

# Arbeitsring Lärm der DEGA

Informations- und Geschäftszentrum



DEGA e.V. – ALD – Alte Jakobstraße 88 – 10179 Berlin

An das  
Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz  
und nukleare Sicherheit  
Postfach 12 06 29  
53048 Bonn

per E-Mail

*Deutsche Gesellschaft für Akustik e.V.  
Arbeitsring Lärm der DEGA  
Alte Jakobstraße 88  
10179 Berlin*

*Tel. (030) 340 60 38 02  
Fax (030) 340 60 38 10*

*ald@ald-laerm.de  
www.ald-laerm.de*

Berlin, 07.12.2020

## **Referentenentwurf der Ersten Verordnung zur Änderung der Vierund-dreißigsten Verordnung zur Durchführung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes**

**hier: Stellungnahme des Arbeitsrings Lärm der Deutschen Gesellschaft für Akustik (ALD) zur Änderung der Verordnung über die Lärmkartierung (34. BImSchV)**

Ihr Schreiben vom 09.11.2020; Az: IG I 3 - 5021/034-2020.0001

Sehr geehrter Herr Dr. Brüggemann,

für die Gelegenheit, eine Stellungnahme des Arbeitsrings Lärm (ALD) zur Änderung der Verordnung über die Lärmkartierung – 34. BImSchV abzugeben, danken wir.

Der ALD begrüßt grundsätzlich, dass nunmehr bei der Lärmkartierung nicht nur die Betroffenenzahlen für die einzelnen Pegelbänder des  $L_{den}$  und  $L_{night}$  anzugeben sind, sondern zusätzlich die Zahlen der stark Belästigten, der lärmbedingt an ischämischen Herzkrankheiten Leidenden und der stark Schlafgestörten. Die durch die Lärmwirkungsforschung gut abgesicherten Dosis-Wirkungs-Kurven für die Ermittlung dieser Betroffenheiten fanden konsequenterweise Eingang in den Anhang III der Umgebungslärmrichtlinie und damit in die hier vorliegende Umsetzung in deutsches Recht. Damit stellt sich die Frage nach der Relation zwischen den zu übernehmenden Wirkungsbeziehungen (starke Belästigung HA, starke Schlafstörung HSD, ischämische Herzkrankheit IHD) und der im Immissionsschutzrecht verankerten Systematik von (Gesundheits-)Gefahren, erheblichen Nachteilen und erheblichen Belästigungen. Der ALD fordert den Ordnungsgeber auf, durch eine weite Auslegung des Gesundheitsbegriffes das anachronistische Gesundheitsverständnis, wie es auch im Art. 2 Abs. 2 GG zum Tragen kommt, in Richtung eines modernen, dem Stand der Gesundheitswissenschaft entsprechendes Gesundheitsverständnis zu entwickeln.

Es bleibt offen, aus welchem Grund der Ordnungsgeber nicht für Klarheit sorgt und die entscheidende Lücke zwischen den Rechengrößen und dem daraus abzuleitenden Verwaltungshandeln schließt. Damit lässt er die in der Lärmkartierung zu ermittelnden Betroffenenzahlen zu bloßen statistischen Größen verkommen, die keinerlei praktische Bedeutung haben. Das wird den

von Umgebungslärm Betroffenen nicht gerecht. Hier erwartet der ALD im Interesse der Lärmbeeinträchtigten eine Ergänzung. Er fordert, die in den Leitlinien der WHO genannten Schwellenwerte für die Gesundheitsgefährdung durch die jeweilige Lärmquelle in die Lärmkarten als Isolinie aufzunehmen und die entsprechenden Betroffenzahlen ebenfalls auszuweisen, damit die zuständige Behörde und vor allem die zu beteiligende Öffentlichkeit für die auf die Lärmkartierung aufbauende Aktionsplanung Zielgrößen ableiten kann.

Der ALD fordert außerdem, dass die Kartierungsschwellen – vor allem beim Fluglärm - unter die Schwellenwerte der WHO abgesenkt werden.

**Begründung:**

Die WHO-Schwellenwerte z.B. für die HA liegen sämtlich unter 55 dB(A), beim Flugverkehr beträgt der Prozentsatz der HA bei 55 dB(A) bereits 26,7 %, damit wird bei dieser Kartierungsschwelle die aufsummierte Anzahl der HA im Vergleich zur Straße und Schiene deutlich unterschätzt.

**Zu § 4 Absatz 4 Satz 1 Nummer 9 Buchstabe a)**

Die Inzidenzrate von ischämischen Herzkrankheiten in Deutschland und damit auch die zu ermittelnde Gesamtzahl der Fälle ischämischer Herzkrankheiten für Straßenverkehrslärm unterliegen der Anpassung an eine zu einem unbestimmten Zeitpunkt zu erwartende Aktualisierung.

Das ist gleichbedeutend mit einem Verzicht auf die Vergleichbarkeit der in der anstehenden und in späteren Lärmkartierungsrunden berechneten Größen. Hier fehlt z.B. die Vorgabe, dass bei einer Änderung die Ermittlung nach dem bislang geltenden Verfahren und dem neuen Verfahren zu erfolgen hat, um zumindest eine Vergleichbarkeit über den Zeitraum von zwei Kartierungsrunden sicher zu stellen. Aus der Begründung zum Verordnungsentwurf ist jedenfalls nicht zu entnehmen, warum auf diese bei der Umsetzung in deutsches Recht zulässige Regelung verzichtet wurde. Der Ermittlungsaufwand stellt keinen Hinderungsgrund dar, denn er ist, wie in der Begründung zum Entwurf festgestellt wird, gering.

**Zu § 4 Abs. 7 letzter Satz**

Die dort verlangte Rundung auf ganze Zahlen für die nach § 4 Abs. 4 Nr. 7 (neu) zu ermittelnden Größen ist zu überprüfen, weil das ab 2022 europaweit anzuwendende Verfahren, mit dem die Betroffenzahlen für die jeweiligen Pegelbänder bestimmt werden, mit einem nicht vernachlässigbaren systematischen Fehler behaftet ist. Der Fehler pflanzt sich fort auf die über die Dosis-Wirkungs-Beziehungen bestimmten Betroffenzahlen für die ischämischen Herzerkrankungen sowie die Schlafgestörten und die Belästigten.

Auch wenn im Anhang III nach der Richtlinie (EU) 2020/367 unter Ziff. 3.3 zweiter Anstrich die Formulierung „Anzahl der Menschen“ lautet, so lässt dies eine aus fachlicher Sicht sinnvolle Rundungsregelung zu, die die Unsicherheit bei der Ermittlung der Betroffenzahlen in dem jeweiligen Pegelband berücksichtigt. Zu prüfen ist dabei, ob auf die Zehnerstelle, die Hunderterstelle oder ggf. sogar die Tausenderstelle zu runden ist. Das Ergebnis der Prüfung muss in die Verordnung einfließen und in der Begründung erläutert werden. Unter dem Aspekt, dass in Deutschland vielfach die Gemeinden die zuständigen Behörden für die Lärmkartierung sind, hat eine Rundung den Vorteil, dass ein- oder zweistellige Betroffenzahlen, wie sie in kleinen und mittleren Gemeinden zu erwarten sind, nicht auftreten. Das vermeidet in einwohnerschwachen Gemeinden bei der Öffentlichkeitsbeteiligung eine Irritation, da einzelne Bürger keine Kausalkette wegen ihrer starken Schlafstörung oder ihrem Herzinfarkt mit der kleinen berechneten Betroffenzahl konstruieren können.

Hingewiesen sei noch auf einen sprachlichen Lapsus mit den „**aktuellsten** Gesundheitsstatistiken“ in dem neuen § 3b. Offenbar sind aktuelle Gesundheitsstatistiken nicht ausreichend. Vorgeschlagen wird, die beiden letzten Sätze in §3 b zusammen zu fassen: „Maßgeblich ist die Inzidenzrate von ischämischen Herzkrankheiten in Deutschland, die als Eingangsgröße für die Ermittlung der Gesamtzahl der Fälle ischämischer Herzkrankheiten für Straßenverkehrslärm (§ 4 Absatz 4 Satz 1 Nummer 9 Buchstabe a) dient, die vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gegeben wird.“

**Begründung:**

Die Formulierung dient der Klarstellung. Auf die Darstellung, wie die Inzidenzrate bestimmt wird, kann im Verordnungstext verzichtet werden, da es selbstverständlich ist, dass dazu die aktuellen Gesundheitsstatistiken herangezogen werden.

**Fazit:**

Der ALD erwartet vom Verordnungsgeber mehr als nur die formale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2020/367. Dieser sollte die Ermessensspielräume für eine Lärmkartierung als aussagekräftige fachliche Grundlage für eine im politischen Raum durchzusetzende Lärmaktionsplanung ausschöpfen. Dazu bedarf es einer Bewertung der nach Anhang III der Richtlinie ermittelten Beeinträchtigten im engeren Sinne. Der ALD plädiert deshalb dafür, die WHO-Empfehlungen in den Leitlinien von 2018 zu übernehmen. Die Umsetzung in deutsches Recht muss der Gefahr begegnen, die Umgebungslärmrichtlinie zu einem bloßen Formalismus verkommen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen

C. Beckert, M. Jäcker-Cüppers, B. Lehming, D. Schreckenberg  
ALD-Leitung