

STELLUNGNAHME

<p>Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten</p>

Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG)

Datum: 6. Oktober 2016

Anschrift
Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
Telefon: 030 / 246253-0
Fax: 030/ 246253-29
E-Mail: ddg@derma.de
Internetadresse: www.derma.de

Stellungnahme der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) zum Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

Das geplante Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten zielt auf eine Verbesserung des zum 1.1.2001 eingeführten Infektionsschutzgesetzes (IfSG), des 2005 eingeführten Gesetzes zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) und der Umsetzung der Polio-Eradikationsstrategie der WHO.

Grundlagen hierfür sind

1. zwischenzeitlich erworbene neue epidemiologische und medizinwissenschaftliche Erkenntnisse.
2. Erfahrungen, die man mit dem nun seit 15 Jahren gültigen Infektionsschutzgesetz auf nationaler Ebene gemacht hat und
3. die veränderte internationale Situation in der Infektionsbekämpfung, die eine Anpassung des nationalen Infektionsschutzgesetzes erforderlich macht.

Zur Erfüllung dieser Aufgabe plant das BMG ein datenschutzkonformes elektronisches Melde- und Informationssystem für übertragbare Krankheiten, das die erforderlichen Maßnahmen zur Prophylaxe und Bekämpfung dieser Infektionen verbessern und beschleunigen soll.

Kommentar 1 (zu Änderung Nr. 1):

Dem Modernisierungsschritt im IfSG und IVG ein elektronisches Melde- und Informationssystem für übertragbare Krankheiten einzuführen, stimmt die DDG zu. Eine sorgfältige Überprüfung des einzuführenden Meldesystems durch den Bundes-Datenschutzbeauftragten wird als selbstverständlich angesehen.

Kommentar 2 (zu Änderung Nr. 4):

In §4, Satz 3 wird die, über die nationalen Aufgaben hinausgehende, internationale Zuständigkeit des RKI (in Zusammenarbeit mit internationalen Behörden) zur Bekämpfung infektiöser Krankheiten und deren grenzüberschreitende Ausbreitung neu definiert und ausgeweitet (dies war im IfSG bereits in geringerem Umfang berücksichtigt (Zitat: „...sowie ausländischen und internationalen Organisationen und Behörden zusammen und nimmt die Koordinierungsaufgaben im Rahmen des Europäischen Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten wahr“). Die in der Textänderung ersichtliche Ausweitung der RKI-Kompetenzen wird – in Zeiten extrem rascher Einschleppungs- und Ausbreitungszeiten schwerer infektiöser Erkrankungen (Bsp. Ebola, Zika-Virusinfektionen etc.) - ausdrücklich begrüßt. Infektionsschutz kann nicht erst an den Deutschen, bzw. Europäischen Außengrenzen beginnen.

Kommentar 3 (zu Änderung Nr. 6):

In §6 IfSG (Liste der namentlich zu meldenden Infektionskrankheiten) ist bei den Buchstaben

d) bis g) die alphabetische Reihenfolge der Diagnosen nicht eingehalten. Es wird folgende Korrektur empfohlen:

d) Enzephalopathie, humane spongiforme; außer familiär-hereditärer Formen

e) Hepatitis: akute Virushepatitis (oder in der Liste nach hinten verschieben: Virushepatitis, akute)

f) Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS), enteropathische Form

g) Hämorrhagisches Fieber, virales

Auch wenn es für diesen Referentenentwurf vermutlich nicht von Bedeutung ist, wird eine Prüfung der Aufnahme von Pockenvirusinfektionen, insbesondere Kuh- und Affenpocken (nicht Mollusca contagiosa, nicht Kamelpocken) in die Liste meldepflichtiger Erkrankungen vorgeschlagen. Bei Kuhpocken kam es in den letzten Jahren zu einer Reihe von Übertragungen auf den Menschen, mit zum Teil schweren, ulzerierenden Hautläsionen, bei der Übertragung von Affenpocken auf den Menschen sind letale Verläufe bei Kindern beschrieben. Affenpocken werden auch von Mensch zu Mensch übertragen.

[Lit: Kuhpocken - Cow Pox:

1. Fassbender P, Zange S, Ibrahim S, Zoeller G, Herbstreit F, Meyer H. Generalized Cowpox Virus Infection in a Patient with HIV, Germany, 2012. Emerg Infect Dis. 2016 Mar;22(3):553-5.
2. Ducournau C, Ferrier-Rembert A, Ferraris O, Joffre A, et al. Concomitant human infections with 2 cowpox virus strains in related cases, France, 2011. Emerg Infect Dis. 2013 Dec;19(12):1996-9.

Affenpocken - Monkey Pox:

1. Nolen LD, Osadebe L, Katomba J et al. Extended Human-to-Human Transmission during a Monkeypox Outbreak in the Democratic Republic of the Congo. Emerg Infect Dis. 2016 Jun;22(6):1014-21.
2. Reynolds, M.G. and Damon, I.K. Outbreaks of human monkeypox after cessation of smallpox vaccination. Trends Microbiol. 2012; 20: 80–87.
3. Rimoin, A.W., Mulembakanic, P.M., Johnston, S.C., Lloyd Smith, J.O., Kitalu, N.K., Kinkela, T.L. et al. Major increase in human monkeypox incidence 30 years after smallpox vaccination campaigns cease in the Democratic Republic of Congo. Proc Natl Acad Sci USA. 2010; 107: 16262–16267]

Kommentar 4 (zu Änderung Nr. 6c):

§ 6 IfSG befasst sich mit den meldepflichtigen Krankheiten. Da eine Kolonisation (einer Wunde, einer Hautkrankheit, evtl. auch gesunder Haut (z.B. in den Hautfalten) keine Krankheit darstellt, ist die Ergänzung zu § 6 Absatz 3 (Satz 2 s.u.) aus dermatologischer Sicht fehlplaziert. Wenn der Abstrich-Nachweis von bestimmten Erregern ohne Infektionszeichen zu einer namentlichen Meldepflicht führen soll, so wäre dies in §7 IfSG aufzuführen.

Der Zusatz: „wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“ ist von großer praktischer Bedeutung, da Kolonisierungen in individuellen Einzelfällen immer wieder festgestellt werden und die namentliche Meldung solcher Individualfälle eine deutliche Zunahme des Meldeaufwands v.a. für Kliniken mit hohen Patientenzahlen bedeuten würde.

Zitat aus dem Referentenentwurf:

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.“

Kommentar 5 (zu Änderung 7):

Mit dem Nachweis langanhaltender sexueller Übertragbarkeit des Zikavirus (> 170 Tage nach der eigentlichen Erkrankung) und dem Gefährdungspotential dieses Erregers ist aus venerologischer Sicht zu überprüfen, ob er nicht in die Liste meldepflichtiger Erreger des §7 aufzunehmen ist. Bezugnehmend auf Kommentar 4, sollte auch geprüft werden, ob der Nachweis von Orthopox-Viren (insbesondere, Affenpocken- und Kuhpockenviren) in § 7 IfSG aufgenommen werden sollte.

Kommentar 6 (zu IfSG §7):

Der Nachweis des Erregers Nr. 47 Varicella-Zoster-Virus ist im Zusammenhang mit Windpocken (Varicellen) namentlich meldepflichtig (siehe § 6 IfSG). Dies gilt unseres Wissens nicht für diesen Erreger im Zusammenhang mit der Gürtelrose (anderes Übertragungsrisiko als bei Windpocken). Dies sollte an dieser Stelle des IfSG sichtbar sein. „47. Varicella-Zoster-Virus (bei Windpocken, nicht bei Gürtelrose)“. Oder unterliegen wir hier einem Irrtum und der Erregernachweis ist seitens der Labore auf jeden Fall meldepflichtig? Bei der Gürtelrose wird dieser Erregernachweis nur selten, z.B. bei klinisch nicht eindeutiger Gürtelrose (DD: Herpes simplex Virus Infektion), durchgeführt.

Kommentar 7 (zu IfSG §36, Absatz 3a):

Die Diagnose eines Skabiesausbruches ist i.d.R. sicher zu stellen, da sich skabiesverdächtige Läsionen mit entsprechender klinischer Symptomatik bei mehreren Betroffenen (Heimbewohnern etc.) finden lassen. Die Diagnose Skabies ist im Einzelfall, insbesondere wenn es sich um ältere Menschen mit physiologisch bedingt trockener Haut und evtl. auch einer Altersatopie handelt, durchaus schwierig. Man geht in solchen Fällen (und auch bei der sogenannten gepflegten Skabies) von nur wenigen Erregern (10-15Krätzmilben am gesamten Integument) aus. Nur durch deren direkten Nachweis (oder ihrer Spuren in der Hauthistopathologie) lässt sich eine Skabiesdiagnose gesichert stellen. Das bedeutet in den erwähnten Einzelfällen, dass bei entsprechendem trockenen, stark juckenden Hautbefund älterer Menschen, trotz fehlendem Auffinden von Milben (z.B. mit dem Dermatoskop), relativ häufig die Diagnose „Verdacht auf Skabies“ gestellt wird und eine Behandlung „ex juvantibus“ empfohlen wird. Wir sehen hier durchaus ein Risiko der Überreaktion bei der jeweils namentlichen Meldung solcher z.B. Heimbewohner durch die Leiter der jeweiligen Institutionen und halten eine Präzisierung der Skabiesdiagnose für solche Fälle für sehr wünschenswert.

Zu den weiteren aufgeführten Änderungen besteht seitens der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft kein Kommentierungsbedarf, da die darin enthaltenen Themen (z.B. die Umsetzung der Polio-Eradikationsstrategie der WHO und des Gesetzes zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften) nur mittelbar die Dermatologie betreffen.

Es wird empfohlen die Abkürzung IGV (= Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften) bei ihrer ersten Nennung im Text zu erklären (Verbesserung der Lesbarkeit).