

Deutscher Städtetag · Gereonstraße 18 - 32 · 50670 Köln

Bundesministerium für Gesundheit  
Dr. Johannes Blasius  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

E-Mail: [321@bmg.bund.de](mailto:321@bmg.bund.de)

**Entwurf eines Gesetzes für den Schutz von Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)**

Ihre Schreiben vom 06.05.2019 und 23.05.2019 - AZ: 321-320320

Sehr geehrter Herr Dr. Blasius, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des o. g. Referentenentwurfs und die Gelegenheit für eine Stellungnahme. Zu dem Entwurf positionieren wir uns wie folgt:

***Kommunale Relevanz***

Der Gesetzentwurf ist von besonderer kommunaler Relevanz weil er die grundsätzlichen Aspekte der gesundheitlichen Daseinsvorsorge anspricht. Zudem sind ganz konkret kommunale Strukturen, wie etwa der von den Städten zum Teil mitgetragene öffentliche Gesundheitsdienst sowie diverse Gemeinschaftseinrichtungen in kommunaler Verantwortung angesprochen. Mit dem Gesetzentwurf sollen in der Öffentlichkeit kontrovers diskutierte neue Regelungen etabliert und u. a. kommunale Strukturen mit diesbezüglichen neuen oder geänderten Aufgaben konfrontiert werden.

***Grundsätzliches***

Die ersten Impfungen gegen Masern wurden bereits in den 1960er Jahren durchgeführt. Sie sind preiswert, sicher und vor allem schützen sie effektiv vor einer schweren Erkrankung. Trotzdem haben die Fälle, in denen Menschen an den Masern erkrankt sind, in den vergangenen Jahren weltweit um 30 % zugenommen. Seit diesem Jahr führt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Skepsis gegenüber Impfungen zu den 10 größten Gefahren für die globale Gesundheit. Wir schließen uns der Position an, dass diesem Trend entschie-

31.05.2019/rem

Kontakt  
Lutz Decker  
[lutz.decker@staedtetag.de](mailto:lutz.decker@staedtetag.de)  
Gereonstraße 18 - 32  
50670 Köln  
Telefon 0221 3771-305  
Telefax 0221 3771-409

Aktenzeichen  
53.08.15 D

Hausvogteiplatz 1  
10117 Berlin  
Telefon 030 37711-0  
Telefax 030 37711-999

Avenue des Nerviens 9 - 31  
1040 Bruxelles  
Belgien  
Telefon +32 2 74016-20  
Telefax +32 2 74016-21

[www.staedtetag.de](http://www.staedtetag.de)

den vorzubeugen ist. Vom Grundsatz her unterstützen wir als **ultima ratio** daher das Anliegen einer gesetzlichen Masern-Impfpflicht. Damit verbundene Effekte und Folgewirkungen müssen aber sorgfältig abgewogen werden.

Da Menschen, die nicht geimpft sind, eine Gefahr auch für andere darstellen, u. a. als Tätige im Bereich medizinischer und Gemeinschaftseinrichtungen, wo gerade diejenigen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können (Säuglinge, Immungeschwächte), die meisten Komplikationen und schwere Verläufe erleiden, muss eine verpflichtende Aufklärung gesetzlich geregelt werden, ohne die auch eine Tätigkeit in solch einer Einrichtung nicht möglich ist. Ein Impfwang sollte unserer Ansicht dann in Betracht kommen, wenn wirklich alle weniger eingreifenden Maßnahmen erfolglos ausgeschöpft wurden. Die Beurteilung des diesbezüglichen Sachstandes ist auch in unserer Mitgliedschaft nicht absolut einheitlich, jedoch wird deutlich, dass vielerorts die vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfes gestützt werden, damit die Masern wirklich endlich eliminiert und neue Krankheitsfälle vermieden werden. Deutlich wurde aus uns erreichenden Rückmeldungen aber andererseits auch, dass ein ausgebautes Impfmanagement der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, verbunden mit einer nachhaltigen Informationskampagne und den kontinuierlich bestehenden Beratungen auch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ebenfalls signifikante Erfolge bringen kann und jedenfalls ein weniger als die Impfpflicht in Persönlichkeitsrechte des Einzelnen eingreifendes Instrumentarium darstellen.

Neben der angedachten Impfpflicht wurden uns teilweise aus dem Mitgliedsbereich weitere Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft genannt, die wir in den Diskurs einbringen möchten:

- Niederschwellige Impfangebote, z. B. im Zusammenhang mit den Einschulungsuntersuchungen, wenn von der STIKO empfohlene Impfungen fehlen.
- Eine stärkere Präsenz des öffentlichen Gesundheitsdienstes in entsprechenden Einrichtungen gekoppelt an die Voraussetzung, dass die Rahmenbedingungen durch die Gesetzgeber entsprechend ausgestaltet werden.
- Gezielte Impfkampagnen für Jugendliche und junge Erwachsene, die häufig keinen regelmäßigen Kontakt zum Kinderarzt / Hausarzt haben.
- Stärkung der wissenschaftlich fundierten Impfausbildung im Medizinstudium und bei jungen Ärzten

Die mögliche Impfpflicht ist derzeit verstärkt in den öffentlichen Fokus gerückt. Zu beachten ist, dass auf Länderebene bereits teilweise schon eigene Entscheidungen bestehen. Etwa hat der Landtag in Brandenburg eine erste Entscheidung getroffen. Diese Regelung sieht vor, dass Kinder im Kindergartenalter gegen die Masern geimpft werden müssen.

Auffällig ist, dass sich der geplante Gesetzentwurf sich ausschließlich gegen Masern richtet. Gleichzeitig liegt der Nationale Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination von Masern und Röteln in Deutschland vor, der sich nicht nur gegen Masern sondern auch gegen Röteln richtet. Zu bedenken ist, dass in Deutschland kein Mono-Impfstoff für Masern mehr erhältlich ist. Die Einführung weiterer faktischer Pflichtimpfungen (Mumps, Röteln) wäre u. a. wohl auch rechtlich zweifelhaft. Genau zu prüfen sind auch die Bestimmungen und Voraussetzungen des § 20 Absatz 6 IfSG, die u.a. auf epidemische Verbreitung abstellen. In der Begründung des Referentenentwurfs zu § 20 Abs 8 Satz 2 IfSG wird die Verwendung von ausschließlich zur Verfügung stehenden Kombinationsimpfstoffen gerechtfertigt. Dies kommt einer Erweiterung der Impfpflicht auf die Röteln- und Mumpsimpfung gleich. In Abstimmung mit dem Nationalen Aktionsplan und den WHO- Zielen wäre dann auch zu prüfen, ob und wie das Gesetz ggf. auch direkt auf diese Infektionskrankheiten zu erweitern wäre.

Der Fall, dass Bevölkerungsgruppen aus dem Ausland Maserninfektionsketten in Gang setzen, wird auch mit der angedachten Impfpflicht schwer anzugehen sein. Schwierig zu Erreichen scheinen grundsätzlich Menschen zu sein, die entweder nicht in ihrem einheimischen Gesundheitssystem versichert sind, Impfungen generell ablehnen oder deren Gesundheitssystem aus aktuellen Gründen (z. B. Bürgerkrieg) nicht

funktioniert. In der Vergangenheit wurde aber z. B. im Falle der Erstuntersuchungen im Verlauf der syrischen Flüchtlingswelle auch mit einem umfangreichen freiwilligen Impfangebot anlassbezogen erfolgreich reagiert. Im Kontext der teilweise größeren Masernausbrüche der letzten Jahre in Mitgliedstädten, wurde uns in einem Beispiel berichtet, dass ein größerer Teil der Erkrankten aus Südosteuropa stammte und aufgrund des ungeklärten Krankenversicherungsschutzes nicht regulär im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen geimpft wurden. Dies bitten wir Sie besonders zu beachten, dass eben nicht nur der Umgang mit den Erziehungsberechtigten von Bedeutung ist, die sich bewusst gegen eine Impfung entscheiden, sondern es u. a. auch um Zugewanderte aus Südosteuropa geht, bei denen andere Zusammenhänge zu berücksichtigen sind. Viele dieser zugewanderten Bürgerinnen und Bürger und vor allem auch die Kinder verfügen nicht über einen ausreichenden Impfstatus. Oftmals fehlt der Krankenversicherungsschutz. Die vergleichsweise geringen Kosten für eine Impfung gegen eine Infektionskrankheit können sich die Familien häufig nicht leisten. Auch bedarf es in diesem Fall besonderer Aufklärungskampagnen und persönliche Ansprachen. Hier sind der Bund und das Land gefordert, sich auch kostenmäßig bei Aufklärung, faktisch funktionierender gesundheitlicher Versorgung und Impfung zu engagieren.

In dieser Stellungnahme werden wir noch detailliert auf die absehbaren und erheblichen neuen Aufwände eingehen. Vorweg lässt sich aber schon sagen: Die unter E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung (Seite 3) des Referentenentwurfs gemachten Ausführungen, die kommunale Einrichtungen betreffen und in denen von nur geringen Aufwänden ausgegangen wird, teilen wir nicht. Mit Blick auf die Gesundheitsämter halten wir die Aussage, dass auf Grund des erforderlichen Vorgehens ein Erfüllungsaufwand in nur "geringer", nicht bezifferbarer Höhe entstände, dem dann Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht bezifferbarer Höhe gegenüberstünden für nicht zutreffend. Wir rechnen bei dem erforderlichen Vorgehen mit einem derzeit noch nicht bezifferbaren aber jedenfalls erheblicherem Erfüllungsaufwand. Es ist zu erwarten, dass sich Gemeinschaftseinrichtungen wegen Unklarheiten bei vorgelegten Bescheinigungen an ihr zuständiges Gesundheitsamt wenden und dass viele Säumige gemeldet werden, welche in der Folge entweder eine Bescheinigung vorlegen oder sich am Gesundheitsamt impfen lassen. Die Anzahl der Personen, gegen die ein Bußgeldverfahren eingeleitet wird, dürfte deutlich niedriger sein. Dafür sprechen die Erfahrungen aus den Meldungen nach § 34, Abs. 10a IfSG. Die Einleitung eines Bußgeldverfahrens wegen fehlendem Nachweis einer Impfberatung ist eher selten, da, wie uns aus der Praxis berichtet wird, die meisten Eltern eine Impfberatung wahrnehmen, nachdem das Gesundheitsamt sie kontaktiert hat.

### ***Vorgesehene Maßnahmen im Zusammenhang mit Gemeinschaftseinrichtungen; insbesondere Kindertagesstätten und Schulen***

Mit dem Gesetz soll vor allem durchgesetzt werden, dass Kinder, die erstmals eine Kindertagesstätte besuchen oder eingeschult werden, gegen Masern geimpft werden. Ganz grundsätzlich kommt es hierbei zu einem Konflikt: Mit Inkrafttreten des vorgelegten Entwurfs wird die Vorlage eines Impfnachweises nach § 34 Absatz 10 b Infektionsschutzgesetz zur zwingenden Voraussetzung, um ein Kind in einer Kindertageseinrichtung aufnehmen zu können. Dem steht § 24 SGB VIII entgegen, in welchem der Anspruch auf Förderung in Kindertageseinrichtungen für die verschiedenen Altersgruppen festgelegt wird. Kinder, deren Eltern keine Masernimpfung vornehmen lassen wollen, wird somit das Recht auf Förderung in der Kindertageseinrichtung verwehrt. Vor Ort erwarten wir so leider Diskussionen und rechtliche Auseinandersetzungen. Vor Inkrafttreten einer Impfpflicht muss das Rechtsverhältnis dieser im Zusammenhang mit dem Rechtsanspruch auf Betreuung in einer Kindertageseinrichtung umfassend geklärt werden. Ein mit absoluter Sicherheit zu erwartender Konflikt darf unter keinen Umständen auf den Rücken der Kindertageseinrichtungen und derer Träger sowie am Ende auch zulasten der Kinder ausgetragen werden

Eine Impfpflicht für Personal in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas und Schulen sowie med. Einrichtungen erscheint aus rein epidemiologischer Sicht grundsätzlich sinnvoll. Allerdings haben gerade Kitas und Schulen schon jetzt Probleme, ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zu bekommen. Außerdem kommen damit neue bürokratische Pflichten auf die Arbeitgeber zu. Zudem muss hier die Reihenfolge der Maßnahmen anhand der Eingriffstiefe in persönliche Rechte eingehalten werden, womit wir noch

einmal den Bereich Aufklärung ansprechen. Zumindest teilweise wird dazu in unserer Mitgliedschaft die Auffassung vertreten, dass § 20 und entsprechend § 34 Abs. 10(b) und 73 sinngemäß folgende Änderung erfahren sollte: „ Für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden (also insbesondere in Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorten, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen, Heimen, Ferienlagern und ähnlichen Einrichtungen) oder dort mit Kontakt zu den Betreuten tätig sind (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), sowie für Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen (medizinische Personal, aber auch andere dort tätige Personen, wie z. B. Küchen- oder Reinigungspersonal mit Kontakt zu Patienten) wird verpflichtet geregelt, dass eine umfassende ärztliche Aufklärung stattgefunden hat und diese - vor Einstellung - dokumentiert vorgelegt wird.“

Weiter nachgedacht werden muss über die Vorgehensweise bei der Prüfung von Impfnachweisen. Erzieher/innen sollten hier nicht in eine entsprechende Rolle gebracht werden, da hier der behördliche Charakter gewahrt werden sollte. Die Beziehung zwischen Kindertagesstätten als Einrichtung der Bildung und Erziehung zu den Erziehungsberechtigten ist im Normalfall von einem Vertrauensverhältnis geprägt. Sollte es als ultima ratio auf eine Impfpflicht hinauslaufen, steht diesem Vertrauensverhältnis eine gesetzlich übertragene Kontrollfunktion entgegen. Eine Überwachung der Durchimpfung mit Meldepflicht bei erkannten Verstößen verändert das Gesicht der Kita nicht nur bei den unmittelbar Betroffenen sondern langfristig in der Gesamtgesellschaft und ist deshalb nicht zu befürworten. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass mit der Festlegung auf die Einrichtungsleitung in die Organisationshoheit der Träger eingegriffen wird. In vielen Kommunen gibt es zentrale Anmeldeverfahren, innerhalb derer auch alle Nachweise zu erbringen sind. Die konkrete Verpflichtung der Einrichtungsleitung kommt einer Überschreitung von Kompetenzen gleich und muss aus diesem Grund unterbleiben.

Zudem ergeben sich Fragestellungen für Einrichtungen bei bereits aufgenommenen Kindern oder dort tätigen Personen. Hier ist der Nachweis bis zu einem bestimmten Stichtag vorzulegen. Aus dem Entwurf geht nicht hervor, wie mit den Kindern zu verfahren ist, zwischen Aufnahme und dem etwaigen (Besuchs-) Verbot umzugehen ist. Es ist davon auszugehen, dass hier Zeitfenster entstehen, in denen die Kinder die Einrichtung besuchen, ohne dass ein entsprechender Impfschutz besteht. Für die Kinder entsteht hierdurch eine emotional belastende Situation, wenn der Besuch der Kindertageseinrichtung abrupt beendet wird. Es ist zu klären, wie die Impfpflicht im Verhältnis zum Recht auf Kindeswohl steht.

Problematisch ist auch der Umgang mit den (bereits) Tätigen in Gemeinschaftseinrichtungen. Der Impfstatus wäre zukünftig Einstellungsvoraussetzung. Unklar ist auch der Umgang mit bereits tätigen "Impfverweigerinnen". Auch das Tätigwerden von Ehrenamtlichen und sonstigen Personen, die zum Beispiel an Projekten teilnehmen, würde erschwert werden.

Sicher entstehen mit dem vorgesehenen hier erhebliche Zusatzaufwände. U. a.:

- gesteigener Informationsbedarf bei Eltern und Mitarbeitenden;
- erhöhter Aufwand, den Impfstatus von Kindern und Beschäftigten zu erfassen (hier im ersten Schritt nicht nur bei Neu-Anmeldungen, sondern anfangs im Bestand);
- das gesamte Personal - das nach 1970 geboren ist - müsste seinen Impfstatus nachweisen, also z. B. auch Verwaltung, Küche, Aushilfen, ehrenamtlich Tätige;
- der Impfstatus der Nutzenden müsste vor Aufnahme in der Einrichtung kontrolliert werden;
- ggf. Benachrichtigungen an das Gesundheitsamt.

Zudem bestehen Risiken, Unklarheiten und eine Reihe von weiteren Fragen, die dringend zu beantworten sind, bzw. für die Konkretisierungen notwendig erscheinen:

- Wie ist mit bestehendem Personal, das sich der Impfpflicht verweigert nach dem 31. Juli 2019 zu verfahren? Wie haben Gesundheitsämter vorzugehen? Ist eine Impfung durchzusetzen bzw. kann diese

überhaupt durchgesetzt werden? In welcher Form werden die Träger der Kindertageseinrichtungen an diesem Verfahren beteiligt?

- Wenn sich das Personal verweigert, muss der Einrichtungsträger das entsprechende Personal aus den Einrichtungen abziehen? Oder gilt es die Entscheidung des Gesundheitsamts abzuwarten? Wie ist dies aus arbeitsrechtlicher Sicht zu bewerten? Besteht ein Anspruch auf eine Tätigkeit in einem anderen Aufgabengebiet?
- Wie ist mit Sorgeberechtigten zu verfahren, die sich über einen längeren Zeitraum in der Einrichtung aufhalten, z. B. bei Eingewöhnungen? Muss ein Impfnachweis vorgelegt werden?
- Ist der Impfnachweis von Ehrenamtlichen ebenfalls zu verlangen?
- Wenn auch offene Angebote der Jugendarbeit etc. betroffen sind, müssen auch hier entsprechende Mehraufwände berücksichtigt werden; beim Personal der Einrichtungen ebenso wie bei der Kontrolle des vorliegenden Impfschutzes bei jungen Menschen. Von organisatorischen Schwierigkeiten (freiwilliges Angebot, niedrigschwellig) muss ebenso ausgegangen werden.
- Streng genommen müsste diesem Gesetz zufolge auch vor einer Schutzmaßnahme nach § 42 oder § 42 a (Inobhutnahme bzw. vorläufige Inobhutnahmen), in einer Gemeinschaftseinrichtung ein entsprechender Nachweis vorliegen. Ungeachtet davon, dass in den Familien nicht unbedingt eine Impfung erfolgt ist, fällt ggf. auch der Nachweis dieser Impfung schwer. In der Konsequenz müssten dann Impfungen in einer Krisensituation erfolgen. Ist dies vom Gesetzgeber so gewollt?
- In Kindertageseinrichtungen werden unterschiedliche Praktika angeboten, und es werden dort Mitarbeitende beschäftigt, die zwar einen anderen Auftrag haben, aber gleichwohl Kontaktmöglichkeiten zu den Kindern haben (u. a. Fachberater, Hausmeister, Handwerker, Mitarbeitende von zeitarbeitsfirmen, Reinigungskräfte, Vertreter des Trägers). Ist es hier erforderlich, dass diese Personen einen entsprechenden Impfschutz nachweisen?
- Die Leitung der Einrichtung muss bei Nichterbringung des Impfnachweises (Bestandskinder und Bestandsbeschäftigte) unverzüglich das zuständige Gesundheitsamt informieren. Damit wird die Leitung Auslöser und Teil eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens. Dies widerspricht jedoch den Vorgaben des § 22 SGB VIII, nachdem die Tageseinrichtungen „die Erziehung und Bildung in der Familie unterstützen und ergänzen“ sollen. Dieses Ziel kann aber nur auf Basis einer vertrauensvollen Zusammenarbeit erreicht werden. Die Leitung einer Einrichtung kann nach unserer Überzeugung nicht Teil eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens sein und gleichzeitig partnerschaftlich vertrauensvoll mit betroffenen Eltern zusammenarbeiten. Hier besteht vielmehr die Gefahr des Rückzugs der Eltern, für deren Kinder ein Besuch einer Kindertagesstätte im Rahmen einer Bildungsteilhabe in ganz besonderem Maße wünschenswert wäre.

Weiterhin wird - sowohl bei Neuaufnahmen als auch bei bereits betreuten Kindern - eine Betreuung bei nicht ausreichendem Masernimpfschutz ausgeschlossen. Dies kollidiert zunächst mit dem in § 24 SGB VIII formulierten Rechtsanspruch auf ein Betreuungsangebot. Hier muss die Rechtslage eindeutig und für die Kommunen rechtssicher ausformuliert werden.

- Wenn die Regelung für Beschäftigte mit nicht ausreichendem Impfschutz zur Folge haben kann, dass die Ausübung der Tätigkeit in einer Einrichtung verwehrt wird, kommt dies einem Berufsverbot gleich. Zur Vermeidung arbeitsrechtlicher Streitigkeiten ist hier unbedingt Rechtssicherheit herzustellen.
- Es ist unklar, warum ältere Beschäftigte (geboren vor 1970) von der Regelung ausgenommen sind.
- Die Pflicht zur Vorlage eines Impfnachweises schließt möglicherweise bestimmte Kinder aus bzw. verzögert deren Aufnahme, die aus Sicht der Jugendhilfe aber besonders der Förderung durch eine Tageseinrichtung bedürfen. Das ist vor allem bei neu zugewanderten Kindern relevant, die ja schnell in der KT Deutsch lernen und integriert werden sollen.
- Welche Risiken gibt es bei Kindern aus dem Ausland, wenn sich deren Impfstatus nicht sicher klären lässt und sie evtl. doppelt geimpft werden?
- Bei Kindern ist ein Nachweis bzgl. der öffentlich geförderten Kindertagespflege nicht vorgesehen. Der § 34 Abs.10b bezieht sich nur auf die Aufnahme eines Kindes in einer Kindertageseinrichtung. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso für die Kindertagespflege die Regelung nicht gilt bzw. in den geplanten Gesetzesänderungen nicht *ausdrücklich* die Kindertagespflege erwähnt wird, sondern auf die Gemein-

schaftseinrichtungen nach § 33 IfSG Bezug genommen wird. Auch § 33 IfSG benennt nicht beispielhaft die Kindertagespflege. Zwar ließe sich diese eventuell allgemein unter § 33 fassen; da hier aber auch auf *Einrichtungen* abgestellt wird, ist es nicht eindeutig. Erwähnung findet die Kindertagespflege schließlich in den Erläuterungen auf S. 18 Mitte, jedoch in der Form, dass sie eben auch von der Förderung in Tageseinrichtungen abgegrenzt und somit die Förderung in der Tagespflege wohl nicht vom Impfschutz abhängig gemacht werden soll. In den §§ 22 ff SGB VIII wird die *Kindertagespflege* von den *Einrichtungen* begrifflich getrennt (vgl. insbesondere § 22, Abs. 1, S. 1 SGB VIII). Aus diesen Gründen - um Unstimmigkeiten und Fragen zu vermeiden - wäre eine Klarstellung und explizite Erwähnung der Kindertagespflege (die z.B. in sogenannten Großtagespflegestellen (bis zu 15 Kinder, die allerdings nicht gleichzeitig anwesend sind stattfinden kann, aber noch nicht als Einrichtungen definiert werden) - soweit man der Gesamtargumentation folgt - sinnvoll und zielführend, da sich in der Tagespflege die gleiche Sachlage darstellt, die die Gesetzesänderung in Bezug auf Tageseinrichtungen notwendig macht (auch in den "kleineren" Tagespflegen). Wenn dies mit den bestehenden Regelungsentwürfen so intendiert war, wäre es nicht verständlich, warum bei der Betreuung von Kindern in Tagespflege keine höhere Durchimpfungsrate erreicht werden soll.

Im Kontext der Kindertagespflege stellt sich auch noch eine weitere Frage: Im Bereich des Kinderschutzes muss jedes erwachsene Mitglied der Familie der Kindertagespflegeperson, wenn die Betreuung in der Wohnung der Kindertagespflegeperson durchgeführt wird, ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen. Ist es im Sinne des Schutzes der Kinder vor Masern auch notwendig, dass in der Kindertagespflege alle Familienangehörigen der Kindertagespflegeperson, die Kontakt zu den Kindern haben, einen Impfschutz nachweisen?

- Für die Grundschulkinderbetreuung an den Schulen ist anzustreben, dass der für den Schulbesuch erforderliche Impfnachweis auch dem jeweiligen Träger der Grundschulkinderbetreuung überlassen werden kann, um doppelten Aufwand zu vermeiden - zu klären ist die datenschutzrechtliche Zulässigkeit.
- Neben diese Fragen gilt es mögliche Auswirkungen auf den Fachkräftebedarf zu berücksichtigen. Der Fachkräftemarkt im Feld der Frühkindlichen Bildung hat sein Potenzial bereits heute schon nahezu erschöpft. Es ist zu bedenken, dass eine Impfpflicht abschreckend auf potentielle Bewerberinnen und Bewerber wirken könnte. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass sich vorhandenes Personal neu orientiert, sofern es Impfungen ablehnt. Die Gefahr eines hiermit einhergehenden Verlusts von Betreuungsplätzen muss angesichts der bundesweit angespannten Situation bezüglich der Erfüllung des Rechtsanspruches abgewogen werden.
- Der Entwurf des Gesetzes sieht vor, dass Beschäftigte, wie auch zu betreuende Kinder, einen Impfnachweis nach § 22 Infektionsschutzgesetz, somit einen Impfausweis, vorzulegen haben. Da der Impfausweis mehr Informationen enthält, als für den Nachweis der Masernimpflicht erforderlich, stellen sich unsere Mitglieder die Frage nach der Einhaltung des Rechts auf informelle Selbstbestimmung ihrer Mitarbeitenden und des Datenschutzes.
- Auswirkungen des Gesetzes auf Gemeinschaftsunterkünfte für z. B. Obdachlose oder geflüchtete Menschen: Diese Unterkünfte sind keine Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Infektionsschutzgesetz. Ist mit Auswirkungen auf den Personenkreis der dort untergebrachten Menschen und des beschäftigten Personals zu rechnen?
- Auf der Grundlage des § 24 SGB VIII können Kinder ab der achten Lebenswoche in die Kindertagesstätte / die Kindertagespflege aufgenommen werden. Nach dem vorgeschlagenen § 20 Abs. 9 IFSG müssen sie vor ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung einen Nachweis nach § 22 darüber erbringen, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision entspricht, oder eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, die bestätigt, dass eine Immunität gegen Masern oder dass eine gesundheitliche Kontraindikation gegen eine Schutzimpfung gegen Masern vorliegt. Die erste Teilimpfung sollte zwischen vollendetem 11. und 14. Lebensmonat gegeben werden (frühestens mit 9 Monaten, wenn z.B. Ansteckungsgefahr herrscht oder das Kind in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut wird). Die zweite Impfung soll frühestens vier Wochen nach der ers-

ten Impfung und spätestens gegen Ende des zweiten Lebensjahres, mit 23 Monaten, gegeben werden. Vor diesen Hintergründen:

- Wie soll mit Kindern verfahren werden, die in die Gemeinschaftseinrichtung kommen und noch nicht im neunten Lebensmonat sind?
- Wie soll bei den Kindern, die nach der ersten Impfung, aber vor der zweiten Impfung aufgenommen werden, überprüft werden, ob die zweite Impfung erfolgreich durchgeführt wurde?
- Derzeitig legen Eltern in Schleswig-Holstein vor der Aufnahme eine ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen (§ 1 Abs. 1 der Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen Schleswig-Holstein) vor, auf der der Impfstatus vermerkt ist. Im Zusammenwirken mit dem nun geplanten Gesetz stellen sich Fragen:
  - Wird dieser oder ein ähnlicher Vordruck verwendet, oder muss der Impfpass als Nachweis dienen?
  - Ist der Eintrag im Impfpass für Nichtmediziner eindeutig als Masernschutzimpfung zu identifizieren?
- Bisher ist gesetzlich nicht geregelt, wie alt eine Bescheinigung bei der Aufnahme sein darf. Hier könnte eine gesetzliche Regelung vorsehen, dass der Nachweis nicht älter eine bestimmte Dauer (14 Tage wurde uns gegenüber genannt) sein darf, damit auf die Aktualität des Eintrages vertraut werden kann.
- Im § 24 SGB VIII wird den Kindern vor Vollendung des ersten Lebensjahres unter bestimmten Voraussetzungen und den Kindern zwischen Vollendung des ersten Lebensjahres und dem Schuleintritt ein genereller Rechtsanspruch auf einen Platz in der Kindertageseinrichtung und / oder Kindertagespflege (bis zum 3. Geburtstag) zugestanden. Ist es hier vorgesehen, diesen Rechtsanspruch unter den Vorbehalt der Masernschutzimpfung zu stellen?
- Ggf. müssen mit viel Aufwand Jugendämter und Familiengerichte eingeschaltet werden, um die Einwilligung zu erzwingen, wenn ein Bußgeld auf Grundlage von § 72 Abs. 1 Nr.24, Abs.2 IfSG nicht zum Erfolg führt.

Insgesamt geht der Verwaltungsaufwand für die Umsetzung des Vorhabens einseitig zu Lasten der Einrichtungen und ihrer Träger und Leitungen. Vor dem Hintergrund dieser Einschätzungen und offener Fragen erhielten wir aus der städtischen Praxis Rückmeldungen, denen zufolge das Verhältnis zwischen Nutzen und Aufwand der geplanten Regelungen fraglich erscheint.

Dies auch vor dem Hintergrund, dass bei eine grundsätzlich denkbaren generellen Impfpflicht, auch an die Erwachsenen gedacht werden sollte. Die derzeit auch medial besonders beobachteten Masernausbrüche werden vor allem durch Personen aufrechterhalten, die bereits im Erwachsenenalter sind. Bei Kindern liegen die Impfquoten gegen Masern hingegen für die Erst- bzw. Zweitimpfung bei, wie uns gemeldet wurde, 97 bzw. 93 %. Aus epidemiologischer Sicht hat eine Steigerung der Impfquoten in dieser Gruppe daher nur wenig Auswirkung. Ein Fokus sollte demzufolge auch auf die Steigerung der Durchimpfungsraten bei Erwachsenen gelegt werden. Etwa könnte überlegt werden, dass im Zuge der künftig anstehenden Entscheidung für oder gegen eine Organspende auch das Thema Impfauffrischung oder Impfen angesprochen wird. Zudem könnte verstärkt in Kinderarztpraxen den Eltern die bereits heute dort durchführbaren Impfungen angeboten werden.

Hier wäre jedenfalls noch einmal genauer zu überlegen wie und mit welcher Personengruppenfokussierung den Masern am besten begegnet werden kann. Dies muss überlegt werden, wenn, wie jetzt vorgesehen, gerade die Gruppe mit den mit Abstand höchsten Impfquoten - ohne bestehende Impfpflicht - mit einer gesetzlichen Impfpflicht belegt werden soll. Sogar bei einer (unrealistischen) 100%igen Durchimpfung der beim derzeitigen Sachstand noch ungeimpften Teilmenge an Kindern hieraus wären die jährlich maximal möglichen Steigerungsraten der bundesweiten Impfquote nur gering. Als sinnvolle und ergiebige Zielgruppe zur Erreichung einer Herdenimmunität wurden uns gegenüber von kommunalen Experten mehrfach die (jungen) Erwachsenen genannt. Diese Gruppe ist zahlenmäßig größer als die der Kinder und zeigt ungleich schlechtere Impfquoten. Hier sollte dann auch ein Schwerpunkt der Aufklärungsarbeit der

BZgA gesetzt werden. Es ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen, dass davon ausgegangen wird, dass grundsätzlich jeder approbierte Arzt zum Impfen befähigt ist, und dass alle (Fach-)Ärzte nun auch alle Patienten impfen dürfen. Noch vorhandene Abrechnungshindernisse müssten abgebaut werden. Nur wenn jeder Arztbesuch zur Impfkontrolle und zum unmittelbaren Impfen genutzt wird, lassen sich Impflücken schneller schließen.

Weitere Konsequenzen:

- Stadtintern wäre voraussichtlich an vielen Stellen eine Änderung der aktuellen Satzungen über die Benutzung der Kindertageseinrichtungen erforderlich.
- Im Zusammenspiel mit den kommunalen Jobcentern (§16 SGB II) wurden bislang oft sehr schnell (innerhalb von Tagen) Kindern Betreuungsplätze zur Verfügung gestellt. Dieses Verfahren wird mit dem neuen Gesetz mehr Zeit brauchen, wenn der Impfstatus überprüft werden muss. Die Vermittlung von Menschen in Arbeit durch das Jobcenter wird ggf. dadurch verzögert.
- Insgesamt ist der vorgesehene Zeitplan sehr eng.
- Eltern entsteht ggf. Aufwand für nicht von den Trägern der Krankenversicherung getragene ärztliche Bescheinigungen und serologische Untersuchungen.

Insgesamt erscheinen die verfahrensrechtlichen Vorgaben und Abläufe bisher nicht ausreichend definiert. Wir sehen die große Gefahr, dass die rechtlichen Unsicherheiten auf dem Rücken der Träger der Jugendhilfe ausgetragen werden. Unabhängig von dem grundsätzlich zu begrüßenden Ziels der Erhöhung der Durchimpfungsrate, müssen die rechtlichen Unklarheiten ausgeräumt werden.

### ***Speziell zum Bereich „Schule“:***

Die Umsetzung und die Fragestellungen liegen im schulischen Bereich etwas anders als im vorschulischen Bereich. Künftig wird man davon ausgehen können, dass Kinder, die eine KiTa besucht haben, auch über den entsprechenden Impfstatus verfügen. Aber: nicht alle Kinder besuchen eine KiTa. (Rechtsanspruch auf KiTa, nicht aber KiTa-Pflicht) Daher wird es auch künftig eine unbestimmte Zahl von Kindern geben, die ungeachtet der geplanten Änderung des Infektionsschutzgesetzes durchs Raster fallen, weil sie nicht zuvor eine KiTa besucht haben. Daher sollte, um künftig eine möglichst flächendeckende Impfung sicherzustellen, angedacht werden, spätestens im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine noch fehlende Impfung verbindlich vorzunehmen. Der Impfstatus wird bei der Schuleingangsuntersuchung zwar abgefragt. Seitens der Gesundheitsämter wird bei fehlendem Impfstatus beraten. Es gibt aber stets einen gewissen Prozentsatz, dessen Impfstatus auch weiterhin ungeklärt bleibt, sei es, dass der Impfausweis vergessen wurde, sei es, dass Impfgegner hier das Thema umgehen. Der Durchimpfungsgrad wird derzeit mit ca. 95 % quantifiziert. D. h.: es gibt rd. 5 % Schülerinnen und Schüler, die nicht geimpft sind. Der Aufwand der Feststellung bei Schulen dürfte bzgl. der Schülerinnen und Schüler die über keinen Impfstatus verfügen, groß sein. Hinzu kommt, dass in den Fällen, in denen ein fehlerhafter Impfstatus festgestellt wird und die Impfung mit anderen Mitteln "erzwungen" werden müsste, ein Ausschluss vom Unterricht der Schulpflicht entgegensteht.

Bzgl. der Verpflichtung von in der Schule tätigem Personal, über einen ausreichenden Impfschutz zu verfügen oder eine Immunität gegen Masern zu belegen, sind die jeweiligen Ein-/Anstellungsbehörden (insb. Land, Bezirksregierung) gefordert, aber auch die städtischen Dienststellen, soweit es sich um städtisches Personal handelt. Bei Neueinstellungen dürfte mit einigem Aufwand die Problematik angegangen werden können. Bei Bestandspersonal dürfte es deutlich aufwändiger werden.

Weiterhin müssten die mit den Regelungen verbundenen organisatorischen und finanziellen Aufwände der Kommune und Schulen entsprechend berücksichtigt werden (finanzielle Unterstützung/Budgetierung im Haushaltsplan etc.).

Der von dieser Pflicht betroffene Personenkreis muss konkretisiert werden. Unbeantwortet ist noch die Frage, ob die Pflicht auch für Schulsekretariatskräfte und Schulhausmeisterkräfte bzw. Schulsozialarbeiter, Schulbegleiter, Schulpsychologen und die Mensabetreiber gilt.

Der damit verbunden gesamtorganisatorische Aufwand der Prüfung und die verwaltungsmäßige Abwicklung müssen hierbei besonders beachtet werden.

### **Spezielle Anforderungen und Belastungen des ÖGD**

Es steht zu befürchten, dass die Last der Kontrollen und ggf. der Konsequenzen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und hier vor allem durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste getragen werden sollen. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist mit seinen bestehenden Aufgaben und seiner teils schwierigen personell-ärztlichen Situation bereits heute schon über seine Kapazitätsgrenzen hinaus belastet und nicht in der Lage, weitere Aufgaben verantwortlich zu übernehmen. Eine Stärkung des ÖGD für seine originären Aufgaben wie Aufklärung, Beratung und Prävention erscheint zumindest Teilen unserer Mitgliedschaft als die weitaus erfolgversprechendere Maßnahme.

Der Mehraufwand für die Gesundheitsämter insbesondere in diesen Bereichen:

- Schulungsbedarf des Personals in den Gesundheitsämtern,
- Kontrolle von Impfbescheinigungen,
- Erlass von Zutrittsverboten,
- zusätzlicher Durchführung von Schutzimpfungen,
- zusätzlichem Aussprechen von Ausnahmen für den Besuch von Kindertagesstätten,
- zusätzlicher Bearbeitung von Benachrichtigungen aus Kindertagesstätten, Schulen und medizinischen Einrichtungen/Institutionen.

Im Einzelnen und detailliert ergeben sich u.a. folgende Belastungen und Risiken für die Gesundheitsämter:

- Kurze Übergangszeit und Auswirkung auf alle „Bestandsfälle“: Die Umsetzung der „Masern-Impflicht“ sieht im Ergebnis eine vollständige Nachweis- und damit auch Nachimpfungs- bzw. Bescheinigungspflicht im 5-Monats-Zeitraum zwischen dem 01.03.20 und dem 31.07.20 vor (vgl. § 20 Abs. 9 IfSG neu). Bis zu diesem Datum soll der gesamte betroffene „Personenbestand“ soweit nötig nachgeimpft bzw. im Ausnahmefall von der Impfpflicht befreit sein. Damit sind vss. folgende Impfaufwände verbunden (die Zahlen der erwarteten zusätzlichen Impfungen entstammen Ziffer VI.3 der Gesetzesbegründung):
  - 361.000 bereits in Kitas aufgenommene Kinder
  - unbekannte Zahl an nicht bzw. nicht vollständig geimpften derzeitigen Schulkindern (die wird aufgrund der höheren Schülerzahl entsprechend noch höher sein)
  - 79.000 bei Kita-Erstaufnahme und 71.000 bei Einschulung im Sommer 2020
  - unbekannte Zahl an nicht geimpften Kindern im Übergang zur weiterführenden Schule im Sommer 2020 (ggf. ähnlich wie die „Einschulungsgröße“ von 71.000?)
  - 220.000 zusätzliche Impfungen für die in den Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen Tätigen mit „Kinder-/Patientenkontakt“ (160.000 Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen, 60.000 in medizinischen Einrichtungen)

Diese enorme Anzahl (sie dürfte unter Berücksichtigung der derzeitigen Schülerschaft weit über 1 Mio. Personen betragen) an voraussichtlich nachzuimpfenden Personen bildet somit auch das Potenzial für mögliche Bußgelder und ggf. Verbote gemäß § 34 Abs. 1 IfSG. Die daraus resultierenden „Streitfälle“ und verwaltungsseitigen Mehraufwände ab dem 01.08.2020 bergen ein enormes Aufwandspotenzial. Darauf sind die Gesundheitsämter personell nicht vorbereitet.

- Zielgruppe „berufstätige Erwachsene“: Betroffen sind neben den Kindern und Jugendlichen in Gemeinschaftseinrichtungen auch alle (Berufs-)Tätigen in medizinischen Einrichtungen mit Patientenkontakt i.S.d. § 23 Abs. 3 USC; d.h.

„Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, und ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen“.

Offenbar müssen danach auch alle Heilpraktiker, Therapeuten, Hebammen etc. und zahlreiche in der ambulanten Pflege Tätige den Impf-/Immunstatus nachweisen (wenn sie nach 1970 geboren sind).

Das hier verborgene „Konfliktpotenzial“ (Impfskeptiker) kann nur vermutet werden. Der Umgang mit dieser Problematik wird den Gesundheitsämtern zugewiesen. Nähere Ausführungen dazu gibt es (bisher) nicht. Der behördliche Aufwand für diesen großen und vielfältigen Personenkreis dürfte erheblich sein.

- Verantwortlich für die Überprüfung der Impfpflicht sind die „Leitungen der Einrichtungen“ (§ 20 Abs. 9 IfSG neu). Fraglich bleibt wem die Leitungen der Einrichtungen/Praxen bzw. die allein tätigen Freiberufler melden sollen.
- Die Auswirkungen durch zu erwartende zusätzliche Schwierigkeiten für die Bindung bzw. Gewinnung von Fachkräften in ausgewiesenen „Mangelberufen“ (z.B. Krankenpfleger/-innen, Erzieher/-innen, Hebammen...) ist im Gesetzesentwurf bzw. in der Begründung nicht thematisiert.
- Genehmigung von Ausnahmen zur Impfpflicht im Rahmen der Kita-Aufnahme durch das Gesundheitsamt (§ 34 Abs. 10b IfSG neu): Die Gesetzesbegründung (Teil B) nennt als Beispiele Impfstoffmangel und vorübergehende Kontraindikation. Zumindest die Ausnahmeoption „Impfstoffmangel“ könnte auf überörtlicher Ebene vermutlich effektiver geregelt werden. Bei „Kontraindikationen“ kann doch eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden (§ 20 Abs. 9 IfSG neu). Der Sinn dieser „Ausnahmeoption“ mit Entscheidungszuständigkeit des Gesundheitsamtes bleibt damit -zumindest ohne weitere bundes- bzw. landesrechtliche Konkretisierungen- unklar. Entsprechende Anträge und Entscheidungsbedarfe mit allen Konsequenzen (Verwaltungsakte, Rechtsbehelfe) dürften die Folge sein.
- Das Gesundheitsamt erhält zwei „ordnungsrechtliche Instrumente“ bei denen wir Zweifel am Verhältnis des Aufwandes zum Ertrag haben. Neben den erheblichen Aufwänden würde sich dabei als ‚Kollateralschaden‘ das Bild des ÖGD mit negativen Folgen für seine öffentliche Wahrnehmung und das gesamte Tätigkeitsspektrum des ÖGD wandeln:
  - Verbote gem. § 34 Abs. 1 IfSG gegenüber den Beschäftigten und den Kindern/Jugendlichen in Gemeinschaftseinrichtungen, die keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegen, zur Ausübung ihrer Tätigkeit bzw. zum Besuch der Einrichtung (§ 20 Abs. 9 IfSG neu): Hierzu ist zunächst anzumerken, dass ganz grundsätzlich die Überprüfung und Durchsetzung einer Impfpflicht als Vollzugsaufgabe schwer mit dem Selbstverständnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Sicherung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung zu vereinbaren ist. Vollzugsaufgaben mit polizeilichem Charakter (Tätigkeitsverbote, Genehmigungen, Anordnungen, Erlaubnisse usw.) werden in der Regel sinnvollerweise nicht den Gesundheitsämtern zugewiesen. Mit dem Erlass und der Durchführung entsprechender Verbote wären dann auch erhebliche Verwaltungsaufwände verbunden. Gerade die Durchführung von möglichen Verwaltungszwangsmaßnahmen dürfte viel Konfliktpotenzial bieten. Dabei ist zu berücksichtigen dass die Gesundheitsämter bisher allgemein wenig Erfahrung mit der Umsetzung von Verboten dieser Art haben. Hier dürfte der Aufwand erheblich zunehmen. Die Beschränkung auf die Personen, die „keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegen“, begrenzt den betroffenen Personenkreis bei den Kindern und Jugendlichen erheblich. Es

stellt sich die Frage, ob dann nicht Schüler in Gänze von diesem Verbot ausgenommen werden sollten. Die Prüfung der Schulpflicht im Einzelfall ist auch nicht gänzlich unproblematisch und die Anzahl der betroffenen Personen vermutlich klein (Schulpflicht besteht praktisch bis zum Alter von 18 Jahren, wenn keine Berufsausbildung vorliegt.) Die „Verbotsoption“ besteht damit im Wesentlichen nur für Kinder vorschulischer Einrichtungen, für Schüler über 18 (vereinfacht) und für Berufstätige in Gemeinschaftseinrichtungen. Die Impfpflicht gilt hingegen insbesondere auch für das Personal in medizinischen Einrichtungen (s.o.). Hier ist das Gesetz nicht einheitlich bzw. nicht konsequent bei der Regelung der Folgen.

- Erhebung von Bußgeldern bis 2.500 € (§ 73 IfSG neu):  
Bußgeldtatbestände liegen vor bei mangelhafter Impfnachweiserbringung, mangelhafter Benachrichtigung des Gesundheitsamtes durch die Einrichtungen und Aufnahme eines Kindes in eine Gemeinschaftseinrichtung ohne Vorlage der entsprechenden Dokumente. Diese Tatbestände dürften häufig vorkommen und werden zu entsprechenden Mehraufwänden führen (Sachverhaltsermittlung und -beurteilung, Anhörung mit Bußgeldandrohung, Beurteilung der Stellungnahme, Erlass des Bußgeldbescheids, Einspruch, Mahnverfahren, Vollstreckung ...). Fallzahlen sind nicht prognostizierbar. Aber sicherlich birgt das „sensible Thema Impfen“ genug Potenzial für eine größere Zahl von entsprechenden Verfahren.
  - Wenn der erforderliche Impfstatus weiterhin nicht nachgewiesen wird, kann abgesehen von den o.g. „Verbotsoptionen“ in den anderen Fällen (d.h. insbesondere bei Schulkindern und Beschäftigten in medizinischen Einrichtungen) nur ein weiteres Bußgeld erlassen werden (wie oft?). Hier besteht in gewisser Weise die Gefahr des Eindrucks eines „Freikaufens“, der nicht akzeptabel ist.
  - Der Bußgeldtatbestand tritt unmittelbar mit der „Nichterfüllung“ der Pflichten ab dem 01.08.20 in allen entsprechend bekannt werdenden Fällen ein. Angesichts der o.g. hohen Zahl an pflichtigen „Nachimpfungen“ und der „Vielfalt der Betroffenen“ ist hier also ggf. mit einem erheblichen Fallaufkommen zu rechnen. Gerade für die Anfangsphase erschienen Hinweise zu einem einheitlichen Vorgehen sinnvoll.  
Der verwaltungstechnische und personelle Mehraufwand auf kommunaler Ebene findet sich zudem auch hier nicht adäquat in den Kostenfolgen wieder.
- Der „Ort der Einrichtung“ bestimmt die örtliche Zuständigkeit des Gesundheitsamtes (§ 20 Abs. 9 IfSG neu); d.h. das jeweilig Gesundheitsamt ist für alle Personen in den Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen in der Kommune zuständig, unabhängig von deren Wohnort. Angesichts der oberzentralen Funktion von großen Städten und einer entsprechenden „Einrichtungsdichte“ bedeutet dies eine überdurchschnittliche Belastung des Gesundheitsämter dieser städtischen Zentren.
- Weitere Aufwände für Gesundheitsämter:
  - Berichtspflichten ggü. Land und Politik (bereits ab 08/20 ist eine bundesweite Evaluation vorgesehen).
  - allgemeiner Beratungsbedarf gegenüber allen Betroffenen (sowohl klassische Impfberatung als auch hinsichtlich der Frage der organisatorischen Umsetzung der Erfassungs- und Meldepflichten und des Verhaltens gegenüber „Impfskeptikern / Impfverweigerern“).
  - Vielfalt an zu beurteilenden Einzelfällen und -anträgen mit entsprechend hohem Beratungsbedarf und Anträgen auf Fristverlängerungen/Ausnahmegenehmigungen etc. (Verlust des Impfausweises, serologische Untersuchungsbedarfe, fehlende Impftermine, Kontraindikationen, Kosten für die Bürger bei ärztlichen Bescheinigungen und serologischen Bestimmungen und weiteres).
  - erhöhter Aufwand für Umgang mit Bevölkerungskreisen, die der Thematik fernstehen und besonderen Informationsbedarf haben.
  - IT-Aufwand bei Einführung des digitalen Impfausweises.

- Einbindung des Gesundheitsamtes in die "Telematikinfrasturktur" (eine gewisse Kosten-erstattung gem. § 291a Abs. 7e SGB V ist neu zwar vorgesehen, aber der personelle „Be-treuungsaufwand" bleibt).
- Die voraussichtlichen Verwaltungsmehraufwände betreffen vorrangig den (gehobenen) Verwaltungsdienst sowie den medizinischen Dienst. Weitere mögliche Mehraufwände er-geben sich für andere Ämter der Stadtverwaltungen wie etwa dem betriebsmedizinischen Dienst. In aktuellen Stellenplanungen kann das noch nicht erfasst sein.
- Weitere Beratung/Information, allgemeine Erhebung der Nachweise der Mitarbeiter zu-mindest in Schulen und Kitas incl. Reinigungs- und Küchenpersonal; Stuserhebungen, Masernimpfungen und Umgang mit „Impfverweigerung".

Hinsichtlich des Buchstaben D. des Rubrums „Haushaltsausgaben ohne Eigenmittel" des Referentenent-wurfs ist anzumerken, dass mit der geplanten Änderung von § 20 Abs. 4 IfSG die Bundeszentrale für ge-sundheitliche Aufklärung (BzGA) explizit zur Information der Bevölkerung über das Thema Prävention durch Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe informieren soll. Dafür soll sie jährlich aus Bundesmitteln weitere 5 Millionen Euro erhalten. Aber gerade auf kommunaler Ebene wird hier sicherlich ein hohes und das entscheidende Informationsbedürfnis gerade auch gegenüber dem Gesundheitsamt bestehen, was dann leider aber keinen Niederschlag in aufgewendeten Bundes-mitteln findet. Die Aufklärung zur Prävention wird seitens der BzGA seit langem sehr intensiv geführt. Die BzGA mag auch eine besondere Kompetenz für mediale Präventionskampagnen besitzen. Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit seinen Gesundheitsämtern vor Ort besitzt aber seit langem eine besondere Impfkompetenz, die er nicht nur bei der Schuleingangsuntersuchung, sondern auch bei der generellen Impfberatung für alle Bevölkerungsgruppen einsetzt, dies insbesondere in Ballungsgebieten. Durch den niederschweligen Zugang werden viele Menschen erreicht, insbesondere solche, die eine ungenügende haus- bzw. kinderärztliche Betreuung haben. Der Referentenentwurf sieht die Möglichkeit einer Vereinba-rung der für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden mit den Krankenkassen zu Impfungen vor. Allerdings werden bei der Bedarfsberechnung für den Gesetzentwurf nur Mehraufwen-dungen für den Anschluss des ÖGD an die Telematikinfrasturktur berechnet. Es wird versäumt, die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes als einem wichtigen Akteur zur Erreichung hoher Impfquoten zu stärken und hierfür die nötigen Mittel zur Verfügung zu stellen. Durch das Angebot der Impfberatung vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung (§ 34 Abs. 10a IfSG), bei der Schuleingangsuntersuchung oder Impfbuchkontrolle in den sechsten Jahrgangsstufen hat der ÖGD zahlreiche Kontakte, bei denen Impfberatung und auch Impfungen angeboten werden können und sollten. So könnte der ÖGD eine ent-scheidende Rolle bei der Schließung der erheblichen Impflücken auf Grund der Gesetzesänderung spielen, vorausgesetzt Rahmenbedingungen werden entsprechend gesetzt; u.a.: Impfkompetenzzentren der Ge-sundheitsämter werden entsprechend finanziell unterstützt.

Die Einführung einer Impfpflicht hätte insgesamt einen erheblichen personellen Mehraufwand und -bedarf für die Gesundheitsämter im Rahmen der Entgegennahme und Bearbeitung der Meldungen von Einrichtungen nach IfSG und daraus entstehenden Folgehandlungen zur Folge. Auch erscheint fraglich, ob eine ausreichende Kontrolle der Impfausweise bei Aufnahme durch KiTa-Mitarbeiter ohne medizinische Aus- und Vorbildung erfolgen kann. Wenn dies aber aus nachvollziehbaren Gründen nicht von dort erfolgt entstehen auch hierfür Mehraufwände an anderer Stelle. Für die Gemeinschaftseinrichtungen nach §33 IfSG sowie für die gemäß IfSG aufgelisteten medizinischen Einrichtungen entsteht selber ein Erfüllungsaufwand zur Meldung säumiger Personen an das Gesundheitsamt. Insgesamt entstehen den Gesundheits-ämtern aufgrund des erforderlichen Vorgehens (Verbotsverfügungen oder auch Bußgeldverfahren) ge-genüber säumigen Personen und Einrichtungen personelle Ressourcen vorhalten und es entstehen Sach-kosten, deren Umfang bisher noch nicht absehbar ist. Der Erfüllungsaufwand für den ÖGD wird sich insge-samt jedenfalls deutlich erhöhen und bedarf entsprechender zusätzlicher personeller und finanzieller Ausstattung, welche im Entwurf nicht adäquat berücksichtigt sind.

Bereits jetzt können unter den derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen kaum Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst gewonnen werden. Bei der Fülle an Pflichtaufgaben ist eine Impftätigkeit der Gesundheitsämter mit der derzeitigen Personalausstattung nicht umsetzbar.

Ergänzend und insoweit hier thematisch nicht gesondert behandelt, empfehlen wir für den Bereich des ÖGD grundsätzlich auch die Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur weiteren Beachtung.

### ***Zum Zeitpunkt der Impfungen***

Hierzu erreichten uns aus dem Mitgliedsbereich Rückmeldungen wie folgt, die wir Sie bitten zu berücksichtigen:

#### **1. Erste Impfung**

Die frühe erste Impfung im 12. Lebensmonat scheint mit einer lebenslang schlechteren Immunität einherzugehen als die Impfung im 15. oder 18. Lebensmonat. Hier wären weitere Daten wünschenswert, um ggf. durch den Zeitpunkt der Impfungen eine höhere Immunität und auch eine größere Akzeptanz bei den Eltern zu erreichen.

#### **2. Zweite Impfung**

In Deutschland gilt die zweite Impfung vor dem vollendeten zweiten Lebensjahr als wichtiges Maß. Auch hier ergibt der Blick ins Ausland aber auch Erstaunliches. Außer Deutschland empfehlen nur zwei weitere größere europäische Länder eine so frühe Impfung: Österreich und Frankreich (sowie Lichtenstein und Luxemburg). Die meisten europäischen Länder empfehlen die zweite Impfung erst zur Einschulung oder sogar danach. Auch die WHO hält diese Empfehlung für sinnvoll: "If MCV1 coverage is high (>90%) and school enrolment is high (>95%), administration of routine MCV2 at school entry may prove an effective strategy for achieving high coverage and preventing outbreaks in schools." (Seite 6)

[https://www.who.int/immunization/policy/immunization\\_routine\\_table2.pdf?ua=1](https://www.who.int/immunization/policy/immunization_routine_table2.pdf?ua=1)

Auch das Bundesland Sachsen mit der eigenen SIKO empfiehlt die zweite Impfung erst mit 4 Jahren (bis 2017 mit 5 Jahren). Es erscheint es zu hinterfragen, dass in Deutschland Kinder mit 3 Jahren ohne die zweite Masern-Impfung vom Besuch einer KTE ausgeschlossen werden sollen, während in 25 (von 31!) anderen europäischen Ländern diese Impfung zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal im nationalen Impfschema empfohlen wird. Weitere Studien sollten mehr Aufschluss über den Einfluss des Zeitpunktes einer Impfung auf die nachfolgende Immunität ergeben.

### ***Digitaler Impfausweis und Telematikinfrastuktur***

Der digitale Impfausweis (mit Zugangsmöglichkeit durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst) wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings dürfte sich die Einführung hinziehen, wenn man an die Schwierigkeiten von Datenspeicherung auf der Gesundheitskarte der Krankenversicherungen denkt. Positives Potenzial sehen wir hier zum einen bei der Wahrnehmung von Impfterminen und gleichzeitig können die Möglichkeiten verbessert werden, die Anzahl von Impfungen auf Grund fehlender Impfdokumente zu reduzieren. Aus unserer Mitgliedschaft erhielten wir im Kontext die Anregung, dass mit der Einführung eines digitalen Impfausweises Synergien genutzt werden könnten, um ein nationales Impfreister aufzubauen. Nur mit einem Nationalen Impfreister sind langfristig verlässliche Aussagen zu allen Impfungen möglich. Und nur so ist verlässlich erkennbar, welchen Einfluss die Einführung einer Impfpflicht für Masern auf die Impfquoten anderer Krankheiten hat.

Im Zusammenhang ist es notwendig, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst durch einen Anschluss an die Telematikinfrastuktur angeschlossen wird. Nur durch einen entsprechenden Anschluss an die Telematikinfrastuktur ist der Öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen seiner Versorgungsaufgaben in der Lage, zu fehlenden Impfungen zu beraten und u.U. auch Impfungen zur Lückenschließung durchzuführen. Art. 2,

Änderungen des § 291a Abs. 7e SGB V (Seite 6 und Ausführungen Seite 20 des Referentenentwurfs) wie die Regelungen, denen zufolge der öffentliche Gesundheitsdienst an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden soll sind grundsätzlich zu begrüßen. Zum einen würde dadurch gewährleistet, dass relevante Erkenntnisse aus Impfberatungen und durchgeführten Impfungen dokumentiert werden könnten. Zum anderen würde der Anschluss an die Telematikinfrastruktur die Arbeit des Infektionsschutzes bei Ausbruchgeschehen deutlich erleichtern. Die Bereitstellung der nötigen finanziellen Ressourcen wird positiv aufgenommen. Hier sollte nicht lediglich auf eine Möglichkeit eines Anschlusses abgestellt werden und Bund und Länder sind gefordert, die Rahmenbedingungen wirklich adäquat zu setzen und dies dadurch zu ermöglichen.

Neben dem Umstand, dass der digitale Impfausweis noch als „Zukunftsmusik“ bezeichnet werden muss, führt dieser bei Einführung zu einem erheblichen personellen und finanziellen Aufwand für entsprechende Schulungen sowie für die Beschaffung der benötigten digitalen Infrastruktur. Im weiteren Verlauf soll der Patient die Möglichkeit erhalten, den Zugriff auf seine elektronische Patientenakte freizugeben. Auch diesbezüglich ist zu konstatieren, dass diese Art der Patientenakte noch nicht flächendeckend eingeführt ist. Die jeweiligen Kosten erscheinen mit dem vorliegenden Entwurf jedenfalls nicht ausreichend berücksichtigt

### ***Akzeptanz der vorgesehenen Regelungen***

Ein wichtiges Problem im Zusammenhang mit dem Gesetzentwurf ist die Akzeptanz in der Bevölkerung, wobei die Zahl der tatsächlichen Impfgegner in der Bevölkerung nach uns aus der Mitgliedschaft geäußerten Einschätzungen eher bei einem geringen Prozentsatz liegen dürfte. Es steht zu befürchten, dass bei Personen, die einer Impfung ohnehin schon kritisch gegenüber stehen, die Abneigung und damit der Widerstand gegenüber Impfungen verstärkt wird. Uns berichteten Erfahrungen zufolge, ist bei diesen Personen die Durchimpfungsrate nach Einführung einer Impfpflicht teilweise zurückgegangen. Falls der Gesetzgeber sich für die Einführung einer Impfpflicht für Masern entscheidet, sollte Personen oder Sorgeberechtigten, die eine Impfung ablehnen, die Möglichkeit eines Widerspruchs gegeben werden. Erfahrungen in anderen Ländern haben gezeigt, dass dies eine Möglichkeit ist, die Akzeptanz von Impfungen mittelfristig zu steigern. Impfgegner werden sich zudem faktisch ohne große Mühe Atteste besorgen können – als Grundlage denkbar wäre etwa eine psychologisch begründete Angst vor Spritzen oder Impfungen – die die Impfmöglichkeit bestätigen. Insgesamt erscheint es unwahrscheinlich, dass sich echte Impfgegner mit der gesetzlichen Impfpflicht einfach widerstandslos arrangieren werden. So wäre es durchaus denkbar, dass es in einem neuen Szenario zu einer Renaissance der Masernpartys (mit dem Ergebnis von mehr Masernfällen), der Manipulation von Impfausweisen (mit sich daraus ergebender Unmöglichkeit, Infektionsketten zu durchbrechen) und eine noch geringere Akzeptanz von Impfungen und damit insgesamt zu mehr - und nicht zu weniger Masernfällen führen würde.

Besonders bedauerlich wäre es, wenn Eltern, die eine Impfung ablehnen, aus diesem Grund ihren Kindern nicht mehr den Kitabesuch ermöglichen. Dies hätte einen erheblich nachteiligen Effekt für die betroffenen Kinder. Das Gesundheitsamt und die Leitungen von Einrichtungen würden bei Einführung der Impfpflicht zu einer Kontrolle verpflichtet, die die Anbahnung des erforderlichen Vertrauensverhältnis zu Eltern zumindest belastet, wenn nicht gar in Einzelfällen in Frage stellt. Daher muss bei einer möglichen Impfpflicht auch der Blick auf die durch das Gesetz verpflichteten Personen und die Konsequenzen für deren Wirken gerichtet werden.

Zu beachten ist auch die Diskussion und der "Zwang" zu Impfungen sowie die Rückwirkungen auf die Akzeptanz der Impfungen in der Bevölkerung. Möglicherweise könnte diese geschwächt werden und Zweifel an Sicherheit und Wirksamkeit nähren. Wenn dennoch höhere Impfquoten bei Masern erreicht werden, darf es aber durch die zu diskutierenden Effekte möglichst nicht zu einer Verringerung der Impfquoten anderer impfpräventabler Krankheiten kommen.

### **Weitere Hinweise**

- Die Ausweitung der Impfbefugnis auf alle ärztlichen Fachgruppen erscheint sinnvoll (§ 20 Abs. 10 des Entwurfs), sollte jedoch durch entsprechende Weiterbildungsangebote gefördert werden.
- Bei der Verpflichtung zu ausreichender Immunität gegen Masern bei Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG, betreuendem Personal in diesen Einrichtungen sowie bei medizinischem Personal in Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 bei Tätigkeiten mit Patientenkontakt ist zu beachten, dass eine Impfpflicht nur für Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen sowie für schulpflichtige Kinder und Jugendliche sowie Personen, welche dort tätig sind und Kontakt zu den Betreuten haben, besteht. Die Einführung einer im Wesentlichen auf Kinder beschränkten Impfpflicht würde dazu führen, dass unter Berücksichtigung der vorhandenen Impflücken bei den Jugendlichen und Erwachsenen erst nach vielen Jahrzehnten der überwiegende Teil der in Deutschland aufgewachsenen Personen einen Masern-Impfschutz aufweisen würden. Letztendlich würden die Masern noch für Jahrzehnte weiter in Deutschland auftreten. Bezüglich des medizinischen Personals ist festzustellen, dass die Regelungen nicht nur für das in Krankenhäusern tätige Personal zu treffen sind, sondern für alle in medizinischen Einrichtungen tätigen Personen mit Patientenkontakt (also § 23 Abs. 3 komplett statt § 23 Abs. 3 Satz 1 Infektionsschutzgesetz).
- Selbständige Hebammen sollten als Multiplikatorinnen miteinbezogen werden.
- Vielfach müssen deutsche Schüler und Studenten bei Auslandsaufenthalten an Universitäten oder betrieblichen Praktika in anderen Ländern bereits Masern- und Meningokokkenimpfungen nachweisen. Dies sollte ebenfalls bei Visavergaben für Deutschland eingefordert werden.
- Eine fachliche Besonderheit besteht in dem Umstand, dass der Freistaat Sachsen über eine eigene Impfkommision verfügt, deren Impfempfehlungen sich von denen der Ständigen Impfkommision teilweise unterscheiden. So auch in der Empfehlung, was die Schutzimpfung gegen Masern betrifft. Die STIKO empfiehlt die 1. Mumps-Masern-Röteln (MMR)-Impfung im Alter von 11 - 14 Monaten, die 2. MMR-Impfung im Alter von 15 - 23 Monaten. Eine (einmalige) Impfung gegen Masern ist für alle Erwachsenen empfohlen, die vor 1970 geboren sind. Die Sächsische Impfkommision (SIKO) empfiehlt die erste MMR-Impfung im Alter von 13 - 24 Monaten. Die 2. MMR-Impfung um den 4. Geburtstag, frühestens zur U8 (46. - 48. Lebensmonat) bis spätestens / oder zur Schulaufnahmeuntersuchung. Für Erwachsene ist eine zweimalige Impfung für alle ungeimpften Personen jünger als Geburtsjahrgang 1958 ohne immunologisch nachgewiesene überstandene Erkrankung. Hier ergibt sich bereits im Kita-Alter eine Diskrepanz zwischen dem 23. und 46. Lebensmonat, in denen ein nach SIKO-Empfehlungen geimpftes Kind formal nicht die geforderte zweimalige Masernschutzimpfung gern. STIKO-Empfehlung besitzt. Hier ist eine Berücksichtigung der Landesregelungen geboten.
- Die Eintragung von zweckmäßigem Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen ist ebenso wenig wie die Eintragung von Folge- und Auffrischimpfungen in aktuellen Impfausweisen vorgesehen und müsste, möglichst bundesweit, einheitlich geschaffen werden. Die Ausnahmetatbestände, die durch die Gesundheitsämter festgelegt werden können, sollten näher definiert werden, damit ein einheitliches Vorgehen an dieser Stelle ermöglicht werden kann. Ggf. auch als beispielhafte Auflistung, wenn natürlich auch nicht gänzlich erschöpfend.
- Der Referentenentwurf regelt, dass die Durchführung der Schutzimpfungen nicht mehr an die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition gebunden ist. Diese Aufhebung der Grenzen für Fachärztinnen und Fachärzte wird ausdrücklich begrüßt. UA unserer Mitgliedschaft erhielten wir aber äußerst kritische Hinweise zu § 22 Abs. 2 Ziff. 4 IfSG in dem der impfende Arzt durch die Formulierung „verantwortliche Person“ ersetzt wird. Die Verantwortung für Impfungen sollte nicht dieser Argumentation folgend auf Grund der möglichen Kontraindikationen, Komplikationen und Nebenwirkungen immer eine ärztliche sein. Daher sollte die Formulierung „Name, Anschrift der/des für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Ärztin/Arzt“ lauten, um das Risiko von Impffehlern, welche mit einem Vertrauensverlust in der Allgemeinbevölkerung einhergehen zu vermeiden.

- (Zu **§ 20 Abs. 10** Nummer 2 (siehe Begründung Seite 17 des Referentenentwurfs)): In den Ausführungen wird mehrmals darauf verwiesen, dass in § 21 IfSG geregelt sei, wer Impfungen durchführen kann. § 21 IfSG betrifft ausschließlich Impfstoffe. Regelungen zu Personen, welche Impfungen durchführen können befinden sich in § 20 Abs. 10 IfSG. Dies sollte entsprechend korrigiert werden.
- Zu prüfen wäre, ob Masernerkrankungen die Voraussetzungen für Quarantänemaßnahmen nach § 30 Abs. 1 IfSG erfüllen und in diesem Paragraphen aufgeführt werden sollten.
- Darüber nachzudenken wäre, niedergelassene Ärzte, die regelhaft Kinder versorgen, sanktioniert werden, wenn sie gewisse Impfquoten nicht erfüllen. Dies wurde uns aus der Mitgliedschaft vor dem Hintergrund vorgeschlagen, dass es häufig auch die Initiative der Ärzte sei, Kinder nicht zu impfen.
- Prinzipiell erscheint der Begriff Impfprävention nicht glücklich gewählt. Prävention durch Impfung wäre hier korrekter.

### ***Insgesamt notwendige Rahmenbedingungen***

Falls es nach Abwägung der Argumente für und wider der im Entwurf vorgesehenen Impfpflicht zu einer solchen kommen sollte, müssen die Rahmenbedingungen dies auch ermöglichen. Für die Überwachung der Impfpflicht, sowie für die präventiven Maßnahmen müssen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Unter E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurden zunächst noch keine Kosten ermittelt und in einer nachgereichten Entwurfsversion des Gesetzes einige Werte angegeben. Die konstatierten nur geringen Aufwände für die kommunale Umsetzung sind nicht zutreffend. Aus Sicht der kommunalen Aufgabenträger können die erheblichen Kosten, welche für die Umsetzung vor Ort entstehen nicht zusätzlich getragen werden. Für Städte in der Haushaltskonsolidierung wird dies teilweise schlicht unmöglich. Nur wenn der gesetzliche Rahmen entsprechend ausgestaltet wird, werden die Inhalte auch wirklich funktionierend etabliert werden können. Der deutlich erhöhte Verwaltungsaufwand muss mit finanziellen Ressourcen hinterlegt werden. Voraussetzung für ein erfolgreiches Wirken des Gesetzes ist, dass mit seinem Inkrafttreten den Kommunen von Bund und Land in ausreichendem Umfang die Aufwände erstattet werden.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Stefan Hahn