

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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 verlaufen schwer und ziehen Komplikationen und Folgeerkrankungen nach sich. Eine Masern-Infektion ist damit anders als verbreitet angenommen keine harmlose Krankheit. 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 die eigentlich im Kindesalter vorzunehmende Impfung vernachlässigt wurde.

Zur Prävention stehen gut verträgliche hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung, die eine langfristige Immunität vermitteln. Impfungen schützen nicht nur das Individuum gegen die Erkrankung. Impfungen verhindern gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung, wenn die erreichte Immunität durch Impfungen in der Bevölkerung hoch genug ist (Gemeinschaftsschutz). Bereits seit dem Jahr 1984 verfolgen die Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel der schrittweisen Eliminierung und schließlich weltweiten Ausrottung der Masern. Um die Zirkulation von Masern zu verhindern, ist bei mindestens 95 Prozent der Bevölkerung Immunität erforderlich. Deutschland hat die entsprechenden Impfquoten bislang nicht erreicht.

Die bisherigen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht in ausreichendem Maße durch. Eine große Zahl von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist nicht durch eine Impfung geschützt. Die Masern können damit weiter zirkulieren und es kommt immer wieder zu Ausbrüchen. Im Jahr 2017 hat die WHO Deutschland wiederum als ein Land mit einheimischer Masernverbreitung eingestuft. Allein bis Ende Mai 2019 wurden dem Robert Koch-Institut bereits 420 Masernfälle in Deutschland für das Jahr 2019 gemeldet. Es liegt daher eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit vor, der mit weiterführenden Maßnahmen begegnet werden muss.

Ziel des Gesetzes ist es, einen besseren individuellen Schutz insbesondere von vulnerablen Personengruppen sowie einen ausreichenden Gemeinschaftsschutz vor Maserninfektionen zu erreichen. Der Fokus liegt hierbei insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kommen. Damit werden vor allem auch jene Personen von einem Gemeinschaftsschutz profitieren, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung eine Schutzimpfung nicht in Anspruch nehmen können. Durch eine deutliche Steigerung der Impfquoten in Deutschland kann mittelfristig auch die Elimination der Masern in Deutschland und das von der WHO vorgegebene globale Ziel der Masernelimination erreicht werden.

B. Lösung

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit wird vorgesehen, dass Personen in bestimmten Einrichtungen entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Wer sich einer Impfung gegen Masern verweigert, setzt nicht nur seine eigene Gesundheit einer erheblichen Gefahr aus, sondern erhöht auch das Infektionsrisiko für andere Personen, die zum Beispiel aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden können. Deshalb muss eine entsprechende Impfpflicht in bestimmten Einrichtungen möglichst früh ansetzen und vor allem da gelten, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kommen. Die Durchführung der Schutzimpfung selbst bleibt jedoch grundsätzlich und insbesondere im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge freiwillig. Sie kann nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden.

Bei der Umsetzung soll unter anderem durch die neu geschaffene Möglichkeit, den Masernimpfstatus mit der Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nachweisen zu können, dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Einrichtungsleitungen nur im Rahmen ihrer fachlichen Kapazitäten an der Durchsetzung einer entsprechenden Impfpflicht beteiligt werden können.

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

Die Impfdokumentation muss nicht in schriftlicher Form erfolgen, sondern ist durch eine Bestätigung in elektronischer Form möglich. Daran anschließende Regelungen zur Digitalisierung, insbesondere zur elektronischen Patientenakte und zum Anschluss des öffentlichen Gesundheitsdienstes an die Telematik-Infrastruktur, werden in einem weiteren Gesetzgebungsvorhaben zum Thema Digitalisierung aufgenommen. Jeder Arzt soll in die Lage versetzt werden, nachgewiesene frühere Schutzimpfungen in einen Impfausweis nachzutragen.

Des Weiteren soll gesetzlich klargestellt werden, dass jeder Arzt Schutzimpfungen durchführen darf. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen.

Die Krankenkassen sollen die Versicherten in geeigneter Form versichertenbezogen über fällige Schutzimpfungen informieren können.

Schließlich werden beim Robert Koch-Institut (RKI) eine Mortalitäts- und eine Impfsurveillance vorgesehen.

C. Alternativen

Keine gleich wirksamen, da die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen noch nicht zu einem relevanten Rückgang der Maserninfektionen in Deutschland geführt haben. Neben der vorgesehenen verpflichtenden Impfung gegen Masern für Personen in bestimmten Einrichtungen zum Schutz vulnerabler Gruppen und zur Steigerung der Impfquoten enthält der Gesetzentwurf der Bundesregierung zahlreiche weitere flankierende Maßnahmen (siehe B.), die insgesamt zu einer Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung beitragen sollen.

D. 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, ab dem Jahr 2020 zusätzlich einen jährlichen Betrag in Höhe von 2 Millionen Euro aus Bundesmitteln.

Beim RKI entstehen durch die gesetzlichen Aufgaben, eine Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst zu erstellen sowie eine Impfsurveillance umzusetzen, ab dem Jahr 2020 ein Gesamtaufwand von jährlich 530 000 Euro, der unter anderem fünfeinhalb zusätzliche Stellen einschließt. Die Mehraufwände sollen finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Anspruch besteht, mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben betragen in den Jahren 2020 und 2021 schätzungsweise bis zu 74 Millionen Euro und in den Folgejahren schätzungsweise 4,79 Millionen Euro pro Jahr. Gleichzeitig geht mit der Verbesserung der Impfprävention eine Verhütung von Maserninfektionen einher. Dadurch werden Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe vermieden.

In entsprechendem Umfang werden die Träger der Beihilfe be- und entlastet. Die daraus folgenden Mehrausgaben im Beihilfebereich des Bundes im Haushaltsjahr 2020 von rund 250 000 Euro und ab dem Jahr 2021 von jährlich rund 15 000 Euro werden im Rahmen der bestehenden Ansätze im jeweilig betroffenen Einzelplan ausgeglichen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht Erfüllungsaufwand für ärztliche Zeugnisse und serologische Untersuchungen, deren Kosten teilweise nicht von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, den privaten Krankenversicherungsunternehmen oder der Beihilfe erstattet werden, und zwar in Höhe von rund 9,7 Millionen Euro in den Jahren 2020 und 2021 und in den Folgejahren schätzungsweise 347 000 Euro pro Jahr. Des Weiteren werden für die Ausstellung von Impfstatusbescheinigungen bei Personen ohne Impfdokumente einmalig Kosten in Höhe von 870 000 Euro anfallen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Allen Kindertageseinrichtungen in privater Trägerschaft, Kindertagespflegepersonen und Schulen in privater Trägerschaft zusammen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen. In den Jahren 2020 und 2021 entfallen rund 3,02 Millionen Euro auf Kindereinrichtungen und Schulen in privater Trägerschaft, in den Folgejahren von schätzungsweise 241 500 Euro pro Jahr.

Den medizinischen Einrichtungen entsteht durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen Erfüllungsaufwand in Höhe rund 2,4 Millionen Euro in den Jahren 2020 und 2021 und in den Folgejahren von 240 000 Euro pro Jahr.

Der jährliche Erfüllungsaufwand in Höhe von 482 000 Euro wird nach der „One-in-one-out“-Regel der Bundesregierung außerhalb dieses Vorhabens kompensiert. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft Entlastungen in anderen Regelungsbereichen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der vorgenannte Erfüllungsaufwand besteht aus Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Allen Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen erfassten Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen. Der Aufwand beträgt in den Jahren 2020 und 2021 schätzungsweise 8,2 Millionen Euro und in den Folgejahren schätzungsweise 395 000 Euro pro Jahr.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise.

Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegen säumige Personen und Einrichtungen insbesondere durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber stehen.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten.

F. Weitere Kosten

Für die Träger der privaten Krankenversicherung ergeben sich durch die Durchführung zusätzlicher Schutzimpfungen gegen Masern, auf die bereits heute ein Anspruch besteht, in den Jahren 2020 und 2021 Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise 8,4 Millionen Euro und in den Jahren 2022 bis 2024 von rund 800 000 Euro pro Jahr. Dem stehen Minderausgaben durch die Vermeidung von Kosten für die Behandlung von Masernerkrankungen gegenüber.

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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 Artikel 14b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 4 wird folgende Angabe zu § 4a eingefügt:

„§ 4a Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst“.

b) Die Angabe zu § 22 wird wie folgt gefasst:

„§ 22 Impfdokumentation“.

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 14 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Die folgenden Nummern 15 und 16 werden angefügt:

„15. Leitung der Einrichtung

Die Person, die von dem Träger der Einrichtung mit den Leitungsaufgaben beauftragt ist; das betrifft auch

a) die selbständig tätige Person für ihren Zuständigkeitsbereich selbst,

b) die von dem Träger einer Einrichtung beauftragte Person, die einrichtungsübergreifend Leitungsaufgaben wahrzunehmen hat,

16. personenbezogene Angabe

Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend, Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes der betroffenen Person.“

3. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst

(1) Das Robert Koch-Institut erstellt jährlich zur Beurteilung der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland eine Bundesstatistik zu den für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen in Bund, Ländern und Kommunen. Stichtag für die Erhebungen ist der erste Kalendertag des jeweiligen Jahres. Das Robert Koch-Institut legt die Bundesstatistik jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Auskunftspflichtig sind die für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen.

(2) Jeweils bis zum 31. Mai eines Jahres übermitteln die für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen folgende Daten in elektronischer Form an das Robert Koch-Institut:

1. Bezeichnung der zuständigen Stelle mit Angabe des jeweiligen Rechtsträgers,
2. Anzahl der bei der zuständigen Stelle Beschäftigten, aufgliedert nach Zugehörigkeit
 - a) zu einer bestimmten Altersgruppe,
 - b) zu einem bestimmten Geschlecht,
 - c) zu einer bestimmten Berufsgruppe und
 - d) zu einer bestimmten Tätigkeitsgruppe (Art der Beschäftigung).“
4. § 6 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Buchstabe r wird folgender Buchstabe s eingefügt:

„s) zoonotische Influenza,“.
 - bb) Nach der Aufzählung werden die Wörter „sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,“ gestrichen.
 - b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. die Erkrankung und der Tod in Bezug auf folgende Krankheiten:

 - a) behandlungsbedürftige Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,
 - b) Meningoenzephalitis durch humanpathogene Bornaviren,
 - c) Clostridioides-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf; ein klinisch schwerer Verlauf liegt vor, wenn
 - aa) der Erkrankte zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridioides-difficile-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wird,

- bb) der Erkrankte zur Behandlung der Clostridioides-difficile-Infektion oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wird,
- cc) ein chirurgischer Eingriff, zum Beispiel Kolektomie, aufgrund eines Megakolons, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis erfolgt oder
- dd) der Erkrankte innerhalb von 30 Tagen nach der Feststellung der Clostridioides-difficile-Infektion verstirbt und die Infektion als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wurde,“.

c) Absatz 2 wie folgt geändert:

aa) Folgender Satz wird vorangestellt:

„Dem Gesundheitsamt ist über die Meldung nach Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe i hinaus zu melden, wenn Personen an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis infolge einer Maserninfektion erkranken oder versterben.“

bb) Im neuen Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 1 Nummer 1a Buchstabe a“ ersetzt und wird das Wort „leiden“ durch die Wörter „erkrankt sind“ ersetzt.

cc) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „Die Meldung nach Satz 1“ durch die Wörter „Die Meldung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

5. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. humanpathogene Bornaviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis“.

b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. Chikungunya-Virus“.

c) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

„10a. Dengue-Virus“.

d) Nach Nummer 48 wird folgende Nummer 48a eingefügt:

„48a. West-Nil-Virus“.

e) Nach Nummer 50 wird folgende Nummer 50a eingefügt:

„50a. Zika-Virus und sonstige Arboviren“.

f) Folgende Nummer 52 wird angefügt:

„52. der direkte Nachweis folgender Krankheitserreger:

a) Staphylococcus aureus, Methicillin-resistente Stämme; Meldepflicht nur für den Nachweis aus Blut oder Liquor

- b) Enterobacterales bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation
- c) Acinetobacter spp. bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation.“

6. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 Nummer 1 wird folgender Buchstabe q angefügt:

„q) Zugehörigkeit zu den in § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Personengruppen,“.

- b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern werden jeweils fallbezogen mit den Daten der zu diesem Fall geführten Ermittlungen und getroffenen Maßnahmen sowie mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen auch an die zuständigen Stellen der Bundeswehr übermittelt, sofern die betroffene Person einer Personengruppe im Sinne des § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 angehört.“

7. Dem § 13 werden die folgenden Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) Das zuständige Standesamt hat dem Robert Koch-Institut für Zwecke der Feststellung einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit anonymisiert den Tod, die Todeserklärung oder die gerichtliche Feststellung der Todeszeit einer im Inland verstorbenen Person mitzuteilen (Mortalitätssurveillance). Im Rahmen der Mortalitätssurveillance sind folgende Daten spätestens am dritten Arbeitstag nach der Eintragung in das Sterberegister zu übermitteln:

1. Daten zum übermittelnden Standesamt,
2. Geschlecht der verstorbenen Person,
3. Jahr und Monat der Geburt der verstorbenen Person,
4. Todestag oder Todeszeitraum,
5. Sterbeort,
6. Landkreis oder kreisfreie Stadt des letzten Wohnsitzes der verstorbenen Person,
7. Datum der Eintragung in das Sterberegister.

Die Mitteilung erfolgt elektronisch. Die Daten können durch das Robert Koch-Institut anderen obersten und oberen Bundes- und Landesbehörden für den gleichen Zweck übermittelt werden.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dem Robert Koch-Institut für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und Impfeffekten pseudonymisierte Versorgungsdaten zur Verfügung zu stellen (Impfsurveillance). Im Rahmen der Impfsurveillance sind folgende Daten in vom Robert Koch-Institut festgelegten Zeitabständen zu übermitteln:

1. Patienten-Pseudonym,
2. Geburtsmonat und -jahr,
3. Geschlecht,
4. 3-stellige Postleitzahl und Landkreis des Patienten,
5. Landkreis des behandelnden Arztes,
6. Fachrichtung des behandelnden Arztes,
7. Datum der Impfung, der Vorsorgeuntersuchung, des Arzt-Patienten-Kontaktes und Quartal der Diagnose,
8. antigenspezifischer Abrechnungscode der Impfung, Diagnosecode nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) sowie Leistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab,
9. Diagnosesicherheit,
10. Diagnosetyp.

Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für das Robert Koch-Institut auszuschließen. Das Robert Koch-Institut bestimmt das Verfahren zur Pseudonymisierung nach Satz 2 Nummer 1 sowie die technischen Übermittlungsstandards für die zu übermittelnden Daten.“

8. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung zielgruppenspezifisch über die Bedeutung von Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten.“

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht an Schutzimpfungen oder an anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilnehmen können, können durch Rechtsverordnung nach Satz 1 nicht zu einer Teilnahme an Schutzimpfungen oder an anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe verpflichtet werden.“

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

d) Absatz 7 Satz 3 wird aufgehoben.

e) Die folgenden Absätze 8 bis 14 werden angefügt:

„(8) Folgende Personen müssen einen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern aufweisen:

1. Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden,
2. Personen, die bereits vier Wochen
 - a) in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder
 - b) in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, und
3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben.

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 für Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.

(9) Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden sollen oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit folgenden Nachweis vorzulegen:

1. eine Impfdokumentation nach § 22 Absatz 1 und 2 oder ein ärztliches Zeugnis, auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, darüber, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision entspricht, oder
2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass bei ihnen eine Immunität gegen Masern vorliegt oder sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.

Die zuständige Behörde kann bestimmen, dass vor der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt gegenüber zu erbringen ist. Die Behörde, die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch zuständig ist, kann bestimmen, dass vor dem Beginn der Tätigkeit im Rahmen der Kindertagespflege der Nachweis nach Satz 1 ihr gegenüber zu erbringen ist. Die Leitung der jeweiligen Einrichtung darf eine Person, die keinen Nachweis nach Satz 1 erbringt und keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, nicht in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 zur Betreuung aufnehmen und darf einer solchen Person in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 keine Tätigkeit übertragen. Die zuständige Behörde kann allgemeine Ausnahmen zulassen. Wenn sich aus dem Nachweis nach Satz 1 ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.

(10) Personen, die am 1. März 2020 bereits in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen. Wenn der Nachweis nicht bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.

(11) Personen, die bereits vier Wochen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 wie folgt vorzulegen:

1. innerhalb von vier weiteren Wochen oder,
2. wenn sie am 1. März 2020 bereits betreut werden oder untergebracht sind, bis zum Ablauf des 31. Juli 2021.

Wenn der Nachweis nicht bis zu dem in Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 genannten Zeitpunkt vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.

(12) Folgende Personen haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 vorzulegen:

1. Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden,
2. Personen, die bereits acht Wochen
 - a) in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder
 - b) in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, und
3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind.

Wenn der Nachweis nicht vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, kann das Gesundheitsamt die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Beratung laden und hat diese zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern aufzufordern. Das Gesundheitsamt kann gegenüber einer Person, die trotz Aufforderung nach den Sätzen 1 und 2 keinen Nachweis vorlegt, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, soweit die Person keiner gesetzlichen Schul- oder Unterbringungsverpflichtung unterliegt. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.

(13) Wenn eine nach den Absätzen 9 bis 12 verpflichtete Person minderjährig ist, so hat derjenige für die Einhaltung der diese Person nach den Absätzen 9 bis 12 treffenden Verpflichtungen zu sorgen, dem die Sorge für diese Person zusteht. Die gleiche Verpflichtung trifft den Betreuer einer von Verpflichtungen nach den Absätzen 9 bis 12 betroffenen Person, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

(14) Durch die Absätze 6 bis 12 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“

9. § 22 wird wie folgt gefasst:

„§ 22

Impfdokumentation

(1) Jede Schutzimpfung ist unverzüglich in einen Impfausweis, oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, in einer Impfbescheinigung zu dokumentieren (Impfdokumentation).

(2) Die Impfdokumentation muss zu jeder Schutzimpfung folgende Angaben enthalten:

1. Datum der Schutzimpfung,
2. Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes,
3. Name der Krankheit, gegen die geimpft wurde,
4. Name und 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 durch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person.

Bei Nachtragungen in einen Impfausweis kann jeder Arzt die Bestätigung nach Satz 1 Nummer 5 vornehmen oder hat das zuständige Gesundheitsamt die Bestätigung nach Satz 1 Nummer 5 vorzunehmen, wenn dem Arzt oder dem Gesundheitsamt eine frühere Impfdokumentation über die nachzutragende Schutzimpfung vorgelegt wird.

(3) In der Impfdokumentation ist hinzuweisen auf

1. das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen,
2. die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie
3. Stellen, bei denen die sich aus einem Impfschaden ergebenden Ansprüche geltend gemacht werden können.

(4) In der Impfdokumentation ist über notwendige Folge- und Auffrischimpfungen mit Terminvorschlägen zu informieren, so dass die geimpfte Person diese rechtzeitig wahrnehmen kann.“

10. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 10 wird das Wort „und“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 11 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.
 - cc) Folgende Nummer 12 wird angefügt:

„12. Rettungsdienste.“
 - b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 7 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - bb) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.
 - cc) Folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. Rettungsdienste.“
 - c) Nach Absatz 8 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Rettungsdienste können die Landesregierungen erforderliche Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 regeln.“
11. In § 28 Absatz 2 werden die Wörter „ärztliche Bescheinigung“ durch die Wörter „ärztliches Zeugnis“ ersetzt.
12. § 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 33

Gemeinschaftseinrichtungen

Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden. Dazu gehören insbesondere:

1. Kindertageseinrichtungen und Kinderhorte,
 2. die nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtige Kindertagespflege,
 3. Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen,
 4. Heime und
 5. Ferienlager.“
13. § 73 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 1a Nummer 7 werden die folgenden Nummern 7a bis 7d eingefügt:

„7a. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 4 eine Person zur Betreuung aufnimmt oder einer Person eine Tätigkeit überträgt,

- 7b. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 6, Absatz 10 Satz 2 oder Absatz 11 Satz 2 eine Benachrichtigung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt,
 - 7c. entgegen § 20 Absatz 12 Satz 1, auch in Verbindung mit § 20 Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2, einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
 - 7d. einer vollziehbaren Anordnung nach § 20 Absatz 12 Satz 3, auch in Verbindung mit § 20 Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2, zuwiderhandelt,“.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Absatzes 1a Nr. 8, 9b, 11a, 17a und 21“ durch die Wörter „Absatzes 1a Nummer 7a bis 7d, 8, 9b, 11a, 17a 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 Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S.646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20a Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „fördern“ die Wörter „im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ eingefügt.
2. In § 20f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „Jugendhilfe“ die Wörter „sowie über deren Information über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2“ eingefügt.
3. § 20i wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 7 wird aufgehoben.
 - b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Soweit Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen haben, schließt dieser Anspruch die Bereitstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes ein. Die Krankenkassen können die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen, für die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.“
4. Nach § 26 Absatz 2 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„In der ärztlichen Dokumentation über die Untersuchungen soll auf den Impfstatus in Bezug zu Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden, um einen Nachweis im Sinne des § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes und des § 34 Absatz 10a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ermöglichen.“
5. § 132e Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten“ durch das Wort „Ärzten“ ersetzt, werden die Wörter „geeignetem ärztlichem Personal“ durch die Wörter „ärztlichem Personal“ und die Wörter „oder den Behörden

der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es sind insbesondere Verträge abzuschließen mit

1. den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
2. den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und
3. dem öffentlichen Gesundheitsdienst.“

c) In Satz 3 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ ersetzt.

6. In § 285 Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuches“ die Wörter „oder nach § 13 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.

Artikel 3

Aufhebung der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung

Die IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung vom 18. März 2016 (BGBl. I S. 515) wird aufgehoben.

Artikel 4

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. März 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Anders als oft angenommen, handelt es sich bei Masern nicht um eine harmlose Kinderkrankheit. Masern werden durch Viren ausgelöst und gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. 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.

Schutzimpfungen bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion. Die Zahl der Masernfälle zeigt allerdings, dass der Impfschutz in Deutschland Lücken hat. Die bisherigen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht in ausreichendem Maße durch. Oftmals wird das Risiko einer Erkrankung und nachfolgender Komplikationen aus Unkenntnis falsch eingeschätzt. Die Masern können damit weiter zirkulieren und es kommt immer wieder zu Ausbrüchen. Allein bis Ende Mai 2019 wurden dem Robert Koch-Institut bereits 420 Masernfälle für das Jahr 2019 gemeldet.

Ziel des Gesetzes ist der bessere Schutz vor Maserninfektionen, insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kommen. Damit werden insbesondere auch jene Personen geschützt, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung eine Schutzimpfung nicht in Anspruch nehmen können. Zudem sollen praktische Barrieren abgebaut werden, um die Umsetzung von Impfempfehlungen zu vereinfachen und so zu einer generellen Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung zu kommen.

Eine Masernimpfpflicht in bestimmten Einrichtungen kann dazu beitragen, vor einer hochansteckenden und gefährlichen Krankheit wie Masern zu schützen. Sie ist auch ein angemessenes Mittel, um eine schwere Gefährdung für Leben und Gesundheit von Personen, die nicht geimpft werden können zu verhindern.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Für Personen in bestimmten Einrichtungen wird zum Schutz der öffentlichen Gesundheit vorgesehen, dass diese entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber eine Immunität gegen Masern nachweisen 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 Impfdokumentation muss nicht in schriftlicher Form erfolgen, sondern ist durch eine Bestätigung in elektronischer Form möglich. Daran anschließende Regelungen zur Digitalisierung, insbesondere zur elektronischen Patientenakte und zum Anschluss des öffentlichen Gesundheitsdienstes an die Telematik-Infrastruktur, werden in einem weiteren Gesetzgebungsvorhaben zum Thema Digitalisierung aufgenommen. Jeder Arzt soll in die Lage versetzt werden, frühere nachgewiesene Schutzimpfungen in einen Impfausweis nachzutragen.

Des Weiteren soll gesetzlich klargestellt werden, dass jeder Arzt Schutzimpfungen durchführen darf. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen.

Die Krankenkassen sollen die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen versichertenbezogen informieren können.

Schließlich werden beim Robert Koch-Institut (RKI) eine Mortalitäts- und eine Impfsurveillance vorgesehen.

III. Alternativen

Keine gleich wirksamen, da die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen noch nicht zu einem relevanten Rückgang der Maserninfektionen in Deutschland geführt haben. Neben der vorgesehenen verpflichtenden Impfung gegen Masern für bestimmte Personen zum Schutz vulnerabler Gruppen und zur Steigerung der Impfquoten enthält der Gesetzentwurf der Bundesregierung zahlreiche weitere flankierenden Maßnahmen (siehe II.), die insgesamt zur einer Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung beitragen sollen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Statistik für Bundeszwecke ergibt sich aus Artikel 73 Absatz 1 Nummer 11 des Grundgesetzes (GG). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten bei Menschen und zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergibt sich aus auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG (Sozialversicherung).

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 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 deutschen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft. Das Regelungsvorhaben zielt auf eine Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern und Frauen insbesondere durch Hirnhautentzündungen nach einer Maserninfektion. Ferner befördert das Regelungsvorhaben den Beitrag Deutschlands im Rahmen der globalen Masernelimination. 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, ab dem Jahr 2020 zusätzlich einen jährlichen Betrag in Höhe von 2 Millionen Euro aus Bundesmitteln (Kapitel 15 03 Titel 531 01).

Beim Robert Koch-Institut entsteht durch die gesetzlichen Aufgaben, eine Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst zu erstellen sowie eine Impfsurveillance umzusetzen, ab dem Jahr 2020 ein Gesamtaufwand von jährlich 530.000 Euro. Er setzt sich zusammen aus den Ausgaben für fünfeinhalb zusätzliche Stellen (3 Stellen E14, 1 Stelle E10, 1,5 Stellen E9b) sowie den erforderlichen Sachmitteln zur Etablierung und zum dauerhaften Betrieb der Impfsurveillance. Die Mehraufwände sollen finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht, mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben betragen in den Jahren 2020/21 schätzungsweise bis zu 74 Millionen Euro. Dabei betragen die Kosten pro Impfleistung 55 Euro (pro Dosis MMR-Impfstoff 47 Euro und Arztkosten von 8 Euro, entspricht Mittelwert). Die Anzahl der im ersten Jahr erwartbaren zusätzlichen Impfungen für alle Versicherten (gesetzliche und private Krankenversicherung) beträgt schätzungsweise 79 000 Impfungen bei Aufnahme in die Kindertageseinrichtung, 361 000 Impfungen bei Kindern in Kitas, 38 200 Impfungen bei Kindern in Tagespflege, 71 000 Impfungen bei der Einschulung und 800 000 Impfungen bei Schulkindern. Bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen sind schätzungsweise 166 000 Impfungen und in medizinischen Einrichtungen 60 000 Impfungen zu erwarten. Dies entspricht insgesamt 1,57 Millionen Impfungen (eine Impfdosis) für alle Versicherten, damit anteilig 1,41 Millionen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen können für das Personal, das in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG tätig ist, keine genauen Angaben erfolgen.

In den Folgejahren fallen jährlich Mehrausgaben von schätzungsweise 4,79 Millionen Euro an. Dies betrifft 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 be- und entlastet. Die daraus folgenden Mehrausgaben im Beihilfebereich des Bundes im Haushaltsjahr 2020 von rund 250.000 Euro und ab 2021 von jeweils rund 15.000 Euro werden im Rahmen der bestehenden Ansätze im jeweilig betroffenen Einzelplan ausgeglichen.

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

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihrer Nachweispflicht über ihren Impfstatus dadurch nachkommen, dass sie einen Impfausweis oder einer Impfbescheinigung nach § 22 IfSG vorlegen, aus dem oder der sich ein den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (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, teilweise nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen und werden mit der Bürgerin oder dem Bürger als privatärztliche Leistung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Wenn in Ermangelung eines Impfausweises und einer Impfbescheinigung nach § 22 IfSG (zum Beispiel wegen Verlust des Dokuments) eine gesonderte Bescheinigung über den Impfstatus eingeholt werden muss, entstehen Kosten nach Nummer 70 (Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) der Anlage zur GOÄ (Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen) mit einem Faktor von maximal 2,3, so dass je nach ärztlichem Ermessen Kosten zwischen 2,50 und 5 Euro anfallen. Bei geschätzten fünf Prozent ohne Impfdokumentation der nachweispflichtigen Personen betragen die Kosten für die Impfstatusbescheinigung einmalig rund 870 000 Euro. In den Folgejahren fallen Kosten in geringfügiger, nicht quantifizierbarer Höhe an.

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihren Pflichten nach Absatz 9 bis 12 dadurch nachkommen, dass sie ein ärztliches Zeugnis über eine serologische Testung auf Masern-Antikörper vorlegen, kostet die ärztliche Leistung nach Nummer 1 (Beratung), Nummer 5 (kleine körperliche/ symptombezogene Untersuchung) und Nummer 250 (Blutentnahme) des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen zwischen 12 und 25 Euro. Hinzu kommen die Laborkosten für die Serologie im Labor, die privat nach GOÄ oder als Igel-Leistung (Nummer 4396 für Masern-Antikörper vom Typ Immunglobulin-G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen) abgerechnet werden, in Höhe von 13,99 bis 16,09 Euro, in der Regel rechnen die Labore hier den 1,15-fachen Satz ab, also entstehen Kosten in Höhe von 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.

ärztliche Zeugnisse über Immunität gegen Masern nach Masern-Titerbestimmung	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	210 000	21 000
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	582 000	58 000
bei Personal in Einrichtungen nach §36 Absatz 1 Nummer 4	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar
bei Aufnahme in Kindertageseinrichtungen und bei Kitakindern	1,54 Millionen	28 000
bei Aufnahme in Kindertagespflege	134 000	13 000
bei Aufnahme in Schulen und bei Schülern	3,04 Millionen	90 000
gesamt	5,5 Millionen	210 000

Wenn Bürgerinnen und Bürger ihren Pflichten durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses über das Bestehen einer medizinischen Kontraindikation zur Befreiung von einer Masern-Impfung nachkommen, fallen für das Einholen einer solchen Bescheinigung nach Nummer 75 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen (ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)) mit einem Faktor von maximal 2,3 je nach ärztlichem Ermessen Kosten zwischen 7,50 und 17 Euro an.

Kosten ärztlicher Zeugnisse über eine bestehende Kontraindikation gegen Masernimpfung	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
bei Personal in medizinischen Einrichtungen	804 000	80 000
bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen	265 000	26 000
bei Personal in Einrichtungen nach §36 Absatz 1 Nummer 4	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Beschäftigtenzahlen nicht quantifizierbar
bei Kindern und Jugendlichen von 1 bis unter 18 Jahren betreut in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Satz 1 Nummer 1 bis 3	3,13 Millionen	31 000
gesamt	4,2 Millionen	137 000

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

Wirtschaft

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

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	1,4 Millionen	140 000
Kindertagespflege hinsichtlich Kinder und Personal	103 000	10 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	515 000	51 000
medizinische Einrichtungen	1,6 Millionen	160 000

Summe	3,61 Millionen	361 000
-------	----------------	---------

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

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	694 000	9 500
Kindertagespflege hinsichtlich Kinder und Personal	52 000	5000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	257 000	26 000
medizinische Einrichtungen	803 000	80 000
Summe	1,8 Millionen	116 000

Den Meldepflichtigen (Ärzte und Labore) entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten für humanpathogene Infektionen mit Bornaviren und für Erkrankungs- und Todesfälle mit subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) infolge einer Maserninfektion.

Verwaltung

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

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	868 000	11 000
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	4,62 Millionen	148 500
Asylbewerberheime	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar
medizinische Einrichtungen (ÖGD)	15 500	1500
Summe	5,5 Millionen	161 500

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

Einrichtungsart	Erfüllungsaufwand in den Jahren 2020/21 in EUR	Erfüllungsaufwand weiter jährlich in EUR
Kindertageseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	433 900	5 500
Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen hinsichtlich Kinder und Personal	2,3 Millionen	230 000
Asylbewerberheime	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar	geringfügig; aufgrund fehlender Zahlen nicht quantifizierbar
medizinische Einrichtungen (ÖGD)	155 000	15 000
Summe	2,9 Millionen	250 500

Den Gesundheitsämtern entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise.

Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegen säumige Personen und Einrichtungen insbesondere durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber stehen.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten für humanpathogene Infektionen mit Bornaviren und für Erkrankungs- und Todesfälle mit subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) infolge einer Maserninfektion.

5. Weitere Kosten

Für die Träger der privaten Krankenversicherung ergeben sich durch die Durchführung zusätzlicher Schutzimpfungen gegen Masern, auf die bereits heute ein Leistungsanspruch besteht, in den Jahren 2020/2021 Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise 8,4 Millionen Euro und in den Jahren 2022 bis 2024 von rund 800 000 Euro pro Jahr. Dem stehen Minderausgaben durch die Vermeidung von Kosten für die Behandlung von Masernerkrankungen gegenüber.

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

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

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung des Gesetzes ist nicht vorgesehen. Nach Ablauf des 31. Juli 2021 soll der Stand der Umsetzung des Gesetzes mit den Ländern geprüft werden. Die Evaluierung soll insbesondere durch eine Auswertung der erreichten Impfquoten gegen Masern ab 2020 erfolgen. Die Impfquoten können mit den Daten der Impfsurveillance zeitnah ermittelt werden. Den Stand der Elimination der Masern prüft die Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln am Robert Koch-Institut jährlich anhand von der Weltgesundheitsorganisation vorgegebener Zielkriterien und Indikatoren.

Die gesamten den Schutz gegen Masern betreffenden Bestimmungen können in der Zukunft nach erfolgreicher Durchführung des Maserneliminationsprogramms wieder aufgehoben werden, sobald die Weltgesundheitsorganisation (WHO) förmlich festgestellt hat, dass Masern eliminiert sind. Im Hinblick darauf, dass das Zeitziel der WHO für die Masernelimination bereits mehrfach verschoben werden musste, kann allerdings keine bestimmte Befristung des Gesetzes erfolgen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (IfSG)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Nummer 9.

Zu Nummer 2 (§ 2)

In § 2 werden zwei Begriffsbestimmungen neu gefasst:

Nummer 15 zur „Leitung der Einrichtung“ soll die von dem Träger der Einrichtung mit den Leitungsaufgaben beauftragte Person als solche definieren, das betrifft auch die selbstständig tätige Person, die für ihren Zuständigkeitsbereich selbst als Leitung der Einrichtung anzusehen ist und sie daher für die Erfüllung der entsprechenden Pflichten zuständig ist (Buchstabe a).

Auch die von dem Träger einer Einrichtung bestimmte Person, die einrichtungsübergreifend Leitungsaufgaben wahrzunehmen hat, ist als „Leitung der Einrichtung“ im Sinne des Gesetzes zu verstehen (Buchstabe b).

Nummer 16 soll aus Gründen der Rechtsklarheit diejenigen Daten konkretisieren, die nach dem Gesetz als „personenbezogene Angaben“ übermittelt werden können.

Zu Nummer 3 (§ 4a)

Die Bundesstatistik trägt dazu bei, den öffentlichen Gesundheitsdienst zielgerichtet weiterzuentwickeln und Unterstützungsbedarf erkennen zu können. Für die für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Stellen in Bund, Ländern und Kommunen wird eine Bundesstatistik nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Bundesstatistikgesetzes (BStatG) mit Auskunftspflicht nach § 15 BStatG angeordnet.

Zu Nummer 4 (§ 6)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Artikel 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Neben den schon bisher meldepflichtigen Tatbeständen Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose (Nummer 1a Buchstabe a) werden folgende Meldepflichten in das IfSG aufgenommen:

In Nummer 1a Buchstabe b wird aufgrund der Zunahme von Erkrankungen, auch mit Todesfolge, eine Meldepflicht an einer Meningoenzephalitis durch humanpathogene Bornaviren vorgesehen. Aufgrund des anhaltenden Vorkommens von Bornavirusinfektionen beim Menschen und der Schwere der Erkrankung bei Menschen muss sichergestellt werden, dass eine systematische Datenerhebung und Auswertung der Fälle erfolgt.

Aufgrund von geänderten genetischen Analysen wurde eine Neuordnung der Bakterien *Clostridium difficile* in *Clostridioides difficile* vorgenommen. Dadurch ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich des Meldetatbestandes an sich.

Zu Buchstabe c

Doppelbuchstabe aa

Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie verlaufen oft kompliziert und ziehen Folgeerkrankungen nach sich, die noch Monate nach der Masernerkrankung auftreten können. Die sogenannte subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist eine schwere und stets tödlich verlaufende Gehirnerkrankung, die als Spätfolge einer Maserninfektion entwickeln kann. Zur epidemiologischen Überwachung dieser Spätfolgen ist künftig bei an Masern erkrankten Personen auch zu melden, ob sie an dieser Folgeerkrankung erkranken oder versterben.

Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie im Rahmen des IfSG.

Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 5 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Vgl. zu Nummer 2 Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu Artikel 3.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Artikel 3.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Artikel 3.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zu Artikel 3.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung zu Artikel 3.

Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse müssen die Meldetatbestände umformuliert werden. Neue genetische Analysen führten bei den Enterobakterien zu einer Unterteilung in weitere Untergruppen. Zudem wurden neue Definitionen bei der Resistenztestmethodik von Bakterien eingeführt. Diese können zu anderen Ergebnissen und Bewertungen führen und mögliche Auswirkungen auf die Meldetatbestände haben.

Zu Nummer 6 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Ob die betroffene Person einer der in § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Personengruppen zugehört, ist relevant für den Informationsaustausch mit den zuständigen Stellen der Bundeswehr (siehe Buchstabe b). Das Datum ist daher bei der Meldung zu erfassen.

Zu Buchstabe b

Nach dem neuen Absatz 6 sind die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern jeweils fallbezogen mit den Daten der zu diesem Fall geführten Ermittlungen und getroffenen Maßnahmen sowie mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen von den zuständigen Gesundheitsämtern auch an die zuständigen Stellen der Bundeswehr zu übermitteln, sofern die betroffene Person einer Personengruppe gemäß Absatz 1 Nummer 1 q zugehört.

Zu Nummer 7 (§ 13)

Mortalitätssurveillance (Absatz 4)

Die zeitnahe Überwachung der Gesamtzahl der Todesfälle (Mortalitätssurveillance) – unabhängig von der Todesursache - dient der besseren Bewertung von Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung. Durch eine zeitnahe Mortalitätssurveillance können schwerwiegende – auch bislang unbekannte – Ereignisse für die öffentliche Gesundheit, die eine erhöhte Mortalität verursachen, frühzeitig erkannt und in ihrem Verlauf erfasst werden. Auf der Grundlage der dadurch gewonnenen Erkenntnisse können erforderliche Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit veranlasst werden beziehungsweise können bereits getroffenen Maßnahmen entsprechend angepasst werden. Zudem kann eine Mortalitätssurveillance zur zeitnahen Evaluation der Wirksamkeit getroffener Maßnahmen beitragen.

Neben der Entdeckung von Ereignissen kann die Mortalitätssurveillance auch dazu beitragen, die Auswirkung bekannter Ereignisse auf die Mortalität zu quantifizieren und zum Beispiel im Falle eines größeren Infektionsausbruchs belastbare Aussagen zum Ausmaß und

zur Schwere zu treffen. Die Erkenntnisse werden genutzt, um gezielte und effektive Bekämpfungsmaßnahmen einzuleiten.

Impfsurveillance (Absatz 5)

Nach Absatz 5 Satz 1 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Robert Koch-Institut für Zwecke der epidemiologischen Überwachung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und Impfeffekten pseudonymisierte Versorgungsdaten zur Verfügung zu stellen (Impfsurveillance).

Die am Robert Koch-Institut bereits etablierte Impfsurveillance auf Basis von ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht eine Erfassung und Auswertung von Impfquoten in der Bevölkerung nach Altersgruppe, Geschlecht und Region. Ziel der Impfsurveillance ist, Defizite bei den Impfquoten zu erkennen und diese durch gezielte Maßnahmen in allen Bevölkerungsgruppen zu stärken. Zudem können Daten der Impfsurveillance herangezogen werden, um den Nutzen und die Wirksamkeit von eingeleiteten Maßnahmen und Impfprogrammen zu bewerten. Wie die Erfahrungen mit der Nutzung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der seit 2004 am RKI etablierten Impfsurveillance zeigen, können mit diesen Daten die Effekte von Impfungen hinsichtlich des Schutzes geimpfter aber auch ungeimpfter Personen (sogenannter Gemeinschaftsschutz) bewertet und die Krankheitslast impfpräventabler Erkrankungen (die gegebenenfalls auch nicht meldepflichtig sind) ermittelt werden. Damit decken die Daten der Impfsurveillance eine wichtige Funktion eines Nationalen Impfregisters ab und dienen darüber hinaus der Evaluation von Impfungen und Impfprogrammen.

Zu übermitteln sind die in Satz 2 bezeichneten Daten.

Die Übermittlung eines Patienten-Pseudonyms (Nummer 1) ist notwendig, um die einzelnen von den Kassenärztlichen Vereinigungen an das RKI übermittelten Datensätze auf Patientenebene miteinander verknüpfen zu können, und zwar auch, wenn ein Umzug in das Gebiet einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt. Nur so lassen sich zu Zwecken der epidemiologischen Surveillance von Impfinanspruchnahme und Impfeffekten Impfleistungen, Abrechnungsdiagnosen und Leistungen aus dem EBM-Katalog sinnvoll in Beziehung setzen und damit hinreichend genau potentiell vollständige Impfserien darstellen, die oftmals aus mehreren Impfstoffdosen bestehen und über längere Zeiträume verabreicht werden. Des Weiteren lässt sich so etwa der Schutz eines Patienten vor einer bestimmten Erkrankung berechnen, der auch noch Jahre nach der jeweiligen Impfung bestehen kann (Impfeffektivität), indem Abrechnungsdiagnosen und in Anspruch genommene Impfungen auf Patientenebene über lange Zeiträume in Beziehung gesetzt werden.

Nach Satz 3 ist eine Re-Identifizierung der Patienten für das RKI unzulässig, diese ist nur durch die jeweilige datenübermittelnde Kassenärztliche Vereinigung möglich. Bei den Verantwortlichen am RKI besteht mithin bei der Verarbeitung dieser pseudonymisierten Daten keine Möglichkeit der Identifizierung der betroffenen Personen.

Das RKI bestimmt das Verfahren zur Pseudonymisierung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 2 Nummer 1 sowie die technischen Übermittlungsstandards für die zur Verfügung zu stellenden Daten (Satz 4).

Es handelt sich um eine gesetzliche Datenverarbeitungsbefugnis im Sinne der Artikel 6, 9 Absatz 2 Buchstabe g, h und i der Verordnung (EU) 2016/679.

Bei Nachnutzung der Abrechnungsdaten durch das RKI entsteht in der Ärzteschaft kein zusätzlicher Arbeitsaufwand. Auch die Aufbereitung und Weiterleitung des pseudonymisierten Datenextrakts durch die Abrechnungsstellen kann weitgehend automatisiert erfolgen, wie es bei der bisherigen Übermittlung der Daten bereits der Fall ist.

Zu Nummer 8 (§ 20)

Zu Buchstabe a

Der bisherige Absatz 1 wird präzisiert. Der Bundeszentrale für die gesundheitliche Aufklärung wird die gesetzliche Aufgabe zugewiesen, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend zielgruppenspezifisch 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

Durch die Neuregelung des § 20 Absatz 4 soll bundesrechtlich geregelt werden, dass grundsätzlich alle Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung von Schutzimpfungen berechtigt sind. Fachärztinnen und Fachärzte dürfen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit 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 (vergleiche Empfehlungen der STIKO, Epid. Bull. 34/2018, S. 337). Zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, bei der individuelle Aufklärung und Beratung zu arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen im Vordergrund des ärztlichen Handelns steht, siehe Ausführungen zu Absatz 10.

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 zum Beispiel Vorstandsbeschluss der Bundesärztekammer vom 28. März 2008). Teilweise wurde Impfen auch 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 der Fachgebiete, die zum Beispiel auf eine Körperregion beziehungsweise auf ein Organ oder eine bestimmte Personengruppe bezogen sind (zum Beispiel Augenheilkunde, Orthopädie und Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin), weiterhin eine gewisse Einschränkung beim Impfen ergeben.

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

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Regelungsinhalt entspricht dem bisherigen Satz 3 und wird der Formulierung in Absatz 8 Satz 3 angepasst. Der bisherige Satz kann als Folgeänderung zu Buchstabe e (Absatz 14) aufgehoben werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Buchstabe e (Absatz 14).

Zu Buchstabe e

Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie verlaufen oft schwer und ziehen Komplikationen nach 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.

Impfungen gegen Masern bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion. Sie schützen nicht nur das Individuum gegen die Erkrankung (Individualschutz), sondern sie können gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung verhindern, wenn die in der Bevölkerung erreichte Impfquote hoch genug ist (Gemeinschaftsschutz). 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. Besonders bei Personen mit geschwächten oder fehlenden Immunsystemen können besonders schwerwiegende Krankheitsverläufe entstehen. So sollen zum Beispiel Säuglinge in der Regel frühestens im Alter von neun Monaten geimpft werden, also erst einige Monate nachdem ihr gegebenenfalls durch die Mutter erlangter Immunschutz nachgelassen hat. Sie sind deswegen darauf angewiesen, dass alle Menschen in ihrer Umgebung geimpft sind und sie durch den sogenannten Gemeinschaftsschutz geschützt werden. Es besteht daher ein hohes öffentliches Interesse daran, dass die Bevölkerung einen den Empfehlungen der STIKO entsprechenden Impfschutz hat.

Hinzukommt, dass Deutschland im Kreis der Völkergemeinschaft das Ziel der WHO unterstützt, die Masernkrankheit in den Staaten sukzessiv zu eliminieren, um die Krankheit schließlich weltweit auszurotten. Das Ziel der Masernelimination kann ebenfalls nur mit einer ausreichenden Bevölkerungsimmunität von 95 Prozent erreicht werden.

Die von der Bundesregierung in der Vergangenheit getroffenen Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention haben zu einer Steigerung der Impfquoten auch bei der Masernimpfung beigetragen. Diese sind jedoch noch nicht ausreichend. Aktuelle Masernausbrüche verdeutlichen, dass in der Bevölkerung noch Impflücken bestehen, die der Erreichung der für eine Elimination der Masern erforderlichen Impfquote 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, sind vielfältig. So sind manchen, insbesondere nach 1970 geborenen Personen die Vorteile eines ausreichenden Impfschutzes nicht bekannt. Andere haben die empfohlene Vervollständigung des Impfschutzes vergessen oder aufgrund Unsicherheit aufgeschoben. Teilweise besteht auch eine skeptische und kategorisch ablehnende Haltung gegenüber Impfungen. Hier sind ärztliche Beratung und die gesundheitliche Aufklärung ein wichtiges Element.

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 oder nach einer Erkrankung schwere Komplikationen auftreten.

Zu Absatz 8

Satz 1 regelt als Grundsatz, dass bestimmte Personen einen nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine durch eine Masernerkrankung erlangte Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Dabei handelt es sich nicht um eine durch unmittelbaren Zwang durchsetzbare Pflicht, die Konsequenzen eines nicht ausreichenden Impfschutzes beziehungsweise einer nicht ausreichenden Immunität ergeben sich vielmehr aus den Folgeabsätzen.

Nummer 1 betrifft Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden, also insbesondere in Kindertagesstätten, Kinderhorten, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie in bestimmten Formen der Kindertagespflege. Die STIKO empfiehlt eine Grundimmunisierung gegen Masern durch zwei Impfungen grundsätzlich im Alter zwischen 11 und 23 Monaten (Epid. Bull. 34/2018, S. 338). Die erste Impfung sollte in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten und die zweite Impfung sollte mit einem Abstand von mindestens 4 Wochen oder mehr, spätestens jedoch bis zum Ende des zweiten Lebensjahres, erfolgen, um den frühestmöglichen Impfschutz zu erreichen. Unterbliebene Impfungen sollen bei Kindern und Jugendlichen zeitnah nachgeholt werden. Wenn die Aufnahme eines Säuglings in eine Gemeinschaftseinrichtung (zum Beispiel Kita) bevorsteht oder erfolgt ist, empfiehlt die STIKO als Indikationsimpfung, die erste Impfung bereits ab einem Alter von 9 Monaten zu beginnen. Sofern die Erstimpfung im Alter von 9-10 Monaten erfolgt, soll die 2. Schutzimpfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres gegeben werden (Epid. Bull. 34/2018, S. 342).

Nummer 2 betrifft zum einen Personen, die bereits vier Wochen in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4, also in Heimen, betreut werden (Buchstabe a). Für Personen in Heimen gelten grundsätzlich dieselben Erwägungen wie für Personen in Kindertageseinrichtungen, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie in bestimmten Formen der Kindertagespflege (Nummer 1). Vom Begriff der „Heime“ umfasst sind jedoch auch Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche nach Inobhutnahme durch das Jugendamt in einem akuten Kinderschutzfall bzw. bis zur Klärung der Gefährdungslage untergebracht werden. Ebenso sind Einrichtungen der Heimerziehung und anderer stationärer Erziehungshilfen umfasst, die Kinder und Jugendliche aufnehmen, wenn eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und auch nicht durch ambulante Hilfeleistungen sichergestellt werden kann. Eine Masernimpflicht darf nicht dazu führen, dass eine Inobhutnahme und nachfolgende Unterbringung sowie eine stationäre Erziehungshilfe aus Kinderschutzgesichtspunkten unterbleibt, weil kein hinreichender Impfschutz des betreffenden Kindes oder Jugendlichen besteht beziehungsweise nachgewiesen werden kann. Daher wird für in Heimen betreute Personen eine vierwöchige Übergangszeit festgesetzt, nach der diese Personen erst einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern aufweisen müssen. Es bleibt den betroffenen Personen unbenommen, sich bereits vor Ablauf dieser vier Wochen um einen entsprechenden Impfschutz zu kümmern.

Des Weiteren betrifft Nummer 2 auch Personen, die in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 bereits vier Wochen untergebracht sind (Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, Buchstabe b). Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler sind in der Regel aufgrund kriegsbedingter Umstände in den Herkunftsländern, Flucht oder wegen des in den Herkunftsländern nicht funktionierenden Gesundheitssystems nicht geimpft. Aus diesen Ländern gibt es nur unvollständige Angaben über das Vorkommen und die Verbreitung von Masernfällen oder über durchgeführte Impfungen. Auch unter diesen Voraussetzungen zeigen Länder wie Nigeria oder Georgien als häufige Herkunftsländer von Asylsuchenden in Deutschland, nach Angaben der WHO sehr hohe Masernfallzahlen. Der dem Gesetz zugrunde liegende Gedanke, dass Personen, die auf engem Raum aus bestimmten vorgegebenen Sachgründen zusammenkommen, vor einer Ansteckung durch Impfung zu bewahren sind, muss deshalb folgerichtig auch hier Anwendung finden. Nur so können diese Personen vor einer Ansteckung geschützt werden und die Weiterverbreitung innerhalb oder außerhalb der Einrichtung verhindert werden. Aus diesem Grund wird auch das dort tätige Personal der Impfpflicht unterstellt. Nach Auswertungen in den Jahren 2004 bis 2014 wurden insgesamt 119 Ausbrüche mit 615 Fällen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende gemäß IfSG an das RKI übermittelt, davon wurden 12 Prozent durch Masern verursacht. In den Folgejahren traten zunehmend Masernausbrüche in den Einrichtungen auf. Allein im Jahr 2016 wurden knapp 30 Prozent der Masernfälle unter Personen beobachtet, die in Deutschland in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden und Geflüchteten untergekommen waren. Für Asylbewerber

ber gewährleistet § 4 Absatz 1 Satz 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes eine Versorgung mit Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47 und 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch; die zuständige Behörde hat gemäß § 4 Absatz 3 Satz 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes sicherzustellen, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Auch für diese Gruppe von Personen gilt, dass eine Aufnahme in die entsprechenden Einrichtungen nicht von einem Masernimpfschutz abhängig gemacht werden soll, sondern diese Gruppe einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern erst nach einer Übergangszeit von vier Wochen aufweisen muss. Es bleibt den betroffenen Personen unbenommen, sich bereits vor Ablauf dieser vier Wochen um einen entsprechenden Impfschutz zu kümmern.

Die STIKO empfiehlt für diese Personengruppe Folgendes: Kinder und Jugendliche, die ungeimpft sind bzw. deren Impfstatus unklar ist, sollen Impfungen wie die unter Nummer 1 genannte Personengruppe erhalten. Erwachsene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, sollen einmalig geimpft werden, sofern sie nach 1970 geboren sind (Epid. Bull. 34/2018, S. 342, 360).

Nummer 3 erfasst die Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben.

Bei Personen, die in den in § 23 Absatz 3 Satz 1 aufgelisteten medizinischen Einrichtungen tätig sind, handelt es sich insbesondere um medizinisches Personal, aber auch andere dort tätige Personen wie zum Beispiel Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch ehrenamtlich Tätige oder Praktikanten. Die STIKO empfiehlt derzeit für im Gesundheitsdienst oder bei der Betreuung von immundefizienten beziehungsweise immunsupprimierten Personen Tätige mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, eine einmalige Impfung, wenn sie nach 1970 geboren sind (Epid. Bull. 34/2018, S. 343). Der Masern-Impfschutz der in den in § 23 Absatz 3 Satz 1 aufgelisteten medizinischen Einrichtungen tätigen Personen ist zugleich ein Beitrag zur Einhaltung der Infektionshygiene in den medizinischen Einrichtungen. § 23a bleibt unberührt und ist weiterhin auch auf den Impf- oder Serostatus in Bezug auf Masern anwendbar.

Personal nach § 33 Nummer 1 bis 4 betrifft insbesondere Personal mit Lehr-, Erziehungs-, Pflege- oder Aufsichtstätigkeiten, aber auch Hausmeister oder Transport-, Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch ehrenamtlich Tätige oder Praktikanten. Die STIKO empfiehlt derzeit für in Gemeinschaftseinrichtungen Tätige, die nach 1970 geboren sind und einen unklarem Impfstatus haben oder keine Impfung oder nur eine Impfung in der Kindheit erhalten haben, eine einmalige Impfung (Epid. Bull. 34/2018, S. 343).

Personal nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 betrifft insbesondere Personal mit Pflege- oder Aufsichtstätigkeiten, aber auch Hausmeister oder Transport-, Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch ehrenamtlich Tätige oder Praktikanten. Die STIKO empfiehlt derzeit für diese Personen, soweit sie nach 1970 geboren sind und einen unklarem Impfstatus haben oder keine Impfung oder nur eine Impfung in der Kindheit erhalten haben, eine einmalige Impfung (Epid. Bull. 34/2018, S. 342, 361).

Satz 2 berücksichtigt den Umstand, dass für die Durchführung von Masernimpfungen, die nach Satz 1 erforderlich werden, gegenwärtig ausschließlich Kombinationsimpfstoffe gegen Masern-Mumps-Röteln beziehungsweise gegen Masern-Mumps-Röteln-Windpocken zur Verfügung stehen. Soweit eine Immunisierung gegen Masern nur mit diesen Kombinationsimpfstoffen erfolgen kann, steht das der grundsätzlichen Regel nach Satz 1 nicht entgegen.

Nach Satz 3 sind Personen von der Regelung in Satz 1 ausgenommen, bei denen eine medizinische Kontraindikation gegen die Schutzimpfung mit dem zur Verfügung stehenden Impfstoff besteht, und mithin nicht geimpft werden kann, etwa aufgrund einer Allergie gegen Bestandteile des Impfstoffs oder aufgrund einer akuten schweren Erkrankung.

Zu Absatz 9

Nach Satz 1 müssen Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden sollen oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 Tätigkeiten ausüben sollen, der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit entweder eine Impfdokumentation nach § 22 oder ein ärztliches Zeugnis darüber vorlegen, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der STIKO entspricht (Buchstabe a). Ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechend bestehenden Impfschutz kann auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 SGB V erbracht werden (vergleiche Artikel 2 Nummer 4). Die entsprechende Schutzimpfung kann auch im Rahmen der Nachweiskontrollen stattfinden.

Als Nachweisalternative kommt ein ärztliches Zeugnis in Betracht, das bestätigt, dass bei den betroffenen Personen eine Immunität gegen Masern vorliegt oder sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können (Buchstabe b). Der Arzt kann das Bestehen einer Immunität gegen Masern bestätigen, wenn ihm eine frühere 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 beziehungsweise Immunsuppression einschließlich der Beurteilung des Vorliegens einer Kontraindikation hat die STIKO Anwendungshinweise veröffentlicht (Bundesgesundheitsblatt 2017, S. 674).

Die zuständige Behörde kann nach Satz 2 bestimmen, dass bei der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt gegenüber zu erbringen ist.

Die Behörde, die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) zuständig ist, kann bestimmen, dass der Nachweis nach Satz 1 vor dem Beginn der Tätigkeit im Rahmen einer Kindertagespflege ihr gegenüber zu erbringen ist (Satz 3).

Als Konsequenz eines nicht erbrachten Nachweises nach Satz 1 sieht Satz 4 vor, dass die Leitung der jeweiligen Einrichtung eine solche Person, soweit sie keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, nicht in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 zur Betreuung aufnehmen darf oder einer solchen Person in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 keine Tätigkeiten übertragen darf.

Die zuständige Behörde (§ 54) kann nach Satz 5 allgemeine Ausnahmen zulassen. Dies kommt zum Beispiel in Betracht, wenn der erforderliche Impfschutz wegen Impfstoffmangels nicht erlangt werden konnte oder eine Aufnahme in eine Einrichtung unaufschiebbar ist.

Für Personen, die in den genannten Einrichtungen beruflich tätig werden möchten, bedeutet die Regelung eine subjektive Berufszulassungsbeschränkung und somit einen Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Berufswahl (Artikel 12 Absatz 1 Satz 1 GG). Der Eingriff ist durch die damit verfolgten Zwecke des Schutzes der öffentlichen Gesundheit als wichtiges Gemeinschaftsgut gerechtfertigt.

Der öffentliche Träger erfüllt den gegen ihn gerichteten Anspruch auf Förderung in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege (§ 24 SGB VIII) durch den Nachweis eines bedarfsgerechten Betreuungsplatzes in einer Tageseinrichtung oder in Kindertagespflege (vergleiche Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.10.2017 – 5 C 19.16). Wenn der Träger der öffentlichen Jugendhilfe einen bedarfsgerechten Betreuungsplatz nachweist, wird der Anspruch bereits durch diesen Nachweis erfüllt. Wird ein zumutbarer Betreuungsplatz abgelehnt, so verliert der Anspruchsinhaber seinen Anspruch hierauf. Dies gilt auch im Fall einer Nicht-Wahrnehmung eines Platzes aufgrund des Aufnahmeverbots nach Satz

4. Es steht den Einrichtungen nach § 33 Nummer 1 und 2 und ihren Trägern anheim, künftige Betreuungsverträge unter der aufschiebenden Bedingung eines Impfnachweises gemäß Satz 1 zu schließen.

Wenn sich aus dem Nachweis nach Satz 1 ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, so hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln (Satz 6). Das Gesundheitsamt kann sodann nach Absatz 12 tätig werden.

Zu Absatz 10

Personen, die am Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen (Satz 1).

Wenn der Nachweis nicht bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorgelegt wird, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln (Satz 2).

Das Gesundheitsamt soll nicht nur in den Fällen des fehlenden Nachweises benachrichtigt werden, sondern auch in den Fällen, in denen sich aus dem vorgelegten Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist (etwa bei vorübergehender medizinischer Kontraindikation) oder vervollständigt werden kann (etwa im Fall einer noch erforderlichen Folgeimpfung).

Das Gesundheitsamt kann in beiden Fallkonstellationen nach Absatz 12 weiterverfahren. Bis dahin können die Personen, weiterhin in der Einrichtung betreut werden oder tätig sein. In diesen Fällen kann das Gesundheitsamt mit angemessenem zeitlichem Vorlauf nach Absatz 12 die Personen auffordern, den Nachweis zu erbringen.

Der Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 beziehungsweise das dazu erforderliche ärztliche Handeln darf nicht mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vermischt oder verwechselt werden. Auf Grundlage der Vorschriften der ArbMedVV kann der Arbeitgeber keine Informationen über Impf- und Serostatus des Beschäftigten verlangen; weder vom Beschäftigten noch vom Betriebsarzt. Die Erhebung des Impf- und Serostatus zur Erbringung des Nachweises nach Absatz 9 ist keine arbeitsschutzrechtliche Aufgabe. Übernimmt der Betriebsarzt diese Aufgabe dennoch, erfolgt sie aufgrund eines eigenständigen Auftrags, der klar von der arbeitsmedizinischen Vorsorge getrennt werden muss. Werden arbeitsmedizinische Vorsorge und Schutzimpfung beziehungsweise Untersuchung für den Nachweis nach Absatz 9 in einem Termin durchgeführt, muss der Betriebsarzt die unterschiedlichen Zwecke offenlegen und der Impfnachweis beziehungsweise Serostatus muss unabhängig von der Vorsorgebescheinigung im Impfausweis eingetragen bzw. ärztlich bescheinigt werden.

Zu Absatz 11

Personen, die bereits vier Wochen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 grundsätzlich innerhalb von vier weiteren Wochen vorzulegen (Satz 1 Nummer 1). Etwas anderes gilt nur für den Fall, dass die betroffenen Personen bereits am Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind. In diesem Fall ist der

Nachweis (wie nach Absatz 10) bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen (Satz 1 Nummer 2).

Wenn der Nachweis nicht bis zu dem in Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 genannten Zeitpunkt vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln (vgl. hierzu die Begründung zu Absatz 10).

Zu Absatz 12

Die Gesundheitsämter können von Personen, die nach Absatz 8 Satz 1 einen nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine durch eine Masernerkrankung erlangte Immunität gegen Masern aufweisen müssen, einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 anfordern, allerdings erst zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Nachweispflicht besteht. Dabei macht es keinen Unterschied, ob es sich um stichprobenartige Kontrollen in solchen Einrichtungen handelt oder um Personen, über die das Gesundheitsamt nach Absatz 9 Satz 6, Absatz 10 Satz 2 oder Absatz 11 Satz 2 benachrichtigt wurde. Eine doppelte Kontrolle wird jedoch regelmäßig nicht in Betracht kommen.

Bei der Vorlagepflicht an das Gesundheitsamt handelt es sich um eine durch Verwaltungsvollstreckungsrecht und insbesondere mit Zwangsgeld durchsetzbare Pflicht. Zusätzlich oder alternativ kann ein Bußgeld verhängt werden (vergleiche Nummer 13). Ist die verpflichtete Person ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, einen Nachweis vorzulegen (etwa im Fall eines Impfstoffmangels), kommen sowohl Zwangsgeld als auch Bußgeld von vornherein nicht in Betracht.

Wenn der Nachweis nicht vorgelegt wird oder sich aus diesem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat das Gesundheitsamt die Möglichkeit, die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Beratung zu laden. In jedem Fall hat es die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern aufzufordern, wenn ein solcher Impfschutz fällig ist (Satz 2).

Das Gesundheitsamt kann außerdem gegenüber Personen, die trotz Aufforderung nach den Sätzen 1 und 2 keinen Nachweis vorlegen, die in § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Verbote erteilen, soweit diese Personen keiner gesetzlichen Schul- oder Unterbringungsverpflichtung (etwa aufgrund des Asylgesetzes) unterliegen (Satz 3). Das gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 handelt oder um eine andere in Absatz 8 genannte Einrichtung. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung. Die Folgen für das Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis richten sich nach den vertrags-, dienst- oder arbeitsrechtlichen Grundlagen. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass der Gesetzgeber eine Schutzimpfung gegen Masern in den genannten Einrichtungen als grundsätzlich zumutbar eingestuft hat.

Der Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Berufsausübung (Artikel 12 Absatz 1 GG) bei der Erteilung des Verbotes an Personen, die in Einrichtungen nach 23 Absatz 3 Satz 1, in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 4 oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 beruflich tätig sind, ist grundsätzlich durch die mit Satz 1 verfolgten Zwecke des öffentlichen Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Das Gesundheitsamt hat das Grundrecht bei der Bemessung der Dauer des Verbotes zu berücksichtigen.

Zu Absatz 13

Absatz 13 Satz 1 ordnet an, dass bei Minderjährigkeit einer nach den Absätzen 9 bis 12 nachweispflichtigen Personen der Sorgeberechtigte dieser Person für die Erfüllung der entsprechenden Nachweispflichten zu sorgen hat. Nach Satz 2 gilt die gleiche Verpflichtung für den Betreuer einer von Verpflichtungen nach den Absätzen 9 und bis 12 betroffenen Person, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

Zu Absatz 14

Die aufgrund des Zitiergebotes nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG bestehende Regelung übernimmt den Inhalt des bisherigen Absatz 6 Satz 2 und des bisherigen Absatz 7 Satz 3. Die Regelung gilt außerdem für die Regelungen in den neuen Absätzen 8 bis 12. Obwohl die Freiwilligkeit der Impfsentscheidung selbst unberührt bleibt, folgt aus der Vorgabe, dass bestimmte Personen einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern aufweisen müssen, ein mittelbarer Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG). Der Eingriff ist durch die damit verfolgten öffentlichen Ziele des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Zum Schutz der Personen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 4, Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 und medizinischen Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 vor den teilweise schwer verlaufenden Maserninfektionen ist eine gesetzliche Verpflichtung zum Vorhandensein von Immunität oder Impfschutz gegen Masern bei den in Absatz 8 genannten Personen verhältnismäßig. Die Personen in den genannten Einrichtungen sind zudem teilweise als vulnerabel einzustufen und können sich teilweise nicht selbst vor Maserninfektionen schützen. Das Risiko von Schutzimpfungen gegen Masern ist für gesunde Menschen als gering einzustufen, das gilt auch für Kombinationsimpfstoffe, die möglicherweise ausschließlich zur Verfügung stehen. Für Personen, die ohne erhebliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit nicht geimpft werden können, sieht das Gesetz Ausnahmen vor. Auch wird durch den mit einer Impfpflicht einhergehenden Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit der Wesensgehalt des Grundrechts nicht angetastet, da die Zielsetzung eines solchen Eingriffes gerade die Erhaltung der Unversehrtheit ist (Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 14. Juli 1959, Rn. 18, juris).

Zu Nummer 9 (§ 22)

Die Impfdokumentation muss nicht in schriftlicher Form erfolgen, sondern ist durch eine Bestätigung in elektronischer Form möglich.

Auch weiterhin ist jede Schutzimpfung nach Absatz 1 unverzüglich in einen Impfausweis, oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt werden kann, in einer Impfbescheinigung zu dokumentieren. Impfausweis und Impfbescheinigung werden als Impfdokumentation legaldefiniert.

Nach Absatz 2 Satz 1 muss die Impfdokumentation zu jeder Schutzimpfung das Datum der Schutzimpfung, die Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes, den Namen der Krankheit, gegen die geimpft wurde, sowie den Namen und die Anschrift der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person beinhalten (Satz 1 Nummer 1 bis 4).

Durch die Anpassungen des gesetzlichen Wortlauts wird unter anderem ermöglicht, dass gegebenenfalls in Zukunft die Durchführung von Schutzimpfungen auch durch Apothekerinnen und Apotheker vorgenommen werden kann. § 22 selbst regelt aber auch weiterhin nicht, welche Personen unter welchen Voraussetzungen Schutzimpfungen durchführen dürfen.

Die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person kann im rechtlich zulässigen Umfang die Hilfeleistung anderer Personen in Anspruch nehmen. So kann zur Behandlung durch einen Arzt auch die Hilfeleistung anderer Personen gehören, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

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 (mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem qualifizierten elektronischen Siegel) erfolgen.

Das zuständige Gesundheitsamt hat die Bestätigung bei Nachtragungen in einen Impfausweis vorzunehmen, wenn dem Gesundheitsamt eine entsprechende Impfdokumentation über die Durchführung der Schutzimpfung vorgelegt wird (Satz 2). In Erweiterung zur bisherigen Rechtslage soll künftig auch jeder andere Arzt unter den gleichen Voraussetzungen in der Lage sein, in der Vergangenheit vorgenommene Schutzimpfungen zu bestätigen. Diese Regelung ersetzt die bisherige Regelung in § 22 Absatz 1 Satz 2 und 3.

Nach der Neufassung des Absatzes 3 muss in der Impfdokumentation ein Hinweis auf das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen, auf die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie auf die Stellen, bei denen die sich aus einem Impfschaden ergebenden Ansprüche geltend gemacht werden können, aufgenommen werden.

Nach Absatz 4 ist in der Impfdokumentation über notwendige Folge- und Auffrischimpfungen mit Terminvorschlägen zu informieren, so dass die geimpfte Person in der Lage ist, diese rechtzeitig wahrzunehmen. Im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage, handelt es sich daher um ein obligatorisches Element der Impfdokumentation.

Zu Nummer 10 (§ 23)

Zu Buchstabe a

In der Aufzählung der Einrichtungen, deren Leiter sicherzustellen haben, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden, werden die Rettungsdienste hinzugefügt. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut berücksichtigt den qualifizierten Krankentransport von mit MRSA besiedelten Personen unter anderem in den »Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen« (Epidemiologisches Bulletin 2014, S. 696). Der Anwendungsbereich des § 23 Absatz 3 wird so an den Anwendungsbereich der Empfehlungen der KRINKO angepasst. Die Änderung hat ferner zur Folge, dass die Regelungen des neuen § 20 Absatz 8 und 9 auch für Personen gelten, die in Einrichtungen des Rettungsdienstes tätig sind.

Zu Buchstabe b

In Folge der Änderung zu Buchstabe a werden in der Aufzählung der Einrichtungen, die Hygienepläne aufzustellen haben, die Rettungsdienste hinzugefügt.

Zu Buchstabe c

Die Ermächtigung für die Länder, Rechtsverordnungen über die Infektionshygiene in bestimmten medizinischen Einrichtungen zu erlassen, wird in Folge der Änderungen zu Buchstabe a und b auf die Rettungsdienste erweitert. Die Rechtsverordnungsermächtigung wird anders als bei den anderen genannten medizinischen Einrichtungen in Bezug auf die Rettungsdienste als Kann-Ermächtigung ausgestaltet, insbesondere weil die in Absatz 8 Satz 2 genannten Regelungsinhalte nur teilweise für Rettungsdienste sachgerecht sind.

Zu Nummer 11 (§ 28)

Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie im Rahmen des IfSG.

Zu Nummer 12 (§ 33)

Die bisherige Definition der Gemeinschaftseinrichtung in § 33 wird präzisiert.

In Nummer 1 erfasst der Begriff der Kindertageseinrichtung die bisher genutzten Begriffe Kinderkrippen, Kindergärten und Kindertagesstätten.

Nummer 2 beschreibt die Fälle, bei denen auch Formen der Kindertagespflege als Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne der Norm aufzufassen sind. Der Begriff der Einrichtung im Sinne der des Infektionsschutzgesetzes ist damit ein gegenüber dem SGB VIII eigenständiger Begriff. Die nach § 43 Absatz 1 SGB VIII erlaubnispflichtige Kindertagespflege wird als Gemeinschaftseinrichtung im Sinne des IfSG definiert. Auf entsprechende Tagespflegepersonen und die Kinder in deren Tagespflege findet damit insbesondere § 20 Absatz 8 und 9 über das Erfordernis einer Immunität gegen Masern Anwendung.

Die Nummer 3 erfasst wie bisher Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen. Die Nummern 4 und 5 erfassen wie bisher Heime und Ferienlager, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden.

Der Verweis auf bisher genannte ähnliche Einrichtungen kann entfallen, weil es sich um einen nicht abschließenden Beispielskatalog handelt (Einleitung durch „insbesondere“), und daher diejenigen Einrichtungen, die den aufgezählten Einrichtungen ähnlich sind, auch weiterhin unter die Regelung fallen.

Zu Nummer 13 (§ 73)

Auf Grundlage des § 20 Absatz 9 bis 12 werden folgende neuen Bußgeldtatbestände eingeführt:

Absatz 1a Nummer 7a sanktioniert die Leitung der Einrichtung, die entgegen § 20 Absatz 9 Satz 4 eine Person zur Betreuung aufnimmt oder ihr eine Tätigkeit überträgt.

Absatz 1a Nummer 7b sanktioniert die Leitung der Einrichtung, die entgegen § 20 Absatz 9 Satz 6, Absatz 10 Satz 2 oder Absatz 11 Satz 2 das Gesundheitsamt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig benachrichtigt. Ist die Leitung der Einrichtung ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, eine entsprechende Benachrichtigung vorzunehmen, kommt ein Bußgeld nicht in Betracht. Das gilt insbesondere dann, wenn der vorgelegte Nachweis für nicht fachkundige Personen leicht misszuverstehen war (insbesondere vor der Verfügbarkeit eines entsprechenden Impfnachweises nach § 26 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

Absatz 1a Nummer 7c sanktioniert die nachweispflichtigen Personen, die entgegen § 20 Absatz 12 Satz 1 (auch in Verbindung mit Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2) einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt. Ist die verpflichtete Person ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, einen Nachweis vorzulegen (etwa im Fall eines Impfstoffmangels), kommt ein Bußgeld nicht in Betracht. Soll ein Bußgeld gegenüber einer in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 aufgenommenen Person verhängt werden, hat die Verfolgungsbehörde deren besondere Situation zu beachten. Neben den besonderen Schwierigkeiten für diese Personen bei dem Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes gegen Masern ist insbesondere auch das im Wesentlichen auf dem Sachleistungsprinzip fußende Leistungsrecht für diese Personen bei der Frage der Zweckmäßigkeit der Verfolgung als Ordnungswidrigkeit zu berücksichtigen sowie auch sonstige Umstände, durch die eine Vorwerfbarkeit des Verhaltens entfallen kann.

Absatz 1a Nummer 7d sanktioniert die Person, die einer vollziehbaren Anordnung nach § 20 Absatz 12 Satz 3 (auch in Verbindung mit Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2) zuwiderhandelt.

Zu Artikel 2 (SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 20a)

Die Änderung sieht eine verbindliche Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vor. Mit der Ergänzung des § 20a Absatz 1 Satz 2 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, ihre Leistungen in Lebenswelten im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu erbringen. Durch diese Änderung werden die Gesundheitsämter in die Lage versetzt, ihre in den Gesetzen der Länder über deren öffentlichen Gesundheitsdienst meist enthaltenen Aufgaben zur Mitwirkung in der Gesundheitsförderung und Prävention besser erfüllen zu können.

Zu Nummer 2 (§ 20f)

Die Änderung enthält eine Ergänzung des Mindestinhalts der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene durch Festlegungen über die Art und Weise der Information des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Leistungserbringung der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2. Die Änderung korrespondiert mit der Änderung zu Nummer X (§ 20a) und soll zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und auch den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe beitragen. Die Ergänzung ermöglicht es, dass der öffentliche Gesundheitsdienst und die Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe einen Überblick über geplante und laufende Förderaktivitäten der Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erhalten und so eine Möglichkeit der Verknüpfung mit weiteren Maßnahmen eröffnet wird.

Zu Nummer 3 (§ 20i)

Buchstabe a

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Buchstabe b

Soweit Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen haben (nach § 20i Absatz 1 bis 3), schließt dieser die Bereitstellung einer Impfdokumentation nach § 22 IfSG nach Absatz 4 ein. Die Krankenkassen werden ausdrücklich ermächtigt, die Versicherten in geeigneter Form (etwa in Form der postalischen Ansprache) individuell über fällige Schutzimpfungen nach Satz 1 zu informieren (das heißt über solche Schutzimpfungen, auf die Versicherte Anspruch haben). Dabei können die gemäß § 284 Absatz 3 Satz 1 die bei ihnen vorhandenen rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten (insbesondere Abrechnungsdaten) für die Zwecke dieser Aufgabe im erforderlichen Umfang verarbeiten.

Unter anderem die Untersuchung postalischer Informationsangebote zur Masernimpfung bei Erwachsenen des Bundeskanzleramtes (<http://bundesregierung.de/resource/blob/975272/1150136/96dc31fedabdade0c74cff5dd6c0f/2018-07-12-masernimpfung-data.pdf?download=1>) konnte eine kausale Wirkung von Informationen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Masernschutzimpfungen belegen. Im Speziellen wurde gezeigt, dass eine direkte postalische Ansprache mit neutralen Informationen zur Masernerkrankung und -impfung dazu beitragen kann, die Impffzahlen bei der wichtigen Zielgruppe der nach 1970 geborenen Erwachsenen zu erhöhen und Impflücken zu schließen.

Zu Nummer 4 (§ 26)

Die Ergänzung soll den G-BA dazu verpflichten, Möglichkeiten zu schaffen, dass in der Dokumentation der Untersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 (im Untersuchungsheft für Kinder entsprechend Anlage 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) auf den aufgenommenen Impfstatus in Bezug zu Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden kann (idealerweise auf einem herausnehmbaren Dokumentationsblatt). Damit soll der Nachweis nach § 20 Absatz 9 Satz 1 und § 34 Absatz 10a Satz 1 IfSG vereinfacht ermöglicht werden.

Zu Nummer 5 (§ 132e)

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 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 der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit 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 (vergleiche Empfehlungen der STIKO, Epid. Bull. 34/2018, S. 337).

Innerhalb des Sozialversicherungsrechts sind die Bestimmungen des § 132e über die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen gegenüber den Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung speziell. Der Bund hat bei der Einführung der Regelung im Jahr 2007 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 Versorgung der Versichertengemeinschaft mit Schutzimpfungen auch durch Betriebsärzte wird dadurch jedoch nicht angetastet, vergleiche die Neuformulierung des Satzes 2 (vergleiche Buchstabe b).

Durch die Ersetzung der Formulierung „Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem IfSG zuständig sind“ durch die Formulierung „dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ soll allgemein der öffentliche Gesundheitsdienst als Vertragspartner bezeichnet werden.

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 den öffentlichen Gesundheitsdienst, mit dem ebenfalls Verträge abzuschließen sind.

Zu Buchstabe c

Durch die Ersetzung der Formulierung „Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem IfSG zuständig sind“ durch die Formulierung „dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ soll allgemein der öffentliche Gesundheitsdienst als Vertragspartner bezeichnet werden.

Zu Nummer 6 (§ 285)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Impfsurveillance nach § 13 Absatz 5 IfSG, nach dem die Kassenärztlichen Vereinigungen dem RKI regelmäßig pseudonymisierte Versorgungsdaten für Zwecke der epidemiologischen Surveillance von Impfanspruchnahme und Impfeffekten zur Verfügung zu stellen haben.

Zu Artikel 3 (IfSGMeldAnpV)

Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, u. a. im Bereich der Taxonomie, muss der Inhalt der IfSGMeldAnpV für die Meldung von Nachweisen von Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante sowie für die Meldepflicht für die Erkrankung sowie den Tod an einer Clostridium-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf angepasst werden. Zur Erhöhung der Transparenz des Katalogs der Meldepflichten wurden die bislang in der Rechtsverordnung geregelten Meldepflichten in den Katalog des IfSG überführt.

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 regelt das Inkrafttreten der Regelungen am 1. März 2020. Das Gesetz soll am 1. März 2020 in Kraft treten, um den betroffenen Einrichtungen und Behörden eine gewisse Vorbereitungszeit nach Verkündung des Gesetzes zu ermöglichen.