral polio vaccine use“, 2015, WHO/Polio/15.05) haben die Mitgliedstaaten alle Einrichtungen, die Polioviren (Wildviren, Impfviren oder von Impfstoffen abgeleitete Viren oder Material, das möglicherweise Polioviren enthält, lagern, zu erfassen. Die Einrichtungen sind nach dem GAPIII der WHO mitzuteilen. Bereits im Jahr 2001 wurde ein bundesweites Register von Laboren erstellt, die mit Polio-Wildviren arbeiten oder biologisches Material gelagert haben, das Polio-Wildviren enthält oder enthalten könnte. Um die vollständige Erfassung aller betroffenen Einrichtungen gewährleisten und durchsetzen zu können, wird nunmehr eine gesetzliche Verpflichtung zur Anzeige geregelt. Die Regelung zielt auf alle prinzipiell vermehrungsfähigen Polioviren einschließlich infektiösen Materials oder möglicherweise infektiösen Materials ab. Welche Materialien hierunter fallen, bestimmt sich nach den Definitionen auf Seite 24 bis 26 des GAPIII. Auf eine vorherige Vermehrung oder Anreicherung von Polioviren kommt es nicht an. Es ist auch nicht erforderlich, dass das Material gerade deswegen aufbewahrt

wird, weil es möglicherweise Polioviren enthält. Die bei der Anzeige zu machenden Angaben dienen einerseits dazu, dass die zuständige Behörde beurteilen kann, ob die in Absatz 2 bis 4 genannten Tatbestände greifen. Darüber hinaus hat die zuständige Behörde die Angaben an die seit 2010 beim RKI eingerichtete Geschäftsstelle der Nationalen Kommission für die Polioeradikation zu übermitteln. Die Geschäftsstelle der Kommission wertet die Daten aus und erstellt die erforderlichen Berichte an die WHO. Die Kommission nimmt die Aufgaben der National Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis (NCC) im Sinne der Empfehlungen des Globalen Zertifizierungsausschusses der WHO (Dokument WHO/EPI/GEN/95.6) wahr.

Absatz 2 regelt eine Verpflichtung der Besitzerin oder des Besitzers zur Vernichtung von Polioviren und Material. Die Verpflichtung zur Vernichtung besteht, sobald die Polioviren oder das Material im konkreten Fall nicht mehr für bestimmte anerkennungsfähige Verwendungszwecke benötigt werden, die der Aufrechterhaltung von für die Polioeradikation notwendigen Funktionen dienen. Auf die Erkennung, Verhütung oder Bekämpfung von Polioviren oder Poliomyelitis gerichtete Forschung ist eingeschlossen. Die Regelung dient entsprechend den Vorgaben des GAPIII dazu, die Bestände an Polioviren und Material zur Risikominimierung kontinuierlich zu reduzieren. Vernichtung im Sinne der Regelung ist die Inaktivierung der Polioviren durch Hitze oder eine andere geeignete Methode. Nach der Eradikation von Polioviren eines Typs und Ablauf einer gewissen Übergangszeit entfallen die anerkennungsfähigen Verwendungszwecke gänzlich. Für die klare Bestimmung der daraus resultierenden absoluten Endzeitpunkte gilt die Verordnungsermächtigung in Absatz 4 Nummer 1.

Absatz 3 regelt die steigenden Anforderungen an den Umgang mit Polioviren und Material, das möglicherweise Polioviren enthält.

Satz 1 sieht vor, dass nur eine Einrichtung, die für den Besitz von Polioviren eine besondere Zulassung hat (zentrale Einrichtung), Polioviren und Material, das möglicherweise Polioviren enthält, besitzen darf. Nach **Satz 2** gilt dies in Bezug auf Polio-Wildviren Typ 1 und 3, Polio-Impfviren Typ 1 und 3 sowie Material, das solche Polioviren enthält, allerdings erst ab den Zeitpunkten, die durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegt werden. Nachdem 2015 die weltweite Ausrottung der Polio-Wildviren Typ 2 offiziell festgestellt und in Folge dessen die Verwendung von Lebendimpfstoff mit Impfviren Typ 2 im Laufe des Jahres 2016 eingestellt wurde, sieht der GAPIII vor, dass nun die Typ 2-Wildviren, -Impfviren und -Materialien, sofern sie noch benötigt werden, in sog. zentrale Einrichtungen (poliovirus essential facilities) zu verbringen sind. Solche Einrichtungen soll es nach den Plänen der WHO weltweit nur in geringer Zahl geben.

Satz 3 regelt die Voraussetzungen für die Erteilung der Zulassung als zentrale Einrichtung. An die Biosicherheit einer solchen zentralen Einrichtung sind strenge Maßstäbe anzulegen. Zur Beschreibung der infektionsschutzrechtlichen Anforderungen wird auf die Regelungen der Biostoffverordnung über Sicherheitsmaßnahmen der Schutzstufe 3 Bezug genommen. Davon bleibt unberührt, dass das Arbeitsschutzrecht für seinen eigenen Regelungsbereich derzeit lediglich eine geringere Schutzstufe bei gezielten Tätigkeiten mit Poliovirus verlangt (Beschluss 605 des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe vom Oktober 2002; TRBA 462). Zusätzlich müssen die sich aus GAPIII ergebenden Biosicherheitsanforderungen erfüllt sein. Die Erteilung der Zulassung steht im Ermessen der zuständigen Behörde. Bei der Ermessensausübung kommt es vor allem darauf an, ob für eine derartige Einrichtung nach den Zielsetzungen der GPEI ein Bedürfnis besteht. Die Zulassung bedarf der Zustimmung der obersten Landesgesundheitsbehörde.

Die Zulassung ist nach **Satz 4** zu befristen.

Nach **Satz 5** ist die zentrale Einrichtung verpflichtet, noch benötigte Polioviren und Material, das Polioviren enthält, von anderen Einrichtungen zu übernehmen und für diese aufzubewahren. Die Übernahme ist nach Absatz 1 anzuzeigen.

Nach **Satz 6** bleibt Absatz 2 unberührt, d.h. auch in einer zentralen Einrichtung aufbewahrte Polioviren und Material sind zu vernichten, wenn sie nicht mehr benötigt werden. Die zent-

rale Einrichtung führt nach **Satz 7** über den Bestand ein aktuelles Verzeichnis. Die zuständige Behörde kann das Nähere bestimmen. Die zuständige Behörde kann auf der Grundlage von § 51 verlangen, dass ihr das Verzeichnis vorgelegt wird. Polioviren und Material, die weiterhin benötigt werden, können auch in poliovirus essential facilities im Ausland verbracht werden, insbesondere solange es in Deutschland keine zugelassene zentrale Einrichtung gibt.

Absatz 4 enthält Rechtsverordnungsermächtigungen für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Zustimmung des Bundesrates. Nach **Nummer 1** kann das BMG Endzeitpunkte bestimmen, bis zu denen Polioviren eines bestimmten Typs und entsprechendes Material spätestens zu vernichten sind. Das Laborcontainment wird über den Zeitpunkt der geplanten Eradikation hinaus fortgeführt werden. Die Rechtsverordnung dient in diesem Zusammenhang dazu, ergänzend zu der einzelfallbezogen anzuwendenden Regelung in Absatz 2 einen klaren Endzeitpunkt zu bestimmen, ab dem die Polioviren oder entsprechendes Material nach den Maßstäben des GAPIII generell nicht mehr benötigt werden. **Nummer 2** ermächtigt das BMG, die Zeitpunkte festzulegen, ab denen nur eine zentrale Einrichtung Polioviren Typ 1 und 3 sowie Material, das möglicherweise solche Polioviren enthält, besitzen darf. Die Zeitpunkte, ab dem im Rahmen der Umsetzung des GAPIII Polioviren Typ 1 und 3 und Material, das möglicherweise solche Polioviren enthält, in einer hierfür zugelassenen zentralen Einrichtung zu lagern sind, kann derzeit noch nicht sicher bestimmt werden, da er davon abhängt, wann eine Eradikation der Polio-Wildviren Typ 1 und 3 festgestellt werden kann.

Um sicherzustellen, dass alle relevanten Einrichtungen erfasst werden, gibt **Absatz 5** der zuständigen Behörde für Fälle, in denen der Verdacht besteht, dass eine Person Polioviren oder entsprechendes Material besitzt, ohne dass dies der zuständigen Behörde angezeigt wurde, Ermittlungsbefugnisse entsprechend § 16 Absatz 2 bis 4.

Zu Nummer 29 (§ 51)

Die Aufsicht der zuständigen Behörde wird auf die Einrichtungen erstreckt, die Polioviren oder entsprechendes Material besitzen.

Zu Nummer 30 (§ 69)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

In Absatz 1 Nummer 2 kommt es zu Folgeänderungen durch die Änderungen in §§ 13 und 14.

In Absatz 1 Nummer 8 kommt es zu Folgeänderungen durch die Änderungen in § 36.

Die bisherige Regelung zu den entstehenden Kosten nach § 36 Absatz 4 IfSG in § 69 Absatz 1 Nummer 8 IfSG verweist nur auf den bisherigen Satz 2, obwohl es hier um ein privat einzuholendes ärztliches Zeugnis geht, welches aus eigenen Mitteln beglichen werden muss. Kosten für ein ärztliches Zeugnis außerhalb einer hoheitlichen Untersuchung werden nicht aus öffentlichen Mitteln getragen. Im Gegensatz dazu sollte die Vorschrift künftig auf die Kosten verweisen, die durch Untersuchungen entstehen, die aufgrund von § 36 Absatz 5 zu erdulden sind.

Zu Buchstabe b (Absatz 3)

Absatz 3 Satz 1 trifft eine Regelung zur Problematik länderübergreifender Kostentragung im Bereich des § 30. Damit soll ein transparenter und fairer Ausgleichsmechanismus für die Kostentragung für Quarantänemaßnahmen nach § 30 geschaffen werden. Kosten für die medizinisch notwendige Behandlung sind davon nicht erfasst. Für Kosten von Maßnahmen nach § 30 ist künftig der Kostenträger gesetzlich zuständig, in dessen Bezirk die von der Maßnahme betroffene Person im Zeitpunkt der Anordnung der Maßnahme ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat oder zuletzt hatte. Falls ein

gewöhnlicher Aufenthaltsort im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht feststellbar ist, werden die Kosten vorläufig von dem Kostenträger übernommen, in dessen Bezirk die Maßnahme angeordnet wurde, der zuständige Kostenträger ist in diesem Falle zur Erstattung verpflichtet (Satz 2). Die Länder können abweichende Vereinbarungen treffen (Satz 3).

Zu Nummer 31 (§ 70 Absatz 1 Satz 2)

Die Sondervorschrift, die die Meldepflichten nach §§ 6 und 7 der Standortärztin oder dem Standortarzt zuweist, kann entfallen. Für den Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung können künftig die allgemeinen Vorschriften des § 8 gelten.

Als Konsequenz aus der Umstrukturierung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr wurde die verantwortliche Funktion des bislang genannten Standortarztes oder der Standortärztin (nunmehr: "Arzt/Ärztin mit standortärztlichen Aufgaben") im Bereich des Vollzugs des IfSG faktisch aufgehoben. Dieser Ärztin oder diesem Arzt kommen nunmehr standortbezogen allgemeine organisatorische Aufgaben zu. Die vormals vorgegebene Funktion bei der Zusammenführung von meldepflichtigen Ereignissen gemäß §§ 6 und 7 IfSG ist hiermit entfallen.

Auch im Anwendungsbereich der Bundeswehr sind die Meldepflichten nach §§ 6 und 7 IfSG analog zum zivilen Bereich durch die feststellende (Truppen-)Ärztin oder den feststellenden (Truppen-)Arzt bzw. die Laborärztin oder den Laborarzt im Sinne von § 8 IfSG zu erfüllen. So ist etwa die Ärztin oder der Arzt der Bundeswehr, die oder der einen nach § 6 meldepflichtigen Tatbestand feststellt, nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 als feststellende Ärztin oder feststellender Arzt meldepflichtig. Entsprechendes gilt für Untersuchungslaboratorien der Bundeswehr.

In Anlehnung an die Strukturen des zivilen Gesundheitssystems wurden zur Weiterverfolgung dieser Meldepflichten Überwachungsstellen für öffentlich-rechtliche Aufgaben des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (ÜbwStÖffRechtlAufgSanDstBw) eingerichtet. Deren zuständige Abteilungen nehmen die Funktion eines Gesundheitsamtes der Bundeswehr im Sinne des IfSG als die für die Durchführung dieses Gesetzes bestimmte und mit einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt besetzte behördliche Stelle wahr.

Die Ärztin oder der Arzt mit standortärztlichen Aufgaben wird daher beim Vollzug des IfSG nur noch bei Aufforderung durch die Gesundheitsämter der Bundeswehr im Einzelfall unterstützend mit eingebunden.

Zu Nummer 32 (§ 73 Absatz 1)

Zu Buchstabe a (Nummer 1)

Folgeänderung zu Nummer 6# Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b (Nummer 2)

Folgeänderung zu Nummer 6# Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe c (Nummer 2a)

Es werden Bußgeldbewehrungen für die mit den Ablieferungspflichten auf Grundlage einer Verordnung nach § 13 Absatz 4 vorgesehen.

Zu Buchstabe d (Nummer 19)

Folgeänderung zu Nummer 24# Buchstabe c.

Zu Buchstabe e (Nummern 22a bis 22c)

Es werden Bußgeldbewehrungen für mit dem Laborcontainment und der Ausrottung des Poliovirus zusammenhängende Pflichten nach § 50a vorgesehen.

Zu Nummer 33 (§ 74)

Es werden Strafbewehrungen für mit dem Laborcontainment und der Ausrottung der Polioviren zusammenhängende Pflichten nach § 50a vorgesehen.

Zu Nummer 34 (§ 75 Absatz 1 Nummer 1a)

Um dem in Artikel 103 Absatz 2 des Grundgesetzes geregelten Gesetzesvorbehalt und dem Bestimmtheitsgebot für Strafnormen besser gerecht zu werden, wird die bislang in § 24 Absatz 1 in Verbindung mit § 11 Absatz 7 Satz 2 und Absatz 1 der Trinkwasserverordnung geregelte Strafbewehrung mit Anpassungen unmittelbar gesetzlich geregelt. Die Regelung gilt nunmehr unabhängig von der Art der Wassergewinnungs- oder Wasserversorgungsanlage, dafür setzt die Tathandlung voraus, dass das Wasser für den menschlichen Gebrauch an Zwischenabnehmer, Anschlussnehmer oder Verbraucher abgegeben oder der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird. Das abgegebene oder zur Verfügung gestellte Wasser für den menschlichen Gebrauch muss mit einem Aufbereitungsstoff oder einem Desinfektionsverfahren aufbereitet worden sein, für den oder für das das Umweltbundesamt nicht festgestellt hat, dass die in § 38 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Anforderungen erfüllt sind. Das Verfahren zur Prüfung und Entscheidung von Aufbereitungsstoffen und Desinfektionsverfahren ist in § 11 und § 12 der Trinkwasserverordnung geregelt. Die Entscheidungen, mit denen das Umweltbundesamt einzelne Aufbereitungsstoffe oder Desinfektionsverfahren anerkennt, ggf. unter Festlegung von einzuhaltenden Einsatzbedingungen und Anforderungen, oder bestimmte Ausnahmegenehmigungen erteilt, sind Verwaltungsakte. Diese entfalten im Rahmen der Strafvorschrift Tatbestandswirkung. Darauf, ob das Umweltbundesamt das jeweilige Prüfergebnis auch bereits in einer Liste gemäß § 11 Absatz 1 Satz 6 oder § 12 Absatz 1 Satz 3 der Trinkwasserverordnung veröffentlicht hat, kommt es für die tatbestandsausschließende Wirkung nicht an.

Zu Artikel 2 (Trinkwasserverordnung) [2126-13-1]

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 34# (§ 75).

Zu Artikel 3 (IGV-Durchführungsgesetz) [FNA 2126-15]

Zu Nummer 1 (§ 11 Absatz 5)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 11# (§ 11 IfSG).

Zu Nummer 2 (§ 16 Absatz 4)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 11# (§ 11 IfSG).

Zu Nummer 3 (§ 18 Absatz 6 neu)

Es wird eine Grundlage für die Erhebung von Gebühren und Auslagen für die Erteilung der freien Verkehrserlaubnis geschaffen.

Zu Nummer 4 (§ 19)

Die Begriffe „Amtshandlung“, „Kosten“ und „Kostensätze“ werden an die mit dem Gesetz vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) im Gebührenrecht des Bundes eingeführten Begrifflichkeiten angepasst.

Zu Nummer 6 (Anlage 1)

Die Aussteigekarte (Public health passenger locator form) in Anlage 1 wird an die neue von einer Arbeitsgruppe der WHO entworfene englischsprachige Fassung (abrufbar unter http://www.who.int/ihr/ports_airports/locator_card/en/) angepasst und um eine deutschsprachige Fassung ergänzt.

Zu Nummer 7 (Anlage 2)

Die Höhe der Gebühren wird an die Kostenentwicklung angepasst. In der neuen Nummer 1 wird eine Gebühr für die Erteilung der freien Verkehrserlaubnis nach § 18 geregelt unter Zugrundelegung eines Zeitaufwandes von einer Stunde, einem Stundensatz von 63 Euro und einem Verwaltungsgemeinkostenzuschlag von rund 10 Euro. In Nummer 2 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b werden Schiffe bis 1 000 Bruttoreaumzahl gesondert berücksichtigt. In Nummer 7 wird nun auf angefangene halbe Stunden abgestellt.

Zu Artikel 4 (Änderung des Ausländerzentralregistergesetzes)

Im Ausländerzentralregister soll künftig auch von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden können, Daten darüber zu verarbeiten, dass eine Gesundheitsuntersuchung keine konkreten Bedenken gegen die Aufnahme in eine Einrichtung der gemeinschaftlichen Unterbringung erbracht hat. Damit sollen die beteiligten Behörden von erforderlichem Nachforschungsaufwand befreit werden, der eintreten kann, wenn das Register nur über das „Ob“ einer durchgeführten Gesundheitsuntersuchung Auskunft gibt. Weiterhin dürfen aber zum Schutz der personenbezogenen Daten keine weiteren Details etwa über Diagnosen in das Register eingepflegt werden.

Weiterhin ist eine redaktionelle Anpassung wegen der Änderung des § 36 IfSG erforderlich.

Zu Artikel 5 (Änderung der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über das Ausländerzentralregister)

Hierbei handelt es sich um Folgeänderungen zu den Änderungen des § 36 IfSG und des AZRG. Weiterhin wurde in Spalte C ein redaktioneller Fehler des bisherigen Gesetzes behoben (Verweis auf die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes).

Zu Artikel 6 (Änderung des Tiergesundheitsgesetzes) [FNA 7831-14]

Die in § 35 Absatz 3 Satz 2 des Tiergesundheitsgesetzes enthaltene Einschränkung, dass personenbezogene Daten nicht übermittelt werden dürfen, wird gestrichen. Wenn die nach dem TierGesG zuständige Behörde den Verdacht hat, dass Zoonose-Erreger von betroffenen Tieren auf Menschen übertragen wurden, muss sie der Gesundheitsbehörde auch personenbezogene Angaben machen können, damit diese sachgerecht Ermittlungen durchführen kann. Daher kann die nach dem Tiergesundheitsgesetz zuständige Behörde den Namen und Erreichbarkeitsdaten (Anschrift, Telekommunikationsanschlusssdaten) der Tierhalterin oder des Tierhalters, in deren oder dessen Bestand der Verdacht oder der Ausbruch der Tierseuche festgestellt worden ist, der Gesundheitsbehörde mitteilen. Dadurch wird zugleich vermieden, dass die nach §§ 16 und 25 des Infektionsschutzgesetzes bestehenden Ermittlungsbefugnisse der Gesundheitsbehörde, die die Verarbeitung erforderlicher personenbezogener Daten einschließen, durch die tierseuchenrechtliche Regelung unangemessen eingeschränkt werden.

Zu Artikel 7 (Änderung des Chemikaliengesetzes) [FNA 8053-6]

Der Wortlaut von § 12a Absatz 3 Nummer 1 des Chemikaliengesetzes wird präzisiert und redaktionell an den Wortlaut der übrigen Vorschrift angepasst. In § 12a Absatz 3 Nummer

2 des Chemikaliengesetzes wird anknüpfend an die Änderung in Artikel 1 Nummer 17 vorgesehene Zuständigkeit des UBA für die Anerkennung von Mitteln und Verfahren auch für die Erteilung, Verlängerung, Überprüfung und Aufhebung von Ausnahmezulassungen nach Artikel 55 Absatz 1 der Verordnung (EU) Nr. 528/2012 eine Zuständigkeit des UBA vorgesehen. Nicht einbezogen sind Biozid-Produkte für die Bekämpfung von Kopfläusen, die bloße Lästlinge sind. Die neue Nummer 3 entspricht der bisherigen Nummer 2 Buchstabe b, wobei die bisherige Verweisung auf das Tierseuchengesetz redaktionell an das Tiergesundheitsgesetz gepasst wird, weil die in § 44 Absatz 6 Nummer 2 des am 1. Mai 2014 in Kraft getretenen Tiergesundheitsgesetzes vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1324) vorgesehene Anpassung wegen der zwischenzeitlich mit Artikel 1 Nummer 7 des Gesetzes vom 23. Juli 2013 (BGBl. I S. 2565) vorgenommenen Neufassung des Abschnitts IIa des Chemikaliengesetzes nicht zum Tragen kam.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Artikel 8 regelt das Inkrafttreten.