

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Maisch, Friedrich Ostendorff, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/6806 –

Strukturelle und kommunikative Konsequenzen aus der EHEC-Krise

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit Anfang Mai 2011 gab es außergewöhnlich viele Fälle mit gefährlichen EHEC-Darmbakterien. In 733 der mehr als 4 300 EHEC-Fälle wurde die Durchfallerkrankung durch Komplikationen mit dem hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) erschwert, in 50 Fällen verlief sie tödlich. Aufgrund des derzeitigen Meldeverfahrens wurde die Krankheitshäufung erst ca. drei Wochen nach dem Ausbruch bei den Gesundheitsbehörden auffällig. Als Ursache wurden nach sechs Wochen, allerdings erst nach mehreren Fehlinformationen der Öffentlichkeit, Sprossen identifiziert. Nach weiteren vier Wochen wurde ein europaweites Verzehrs- und Einfuhrverbot für ägyptischen Bockshornklee-samen verhängt, welche als Träger der Bakterien identifiziert wurden. Seit Ende Juli 2011 gilt die EHEC-Krise in Deutschland offiziell als beendet.

Der vielstimmige Chor der Experten, aber auch das Krisenmanagement der Bundesregierung sind in der Öffentlichkeit stark kritisiert worden. Laut einer Umfrage der forsa (Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH) im Auftrag des Magazins „stern“ sind mehr als die Hälfte der Deutschen unzufrieden mit dem Krisenmanagement der Bundesregierung. Zur Verunsicherung beigetragen haben offenbar u. a. die Vielzahl der beteiligten zuständigen Stellen und deren untereinander nicht immer abgestimmten öffentlichen Bewertungen.

Nach Abklingen der Neuerkrankungen und einer Stabilisierung der Versorgungssituation haben der zuständige Bundesminister für Gesundheit und die zuständige Bundesministerin für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz angekündigt, Lehren für das Krisenmanagement zu ziehen. Dies hatte die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag auf Bundestagsdrucksache 17/6107 gefordert. Um das Vertrauen der Bevölkerung wiederzugewinnen, ist eine Aufarbeitung von Informationswegen und ressortübergreifenden Krisenstrukturen geboten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Am 19. Mai 2011 wurde das Robert Koch-Institut (RKI) von der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gebeten, die zuständigen Behörden bei der Untersuchung von drei Fällen an hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) bei Kindern zu unterstützen. Nach ersten Ermittlungen wurde schnell klar, dass in ungewöhnlicher Weise auch Erwachsene und hier besonders Frauen betroffen waren und die Fallzahlen schnell weiter stiegen. Der zeitliche Verlauf, die geografische und demografische Verteilung sowie erste Befragungen von Patientinnen und Patienten deuteten auf ein mit enterohämorrhagischen *Escherichia coli* (EHEC) kontaminiertes Lebensmittel als Infektionsquelle hin. Erste Analysen ergaben, dass betroffene Patientinnen und Patienten häufiger rohe Tomaten, Salatgurken und Blattsalat in Norddeutschland verzehrt hatten. Da weder durch diese Studien noch durch Hinweise aus dem Bereich der Lebensmittelsicherheit eine Eingrenzung der Infektionsquelle möglich war, wurden weitere Studien durchgeführt. Die Suche konnte schnell auf Sprossen eingegrenzt werden. Bereits am 10. Juni 2011 konnte die seit Ende Mai für Deutschland geltende und bis dahin durch die bisherigen Untersuchungsergebnisse gerechtfertigte Verzehrempfehlung für Gurken, Tomaten und Blattsalate aufgehoben und auf den Verzehr von Sprossen eingeschränkt werden. Eine Bestätigung des Verdachtes erbrachte letztlich der EHEC-Ausbruch, der am 24. Juni aus Frankreich gemeldet wurde. Als gemeinsame Quelle konnte aus Ägypten importierter Bockshornkleesamen für Sprossen identifiziert werden. Bereits am 5. Juli 2011 konnten die zuständigen Bundesbehörden Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) und RKI erklären, dass das EHEC O104:H4-Ausbruchsgeschehen in Deutschland aufgeklärt ist. Am 27. Juli – drei Wochen nach dem letzten Erkrankungsfall, der dem Ausbruch zugeordnet wurde, – wurde der Ausbruch durch das RKI als beendet erklärt.

Bis dahin wurden dem RKI insgesamt 4 321 Fälle gemeldet (3 469 EHECi, 852 HUS- und 50 Todesfälle). Es handelte sich damit um den größten EHEC-Ausbruch in Deutschland, eine große Herausforderung, die durch die gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten bewältigt werden konnte. Der Gesundheitsschutz hatte dabei immer die höchste Priorität. Solange die Infektionsquelle nicht eindeutig festgestellt war, stand in den Abwägungen zwischen dem Schutz der Bürgerinnen und Bürger einerseits und wirtschaftlichen Belastungen andererseits immer die Gesundheit der Menschen an erster Stelle. Der Risikokommunikation mit nachvollziehbaren Hygiene- und Verzehrsempfehlungen kam dabei eine Schlüsselbedeutung zu.

Trotz einer teilweise angespannten Situation in der intensivmedizinischen Krankenhausbehandlung in Norddeutschland ist es gelungen, die Versorgung aller Patientinnen und Patienten auf höchstem medizinischem Niveau sicherzustellen. Dem medizinischen Personal, besonders in den hauptbetroffenen Gebieten, ist für ihre Leistungen und den hohen Einsatz Anerkennung und Hochachtung auszusprechen.

Auf europäischer bzw. internationaler Ebene standen das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) sowie das RKI, das BVL und das BfR in ständigem Kontakt sowohl mit der Europäischen Kommission, dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Aktuelle Informationen wurden ab dem 22. Mai 2011 über die dafür vorgesehenen EU-Systeme (Early Warning and Response System EWRS und Rapid Alert System for Food and Feed RASFF) ausgetauscht. Die erste Meldung an die WHO gemäß den Internationalen Gesundheitsvorschriften wurde am 24. Mai 2011 abgegeben. Auf Initiative des

BMG fand am 8. Juni 2011 eine gemeinsame Sitzung der Gesundheits- und Verbraucherschutzministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren (GMK und VSMK) von Bund und Ländern in Berlin statt, an der auch der EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz teilnahm.

Als erste Konsequenz aus dem Geschehen ist im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsvorhabens zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften eine substanzielle Beschleunigung des Melde- und Übermittlungsweges für Infektionskrankheiten vorgesehen. Namentliche Meldungen durch Ärztinnen und Ärzte sollen danach künftig spätestens innerhalb von 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt und von dort spätestens innerhalb von drei Tagen an das RKI übermittelt werden. Angestrebt wird zudem eine informationstechnologische (IT)-Lösung, die eine bruchlose elektronische Übermittlung der Meldungen von Arztpraxen, Krankenhäusern und Laboren ermöglicht. Das BMG wird mit dem RKI eine Studie veranlassen, um technische Möglichkeiten für den Erhalt tagesaktueller Daten zu eruieren.

Zur Priorisierung wichtiger infektiologischer Forschungsfragen im Zusammenhang mit dem EHEC-Ausbruch wird das RKI im Herbst eine wissenschaftliche Arbeitstagung ausrichten. Die Veranstaltung wird in enger Kooperation mit dem europäischen Partner ECDC vorbereitet. Die Bundesressorts werden sich an dem von GMK und VSMK geplanten Evaluierungsprozess zur behördlichen Zusammenarbeit während des EHEC-Geschehens beteiligen. Unter Federführung der Vorsitzländer der GMK und der VSMK soll bis zum Jahresende 2011 gemeinsam mit dem Bund eine abschließende Bilanz des behördlichen Handelns erarbeitet werden.

Themenkomplex Strukturen

1. Wie bewertet die Bundesregierung die ressortübergreifende Arbeitsweise der Bundesbehörden, und welche Konsequenzen zieht sie aus der EHEC-Krise?

Die Zusammenarbeit innerhalb der Bundesregierung und zwischen Bund und Ländern hat von Beginn des Ausbruchgeschehens an gut funktioniert. Das BMELV hat als zuständiges Ressort für die Lebensmittelsicherheit einen Krisenstab einberufen, in den das BMG und das RKI eingebunden waren. Beim RKI wurde unverzüglich das Lagezentrum zur Koordinierung der Untersuchungsaktivitäten im humanmedizinischen Bereich und zum schnellen Informationsaustausch aktiviert. Die fachliche Zusammenarbeit zwischen dem RKI, dem BfR und dem BVL war zielorientiert und hat gut funktioniert.

Am 29./30. Juni 2011 wurden in der Gesundheitsministerkonferenz der Länder erste Schlussfolgerungen aus dem EHEC-Ausbruch erörtert. Einvernehmliches Ergebnis war, dass die Übermittlungsfristen und -verfahren überprüft und an die heutigen Erfordernisse angepasst werden sollten. Eine gemeinsame Evaluation soll bis zum Jahresende erfolgen.

Im Übrigen wird auch auf die Antwort zu Frage 5 und 20 verwiesen.

2. Welche Voraussetzungen müssen für einen ressortübergreifenden Krisenstab vorliegen, und wie sorgt die Bundesregierung für eine klare Zuständigkeit und Entscheidungskompetenz bei ressortübergreifenden Fragestellungen mit krisenhaftem Verlauf?

In nationalen Krisenlagen, von denen mehrere Ressorts in ihren jeweiligen Zuständigkeiten betroffen sind, können ressortgemeinsame Krisenstäbe einberufen werden. Darüber hinaus kann gemäß § 16 Absatz 2 des Gesetzes über

den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG) ein ressortgemeinsamer Krisenstab zur Koordinierung von Hilfsmaßnahmen durch den Bund einberufen werden, wenn das betroffene Land bzw. die betroffenen Länder darum ersuchen. Die Festlegung, welche Maßnahmen in diesem Fall vom Bund koordiniert werden, trifft der Bund im Einvernehmen mit dem betroffenen Land bzw. den betroffenen Ländern.

Auch in Krisensituationen gilt der Regierungsgrundsatz des Ressortprinzips gemäß Artikel 65 Satz 2 des Grundgesetzes (GG). Demnach leitet der Bundesminister seinen Geschäftsbereich innerhalb der durch den Bundeskanzler/die Bundeskanzlerin vorgegebenen Richtlinien der Politik selbständig und unter eigener Verantwortung.

Grundsätzlich setzt das von der Krisenlage überwiegend betroffene Ressort seinen Krisenstab oder einen ressortgemeinsamen Krisenstab ein. Durch die Entsendung von Verbindungsbeamten und Fachberatern anderer Ressorts und Behörden in diesen Krisenstab ist sichergestellt, dass alle von der Krisenlage betroffenen Ressorts und Behörden mit ihrer jeweiligen Fachexpertise den Krisenstab/Leitung des Krisenstabes beraten und unterstützen.

3. Wer hat die Ermittlungs- und Entscheidungszuständigkeit in Krisen, die in den Schnittstellen verschiedener Ressorts stattfinden, insbesondere zwischen
 - a) Lebensmitteln und Gesundheit,
 - b) Umwelt und Gesundheit,
 - c) Umwelt und Lebensmitteln,
 - d) Umwelt und Katastrophenschutz?

Auf die Antwort zu Frage 2 wird verwiesen. Die Ermittlungs- und Entscheidungszuständigkeit ergibt sich im konkreten Einzelfall aus der jeweiligen Ressortzuständigkeit und den Aufgaben der betroffenen Bundesoberbehörden.

4. Mit welchen Bundes- und Länderbehörden muss eine Risikobewertung, mit welchen eine Verzehrwarnung abgestimmt werden?

Eine der dem Bundesinstitut für Risikobewertung als bundesunmittelbare rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts durch das BfR-Gesetz übertragenen Aufgaben ist die in § 2 Absatz 1 dieses Gesetzes erfasste Durchführung von Risikobewertungen im Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Lebensmittelsicherheit mit dem Ziel der Erstellung von Risikobewertungsberichten, Stellungnahmen und Dossiers. Gibt die Bewertung Anlass zu Besorgnis, müssen Ziele und Strategien für eine Verminderung oder Beseitigung des Risikos formuliert werden. Dies kann auch eine Verzehrsempfehlung als potentielle Handlungsoption grundsätzlich einschließen.

Das Institut ist nach Maßgabe des Gründungsgesetzes bei seinen Bewertungen unabhängig, damit die Bewertungen unbeeinflusst von politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Interessen erfolgen. Die Bewertungsarbeit erfolgt anhand festgelegter Arbeitsschritte. Soweit möglich und zweckmäßig, bezieht das BfR externen Sachverstand, z. B. durch Beratungen in den Kommissionen, ein.

5. a) Welche Schritte sind nötig, um die während der EHEC-Krise eingesetzte Bund-Länder-Taskforce zu einer dauerhaften Einrichtung zu machen, wie es die Bundesregierung laut Medienberichten plant?
- b) Bei welchem Bundesministerium wird diese dauerhafte Taskforce angesiedelt?
- c) In welchen Fällen soll diese Taskforce zum Einsatz kommen, und welche Kompetenzen wird die Taskforce haben?
- d) Wer leitet die Taskforce, und wer ist Mitglied der Taskforce?
- e) Welches finanzielle Budget ist für die Einrichtung der Taskforce und den laufenden Betrieb von Nöten, und aus welchen Haushaltstiteln soll sie finanziert werden?
- f) Wie werden die Bundesländer an dieser Taskforce beteiligt?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die verschiedenen in Frage 5 zusammengefassten Fragestellungen gemeinsam beantwortet:

Die Bundesregierung hält es für sachgerecht, die mit der im Rahmen des EHEC-Geschehens im ersten Halbjahr 2011 vom BMELV unter der Leitung des BVL ad hoc eingerichteten Task-Force gesammelten positiven Erfahrungen für vergleichbare künftige Fälle nutzbar zu machen. Dies erfordert im Hinblick auf die nach dem Grundgesetz gegebene Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern eine sorgfältige Prüfung, wie dies verfassungskonform erreicht werden kann. Aus der Sicht der Bundesregierung kommen hier in erster Linie spezifische Bund/Länder-Vereinbarungen, in denen Aufgabe, Funktion, Zusammensetzung, Leitung und die weiteren Anforderungen an eine solche Einrichtung, auch unter Heranziehung der mit der EHEC-Task-Force gesammelten Erfahrungen, ihren Niederschlag finden können, in Betracht.

6. Wie bewertet die Bundesregierung die behördlichen Strukturen für Lebensmittelinfektionen in anderen Ländern, insbesondere in den USA und Dänemark, und hält sie eine (teilweise) Übernahme der Strukturen in Deutschland für geeignet?

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass die erfolgreiche Aufklärung und Prävention von lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen grundsätzlich eine multidisziplinäre Vorgehensweise erfordert, d. h. die Einbeziehung von Behörden und Fachleuten aus den Bereichen der Human- und Tiermedizin, Epidemiologie, Lebensmittelmikrobiologie, Lebensmittelchemie und weiterer Bereiche notwendig macht.

Vor diesem Hintergrund vertritt die Bundesregierung die Auffassung, dass behördliche Strukturen, die der von der WHO befürworteten multidisziplinären Vorgehensweise bei der Ausbruchsauflärung gerecht werden, und die eine zeitnahe und effiziente Kommunikation aller beteiligten Stellen ermöglichen, positiv zu bewerten sind.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung sowie die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

Themenkomplex Ermittlung

7. Wie will die Bundesregierung den Meldeweg bei meldepflichtigen Infektionserkrankungen beschleunigen?

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze sieht zur Beschleunigung des Meldewegs bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten folgende Änderungen im Infektionsschutzgesetz vor:

- Die Meldepflicht für die Ärztinnen und Ärzte wird so gefasst, dass sichergestellt werden muss, dass die Meldung dem Gesundheitsamt innerhalb von 24 Stunden, nachdem der Arzt oder die Ärztin die Diagnose gestellt hat, zugeht.
- Die Übermittlungsfristen vom Gesundheitsamt über die Landesstellen an das RKI werden so gefasst, dass die Übermittlung nicht mehr bis zu maximal 16 Tage in Anspruch nehmen darf, sondern nur noch höchstens drei Tage.

8. Liegen der Bundesregierung Angaben darüber vor, wie hoch die Meldequote bei niedergelassenen Ärzten bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten ist, und wenn nein, warum nicht?

Zur Höhe der Meldequote können aus folgenden Gründen keine allgemeinen Aussagen getroffen werden: Meldequoten schwanken nicht nur von Krankheit zu Krankheit, sondern auch regional und im Zeitverlauf. Sie lassen sich auf Bundesebene nur schätzen oder aus anderen Datenquellen ableiten. Die Berechnung einer Meldequote meldepflichtiger Erkrankungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten setzt die Kenntnis folgender Zahlen voraus:

- Die Anzahl der Arztmeldungen, die bei den Gesundheitsämtern eingehen, abzüglich Doppel- und Fehlmeldungen.
- Die Zahl der tatsächlich bei niedergelassenen Ärzten diagnostizierten Erkrankungen. Angaben hierzu lassen sich teils aus anderen Datenquellen extrahieren oder bei Zugang zu mehreren Datenquellen schätzen. Derartige Studien unter Beteiligung des RKI wurden für einzelne Krankheiten durchgeführt bzw. sind im Gange.
- Die Zahl der tatsächlich vorkommenden Erkrankungen. Angaben hierzu sind generell nur schwer zu erheben bzw. beruhen auf Schätzungen aufgrund von Literaturrecherchen, denen im Allgemeinen Untersuchungen von Teilpopulationen oder nicht in Deutschland durchgeführte Untersuchungen zugrunde liegen.

9. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass die Meldequote bei niedergelassenen Ärzten bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten nur bei 20 Prozent liegt, und welche Konsequenzen will sie daraus ziehen?

Aus den in der Antwort zu Frage 8 ausgeführten Gründen kann dies nicht bestätigt werden, insbesondere nicht als pauschale Aussage.

Mit Maßnahmen, die ein besseres Verständnis der Ärzteschaft für das Meldewesen, seine Verfahren und seine Sinnhaftigkeit vermitteln, kann das ärztliche Meldeverhalten verbessert werden. Wichtig ist insbesondere die zeitnahe Rückmeldung der Meldestatistiken, wie es vom RKI z. B. durch SurvStat, das Epidemiologische Bulletin und das Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten gewährleistet wird. Ferner ist davon auszugehen, dass

die Meldebereitschaft in dem Maße steigt, wie der Meldeaufwand für den einzelnen Meldenden verringert wird. Auch dies ist Ziel der in der Vorbemerkung der Bundesregierung angesprochenen IT-Lösung.

Bereits jetzt ist die Meldepflicht sanktionsbewehrt. Die Sanktionierung kann zu einer Erhöhung der Meldequote führen, parallel jedoch mit negativen Auswirkungen auf die ebenso wichtige Meldequalität verbunden sein.

10. Beabsichtigt die Bundesregierung Medienbrüche in der Meldekette zu beseitigen, und wenn ja, was wird sie unternehmen?

Zur Optimierung des Meldewesen strebt die Bundesregierung eine IT-Lösung an, die zukünftig eine bruchlose elektronische Übermittlung der Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz ermöglicht. Dazu wird das Bundesministerium für Gesundheit zunächst eine technische Studie veranlassen, welche die Erarbeitung und technische Erprobung einer IT-gestützten Systemlösung beinhalten wird. Das Bundesministerium für Gesundheit wird dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat zum 31. Dezember 2012 einen Bericht zu diesem Vorhaben vorlegen.

11. Wie bewertet die Bundesregierung die verschiedenen Ermittlungsmethoden bei Lebensmittelinfektionen, unter anderem Patientenbefragungen, Lieferweganalysen und deren Verzahnung?

Auf die bereits in der Antwort zu Frage 6 erwähnte Notwendigkeit eines multidisziplinären Vorgehens wird nochmals verwiesen. Im Fall der Aufklärung lebensmittelbedingter Ausbruchsgeschehen erweist es sich in der Regel als notwendig, verschiedene Ermittlungsmethoden gleichzeitig anzuwenden, um gesicherte Erkenntnisse über die Ursache des Geschehens erhalten zu können. Im Falle des komplexen EHEC-Geschehens in Deutschland im Mai 2011 hat sich die Kombination bekannter epidemiologischer Methoden (insbesondere die Patientenbefragung), neuer Befragungsmethoden (sog. Rezeptbasierte Restaurant-Kohortenstudie) und Methoden der Rückverfolgbarkeit von Lebensmitteln als Instrument zur zielgerichteten Ursachenerforschung besonders bewährt.

12. Welche Empfehlung spricht die Bundesregierung für die betriebliche Qualitätskontrolle von Keimsporen aus?

Nach den Grundsätzen des europäischen Lebensmittelrechts und Lebensmittelhygienerechts liegt die Verantwortung für die Lebensmittelsicherheit in erster Linie beim Lebensmittelunternehmer. Diesem obliegt es, im Rahmen seiner betrieblichen Sorgfaltspflicht, angemessene Eigenkontrollen durchzuführen, um die Lebensmittelsicherheit der von ihm in den Verkehr gebrachten Lebensmittel sicherzustellen. So haben Lebensmittelunternehmer im Rahmen ihrer betrieblichen Eigenkontrollen u. a. zu gewährleisten, dass bestimmte mikrobiologische Kriterien eingehalten werden. Für Sprossen ist in der Verordnung (EG) Nr. 2073/2005 über mikrobiologische Kriterien für Lebensmittel z. B. ein Salmonellen-Kriterium geregelt. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) prüft derzeit, ob eine Initiative zur Aufnahme eines weiteren mikrobiologischen Kriteriums für EHEC/E. coli für Sprossen in die Verordnung (EG) Nr. 2073/2005 mit mikrobiologischen Kriterien für Lebensmittel angezeigt erscheint. Bis zur etwaigen Aufnahme eines entsprechenden neuen mikrobiologischen Kriteriums in die Regelung haben

Lebensmittelunternehmer die Möglichkeit, sich an Überlegungen der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) in Bezug auf mikrobiologische Richt- und Warnwerte für E-coli (Entwurf) für Sprossen, die zur Abgabe an Verbraucher bestimmt sind, zu orientieren.

13. Wo liefen in der EHEC-Krise alle Ermittlungsergebnisse zusammen, und wer führte die abschließende Gewichtung und Bewertung durch?

Die Ermittlungsergebnisse der Rückverfolgbarkeit der Warenströme von den Ausbruchsorten zur potentiellen Quelle sowie der epidemiologischen Erkenntnisse des RKI liefen in der Task Force am Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit zusammen. Bewertungen und Gewichtungen im Hinblick auf erforderliche Managementmaßnahmen in einzelnen Ländern wurden durch die Task Force und in Zusammenarbeit mit den betroffenen Ländern vorgenommen. Bewertungen und Gewichtungen im Hinblick auf ggf. erforderlich werdende Anpassungen von Risikobewertungen und Verzehrempfehlungen wurden von dem dafür zuständigen BfR, das ebenfalls in der Task Force vertreten war, vorgenommen.

14. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Landwirte als Träger hochresistenter Erreger und den Zusammenhang zum Antibiotikaeinsatz in der Landwirtschaft?

Es ist zwischen der Besiedlung, die in der Regel ohne klinische Erscheinungen einhergeht, und einer Infektion zu unterscheiden. Hinweise auf eine erhöhte Infektionsrate mit sogenannten livestock associated(la)-MRSA bei Beschäftigten in der Tierhaltung liegen bisher nicht vor. Auch werden la-MRSA bisher nur in Einzelfällen im Zusammenhang mit Infektionen beim Menschen beschrieben.

In Deutschland wurden eine Reihe von Untersuchungen zum Vorkommen von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) bei Tieren und bei Mitarbeitern in landwirtschaftlichen Betrieben durchgeführt. In einer Studie des RKI wurden in schweinehaltenden Betrieben mit la-MRSA positiven Schweinen 86 Prozent der Mitarbeiter positiv auf MRSA getestet. In einer anderen Studie wurden acht von 18 (45 Prozent) Tierärzten aus dem Münsterland, die Betriebe mit Schweinen betreuten, positiv auf MRSA getestet. Familienmitglieder von Landwirten und Tierärzten waren hingegen deutlich seltener MRSA positiv als die beruflich Exponierten selbst. So lag ihr Anteil bei Familienangehörigen aus der Landwirtschaft bei 4,3 Prozent. Bei den Tierärzten, die Schweinebetriebe betreuten, wurden 9 Prozent der Angehörigen positiv getestet.

Auch bei anderen Tierarten gibt es Berichte über den MRSA-Nachweis bei Mitarbeitern in landwirtschaftlichen Betrieben. So waren in einer regionalen Studie in Südwestdeutschland in Putenmastbetrieben 18 von 39 Mitarbeitern mit intensivem Tierkontakt MRSA positiv (46,2 Prozent), während es bei seltenerem Kontakt nur vier von 20 Personen waren (20,0 Prozent). Aus Milchviehbetrieben wird vereinzelt über MRSA-besiedelte Mitarbeiter berichtet.

Für einen Zusammenhang zwischen der Trägerschaft von resistenten Bakterien (bislang am besten untersucht am Beispiel la-MRSA) bei Landwirten und der Antibiotikaawendung in den Betrieben gibt es zurzeit keine wissenschaftlichen Belege. Der nachgewiesene Zusammenhang besteht in der Besiedlung der betreuten Tiere und dem direkten Kontakt zu diesen Tieren.

Themenkomplex Kommunikation

15. Welches Ressort war in der EHEC-Krise für Publikationen und das Informationsmanagement zuständig
- für die allgemeine Öffentlichkeit,
 - für die Fach- und Verbraucherverbände,
 - für die Länder?

Veröffentlichungen und das Informationsmanagement wurden zwischen den für den Gesundheitsbereich und den Lebensmittelbereich zuständigen Ressorts und den beteiligten Bundesbehörden koordiniert und über die jeweils geeigneten Kommunikationswege an die oben genannten Adressaten verteilt.

16. Wie bewertet die Bundesregierung die gewählten Publikationswege von Risikobewertungen und Lebensmittelwarnungen?

Nach Überzeugung der Bundesregierung wurden während des EHEC-Ausbruchsgeschehens alle Risikobewertungen und Verzehrshinweise der Bevölkerung zeitnah und umfassend durch geeignete Medien sowie über das Bürgertelefon der beteiligten Ministerien und die Internetseiten der zuständigen Fachbehörden des Bundes kommuniziert. Nach den bisherigen Erfahrungen werden überregionale Ausbruchsgeschehen generell von den Medien zeitnah thematisiert, so dass davon auszugehen ist, dass entsprechende Informationen die Verbraucher in der Regel schnell und zuverlässig erreichen.

Lebensmittelwarnungen wurden von der Bundesregierung nicht ausgesprochen. Hierfür sind die Länder zuständig; sie haben hierzu eine eigene Internetplattform entwickelt (www.lebensmittelwarnungen.de), die voraussichtlich Ende Oktober 2011 freigeschaltet wird.

17. Welche Behörde war in der EHEC-Krise autorisiert, die Öffentlichkeit zu informieren?

Die Ressorts und Bundesoberbehörden informieren im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und Aufgaben (siehe auch Antwort zu Frage 2). Die Information der Öffentlichkeit erfolgte abgestimmt zwischen den zuständigen Ressorts und den Bundesoberbehörden.

18. Welche Schlussfolgerung zieht die Bundesministerin für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Ilse Aigner, aus ihrer Kritik an der Außendarstellung der Bundesregierung in der EHEC-Krise (DIE WELT, 20. Juni 2011, „EHEC-Krise: Was Ilse Aigner wütend macht“)?

In dem genannten Interview in der Ausgabe der Tageszeitung „DIE WELT“ vom 20. Juni 2011 (Titel „EHEC-Krise: Was Ilse Aigner wütend macht“), auf das die Frage Bezug nimmt, erklärte Bundesministerin Ilse Aigner wörtlich: „Was mich wütend macht, sind die vielen selbst ernannten Experten und Propheten, die sich in den Medien zu Wort gemeldet haben. Einer hat gesagt, EHEC sei die Folge von Bioterrorismus, ein Zweiter warnte vor Schnittblumen, ein Dritter vor Biogasanlagen. Solche Panikmache ist unverantwortlich.“ Die Kritik der Bundesministerin bezieht sich somit erkennbar nicht auf staatliche Stellen und Akteure oder gar die Bundesregierung. Im selben Interview würdigte die Ministerin ausdrücklich die Zusammenarbeit der Behörden: „Das Krisenmanagement funktioniert. Die Behörden arbeiten auf allen Ebenen rei-

bungslos zusammen – das geht Hand in Hand. Die Europäische Kommission hat Deutschland für das Krisenmanagement übrigens ausdrücklich gelobt.“ Zur Frage der „Außendarstellung“ sagte die Bundesministerin in dem Interview: „Auch wenn alle Behörden bei EHEC immer mit einer Sprache gesprochen haben und unsere Botschaften glasklar waren – die Anzahl der unterschiedlichen Akteure macht die Kommunikation nicht einfacher.“

19. Welches Konzept für Hotlines (unter anderem fallbezogener Einsatz, Kostenstruktur, Erreichbarkeit, Bewerbung) verfolgt die Bundesregierung?

Das BMG unterhält ein Kommunikationszentrum, welches Anfragen der Bürgerinnen und Bürger per Telefon und E-Mail beantwortet. Lageabhängig wird das Aufschalten eines Bürgertelefons, eine Ausweitung der Servicezeiten sowie eine technische und personelle Aufstockung umgesetzt. Die Mitarbeiter des Bürgertelefons werden im Falle einer Krise oder Lage umgehend themenbezogen geschult. Das Kommunikationszentrum wird auf der Internetseite des BMG sowie in Publikationen beworben. Themenbezogene Bürgertelefone werden ebenfalls auf der Internetseite und zusätzlich in den Medien bekanntgegeben. Zukünftig wird eine Informationsbereitstellung auch über die einheitliche Behördenrufnummer „115“ erfolgen.

Themenfeld Prävention

20. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um die Prävention vor lebensmittelbedingten Gesundheitskrisen zu verbessern?

Das BMELV prüft derzeit eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention von Ausbruchsgeschehen. Hierzu gehören sowohl Maßnahmen im Bereich der Rechtsetzung im Bereich des nationalen Zoonosen-/Lebensmittelhygienerechts (z. B. eine Erweiterung der Regelung zur Fertigung von Rückstellproben im Bereich der Gemeinschaftsverpflegung) und des Düngemittelrechts als auch Überlegungen zur Verbesserung der Datengrundlage insbesondere zu EHEC O104:H4, z. B. durch Beobachtungs- bzw. Überwachungs- oder Forschungsprogramme. Im Rahmen des bundesweiten amtlichen Zoonosen-Monitorings 2012 ist ein Stichprobenplan für ein EHEC-Monitoring bei Salaten vorgesehen, über den die Länder im Herbst diesen Jahres abstimmen werden.

Ferner hat die Bundesregierung eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die eine Bewertung von relevanten Hygienekriterien für im Düngemittelrecht geregelte Stoffe vornehmen wird. Sofern erforderlich, wird auf der Grundlage der Arbeiten dieser Arbeitsgruppe auf wissenschaftlicher Basis mittelfristig eine Anpassung der Hygienevorschriften im Düngemittelrecht vorgenommen.

Darüber hinaus sieht die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze vor, dass Sprossen und Keimlinge zum Rohverzehr und Samen zur Herstellung von Sprossen und Keimlingen zum Rohverzehr in die Liste der Lebensmittelgruppen in § 42 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes aufgenommen werden. Damit werden zukünftig als Folge u. a. Personen, die gewerbsmäßig Sprossen und Keimlinge herstellen, behandeln oder in den Verkehr bringen, erstmalig vom Gesundheitsamt belehrt. Im Weiteren erfolgt dies alle zwei Jahre durch den jeweiligen Lebensmittelunternehmer. Diese Verpflichtung stellt aus Sicht der Bundesregierung eine verhältnismäßige Maßnahme dar, um angemessen zum Schutz der Gesundheit von Verbraucherinnen und Verbrauchern vor lebensmittelbedingten Infektionen, insbesondere durch EHEC, beizutragen.

21. a) Werden mögliche Krisenszenarien an der Schnittstelle Lebensmittel und Gesundheit regelmäßig durchgespielt, um Defizite im Krisenmanagement aufzudecken und Präventionsansätze zu erarbeiten?
- b) Wenn ja, welche Behörden auf Bundes- und Landesebene sind an solchen Simulationen beteiligt, und in welchem zeitlichen Rahmen finden solche Simulationen statt?
- c) Wenn nein, plant die Bundesregierung, solche Simulationen einzuführen, und was spricht gegebenenfalls aus Sicht der Bundesregierung gegen eine solche Maßnahme?

Die gemeinsame Krisenbewältigung wird unter Federführung des Bundesministeriums des Innern regelmäßig in zweijährigem Abstand im Rahmen der länderübergreifenden Krisenmanagementübungen (LÜKEX) unter Einbindung der Ressorts, der Länder und der Wirtschaft geübt. Insbesondere wird auch das sektorübergreifende Krisenmanagement geübt. Für die Übung im Jahr 2007 wurde ein Pandemie-Szenario zugrunde gelegt. Für die Übung LÜKEX 2013 wurde zwischen BMI, BMG und BMELV vereinbart, die Kooperation im Bereich Gesundheit, Lebensmittel und Innere Sicherheit zu üben. Die fachlich betroffenen Bundesressorts (u. a. BMI, BMELV und BMG) und deren Fachbehörden haben bereits mit der Vorbereitung dieser Übung begonnen und werden sich aktiv an der Übung sowie der anschließenden Übungsauswertung beteiligen.

Themenfeld Evaluation

22. Wer ist an der Evaluation des Krisenmanagements im Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) beteiligt, wie ist der Evaluationsprozess geplant, und wann werden die Ergebnisse vorgelegt?

Die Evaluation des Krisenmanagements innerhalb des BMELV hat bereits begonnen. In diesem Zusammenhang wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen. Es ist erforderlich, einen breiteren Evaluationsansatz zu wählen, der insbesondere auch die Länder einschließt. Insoweit wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Themenfeld Bevölkerungsschutz

23. War das Bundesministerium des Innern (BMI) als zuständige Behörde für den Katastrophen- bzw. Bevölkerungsschutz mit in das Krisenmanagement eingebunden?

Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt auf welche Weise?

Zuständig für den Katastrophenschutz bzw. Bevölkerungsschutz sind die Länder. Der Bund bietet den Ländern die im Rahmen seiner Zuständigkeit für den Zivilschutz vorgehaltenen Instrumente und Ressourcen zur Unterstützung bei Großschadenslagen an.

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe war seit dem 23. Mai 2011 als die im Geschäftsbereich des Bundesministeriums des Innern zuständige Bundesoberbehörde durch das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum des Bundes und der Länder in das Krisenmanagement eingebunden. Dies betraf die Umsetzung der Meldeverpflichtungen nach den internationalen Gesundheitsvorschriften und die Erstellung und Verteilung der Lageberichte an die Innenministerien der Länder.

24. Welche Schlüsse zieht das BMI aus der EHEC-Krise?

Die zwischen BMI und weiteren Bundesressorts, insbesondere dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit geschaffenen Krisenmanagementstrukturen und getroffenen Einzelabsprachen sind zur Bewältigung von Krisenlagen geeignet und haben sich im Rahmen der ressortgemeinsamen Krisenbewältigung bewährt.

25. Wie bewertet die Bundesregierung die EHEC-Krise insbesondere vor dem Hintergrund der Empfehlungen zur Verbesserung des medizinischen Bevölkerungsschutzes der Schutzkommission von 2010 und den dort vorgetragenen Handlungsempfehlungen?

Die generellen Empfehlungen der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern sind im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum gesundheitlichen Bevölkerungsschutz unter Leitung des Bundesministerium des Innern ressortübergreifend aufgenommen worden und werden weiterentwickelt. Sie bieten jedoch keine geeignete Grundlage für eine Bewertung des EHEC-Aufbruchs.

26. Die EHEC-Krise blieb nicht zuletzt aufgrund der begrenzten Anzahl der Abnehmer der auslösenden Lebensmittel auf wenige Bundesländer begrenzt. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass bei einer umfassenderen länderübergreifenden Betroffenheit eine weitaus aufwändiger zu koordinierende Schadenslage eingetreten wäre, und hält sie vor diesem Hintergrund ihre Ankündigung einer dauerhaften Bund-Länder Taskforce „zur Bekämpfung von Lebensmittelkrisen“ gleichwohl für ausreichend?

EHEC-Fälle wurden aus allen 16 Ländern an das RKI gemeldet. Das Instrument einer Bund-Länder-Task-Force war bei der Aufklärung der Handelswege überaus nutzbringend. Dies gilt auch bei aufwändiger zu koordinierender Schadenslage.

27. Wie bewertet die Bundesregierung Meldungen, wonach im Verlauf der EHEC-Krise teilweise Engpässe bei der Krankenhausbettenbelegung bzw. intensivmedizinischen Betreuung drohten?

Von den 372 Krankenhäusern in den vorrangig betroffenen Ländern Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein dürften nach der Bundesregierung vorliegenden Informationen maximal 15 Krankenhäuser in relevantem Umfang mit der stationären Versorgung von EHEC-/HUS-Patienten befasst gewesen sein. Eine Beeinträchtigung bei der stationären Versorgung anderer Patienten konnte durch innerbetriebliche Maßnahmen sowie in gewissem Umfang auch durch Verlagerung von Patientenströmen vermieden werden.

28. Wie bewertet die Bundesregierung Meldungen, wonach teilweise Engpässe bei der Versorgung mit Blutplasma drohten, die aufgrund der speziellen und zeitaufwändigen Herstellungsweise auch durch rasche Blutspenden gegebenenfalls nicht hätten kompensiert werden können?

Die Versorgung der ca. 1 200 am schwersten erkrankten EHEC- und HUS-Patienten mit Blutplasma (Gefrorenes Frischplasma, GFP) war zu keinem Zeitpunkt gefährdet. Das Paul-Ehrlich-Institut hatte jederzeit einen aktuellen Überblick über die Verfügbarkeit von GFP. Übersichten über die Verfügbarkeit wurden von den Blutspendediensten auf Anforderung bereitgestellt. Am 30. Mai 2011 beispielsweise waren bundesweit mehr als 120 000 Transfusionseinheiten GFP verschiedener Blutgruppen für die sofortige Anwendung verfügbar.

Die Plasmen zur Transfusion werden mindestens vier Monate in Quarantäne gelagert. Sie werden freigegeben, wenn der Spender oder die Spenderin danach erneut negativ auf verschiedene durch Blut übertragbare Krankheitserreger getestet worden ist. Sollte akut ein Engpass auftreten, so könnten aus Spenden sofort verwendbare SD-Plasmen (durch SolvensDetergens-Behandlung virusinaktivierte Plasmen) hergestellt werden.

Die Blutspendeeinrichtungen haben nach § 3 des Transfusionsgesetzes einen Versorgungsauftrag. Sie haben insbesondere die Verpflichtung, sich bei Versorgungsengpässen gegenseitig zu unterstützen. Dazu wurde Anfang 2010 eine schriftliche Vereinbarung getroffen und veröffentlicht (Transfus Med Hemother 2010; 37(4): 203–208). Wenn lokal eine temporäre Unterversorgung mit Plasma besteht, so kann diese durch Lieferungen aus den übrigen Bundesländern und Blutspendediensten innerhalb von Stunden (Transportweg) kompensiert werden.

