

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

An
Bundesministerium für Gesundheit

Institute for Hygiene
and Public Health



Institut für Hygiene und
Öffentliche Gesundheit

Bonn, 8. Dezember 2017

Prof. Dr. med
Martin Exner
Direktor

Fon: 0228. 287-15521
Fax: 0228. 287-15645
Martin.exner@
ukb.uni-bonn.de

■ **Kommentare zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“**

Autoren: Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Exner, Prof. Dr. med. S. Engelhart

Vorzimmer
Carola Massmann

Fon: 0228. 287-15520
Fax: 0228. 287-15645
Carola.massmann@
ukb.uni-bonn.de

Synopse der zentralen Kommentare

§6 Abs. 3

-
- Verzicht auf *namentliche* Meldung zugunsten *nichtnamentlicher* Meldung von Häufungen
 - Verzicht auf Satz 2 (Meldung von Kolonisationen mit Erregern gemäß Liste nach §23 Abs. 4a)

Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn

§27 Abs. 5

- Ergänzungsvorschlag zur Rolle des Gesundheitsamtes bei der Abklärung der Infektionsquellen für Aerosol-übertragene Infektionen

§37 Abs. 3

- Ergänzungsvorschlag zur Rolle des Gesundheitsamtes bei der Prävention und Kontrolle wasserbedingter Erkrankungen

§40

- Formulierungsvorschlag zur verbindlichen Einrichtung und Mandatierung der Trinkwasserkommission

Nähere Begründungen s. nachfolgende Ausführungen

Das Bundesministerium für Gesundheit legt mit Bearbeitungsstand vom 21.09.2016 den o. a. Entwurf vor. Nachfolgend werden die einzelnen Punkte kommentiert.

1. Allgemeine Kommentare

Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten soll als Unterstützung für die behördlichen Aufgaben durch ein elektronisches Melde- und Informationswesen weiter verbessert werden. Zur weltweiten Polio-Eradikationsstrategie der WHO bedarf es zusätzlicher Rechtsgrundlagen und neue Erkenntnisse bei Krankheitsausbrüchen von Legionellen sowie Aufgaben im internationalen Infektionsschutz bedürfen einer weiteren Anpassung. Zur Lösung wird die Datenschutz-konforme Etablierung eines elektronischen Melde- und Informationswesens, die Beschleunigung der Bekämpfungsmaßnahmen durch Reduktion der Informationswege und Reduktion des Aufwandes für die Aufarbeitung der Daten für die Veröffentlichung in Form von Berichten angesehen.

Hierzu bedarf es grundsätzlicher Anmerkungen.

Die Beschleunigung von Melde- und Informationswegen ist nur ein geringer Teil im Gesamtkomplex der Infrastruktur und Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

Entsprechend den beiden nachfolgenden Abbildungen 1 und 2 zur Ausbreitung von Infektionserregern und zu den proaktiven, reaktiven und nachbereitenden Aufgaben eines Krisenmanagementteams beginnt die effiziente Erfassung und Bekämpfung bei der Diagnostik durch Ärzte und Krankenhäuser sowie durch diagnostische Institute.

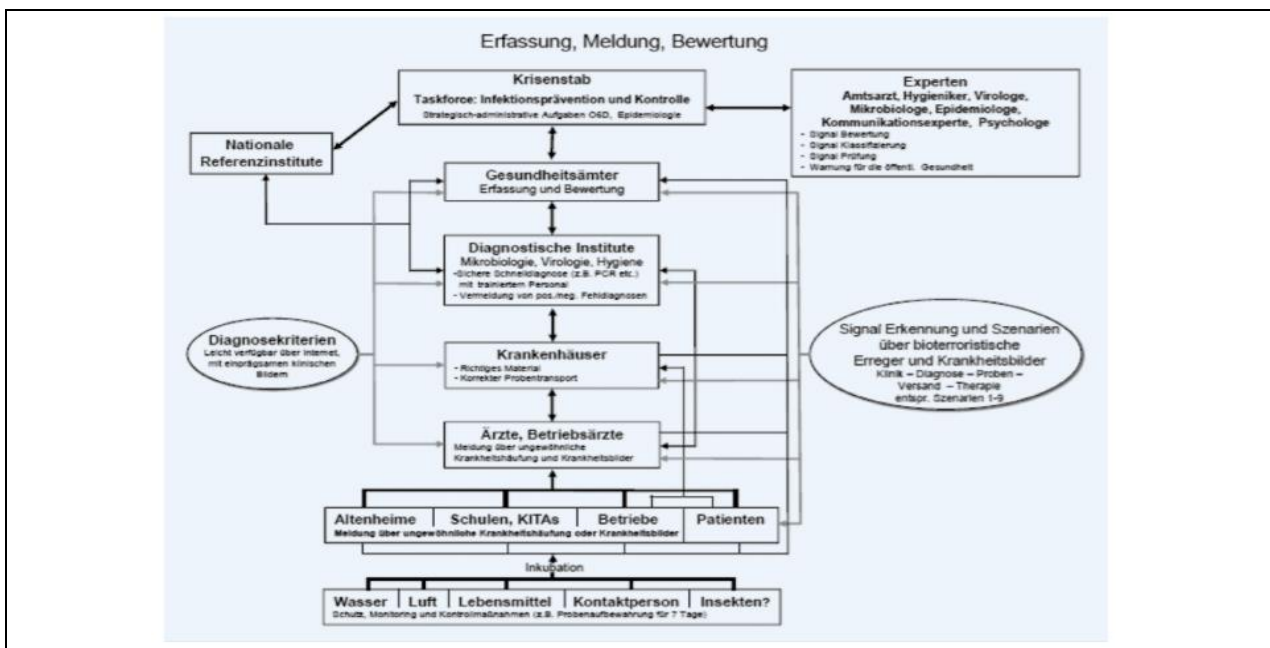


Abb. 1: Algorithmus zur Ausbreitung von Infektionserregern aus unterschiedlichen Infektionsquellen (Wasser, Luft, Lebensmittel, Kontaktpersonen, Vektoren) mit erkennbar gehäuften Manifestation (in Altenheimen, Schulen, Betrieben) über die Diagnostik bei niedergelassenen Ärzten, in Krankenhäusern, diagnostischen Instituten, Meldung an Gesundheitsämter bis zur Einrichtung eines Krisenstabes in adäquater Besetzung.

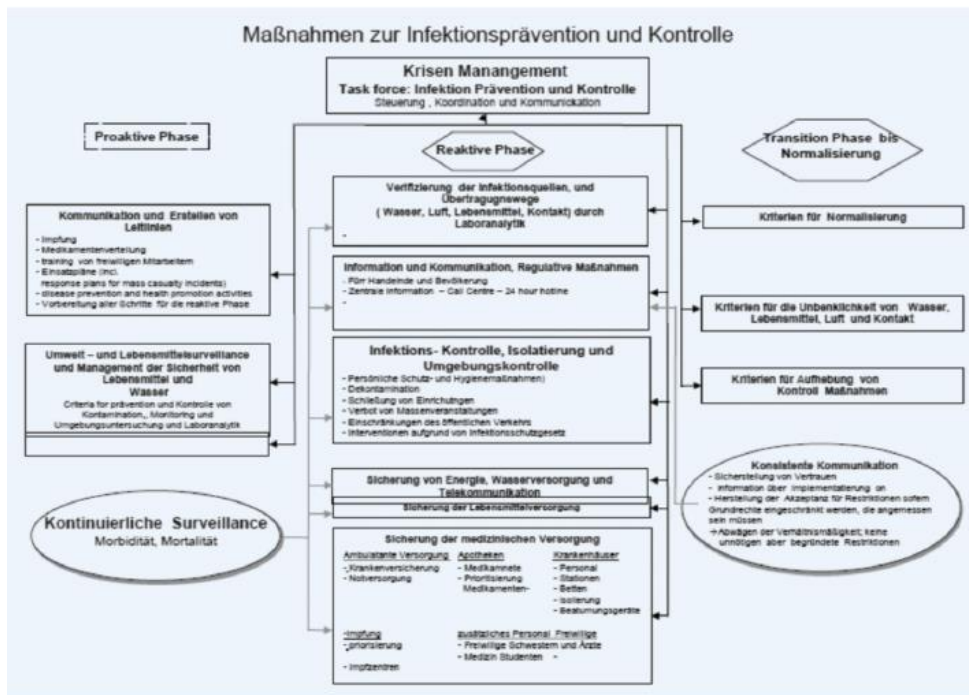


Abb.2: Darstellung der proaktiven, reaktiven und nachbereitenden Aufgaben eines Krisenmanagementstabes bei Auftreten eines lokalen, regionalen oder landesweiten Infektionsausbruches.

Sofern dieser Anfangsschritt nicht wirksam etabliert bzw. sichergestellt ist, kann auch ein Meldewesen keine weitere Beschleunigung der Bekämpfung nach sich ziehen. So wurde bei dem Legionellen-Ausbruch in Warstein bei der retrospektiven Auswertung festgestellt, dass zu Beginn des Ausbruches mehr als 70 aufgetretene Legionellose aufgrund fehlender Diagnostik nicht erkannt wurden. Hierdurch wurde das Ausbruchmanagement erst verspätet in die Wege geleitet. Daher bedarf eine effiziente Bekämpfung von Infektionskrankheiten immer auch die Optimierung der Anfangsdiagnostik durch Ärzte und Krankenhäuser. Sofern eine Häufung erkannt ist müssen effiziente Strukturen zur Aufdeckung von Infektionsquellen und Infektionswegen einschließlich der weitergehenden Diagnostik und Typisierung vorhanden sein. In einer Reihe von Bundesländern ist dies nicht mehr gewährleistet, da wie z. B. in Nordrhein-Westfalen eine landeseigene Infrastruktur von „Public Health Laboratories“, zu denen auch universitäre Hygiene-Institute als „Medizinaluntersuchungsstellen“ zählten, nicht mehr existiert. Hierdurch ist auch die effiziente Erfüllung der Aufgaben nach dem IGV-Durchführungsgesetz gefährdet.

Aus diesem Grunde müssen diese Voraussetzungen grundsätzlich in Deutschland diskutiert und mit den Ländern abgestimmt werden. Wegen gravierender infrastruktureller Mängel auf diesen Gebieten und einer fehlenden Infrastruktur von „Public Health Laboratories“ können sowohl in Deutschland auftretende als auch aus dem Ausland eingetragene Infektionen trotz Einführung neuer Meldesysteme nicht mit der notwendigen Effizienz funktionieren. Hierin wird eine erhebliche Gefährdung der öffentlichen Gesundheit gesehen. Auch das Robert Koch-Institut ist auf die effiziente Zusammenarbeit mit den Landesgesundheitsbehörden und universitären Instituten als „Public Health Laboratories“ angewiesen.

Daher sind infrastrukturelle Mängel aufgrund einer fehlenden flächendeckenden Infrastruktur von „Public Health Laboratories“ in den einzelnen Bundesländern nicht akzeptabel.

2. Kommentare zu den einzelnen zu ändernden Paragraphen

2.1 § 4 Absatz 3

Das Robert Koch-Institut soll hiernach mit ausländischen Stellen und internationalen Organisationen der Weltgesundheitsorganisation zusammenarbeiten, um deren Fähigkeit 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.

In diesem Kontext wird – wie oben aufgeführt - auf die fehlende Infrastruktur in einzelnen Bundesländern in Deutschland hingewiesen. Sofern man internationale Kooperation sucht, muss diese aber auch hinsichtlich der **Infrastruktur in den einzelnen Bundesländern** kritisch hinterfragt werden. Die einzelnen Bundesländer müssen daher gehalten werden darzulegen, wie sie mit landeseigenen Strukturen in der Lage sind, effizient über kommunale Grenzen hinweg die Prävention und Kontrolle übertragbarer Erkrankungen in der Lage sind durchzuführen. Insbesondere im größten Bundesland Nordrhein-Westfalen sind derartige Strukturen – wie bereits erwähnt – nicht mehr vorhanden.

2.2 § 6 Absatz 3

Absatz 3 soll laut Entwurf zukünftig wie folgt gefasst werden:

(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 4 a genannten Krankheitserregern im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme,

wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.

2.2.1 namentlich versus nichtnamentlich

In der bisherigen Fassung des Infektionsschutzgesetzes wurde das gehäufte Auftreten von nosokomialen Infektionen als Ausbruch **nichtnamentlich** gemeldet. In der damaligen amtlichen Begründung zum IfSG heißt es:

*„Die nicht namentliche Meldung des Ausbruches an das Gesundheitsamt hat den Zweck, die Gesundheitsbehörde als Berater zu beteiligen. Dass die Vorschrift im Kern **nicht Kontrolle**, sondern eine **fachliche Zusammenarbeit** und die Problembewältigung zum Ziel hat, zeigt die Tatsache, dass ein Unterlassen nach diesem Gesetz weder mit Strafe noch mit Bußgeld geahndet wird.“*

Dieser Grundsatz der Beteiligung der Gesundheitsbehörde als Berater und Primat der fachlichen Zusammenarbeit vor Kontrolle wird durch die jetzt geplante namentliche Meldung entgegengewirkt und wird sich nachteilig auswirken.

Die namentliche Meldepflicht von potentiell nosokomialen Infektionserregern wurde bereits in der Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage vom 18.03.2016 für *MRSA* aus Blut und Liquor, Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante und für *Acinetobacter*

spezies mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante sowohl hinsichtlich Infektion als auch Kolonisation geregelt.

In Übereinstimmung mit Frau Prof. Heudorf setzt die namentliche Meldepflicht **Bürgerrechte** der Selbstbestimmung außer Kraft. Dies darf nach dem Kommentar Bales/Baumann/Schnitzler 2001/2003 (Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung) nur mit Begründung stattfinden. Die Begründung für die namentliche Meldepflicht liegt darin, dass das Gesundheitsamt ggf. weitere Recherchen und Maßnahmen (Beratung etc.) einleiten muss. Dies entfällt aber, wenn ein Ausbruch oder eine Häufung bereits als solche gemeldet ist. Dann reichen nichtnamentliche Meldungen aus, denn die Maßnahmen können mit dem Meldenden auch auf dieser Grundlage besprochen, entwickelt und eingeleitet werden. **Nach unserem staatsbürgerlichen Verständnis darf eine namentliche Meldepflicht nur dann stattfinden, wenn die nichtnamentliche für den angestrebten Zweck nicht ausreicht.** Epidemiologische Ziele sind nach Bales/Baumann/Schnitzler für eine namentliche Meldepflicht ausgeschlossen, hier reichen immer eine nichtnamentliche bzw. Sentinel-Untersuchungen.

Zudem sind nach § 23 Absatz 4 die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren verpflichtet, die vom Robert Koch-Institut festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen, zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen zu ziehen und die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitzuteilen und umzusetzen. Diese Aufzeichnungen sind 10 Jahre aufzubewahren. **Es heißt explizit im Gesetzestext, dass dem zuständigen Gesundheitsamt auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnung, Bewertung und Schlussfolgerungen gewährt werden muss.** Zusätzlich sind die Krankenhäuser entsprechend der KRINKO-Empfehlungen: *„Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen“* gehalten, die Zusammenarbeit und Kooperation mit dem Gesundheitsamt festzulegen und die Gesundheitsämter in diesen Fällen zu informieren.

Vor diesem Hintergrund ist nicht erkennbar, dass bei der bereits bestehenden Regelung eine nunmehr namentliche Meldepflicht zu einer Verbesserung der Prävention und Bekämpfung nosokomialer Infektionsausbrüche führt.

Da die Gefahr besteht, dass die vertrauensvolle fachliche Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt eingeschränkt werden kann, wird auch aus diesem Grund empfohlen, weiterhin die nicht-namentliche Meldepflicht beizubehalten.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass mittlerweile die Anforderungen an das Ausbruchsmanagement – wie oben ausgeführt – und die Anforderung bei der Abklärung und Aufklärung von Infektionsquellen und Übertragungswegen einschließlich der Typisierung außerordentlich komplex sind und primär durch das Hygieneteam (Krankenhaustygieniker, Hygienefachpflegekräfte, hygienebeauftragte Ärzte) in Kooperation mit dem Gesundheitsamt durchgeführt werden. Nicht umsonst wird die Verbesserung der Beratung medizinischer Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker mit erheblichen Bundesmitteln gefördert und regulatorisch präzisiert – zuletzt durch die *„Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen“* - deren Aufgabe es ist, Häufungen von Infektionen und Kolonisationen durch das Hygieneteam unter Koordination des Krankenhaushygienikers zu erkennen, abzuklären und Abhilfemaßnahmen festzulegen und zu kommunizieren.

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hatte grundsätzlich die Ausweitung einer kontrollierten (nicht jedoch namentlichen) Meldepflicht für nosokomiale Infektionsausbrüche auf Häufung von Besiedlung relevanter MRE wie MRSA und Carbapenem-resistente gramnegative Erreger mit Bußgeldbewährung bei Nichteinhaltung gefordert, aber darauf hingewiesen, dass bei der bereits eingeführten Labormeldepflicht an die Gesundheitsämter gesichert werden muss, dass es nicht zu überschneidenden Verantwortlichkeiten kommen darf; stattdessen sollte die unterstützende Funktion des Gesundheitsamtes zum Tragen kommen. Die Strafbewährung sollte dann greifen, wenn bei Infektionsausbrüchen einschließlich damit zusammenhängender Kolonisationen eine Einbeziehung des Gesundheitsamtes zur fachlichen Zusammenarbeit nicht erfolgt. Mittlerweile ist es jedoch nach unserer Kenntnis üblich, dass seitens der medizinischen Einrichtungen Gesundheitsämter nach den o. a. Kriterien des Ausbruchmanagements mit einbezogen werden.

Wir empfehlen zusätzlich, dass über das Management nosokomialer Ausbrüche bzw. von Häufungen von Kolonisationen mit bestimmten festzulegenden nosokomialen Antibiotika-resistenten Erregern die Hygieneteams in Abstimmung mit den zuständigen Gesundheitsämtern Berichte z. B. an das RKI in anonymisierter Form senden. Dort können die Berichte gesammelt, ausgewertet und archiviert werden. Die dabei gesammelten Erfahrungen sollten dann anderen verfügbar gemacht werden, damit auch andere hieraus lernen können.

2.2.2 (Namentliche) Meldung von Kolonisationen gemäß Liste nach §23 Absatz 4a

Seit 01.05.2016 gibt es wie oben erwähnt bereits eine Meldepflicht für Infektionen und Kolonisationen mit Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit bzw. Nachweis einer Carbapenemase-Determinante. Dies umfasst bereits eine Meldepflicht für (bestimmte besonders relevante) Kolonisationen, die sogar über die Planung einer Meldepflicht zum zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme hinausgeht.

Die **namentliche Meldepflicht von 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, soll nunmehr mit den nach § 23 IfSG zu erfassenden Erregern gekoppelt werden, welche als Einzelne überwiegend von geringer Bedeutung sind sondern primär für die Steuerung eines angemessenen Antibiotikaeinsatzes im Rahmen der empirischen Therapie gedacht waren. Die nunmehr verpflichtende Einführung einer **namentlichen** Meldepflicht auch für **Kolonisationen** ist mit einem erheblichen und in Hinblick auf das Schutzziel völlig unangemessenem Aufwand verbunden und zudem durch andere Regelungen bereits abgedeckt. Die namentliche Meldung ist bezogen auf den einzelnen Patienten unangemessen und datenschutzrechtlich (s.o.) in Frage zu stellen. Der Zeitaufwand geht von patientenbezogener und präventiver Arbeit ab und ist somit kontraproduktiv. Ungeklärt ist, wie bei Patienten mit nur kurzzeitiger Kolonisation vermieden werden kann, dass diese dauerhaft als kolonisiert geführt werden.

Es wird daher dringend empfohlen, auf Satz 2 des § 6 Absatz 3 komplett zu verzichten.

Stattdessen wird empfohlen, dass in § 23 Absatz 4 in Satz 1 hinter erforderlicher Präventionsmaßnahmen „und Bekämpfungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Anforderungen an ein strukturiertes Ausbruchmanagement“ eingefügt wird.

Entsprechend dem letzten Satz zu § 23 Absatz 4 hat das zuständige Gesundheitsamt bereits jetzt alle Möglichkeiten, Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu nehmen. Die Gesundheitsämter können und sollten hiervon aktiv Gebrauch machen. Dabei können sie auch über die notwendigen Ermittlungen im Rahmen des systematischen Ausbruchmanagements durch das Krankenhaushygiene-Team, wobei die Gesundheitsämter nach der entsprechenden Empfehlung in das Ausbruchmanagement eingebunden werden sollen, hinsichtlich der wahrscheinlichen Infektionsquelle Informationen aus den Unterlagen einsehen.

Eine Meldepflicht würde bedeuten, dass das Gesundheitsamt in der Regel eigene Ermittlungen durchführen müsste, wozu die Gesundheitsämter häufig aus Kapazitätsgründen nicht in der Lage sind und andererseits die bisher gewünschte Beraterfunktion des Gesundheitsamtes erheblich leidet und die Kontrollfunktion nunmehr betont wird. Besser erscheint es, das Krankenhaushygiene-Team die komplexe Analyse durchführen zu lassen und sich seitens des Gesundheitsamtes hierüber unterrichten zu lassen. Das Gesundheitsamt hat dann immer noch die Möglichkeit eigene Experten mit einzubeziehen, wofür es gute Beispiele gibt.

Eine Strafbewährung sollte dann erfolgen, wenn diese Unterlagen nicht dem Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Anforderungen an ein strukturiertes Ausbruchmanagement derzeit seitens der KRINKO geändert werden, wobei die Anforderungen an die Kooperation mit dem Gesundheitsamt noch weiter präzisiert werden.

2.3 § 27 Absatz 5

Es wird vorgeschlagen, an den letzten Satz anzufügen

„Das Gesundheitsamt stellt vorliegende Angaben zu den wahrscheinlichen Orten und Zeitpunkten der Infektionen zur Verfügung und **arbeitet federführend mit diesen Behörden zur Aufdeckung und Abklärung der Infektionsquellen bzw. der Emissionsquellen für Aerosole in der Außenluft zusammen.**“

Begründung: Zur eindeutigen Identifizierung der Infektionsquelle ist die Typisierung bzw. Sequenzierung der Isolate von Patienten und von Isolaten aus entsprechenden Aerosol-generierenden technischen Systemen notwendig. Dazu ist es erforderlich, dass die entsprechenden Isolate z. B. im Nationalen Referenzlabor für Legionellen in Dresden zusammengeführt werden. Eine entsprechende Koordination kann nur durch das Gesundheitsamt veranlasst werden.

Die Angabe von Hinweisen über wahrscheinliche Orte und Zeitpunkte ist daher für ein strukturiertes Ausbruchmanagement nicht ausreichend. Die Einfügung soll sicherstellen, dass sowohl Gesundheitsamt als auch für den Immissionsschutz zuständige Behörden aktiv bei der Identifizierung von Infektionsquellen und Infektionswegen zeitnah zusammenarbeiten.

2.4 § 37 Absatz 3

Der Absatz 3 soll wie folgt ergänzt werden:

*„Wassergewinnungs- und Wasserversorgungsanlagen und Schwimm- oder Badebecken und Kleinbadeteiche einschließlich ihrer Wasseraufbereitungsanlagen unterliegen hinsichtlich der in den Absätzen 1 und 2 geforderten Anforderungen der Überwachung **und Kontrolle** durch das Gesundheitsamt. **Ebenso obliegt dem Gesundheitsamt die Prävention und Kontrolle wasserbedingter Erkrankungen, insbesondere wasserbedingter Infektionen.**“*

Begründung: Derzeit richtet sich die Überwachung in erster Linie auf die Prävention und nicht auf die Bekämpfung wasserübertragener Erkrankungen. Leider ist in der Trinkwasser-Verordnung nicht die Bekämpfung wasserbedingter Infektionen angesprochen. In den §§ 9 und 10 der Trinkwasser-Verordnung ist lediglich die Grenzwertüberschreitung bzw. Überschreitung des technischen Maßnahmewertes geregelt, nicht jedoch die koordinierende Bekämpfung wasserbedingter Erkrankungen. Dies soll durch diesen Zusatz entsprechend verdeutlicht werden.

Die Prävention wasserbedingter Infektionen setzt die Kooperation mit weiteren Behörden und sog. „Public Health Laboratories“ (früher als Medizinaluntersuchungsstelle bzw. Medizinaluntersuchungsamt bezeichnet) voraus, insbesondere dann, wenn das Versorgungsgebiet über die Zuständigkeitsbereiche mehrerer Gesundheitsämter bzw. Bundesländer bzw. Staaten geht. Die Koordination in diesen Fällen ist bislang unzureichend geregelt, muss jedoch ähnlich wie bei der Koordination Legionellen-bedingter Infektionen durch Aerosole in gleicher Weise angesprochen werden. Früher gehörten zu den Medizinaluntersuchungsstellen auch die universitären Institute für Hygiene bzw. Mikrobiologie, was sich sehr bewährt hatte. Dieses System sollte wie auch seit langem in den „Public Health England“ Instituten wieder re-aktiviert werden, wie dies derzeit in NRW diskutiert wird.

2.5 § 40 - Aufgaben des Umweltbundesamtes

Im 2. Satz des § 40 ist ausgeführt, dass beim Umweltbundesamt zur Erfüllung dieser Aufgaben beratende Fachkommissionen eingerichtet werden **können**. Wegen der Bedeutung des Trinkwassers bzw. Wassers für den menschlichen Gebrauch entsprechend § 37 wird empfohlen, ähnlich wie in § 23 bei der Einrichtung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) nicht eine Kann-Vorschrift für die Einrichtung einer entsprechenden Fachkommission zu setzen, sondern die Trinkwasserkommission definitiv einzurichten. Nachfolgende Formulierung wird daher vorgeschlagen

„Beim Umweltbundesamt wird eine Kommission für Trinkwasserhygiene eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle wasserübertragener Erkrankungen, insbesondere durch Krankheitserreger, sowie zu notwendigen Hygienemaßnahmen analog dem Water Safety-Konzept der WHO. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen und der technischen Regeln stetig weiterentwickelt und vom Umweltbundesamt veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für

Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit sowie im Benehmen mit den jeweils zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden und Landesbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit sowie des Umweltbundesamtes und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil. Weitere Vertreter von Bundes- und Landesbehörden können daran teilnehmen.“

Begründung: Die Sicherung der hygienisch einwandfreien Qualität des Wassers für den menschlichen Gebrauch bzw. des Trinkwassers ist eine der Grundsäulen des öffentlichen Gesundheitsschutzes. Die Gesundheitsämter, denen die Überwachung über Wassergewinnungs- und Wasserversorgungsanlagen entsprechend § 37 Absatz 3 IfSG zugewiesen ist, brauchen hierzu die Unterstützung einer entsprechenden Fachkommission. Insofern sollte ähnlich wie auch bei KRINKO und STIKO diese Kommission verbindlich im Gesetz geregelt und mandatiert sein und nicht lediglich über eine „Kann“-Vorschrift. Die Empfehlungen der Trinkwasserkommission sollten die gleiche rechtliche Qualität und Mandatierung haben wie die Empfehlung der KRINKO und der STIKO. Auf die Unabhängigkeit der Mitglieder der Trinkwasserkommission insbesondere im Hinblick auf wasserwirtschaftliche Verbindungen sollte bei der Berufung geachtet werden. Bei der Berufung sollte erwogen werden, auch Vertreter der Verbraucher mit einzubeziehen, da die entsprechenden Empfehlungen im Interesse des Gesundheitsschutzes der Verbraucher erlassen werden. Diese Aspekte müssen mit berücksichtigt werden.

Die Unterzeichner stehen für nähere Begründungen zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Exner Prof. Dr. med. S. Engelhart