

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention

(Masernschutzgesetz)

A. Problem und Ziel

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie bringen hohe Raten an Komplikationen und Folgeerkrankungen mit sich. Eine Masern-Infektion ist damit anders, als vielfach angenommen, keine harmlose Krankheit. Zur Prävention stehen gut verträgliche hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung, die eine langfristige Immunität vermitteln. Im Jahr 2018 kam es weltweit zu einer Verdoppelung der Masernfallzahlen. In Deutschland sind neben Kindern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen. Dies zeigt, dass der eigentlich im Kindesalter vorzunehmende Impfschutz immer mehr vernachlässigt wurde.

Um die Zirkulation von Masern zu verhindern, sind Impfraten von mehr als 95 % erforderlich. Diese werden in Deutschland nicht erreicht. Impfungen entfalten nicht nur für das Individuum Schutz gegen die Erkrankung. Impfungen verhindern gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung, wenn die erreichte Durchimpfungsrate hoch genug ist (Herdenimmunität). Bereits seit 1984 verfolgen die Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel der schrittweisen Eliminierung und schließlich weltweiten Ausrottung der Masern. Da in Deutschland die notwendigen Durchimpfungsraten von mehr als 95 % nicht erreicht wurden und einheimische Masern sich wieder verstärkt ausbreiten, hat die WHO Deutschland im Jahr 2017 wieder als Land mit endemischer Masernverbreitung eingestuft.

Die angestiegenen Fallzahlen sind auf fortschreitende Impfmüdigkeit zurückzuführen. Eine große Zahl von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sind nicht durch eine Impfung geschützt. Die Masern können damit weiter zirkulieren und es kommt immer wieder zu Ausbrüchen. Die bisherigen freiwilligen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht durch. Unter anderem in Bayern, Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen kam es in den letzten Jahren zu großen Ausbrüchen. Allein bis Anfang März 2019 wurden dem Robert-Koch-Institut bereits 170 Masernfälle gemeldet.

Ziel des Gesetzes ist eine deutliche Steigerung der Durchimpfungsraten, um auf diesem Wege die Ausrottung der Masern in Deutschland erreichen zu können. Nur so können die von der WHO vorgegebenen Ziele erreicht werden.

B. Lösung

Die Freiwilligkeit der Impfentscheidung muss für bestimmte Personengruppen aufgehoben werden, um eine höhere Durchimpfungsrate zu erreichen. Eine Nichtimpfung bedeutet nicht nur eine erhebliche Gefahr für das körperliche Wohlergehen des Nichtgeimpften, sondern auch ein Risiko für andere Personen, die z.B. aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden können. Deshalb muss eine Impfpflicht möglichst früh und da ansetzen, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kom-

men. Für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden oder dort mit Kontakt zu den Betreuten tätig sind, sowie für Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen wird deshalb verpflichtend geregelt, dass sie einen Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen.

Flankierend dazu erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die gesetzliche Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen zu informieren.

Die Dokumentation von Schutzimpfungen soll künftig auch in digitalisierter Form möglich sein (digitaler Impfausweis). Durch entsprechende Funktionalitäten kann automatisiert an Termin für Folge- und Auffrischimpfungen erinnert werden.

Des Weiteren soll gesetzlich klargestellt werden, dass jeder Arzt in der Lage ist, Schutzimpfungen durchzuführen. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition durchführen.

Schließlich soll der Öffentliche Gesundheitsdienst durch einen möglichen Anschluss an die Telematikinfrastruktur in die Lage versetzt werden, auf sicherem Wege Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz und andere epidemiologische Daten nach gesetzlichen Grundlagen zu erhalten. Mit Zustimmung des Patienten soll es dem ärztlichen Personal sowie berufsmäßigen Gehilfen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen seiner Versorgungsaufgaben gestattet werden, auf den Impfausweis der elektronischen Patientenakte Zugriff zu nehmen. Auf diesem Wege kann auch der Öffentliche Gesundheitsdienst Daten zu Schutzimpfungen als Teil der elektronischen Patientenakte einsehen und ergänzen. Dies ist im Sinne der Patienten, da so fehlende Impfungen angesprochen und Doppelimpfungen vermieden werden können.

C. Alternativen

Keine

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen zu informieren aus Bundesmitteln einen jährlichen Betrag in Höhe von 5 Millionen Euro.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu [Daten werden noch ermittelt] Euro und in den Folgejahren schätzungsweise [Daten werden noch ermittelt] Euro. Gleichzeitig geht mit der Verbesserung der Impfprävention eine Verhütung von Maserninfektionen einher. Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe werden vermieden.

In entsprechendem Umfang werden die Träger der Beihilfe belastet.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht Erfüllungsaufwand für nicht von den Trägern der Krankenversicherung getragene ärztliche Bescheinigungen und serologische Untersuchungen in Höhe von schätzungsweise [Daten werden noch ermittelt] Euro im Jahr 2020 und in den Folgejahren schätzungsweise [Daten werden noch ermittelt] Euro.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Von dem unter E.3 dargestellten Erfüllungsaufwand für Gemeinschaftseinrichtungen entfallen [Daten werden noch ermittelt] Euro auf Kindertageseinrichtungen und Schulen in privater Trägerschaft.

Den medizinischen Einrichtungen entsteht durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen an das Gesundheitsamt Erfüllungsaufwand in Höhe von [Daten werden noch ermittelt] Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der vorgenannte Erfüllungsaufwand besteht aus Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Allen Kindertageseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft und Schulen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zusammen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie für Benachrichtigungen an das Gesundheitsamt über säumige Personen. Der Aufwand beträgt 2020 [Daten werden noch ermittelt] Euro und sodann jährlich [Daten werden noch ermittelt] Euro.

Den medizinischen Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie für Benachrichtigungen an das Gesundheitsamt über säumige Personen. Der Aufwand beträgt 2020 [Daten werden noch ermittelt] Euro und sodann jährlich [Daten werden noch ermittelt] Euro.

Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegenüber säumigen Personen und Einrichtungen durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise [Daten werden noch ermittelt] Euro.

F. Weitere Kosten

Die Träger der privaten Krankenversicherung werden durch Ausgaben für eine vermehrte Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen belastet. Die Mehrausgaben betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu [Daten werden noch ermittelt] Euro und in den Folgejahren schätzungsweise [Daten werden noch ermittelt] Euro. Dem stehen Minderausgaben durch die Verhinderung von Kosten für Krankenbehandlung entgegen. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention

(Masernschutzgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Gesetz vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung informiert die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe.“

b) Nach Absatz 7 werden folgende Absätze 8 bis 10 angefügt:

„(8) Bei folgenden Personen muss ein nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichender Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern vorliegen:

1. Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 betreut werden,
2. Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, und
3. Personen, die in einer Einrichtung nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den Patienten haben.

Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt auch, wenn zur Erlangung von Impfschutz gegen Masern ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, die auch Impfstoffkomponenten gegen andere Krankheiten enthalten. Satz 1 gilt nicht, solange bei Personen nach Satz 1 eine medizinische Kontraindikation gegen die Schutzimpfung gegen Masern vorliegt.

(9) Die in Absatz 8 Satz 1 genannten Personen müssen vor ihrer Aufnahme oder vor Beginn ihrer Tätigkeit der Leitung der Einrichtung einen Nachweis nach § 22 darüber erbringen, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, oder eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, die bestätigt, dass eine Immunität gegen Masern oder dass eine gesundheitliche Kontraindikation gegen eine Schutzimpfung gegen Masern vorliegt. Das Gesundheitsamt kann bestimmen, dass der Nachweis, der vor der Aufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule vorzulegen ist, abweichend von Satz 1 im

Rahmen der Erhebungen nach § 34 Absatz 11 vorzulegen ist. Personen, die am [Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] bereits in eine der in Absatz 8 Satz 1 bezeichneten Einrichtungen aufgenommen oder dort tätig sind, haben den Nachweis bis zum 31. Juli 2020 zu erbringen. § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Wenn der Nachweis nicht erbracht wird, benachrichtigt die Leitung der Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben. Das Gesundheitsamt kann gegenüber Personen, die keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegen, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen; Widerspruch und Anfechtungsklage gegen diese Maßnahmen haben keine aufschiebende Wirkung.

(10) Zur Durchführung von Schutzimpfungen ist jeder Arzt berechtigt. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition durchführen. Die Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen nach anderen bundesrechtlichen Vorschriften bleibt unberührt.“

2. § 22 wird wie folgt gefasst:

„§ 22

Impfausweis

(1) Jede Schutzimpfung ist unverzüglich in einen Impfausweis einzutragen. Falls ein Impfausweis nicht vorgelegt wird, ist eine Impfbescheinigung auszustellen. Impfausweis und Impfbescheinigung können in digitaler Form gespeichert werden.

(2) Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung müssen über jede Schutzimpfung enthalten:

1. Datum der Schutzimpfung,
2. Bezeichnung und Chargen-Bezeichnung des Impfstoffes,
3. Name der Krankheit, gegen die geimpft wird,
4. Name, Anschrift der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person sowie
5. Bestätigung in Schriftform oder in elektronischer Form mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem qualifizierten elektronischen Siegel, die die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person benennt. Im Falle ihrer Verhinderung hat das zuständige Gesundheitsamt die Bestätigung vorzunehmen, wenn diesem eine entsprechende Dokumentation über die Durchführung der Schutzimpfung vorgelegt wird.

(3) Im Impfausweis oder in der Impfbescheinigung ist auf das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen und auf die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie auf Stellen, bei denen diese geltend gemacht werden können, hinzuweisen. Im Impfausweis oder in der Impfbescheinigung ist über Folge- und Auffrischimpfungen zu informieren, die die geimpfte Person in die Lage versetzen, diese rechtzeitig wahrzunehmen.“

3. Nach § 34 Absatz 10a wird folgender Absatz 10b eingefügt:

„(10b) Die Aufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung darf erst erfolgen, wenn der Leitung der Einrichtung der nach § 20 Absatz 9 Satz 1 bis 2 erforderliche Nachweis vorgelegt wurde. Das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, kann Ausnahmen zulassen.“

4. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 7 werden die folgenden Nummern 7a und 7b eingefügt:

„7a. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 1 bis 3 einen Nachweis nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig erbringt,

7b. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 5 das Gesundheitsamt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig benachrichtigt,“.

bb) Nach Nummer 17a wird die folgende Nummer 17b eingefügt:

„17b. entgegen § 34 Absatz 10b ein Kind aufnimmt,“.

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Absatzes 1a Nr. 8, 9b, 11a, 17a und 21“ durch die Wörter „Absatzes 1a Nummer 7a, 7b, 8, 9b, 11a, 17a, 17b und 21“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 132e Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten“ durch das Wort „Ärzten“ und die Wörter „geeignetem ärztlichen Personal“ durch die Wörter „ärztlichem Personal“ sowie Wörter „oder den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „oder den für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dabei sind Verträge insbesondere mit den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie den für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden abzuschließen.“

c) In Satz 3 werden die Wörter „mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „mit den für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden“ ersetzt.

2. § 291a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d wird folgender Doppelbuchstabe cc) eingefügt:

„cc) in einer für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörde“.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Zugriff nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d, Doppelbuchstabe cc auf die elektronische Patientenakte ist beschränkt auf die Daten des elektronischen Impfpasses.“

b) Nach Absatz 7d wird der Absatz 7e eingefügt:

„(7e) Zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 7 Satz 5 erhalten die an die Telematikinfrastruktur angebotenen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörden ab dem 1. Januar 2020 die in den Finanzierungsvereinbarungen nach Absatz 7b Satz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. März 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Masern werden durch Viren ausgelöst und gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten. Schutzimpfungen bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion. Anders als oft angenommen, handelt es sich bei Masern nicht um eine harmlose Kinderkrankheit. In vielen Fällen treten schwere Komplikationen, im schlimmsten Fall mit Todesfolge auf. In Deutschland sind nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen. Die Zahl der Maserfälle zeigt, dass der Impfschutz Lücken hat. Die bisherigen freiwilligen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht. Die angestiegenen Fallzahlen lassen sich nur mit einer fortschreitenden Impfmüdigkeit und zunehmenden Impfskepsis erklären, da oftmals das Krankheitsrisiko falsch eingeschätzt wird. Die Masern können damit weiter zirkulieren und führen immer wieder zu Ausbrüchen. Vor allem in Bayern, Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen kam es in den letzten Jahren zu großen Ausbrüchen. Allein bis Anfang März 2019 wurden dem Robert-Koch-Institut bereits 170 Masernfälle gemeldet. Eine gesetzliche Impfpflicht für bestimmte Personengruppen kann dazu beitragen, eine hochansteckende und gefährliche Krankheit wie Masern auszurotten. Sie ist damit ein angemessenes Mittel, um eine schwere Gefährdung für Leben und Gesundheit des Ungeimpften, aber auch anderer Menschen zu verhindern.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden oder dort mit Kontakt zu den Betreuten tätig sind, sowie für Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen wird verpflichtet geregelt, dass sie einen Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Mit einer verpflichtenden Regelung wird bei denjenigen Personen, die bislang aus verschiedenen Gründen keinen ausreichenden Impfschutz gegen Masern aufweisen, der Impfschutz verbessert.

Flankierend dazu erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die gesetzliche Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen zu informieren.

Die Dokumentation von Schutzimpfungen soll künftig auch in digitalisierter Form möglich sein (digitaler Impfausweis). Durch entsprechende Funktionalitäten kann automatisiert an Termin für Folge- und Auffrischimpfungen erinnert werden.

Des Weiteren soll gesetzlich klargestellt werden, dass jeder approbierte Arzt in der Lage ist, Schutzimpfungen durchzuführen, und zwar unabhängig von seinem jeweiligen Weiterbildungsstatus.

Schließlich soll der Öffentliche Gesundheitsdienst durch einen möglichen Anschluss an die Telematikinfrastruktur in die Lage versetzt werden, auf sicherem Wege Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz und andere epidemiologische Daten nach gesetzlichen Grundlagen zu erhalten. Mit Zustimmung des Patienten soll es dem ärztlichen Personal sowie berufsmäßigen Gehilfen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen seiner Versorgungsaufgaben gestattet werden, auf den Impfausweis der elektronischen Patientenakte Zugriff zu nehmen. Auf diesem Wege kann auch der Öffentliche Gesundheitsdienst Daten zu Schutzimpfungen als Teil der elektronischen Patientenakte einsehen und ergänzen. Dies

ist im Sinne der Patienten, da so fehlende Impfungen angesprochen und Doppelimpfungen vermieden werden können.

III. Alternativen

Keine

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des Infektionsschutzgesetzes ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes, nach dem der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiet der Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen hat.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des SGB V ergibt sich aus auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes.

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

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union sowie mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 23. Mai 2005 (IGV) vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Regelungen zur Rechts- oder Verwaltungsvereinfachung sind nicht vorgesehen. Die Bestimmungen über die Überprüfung der gesundheitlichen Anforderungen werden in Bezug auf die Schulen so ausgestaltet, dass die Überprüfung im Rahmen der bestehenden Erhebungen nach § 34 Absatz 11 IfSG erfolgen kann.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft. Das Regelungsvorhaben zielt auf eine Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern und Frauen durch Hirnhautentzündungen nach einer Maserninfektion. Ferner befördert das Regelungsvorhaben den Beitrag Deutschlands im Rahmen der globalen Maserneradikation und trägt damit zur Eradikation einer schweren Krankheit bei, die in Ländern mit gering entwickelten Gesundheitssystemen zu zahlreichen schweren Erkrankungen und Todesfällen führt. Dadurch wird die globale Partnerschaft für nachhaltige Entwicklung gestärkt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung benötigt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen zu informieren einen jährlichen Betrag auf Bundesmitteln in Höhe von 5 Millionen Euro.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu 20,35 Mio [Daten werden noch ermittelt] Euro. Dabei

betragen die Kosten pro Impfleistung 55 Euro (pro Dosis MMR-Impfstoff 47 Euro und Arztkosten von 8 Euro). Die Anzahl der im ersten Jahr erwartbaren zusätzlichen Impfungen beträgt schätzungsweise 79 000 Impfungen bei Aufnahme in die Kindertageseinrichtung, 71 000 Impfungen bei der Einschulung und [Daten werden noch ermittelt] Impfungen beim Übergang in weiterführende Schulen. Wegen der Impfungen bei den bereits in Gemeinschaftseinrichtungen aufgenommenen Kindern und Jugendlichen kommen 361 000 Impfungen (Kindertagesstätten) und [Daten werden noch ermittelt] Impfungen (Schulen) hinzu. [Daten sind insgesamt noch zu überprüfen]

Aufwand KK für Anbindung des ÖGD an TI ggf. nachzutragen

Bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen sind schätzungsweise 160 000 Impfungen und in medizinischen Einrichtungen 60 000 Impfungen zu erwarten.

In den Folgejahren fallen jährlich Mehrausgaben von schätzungsweise [Daten werden noch ermittelt] Euro an. Dies betrifft dann zusätzliche Impfungen bei Neuaufnahmen in Kindertagesstätten und beim Schuleintritt von Kindern, die zuvor keine Kita besucht haben, sowie Personalneueinstellungen in Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen.

In entsprechendem Umfang werden die Träger der Beihilfe belastet.

Durch die Verhütung von Maserninfektionen, die mit der Verbesserung der Impfprävention einhergeht, werden Kosten für Krankenbehandlungen in einem nicht näher zu bestimmendem Umfang reduziert.

4. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihrer Nachweispflicht über ihren Impfstatus dadurch nachkommen, dass sie einen Impfausweis oder einer Impfbescheinigung nach § 22 IfSG vorlegen, aus dem sich ein den Empfehlungen der STIKO entsprechender Impfschutz ergibt, entsteht ihnen kein Erfüllungsaufwand abgesehen von der Handlung des Vorlegens (Informationspflicht).

Die Kosten für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen Masern entsprechend den Empfehlungen der STIKO und für die damit zusammenhängende Dokumentation der Impfungen im Impfausweis oder in einer Impfbescheinigung werden von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung getragen.

Die nachfolgend aufgeführten ärztlichen Leistungen und Laborleistungen hingegen werden, wenn sie erforderlich werden, nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen und werden mit der Bürgerin oder dem Bürger als privatärztliche Leistung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Wenn in Ermangelung eines Impfausweises und einer Impfbescheinigung nach § 22 IfSG (z.B. wegen Verlust des Dokuments) eine gesonderte Bescheinigung über den Impfstatus eingeholt werden muss, entstehen Kosten nach Ziffer 70 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen (Bescheinigungen, Atteste, Berichte und Arztbriefe) mit einem Faktor von max. 2,3, so dass je nach ärztlichem Ermessen Kosten zwischen 2,50 und 5 Euro anfallen.

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihren Pflichten nach Absatz 9 dadurch nachkommen, dass sie eine Bescheinigung über eine serologische Testung auf Masern-Antikörper vorlegen, kostet die ärztliche Leistung nach Ziffer 1 (Beratung), Ziffer 5 5 (kleine körperliche / symptombezogene Untersuchung) und Ziffer 250 (Blutentnahme) zwischen 12 und 25 Euro. Hinzu kommen die Laborkosten für die Serologie im Labor, die privat nach GOÄ oder als

Igel-Leistung (Ziffer 4396 für Masern IgG) abgerechnet werden, in Höhe von 13,99 bis 16,09 Euro, in der Regel rechnen die Labore hier den 1,15-fachen Satz, also etwa 16 bis 18,50 Euro pro serologischer Untersuchung. Die Kosten für die Bürgerin oder den Bürger betragen für den Nachweis einer serologisch ermittelten Immunität also insgesamt zwischen 28 und 43 Euro.

Kosten ärztlicher Bescheinigungen über Immunität gegen Masern wegen durchgemachter Erkrankung	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährlich
bei Personal in medizinischen Einrichtungen		
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen		
bei Aufnahme in Kindertageseinrichtungen		
bei Aufnahme in Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen		

ärztlicher Bescheinigungen über Immunität gegen Masern nach Masern-Titerbestimmung	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährlich
bei Personal in medizinischen Einrichtungen		
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen		
bei Aufnahme in Kindertageseinrichtungen		
bei Aufnahme in Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen		

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihren Pflichten durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über das Bestehen einer medizinischen Kontraindikation zur Befreiung von einer Masernimpfung nachkommen, fallen für das Einholen einer solchen Bescheinigung nach Ziffer 75 GOÄ (ausführliches Attest, Befundbericht zu Anamnese und Befund sowie eine epikritische Bewertung) mit einem Faktor von max. 2,3 je nach ärztlichem Ermessen Kosten zwischen 7,50 und 17 Euro an.

Kosten ärztlicher Bescheinigungen über eine bestehende Kontraindikation gegen Masernimpfung	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährlich

bei Personal in medizinischen Einrichtungen		
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen		
bei Aufnahme in Kindertageseinrichtungen		
bei Aufnahme in Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen		

In der Berechnung der Kosten für alle Bürgerinnen und Bürger werden zu den genannten Kostenspannen Mittelwerte zu Grunde gelegt (4 Euro für ein Attest, 12 Euro für Bescheinigung medizinischer Kontraindikation, 35 Euro bei serologischer Untersuchung).

Wirtschaft und Verwaltung

Schätzung des Erfüllungsaufwands der Einrichtungen bei der Prüfung der vorgelegten Bescheinigungen:

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährlich
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder		
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Personal		
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder		
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Personal		
medizinische Einrichtung		

Schätzung des Erfüllungsaufwands der Einrichtungen für die Benachrichtigung des Gesundheitsamts bei Nichtvorlage der erforderlichen Bescheinigung:

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährlich
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder		
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Personal		

Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder		
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Personal		
medizinische Einrichtung		
Kindertageseinrichtungen		
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen		

Aufwand Gesundheitsämter ggf. nachzutragen

5. Weitere Kosten

Für die private Krankenversicherung ergeben sich aus den Maßnahmen des Gesetzes Mehraufwendungen für die Durchführung zusätzlicher Schutzimpfungen. Diese belaufen sich im Zeitraum bis zum auf [Daten werden noch ermittelt] Euro und anschließend auf jährlich [Daten werden noch ermittelt] Euro. Weitere Kosten für die Wirtschaft, insbesondere für mittelständische Unternehmen, entstehen nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher und keine gleichstellungspolitischen oder demografischen Auswirkungen.

II. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung des Gesetzes ist nicht vorgesehen. Nach Ablauf des 31. Juli 2020 soll der Stand der Umsetzung des Gesetzes mit den Ländern geprüft werden. Die gesamten den Schutz gegen Masern betreffenden Bestimmungen können in der Zukunft nach erfolgreicher Durchführung des Masern-Eradikationsprogramms wieder aufgehoben werden, sobald die Weltgesundheitsorganisation förmlich festgestellt hat, dass die Masern eradiziert sind. Im Hinblick darauf, dass das Zeitziel der Weltgesundheitsorganisation für die Masern-Eradikation bereits mehrfach verschoben werden musste, kann allerdings keine bestimmte Befristung des Gesetzes erfolgen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Der Bundeszentrale für die gesundheitliche Aufklärung wird die gesetzliche Aufgabe zugewiesen, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zu informieren. Ziel ist Unsicherheiten in Bezug auf Impfungen abzubauen und einen möglichst lückenlosen Impfschutz in der Bevölkerung zu erreichen.

Zu Buchstabe b

Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie bringen hohe Raten an Komplikationen und Folgeerkrankungen mit sich. Die sogenannte subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist eine schwere und stets tödlich verlaufende Gehirnerkrankung, die als Spätfolge einer Maserninfektion im frühen Lebensalter auftreten kann.

Schutzimpfungen gegen Masern bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion. Sie entfalten dabei nicht nur für die geimpfte Person einen Schutz gegen die Krankheit (Individualschutz), sondern können auch eine Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung verhindern, wenn die in der Bevölkerung erreichte Durchimpfungsrate hoch genug ist (Herdenimmunität). Auf diese Weise können auch Personen geschützt werden, die aus medizinischen Gründen selbst nicht geimpft werden können, bei denen aber schwere klinische Verläufe bei einer Infektion drohen. So können z.B. Säuglinge frühestens im Alter von neun Monaten geimpft werden, also erst einige Monate nachdem ihr natürlicher Immunschutz nachgelassen hat. Sie sind deswegen darauf angewiesen, dass alle Menschen in ihrer Umgebung geimpft sind und sie durch den sogenannten Herdeneffekt geschützt sind. Es besteht daher ein hohes öffentliches Interesse daran, dass die Bevölkerung einen den Empfehlungen der STIKO entsprechenden Impfschutz hat.

Hinzu kommt, dass Deutschland im Kreis der Völkergemeinschaft das Ziel der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, die Masernkrankheit in den Staaten sukzessiv zu eliminieren, um die Krankheit schließlich weltweit auszurotten. Das Ziel der Masern-Elimination kann ebenfalls nur mit einer ausreichenden Bevölkerungsimmunität von 95 % erreicht werden.

Schutzimpfungen sind in Deutschland grundsätzlich freiwillig. Die von der Bundesregierung in der Vergangenheit getroffenen Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention, die auf der Freiwilligkeit der Impfscheidung beruhen, haben zu einer Steigerung der Impfquoten auch bei der Masernimpfung beigetragen. Diese sind jedoch noch nicht ausreichend. In einzelnen Masernausbrüchen kommt immer wieder zum Ausdruck, dass in der Bevölkerung noch Impflücken bestehen, die der Erreichung der für eine Elimination der Masern erforderlichen Durchimpfungsquote entgegenstehen. Die Gründe, warum Personen die medizinisch erforderlichen Schutzimpfung nicht oder – insbesondere hinsichtlich der zweiten Impfung zur Grundimmunisierung im Kindesalter bis zum Ende des zweiten Lebensjahres – zu spät erhalten, so dass Impflücken und Infektionsketten entstehen, liegen vor allem darin, dass manchen, insbesondere nach 1970 geborenen Personen das Erfordernis von Impfschutz nicht bekannt ist, dass die empfohlene Vervollständigung des Impfschutzes vergessen oder aufgrund Unsicherheit aufgeschoben wurde, teilweise auch darin, dass eine kategorisch ablehnende Haltung gegen Impfungen besteht. Eine Verpflichtung zur Schutzimpfung gegen Masern trägt zur Schließung von Impflücken in der Bevölkerung bei.

Die Schutzimpfung gegen Masern hat im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und ihre Verträglichkeit ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die zur Verfügung stehenden Impfstoffe werden bereits über einen langen Zeitraum weltweit angewendet, sie sind effektiv und nebenwirkungsarm. Das Risiko, dass infolge der Impfung schwere Komplikationen auftreten, ist wesentlich geringer als das Risiko, dass bei einer Erkrankung schwere Komplikationen auftreten.

Zu Absatz 8

Satz 1 regelt, welche gesundheitlichen Anforderungen in Bezug auf Impfschutz oder anders erlangte Immunität gegen Masern bestimmte Personengruppen erfüllen müssen. Aus der Regelung folgt für entsprechende Personen, die bislang weder einen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) ausreichenden Masern-Impfstatus haben noch etwa aufgrund einer durchgemachten Masern-Erkrankung eine Immunität gegen Masern erlangt haben, eine Pflicht zur Inanspruchnahme von Masern-Impfschutz.

Nummer 1 betrifft Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 IfSG betreut werden, also insbesondere in Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorten, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen, Heimen, Ferienlagern und ähnlichen Einrichtungen. Die STIKO empfiehlt eine Grundimmunisierung gegen Masern durch zwei Impfungen grundsätzlich im Alter zwischen 11 und 23 Monaten. Die erste Impfung sollte in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten und die zweite Impfung sollte mit einem Abstand von 4 Wochen oder mehr erfolgen, spätestens jedoch bis zum Ende des zweiten Lebensjahres, um den frühestmöglichen Impfschutz zu erreichen. Unterbliebene Impfungen sollen bei Kindern und Jugendlichen nachgeholt werden. Wenn die Aufnahme eines Säuglings in eine Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita) bevorsteht oder erfolgt ist, empfiehlt die STIKO als Indikationsimpfung, mit der Impfserie bereits ab einem Alter von 9 Monaten zu beginnen.

Nummer 2 erfasst die Personen, die in den vorgenannten Gemeinschaftseinrichtungen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben. Dies betrifft insbesondere Personal mit Lehr-, Erziehungs-, Pflege- oder Aufsichtstätigkeiten, aber auch Hausmeister oder Küchen- oder Reinigungspersonal, sofern die Tätigkeit mit Kontakten zu den dort betreuten Säuglingen, Kindern oder Jugendlichen verbunden ist. Die STIKO empfiehlt derzeit für in Gemeinschaftseinrichtungen Tätige, die nach 1970 geboren sind und einen unklaren Impfstatus haben oder keine Impfung oder nur eine Impfung in der Kindheit erhalten haben, eine einmalige Impfung (Epid. Bull. 34/2018, S. 348; Epid. Bull. 32/2010, S. 315). Wegen der Bezugnahme auf die STIKO-Empfehlungen in dem Satzteil vor Nummer 1 betrifft Nummer 2 derzeit nur Personen, die die nach 1970 geboren sind. Älteres Personal ist von der Regelung derzeit nicht betroffen.

Nummer 3 erfasst alle Personen, die in den in § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG aufgelisteten medizinischen Einrichtungen tätig sind und dort mit Patienten Kontakt haben. Dies betrifft insbesondere das medizinische Personal, aber auch andere dort tätige Personen wie z.B. Küchen- oder Reinigungspersonal mit Kontakt zu Patienten. Die STIKO empfiehlt derzeit für im Gesundheitsdienst oder bei der Betreuung von immundefizienten bzw. immunsupprimierten Personen Tätige, die nach 1970 geboren sind und einen unklaren Impfstatus haben oder keine Impfung oder nur eine Impfung in der Kindheit erhalten haben, eine einmalige Impfung (Epid. Bull. 34/2018, S. 348; Epid. Bull. 32/2010, S. 315). Wegen der Bezugnahme auf die STIKO-Empfehlungen in dem Satzteil vor Nummer 1 betrifft Nummer 3 derzeit nur Personen, die die nach 1970 geboren sind. Älteres Personal ist von der Regelung derzeit nicht betroffen. Der Masern-Impfschutz der in den in § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG aufgelisteten medizinischen Einrichtungen tätigen Personen mit Patientenkontakt ist zugleich ein Beitrag zur Einhaltung der Infektionshygiene in den medizinischen Einrichtungen. Denn die Leiter der medizinischen Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG sind verpflichtet, sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten. § 23a IfSG bleibt unberührt und ist weiterhin auch auf den Impf- oder Serostatus in Bezug auf Masern anwendbar.

Satz 2 berücksichtigt den Umstand, dass für die Durchführung von Masernimpfungen, die nach Satz 1 erforderlich werden, gegenwärtig ausschließlich Kombinationsimpfstoffe gegen Masern-Mumps-Röteln bzw. gegen Masern-Mumps-Röteln-Windpocken zur Verfügung stehen. Soweit zur Erfüllung der Verpflichtungen aus Satz 1 eine Immunisierung gegen Masern mit diesen Kombinationsimpfstoffen erfolgen muss, steht das der Verpflichtung

tung nach Satz 1 nicht entgegen. Die sich aus den zusätzlichen Kombinationspartnern ergebenden Risiken, auch für Dritte, werden dabei angesichts des erwarteten Nutzens der Masernimpfung in Kauf genommen. Nach Satz 3 sind von der Impfpflicht Personen ausgenommen, solange bei ihnen eine medizinische Kontraindikation gegen die Schutzimpfung mit dem zur Verfügung stehenden Impfstoff besteht, etwa aufgrund einer Allergie gegen Bestandteile des Impfstoffs oder für die Dauer einer akuten schweren Erkrankung.

Zu Absatz 9

Nach Satz 1 müssen die in Absatz 8 Satz 1 genannten Personen vor ihrer Aufnahme oder vor Beginn ihrer Tätigkeit der Leitung der Einrichtung einen Nachweis vorlegen. Es muss es sich entweder um einen Impfausweis oder eine Impfbescheinigung § 22 IfSG handeln, aus dem oder der sich ergibt, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision entspricht. Die entsprechende Schutzimpfung kann im Rahmen der Nachweiskontrollen stattfinden. Alternativ kann eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden, die bestätigt, dass eine Immunität gegen Masern oder eine gesundheitliche Kontraindikation gegen eine Schutzimpfung gegen Masern vorliegt. Der Arzt kann das Bestehen einer Immunität gegen Masern bestätigen, wenn ihm eine durchgemachte Masernerkrankung der Person bekannt ist oder wenn eine serologische Titerbestimmung einen ausreichenden Immunschutz gegen Masern ergeben hat. Zur Unterstützung der Ärzteschaft beim Impfen von Patienten mit Immundefizienz bzw. Immunsuppression einschließlich der Beurteilung des Vorliegens einer Kontraindikation hat die STIKO Anwendungshinweise veröffentlicht (Bundesgesundheitsblatt 2017, S. 674). Im Falle einer nur vorübergehenden Kontraindikation ist eine erforderliche Schutzimpfung gegen Masern nach Wegfall der Kontraindikation unverzüglich nachzuholen und dies entsprechend nachzuweisen.

Nach Satz 2 kann das Gesundheitsamt bestimmen, dass der Nachweis, der vor der Aufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule vorzulegen ist, abweichend von Satz 1 im Rahmen der Erhebungen nach § 34 Absatz 11 vorzulegen ist. Die Vorlage hat dann zum Zeitpunkt der Erhebung beim Gesundheitsamt bzw. dem von ihm beauftragten Arzt zu erfolgen.

Satz 3 sieht vor, dass Personen, die in den betroffenen Einrichtungen bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits aufgenommenen oder tätig sind, den erforderlichen Nachweis bis zum 31. Juli 2020 zu erbringen haben. Die Regelung gewährleistet, dass die Einhaltung der gesundheitlichen Anforderungen nach Absatz 8 bis zu dem Stichtag bei sämtlichen in Absatz 8 Nummer 1 bis 3 genannten Personen überprüft wird.

Nach Satz 4 gilt § 34 Absatz 4 IfSG entsprechend, so dass z.B. bei Geschäftsunfähigkeit oder beschränkter Geschäftsfähigkeit der verpflichteten Person derjenige für die Einhaltung der Nachweispflicht zu sorgen hat, dem die Sorge für diese Person zusteht.

Nach Satz 5 hat die Leitung der Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln, wenn der erforderliche Nachweis nicht erbracht wird. Das Gesundheitsamt kann sodann entscheiden, welche Maßnahmen zur Durchsetzung der Verpflichtungen aus Absatz 8 ergriffen werden. Das Gesundheitsamt kann nach Satz 6 gegenüber Personen, die keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegen, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen; Widerspruch und Anfechtungsklage gegen diese Maßnahmen haben keine aufschiebende Wirkung. Ferner kommt als Maßnahme zur Durchsetzung der Verpflichtungen aus Absatz 8 die Veranlassung eines Bußgeldverfahrens nach § 73 Absatz 1a Nummer 7a IfSG in Betracht.

Zu Absatz 10

Durch die Neuregelung des § 20 Absatz 10 soll klargestellt werden, dass grundsätzlich alle Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung von Schutzimpfungen berechtigt sind. Fachärztinnen

und Fachärzte dürfen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach den Gebietsdefinitionen Schutzimpfungen durchführen.

Damit ist die Umsetzung der als „universelles Impfen“ bezeichneten Zielsetzung möglich, jeden Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dafür nutzen zu können, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen möglichst umgehend nachzuholen (vgl. Empfehlungen der STIKO, Epid. Bull. 34/2018, S. 337).

Die Regelung sieht vor, dass Fachgebietsgrenzen beim Impfen gänzlich außer Acht bleiben. Zwar haben die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern das Impfen in den vergangenen Jahren in verschiedener Weise geregelt. Teilweise wurde in den Regelungen das Impfen im Zusammenhang der Weiterbildung gar nicht mehr angesprochen, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass die Qualifikation zum Impfen von allen Ärzten bereits mit der Ausbildung erworben wird und dass es sich beim Impfen also nicht um eine ärztliche Tätigkeit handelt, die erst im Rahmen der Weiterbildung erlernt wird (in diesem Sinne z.B. Vorstandsbeschluss der Bundesärztekammer vom 28. März 2008). Teilweise wurde Impfen in den Weiterbildungsordnungen ausdrücklich als Inhalt aller oder nahezu aller Fachgebiete geregelt. Trotz der unterschiedlichen Herangehensweise erfolgte dies aber stets mit der gleichen Zielsetzung, universelles Impfen zu ermöglichen. Im ärztlichen Berufsrecht konnte sich allerdings bislang aus der Gebietsdefinition bei Fachgebieten, die z.B. auf eine Körperregion bzw. auf ein Organ oder eine bestimmte Personengruppe bezogen sind (z.B. Augenheilkunde, Orthopädie und Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin), weiterhin eine gewisse Einschränkung beim Impfen ergeben; in einem geringfügigen Umfang konnten aus verfassungsrechtlichen Gründen aber auch diese Ärzte fachgebietsfremde Leistungen erbringen.

Die vorliegende Regelung beruht auf der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes, nach der der Bund berechtigt ist, Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten zu treffen.

Nach Satz 2 bleiben andere bundesrechtliche Regelungen zur Berechtigung der Durchführung von Schutzimpfungen (durch andere Personengruppen) unberührt.

Zu Nummer 2

Die Neuregelung zum Impfausweis nach § 22 soll an neue technische Möglichkeiten der Impfdokumentation angepasst werden (digitaler Impfausweis).

Auch weiterhin ist jede Schutzimpfung nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich in einen Impfausweis einzutragen. Falls ein Impfausweis nicht vorgelegt wird, ist nach Absatz 1 Satz 2 eine Impfbescheinigung auszustellen. Nach Absatz 1 Satz 3 können Impfausweis und Impfbescheinigung künftig auch in digitaler Form gespeichert werden. In Betracht kommt insbesondere auch die Speicherung innerhalb einer insoweit für den Patienten einsehbaren elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

Nach Absatz 2 müssen Impfausweis und Impfbescheinigung zu jeder Schutzimpfung das Datum der Schutzimpfung, die Bezeichnung und Chargen-Bezeichnung des Impfstoffes, den Namen der Krankheit, gegen die geimpft wird sowie den Namen und die Anschrift der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person beinhalten (Satz 1 Nummer 1 bis 4). Durch den Verzicht auf die Verwendung des Begriffs des Arztes wird der gesetzlichen Möglichkeit nach § 21 Satz 2 Rechnung getragen, dass auch andere Personengruppen nach bundesrechtlichen Vorschriften berechtigt sein können, Schutzimpfungen durchzuführen. Die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person kann im rechtlich zulässigen Umfang die Hilfeleistung anderer Personen in Anspruch nehmen. § 22 regelt auch weiterhin nicht, welche Personen unter welchen Voraussetzungen Schutzimpfungen durchführen dürfen, das wird vielmehr nun in § 21 geregelt.

Außerdem ist nach Satz 1 Nummer 5 eine Bestätigung über die inhaltliche Richtigkeit der aufgenommenen Daten durch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person erforderlich. Dabei kann die Bestätigung mittels Unterschrift (Schriftform) oder aber in fälschungssicherer digitaler Form erfolgen. Gesetzlich soll dabei einer bestimmten technologischen Entwicklung nicht vorgegriffen werden, weshalb eine möglichst offene Formulierung gewählt wird.

Im Falle der Verhinderung der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person hat das zuständige Gesundheitsamt nach Satz 2 die Bestätigung vorzunehmen, wenn diesem eine entsprechende Dokumentation über die Durchführung der Schutzimpfung vorgelegt wird.

Nach der Neufassung des Absatzes 3 Satz 1 muss sowohl im Impfausweis als auch in der Impfbescheinigung ein Hinweis auf das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen und auf die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie auf Stellen, bei denen diese geltend gemacht werden können, aufzunehmen.

Nach Satz 2 ist im Impfausweis oder in der Impfbescheinigung über Folge- und Auffrischimpfungen zu informieren, die die geimpfte Person in die Lage versetzen, diese rechtzeitig wahrzunehmen. Damit sind bei digitalen Impfausweisen insbesondere automatisierte Erinnerungsfunktionen gemeint, die in der Folge die Impfquoten erheblich steigern können.

Zu Nummer 3

§ 34 Absatz 10b Satz 1 regelt die Erfüllung der Nachweispflicht nach § 20 Absatz 9 Satz 1 bis 2 IfSG als eine Voraussetzung für die Aufnahme in eine Kindertagesstätte. Die Ansprüche auf Förderung in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege nach § 24 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) werden insofern hinsichtlich der Förderung in Tageseinrichtungen aus Gründen des Schutzes der öffentlichen Gesundheit unter eine Bedingung gestellt. Nach Satz 2 kann das Gesundheitsamt Ausnahmen von Satz 1 zulassen. Dies kommt zum Beispiel in Betracht, wenn der erforderliche Impfschutz wegen Impfstoffmangel oder wegen einer vorübergehenden Kontraindikation gegen die Impfung nicht erlangt werden konnte.

Zu Nummer 4

Nummer 6 regelt die Bußgeldbewehrung der Pflicht zur Vorlage eines Nachweises nach § 20 Absatz 9 IfSG, der Pflicht der Leitung der Einrichtung zur Benachrichtigung des Gesundheitsamtes nach § 20 Absatz 9 Satz 5 IfSG und des Verbotes der Aufnahme nach § 34 Absatz 10b IfSG.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Durch die Streichung des Wortes „geeignet“ bei Ärzten und ärztlichem Personal in Einrichtungen, sollen die in § 20 Absatz 10 IfSG vorgenommenen Änderungen auch im Sozialversicherungsrecht nachvollzogen werden. Es wird klargestellt, dass die Krankenkassen alle Ärzte als Erbringer von Impfleistungen nach § 132e SGB V unter Vertrag nehmen können und dass bei den Ärzten, die eine Facharztbezeichnung führen, keine Beschränkung hinsichtlich ihrer Berechtigung zur Erbringung von Schutzimpfungsleistungen besteht. Die Verträge nach Satz 1 können somit mit Fachärzten und mit Einrichtungen mit fachärztlichem Personal unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition geschlossen werden. Damit ist die Umsetzung der als „universelles Impfen“ bezeichneten Zielsetzung möglich, jeden Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen

und Erwachsenen dafür nutzen zu können, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen möglichst umgehend nachzuholen (vgl. Empfehlungen der STIKO, Epid. Bull. 34/2018, S. 337).

Die vorliegende Regelung beruht auf der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes. Der Bund ist nicht gebunden, von dieser Gesetzgebungskompetenz nur nach Maßgabe landesrechtlich-berufsrechtlicher Vorgaben Gebrauch zu machen. Die Regelungen, die der Bund zur Ordnung der Sozialversicherung trifft, sind eigenständig (vgl. BVerfG, Beschluss vom 17. Juni 1999 – 1 BvR 2507/97 – juris). Er kann daher Qualifikationsanfordernisse für die Leistungserbringung regeln, die von berufsrechtlichen Bestimmungen der Länder abweichen. Bestehende, von den bundesrechtlichen Bestimmungen abweichende Regelungen des Landesrechts treten insoweit zurück.

Innerhalb des Sozialversicherungsrechts sind die Bestimmungen des § 132e SGB V über die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen gegenüber den Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung speziell. Der Bund hat bei der Einführung der Regelung im Jahr 2006 die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen bewusst außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung organisiert, um mögliche Hindernisse für die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen zu vermeiden (Bundestags-Drucksache 16/4247, S. 31, 47).

Die ausdrückliche Erwähnung von Betriebsärzten in § 132e Absatz 1 Satz 1 kann aufgrund der vorgenommenen Erweiterung entfallen. Die besondere Bedeutung von Betriebsärzten bei der Versorgung der Versichertengemeinschaft mit Schutzimpfungen wird dadurch jedoch nicht angetastet, insbesondere auch durch die Neuformulierung des Satzes 2 herausgestrichen wird (Buchstabe b).

Durch die Ersetzung der Formulierung „Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind“ durch die Formulierung „der für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Länderbehörden“ soll herausgestrichen werden, dass entsprechende Verträge durch Landesbehörden geschlossen werden, auch wenn die letztlich die Schutzimpfungen durchführenden Behörden auf regionaler oder kommunaler Ebene angesiedelt sind.

Zu Buchstabe b

Satz 2 soll klarer als bisher herausstellen, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags Verträge insbesondere mit den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie mit Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, abzuschließen haben. Entsprechende Vertragsabschlüsse können über das Schiedsverfahren durchgesetzt werden.

Gleiches soll nunmehr auch gelten für die für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden, mit denen ebenfalls Verträge abzuschließen sind.

Zu Buchstabe c

Durch die Ersetzung der Formulierung „Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind“ durch die Formulierung „der für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Länderbehörden“ soll herausgehoben werden, dass entsprechende Verträge durch Landesbehörden geschlossen werden, auch wenn die letztlich die Schutzimpfungen durchführenden Behörden auf regionaler oder kommunaler Ebene angesiedelt sind.

Zu Nummer 2

Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen durch den Anschluss an die Telematikinfrastuktur in die Lage versetzt werden, auf sicherem Wege Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz und andere epidemiologische Daten nach gesetzlichen Grundlagen zu erhalten. Mit Zustimmung des Patienten soll es dem Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen seiner Versorgungsaufgaben gestattet werden, auf die Daten der elektronischen Patientenakte Zugriff zu nehmen. Auf diesem Wege kann auch der Öffentliche Gesundheitsdienst Daten zu Schutzimpfungen als Teil der elektronischen Patientenakte einsehen und ergänzen.

Zu Buchstabe a

Durch die Einfügung in § 291a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc soll erreicht werden, dass bei Anbindung von Behörden, die für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig sind und bei denen Amtsärzte tätig sind, auch dort tätigen Personen in genanntem Umfang der Zugriff auf die erfassten Daten erlaubt wird, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist.

Zusätzlich wird festgelegt, dass sich der Zugriff nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d, Doppelbuchstabe cc auf die Daten des elektronischen Impfpasses beschränkt.

Zu Buchstabe b

Zum Ausgleich der Kosten, die den an die Telematikinfrastuktur angebotenen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörden für Anschluss und Betrieb im Sinne des Absatzes 7 Satz 5 entstehen, erhalten diese ab dem 1. Januar 2020 die in den Finanzierungsvereinbarungen nach Absatz 7b Satz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen.

Zu Artikel 3

Artikel 3 regelt das Inkrafttreten der Regelungen zum 1. März 2020.