



Stellungnahme der DEGAM  
zum Referentenentwurf des Entwurf eines Gesetzes  
für den Schutz vor Masern  
und zur Stärkung der Impfprävention  
**(Masernschutzgesetz)**

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 88, 10117 Berlin

Sehr geehrter Damen und Herren,

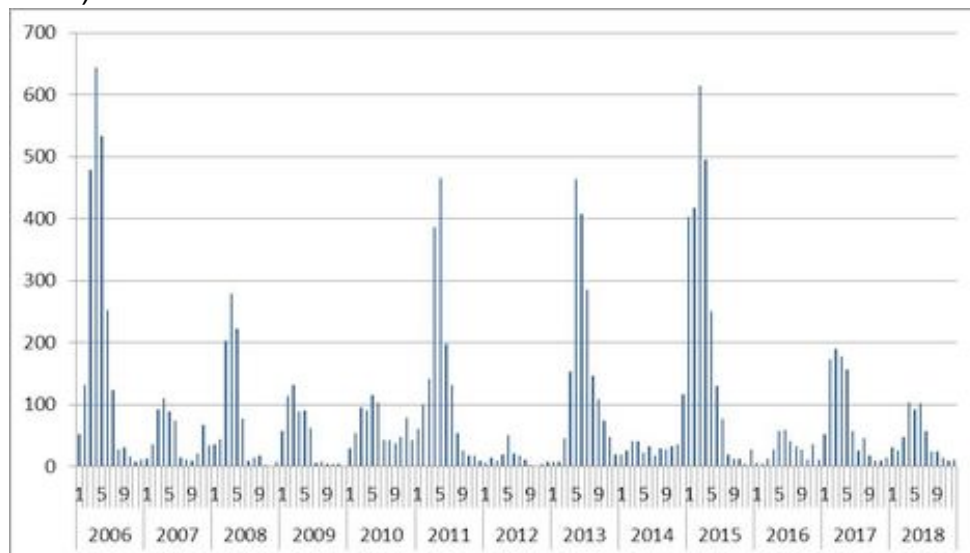
Im Folgenden finden Sie die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):

(Formulierungsvorschläge der DEGAM sind im Dokument des Referentenentwurfes in Farbe eingefügt bzw. mit Kommentaren hinterlegt; zu weiteren Erläuterungen siehe auch die Anlage mit Berechnungstabellen)

## Zu A: Problem und Ziel

**Masern-Häufigkeit und Sterblichkeit:** Jährlich erkrankten in Deutschland in den letzten 10 Jahren zwischen 165 und 2.465 Menschen pro Jahr mit durchschnittlich einem Todesfall pro Jahr. (siehe Grafik 1 mit Erkrankungszahlen 2006-2018)<sup>[1,2]</sup>

Die aktuell diskutierten etwa 200 Fälle in den ersten 10 Wochen 2019 liegen noch innerhalb der normalen langjährigen Schwankungsbreite. Grafik 1: Gemeldete Masernfälle in Deutschland 2006 – 2018 (RKI 2018)



Hauptargumente für eine Impfung sind Verringerung von Masernsterblichkeit und –Komplikationen. Nach Angaben der WHO <sup>[3]</sup> liegt die Sterblichkeit bei Masern in entwickelten Ländern zwischen 1:1000 bis 2.000 der Erkrankten. Das RKI geht wie die WHO von einer Verringerung der



**DEGAM-**  
Bundesgeschäftsstelle

Friedrichstraße 88  
10117 Berlin

Tel: +49 30 20 966 9800  
Fax: +49 30 20 966 9899

geschaeftsstelle@degam.de  
www.degam.de

**Prof. Dr. Baum**  
Präsidentin

**Prof. Dr. Hummers-Pradier**  
Vizepräsidentin

**Prof. Dr. Scherer**  
Vizepräsident

**Prof. Dr. Simmenroth**  
Schriftführerin

**Prof. Dr. Wilm**  
Schatzmeister

**Prof. Dr. Niebling**  
Beisitzer

**Dr. Eras**  
Beisitzerin

**Prof. Dr. Bergmann**  
Studium und Hochschule

**Prof. Dr. Steinhäuser**  
Weiterbildung

**Dr. Egid**  
Fortbildung

**Dr. Popert**  
Versorgungsaufgaben

**PD Dr. Schmiemann, MPH**  
Qualitätsförderung

**Prof. Dr. Schneider**  
Forschung

**Fröhlich**  
Geschäftsführer

Deutsche Apotheker-  
und Ärztekammer, Frankfurt

IBAN DE933006060101021753  
BIC DAAEED33XXX

Steuernr.: 045 255 00133  
Finanzamt Frankfurt/Main III

<sup>1</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination\\_04\\_01.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html) (letzter Zugriff am 30.3.2019)

<sup>2</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Masern.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html) (letzter Zugriff am 30.3.2019)

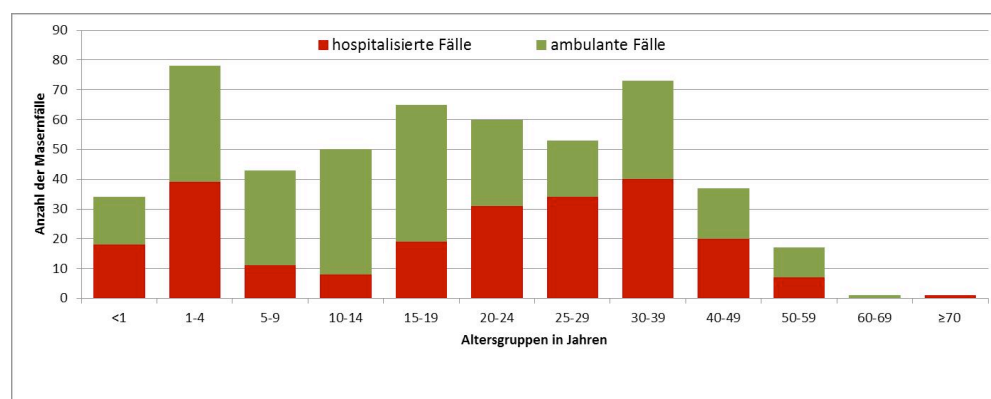
<sup>3</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Masern.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html) (letzter Zugriff am 30.3.2019)

Erkrankungs- und Todesfälle bei Geimpften um den Faktor 1:1000 aus; allerdings werden in Deutschland die impfbedingten Schadensfälle derzeit nicht systematisch erfasst.<sup>4</sup>

**Impfraten und Herdenschutz:** das RKI geht davon aus, dass bei einer mindestens 95%igen MMR - Schutzrate in der Bevölkerung aufgrund des „Herdenschutzes“ ein epidemischer Infektionsausbruch dauerhaft unterbrochen werden kann. Als Hinweis darauf wird eine 2-malige mindestens 95%ige Masernimpfung bei Kindern bzw. einmalige Impfung bei Erwachsenen gewertet. Das Ziel ist durch eine steigende Impfbereitschaft der letzten Jahre bei Kindern bereits annähernd erreicht. In der repräsentativen KIGGS-Studie zeigte sich eine 97,4% Masern-Erstimpfung und 93,6% Masern-Zweitimpfung. (KIGGS 2019 –Bezugsjahr 2017)<sup>5</sup>

Ein ungenügender Schutz liegt (meist infolge fehlender MMR-Zweitimpfung) bei 20-50jährigen Erwachsenen vor, die etwa 50% der Erkrankten stellen (siehe Grafik 2).<sup>6</sup>

Grafik 2: Anzahl der Masernfälle je Altersgruppe (RKI 2018)



Die Durchimpfungsraten in dieser Altersgruppe werden derzeit in Deutschland nicht erfasst<sup>7</sup>; die jährlichen Impf-Inzidenzen liegen zwischen 0,5 und 2 Prozent<sup>8</sup>. Die MMR-Impfungen in dieser Altersgruppe erfolgen etwa zu 7%

<sup>4</sup> <https://www.zeit.de/news/2019-05/23/diskussion-ueber-geplante-impfpflicht-gegen-masern-190523-99-346977>

<sup>5</sup> [https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-019-02901-5?shared\\_access\\_token=yObdaLzMDz3KN7ONI1MIGve4RwIQNchNByi7wbcMAY7fv6nYLZulKxweFQmZaoP6cvC6bfuN6BqvQUk8pHv9Q9QqWO9-IHt8U7CA9QZ4Z4ZAZHj08st0GBrRWYIE1-OIZclBgLw2g8BBwltlxbtfw%3D%3D](https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-019-02901-5?shared_access_token=yObdaLzMDz3KN7ONI1MIGve4RwIQNchNByi7wbcMAY7fv6nYLZulKxweFQmZaoP6cvC6bfuN6BqvQUk8pHv9Q9QqWO9-IHt8U7CA9QZ4Z4ZAZHj08st0GBrRWYIE1-OIZclBgLw2g8BBwltlxbtfw%3D%3D) (letzter Zugriff am 30.3.2019)

<sup>6</sup> [https://www.rki.de/SharedDocs/Bilder/Infekt/Impfen/Elimination/04.jpg;jsessionid=71CD317B4F3E86E36476A7E8E27123C6.2\\_cid298?\\_\\_blob=poster&v=9](https://www.rki.de/SharedDocs/Bilder/Infekt/Impfen/Elimination/04.jpg;jsessionid=71CD317B4F3E86E36476A7E8E27123C6.2_cid298?__blob=poster&v=9) (letzter Zugriff am 30.3.2019)

<sup>7</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination\\_04.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04.html) (letzter Zugriff am 29.05.2019)

<sup>8</sup> [https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-019-02902-4?shared\\_access\\_token=BEfC-Z8appovegAL2BgWyfe4RwIQNchNByi7wbcMAY4Y3ewekwt\\_YYM9G4uj3Mokr8YFscynZeX-ciVnG46WeqXdaaXYuhcKHLTMwJIUKYoK-tPirI04j47dEBMHxUrxj\\_MXoFSpwaXFlzblL7ccA%3D%3D](https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-019-02902-4?shared_access_token=BEfC-Z8appovegAL2BgWyfe4RwIQNchNByi7wbcMAY4Y3ewekwt_YYM9G4uj3Mokr8YFscynZeX-ciVnG46WeqXdaaXYuhcKHLTMwJIUKYoK-tPirI04j47dEBMHxUrxj_MXoFSpwaXFlzblL7ccA%3D%3D) (letzter Zugriff am 29.05.2019)

durch Kinderärzte, etwa 15% durch Gynäkologen, der Rest durch Hausärzte.<sup>9</sup>

Eine weitere Steigerung der 97%igen primären Impfquote bei Kindern ist absehbar schwierig, die Steigerung der Impfraten für die 2. Impfung sind dagegen realistisch erreichbar, ebenso wie eine konsequente Überprüfung des Impfschutzes von Betreuungspersonal und die Verbesserung der Impfraten bei jungen Erwachsenen. Die prinzipiell impfwilligen, aber nicht vollständig geimpften jungen Erwachsenen sind das primäre Ziel, insbesondere, wenn sie im Gesundheitswesen oder in Kindergärten, Betreuungseinrichtungen oder Schulen engen Kontakt mit Säuglingen oder deren Familienangehörigen haben. Insofern geht das Masernschutzgesetz mit diesen Zielgruppen in die richtige Richtung.

Einen weiteren wichtigen Baustein sehen wir in der aktuell um ein Impfmodul erweiterten Gesundheitsvorsorge-Untersuchung ab einem Alter von 18 Jahren.

## **Zu B: Lösung**

**Umsetzbarkeit einer Impfpflicht:** Angesichts höherer Durchimpfungsraten in Deutschland im Vergleich zu Ländern mit Impfpflicht<sup>10 11</sup> erscheint eine Impfpflicht diskutabel. Bei Ungeimpften mit hoher weltanschaulicher Bindung ist mit eher geringem Impferfolg bzw. erheblichen Widerständen in der Praxis zu rechnen. [12]. Hausärzte sind aber auf eine unbelastete vertrauensvolle Beziehung angewiesen, um evidenzbasiert beraten zu können.

Die beste Strategie für eine bessere Herdenimmunität in der jetzigen Situation in Deutschland ist also weniger eine Konversion der bewusst Ungeimpften als vielmehr die Erinnerung der Wenigen mit fehlender Masern-Zweitimpfungen und das Erreichen der unzureichend geimpften jüngeren Erwachsenen.

Dafür reichen die bestehenden Gesetze und Strukturen aus, sie müssen aber insbesondere in Bezug auf allgemeine Information, Motivierung und Umsetzung bei der seit dem 1.4.2019 geltenden Aktualisierung der Gesundheitsuntersuchung konsequent umgesetzt werden und können durch spezielle Regelungen für Gemeinschaftseinrichtungen ergänzt werden.

<sup>9</sup> [https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-019-02902-4?shared\\_access\\_token=BEfC-Z8appovegAL2BgWyfe4RwIQNchNByi7wbcMAY4Y3ewekwt\\_YYM9G4uj3Mokr8YFscsynZeX-ciVnG46WeqXdaaXYuhcKHLTMwJIUKYOK-tPIrI04j47dEBMHxUrxj\\_MXoFSpwaXFlzblI7ccA%3D%3D](https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-019-02902-4?shared_access_token=BEfC-Z8appovegAL2BgWyfe4RwIQNchNByi7wbcMAY4Y3ewekwt_YYM9G4uj3Mokr8YFscsynZeX-ciVnG46WeqXdaaXYuhcKHLTMwJIUKYOK-tPIrI04j47dEBMHxUrxj_MXoFSpwaXFlzblI7ccA%3D%3D) (letzter Zugriff 29.05.2019)

<sup>10</sup> WHO. WHO UNICEF Coverage estimates.

[http://apps.who.int/immuniza310tion\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html](http://apps.who.int/immuniza310tion_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html) . (Letzter Zugriff am 21.02.2019)

<sup>11</sup> ECDC. Vaccine Scheduler. <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>. (Letzter Zugriff am 31.03.2019)

<sup>12</sup> Betsch C, Böhm R, Korn L, Holtmann C. On the Benefits of explaining herd immunity in vaccine advocacy. *Nature Human Behaviour* 2017; DOI: 10.1038/s41562-017-0056

Ein sehr viel besserer Überblick über erfolgte Impfungen wäre zusätzlich hilfreich. Daher sollte vordringlich auf der elektronischen Patientenakte jede Impfung und auch zurückliegende Impfungen eingetragen werden (letzteres müssten vor allem Haus-Kinder- und Frauenarztpraxen übernehmen und dafür entsprechende Ressourcen erhalten) und es ist zu überlegen, ein personalisiertes Impfregeister anzulegen. Darin könnten Krankenkassen ihre Daten zu abgerechneten Impfungen einspeisen und auch Patienten erinnern.

Auf alle Fälle ist die aktuelle Initiative des Hausärzteverbandes zur Impfberatung und Nachimpfung nachdrücklich zu unterstützen und propagieren.

Auch die Überprüfung des Impfstatus vor Aufnahme in eine öffentliche Gemeinschaftseinrichtung oder bei Tätigkeit dort und notfalls Nicht-Aufnahme oder Ausschluss sind geeignete Maßnahmen, um einen ausreichenden Herdenschutz zu verbessern. Das darf aber nicht dazu führen, dass die besonders schützenswerten Kinder mit absoluten Impf-Kontraindikationen abgelehnt werden, denn dadurch würden diese in einen weniger geschützten Bereich gezwungen.

### **Zu D bis F: Erfüllungsaufwand und Kosten**

Für die Aufwand- und Kostenkalkulationen der DEGAM wurden Daten des statistischen Bundesamtes für die Zusammensetzung der betroffenen Personengruppen und die aktuelle Version der GOÄ und des EBM zu Grunde gelegt.

Darüber hinaus wurden folgende Erfahrungs- bzw. Schätzwerte verwendet :

- Bei etwa 1% der Kinder (insbesondere Immunerkrankungen) und 5% der Erwachsenen bestehen echte Impf-Kontraindikationen (insbesondere Schwangerschaften und Behandlung mit Immunsuppressiva). Während üblicherweise die Impfberatung im Kontext einer kontinuierlichen Betreuung und eingehenden Untersuchung (U-Untersuchungen der Kinder, Gesundheitsuntersuchung, aktive Nachfrage von Patientinnen und Patienten) erfolgt, werden bei den Maßnahmen des geplanten Gesetzes Menschen zu beraten sein, die unbekannt oder nicht in kürzlicher Behandlung/Untersuchung sind. Um Kontraindikationen einer Lebendimpfung (mögliche Schwangerschaft, Hinweise auf Immunschwäche) mit hinreichender Sorgfalt auszuschließen, bedarf es dann einer vertieften Anamnese und gegebenenfalls weiterer Untersuchungen
- Etwa 5% der Kinder und 30% der Erwachsenen können keinen ausreichenden Impfnachweis erbringen (insbesondere wegen fehlender Impfungen bzw. Impfausweise)

## Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 88, 10117 Berlin



- Bei diesen unklaren Fällen können etwa 20% der Erwachsenen und 80% der Kinder durch Recherche in der Praxis-Dokumentation einen ausreichenden Nachweis für Impfungen oder durchgemachte Erkrankungen erbringen
- Bei etwa 30% der weiter ungeklärten Fälle wird auf Wunsch der Betroffenen eine Impferologie durchgeführt
- Diese Impferologie zeigt in 50% der Tests einen ausreichenden Schutz
- Alle Personen mit weiter unklarer Immunität werden im gleichen Jahr geimpft

**Ergebnisse der Kalkulationen:** (siehe Tabellen in der Anlage)

- Im Gesundheitswesen und in den Schulen arbeiten etwa 6,5 Millionen Menschen. Diese müssen in 5 Monaten (März bis Juli 2020) alle kontrolliert werden und im Zweifelsfall Bescheinigungen erhalten. Wegen fehlender Impfungen oder fehlender Impfausweise sind davon (bei geschätzt 30% der Erwachsenen unter 50 Jahren) für mindestens 1,3 Millionen Erwachsenen und 1,2 Millionen Kindern/Jugendlichen serologische Tests bzw. Nachimpfungen erforderlich. Zusätzlich zu den etwa 1,8 Millionen MMR-Impfungen, die normalerweise pro Jahr - meist bei Kindern- erfolgen.
- Die Verfasser des Referentenentwurfes haben aus Sicht der DEGAM sowohl die Zahlen der Betroffenen als auch die Kosten für Bescheinigungen und serologischen Tests unterschätzt. Beispielsweise setzt ein Impftest regelhaft eine Beratungsziffer (mindestens GOP 1) voraus. Statt 4 Euro (wie vom Ministerium kalkuliert) sind damit 16 Euro fällig.
- Die Kosten für Impfbescheinigungen nur für Personen mit unklarem Impfstatus liegen im Jahr 2020 bei 13 Millionen Euro (Variante A) - wenn statt Altersbelegen und Impfausweisen nur ärztliche Bescheinigungen akzeptiert werden sollten, kann das auf bis zu 95 Millionen Euro steigen (Variante B). Angesichts der anfallenden Millionen an zu kontrollierenden Impfausweisen sollte die primäre Durchschau in den Verwaltungen von Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen und Betrieben erfolgen und medizinisches Personal nur bei Unklarheiten hinzugezogen werden
- Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht insgesamt (im günstigen Fall Variante A) Erfüllungsaufwand für nicht von den Trägern der Krankenversicherung getragene ärztliche Bescheinigungen und serologische Untersuchungen in Höhe von schätzungsweise 42 bis 125 Mio Euro im Jahr 2020 und in den Folgejahren schätzungsweise 3,3 bis 8 Mio Euro. Dazu kommen noch ggf. noch Mehrkosten in unbekannter Höhe für hochsensitive Schwangerschaftstests.
- Die Mehrausgaben der GKV betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu 205 Mio Euro und in den Folgejahren schätzungsweise 6,1 Mio Euro.
- Die Mehrausgaben der PKV betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu 42 Mio Euro und in den Folgejahren schätzungsweise jeweils 1,2 Mio Euro.

### **Umsetzungsmöglichkeiten:**

- Das Gesetz betrifft den Impfschutz von etwa 20 Mio Personen; bis zu 25% der Bevölkerung müssten innerhalb der Fristsetzung von 5 Monaten (1. März bis 31. Juli 2020) ihren Impfstatus überprüfen, bescheinigen und ggf. vervollständigen lassen.
- Insbesondere ist derzeit der Aufwand für die Nachverfolgung von Impfungen oder schützendem Titer bei fehlenden Impfdokumenten erheblich, ebenso muss die Ermittlung von akuten oder chronischen Kontraindikationen durch Anamnese, körperliche Untersuchung und ggf. Schwangerschaftstest oder weitergehende Laboruntersuchungen mit eingerechnet werden.
- Die Gesundheitsämter werden angesichts einer derzeit knappen personellen Ausstattung mit Erfassung/Verwaltung und Mahnwesen mehr als ausgelastet sein und kaum größere Impfkampagnen starten können.
- die meisten Gebietsärzte werden sich angesichts der erforderlichen Logistik (separater Kühlschrank mit Minimax-Thermometer, Bestellwesen und Lagerhaltung für größere Impfmengen, Training des Personals für entsprechende Notfallsituationen und notwendige freie Termine) allenfalls sporadisch an der Umsetzung der Impfkampagne beteiligen.
- Die Pädiater (und die Kinder-versorgenden Hausärzte) sind voraussichtlich mit den zusätzlichen etwa 2 Millionen Kinderimpfungen ausgelastet. Damit bleiben im besten Fall etwa 40.000 impferfahrene Betriebs- Haus- und Frauenärzte für 7 Millionen betroffene Erwachsene – zusätzlich zur normalen Versorgung.
- Priorität für eine Impfung wäre nur durch eine Notsituation zu rechtfertigen – ansonsten ist damit zu rechnen, daß durch verringerte Ressourcen für die Basisversorgung erheblich mehr Krankheits- und Todesfälle zu beklagen sind als mit einer optimierten Masernimpfrate.
- Bereits jetzt sind MMRV-Impfstoffe über Monate nicht lieferbar<sup>13</sup>. Mit dem vorliegenden Masernschutzgesetz würde 2020 der Bedarf an MMR-Impfstoffen in Deutschland mehr als verdoppelt. In einer Engpass-Situation besteht das Risiko, dass auch die prioritär zu impfenden Kleinkinder keinen Impfstoff erhalten.

**Zu erwartender Nutzen:** mit der Verbesserung der Impfprävention geht eine Verhütung von Maserninfektionen einher. Wahrscheinlich können die derzeit etwa 1-2 masernbedingten Todesfälle pro Jahr damit verhindert werden.

---

<sup>13</sup> <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoff-impfstoffe-fuer-den-menschen/lieferengpaesse/listen-lieferengpaesse-humanimpfstoffe/listen-node.html#doc7090032bodyText1>





**Fazit:**

**Die DEGAM befürwortet nachdrücklich die Impfung gegen Masern und setzt sich für eine vollständigere Durchimpfung der Bevölkerung ein. Dennoch sieht die DEGAM derzeit große Umsetzungsprobleme bei einem Gesetz in der vorliegenden Form und warnt vor einer Gefährdung der Basisversorgung durch unnötige Zeit- und Personalnot.**

**Für die Umsetzung des Gesetzes sollten mindestens 12 Monate zur Verfügung stehen.**

**Auch für den Fall von Impfstoffengpässen sollte im Gesetz eine Priorisierungsoption für Zielgruppen benannt werden.**

(Dr. med. Uwe Popert, Sektionssprecher Versorgungsaufgaben)

(Prof. Dr. med. Erika Baum, Präsidentin)

DEGAM-Stellungnahme zum Masernschutzgesetz – Anlagen Berechnungstabellen

<b>Tabelle 1 GOÄ-Kalkulation</b>	GOÄ lt. BMG	Kosten lt. BMG	BMG ges.	GOÄ Korrektur	Einzelkosten korrigiert (*Einzelpackung)	Kosten bei 2,3-fachem Satz GOÄ	Kostenträger
MMR Impfstoff		47	55		51,00*	51,-	Privat oder Kasse
MMR Impfung	375	8		1+5+375	10,72 + 10,72 + 10,72	32,16	Privat
MMR Impfung				(EBM 89301)	10,30-13,79 (Hessen)	12,-	Kasse
Impfstoff ohne Impfausweis	70 (x2,3)	4	2,5-5	1+70	10,72+5,36	16,08	Privat
Bescheinigung Z.n. bekannter Masern-Erkrankung	70 (x2,3)	4	4	1+70	10,72+5,36	16,08	Privat
Bescheinigung Kontraindikation	75 (x2,3)	12	12	1+7+75	10,72+21,45+17,43	49,60	Privat
Masern-Serologie + Bescheinigung	1+5+250 (x2,3) Serologie (IgG)	12-25 16-18,50	35	1+250+4385 1+70	10,72+ 4,19 16,09 10,72+5,36	47,08	Privat
Schwangerschafts-frühtest				3528	8,72	8,72	Privat
1x Kombi bei Frauen ohne Impfpass - privat				1+5 250+ 4385 3528 1+5+375 Impfstoff +70	10,72+10,72+4,19+16,09 8,72 10,72+10,72 51,-	122,88	Privat
1x Kombi bei Frauen ohne Impfpass -GKV				1+5 250+ 4385 3528 Impfung Impfstoff	10,72+10,72+4,19+16,09 8,72	50,44  (12,-) (62,-)	Rest Privat  (Kasse) (Kasse)

Tabelle 2 Schätzung 1.Jahr Masernschutzgesetz	Insgesamt	>50 Jahre oder ca. 5% echte Impf- Kontraindikation, z.B. wegen Schwangerschaft	<50 Jahre (exklusive ca. 5% Kontraindikationen)	Schätzung: <b>Unklare:</b> Ca. 30% nicht geimpft oder ohne Impfnachweis	Schätzung <b>nachvollzieh- bare Impfungen in Arzt-Dokument</b> - ca. 20% der Unklaren		Schätzung <b>Serologien</b> ca. 30% der Unklaren (50% Test-positiv)	Schätzung <b>Impfungen 1.Jahr</b>
Bereich								
Mitarbeiter im Gesundheitswesen insgesamt <sup>1</sup>	5.579.000	Ca. 2.000.000	Ca. 3.579.000 (3.579.000 x 0,05 = 178.950)	3.579.000 x 0,3 = 1.073.700	1.073.700 x 0,2 = 214.740		321.750 (positiv 50% = 160.875)	1.073.700 - 214.740 - 160.875 = 698.085
Lehrer insgesamt <sup>2</sup>	679.478	261.410	Ca. 418.068 (418.068 x 0,05 = 20.203)	418.068 x 0,3 = 125.420	125.420 x 0,2 = 25.084		37.626 (positiv 50% = 18.813)	125.420 - 18.813 - 25.084 = 81.523
Mitarbeiter in Kindertageseinrichtungen <sup>3</sup>	724.109	Ca. 200.000	Ca. 524.109 (3.579.000 x 0,05 = 26.205)	524.109 x 0,3 = 157.233	157.233 x 0,2 = 31.447		47.170 (positiv 50% = 23.585)	157.233 - 23.585 - 31.447 = 102.201
Zwischensumme	6.982.587			1.356.353	271.271		406.546	881.809
		1 Jahrgang (echte Impf- Kontra- Indikationen ca. 1% pro Jahrgang)	MMR Impfungen bisher pro Jahrgang <sup>4</sup>	Schätzung: <b>Unklare:</b> Ca. 5% nicht geimpft oder ohne Impfnachweis	Schätzung <b>nachvollziehbare Impfungen in Arzt- Dokument</b> - ca. 80%	Noch 1. Impfung erforderlich	Noch 2. Impfung erforderlich	Schätzung Impfungen 1.Jahr
Kleinkinder <= 5 Jahre <sup>5</sup>	4.580.000	20% = 916.000 (9.160)	1. 97% = 888.520 2. 93% = 851.880 = 1.740.400	4.580.000 x 0,05 = 229.000	182.200	4.580.000 x 0,03 = 137.400	4.580.000 x 0,07 = 320.600	1.740.400 + 137.400 + 320.600
Schüler <sup>6</sup>	8.350.000		1. 97% 2. 94%	8.350.000 x 0,05 = 417.500	334.000	8.350.000 x 0,03 = 250.500	8.350.000 x 0,06 = 501.000	250.500 + 501.000
<b>Summe</b>	<b>19.912.587</b>		<b>1.740.400</b>	<b>2.002.853</b>	<b>787.471</b>			<b>3.831.709</b>

<sup>1</sup> <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeiten=2000,2005,2010&zeitscheiben=3>

<sup>2</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Schulen/Tabellen/allgemeinbildende-lehrkraefte-altebundeslaender.html>

<sup>3</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/Tabellen/beschaeftigte-merkmale-2018.html>

<sup>4</sup> KIGGS 2 [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/MMR\\_Masern/Masern.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/MMR_Masern/Masern.html)

<sup>5</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/>

<sup>6</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1321/umfrage/anzahl-der-schueler-an-allgemeinbildenden-schulen/>

<b>Tabelle 3</b> <b>Schätzung Folgejahre</b> <b>Masernschutzgesetz</b>	<b>Insgesamt</b>	<b>Neufälle</b> <small>(5% Wechsel pro Jahr)</small>	<b>Schätzung:</b> <b>Unklare:</b> Ca. 30% nicht geimpft oder ohne Impfnachweis	<b>Schätzung nachvollziehbare Impfungen</b> <small>ca. 20% der Unklaren</small>	<b>Schätzung Serologien</b> <small>ca. 30% der Unklaren (50% Test-positiv)</small>	<b>Schätzung Impfungen Folgejahr</b> <small>(5% Wechsel pro Jahr)</small>
<b>Bereich</b>						
Mitarbeiter im Gesundheitswesen insgesamt <sup>7</sup>	5.579.000	278.950	$278.950 \times 0,3 = 83.685$	$83.685 \times 0,2 = 16.737$	$83.685 \times 0,3 = 25.106$ <small>(positiv 50% = 12.553)</small>	$5.579.000 \times 0,05 \times 0,07 = 19.526$
Lehrer insgesamt <sup>8</sup>	679.478	33.974	$33.974 \times 0,3 = 10.192$	$10.192 \times 0,2 = 2.038$	$10.192 \times 0,3 = 3.058$ <small>(positiv 50% = 1.529)</small>	$679.478 \times 0,05 \times 0,07 = 2.378$
Mitarbeiter in Kindertageseinrichtungen <sup>9</sup>	724.109	36.205	$36.205 \times 0,3 = 10.862$	$10.862 \times 0,2 = 2.172$	$10.862 \times 0,3 = 3.258$ <small>(positiv 50% = 1.629)</small>	$724.109 \times 0,05 \times 0,07 = 2.534$
<b>Zwischensumme</b>	<b>6.982.587</b>	<b>349.129</b>			<b>31.422</b>	<b>24.438</b>
		<b>1 Jahrgang</b> <small>(echte Impf-Kontra-Indikationen ca. 1%)</small>				<b>Schätzung 2x Impfungen Folgejahr</b>
Kleinkinder <= 5 Jahre <sup>10</sup>	4.580.000	20%=916.000				$916.000 \times 2 = 1.832.000$
Schüler <sup>11</sup>	8.350.000					?
<b>Summe</b>	<b>19.912.587</b>					<b>1.856.438</b>

<sup>7</sup> <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeiten=2000,2005,2010&zeitscheiben=3>

<sup>8</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Schulen/Tabellen/allgemeinbildende-lehrkraefte-altebundeslaender.html>

<sup>9</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/Tabellen/beschaeftigte-merkmale-2018.html>

<sup>10</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/>

<sup>11</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1321/umfrage/anzahl-der-schueler-an-allgemeinbildenden-schulen/>

A) Ärztliche Bescheinigung über ausreichende Masern-Immunität anhand Arzt-Doku – nur bei Verlust der Impfausweise	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährl.
	Fälle, die allein durch Arztdokumentation nachvollzogen werden können - etwa 20% der Fälle ohne Impfausweis bei Erwachsenen bzw. 80% bei Kindern. (GOÄ Ziffern 1+70= 16,06 Euro)	Gesamtzahl – neue Impfungen – positive Serologien (weil dort separates Attest) (GOÄ Ziffern 1+70= 16,06 Euro)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	214.740 x16,06 = 3.448.724	16.737 x 16,06 = 268.796
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	31.447 x16,06 = 505.039	2.172 x 16,06 = 34.882
bei Personal in Schulen	25.084 x16,06 = 402.849	2.038 x 16,06 = 32.730
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	(182.200 + 334.000) x 16,06= 8.290.172	Entfällt meist wegen Impfung (Bescheinigung inklusive)
gesamt	<b>12,647 Mio Euro</b>	<b>336.408 Euro</b>

**Kommentiert [UP1]:** Siehe Anlage zur Kalkulation  
In der Regel ist die zeitnahe Impfdokumentation ergiebiger, bei Arztwechsel oder länger als 10 Jahre zurückliegenden Impfungen ist eine Klärung meist nicht mehr möglich.  
Deswegen Kalkulation bei Erwachsenen unterschiedlich von Kindern.

B) Ärztliche Bescheinigung über ausreichende Masern-Immunität - immer	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährl.
	Gesamtzahl – neue Impfungen – positive Serologien (weil dort separates Attest) (GOÄ Ziffern 1+70= 16,06 Euro)	Gesamtzahl – neue Impfungen – positive Serologien (weil dort separates Attest) (GOÄ Ziffern 1+70= 16,06 Euro)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	(5.579.000 - 698.085 - 160.875) x16,06 = 75.803.842	(278.950 - 19.526 – 12.553) x 16,06 = 3.964.748
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	(724.109 – 102.201 – 23.585) x16,06 = 9.609.067	(36.205 - 2.534 -1.629) x 16,06= 514.595
bei Personal in Schulen	(679.478 – 81.523 – 18.813) x16,06 = 9.301.021	(33.974 - 2.378 -1.529) x 16,06= 482.876
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	Entfällt wegen Impfung (Bescheinigung inklusive)	Entfällt wegen Impfung (Bescheinigung inklusive)
gesamt	<b>94.7 Mio Euro</b>	<b>4,962 Mio Euro</b>

ärztliche Bescheinigungen über <b>Immunität</b> gegen Masern nach Masern-Titerbestimmung	Erfüllungsaufwand 2020 (privat) (Ziffer 1+250+4385 sowie 1+70= 47,08 Euro)	Erfüllungsaufwand weiter jährlich (privat)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	<del>210.000</del> 160.875 x 47,08 = 7.573.995	<del>21.000</del> 25.106 x 47,08 = 1.181.990
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	<del>560.000</del> 23.585 x 47,08 = 1.110.382	<del>56.000</del> 3.258 x 47,08 = 153.387
bei Personal in Schulen	<del>18.813 x 47,08 = 885.716</del>	<del>3.058 x 47,08 = 143.971</del>
bei Aufnahme in Kindertageseinrichtungen	<del>276.000</del> gering (Impfung vorrangig)	<del>28.000</del> gering (Impfung vorrangig)
bei Aufnahme in Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen	4,31 Mio gering (Impfung vorrangig)	<del>90.000</del> gering (Impfung vorrangig)
gesamt	<del>5,35 Mio</del> <b>9,57 Mio Euro</b>	<del>195.000</del> <b>1,48 Mio Euro</b>

Kosten ärztlicher Bescheinigungen über eine bestehende <b>Kontraindikation</b> gegen Masernimpfung	Erfüllungsaufwand 2020 (GOÄ Ziffern 1+7+75= 49,6 Euro)	Erfüllungsaufwand weiter jährlich (GOÄ Ziffern 1+7+75= 49,6 Euro)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	<del>603.000</del> 178.950 x 49,6 = 8,9 Mio	<del>60.000</del> 278.950 x 0,05 x 49,60 = 691.796
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	<del>192.000</del> 26.205 x 49,6 = 1,3 Mio	<del>20.000</del> 36.205 x 0,05 x 49,60 = 89.788
bei Personal in Schulen	20.203 x 49,6 = 1,0 Mio	33.974 x 0,05 x 49,60 = 84.256
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	<del>2,3 Mio</del> (4,58+8,35 Mio) x 0,01 x 49,6 = 8,72 Mio	<del>44.000</del> 916.000 x 0,01 x 49,60 = 454.336
gesamt	<del>3,00 Mio</del> <b>19,89 Mio Euro</b>	<del>94.000</del> <b>1,32 Mio Euro</b>

Zusätzliche Impf-Kosten <b>(Privat)</b> – ca. 15%	Zusätzlicher Erfüllungsaufwand 2020 (Impfstoff 51+Impfung 32,16= 73,16Euro)	Erfüllungsaufwand weiter jährlich (Impfstoff 51 Euro + Impfung 32,16 =73,16Euro)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	$698.085 \times 73,16 \times 0,15 =$ 7.660.785	$19.526 \times 73,16 \times 0,15 =$ 214.278
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	$102.201 \times 73,16 \times 0,15 =$ 1.121.554	$2.534 \times 73,16 \times 0,15 =$ 27.808
bei Personal in Schulen	$81.523 \times 73,16 \times 0,15 =$ 894.633	$2.378 \times 73,16 \times 0,15 =$ 26.096
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	$2.949.900 \times 73,16 \times 0,15 =$ 32.372.203	$90.000 \times 73,16 \times 0,15 =$ 987.660
gesamt	<b>42,049 Mio Euro</b>	<b>1,256 Mio Euro</b>

Zusätzliche Impf-Kosten <b>(GKV)</b> – ca. 85% /	Zusätzlicher Erfüllungsaufwand 2020 (Impfstoff 51+Impfung 12= ca. 63 Euro)	Erfüllungsaufwand weiter jährlich
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	$698.085 \times 63 \times 0,85 =$ 37.382.452	$19.526 \times 63 \times 0,85 =$ 1.045.617
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	$102.201 \times 63 \times 0,85 =$ 5.472.864	$2.534 \times 63 \times 0,85 =$ 135.696
bei Personal in Schulen	$81.523 \times 63 \times 0,85 =$ 4.365.557	$2.378 \times 63 \times 0,85 =$ 127.342
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	$2.949.900 \times 63 \times 0,85 =$ 157.967.145	$90.000 \times 63 \times 0,85 =$ 4.819.500
gesamt	<b>205,188 Mio Euro</b>	<b>6,128 Mio Euro</b>

## Referentenentwurf – (Vorschläge der DEGAM in Farbe eingefügt)

### 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 kommen. 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, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht, mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben [der GKV](#) betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu [205 76,6 Mio Euro](#) und in den Folgejahren schätzungsweise [6,1 4,6 Mio Euro](#).

In entsprechendem Umfang werden die Träger der Beihilfe belastet.

Gleichzeitig geht mit der Verbesserung der Impfprävention eine Verhütung von Maserninfektionen einher. [Wahrscheinlich können die derzeit etwa 1-2 masernbedingte Todesfälle pro Jahr damit verhindert werden.](#) Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe werden vermieden.

## 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 2,12–42 bis 125 Mio Euro im Jahr 2020 und in den Folgejahren schätzungsweise 289 000 3,3 bis 8 Mio Euro.

### E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Bedarf an MMR-Impfstoffen erhöht sich in 2020 etwa auf das 2 bis 3-fache.

Von dem unter E.3 dargestellten Erfüllungsaufwand für Gemeinschaftseinrichtungen entfallen im Jahr 2020 2,12 Mio Euro auf Kindertageseinrichtungen und Schulen in privater Trägerschaft, in den Folgejahren jeweils 240 000 Euro.

Den medizinischen Einrichtungen entsteht durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen an das Gesundheitsamt Erfüllungsaufwand in Höhe von 2,37 Mio Euro im Jahr 2020 und in den Folgejahren schätzungsweise jeweils 240 000 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 7,85 Mio Euro und sodann jährlich 410 000 Euro.

Den Gesundheitsämtern entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vom eigenen Personal vorzulegenden Nachweise.

Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegenüber säumigen Personen und Einrichtungen durch Verbotserfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in geringer, nicht bezifferbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht bezifferbarer Höhe gegenüber stehen.

## F. Weitere Kosten

Die Träger der privaten Krankenversicherung werden durch Ausgaben für eine vermehrte Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Anspruch besteht, belastet. Die Mehrausgaben betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu 3,77–42 Mio Euro und in den Folgejahren schätzungsweise jeweils 500 000 1,2 Mio Euro, falls alle Personen mit unzureichendem Impfschutz nachgeimpft und alle Personen in Gemeinschaftseinrichtungen pflichtmäßig überprüft werden.

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.

**Kommentiert [UP1]:** bereits jetzt sind MMRV-Impfstoffe über Monate nicht lieferbar. In einer Engpass-Situation von Personal bzw. Impfstoffen besteht das Risiko, dass die prioritär zu impfenden Kleinkinder nicht geimpft werden können. Deswegen sollten im Gesetz Prioritätensetzungen vorgenommen werden.

**Kommentiert [UP2]:** Dazu liegen der DEGAM keine Belege oder Erfahrungswerte vor; auf eine Nachkalkulation wird deswegen von unserer Seite verzichtet.

**Kommentiert [UP3]:** Wird von der DEGAM nicht berechnet, weil fachfremd.

**Kommentiert [UP4]:** Wird von der DEGAM nicht berechnet, weil fachfremd.

# 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 **soll** 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, **insbesondere Schwangeren, Säuglingen oder Kindern** haben.

Die **Vorgabe** 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, **ob** 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 **2021** 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 Gesund-

**Kommentiert [EB5]:** Wegen möglicher Kontraindikationen: diese zu betreuenden Personen sollen ja gerade geschützt und nicht ausgeschlossen werden

**Kommentiert [UP6]:** Die Impfkation sollte prioritär auf diejenigen gerichtet sein, die Kontakt mit Schwangeren, Säuglingen oder Kindern haben. Tätigkeiten mit Kontakt zu Alten sind wegen der bei denen in der Regel vorhandenen Immunität unproblematisch.

**Kommentiert [UP7]:** In Anbetracht des enormen Aufwandes ist eine Verlängerung des Zeithorizontes dringend erforderlich, um nicht die medizinische Basisversorgung zu gefährden.

heitsamt 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 oder Kennzeichnung 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.

**Kommentiert [UP8]:** Zur Nutzung der tabellarischen Formatierung der Ausweise sollte „Name“ durch „Kennzeichnung“ ergänzt werden.

(3) Im neu ausgestellten 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.“

**Kommentiert [UP9]:** Eine durchaus sinnvolle Regelung. Allerdings stimmt mit dieser Formulierung nahezu keiner der bisherigen Ausweise überein. Deswegen sollte diese Forderung auf neue Ausweise beschränkt werden.

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

„(10b) Die Aufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung soll 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 insbesondere bei Personen mit Impf-Kontraindikationen zulassen.“

**Kommentiert [UP10]:** Auch diese Regelung ist durchaus sinnvoll, aber in bisherigen Ausweisen nur informell, z.B. mit Bleistift-Einträgen umsetzbar und oft aus Platzgründen problematisch.

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,

**Kommentiert [UP11]:** Auch die Überprüfung des Impfstatus vor Aufnahme in eine öffentliche Gemeinschaftseinrichtung oder bei Tätigkeit dort und notfalls Nicht-Aufnahme oder Ausschluss sind geeignete Maßnahmen, um einen ausreichenden Herdenschutz zu verbessern. Das darf aber nicht dazu führen, dass die besonders schützenswerten Kinder mit absoluten Impf-Kontraindikationen abgelehnt werden, denn dadurch würden diese in einen weniger geschützten Bereich gezwungen.

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.“

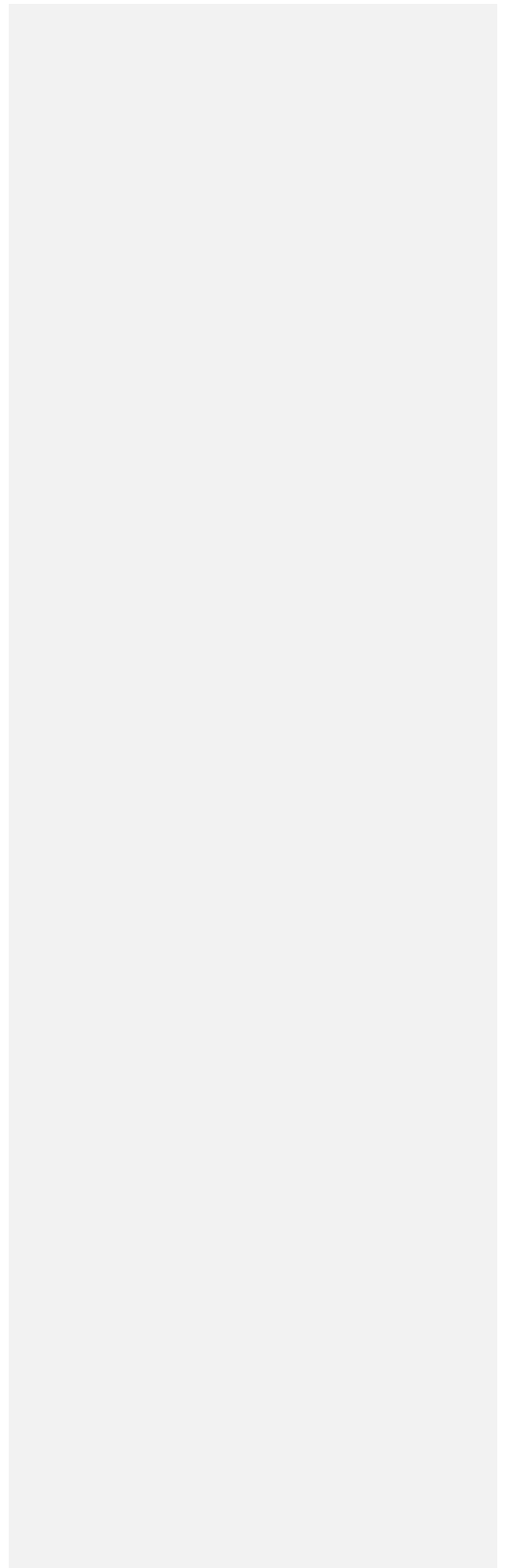
b) Nach Absatz 7d wird der Absatz 7e eingefügt:

„(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 (Kapitel 1503 Titel 53101).

Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht, mit Mehrausgaben belastet. Die Kosten pro GKV-Impfleistung betragen pro Impfleistung etwa 63 Euro (pro Dosis MMR-Impfstoff 51 Euro und Arztkosten von 10-14 Euro). Die Mehrausgaben betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu 205 76,6 Mio Euro. Danach erhöhen sich die GKV-Kosten um etwa 6,1 Mio Euro pro Jahr.

Die privaten Krankenversicherungen werden wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht, ebenfalls mit Mehrausgaben belastet. Dabei betragen die Kosten pro privat abgerechneter Impfleistung etwa 73 Euro (pro Dosis MMR-Impfstoff 51 Euro und Arztkosten von 32 Euro entsprechend GOÄ-Ziffern 1+5+375). Die Mehrausgaben betragen im Jahr 2020 schätzungsweise bis zu 42 Mio Euro. Danach erhöhen sich die PKV-Kosten um etwa 1,3 Mio Euro pro Jahr.

**Kommentiert [UP12]:** Die Arztkosten werden im Folgenden an die übliche GOÄ-Auslegung angepasst.

**Kommentiert [UP13]:** Zu den Kostenkalkulationen siehe die Tabellen weiter unten

**Kommentiert [UP14]:** Hier wird eine klarere Trennung zum besseren Verständnis empfohlen



In den Folgejahren fallen jährlich Mehrausgaben von schätzungsweise 4,6 Mio 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.

##### Bescheinigung des Impfstatus

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 Ziffern 1+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 bis 16,08 Euro anfallen. Die Kosten allein für die Impfstatusbescheinigungen belaufen sich auf ca. 12,6 Mio 830.000 Euro. Der weitere jährliche Erfüllungsaufwand liegt entsprechend zwischen 300.000 und 500.000 Euro.

**Kommentiert [UP15]:** Neue Zwischenüberschrift zum besseren Textverständnis

**Kommentiert [UP16]:** Nur in Ausnahmefällen wird eine Bescheinigung alleine aufgrund der Aktenlage und ohne Gespräch mit dem Betroffenen möglich sein.

**Kommentiert [UP17]:** leider ist die Verlagerung der Dokumentation in die Arztpraxen üblich – mit dem enormen Zeitdruck und der erheblichen Menge von zusätzlichen Patienten ist das nicht möglich und es sollte deswegen bereits im Gesetz geregelt sein, dass in unkomplizierten Fällen die Impfausweise vor Ort beurteilt werden sollen. So werden dann statt 20 Mio „nur“ etwa 6-8 Mio zusätzliche Patienten zu behandeln sein bzw. die Kosten für Bescheinigungen nicht auf bis zu 95 Mio ansteigen. (Version B)

**Kommentiert [UP18]:** In der Regel ist die zeitnahe Impfdokumentation ergiebiger, bei Arztwechsel oder länger als 10 Jahre zurückliegenden Impfungen ist eine Klärung meist nicht mehr möglich. Deswegen Kalkulation bei Erwachsenen unterschiedlich von Kindern.

A) Ärztliche Bescheinigung über ausreichende Masern-Immunität anhand Arzt-Doku – nur bei Verlust der Impfausweise	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährl.
	Fälle, die allein durch Arztdokumentation nachvollzogen werden können  ... etwa 20% der Fälle ohne Impfausweis bei Erwachsenen bzw. 80% bei Kindern. (GOÄ Ziffern 1+70= 16,06 Euro)	Gesamtzahl – neue Impfungen – positive Serologien (weil dort separates Attest) (GOÄ Ziffern 1+70= 16,06 Euro)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	214.740 x 16,06 = 3.448.724	16.737 x 16,06 = 268.796
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	31.447 x 16,06 = 505.039	2.172 x 16,06 = 34.882
bei Personal in Schulen	25.084 x 16,06 = 402.849	2.038 x 16,06 = 32.730
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	(182.200 + 334.000) x 16,06= 8.290.172	Entfällt meist wegen Impfung (Bescheinigung inklusive)
gesamt	12,647 Mio Euro	336.408 Euro

##### Nachweis durch serologische Untersuchungen:

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 (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~~ etwa 47 Euro.

Wenn etwa 30% der Erwachsenen mit unklarem Impfstatus diese serologische Diagnostik statt bzw. vor einer Impfung wählen, entstehen ihnen 2020 Mehrkosten von 9,57 Mio Euro, in den Folgejahren jeweils etwa 1,48 Mio Euro – sowie ggf. noch Mehrkosten in unbekannter Höhe für hochsensitive Schwangerschaftstests.

**Kommentiert [UP19]:** Insbesondere wegen des Rötelnanteils der MMR-Impfung ist davon auszugehen, dass viele Frauen im gebärfähigen Alter sicherheitshalber einen hochempfindlichen Schwangerschaftstest vor einer Impfung wünschen.

ärztliche Bescheinigungen über <b>Immunität</b> gegen Masern nach Masern-Titerbestimmung	Erfüllungsaufwand 2020 (privat) (Ziffer 1+250+4385 sowie 1+70= 47,08 Euro)	Erfüllungsaufwand weiter jährlich (privat)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	210.000 $160.875 \times 47,08 = 7.573.995$	21.000 $25.106 \times 47,08 = 1.181.990$
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	560.000 $23.585 \times 47,08 = 1.110.382$	56.000 $3.258 \times 47,08 = 153.387$
bei Personal in Schulen	18.813 x 47,08 = 885.716	3.058 x 47,08 = 143.971
bei Aufnahme in Kindertageseinrichtungen	276.000 gering (Impfung vorrangig)	28.000 gering (Impfung vorrangig)
bei Aufnahme in Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen	4,31 Mio gering (Impfung vorrangig)	90.000 gering (Impfung vorrangig)
gesamt	5,35 Mio <b>9,57 Mio Euro</b>	195.000 <b>1,48 Mio Euro</b>

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 **in der Regel** nach Ziffer 1 + 7+ 75 GOÄ (Gespräch, organbezogene Untersuchung, 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 bis 49,60 Euro an.

#### Bescheinigung von Impf-Kontraindikationen:

Wenn von Bestehen echter Impf-Kontraindikationen bei etwa 5% der Erwachsenen und bei 1% der Kinder ausgegangen wird, entstehen 2020 dafür Mehrkosten von 19,89 Mio Euro, in den Folgejahren jeweils etwa 1,32 Mio Euro.

Kosten ärztlicher Bescheinigungen über eine bestehende <b>Kontraindikation</b> gegen Masernimpfung	Erfüllungsaufwand 2020 (GOÄ Ziffern 1+7+75= 49,6 Euro)	Erfüllungsaufwand weiter jährlich (GOÄ Ziffern 1+7+75= 49,6 Euro)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	603.000 $178.950 \times 49,6 = 8,9 \text{ Mio}$	60.000 $278.950 \times 0,05 \times 49,6 = 691.796$
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	192.000 $26.205 \times 49,6 = 1,3 \text{ Mio}$	20.000 $36.205 \times 0,05 \times 49,6 = 89.788$
bei Personal in Schulen	20.203 x 49,6 = 1,0 Mio	33.974 x 0,05 x 49,6 = 84.256
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	2,3 Mio $(4,58+8,35 \text{ Mio}) \times 0,01 \times 49,6 = 8,72 \text{ Mio}$	14.000 $916.000 \times 0,01 \times 49,6 = 454.336$
gesamt	3,09 Mio <b>19,89 Mio Euro</b>	94.000 <b>1,32 Mio Euro</b>

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).

Der Erfüllungsaufwand beläuft sich etwa auf folgende privat zuzahlende Summen:

#### Wirtschaft und Verwaltung

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

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährlich
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder	1,2 Mio	270 000
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Personal	300 000	30 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder	4,45 Mio	165 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Personal	716 000	70 000
medizinische Einrichtung	1,6 Mio	160 000

**Kommentiert [UP20]:** Wird von der DEGAM nicht berechnet, weil fachfremd.  
Die Zahlen wirken aber angesichts von insgesamt 20 Mio Betroffenen sehr niedrig kalkuliert.  
Das entspricht weniger als 0,5 Euro pro Fall in 2020.

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

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand 2020	Erfüllungsaufwand weiter jährlich
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder	600 000	Entfällt, da Aufnahme an Vorlage der erforderlichen Bescheinigung geknüpft ist.
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Personal	154 000	15 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder	2,2 Mio	45.000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Personal	358 000	36 000
medizinische Einrichtungen	810 000	81 000
Kindertageseinrichtungen gesamt	754 000	15 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen gesamt	2,56 Mio	201 000

**Kommentiert [UP21]:** Wird von der DEGAM nicht berechnet, weil fachfremd.  
Die Zahlen wirken aber angesichts 1,3 Mio Erwachsenen und 2 Mio Kindern mit unklarem oder unvollständigem Impfstatus sehr niedrig kalkuliert. Das entspricht etwas mehr als 1 Euro pro Fall in 2020.

## 5. Weitere Kosten

Für die private Krankenversicherungen ergeben sich aus den Maßnahmen des Gesetzes Mehraufwendungen für die Durchführung zusätzlicher Schutzimpfungen, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht. Diese belaufen sich ~~2022 auf 3,77 Mio Euro~~ in ~~2020 auf 42,049 Mio Euro (PKV)~~ sowie anschließend auf jährlich ~~1,3 Mio Euro~~ ~~500.000 Euro~~.

Weitere Kosten für die Wirtschaft, insbesondere für mittelständische Unternehmen, entstehen nicht.

Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

Zusätzliche Impf-Kosten (Privat) – ca. 15%	Zusätzlicher Erfüllungsaufwand 2020 (Impfstoff 51+Impfung 32,16= 73,16Euro)	Erfüllungsaufwand wei- ter jährlich (Impfstoff 51 Euro + Impfung 32,16 =73,16Euro)
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	$698.085 \times 73,16 \times 0,15 =$ 7.660.785	$19.526 \times 73,16 \times 0,15 =$ 214.278
bei Personal in Gemein- schaftseinrichtungen	$102.201 \times 73,16 \times 0,15 =$ 1.121.554	$2.534 \times 73,16 \times 0,15 =$ 27.808
bei Personal in Schulen	$81.523 \times 73,16 \times 0,15 =$ 894.633	$2.378 \times 73,16 \times 0,15 =$ 26.096
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	$2.949.900 \times 73,16 \times 0,15 =$ 32.372.203	$90.000 \times 73,16 \times 0,15 =$ 987.660
gesamt	<b>42,049 Mio Euro</b>	<b>1,256 Mio Euro</b>

Zusätzliche Impf-Kosten (GKV) – ca. 85% /	Zusätzlicher Erfüllungsaufwand 2020 (Impfstoff 51+Impfung 12= ca. 63 Euro)	Erfüllungsaufwand wei- ter jährlich
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	$698.085 \times 63 \times 0,85 =$ 37.382.452	$19.526 \times 63 \times 0,85 =$ 1.045.617
bei Personal in Gemein- schaftseinrichtungen	$102.201 \times 63 \times 0,85 =$ 5.472.864	$2.534 \times 63 \times 0,85 =$ 135.696
bei Personal in Schulen	$81.523 \times 63 \times 0,85 =$ 4.365.557	$2.378 \times 63 \times 0,85 =$ 127.342
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren	$2.949.900 \times 63 \times 0,85 =$ 157.967.145	$90.000 \times 63 \times 0,85 =$ 4.819.500
gesamt	<b>205,188 Mio Euro</b>	<b>6,128 Mio Euro</b>

## 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~~ ~~2021~~ soll der Stand der Umsetzung des Gesetzes mit den Ländern geprüft werden. Die gesamten

**Kommentiert [UP22]:** Siehe Kalkulationstabellen in der Anlage.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass vor Durchführung einer Impfung eine aktuelle Kontraindikation durch Anamnese und gegebenenfalls körperliche Untersuchung ausgeschlossen werden soll. Damit ist nicht nur eine Impzfiffer sondern auch eine entsprechende Konsultationsgebühr abzurechnen.

**Kommentiert [UP23]:** Die DEGAM empfiehlt wegen zu erwartender Umsetzungsprobleme eine deutlich längere Fristsetzung, mindestens bis Mitte 2021.

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 Impfentscheidung 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 **dringende Empfehlung** zur Inanspruchnahme von Masern-Impfschutz.

Kommentiert [UP24]: s.o.

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 ver-

Kommentiert [UP25]: Angesichts zu erwartender Impfstoff- und Personal-empässe sollte die Impfkation prioritär auf diejenigen gerichtet sein, die Kontakt mit Säuglingen haben. Tätigkeiten mit Kontakt zu Alten sind wegen der vorhandenen Immunität sekundär.

pflichtet, 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~~ **Empfehlung** 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 Impfkommission 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 fachgebiet fremde 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 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 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 Telematikinfrastruktur 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.