



Wortprotokoll der 68. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 23. Oktober 2019,
14:30 Uhr bis 17:00 Uhr
Jakob-Kaiser-Haus, Saal 1 302

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

BT-Drucksache 19/13452

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

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

-19/13452-

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

BT-Drucksache 19/13826

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Impfquoten wirksam erhöhen - Infektionskrankheiten ausrotten

BT-Drucksache 19/14061

- d) Antrag der Abgeordneten Katja Dörner, Katrin Göring-Eckardt, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Haushaltsausschuss

Masern und andere Infektionskrankheiten jetzt eliminieren – Solidarität und Vernunft fördern, Impfquoten nachhaltig steigern

BT-Drucksache 19/9960

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Freudenstein, Dr. Astrid Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:32 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Sachverständige, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen. Ich darf Sie alle ganz herzlich begrüßen zur achtundsechzigsten Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Wir haben heute eine öffentliche Anhörung zum „Masernschutzgesetz“. Ich freue mich, dass ich zu meiner Rechten die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss und weitere Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums begrüßen darf. Wir beschäftigen uns heute in der Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)“ sowie der dazugehörigen Gegenäußerung der Bundesregierung, dem Antrag der Fraktion FDP „Impfquoten wirksam erhöhen – Infektionskrankheiten ausrotten“ und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Masern und andere Infektionskrankheiten jetzt eliminieren – Solidarität und Vernunft fördern, Impfquoten nachhaltig steigern“. Meine Damen und Herren, Masern sind eine der ansteckendsten Infektionskrankheiten die wir kennen. Um die weitere Zirkulation der Masern zu verhindern ist eine Impfquote von mehr als 95 Prozent der Bevölkerung erforderlich. Trotz zahlreicher Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft wurde dieses Ziel hier bei uns in Deutschland bisher nicht erreicht. Ziele des vorliegenden Gesetzentwurfs sind der bessere individuelle Schutz insbesondere von vulnerablen Personengruppen und ein ausreichender Gemeinschaftsschutz vor Maserninfektionen. Dazu ist unter anderem vorgesehen, dass Personen in bestimmten Einrichtungen entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität vorweisen müssen. FDP und Grüne halten ein breit gefächertes Maßnahmenbündel für erforderlich, das unter anderem die Einführung eines digitalen Impfpasses sowie einen regelmäßig beworbenen und leichteren Zugang der Bevölkerung zu Impfungen sicherstellt. Defizite insbesondere in der haus- und kinderärztlichen Versorgung sollen abgebaut werden, um das bestehende Impfsystem zu verbessern und bestehende Impflücken zu schließen. Das zum Hintergrund. Einige Dinge noch zum Ablauf. Ursprünglich ist vorgesehen gewesen, 120 Minuten zu tagen, wir haben uns aber gerade in der Obleuterunde darauf

verständigt, dass wir die Anhörung um dreißig Minuten verlängern wollen. Ich hoffe, dass die Sachverständigen Zeit mitgebracht haben, so dass wir sie also statt zwei Stunden, zweieinhalb Stunden befragen. Wir werden die Befragung dann letztendlich in drei Runden aufteilen. Es wird also nach zwei Stunden gestoppt, und dann beginnt praktisch die Verlängerung der Anhörung. In dem ersten Teil, also in den zwei Stunden werden die einzelnen Fraktionen Fragen stellen, wobei die Fraktionen CDU/CSU und SPD zwei Mal dran kommen und die anderen Fraktionen letztendlich nur ein Zeitkontingent haben. Ich darf die Sachverständigen bitten, sich kurz zu fassen. Das gleiche gilt auch für die Fragenden. Ich werde den Namen der- oder desjenigen aufrufen, der die Frage beantworten soll und es wäre schön, wenn sie dann das Mikrofon benutzen und ihren Namen und Verband nennen, denn die Anhörung wird aufgezeichnet und im Fernsehen übertragen. Und damit die Zuschauer zuordnen können, wer Fragen stellt und wer sie beantwortet, ist es wichtig, dass Name und Verband genannt werden. Mobiltelefone sollten nicht genutzt werden. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen und sie können sie auch in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Ich danke an dieser Stelle allen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Wir beginnen mit der Befragung. Die erste Fragerunde gestaltet die CDU/CSU-Fraktion und die erste Frage stellt Karin Maag.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Unsere erste Frage geht an den ESV Herrn Prof. Fickenscher. Uns interessiert, welche Gefahren von einer Masernerkrankung ausgehen können und mir wäre es lieb, wenn Sie auch auf die Spätfolgen eingehen könnten.

ESV **Prof. Dr. Helmut Fickenscher**: Die Masern sind schon lange bekannt und werden im Allgemeinen gerne als Kinderkrankheit abgehakt. Das ist bei den Masern keine adäquate Sichtweise, weil es sehr schwerwiegende Komplikationen geben kann. Während der Erkrankung der Masern



kann es schon zu einer Lungenentzündung kommen. Es kann zu einer Gehirnhaut- und einer Gehirnentzündung kommen und diese Komplikationen sind nicht sehr selten und insofern eine echte Gefährdung. Die ganz wesentliche Spätfolge der Masern ist die sogenannte SSPE, die subakute sklerosierende Panenzephalitis. Mit diesem Gesetzesvorhaben wird dafür erstmals eine Meldepflicht vorgesehen. Das ist sehr wichtig, denn bisher hat man hier keine konkrete Ahnung dazu, wie häufig dies tatsächlich vorkommt. Eigentlich sollte es nach Lehrbuchwissen extrem selten sein, aber es wird immer noch beobachtet, obwohl die Masern sehr selten geworden sind. Also muss es hier tatsächlich Erfassungsfehler geben oder der Überblick nicht so richtig existieren. Das ist ein sehr wichtiger Weg, schlauer zu werden. Ansonsten ist jede hochfieberige Erkrankung gefährlich für die kindliche Entwicklung und kann hier auch Schäden hervorrufen, die niemand sonst erfassen würde.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich auch an Prof. Dr. Fickenscher. Welche Gefahr geht von unzureichenden Impfquoten, von Menschen aus, die sich aus gesundheitlichen Gründen nicht impfen lassen können und welche Rolle spielt das Thema Herdenimmunität?

ESV **Prof. Dr. Helmut Fickenscher**: Der Begriff der Herdenimmunität hat nun einen anderen Namen bekommen und als Gemeinschaftsimmunität klingt das Ganze etwas netter, weil sich sonst die Menschheit dem Vieh recht nahe fühlen würde. Dieser Gemeinschaftsschutz ist ungeheuer wichtig, denn ein kleiner Anteil der Bevölkerung, wenige Prozent, dürfen nicht geimpft werden. Zum Beispiel aufgrund einer therapeutischen Immunsuppression oder vielleicht aufgrund einer Erkrankung des Immunsystems. Diese Personen vor den Masern zu schützen ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Bei einer Impfquote von fünfundneunzig Prozent, wie sie ungefähr in den Schuleingangsuntersuchungen erreicht wird, könnte man glücklich sein, das erreicht zu haben, könnte man meinen, aber bei den Schuleingangsuntersuchungen werden sicher nicht die nicht mehr ganz so jungen Menschen mit erfasst und es gibt zusätzliche Lücken. Denken Sie nur an illegale sich aufhaltende Migranten, die jeden Kontakt mit offiziellen

Stellen vermeiden. Da wird Impfung sicherlich nicht effizient funktionieren, aber auch andere Personen, die dem Gesundheitssystem öfter mal entkommen. Und um zumindest die Erfassung mit effizienter Impfung wirklich wesentlich zu erreichen, ist ein ganz erheblicher Faktor den Gemeinschaftsschutz, den sogenannten Herdenschutz, auch wirklich zu erreichen. Es ist ein ganz essentielles Ziel und notwendig aufgrund der unglaublich hohen Ansteckungsfähigkeit diese Virus.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Offene Fragen sind in Anhörungen immer gefährlich. Aber ich vertraue auf die Disziplin und frage Frau Dr. Peter vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und Frau Bräutigam von der Bundesärztekammer nach ihrer generellen Bewertung des Gesetzentwurfs.

SVe **Dr. Sigrid Peter** (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hält sehr viel von Impfungen und deswegen begrüßen wir auch diesen Gesetzentwurf, weil er zum einen das Bewusstsein der Bevölkerung nochmal wachgerüttelt hat für die Wichtigkeit von Impfmaßnahmen. Wir befürworten, dass die Impfungen für alle möglich sind und auch von allen angeboten werden. Mein ganz positives Votum ist, das sollte ein super Angebot sein, was sich keiner entgehen lässt.

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Auch seitens der Bundesärztekammer sehen wir diesen Gesetzentwurf überwiegend als positiv an. Wir sehen einfach mit dem Masernschutzgesetz eine wirksame Maßnahme, die Impfquote der Bevölkerung zu erhöhen und plädieren aber auch dafür, dass gerade Informationskampagnen, Aufklärungsgespräche auch eine große Rolle spielen, um die Patienten von einer Impfung zu überzeugen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richte ich an Prof. Dr. Mertens von der STIKO und Frau Dr. Bräutigam von der Bundesärztekammer. Als Argument gegen den Impfschutz gegen Masern werden immer wieder Nebenwirkungen herangezogen. Wie sicher sind Impfstoffe gegen Masern



und wie wird in Deutschland mit Fällen umgegangen, bei denen der Verdacht auf Impfkomplicationen besteht?

SV Prof. Dr. Thomas Mertens (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): In Deutschland besteht die gesetzliche Verpflichtung für jeden Arzt, der den Verdacht auf einen Impfschadensfall, den Verdacht wohlgerne, diesen zu melden. Ähnliches gilt für die pharmazeutische Industrie und auch für die Apotheker. Insofern gibt es bei uns ein Spontanmeldeverfahren, das auf diesem Gesetz beruht. Die Ärzte haben darüber hinaus die berufliche Verpflichtung aufgrund der Berufsordnung eine Meldung an die Arzneimittelkommission der Bundesärzteschaft durchzuführen. Es gibt gleich eine doppelte Meldepflicht für den Verdacht einer durch Impfung hervorgerufenen Schädigung. Wir haben in Deutschland kein Impfregister in dem Sinne, dass wir jetzt jeden Geimpften später einem Krankheitsverlauf zuordnen können. So etwas gibt es in Finnland. Das war die Antwort auf den Teil Ihrer Frage, was geschieht in Deutschland, wenn es zu einem Impfschaden gekommen ist. Diese Meldepflicht gilt übrigens völlig unabhängig davon, ob es sich um einen empfohlenen oder nicht empfohlenen Impfstoff durch die STIKO handelt. Wenn es zu einem Impfschaden gekommen ist, so gibt es nach dem Infektionsschutzgesetz ein Recht auf Entschädigung. Das wiederum wird über die Versorgungsämter geregelt und unterliegt einer Begutachtung der Einzelfälle. Soweit dazu, wie das bei uns abläuft. Jetzt zur Frage, wie das Risiko ist, durch Impfung eine Schädigung zu erleiden. Da muss man unterscheiden zwischen sogenannten Impfreaktionen. Diese Impfreaktionen sind durchaus häufig. Darunter verstehen wir zum Beispiel kurz auftretendes Fieber, Schmerzen an der Injektionsstelle, auch bei einem Lebendimpfstoff, wie dem Masernimpfstoff, ein nach zehn Tagen auftretendes flüchtiges Exanthem. Das zeigen wir nicht als Impfschaden an. Das ist die normale Impfreaktion, die zum Teil auch bedingt ist durch die Auseinandersetzung des Organismus mit dem Erreger, die gewünscht ist. Davon abzugrenzen sind die sogenannten über ein normales Maß hinausgehenden Nebenwirkungen. Da muss man sagen, es gibt seit ungefähr zwanzig Jahren eine Vielzahl von Studien, die nach Einführung des Impfstoffes durchgeführt worden sind. Es gibt vor allen Dingen in Ländern

wie den Vereinigten Staaten und auch bei uns, vom Paul-Ehrlich-Institut, das Spontanmeldeverfahren. Es gibt aus Finnland eine recht große Studie, die deutlich zeigt, dass neben den von mir bereits erwähnten, noch normalen Impfreaktionen, dass die schweren Schädigungen oder Nebenwirkungen nach Impfung wirklich außerordentlich selten sind. Man geht davon aus, nach allen verfügbaren Zahlen, dass zum Beispiel mit einer Enzephalitis, also der Hirnentzündung, in ungefähr 0,4 bis 2 Fällen pro Million Impfdosen zu rechnen ist. Wobei auch da sozusagen der kausale Zusammenhang eigentlich nicht so richtig gesichert ist. Aber wenn wir das annehmen, dass dem so sei, dann liegt das Risiko zwischen der Impfung und der natürlichen Impfung ungefähr um den Faktor zweitausend. Das ist der Unterschied. Ich kann auch gerne auf andere spezielle Fragen von Schäden eingehen. Aber zusammengefasst muss man sagen, alle verfügbaren Impfstoffe bei uns, und dazu gehört auch der Masernimpfstoff, sind bezüglich wirklich schwerer Schädigungen außerordentlich sicher und solche Ereignisse sind ausgesprochen selten.

Sve Dr. Katrin Bräutigam (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich darf vielleicht noch ein paar Dinge ergänzen. Wir hatten schon über die leichtgradigen Nebenwirkungen wie Fieber und Veränderungen gesprochen. Was auch an Meldungen von Ärzten kommt, sind häufig Thrombozytenveränderungen. Allerdings muss man sagen, auch diese sind sehr selten. Da haben wir einen Fall auf ungefähr 25 000 Impfdosen. Akute Überempfindlichkeitsreaktionen, wie Ausschlag oder Anaphylaxien, findet man bei eins bis 3,5 Fällen pro Million Impfdosen. Wenn man sich die Datenbank anschaut, in der die Spontanmeldungen erfasst werden, die wird beim Paul-Ehrlich-Institut geführt, so sind in den Jahren 2001 bis 2012 insgesamt ca. 1 000 Verdachtsfälle von Nebenwirkungsmeldungen dort eingereicht worden. Man muss einfach dazu sagen, ich kann den Kollegen bestätigen, dass diese Reaktionen, die aufgetreten sind, alles Reaktionen sind, die in der Fachinformation enthalten sind, also gelabelte Nebenwirkungen, die auch im Prinzip, wenn man sich das anschaut, auf europäischer Ebene begutachtet worden sind. Aber wenn man eine Nutzen-Risiko-Abwägung macht bei diesen Substanzen, dann sieht man, dass sich diese



Bewertung der Impfstoffe in den letzten Jahren nicht geändert hat.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an Frau Dr. Eckert-Lill und an die STIKO. Der Gesetzentwurf soll um Modellprojekte ergänzt werden, die es den Apothekern ermöglichen Gripeschutzimpfungen durchzuführen. Mich würde interessieren, wie Sie diesen Vorschlag bewerten und vielleicht können Sie auch darauf eingehen, wie das Thema „Impfen in der Apotheke“ in anderen europäischen Ländern geregelt ist.

ESVe **Dr. Christiane Eckert-Lill**: Zunächst mal, ich glaube es müssen da alle Maßnahmen auf den Prüfstand gestellt werden, die die Impfquoten verbessern. Das gilt aktuell jetzt aufgrund der Jahreszeit auch für die Grippe. Unabhängig von dem Fachthema heute hier, nämlich Masern, und vor dem Hintergrund erachte ich Modellvorhaben – das ist ja nur ein Modelversuch oder mehrere – zu der Frage, ob in öffentlichen Apotheken geimpft werden kann und ob dies dazu beiträgt die Impfquoten zu steigern, für sinnvoll. Wir sind auch bei der Grippe weit entfernt von dem Ziel des Europäischen Rates, bei den älteren Menschen eine Durchimpfungsrate von mindestens 75 Prozent zu erreichen. Wir liegen im Bundesdurchschnitt derzeit bei etwa 50 Prozent. Bayern und Baden-Württemberg, wenn ich das mal sagen darf, haben nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) eine Durchimpfungsquote von etwa 20 Prozent. Weltweit dürfen in mindestens 18 Ländern Apotheker impfen. Dazu gehören Australien, Kanada, Argentinien, UK, USA, Portugal, Irland, Dänemark und die Schweiz beispielsweise. Ich kann gerne noch weitere Zahlen nachliefern. Es ist auch sehr unterschiedlich, was in welchen Ländern verimpft werden darf. Beispielsweise dürfen in Argentinien, Kanada und UK Flu, HZV, Pneumokokken, HPV, DTP, MMAR, Hepatitis A und B, Meningokokken verimpft werden. Das ist schon eine ganze Palette. Soweit möchte ich jetzt nicht gehen. Aber ich möchte noch, wenn ich darf, kurz eingehen auf die Folgen dieses Impfens. In Frankreich hat es in den vergangenen zwei Jahren in vier Testregionen diese Impfung durch Apotheken gegeben. Ab diesem Herbst dürfen alle Apotheken, die die Voraussetzungen erfüllen, impfen und in

den vier Testregionen wurden in den zwei Saisons über 900 000 Menschen gegen Grippe in Apotheken geimpft. Im vergangenen Jahr in UK 1,3 Millionen und in Irland etwa 115 000 Menschen. Aus Irland haben wir auch gute Zahlen durch Erhebungen. Da stieg insgesamt die Durchimpfungsrate, das heißt nicht nur die Apotheker haben die Impfquote gesteigert sondern die Ärzte haben auch mehr verimpft, sodass durch das Zusammenwirken sich der Effekt, die Steigerung der Durchimpfungsrate, nicht nur addiert, sondern darüber hinausgegangen ist. Insofern finde ich Modellvorhaben sehr sinnvoll. Die Voraussetzungen, die der Gesetzentwurf vorsieht, sind aus meiner Sicht angemessen. Einen Punkt würde ich mir allerdings wünschen. Sie brauchen, um aussagefähige Zahlen zu haben, ein ausreichend großes Kollektiv an Apotheken, die an einem Modellvorhaben teilnehmen, damit auch ausreichend viele Patienten teilnehmen. Da würde ich noch etwas Nachbesserungsbedarf sehen bei § 132j Absatz 1 (neu) SGB V.

SV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Nach Ansicht der STIKO ist eines der wesentlichen Probleme für die Erreichung einer hohen Impfquote die Hürden, die bestehen. Das heißt, wenn man auch bei jemanden, der sich gerne impfen lassen möchte immer voraussetzt, dass er einen Arzttermin nach Berufszeit machen muss und so was, dann ist das schon eine erhebliche Hürde. In diesem Zusammenhang glaubt die STIKO, dass das Absenken dieser Hürden und letztendlich Impfhindernisse eine wesentliche, kollaterale Maßnahme sein muss, um die gewünschten Impfquoten zu erreichen. In diesem Zusammenhang halte ich persönlich diesen Vorschlag für gut, obgleich ich natürlich weiß, dass die ärztlichen Berufsverbände dem eher kritisch gegenüberstehen. Aber persönlich ist meine Meinung, dass es eigentlich eine genau gezielte Maßnahme ist, um diese Hürden zur Impfung abzubauen. Ich würde das als positiv bewerten, einen solchen Modellversuch.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Schaks. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf aus verfassungsrechtlicher Sicht? Gehen Sie



dabei bitte besonders auf das Grundrecht der Freiheit der Berufswahl und das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit ein.

ESV Prof. Dr. Nils Schaks: Ich halte den Gesetzentwurf, insbesondere soweit er sich auf die Einführung der sogenannten Impfpflicht bezieht, für verfassungsgemäß. Bevor ich das näher erläutere, möchte ich vielleicht ganz kurz, weil wir eben bei den medizinisch fachlichen Fragen waren, den Prüfungsmaßstab ein wenig erläutern. Die Verfassung stellt eine Rahmenordnung dar und sie belässt dem Gesetzgeber einen Spielraum. Das heißt, dass weder die Medizin noch die Politik von Verfassungswegen gezwungen sind, die möglichst medizinisch sinnvollste Lösung zu wählen. Nicht alles, was medizinisch sinnvoll ist, ist von der Verfassung geboten und umgekehrt. Zum Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit: Die Impfpflicht stellt einen Grundrechtseingriff dar. Das ist klar, darüber besteht Einigkeit. Grundrechtseingriffe sind aber nicht verboten. Sie sind lediglich rechtfertigungsbedürftig und hierfür ist insbesondere nötig, dass das Gesetz einen legitimen Zweck verfolgt, dass das gewählte Mittel legitim ist und dass dieses Mittel zur Zweckerreichung geeignet, erforderlich und angemessen ist. In diesem Zusammenhang ist nach meiner Auffassung entscheidend, dass von genügend hohen Impfquoten auch Personen geschützt werden, die sich selbst nicht oder noch nicht impfen lassen können. Das sind typischerweise ganz besonders schutzbedürftige Personengruppen, also Kleinstkinder oder schwerkranke Personen. Sowohl der Verfassungsgeber damals im Parlamentarischen Rat, als auch zahlreiche Gerichte sind von der Verfassungsmäßigkeit einer Impfpflicht, bezogen auf die Pocken, ausgegangen, die lange in Deutschland galt. Angesichts der sehr günstigen Nutzen-Risiko-Ausprägung des Masernimpfstoffes, insbesondere im Vergleich dazu, wenn man die Krankheit selber durchleben muss, lässt sich festhalten, dass ein geeignetes Mittel gewählt wurde. Es gibt keinen mildereren, gleichermaßen effektiven Maßnahmen. Wenn man sich Chancen und Risiken der Erkrankung des Impfstoffs anschaut, dann sind auch die Grenzen der Zumutbarkeit für den Einzelnen noch gewahrt. Damit ist der Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit verhältnismäßig und dieselben Erwägungen gelten auch für die Berufsfreiheit. Hier möchte ich vielleicht noch ergänzen,

dass es typischerweise um Berufe geht, die eine gewisse Obhut-Schutzpflicht gegenüber den Betreuten, vor allem in diesen Gemeinschaftseinrichtungen gegenüber den Kindern haben. Und auch hier ist die Impfung zumutbar.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich ebenfalls an Prof. Dr. Schaks und schließt an die Grundrechtserwägungen meiner Vorrednerin an. Ich möchte Sie deshalb fragen: Kann die Schutzpflicht des Staates für die körperliche Unversehrtheit, die im Gesetz vorgesehenen Verpflichtungen rechtfertigen? Gehen Sie dabei bitte auch auf den im Grundgesetz verbrieften Schutz von Eltern gegenüber staatlichen Eingriffen in Kinderpflege und Kindererziehung ein.

ESV Prof. Dr. Nils Schaks: Die Schutzpflicht, die Sie angesprochen haben, steht im Zusammenhang mit dem legitimen Zweck, den ich eben erwähnt habe, den das Gesetz verfolgen muss. Alle Grundrechte, auch die körperliche Unversehrtheit, verpflichten den Staat, schützend und fördernd tätig zu werden, also dieses Grundrecht zu entfalten. Hierzu gehört auch der Schutz vor Infektionskrankheiten. Das ist ein Rang von Verfassungsgut, der dem Gesetzgeber aufgegeben ist. Dieser Schutzpflicht soll der Gesetzentwurf nachkommen. In diesem Zusammenhang ist auch noch wichtig zu erwähnen, dass es nicht nur um die Erhöhung der Impfquote bei den Schuleingangsuntersuchungen bei der zweiten Impfdosis um zwei Prozent geht, sondern auch um die Sicherung des bisherigen Impferfolges und zukunftsgerichtet die Elimination der Masern. Wenn man das jetzt auf das Grundrecht der Eltern, auf ihr Erziehungsrecht anwendet, auch da haben wir nach der strengsten Auffassung zumindest dann einen Eingriff, aber auch dieser lässt sich mit den eben genannten Erwägungen rechtfertigen. Es ist zumutbar, dieses Elternrecht in Bezug auf eine Impfung einzuschränken angesichts der Vorteile der Masernschutzimpfung.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Meine Frage geht an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und an den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Wesentlicher Gegenstand des



Gesetzentwurfes ist die Nachweispflicht über einen Masernimpfschutz beziehungsweise eine Immunität für Kinder und Jugendliche und Erwachsene, die in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut werden und für Erwachsene, die in einer Gemeinschaftseinrichtung oder in einer medizinischen Einrichtung beschäftigt sind. Wie bewerten Sie diese Nachweispflicht?

Sve **Dr. Sigrid Peter** (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Wir haben derzeit schon die Verpflichtung, dass Kinder, die in die Tagesbetreuung gehen, nachweisen müssen, dass sie eine Impfberatung erhalten haben. Bisher ist nicht Pflicht, dass der Impfnachweis gefordert wird. Wir haben das Element des Impfausweises. Wir haben die elektronische Erfassung von Impfungen in den Praxen durch die AIS (Arztinformationssysteme)-Systeme. Das wäre ausreichend, um den Impfnachweis zu erbringen. Es bedarf dazu nicht weiterer Maßnahmen wie einer Titer-Bestimmung. Das wäre auch unangemessen und auch unnötig, weil ein Pieks reicht und nicht ein zweiter für die Kontrolle. Es gibt aber unter den Impfgegnern durchaus schon Ideen, wie man das umgehen kann, indem man sich ausländische Impfpässe zur Verfügung stellen lässt und es scheint auch einen illegalen Markt dafür zu geben.

Sve **Dr. Ute Teichert** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich möchte gerne anschließen an das, was Frau Dr. Peter gerade gesagt hat. Es gibt schon die Impfbuchkontrollen, die auch durch die Gesundheitsämter im Zuge der Schuleingangsuntersuchung regelmäßig durchgeführt werden. Aber nicht nur da, auch in einzelnen Schulklassen, in einzelnen Ländern werden zusätzliche Kontrollen durchgeführt bei den Impfberatungen. Auch da halte ich die Nachweispflicht für unproblematisch. Was die Fragestellung angeht, die Sie gerade aufgerissen haben, mit im Ausland erworbenen Zertifikaten, denke ich, das ist ein Missbrauch der Geschichte. So muss man das wahrscheinlich auch einsortieren. Die bisher im Ausland erstellten Zertifikate werden ohne Probleme oder jedenfalls überwiegend gut in Deutschland anerkannt. Da gibt es Möglichkeiten. Man kennt auch die Impfstoffe, man weiß auch,

wie das aussieht. Wenn aber natürlich da Schlupflöcher aufgemacht werden, wird es schwierig. Das kann man nicht als Grundlage für ein Gesetz nehmen, das man gleich davon ausgeht, dass schwarze Schafe sich irgendwie andere Bescheinigung besorgen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): ...Masernimpfstoffs in Deutschland ein Kombiimpfstoff gegen Masern, Mumps, Röteln und eventuell Varizellen zum Einsatz kommt. Der Bundesrat hat dies in seiner Stellungnahme als verfassungsrechtlich fragwürdig bezeichnet. Teilen Sie diese Einschätzung oder bewerten Sie die Frage anders?

ESV **Prof. Dr. Nils Schaks**: Ich bewerte das wie folgt: Es handelt sich um eine bedingte Regelung. Das heißt, diese Pflicht greift immer nur dann, wenn der Monoimpfstoff nicht verfügbar ist. Ist der Monoimpfstoff nicht verfügbar, dann gibt es keine andere Möglichkeit zu impfen. Das spricht für die Geeignetheit der Regelung. Zweitens gibt es dann auch kein milderes Mittel, weil der Monoimpfstoff nicht verfügbar ist. Wenn man sich die Nebenwirkung des Monoimpfstoffs und der Kombinationsimpfstoffe anschaut, dann sind die identisch, sodass nicht mehr Nebenwirkungen mit dem Kombinationsimpfstoff verbunden sind, sodass hier keine größeren Nachteile entstehen. Was man erwägen kann ist, zu sagen, es gibt ein Recht auf Krankheit, dass man das Recht hat, an diesen Krankheiten, die im Kombinationsimpfstoff enthalten sind, zu erkranken. Das kann der Einzelne sicherlich wollen, aber das ist keine rationale Handlungsweise für den Gesetzgeber. Im Übrigen gibt es ein ähnliches Problem oder eine ähnliche Situation im Soldatengesetz. Auch dort können Impfungen angeordnet werden und da gibt es keine ausdrückliche Regelung, dass Kombinationsimpfstoffe anzuwenden sind, wenn der Monoimpfstoff nicht verfügbar ist. Insofern trägt die Regelung, wie sie gewählt wurde, zur Rechtsklarheit und zur Rechtssicherheit bei. Damit, würde ich sagen, ist auch hier die Zumutbarkeit gewahrt. Anzeichen für einen Missbrauch, dass man irgendwie eine Impfpflicht extra einführen will, die man auf andere Weise nicht bekommen könnte, sind nicht ersichtlich.



Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer und den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Maßnahmen, jenseits der Nachweispflicht über den Masernimpfschutz, zur Erhöhung der Impfquote in der Bevölkerung vor. Welchen, gegebenenfalls auch gesetzgeberischen, Handlungsbedarf sehen Sie darüber hinaus?

Sve **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sehen natürlich darüber hinaus noch weitere Maßnahmen für erforderlich an. Ich denke, das, was jetzt im Gesetzentwurf vorgesehen ist, dass jeder Arzt impfen darf, das ist schon eine gute Entscheidung. Wir würden uns wünschen, dass natürlich vermehrt auch Aufklärungskampagnen dort laufen und die Ärzte unterstützt werden in ihrer Tätigkeit, wenn sie Patienten darüber aufklären, wenn sie Versicherte zum Beispiel über Systeme zur Impfung einladen. Also eine Vielzahl von Maßnahmen, die wir aus dem Ausland kennen, die doch sehr hilfreich sind, dass Patienten hier verstärkt mit einbezogen werden. Wir sehen hier auch die besondere Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Das kann ich von Seiten der Bundesärztekammer auch nochmal vortragen, dass auch der ÖGD die Möglichkeit hat, in den Ländern entsprechend aktiv zu werden. Das sind im Prinzip Landesgesetze, die auch betroffen sind. Eine Vielzahl von Maßnahmen, Recall-Systeme, die angesprochen werden. Was ich von Seiten der Bundesärztekammer noch vortragen kann, wichtig ist natürlich, dass der Impfstoff verfügbar ist. Wenn Sie daran denken, dass in den letzten Jahren Impfstoffe doch auch häufig nicht verfügbar waren, das waren einfache Impfstoffe, die zur Grundimmunisierung eingesetzt worden sind. Das ist unabdingbar, die Impfstoffe müssen verfügbar sein. Sie müssen auch so verfügbar sein, dass wenn man eine Grundimmunisierung und eine Auffrischungsimpfung macht, auch die Kombinationen passen. Das ist für uns ein ganz wichtiges Element, was natürlich auch im gesamten Kontext von Lieferengpässen mit Arzneimitteln diskutiert wird.

Sve **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen ganz ausdrücklich die Regelung in dem Gesetzentwurf, dass Krankenkassen ermäch-

tigt werden, ihre Versicherten direkt anzuschreiben und individuell über fällige Schutzimpfungen zu informieren. Krankenkassen haben die notwendigen Informationen, sind darum aus unserer Sicht ganz besonders für die Organisation von einem solchen Informationswesen gut geeignet. Wir empfehlen, dass die fachliche Anforderung an die Ärzte, die hier tätig werden, doch wiederum spezifiziert wird in Richtung geeignete Ärzte, geeignete Leistungserbringer. Wir unterstützen einen niedrigschwelligen Zugang zu Impfleistungen. Aber bisher hatte der § 132e Absatz 1 Satz 1 auch schon genau dieses Attribut vorgesehen, fachlich geeignete Leistungserbringer. Hintergrund ist aus unserer Sicht, dass Ärzte, die Impfleistungen erbringen, die notwendigen Kenntnisse zur Patientenaufklärung haben müssen, die müssen im Umgang mit Nebenwirkungen geschult sein und natürlich auch die aktuellen, offiziellen Vorgaben müssen sie kennen. Zur Rolle des ÖGD vielleicht an der Stelle angemerkt: Wir lehnen es als GKV-Spitzenverband weiterhin ab, dass die Impfleistungen, die durch angestellte Ärzte des ÖGD erbracht werden, weiterhin auf Kosten der GKV finanziert werden müssen. Hier gibt es eine ganz klare Zuständigkeitsverteilung. Hier sind die Kommunen und Länder verantwortlich. Wir sehen es insgesamt sehr kritisch, dass wir das Solidarprinzip immer weiter aushebeln und dass die Politik auch auf Beitragsgelder in der GKV zurückgreift, um diese öffentlichen Aufgaben zu finanzieren. Im Hinblick auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf haben wir ergänzend die Empfehlung, dass zu den vorgesehenen Formulierungen zum digitalen Impfausweis auch vorgesehen sein soll, dass dieser ein Bestandteil der elektronischen Patientenakte ist. Aus unserer Sicht könnte über das Berechtigungskonzept, was für die elektronische Patientenakte vorgesehen ist, dann der Versicherte entscheiden, wer, der an der Behandlung als Leistungserbringer beteiligt ist, zusätzlich auf die Information dieses Impfausweises zugreifen kann. Krankenkassen hätten keinen Zugriff. Hier geht es wirklich um die Leistungserbringer, um die Ärzte.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, an den BKK-Spitzenverband und an die BAG der Freien Wohlfahrtspflege. Im Hinblick auf die Präventionsstrategie würde mich interessieren, wie dort auch die Rolle



des ÖGD gesehen wird. In den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie sollen zukünftig auch Regelungen über die Art und Weise der Informationen, über Aktivitäten der Krankenkassen getroffen werden. Wie bewerten Sie das grundsätzlich im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem ÖGD und den Trägern der Jugendhilfe? Welche Hinweise haben Sie hinsichtlich der vorgesehenen Informationspflicht im Gesetzentwurf?

Sve Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): In den Bundesländern besteht eine gute Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem ÖGD und auch mit der Kinder- und Jugendhilfe. Da arbeitet man eng und vertrauensvoll zusammen. Wir sehen die Möglichkeit, dass der ÖGD noch stärker in die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie einbezogen werden kann. Ein Punkt aus der Praxis, der hier aber ganz relevant und wichtig ist, ist der Fakt, dass Krankenkassen bei der lebensweltbezogenen Prävention, je nach Thema und nach inhaltlicher Ausrichtung des Vorhabens, mit vielen weiteren Partnern kooperieren. Das sind beispielsweise Schulen, Kitas, Jugend- und Sozialämter, Suchtberatungsstellen, Wohlfahrtsverbände, Sportvereine und sonstige Veranstaltungen. Ich könnte hier viele aufzählen. Bei landesbezogenen Vorhaben sind das auch Sozial- und Gesundheitsministerien. Die jetzt vorgesehene Regelung, dass an allen lebensweltbezogenen Präventionsaktivitäten von Krankenkassen immer zwingend der ÖGD beteiligt werden soll, das würde diese Vorhaben, die Vielfalt an Projekten, die stattfindet, nicht befördern, sondern aus unserer Sicht geht die Vorschrift zu weit. Sie würde diese Vorhaben eher beeinträchtigen. Ich kann ein Beispiel nennen: Es gibt über 200 Projekte in Deutschland, wo die Krankenkassen mit örtlichen Jobcentern, mit Arbeitsagenturen zusammenarbeiten. Dort geht es darum, dass arbeitslose Menschen verstärkt mit Gesundheitsförderangeboten erreicht werden sollen. Hier ist es entscheidend, dass man die Jobcenter, die örtlichen Träger für Weiterbildung als Kooperationspartner hat. Aus unserer Sicht sollte man es auch weiterhin den Akteuren vor Ort überlassen, welche Kooperationspartner einbezogen werden sollen. Das könnte man noch über Schuldnerberatung, Sozialämter ergänzen. In der Gesetzesbegründung, das ist ein Punkt, der hat uns hellhörig werden lassen, ich hatte in der

früheren Frage kurz darauf angesprochen, wird darauf hingewiesen, dass der ÖGD jetzt in die Lage versetzt werden soll, seinen Aufgaben zur Gesundheitsförderung und zur Prävention besser nachkommen zu können. Das weckt die Sorge, dass die Kosten der öffentlichen Haushalte auf die GKV übergewälzt werden sollen. Das ist ein Punkt – gerade vor dem Hintergrund, dass im Bereich des ÖGD in den letzten 20 Jahren ein Drittel der Stellen abgebaut wurde – den wir im Hinblick auf das Solidaritätssystem und die Beitragsgelder, die die GKV verwaltet, sehr kritisch betrachten. Hier sehen wir ganz klar die Kommunen und die Länder in der Verantwortung. Wie gesagt, um das breit gefächerte Engagement der Krankenkassen in lebensweltbezogenen Projekten weiter fortwirken zu lassen, würden wir nicht zwingend immer den ÖGD an der Seite der Krankenkassen sehen. Mit Blick auf die Informationspflicht ist der Gesetzentwurf aus unserer Sicht einseitig und zu einseitig formuliert. Hier wird zurzeit nur vorgesehen, dass Krankenkassen bei allen Aktivitäten gegenüber dem ÖGD berichten und informieren müssen. Aus unserer Sicht würde die Kooperation es erfordern, dass man ein wechselseitiges Transparenzgebot der Partner hat. Und zwar aller Partner der Landesrahmenvereinigung, sodass die Informationen nicht nur einseitig, sondern wechselseitig einander zukommen müssen.

Sve Karolina Molter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Natürlich ist die Wohlfahrtspflege immer sehr, sehr bestrebt auch Kooperationen mit dem ÖGD zu haben und es gibt auch schon Einbeziehungen vor Ort, wie Infoabende über mögliche Angebote etc. Die Rolle bzw. die Frage nach den verpflichtenden Einbeziehungen haben wir unter den Verbänden nicht abschließend besprochen. Wir wünschen uns aber, und das ist sozusagen auch unser Hauptkritikpunkt an dem Gesetzentwurf, eine stärkere Einbeziehung des ÖGD hinsichtlich der Prüfpflicht, weil die wird gerade in diesem Gesetzentwurf den Einrichtungen bzw. dem Träger auferlegt. Da sehen wir die Rolle gar nicht, sondern eher die des ÖGD. Das Personal in den Einrichtungen oder auch der Träger ist gar nicht qualifiziert solche Prüfnachweise ordentlich zu beurteilen. Die Situation in den Einrichtungen ist auch so schon ziemlich angespannt. Personalmangel,



den Fachkräftebedarf gerade in Kindertageseinrichtungen brauche ich hier gar nicht zu erwähnen. Insofern wäre uns da eine stärkere Einbeziehung des ÖGD sehr, sehr gelegen und das möchten wir an dieser Stelle noch mal bekräftigen, denn da gibt es auch bereits die Strukturen. Die Schuleingangsuntersuchung ist schon genannt worden. Da läuft das sehr, sehr vorbildlich ab. Genau so etwas stellen wir uns auch vor, wenn wir sagen, Impfstatus überprüfen wir in Kitas, auch vielleicht vor dem Kita-Gutschein etc. Da wünschen wir uns tatsächlich eine stärkere Einbeziehung.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die erste Frage geht an den Deutschen Ethikrat, Prof. Dr. Henn, an die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut, Prof. Dr. Mertens und an die Bundesärztekammer, Frau Dr. Bräutigam. Das Robert-Koch-Institut empfiehlt eine Impfquote gegen Masern mit 95 Prozent der Bevölkerung und damit eine entsprechend hohe Durchimpfungsrate bei Kindern. Diese Empfehlung beruht auf der Basisreproduktionszahl von ca. 20. Nun ist diese aber umstritten, wie in der Fachzeitschrift *Lancet Infectious Diseases* 2017 berichtet wird, und da ist die Frage, wie bewerten Sie diese Aussage im Hinblick auf die von Ihnen empfohlenen Durchimpfungsraten? Zweitens: Das Recht auf körperliche Unversehrtheit spielt das bei Ihnen auch eine Rolle in der Beurteilung?

SV **Prof. Dr. Wolfram Henn** (Deutscher Ethikrat): Ich muss gestehen, ich bin jetzt etwas ratlos, weil der Deutsche Ethikrat nicht die Aufgabe hat, die Wirksamkeit von Impfungen zu beurteilen, sondern die Wege zur Erreichung erhöhter Impfraten.

SV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Ja, wir müssen nicht nur eine ausreichend hohe Impfquote erreichen, sondern wir müssen vor allen Dingen auch erreichen, dass frühzeitig genug geimpft wird. Denn die Daten, die wir aus der Schuleingangsuntersuchung haben, die zeigen uns ein Bild, was nicht mit dem übereinstimmt, was zum Beispiel bei Vierjährigen der Fall ist. Wir wissen sehr gut, dass dort die Durchimpfungsraten sehr viel niedriger sind. Hier zum Beispiel sehe ich einen Ansatz, der noch nicht erwähnt worden ist,

den dieses Gesetz möglicherweise befördern kann. Nämlich nicht nur, dass wir im Alter des Schuleingangs ausreichend hohe Impfquoten haben, sondern dass wir auch schon bei den kleineren Kindern hohe Impfquoten haben und damit letztendlich dem eigentlichen Ziel näher kommen können. Also zusammengefasst: Ich denke, alles was man weiß spricht dafür, dass wir eine Impfquote von über 95 Prozent haben müssen. Diese Impfquote musste homogen sein. Wir wissen jetzt, dass sie derzeit nicht homogen ist. Das heißt, es gibt sogenannte „weiße Flecken“ auf der Landkarte in Deutschland. Das kann jeder im Internet nachvollziehen, und wir brauchen eine homogene Durchimpfung von mindestens 95 Prozent und wir brauchen vor allen Dingen eine rechtzeitige Durchimpfung, das heißt nicht erst, wenn die Kinder sechs Jahre alt sind, sondern wenn die Kinder jünger sind.

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die von Ihnen erwähnte Basisreproduktionszahl von 20, die ist natürlich auch in der Literatur umstritten. Wir sind der Meinung, auch wenn die sehr unterschiedlich hoch angesetzt ist diese Zahl, muss man doch aufgrund der sehr hohen Kontagiosität der Erkrankung der Masern davon ausgehen und auch den Empfehlungen der WHO folgen, dass im Prinzip 95 Prozent Durchimpfungsrate Grundlage ist, das Impfziel erreichen sollte, damit man wirklich eine sichere Elimination der Masern erreicht.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Meine Frage geht an Prof. Dr. Henn vom Deutschen Ethikrat. In Ihrer Stellungnahme „Impfung als Pflicht?“ vom 27. Juni 2019 erklärten Sie, es müsse im Fall einer staatlich eingeführten Impfpflicht sichergestellt sein, dass ein entsprechendes Monopräparat verfügbar sein muss, um nur diejenige gegen Krankheiten zu impfen, auf die sich die Pflicht bezieht. Halten Sie es rechtlich und moralisch für vertretbar, wenn Monopräparate nicht verfügbar sind, eine Impfung gegen Masern für bestimmte Personengruppen verpflichtend auszugestalten?

SV **Prof. Dr. Wolfram Henn** (Deutscher Ethikrat): Das war nicht eine Äußerung eines Wunschscenarios von uns, sondern das genaue Gegenteil. Wir



befürchten, dass es dazu kommen wird, wenn es eine isolierte Masernimpflicht gibt und keine für andere relevante Infektionskrankheiten. Dann besteht die Gefahr, dass beispielsweise aus dem Ausland Monoimpfstoffe importiert werden, dass Anbieter Monoimpfstoffe wiederauflagen, die es seit 2017 bei uns nicht mehr gibt – aus guten Gründen – und es besteht die Befürchtung, dass wir uns letzten Endes mit einer masernzentrierten Impfpflicht die sehr wertvollen Mehrfachimpfstoffe kaputt schießen und uns damit mit einer etwas gewonnenen Erhöhung der Masernimpfraten an anderer Stelle langfristig einen Verlust an anderen Impfungen, ich denke zum Beispiel an HPV, erkaufen. Das ist eine Abwägung, die uns skeptisch sein lässt. Nochmal: Monoimpfstoff ist genau das, was wir nicht wollen, sondern was wir befürchten, dass es kommt.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich auch an Herrn Prof. Dr. Mertens von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut. Die sechste internationale Impfkongferenz hat in ihrem Berichtsband darauf aufmerksam gemacht, dass davon auszugehen ist, dass die Migration ungeimpfter Erwachsener die Übertragungsketten ungünstig beeinflussen kann. Als Beispiel wird da genannt ein Masernausbruch in Duisburg im Jahr 2017, wo sehr viele der Betroffenen Migranten aus Südosteuropa waren. Die Frage: Halten Sie den vorliegenden Entwurf für geeignet, die speziell durch Migration entstehenden Probleme tatsächlich auch in den Griff zu bekommen?

SV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Also meines Wissens wird dieser spezielle Aspekt der Migranten oder der durch Migration möglichen Importe nicht in diesem Gesetz adressiert, aber natürlich ist es wünschenswert, dass wir Möglichkeiten schaffen, auch diese Gruppen der Population durch Impfung zu erreichen. Wenn ich jetzt an den Berliner Ausbruch denke, ist es so gewesen, dass der Ausbruch tatsächlich aus Bosnien/Herzegowina importiert worden ist. Dass es sich aber abgesehen von dem Import, um eine autochthone Übertragung zum Teil bei den Kindern, zum Teil aber auch bei den jungen Erwachsenen handelte. Der Brennstoff für den Ausbruch der Epidemie waren nicht Migranten oder Menschen

die von außen kamen, sondern die haben einmal das Virus reingebracht. Das konnte auch molekulargenetisch gezeigt werden, dass es immer das gleiche Virus war. Ich glaube, es ist ein aus meiner Sicht ein Teilaspekt. Ich halte ihn nicht für einen sehr großen Teilaspekt und außerdem muss man sagen, wenn wir eine hohe Impfquote in Deutschland haben, würde sich dieses Problem minimieren.

Abg. **Paul Viktor Podolay** (AfD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Wie stehen Sie zur Aufgabe des Ärzteprivilegs bei In-Vitro-Diagnostika zur Feststellung bestimmter Krankheiten oder Infektionen? Wenn nun Beratungsstellen statt Ärzten die Tests durchführen, sehen Sie dann Probleme?

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Es geht um die In-Vitro-Diagnostik und um den Einsatz von In-Vitro-Diagnostika in Beratungsstellen, um relativ schnell in einem, sage ich mal, in einem sogenannten Schnelltest eine Infektion zu diagnostizieren. Es gibt sehr unterschiedliche Schnelltests. Wir bevorzugen in solchen Fällen die sogenannten Point-of-Care-Tests, wo man sofort erkennen kann, ob eine Infektion vorliegt oder nicht. Wenn man sich die Entwicklung auf diesem Gebiet und dieser Tests anschaut sieht man im Wesentlichen drei Tests, die hier eine hohe Spezifität und Sensitivität haben. Das ist der Test für HIV-Infektionen, für Hepatitis C-Infektionen und Treponema-Infektionen. Wir sehen das eigentlich als ein sehr niederschwelliges Testangebot und auch wenn wir sagen, es gibt einen ärztlichen Vorbehalt im diagnostischen Bereich, so halten wir es für geboten, dass bei bestimmten Patientengruppen bestimmte Erkrankungen, es geht hier um die Diagnostik vor allem sexuell übertragbarer Erkrankungen, in solchen Einrichtungen, auch von dem Personal dort vorgenommen wird. Wir würden aber hier auch fordern, dass der Gesetzesentwurf dahingehend geändert wird, dass in der Anlage 3a zu den In-Vitro-Diagnostika genau diese Tests spezifiziert mitaufgenommen werden (Antikörpernachweis, HIV, HCV und Treponema-Infektionen) zur Einzelanwendung als Point-of-Care-Tests.



Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Meine Frage richtet sich an die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut und an die Bundesärztekammer. In der Begründung der Impfpflicht zielt die Bundesregierung insbesondere auf die Quote der Zweitimpfung ab. Ist es richtig, dass die Erfolgsrate der Immunisierung bei der ersten Impfung bei 90 Prozent liegt und dass neben der entsprechenden zusätzlichen finanziellen Beanspruchung der Kassen somit bei der Zweitimpfung ca. 88 Prozent der Kinder ohne jeden gesundheitlichen Vorteil für sich oder andere ein zweites Mal mit der Impfung belastet würden/wurden?

SV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Ich weiß nicht, ob ich die Frage ganz genau verstanden habe, aber ich will es versuchen, sie so zu beantworten, wie ich sie verstanden habe. Es ist durch Untersuchung von Ausbrüchen klar gezeigt worden, dass es einen Unterschied gibt, ob die jeweiligen Betroffenen einmal oder zweimal geimpft wurden, nicht zuletzt gerade auch wieder publiziert. Es gibt einen Unterschied im Schutz zwischen einer einmal geimpften Population und einer zweifach geimpften Population. Dieser Schutz wird ungefähr, sagen wir mal, acht Prozentpunkte betragen, größenordnungsmäßig, und insofern braucht man, um den gewünschten Gemeinschaftsschutz zu erreichen und auch um den gewünschten Individualschutz zu erreichen, tatsächlich nach dem derzeitigen Stand des Wissens zwei Impfungen.

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Vielleicht noch eine kurze Ergänzung dazu. Es würde im Prinzip bedeuten, dass man, um den Impferfolg einer ersten Impfung zu messen, eine Titer-Kontrolle machen müsste. Also man müsste Blut abnehmen, um zu sehen, was die Laborbefunde zeigen. Es gibt aber falsch positive Laborbefunde und ich möchte zu bedenken geben, Kindern in dem Alter nochmal mit einer Blutentnahme zu belasten, um dann festzustellen, es sind entsprechende Titer entstanden, und dann wieder jemanden einzubestellen, erhöht auf jeden Fall nicht die Impfbereitschaft. Ansonsten beziehe ich mich auf das, was der Kollege von der STIKO gesagt hat.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich auch an Frau Dr. Bräutigam von der Bundesärztekammer. Wir haben eben gehört, auf die Frage der CDU/CSU, dass die Möglichkeit, dass Apotheker impfen können sollen, von einigen sehr positiv beurteilt wird. Sie sehen das nicht so. Können Sie das kurz begründen?

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das ist richtig. Wir sehen das sehr kritisch wenn Apotheker impfen und hier geht es speziell auch um die Gripeschutzimpfung und um die Einführung von Modellversuchen. Es kommt immer wieder vor, dass bei Impfungen, auch bei der Gripeschutzimpfung – und Sie wissen, dass es eine Indikationsimpfung ist, dass wir vor allen Dingen über 60-Jährige und kranke Patienten ansprechen, die sowieso häufiger den Arzt aufsuchen – auch möglicherweise Notfallmaßnahmen eingeleitet werden müssen. Dann sagen wir natürlich auch, dass zum Thema Impfung nicht nur der Pieks gehört, sondern im Prinzip der Patient über den Nutzen der Impfung aufgeklärt werden muss, über die zu verhütende Erkrankung, über mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Komplikationen, es muss eine Anamnese erhoben werden einschließlich einer Impfanamnese, es müssen Kontraindikationen ausgeschlossen werden, es muss die aktuelle Befindlichkeit für eine solche Impfung festgestellt werden, man muss Empfehlungen geben über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung, man muss über Dauer und Schutzwirkung aufklären, Hinweise zu Auffrischungsimpfungen – das ist in dem Fall nicht erforderlich – und die Impfung muss entsprechend dokumentiert werden. Wenn man in die europäische Datenbank zu den Arzneimittelnebenwirkungen, also die EudraVigilance-Datenbank, schaut, dann haben wir bis März 2019 mehr als 30 000 Fälle zu unerwünschten Nebenwirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Influenzaimpfung. Das sind aber Meldungen, wo die Kausalität nicht weiter untersucht worden ist.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine erste Frage geht an den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ. Der 109. Deutsche Ärztetag 2006 im Magdeburg hat die Ärztekammer zur Prüfung aufgefordert, ob gegen Ärzte, die sich



explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können, da sie mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen. Die Aufsichtsbehörden der Ärztekammern sollen diese Prüfung anmahnen. Wie sieht Ihrer Kenntnis nach der Status quo mit impfkritischen Ärztinnen und Ärzten aus und welche Schritte halten Sie für erforderlich?

Sve Dr. Sigrid Peter (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Tolle Frage, antworte ich gerne drauf. Es gibt keine bundesweiten Regularien. Es gibt höchstens Einzelfälle. Aktuell gerade aus Berlin: ein Kinder- und Jugendarzt in Köpenick, der die Masernimpfung nicht empfiehlt und auch nicht durchführt, wird nicht von der Ärztekammer und auch nicht von der KV Berlin sanktioniert, sondern vom Gesundheitsamt. Das ist nach meiner Kenntnis bundesweit so, dass es nur einzelne Fälle gibt, die aber auch nicht über die Selbstverwaltung reguliert werden. Wir halten das für dringend erforderlich, dass dort eine Maßnahme erfolgt, wenn Ärzte sich nicht Leitlinienkonform verhalten und nicht STIKO-konform impfen. Das denke ich, ist ein Hauptproblem der niedrigen Impfquoten. Nicht die Impfverweigerer, sondern die Impfsicheren und die nicht tätig werdenden Kinder- und Jugendärzte, aber auch Allgemeinärzte, die Kinder und Jugendliche versorgen.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Die nächste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Was ist aus Ihrer Sicht die Hauptursache für die Differenz zwischen den Impfquoten der ersten und zweiten MMR (Masern, Mumps, Röteln)-Impfung und welche Maßnahmen sind nach Ihrer Auffassung geeignet, diese Differenz zu beseitigen?

Sve Karolina Molter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Herzlichen Dank für die Frage. Wir haben natürlich eine Impfquote von ungefähr 97 Prozent im ersten Lebensjahr. Das ist eine sehr hohe Zahl. Die Differenz zur zweiten zeigt eigentlich, dass es hier nicht um eine große Anzahl von absoluten Impfgegnern geht, sondern wer sich der ersten Impfung unterzieht, kann genau dieses Statement eben

nicht haben. Wir vermuten, und das kann man auch aus der Lebenswelt nachvollziehen, dass es eher eine Sache schlicht von Vergesslichkeit ist, nicht genug Nachdruck, dass es eben besonders wichtig ist, den vollen Impfschutz herzustellen für eine zweite Untersuchung, und sehen eher da die Hauptursachen. Das kann man mit einfacheren Maßnahmen wie bessere Recall-Systeme auch in Kinderarztpraxen, mit Erinnerungsschreiben vom Gesundheitsamt, relativ gut beheben und noch mal an die Wichtigkeit der zweiten Impfung appellieren und so auch die Differenz schließen.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Die dritte Frage geht jetzt auch wieder an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Was ist aus Ihrer Sicht das häufigste Motiv für die Ablehnung einzelner Eltern zur Impfung ihrer Kinder und wie kann dieser Ablehnung wirksam begegnet werden?

Sve Dr. Sigrid Peter (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Das ist sehr vielfältig. Es gibt nicht eine Antwort. Es gibt die Hardliner, die impfen einfach für schlecht halten und die Krankheiten für sinnvoll halten, in der Meinung, dass die Krankheit die Kinder stärker und gesünder macht. Da gibt es heute genügend Themen, auch Daten dazu, dass das nicht der Fall ist. Dann gibt es die unsicheren Eltern, die nur teilweise die Impfstoffe anwenden wollen, die empfohlen sind, also die ein individuelles Impfen wollen, weil auch da wieder einzelne Krankheiten wichtig sind durchzumachen. Dann gibt es welche, die beeinflusst werden gerade von den Impfskeptikern. Das denke ich ist die größte Gruppe, die wir im Blick haben müssen, die eine gute Beratung, die gute Aufklärung brauchen, um überzeugt zu sein, dass Impfungen etwas Sinnvolles sind. Und es gibt eine große Gruppe von Impfgegnern, die Impfungen für eine Erfindung der Pharmaindustrie halten, die nur Geld drüber verdienen wollen. Also Impfungen haben ein schlechtes Image und mein Plädoyer ist, dass wir es schaffen müssen, Impfung als Produkt zu bewerben, das jeder haben will. Also dass das Image von Impfungen verbessert werden muss, damit das eine Selbstverständlichkeit wird und nicht eine Ausnahme darstellt.



Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass mit dem Gesetzentwurf die Hauptverantwortung der Umsetzung in die Hände der Gemeinschaftseinrichtungen gelegt wird und hier neue Aufgaben definiert werden. Können Sie hier insbesondere die Auswirkungen auf Kitas, Kinderhorte, Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Heime genauer ausführen und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?

Sve **Karolina Molter** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Das hatte ich vorhin in der ersten Frage der SPD auch schon anklingen lassen; die Hauptverantwortung wird hier auf die Einrichtung oder auf die Einrichtungsleitung und die Träger gelegt. Damit werden ganz neue Aufgaben definiert, denn eine Einrichtungsleitung oder eine Einrichtung, ein Träger, hat ja nicht die Aufgabe, etwas zu kontrollieren und sich einen Impfstatus vorlegen zu lassen. Das war bisher nie der Fall und verändert deren Rolle sehr, sehr stark. Dazu sind die Kräfte gar nicht qualifiziert, also das ist ja kein medizinisch gebildetes Personal. Das zum einen. Zum anderen verändert sich in den Kitas die Rolle zum Beispiel zu den Eltern, die einem vertrauen. Die Eltern geben die Kinder dort vertrauensvoll in die Betreuung. Und nun wird man umgekehrt zum Kontrollorgan, was eigentlich eher eine staatliche Perspektive ist. Das kann das Verhältnis auf jeden Fall nachträglich irgendwie schädigen. Administrativ hat es unheimlich viele Auswirkungen. In der Regierungsantwort zum Bundesratsvorschlag, das auf das Gesundheitsamt zu übertragen wird ausgeführt, dass Bürokratievermeidung der Grund ist und dass die anderweitig belastet sind. Das kann ich genauso für diese Einrichtung sagen. Also es wird genauso ein bürokratischer Akt werden, denn die müssen Nachweise haben, sie müssen Listen führen, sie müssen sich Erinnerungssysteme anschaffen und genauso wird es auch eine weitere personelle Belastung. Wir kennen alle die Fachkräftesituation. Die Kitaleitungen, die Träger sind mit immer mehr Aufgaben betraut, dagegen steht ein Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz, sie wollen also auch möglichst viele Kinder betreuen. Das wären ganz, ganz neue Aufgaben. Um nur ein Beispiel zu nennen: Den Betreuungsvertrag müsste ich wahrscheinlich unter einer auflösenden Bedingung

schließen, denn wenn die zweite Impfung beispielsweise nicht nachgeholt wird, fällt das Kind wahrscheinlich aus der Kitabetreuungsvertrag wieder heraus. Und deswegen wird es tatsächlich Aufgabe der Einrichtung. Man könnte das sehr, sehr gut an die Strukturen des ÖGD anlegen, vielleicht auch verbinden mit dem Kitagutschein. Überall wird ein Kitagutschein beantragt, und da könnte man das wunderbar als Voraussetzung anheften.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an den Verband Forschender Arzneimittelhersteller. Nur durch ein breit gefächertes Maßnahmenbündel können bestehende Impflücken bei Masern und anderen zu impfenden Erkrankungen geschlossen werden. Was müsste aus Ihrer Sicht geschehen, damit Impfungen von der Bevölkerung rechtzeitig und umfassend in Anspruch genommen werden?

SV **Dr. Markus Frick** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): In der Tat zeigen Erfahrungen in anderen Ländern, dass die Impfpflicht alleine kein Erfolgsgarant ist. Hohe Durchimpfungsraten werden erreicht in Ländern mit flächendeckend gut organisierten Impfsystemen, die es auch geschafft haben, ein hohes Maß an Vertrauen in der Bevölkerung an Wirksamkeit und Sicherheit in die Schutzimpfung zu generieren. Deshalb ist es sicherlich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf nicht nur auf das Element Verpflichtung setzt, sondern auch zusätzliche Maßnahmen oder eigenständige zusätzliche Maßnahmen vorsieht. Da ist sicherlich auch noch Verbesserungspotenzial über das hinaus, was der Gesetzentwurf vorsieht. Es empfehlen sich weitere Maßnahmen, die es der Bevölkerung erlauben, Impfungen rechtzeitig und vollständig in Anspruch zu nehmen. Was einem so einfallen würde ist ein flächendeckendes Erinnerungs- und Einladungssystem. Das passiert im Moment hauptsächlich durch Krankenkassen, aber nicht durch alle. Manche Krankenkassen haben es vorbildlich implementiert, andere weniger. Auch da ist sicherlich noch Verbesserungspotenzial. Diese alleinige Kann-Regelung, die der Gesetzentwurf vorschlägt, ist sicherlich nicht geeignet, an dieser Stelle deutliche Verbesserungen zu erreichen. Ich glaube, die Schlüsselrolle, die der Ärzteschaft zukommt und zukommen sollte und



zukommen könnte bei diesem Thema ist nicht zu unterschätzen. Laut STIKO, zur Erinnerung, soll jeder Kontakt zwischen Arzt und Patient genutzt werden, um den Impfstatus zu erheben und auf Verbesserungen hinzuwirken. Da könnten, glaube ich, noch deutliche Verbesserungen erfolgen. Es gibt Softwaretools, die etwas machen, die könnten integriert werden in die Praxisverwaltungssysteme. Auch da ist noch mehr möglich über das, was jetzt der Status ist und auch was durch den Gesetzentwurf geschaffen wird, hinaus. Dann wäre eine noch zügigere Verbesserung, glaube ich, möglich.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Dr. Christiane Eckert-Lill. Ein Änderungsantrag¹ von CDU/CSU und SPD sieht Modellprojekte zum Grippeimpfen durch Apothekerinnen und Apotheker nach ärztlicher Schulung vor. Müssten aus Ihrer Sicht in die Vereinbarung wegen der Aus- und Fortbildungscharakters der Schulung nicht die Landesapothekerkammern eingebunden werden?

ESVe **Dr. Christiane Eckert-Lill**: Die Frage der Schulung ist ganz wichtig, das ist auch eine notwendige Voraussetzung, zumal wir in Deutschland Neuland betreten und im Gegensatz zum Beispiel zur Schweiz, das Impfen noch nicht in die Apothekerausbildung integriert ist. Es liegt meines Erachtens auf der Hand, dass die Landesapothekerkammern bei diesen Schulungsmaßnahmen eingebunden werden müssen. Sie haben aufgrund der Heilberufe-Kammergesetze die Aufgabe, die Fortbildung und Qualitätssicherung ihrer Mitglieder, der Apothekerinnen und Apotheker, zu fördern. Als Körperschaften öffentlichen Rechts gewährleisten sie auch die notwendige Neutralität der Fortbildungsmaßnahmen.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die nächste Frage geht wieder an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme für ein digitales Impfinformationssystem in Ergänzung zu einem digitalen Impfpass aus. Können Sie die Notwendigkeit eines

solchen Impfinformationssystems für die Erhöhung von Impfquoten ausführen?

SVe **Dr. Sigrid Peter** (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Das Impfinformationssystem was wir vorschlagen, ist ein dialogisches. Das heißt, nicht nur die Impfung wird erfasst und abgehakt, sondern es kann auch ein Recall an die zu impfende Person erfolgen, die dadurch erinnert wird, dass die zweite Impfung oder eine Auffrischungsimpfung erforderlich ist. Man kann das sogar individuell anpassen für Reiseimpfungen etc. Wir haben gute Erfahrungen mit einem Erinnerungssystem für die Früherkennungsuntersuchungen. Wir haben die Quoten deutlich erhöht, seit es dieses Einladungswesen gibt und endlich könnte man das auch mit den Impfungen machen. Ich sehe da die Krankenkassen schon als zentralen Partner, weil die Daten über ihre Patienten haben und auch den Abschluss von Impfserien nachweisen können und die Einladung direkt an die Versicherten gehen kann, dass die Impfungen noch oder wieder notwendig sind. Ich halte das für eine Maßnahme, die die Eltern dazu bringt, auch Impfungen einzufordern, zum Beispiel bei Ärzten, die das nicht so sehen, die nicht STIKO-konform impfen. Ich will die Zeit nutzen und sagen, wir haben tatsächlich in den Praxen erhebliche Probleme mit der Versorgung von Patienten und wo Impfungen nicht in allen Praxen prioritär sind. Ich weiß nicht, wer es gesagt hat, dass der Arzt verpflichtet ist, bei jeder Vorstellung den Impfstatus zu überprüfen. Das halte ich für absolut notwendig, findet aber leider durch die zunehmenden Aufgaben und auch durch die personellen Ressourcen derzeit nicht überall statt. Deswegen wäre ein Support durch die Krankenkassen durchaus sinnvoll und denkbar.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Dann versuche ich noch einmal schnell eine Antwort auf eine Frage zu bekommen. Die Frage geht an den vfa. Alle Maßnahmen der Impfprävention sind fortlaufend zu evaluieren. Die bestehende Impfsurveillance am Robert-Koch-Institut muss hierfür ausgebaut werden. Was müsste aus Ihrer

¹ Ausschussdrucksache 19(14)111.2



Sicht geschehen, damit eine gute Auswertung von Impfung erfolgen kann?

SV Dr. Markus Frick (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)): Ich denke, auch dieses Gesetz zeigt, wie wichtig Impfsurveillance ist und ganz kurz gesagt, ich denke, dass das RKI einen sehr guten Job macht, aber derzeit unter sehr begrenzten Ressourcen. Da besteht Verbesserungspotenzial. Idealerweise würde diese auch nicht auf Sekundärdaten, basierend auf den KV-Bezirken, wie es im Moment passiert, erfolgen, sodass jeder, der den KV-Bezirk wechselt, in der Erfassung verloren geht. Wenn man in eine Vollerhebung will, müsste man auf Primärdaten gehen, sodass wir letztlich ein nationales Impfregeister, was man beim RKI ansiedeln könnte, haben, aber ich glaube, das bräuhete größere Ressourcen, als im Moment zu Verfügung stehen.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Betsch. Die Masernimpfung ist eine mit den höchsten Impfquoten und die einzige, bei der die Impfquote seit Jahren gestiegen ist, insgesamt. Welche Auswirkungen erwarten Sie, wenn diese Impfung zur Pflicht wird und andere freiwillig bleiben?

ESVe Prof. Dr. Cornelia Betsch: Ich bin Psychologin und beschäftige mich damit, wie verhält sich der Mensch gegeben seiner Umwelt und gegeben seiner Psyche, seiner Einstellung. Damit haben wir uns schon 2015, als es schon einmal in der Luft hing, ein Gesetz, was nur die Masern verpflichtend machen wollte, beschäftigt, was passiert dann eigentlich mit den anderen Impfungen? Da konnten wir kausal nachweisen, dass wenn nur eine Impfung verpflichtend ist, die zweite Impfung, die freiwillig war, weniger häufig nachgefragt, auch weniger häufig angenommen wurde. Das hat etwas damit zu tun, dass Leute sich ärgern, wenn sie etwas tun müssen. Man könnte jetzt natürlich sagen, gegeben ist Gemeinschaftsschutz und weil es wichtig ist, die Schwachen zu schützen, kann man darüber hinweggehen. Jedoch ist bei einer teilweisen Impfpflicht zu beachten, dass es noch andere Impfungen gibt, die freiwillig sind und hier ist es besser ein schlaues

Policydesign zu machen, was nicht das gesamte Impfsystem beschädigt. Wir sehen in anderen Ländern, wie zum Beispiel Frankreich, dass dort andere Impfungen, die nicht verpflichtend sind, seltener nachgefragt sind. Die werden möglicherweise als weniger wichtig wahrgenommen oder die Menschen holen sich woanders ihre eingeschränkte Entscheidungsfreiheit zurück. Eine andere Sache: Bei einer teilweisen Verpflichtung könnte es auch zu einem Erstarken der Impfgegnerschaft kommen, das deutet sich im Moment schon an. Zusammengefasst ist es, glaube ich, sehr wichtig, sich sehr klar zu machen, was psychologisch mit den Menschen passiert, wenn man nur eine Impfung verpflichtend machen und den Rest aber freiwillig lassen will. Es hat auch Implikationen für Ärzte, die erklären müssen, warum die anderen Impfungen auch wichtig sind und deshalb auch wahrgenommen werden sollten. Das möchte ich an dieser Stelle hier zu bedenken geben.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Henn vom Deutschen Ethikrat. Welche Maßnahmen erachten Sie für am wirksamsten, um die avisierten Quoten bei den empfohlenen Impfungen zu erreichen? Inwiefern sind die in dem vorliegenden Gesetzentwurf enthalten? Insbesondere interessiert uns dabei, ob die Impfpflicht nach Ihrer Einschätzung dafür ein notwendiges oder sogar hinreichendes Mittel ist?

SV Prof. Dr. Wolfram Henn (Deutscher Ethikrat): Der Ethikrat ist zunächst einmal, das ist ganz klar, für eine weitere Erhöhung der Masernimpfquoten. Das muss aber ausdifferenziert werden zwischen den Adressatengruppen Kinder und Erwachsene. Auf Erwachsene bezogen ist der Ethikrat, was in Verantwortung stehende Personengruppen angeht, eher weitergehend als der Gesetzentwurf. Wir müssen zum Beispiel auch an einen Schulbusfahrer, einen Flugbegleiter und solche Leute denken. Bei den Kindern sind wir auch unter dem was Frau Prof. Dr. Betsch gesagt hat, eher für ein Stufenmodell. Gemeinsame Position von Weltgesundheitsorganisation, RKI und Ergebnisse von EU-Studien besagen, dass eine Impfpflicht für Masern vor Zulassung in die Kita doch einiges an Kollateralschäden mit sich bringt, insbesondere das Ausweichen in informelle Gruppen. Dann gehen die Leute nicht in die Kita, sondern machen ihre eigenen



Vereine auf, die dann nicht kontrolliert werden können. Das Missverständnis, dass andere Impfungen nicht so wichtig wären, Protestverhalten bei Impfungen, insbesondere nachgelagert um noch einmal die HPV-Impfung zu nennen. Die Gefahr der Rückkehr zu Einzelimpfstoffen ist auch zu sehen. Das heißt, wir sind mit dieser Fokussierung auf die Masern in der Gefahr wichtige Dinge auszublenden. Vorschlag des Ethikrates bezüglich Kita; man sollte immer was vorschlagen, was man besser machen sollte: Bislang war es so, wenn ein Kind in die Kita soll, wurde abgefragt, ob eine Beratung der Eltern erfolgt ist. Wenn das nicht der Fall war, wurde es an das Gesundheitsamt gemeldet und real passierte nichts. Vorschlag: Vor Zulassung und Aufnahme in die Kita, Kontrolle des realen Impfstatus, in der Verantwortung letztlich nicht nur der Träger, sondern auch der Gesundheitsämter. Dann, zentral: Impfkationen in den Kitas selbst, durch Personal der Gesundheitsämter oder durch von ihnen beauftragte Ärztinnen und Ärzte. Das heißt nicht, die Leute draußen halten bis sie geimpft sind, sondern reinlassen und unter dem sozialen Gruppendruck, der dann förderlich ist, die Impfung real vor Ort anzubieten. Und wenn das nicht fruchtet, kann man immer noch individuelle Ausschlüsse machen. Dieses Stufenmodell ist zielführender. Ich muss gestehen, wir sind vom Ethikrat am Anfang der Beratungen davon ausgegangen, wir schreiben 30 Seiten für eine Impfpflicht. Wir haben uns von der WHO, vom RKI, von den Leuten die Ahnung haben, wirklich eines Differenzierteren belehren lassen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Es ist schon angesprochen worden, dass es insgesamt eine relativ hohe Impfquote gibt und dass die auch gestiegen ist. Die Zahlen, die ich gesehen habe – das richtet sich an die STIKO, Herrn Prof. Dr. Mertens – für 2017 97 Prozent Erstimpfung, etwa 92 bis 93 Prozent Zweitimpfung. Dann ist in dem gleichen Jahr 2017 die verpflichtende Impfberatung eingeführt worden. Danach habe ich in der Form jetzt keine Zahlen mehr gefunden. Mich würde interessieren, wie Sie die Wirksamkeit dieser verpflichtenden Impfberatung einschätzen? Was hat das im Einzelnen gebracht?

SV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Das

kann ich quantitativ nicht beantworten. Ich kenne auch keine Zahlen, aus denen ich sicher ableiten könnte, was die Beratungspflicht im Hinblick auf die Impfquote gebracht hat. Ich darf an der Stelle aber anmerken, dass es uns nicht nur darum geht, die Sechs- oder Siebenjährigen, wenn sie in die Schule kommen, geimpft zu wissen, sondern dass wir das in die jüngeren Jahrgänge vorziehen müssen, um die Kohorte der Empfänglichen zu verkleinern. Das vielleicht noch als Anmerkung. Die Frage, was die Beratungspflicht für die Impfquote gebracht hat, kann ich nicht beantworten.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht an Herrn Prof. Dr. Henn. Staatssekretär Dr. Gebhardt hat bei seiner Vorstellung des Gesetzentwurfs im Plenum gesagt, dass die Rahmenbedingungen zum Impfen bereits verbessert worden seien. Als wie wirksam schätzen Sie diese Rahmenbedingungen ein, die jetzt schon getroffen worden sind und welche Maßnahmen halten Sie außerhalb – abgesehen von der Impfpflicht – noch für sinnvoll und wichtig, um die Impfquoten zu erhöhen?

SV **Prof. Dr. Wolfram Henn** (Deutscher Ethikrat): Die Rahmenbedingungen sind sicherlich besser geworden, wenn wir sehen, dass wir bei Masern doch weit über 90 Prozent kommen. Es gibt keine prinzipiellen Probleme. Aufklärung, differenzierte Aufklärung und die Wissenschaft hat uns gelehrt, dass von den Impfsäumigen ungefähr 90 Prozent mit Argumenten, mit Erinnerungen erreichbar sind. Ich glaube, da müssen wir ansetzen, in praktisch allen Praxisverwaltungssystemen sind nicht nur Geburtstagsgrüße, das kennen vielleicht viele Patientinnen und Patienten, sondern auch Impferinnerungsmöglichkeiten. Die muss man nur scharf schalten. Das macht natürlich Aufwand, der muss honoriert werden, sonst funktioniert das in den Praxen nicht, aber damit können wir sehr viele Gutwillige erreichen, die wir mit einer pauschalen Impfpflicht eher vergraulen würden. Wir müssen uns realistischer Weise eingestehen, dass es ungefähr zwei Prozent in der Bevölkerung gibt, die man mit Argumenten nicht erreichen kann, die notfalls vielleicht sogar bereit sind, 2 500 Euro Bußgeld zu bezahlen und sich dann freigekauft haben. Frage: Welche Eskalation gibt es dort juristisch? An die kommen wir nicht ran, da ist die



Epidemiologie einigermaßen gnädig, dass die, entgegen unserem Gerechtigkeitsempfinden, rein medizinisch tolerierbar wären. Das ist eine politische Frage, aber Erinnerungssysteme, positive Ansprache und man spürt schon einen gewissen Umschwung in den sozialen Medien, dass die Impfgegner schon ein bisschen die Lufthoheit verloren haben. Insofern ist diese Diskussion im Ganzen vom Deutschen Ethikrat sehr positiv aufgenommen worden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung hätte ich noch. Die besondere Rolle der Ärztinnen und Ärzte ist bereits angesprochen worden und jetzt gerade auch ganz kurz am Rande, die Frage der Honorierung. Es ist so, dass wir versuchen müssen, das mit einem niederschweligen Zugang zu schaffen, dass die Hausärzte natürlich eine besondere Rolle haben, gerade auch bei den jungen Erwachsenen, wo Impfplücken noch einmal besonders deutlich sind. Wie ist die Honorierung für die Kassenärzteschaft heute geregelt? Halten Sie die Anreize für wirksam und inwieweit verbessert das Masernschutzgesetz die Situation?

SVe **Dr. Sibylle Steiner** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Impfvereinbarungen sind regionale Vereinbarungen. Es gibt hier ganz unterschiedliche Regelungen. Was wir mit der Einführung der Gesundheitsuntersuchung auch erreichen konnten, was natürlich auch eine gesetzgeberische Initiative war, dass der Impfstatus überprüft wird und insofern sehen wir auch nochmal weitere Anstrengungen in Richtung besserer Informationen. Wir haben auch, gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, eine Präventionsinitiative zur Verbesserung der Durchimpfungsrate. Was die Vergütung angeht, sehen wir natürlich, dass die zusätzlichen Beratungsleistungen, auch Leistungen, wie Recall-Systeme, die implementiert werden müssten, dass die auch entsprechend honoriert werden sollten.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Mertens von der Ständigen Impfkommission. Trotz der steigenden Masernimpfraten haben wir wie 2015 immer wieder lokale Masernausbrüche. Wie schätzen Sie das

ein, ist die vorgesehene Impfpflicht geeignet, solche Ausbrüche künftig schnell zu bekämpfen?

SV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Ich habe schon erwähnt, ein wichtiger Punkt und das könnte durch die Impfpflicht schon erreicht werden ist, dass wir eine homogene Durchimpfungsrate bekommen. Die „weißen Flecken“, möchte ich sagen, können sehr regional sein. Wir wissen, dass die Impfquoten sich nicht nur auf Länderebene sondern auch regional bis auf Kreisebene drastisch unterscheiden und das würde durch eine solche Impfverpflichtung in diesen jungen Jahrgängen ausgeglichen werden. Das heißt, wir können die Gefahr von Ausbrüchen schon dadurch reduzieren, dass wir einfach eine homogene Impfquote schaffen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an Frau Prof. Dr. Betsch. Kann der vorliegende Gesetzentwurf sein Ziel, die Masernimpfquoten so zu erhöhen, dass mindestens 95 Prozent der Bevölkerung gegen Masern immunisiert sind, aufgrund Ihrer Forschung erreichen? Wenn nein, wie müsste aus Ihrer Sicht eine umfassende Impfstrategie aussehen und wie bewerten Sie die in diesem Zusammenhang beträchtlichen Impflücken der jungen Erwachsenen? Werden die durch diesen Gesetzentwurf überhaupt erreicht?

ESVe **Prof. Dr. Cornelia Betsch**: Ich halte den Gesetzentwurf aus folgenden Gründen dafür nicht ausreichend: Wenn wir uns die Zahlen anschauen, wer in den Masernausbrüchen betroffen ist, sehen wir, dass die größte betroffene Zielgruppe die Erwachsenen sind und zwar die zwischen 20 und 50 Jahren. Die werden durch die Impfpflicht, so wie sie jetzt gedacht ist, nicht erreicht. Es wurde hier schon sehr oft gesagt, dass eine flächendeckende bevölkerungsweite Durchimpfungsrate von 95 Prozent notwendig ist. Bei Kindern ist diese nahezu erreicht und möglicherweise führt eine sehr gut umgesetzte Masernimpfpflicht für Kinder auch dazu, dass auch die zweite Impfung bald bei 95 Prozent ist. Aber die Erwachsenen werden hier vergessen. Das ist fatal, denn auch die können andere anstecken. Also jede Infektion



muss im Prinzip verhindert werden. Außerdem, das haben wir heute auch schon gehört, führt eine Masernimpfpflicht nicht zwangsläufig zu einer Erhöhung der Durchimpfungsrate. Es gibt andere evidenzbasierte Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsrate, die vor der Einführung einer Impfpflicht etabliert sein sollten. Die sind in Deutschland gar nicht oder nicht flächendeckend umgesetzt. Dazu gehört zum Beispiel die Einführung eines automatischen Erinnerungssystems – das haben wir heute auch schon ganz viel gehört – entweder durch Ärzte oder durch Krankenkassen. Das sollte verpflichtend geregelt werden. Das fachübergreifende, universelle Impfen ist hier sicherlich zu begrüßen, wie alles was Impfen einfacher macht, unter anderem aufsuchendes Impfen. Wir brauchen auch eine bessere Schulung des medizinischen Personals. Was auch wichtig ist, dass die Gründe des Nichtimpfens, die in der deutschen Bevölkerung vorliegen, was wir aus Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wissen, nicht ausreichend adressiert werden. Es muss einerseits Vertrauen gestärkt werden und auf der anderen Seite das Impfen einfacher gemacht werden. Die ergriffenen Maßnahmen stören sich hier gegenseitig, denn die Impfpflicht ist kein sinnvolles Mittel zur Erhöhung von Vertrauen. Zu den psychologischen Nebenwirkungen einer teilweisen Impfpflicht habe ich schon etwas gesagt. Das heißt, abschließend würde ich sagen, wir brauchen einen Gesetzesentwurf, der möglicherweise das implementiert, was jetzt vorgesehen ist. Außer der Impfpflicht zusätzlich ein verlässliches und schlau designedes Erinnerungssystem, wo auch ausgelassenen Impfungen, zum Beispiel im elektronischen Impfpass dokumentiert werden. Nichtimpfen muss im Prinzip genauso aufwendig sein, wie Impfen selbst.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage richtet sich auch an Frau Prof. Dr. Betsch. Wird aus Ihrer Sicht die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Stärkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ausreichend sein, um Aufklärungskampagnen und Impfberatung auf die regional unterschiedlichen Impfquotenbedürfnisse und Zielgruppen auszurichten?

ESVe **Prof. Dr. Cornelia Betsch**: Erstmal ist es sehr begrüßenswert, dass die Bundeszentrale hier beachtet wird in dem Gesetzesentwurf. Aufklärung als wichtiger Aspekt wurde auch schon sehr oft genannt. Ist es ausreichend? Nein. Das ist einfach gesagt, aber auch einfach begründet. Es handelt sich hier lediglich um eine Aufstockung um Sachmittel und nicht von Personal. Das suggeriert, dass nur Sachmittel aufgestockt werden, dass es ausreichend vorhandene Materialien breiter zu distribuieren. Das halte ich nicht für gegeben. Es geht nämlich vor allem darum, grundlegend neue Materialien zu entwickeln. Einmal, um Vertrauen zu schaffen, das hat was mit der Aufklärung von Mythen zu tun und dann bietet die Impfpflicht oder die teilweise Impfpflicht vor allem eine sehr große Kommunikationsherausforderung, der mit neuem Material begegnet werden muss. Vor allem sehen wir regionale Unterschiede, die Sie auch angesprochen haben und im Moment ist es der Bundeszentrale nicht erlaubt, regional zu agieren. Sie muss quasi nach dem Gießkannenprinzip Kampagnen über ganz Deutschland ausschütten. Das ist absolut überholt, führt nicht zu gerechten, also equitablen, innovativen und maßgeschneiderten Strategien, so wie es im europäischen Impfplan, dem Deutschland auch zugestimmt hat, vorgesehen ist. Also es braucht hier möglicherweise auch eine Veränderung der Bundeszentrale und vor allem eine Aufstockung um Stellen, wahrscheinlich geschätzt drei bis vier Stellen für diesen ganzen Aufwand. Nur Sachmittel werden sicherlich nicht ausreichen, um diese ganzen Herausforderungen zu stemmen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Frau Prof. Dr. Betsch, erachten Sie es als sinnvoll, dass Ärztinnen und Ärzte schon im Rahmen ihrer Ausbildung auf die Gesprächsführung im Rahmen einer Impfberatung besonders geschult werden sollten und wenn ja, wieso?

ESVe **Prof. Dr. Cornelia Betsch**: Das ist auf jeden Fall eine sehr sinnvolle Idee, Ärzte besser auszubilden. Es ist klar, dass Ärzte die wichtigste Informationsquelle sind. Ihre Empfehlung hat ein großes Gewicht. Es gibt eine neue Studie, dass wenn Ärzte das Impfen als ihre Aufgabe wahrnehmen, sie das auch häufiger tun. Der häufigste Grund al-



lerdings, warum Ärzte ihre Patienten nicht impfen, ist laut Studien das einfache Vergessen. Ärzte, die Vorbehalte haben, organisieren ihre Praxis auch weniger impffreundlich. Auch die Kommunikation über das Impfen ist trickreich. Wie ich einen Patienten auf eine Impfung anspreche, sagt vorher, ob der Patient diese Impfung bekommt oder nicht. Es gibt bis heute kein Aufklärungsmaterial für das Arzt-Patient-Gespräch wenn es über Mythen geht. Da müssen Ärzte dringend unterstützt werden. Was ist zum Beispiel bei Paarkonflikten? Vater sagt ja, Mutter sagt nein oder umgekehrt. Hier haben Ärzte einen großen Bedarf. Ich glaube, neben allem, was ich gesagt habe, ist es notwendig auf Seiten der Ärzte verpflichtende oder verbindliche Maßnahmen zu entwickeln, die eine Erinnerung an das Impfen standardisieren, sodass das nicht dem Arzt selbst einfach überlassen bleibt. Wichtig ist auch zu klären, ob Ärzte gegen Impfungen beraten dürfen und letztlich sollten natürlich Ärzte einen verpflichtenden Impfkurs machen. In diese Richtung haben sich auch die Leopoldina und verschiedene Fachorganisationen geäußert, sodass sie alle impfen können. Wichtig ist auch die Ausbildung in der Gesprächsführung. Es gibt Studien aus Kanada, die zeigen, dass besonders motivational interviewing sehr effektiv ist. Das wird sicherlich auch da einen positiven Kollateralnutzen für andere Gebiete, nicht nur das Impfen geben. Ich denke, die Ärzte auch in dieser Hinsicht auszubilden, kann dem Impfdanken nur nutzen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die BAG der freien Wohlfahrtspflege. Frau Molter, halten Sie das beabsichtigte Verbot für ungeimpfte Schülerinnen und Schüler einen Hort zu besuchen für verhältnismäßig und geeignet vor dem Hintergrund, dass die gleichen Schülerinnen und Schüler wegen der Schulpflicht vormittags bereits mit anderen Schülerinnen und Schülern unterrichtet werden?

Sve **Karolina Molter** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Der zweite Teil der Frage hat eigentlich die Antwort schon implementiert, weil die gleichen Schülerinnen und Schüler besuchen am Vormittag den Schulunterricht, der verpflichtend ist, und sollen

dann am Nachmittag aber nicht mehr mit den anderen Kindern spielen. Der Sinn und Zweck des Gesetzes ist da eigentlich ausgehebelt. Man kann nicht von einem wirksamen Schutz sprechen, wenn Sie am Vormittag die Zeit gemeinsam verbringen und dann nicht. Wir halten das für nicht verhältnismäßig. Wir geben auch zu bedenken, dass es zu einer Stigmatisierung von Kindern führen kann.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Dr. Teichert vom BVÖGD. Sehen Sie den ÖGD finanziell und personell gut aufgestellt, um die zusätzlichen Aufgaben, die unter anderem aus der Einführung einer verpflichtenden Masernimpfung hervorgehen würden, umfassend wahrnehmen zu können? Wenn nein, welche Rolle sollte der ÖGD aus Ihrer Sicht für einen bundesweiten nachhaltigen Schutz für Infektionskrankheiten spielen?

Sve **Dr. Ute Teichert** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Der ÖGD ist, wir haben vorhin schon von anderen gehört, in den letzten Jahrzehnten ziemlich runtergespart worden. Wir verzeichnen ein Stellenrückgang um ca. 1/3 in den letzten 15 bis 20 Jahren. Die neuen Aufgaben, die jetzt mit dem Masernschutzgesetz kommen, werfen eine Vielzahl von Arbeit auf die Gesundheitsämter. Dafür sind die Gesundheitsämter zurzeit nicht ausreichend ausgerüstet, weder personell noch finanziell. Ich halte es für dringend geboten im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe auch die Politik nochmal darauf hinzuweisen, dass der ÖGD dringend einer personellen Stärkung bedarf. Wir können diese Aufgaben nicht mehr erfüllen. Wir sind jetzt schon am Rande dessen, was wir leisten können. Ob die Gesundheitsämter auch noch andere zusätzliche Aufgaben übernehmen können, wie es gerade von Ihrer Seite vorgeschlagen worden ist? Dazu sind wir nicht in der Lage. Das kann ich ganz klar sagen. Ich halte das für sehr schade. Sie alle erinnern sich vielleicht noch, als Sie Kinder waren, als Sie jung waren. Vielleicht sagt Ihnen der Slogan „Schluckimpfung ist süß, Kinderlähmung ist grausam“ noch was. Zu früheren Zeiten, ich sehe, dass der eine oder andere nickt, war es durchaus üblich, dass die Gesundheitsämter geimpft haben und es war auch



durchaus üblich, dass die Gesundheitsämter in Schulen und Kindertagesstätten geimpft haben. Das ist heute nicht mehr der Fall und wenn, dann nur in einzelnen Projekten. Flächendeckend halten wir das nicht mehr vor. Es gibt auch keine regelmäßigen Impfsprechstunden mehr in den Gesundheitsämtern. Auch das war früher üblich. Bürger konnten dort hingehen, sich beraten lassen, sich impfen lassen, ohne vorher einen Termin zu haben, ohne vorher noch irgendetwas einplanen zu müssen. Ich glaube, dass wir genau da wieder hinmüssen. Da sehe ich den ÖGD auch in der Verantwortung. Diese Verantwortung können wir aber nur schultern, wenn Sie das alle mittragen. Und wenn Sie es mittragen, dass der ÖGD mit den entsprechenden Mitteln ausgestattet wird, dann möchte ich gleich noch anfügen, wir hatten vorhin das Plädoyer von der GKV gehört, dass das hervorragend läuft in der Zusammenarbeit und das die Finanzierung kein Problem sei, so kann ich das aus unserer Sicht nur genau umgekehrt spiegeln. Es gibt einzelne Leuchtturmprojekte, da läuft es sehr gut mit Krankenkassen. Das sind aber Leuchtturmprojekte. Von flächendeckender Einbindung des ÖGD beim Impfen kann bisher nicht die Rede sein.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage an die Frau Dr. Eckert-Lill und an die Bundesärztekammer richten. Welche Vor- und Nachteile für die praktische Versorgung sehen Sie mit der geplanten Neuregelung zum Wiederholungsrezept?

ESVe **Dr. Christiane Eckert-Lill**: Bei den Wiederholungsrezepten ist es so gedacht, dass der Arzt entscheidet, ob er auf dem Rezept vermerkt, wie oft das Arzneimittel in der Apotheke abgeholt werden soll. Das heißt, die Entscheidung, ob überhaupt ein Wiederholungsrezept ausgestellt werden soll und wie oft, verbleibt beim Arzt. Angedacht ist das für stabil eingestellte Patienten. Die Idee, die dahinter steckt, ist sicherlich auch eine Entlastung des Praxisbetriebs, weil der Patient während der Gültigkeit des Wiederholungsrezeptes nur in Akutfällen den Arzt aufsuchen muss und er mit dem Apotheker in der Zwischenzeit einen Ansprechpartner hat, der ihn im Zweifelsfall doch wieder dringend an den Arzt verweisen kann. Grundgedanke ist nach meinem Dafürhalten die

Forderung einer kontinuierlichen Betreuung. Idealerweise gemeinsam durch Arzt und Apotheker, auch wenn jede Profession natürlich ihre Zuständigkeiten und Aufgaben hat und dies auch so bleiben wird und muss. Ein Beispiel kann ich Ihnen nennen. Das Pilotprojekt ARMIN zum Medikationsmanagement, das wir seit einiger Zeit flächendeckend in Sachsen und Thüringen durchführen. Nachteile für die praktische Versorgung vermag ich nicht zu erkennen. Allerdings wird die praktische Umsetzung dieses Paragraphen sicher noch einige Fragen aufwerfen. Die sind allerdings nicht Gegenstand des Gesetzgebungsverfahrens sondern der Verhandlungen der Vertragspartner.

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir möchten dazu ausführen, dass wir im Prinzip dort auch primär keine Entlastung für die Ärzte sehen. Denn möglicherweise generieren solche Wiederholungsrezepte, und wir gehen auch davon aus, dass sich Patienten wenn sie darum wissen, nicht für ein einmaliges, sondern für dreimonatiges Wiederholungsrezept entscheiden. Das heißt, chronisch kranke Patienten sind dann möglicherweise auch ein Jahr nicht beim Arzt. Es gibt im Prinzip hier doch Risiken für Medikationsfehler, die auftreten, also Fragen der Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie. Wir sehen auch, dass es gerade bei Änderungen in der Medikation und Änderungen in der Therapie, es muss nicht unbedingt notwendig sein, dass der Patient umgestellt wird auf ein anderes Medikament, sondern dass das Therapieregime sich ändert, also auch das Absetzen der Medikation. Es geht darum, dass wenn der Patient ein Jahr nicht beim Arzt erscheint, keine Kontrolle bei einer bedenklichen Übermedikation besteht und auch bei der Einnahme von bestimmten Medikamenten in der Selbstmedikation potenziell gefährliche Interaktionen, die möglicherweise über den gesamten Zeitraum nicht auffallen, bestehen. Ich möchte auch darauf hinweisen, dass viele Leitlinien vorsehen, dass gerade bei multimorbiden Patienten, aber auch bei Patienten zum Beispiel mit rheumatischen Erkrankungen, es vorgesehen ist, dass die Patienten fachärztlich kontrolliert werden. Fachärztlich kontrolliert werden heißt eigentlich in der Regel alle drei Monate. Auch die Therapien, die man heute einsetzt, erfordern eine häufige Kontrolle von Blutwerten, die dann einfach nicht möglich wären.



Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Halten Sie ein Werbeverbot für operativ plastisch-chirurgische Operationen zum Schutz von Jugendlichen für erforderlich?

Sve **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sind gerade der Meinung, dass die Gruppe von Jugendlichen, wir sprechen hier von 14- bis 18-Jährigen, die sich in der Zeit in der Entwicklung eines Selbstkonzeptes befinden, sich vom Elternhaus loslösen, eine bestimmte körperliche und psychische Entwicklung durchmachen. Aus diesem Grunde halten wir es für dringend geboten, dass bei diesen Kindern ein Werbeverbot durchgesetzt werden sollte. Man muss dazu sagen, dass die Entwicklung an den Strukturen, an denen operiert wird, also wenn Sie an eine Rhinoplastik denken zum Beispiel, an eine Nasenkorrektur, dass eigentlich die Entwicklung des Mittelgesichtsbereichs auch erst mit ca. 18 Jahren abgeschlossen ist. Wir sehen sowohl aus kinderpsychiatrischer als auch chirurgischer Sicht hier Probleme, dass da bisher noch kein Werbeverbot besteht.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich möchte noch einmal auf das Thema Recall-Systeme bei den Impfungen zurückkommen. Meine Frage geht an den BVKJ und die Bundesärztekammer. Im Gesetz ist vorgesehen, dass die Krankenkassen eine Befugnis erhalten sollen, um Versicherte in geeigneter Form auch individuell über fällige Schutzimpfungen zu informieren. Dies soll, bis wir eine digitale Ansprache haben werden, zum Beispiel in postalischer Form erfolgen. Meine Frage ist jetzt, ob eine solche Befugnis der Krankenkassen Ihrer Meinung nach ausreicht oder ob verpflichtende Benachrichtigungen etwa zur Fälligkeit des zweiten Masernimpftermins eine größere Wirksamkeit erwarten lassen und ob Sie weitere Vorschläge für ein wirksames Recall-System haben?

Sve **Dr. Sigrid Peter** (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Ich habe das vorhin schon gesagt, wir haben deutlich gestiegene Inanspruchnahmen durch das Recall- oder Erinnerungs-System bei den Früherkennungsuntersuchungen. Ich verspreche mir davon einen sehr guten Erfolg, wenn diese Erinnerungen erfolgen. Es

ist derzeit in einigen Praxen auch üblich, die haben ein Recall-System, sie haben es aber nicht alle. Das kostet nämlich auch Geld, wenn man das im AIS verwendet und das muss man auch pflegen, es ist aber sehr sinnvoll. Ich persönlich habe das auch. Es hat eine Wirkung auf die Impfquoten und auch die Erinnerung bei einem selber, weil es mir im Ampelsystem, das wir verwenden, anzeigt alles im grünen Bereich oder es wird langsam gelb oder es ist sogar rot. Ich begrüße das nochmal ausdrücklich, das habe ich vorhin schon gesagt, wenn über die Krankenkassen eine Erinnerung individuell an die Versicherten erfolgt, wann eine Impfung erforderlich oder ob eine Impfung noch nicht komplett abgeschlossen ist. Ich verspreche mir auf diesem Wege eine sehr deutliche Steigerung der Impfquoten und der Inanspruchnahme von Impfungen.

Sve **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Auch wir begrüßen ein solches Recall-System. Um speziell auf Ihre Frage zu antworten: Wir sind der Meinung, dass man dieses nicht nur als Bedingung oder Option einführen sollte, sondern verpflichtend durch die Krankenkassen. Denn die Krankenkassen, das haben wir auch heute schon gehört, verfügen über alle Daten. Wenn man auch diejenigen erreichen möchte, die möglicherweise nicht den Hausarzt oder den Kinderarzt aufsuchen, würde man sie über die Versichertendaten bei den Krankenversicherungen erreichen. Man muss aber dazu sagen, dass dieses Recall-System durch alle anderen Maßnahmen, die hier zum Teil schon erwähnt worden sind, ergänzt werden sollte. Das wäre das elektronische Impfbüchlein. Wir denken, gerade wenn man eine bestimmte Patientengruppe, die über 20-Jährigen erreichen will, sehen wir, dass eine aktive und motivierende Beratung, ich glaube Frau Prof. Dr. Betsch hatte es schon gesagt, dort auf jeden Fall mit eingeführt werden sollte. Das heißt, wir brauchen eine Vielzahl von Maßnahmen, um diese Recall-Systeme zu unterstützen. Es gibt auch Untersuchungen dazu, die man bei kleineren Kohorten gemacht hat, wo man gezeigt hat, dass sowohl Recall-Systeme durch Ärzte als auch durch Krankenkassen für das System, für die Impfungen, sehr viel bringen.



Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft richten. Halten Sie es für angemessen, dass Personen, die in sogenannten Gemeinschaftseinrichtungen und da insbesondere auch Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern einen Nachweis über einen ausreichenden Impfschutz bzw. eine Immunität gegen Masern Mitarbeiter aufweisen müssen?

Sve **Dr. Iris Juditzki** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich kann diese Frage allerdings ausschließlich nur in Bezug auf Personen, die in Gesundheitseinrichtungen arbeiten, beantworten. Die geplante Impfpflicht wird von Fachexperten unterschiedlich beurteilt. Ob diese letztlich dazu führen wird, dass die Durchimpfungsrate in Deutschland 95 Prozent erreicht, bleibt abzuwarten. Deswegen haben wir uns auch absichtlich nicht für oder gegen eine Impfpflicht ausgesprochen. Nichtsdestotrotz können wir die Intension des Gesetzgebers nachvollziehen und werden diese auch unterstützen. Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass im Sinne des Patientenschutzes das Personal mit Patientenkontakt entsprechend geimpft sein sollte, so wie dies auch die STIKO bisher empfiehlt. Insofern ist es in unseren Augen auch nur konsequent, wenn bei der Einführung einer Masernimpfpflicht die betroffenen Personen dem Arbeitgeber einen Nachweis über ihren Impfschutz vorlegen müssen. Diesen Nachweis können die Arbeitgeber im Übrigen bereits jetzt über § 23a Infektionsschutzgesetz (IfSG) einfordern.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Helmut Fickenscher und den Deutschen Ethikrat und hat eine etwas größere geografische Reichweite. Deutschland hat sich wiederholt zum Ziel der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation WHO bekannt, die Masern im Inland und gesamteuropäisch zu eliminieren. Deutschland verfehlte dieses Ziel sowohl 2010, als auch 2015 und zählte im Jahr 2017 zu jenen acht von 53 Staaten der europäischen WHO-Region, die weiterhin eine kontinuierliche Infektionskette aufwiesen. Inwiefern könnten die vorgeschlagenen Maßnahmen zur europäischen und globalen Prävention beitragen?

ESV **Prof. Dr. Helmut Fickenscher**: Diese Kommission hat letztendlich im Wesentlichen auch geprüft, ob der Ausschluss einer endemischen Vermehrung/Verbreitung des Virus geführt ist und man kam wohl zu dem Schluss, dass das noch nicht überzeugend genug ist. Umgekehrt gibt es so gut wie keinerlei Anzeichen mehr für eine endemische Zirkulation des Masernvirus. Es gibt Ausbrüche, es gibt Einträge. Es gibt sehr effiziente Maßnahmen des ÖGD, das einzugrenzen. In vielen Fällen funktioniert das extrem gut. An Beispielen wie in Berlin oder im Ruhrgebiet oder in Köln hat man gesehen, dass es leider auch noch Ausnahmen davon gibt. Aber diese Ansteckungsketten enden in der Regel nach relativ kurzer Zeit und insofern sind wir einen sehr großen Schritt weitergekommen in Richtung Elimination. Aber die masernfreien Staaten weltweit sind nicht masernfrei, sondern sie sind frei von endemischer Zirkulation und werden weiterhin von Einträgen betroffen sein. Dafür helfen bessere Kenntnisse und bessere Impfstrategien, also verschiedene Maßnahmen, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind.

SV **Prof. Dr. Wolfram Henn** (Deutscher Ethikrat): Wir müssen ethisch und auch praktisch unterscheiden zwischen der Elimination, das heißt, der regional, national erreichbaren zeitweiligen Verdrängung des Erregers und der Eradikation, das ist eine globale Aufgabe. Und damit sind wir Deutschen eindeutig in einer Bringschuld. Ich möchte das nur an einem Beispiel festmachen. In Guatemala, einem Land, das sicherlich nicht so mit Ressourcen gesegnet ist wie unseres, hatte man 25 Jahre lang keine Masern bis es einen Schüleraustausch mit Deutschland gab. Das ist blamabel kann man einfach nur sagen. Da müssen wir als Deutsche einfach nachlegen. Wir haben das System dazu, wir haben die Ressourcen. Wir müssen uns mehr anstrengen, sonst blamieren wir uns schlicht und einfach und das darf einfach nicht so bleiben. Da müssen wir nachlegen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Wir haben über Impfungen bei den Vertragsärzten gesprochen. Wir haben über Impfungen beim ÖGD gesprochen. Wir haben über die ubiquitäre Impferlaubnis gesprochen. Ich würde gerne Herrn Prof. Dr. Drexler von der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin zur Rolle der Betriebsärzte hören zur



Erhöhung der Impfquoten und wie Sie dies bezüglich vorgesehener Regelungen bewerten?

SV Prof. Dr. Hans Drexler (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)): Impfen ist eigentlich im Arbeitsauftrag der Betriebsärzte seit 1974. Infektionskrankheiten, die durch die Arbeit bedingt sind, beispielsweise Hepatitis B im Gesundheitsdienst oder bei Reiseerkrankungen. Impfpräventable Tropenerkrankungen werden geimpft zulasten des Arbeitgebers. Immer wieder stellen Betriebsärzte bei der Kontrolle des Impfpasses fest, dass wesentliche andere Impfungen fehlen. Oftmals hört man dann, kannst Du nicht gleich mitimpfen. Das ging bisher nicht. Man hat aber die Empfehlung ausgesprochen, geh zum Hausarzt, lass dich impfen. Nach drei Jahren kam der Betroffene wieder zur arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge und war immer noch nicht geimpft gegen Tetanus oder Maser-Mumps-Röteln. Mit dem Präventionsgesetz haben die Betriebsärzte erstmals die Möglichkeit hier zulasten der gesetzlichen Krankenkassen zu impfen. Es muss nur noch ein bisschen nachgebessert werden, dass das in der Praxis auch umgesetzt wird. Wir sehen seit 2015, seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes, große Probleme bei der Umsetzung. Die Bereitschaft der 12 500 Ärztinnen und Ärzte in der Arbeits- und Betriebsmedizin, die 41 Millionen Arbeitnehmer versorgen, besteht. Ein Großteil dieser Menschen geht nie zum Arzt, wenn er nicht krank ist. Das ist ein Potenzial, das noch nicht ausreichend genützt wird.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Wir hatten heute eine sehr intensive Diskussion in der Ausschusssitzung bezüglich des Fragerechts und würden als Zeichen des guten Willens unsere abschließenden fünf Minuten einschließlich der Zeit in der dritten Fragerunde der Opposition komplett zur Verfügung stellen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Ständige Impfkommission. Mit dem Gesetzesentwurf soll die KV-Impfsurveillance in das Infekti-

onsschutzgesetz aufgenommen werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zur Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen künftig dem Robert-Koch-Institut konkrete Daten zu übermitteln. Wie bewerten Sie diese Regelung und sehen Sie ergänzenden Handlungsbedarf?

SVe Dr. Sibylle Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die KV-Impfsurveillance gibt es bereits auf freiwilliger Basis seit 2004 und insofern können wir sehr gut nachvollziehen, dass man das Ganze jetzt auch gesetzlich verankert, um hier Daten über die Inanspruchnahme und natürlich auch über die Impfeffekte zu haben. Aus unserer Sicht wollen wir der Vollständigkeit halber nur klarstellen, dass wir über die KV-Abrechnungs- und Versorgungsdaten die KV-bezogenen Daten oder die vertragsarztbezogenen Daten liefern können. Wir können natürlich keine Daten aus der hausarztzentrierten Versorgung liefern. Insofern wird auch das nicht ganz vollständig sein. Aber insgesamt ist es für uns ein gutes Instrument, um hier auch noch mal mehr Transparenz zu bekommen.

SV Prof. Dr. Thomas Mertens (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Aus Sicht der STIKO, und ich glaube auch hier für das RKI sprechen zu können, ist diese Datenerhebung im Augenblick eine ganz wesentliche Quelle für uns. Solange es kein Impfbregister in Deutschland gibt, was das ablösen könnte, ist das für uns eine entscheidende Surveillance-Information, die wir brauchen und mit der wir schon gut arbeiten. Natürlich wissen wir, dass das nicht ganz komplett ist. Da gibt es ja noch verschiedene andere Argumente. Aber es ist ein sehr gutes und wichtiges Instrument.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die KBV. Mit dem fachfremden Änderungsantrag 1² sollen die Krankenkassen künftig die Kosten für die anonyme Spurensicherung bei sexualisierter Gewalt übernehmen. Das Deutsche Institut für Menschenrechte weist dazu darauf hin, dass die Wahrung der Anonymität für die Betroffenen gegenüber Ärztinnen und Ärzten und den

² Ausschussdrucksache 19(14)111.1



Krankenkassen sehr wichtig ist. Wie könnte sichergestellt werden, dass die Identität der oder des Betroffenen bei der Abrechnung der Leistungen anonym bleibt? Sollten die Kosten für die Spurensicherung bei Fällen von häuslicher Gewalt mit einbezogen werden?

SVe Dr. Sibylle Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir wissen alle, dass das Problem der Kostenübernahme bei der vertraulichen Spurensicherung im Zusammenhang mit der Strafverfolgung in der Vergangenheit ein Problem war, vor allem wenn es darum ging, die nachgelagerte Strafverfolgung sicherzustellen. Die wurde zumindest erschwert oder gar verunmöglicht. Wir sehen jetzt in dem Änderungsantrag einen Lösungsansatz, der vielleicht rechtlich nicht systematisch erscheinen mag, indem er diese Kosten der GKV zuordnet. Aber dennoch ist das für uns ein guter Lösungsansatz, weil es damit um die Möglichkeit eines niederschweligen Zugangs zur Beweissicherung geht und gleichzeitig den Betroffenen, die einer enormen Belastung ausgesetzt sind, Anonymität und Vertraulichkeit gewährleistet. Insofern tragen wir den Ansatz auch mit.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wir haben eben gehört, mit dem Gesetzentwurf würde das fachübergreifende Impfen ermöglicht und mit dem Änderungsantrag 11 das Thema „Impfen durch Betriebsärzte“ erneut aufgegriffen. Wir haben gerade gehört, was das für ein Potenzial bedeutet. Wie bewerten Sie diese Regelung und sehen Sie weitergehenden Regelungsbedarf?

SVe Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband): Die Anforderungen an Ärzte, die künftig impfen dürfen, hatte ich in einer früheren Antwort schon kurz angesprochen. Aus unserer Sicht wäre es weiterhin wünschenswert, wenn so, wie in den aktuell bestehenden Regelungen, geeignete Ärzte, an der Stelle Betriebsärzte, „mit einbezogen“ formuliert wäre. Was dann einschließt, dass all die Aspekte, die wesentlich sind auch im Bereich von Schutzimpfungen, auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, Information von Patienten usw., dass die Ärzte, die tätig sind, geschult werden. Das wäre eine Ergänzung, die wir uns wünschen würden, auch in der aktuellen Fassung.

Da fehlt momentan dieses Attribut „geeignete“ Ärzte.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Wir hätten durchaus weitere Fragen, schließen uns aber der Union an und geben eine Zeitspende an die Oppositionsparteien.

Der Vorsitzende: Wir steigen jetzt in den zweiten Teil der Anhörung ein. Ich darf mich bei allen Sachverständigen ganz herzlich bedanken, dass sie bereit sind, uns noch eine halbe Stunde zur Verfügung zu stehen. Durch die Zeitspenden von CDU/CSU und SPD haben die Oppositionsfraktionen jetzt jeweils neun Minuten zur Verfügung um Fragen zu stellen. Die erste Frage stellt die AfD-Fraktion.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Krankheiten betreffen ja alle Menschen. Alle Menschen können auch Krankheiten übertragen. Deswegen die Frage an die STIKO beim RKI und an die Bundesärztekammer. Wenn es richtig ist, dass die STIKO für Asylbewerber ganz eindeutig empfiehlt anzunehmen, dass jede nicht dokumentierte Impfung nicht stattgefunden hat und somit nachgeholt werden muss, dann ist die Frage, wie verstehen Sie die Ausführung in der Begründung des Gesetzesentwurfes, es solle auf deren besondere Situation beziehungsweise deren besondere Schwierigkeiten beim Nachweis eines ausreichenden Impfschutz gegen Masern beachtet werden? Wie kann man dieses Problem lösen? Gab es da schon mal eine Unterhaltung in Ihrem Hause?

SV Prof. Dr. Thomas Mertens (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Die Stellungnahme der STIKO ist klar. Sie haben sie zitiert und die ist einfach hier auch pragmatisch, weil sonst kommt man ins Uferlose, wenn man anfängt das anhand weicher Kriterien festzumachen. Ich weiß nicht genau inwieweit ich die Frage von Seiten des Gesetzgebers beantworten kann und soll. Die Einstellung der STIKO hierzu ist eindeutig klar: einerseits jede dokumentierte Impfung gilt. Das hat den von Ihnen genannten Aspekt, aber auch den positiven Aspekt, dass man nicht immer mit neuen Impfserien anfangen muss. Das wäre meine Stellungnahme dazu.



SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ja, ich glaube auch, dass die Intention sicherlich der Gesetzgeber beantworten sollte und ich kann nur den Kollegen von der STIKO unterstützen, dass wir das genauso sehen, dass jede Bescheinigung, die nicht vorliegt, als nicht stattgehabte Impfung beurteilt werden muss.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich an Frau Stoff-Ahnis vom GKV-Spitzenverband. Wir sprachen eben schon über die vertrauliche Spurensicherung, die von den Ärzten ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung direkt mit den Kassen abgerechnet werden und der Patient dabei anonym bleiben soll. Wie beurteilen Sie diese Anonymität bezüglich der Kontrollmöglichkeiten der GKV?

SVe **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich wird natürlich Datensicherheit gerade innerhalb von Krankenversicherung ganz besonders berücksichtigt. Das hat oberste Priorität. Trotzdem ist es nachvollziehbar, dass genau diese Gruppe ein besonderes Anliegen nach Anonymität hat. Wir haben hierfür einen Vorschlag entwickelt, der sicherstellt, dass trotzdem Abrechnungsmöglichkeiten bestehen, aber die Krankenkasse keinen Zugriff auf die Daten der betroffenen Versicherten hat. Dieser Vorschlag enthält eine Pseudonymisierung. Die Idee wäre, dass der abrechnende Arzt eine Pseudonymisierungsnummer verwendet, die nur er entschlüsseln kann, nicht die Krankenkasse. Hierdurch wird möglich, dass eine Abrechnung stattfinden kann, zum einen für Leistungen der Spurensicherung, aber auch, was mit dazu gehört in diesem Kontext, über länger währende Aufbewahrung, Archivierung der gesicherten Spuren. Das wäre eine Möglichkeit wie eine Plausibilisierung der Abrechnung stattfinden kann. Wir haben auch eine Verantwortung für Beitragsgelder. Aber es kann kein Rückgriff auf den Betroffenen erfolgen. An der Stelle würden wir aber gern darauf hinweisen, dass die Finanzierungsverantwortung für Spurensicherung zur Sicherung von etwaigen Strafverfahren oder zivilrechtlichen Verfahren keine Aufgabe der GKV ist. Wir könnten beispielsweise diese Tätigkeit über eine Auftragserteilung operativ umsetzen und dann beispielsweise den Verwaltungsaufwand und auch die entstehenden Kosten gegenüber den Ländern, die

hierfür die Finanzverantwortung tragen, abrechnen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage geht an die Bundesärztekammer, Frau Dr. Bräutigam und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Frau Dr. Sybille Steiner. Die Frage lautet: Die Bundesärztekammer kritisiert in ihrer Stellungnahme, dass Apotheker impfen sollen. Wie stehen Sie zu der noch weitergehenden Forderung der FDP, wir hatten das heute auch schon mal besprochen, auch Pflegekräfte und Hebammen impfen zu lassen?

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie sagen zu Recht, wir hatten das Thema Impfen durch Apotheker besprochen. Wir sehen das bei Pflegekräften ähnlich, sodass wir das ablehnen, dass von diesen eine Impfung durchgeführt wird.

SVe **Dr. Sibylle Steiner** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir sehen das wie die BÄK. Das Impfen ist eine originär ärztliche Aufgabe. Das beinhaltet einfach mehr, das wurde vorhin auch schon erwähnt, als die reine Injektion. Es geht um die Impfanamnese. Es geht auch um die Frage, hat der Patient eine akute Erkrankung, muss ich dann vielleicht eine Impfung verschieben. Es geht auch um die ganz zentrale Frage, wie geht man, mit zwar seltenen, aber schwerwiegenden Komplikationen wie einem anaphylaktischen Schock, der sofortiger ärztlicher Notfallmaßnahmen bedarf, um? Da sehen wir die Ärzteschaft aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung in der Rolle, genau diese Verantwortung tragen zu können. Das sehen wir bei den Apothekern und auch den weiteren von Ihnen genannten Berufsgruppen nicht. Wir glauben auch, dass es zum Beispiel bei der Gripeschutzimpfung keine Frage des Zugangs zur Gripeschutzimpfung aufgrund der Versorgung der niedergelassenen Ärzte ist, sondern wir hatten gerade bei den Gripeschutzimpfungen in den vergangenen Jahren Lieferengpässe. Da ist sicher durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auch einiges verbessert worden, aber was wir für die Vertragsärzte brauchen ist einfach Verordnungssicherheit und Verordnung von Grippeimpfstoffen ohne Regressbedrohung. Gerade da muss



man sagen, ist so eine Regelung im § 106b, die durch das TSVG kam, kontraproduktiv, indem sie nicht die Verordnungssicherheit für die Ärzte herstellt. Insgesamt ist das aus unserer Sicht eine rein ärztliche Aufgabe.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die Frage geht jetzt an die BÄK und die DKG. Wie bewerten Sie den von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten Änderungsantrag zur sogenannten vertraulichen Spurensicherung insbesondere im Hinblick auf Praktikabilität und Gewährleistung der Datensicherheit?

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich denke zu dem Thema, was die Datensicherheit betrifft, haben schon die Vorredner einige Ausführungen gemacht. Auf die würde ich mich gerne beziehen.

SVe **Dr. Iris Juditzki** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ich kann dem eigentlich nur beipflichten und das unterstützen, was bisher schon gesagt wurde. Ich habe keine weiteren Anmerkungen dazu.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Faszinierende Antworten will ich da nur sagen. Aber gut, wenn die Stellungnahme so ist. Meine nächste Frage geht an die BÄK. Wir haben gerade gehört, dass Ärzte eine gewisse Inkompetenz erhalten sollen. Meine Frage an Sie ist: Haben die Ärzte diese Kompetenz nicht nach Erteilung der Approbation und wenn nicht, wer hat sie? Welche Ärzte haben es nicht?

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Es ist so, dass der Arzt, wenn er seine Approbation erhält, in der Lage ist, entsprechend zu impfen. Diese speziellen Impfungen in speziellen Fachgebieten, also bestimmte Indikationsimpfungen für bestimmte Patientengruppen, werden auch noch einmal während der Weiterbildung verstärkt. Hier gibt es noch einmal die Möglichkeiten, entsprechende Kurse zu belegen. Dann schließt sich an die ärztliche Weiterbildung, also wenn jemand den Facharzt erlangt hat, die Fortbildung an. Und

auch hier, ich glaube, das hat vorhin schon jemand an dieser Stelle erwähnt, werden Fortbildungskurse angeboten, wo sich die Ärzte über den neuen Stand der medizinischen Erkenntnisse informieren und diese Kurse belegen können. Es geht also zum Beispiel um Impfstoffkombinationen, es geht um das Thema Impfberatung. Diese Themen werden in den Fortbildungen vermittelt, sodass man sagen muss, dass jeder approbierte Arzt impfen kann, weil er das auch während des Studiums lernt.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine Frage geht wieder an die BÄK, die ist auch zum Teil schon angesprochen worden. Ich habe eine weiterführende Frage. Es geht um die fachfremden Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD, die weitestgehend ein Werbeverbot von plastisch-chirurgischen Eingriffen bei Jugendlichen vorsieht. Meine Frage jetzt an die BÄK: Wie bewerten Sie die vorgesehene Regelung, insbesondere am Beispiel von plastischen Eingriffen wie dem Anlegen von abstehenden Ohren?

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich hatte vorhin schon ausgeführt, dass wir hier von der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen sprechen, die sich auch dadurch auszeichnet, dass sie erst einmal ihr Selbstkonzept findet, dass sie sich vom Elternhaus löst und bestimmte psychische und auch körperliche Entwicklungen durchmacht. Damit ist sie natürlich auch eine besonders gefährdete Altersgruppe, wenn sie sich mit anderen vergleicht, mit der Peergruppe. Bei dem Anlegen von Ohren, wie Sie es jetzt bezeichnet haben, also bei diesem operativen Eingriff, gibt es bestimmte Indikationen, sodass man diese Indikation auch vor diesem Alter, also schon für unter 14-Jährige stellen kann, wenn ein entsprechendes Gutachten vorliegt, dass diese Operation durchgeführt werden kann. Ansonsten gilt das, was ich auch vorhin gesagt habe zum Beispiel mit den Nasen-Operationen. Man muss sich natürlich immer anschauen, das ist bei den von Ihnen erfragten Operationen ein wenig anders, wie das Wachstum ist und wann das Wachstum gerade im Gesichtsbereich abgeschlossen ist.



Der **Vorsitzende**: Ich mache einen Vorschlag: Vielleicht kann man die Fragezeit der Oppositionsfraktionen halbieren, wie wir das bei CDU/CSU und SPD in der ersten Runde gemacht haben, um neue Kreativität für die zweite Runde zu gewinnen. Sie haben noch vier Minuten und jetzt würde Herr Kollege Weinberg seine Kreativität an Fragen ausschöpfen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Herr Vorsitzender, ganz so lustig finde ich das nicht. Deshalb muss ich eine kleine Vorbemerkung machen. Zeitspenden ist das Eine, sachlich qualitativ eine Anhörung vorzubereiten ist das Andere. Ich hätte hier ganz gerne einen Vertreter beispielsweise der plastischen Chirurgie gehabt. Es ist keiner da, weil die Änderungsanträge so extrem spät gekommen sind. Ich hätte gerne jemanden von den Patientenorganisationen hier gehabt, die ich nach den Boni-Regelungen, die da vorgesehen sind, fragen kann. Es ist keiner da. Insofern ist es auch eine sachlich qualitative Frage der Vorbereitung einer Anhörung und nicht nur eine Frage der Fragezeit oder einer Zeitspende. Von den Zeitspenden habe ich am Ende nichts, wenn ich niemanden habe, den ich qualifiziert fragen kann. Das war jetzt eine Vorbemerkung, die ich unbedingt loswerden musste, weil es wird so getan, als wären wir nicht vorbereitet, als wäre das alles irgendwie Unsinn, was wir hier machen. Das ist mitnichten so. Das Problem liegt in der Vorbereitung dieser Anhörung und das wird nicht gelöst durch eine Zeitspende. Jetzt will ich, sehr zur Überraschung wahrscheinlich einiger, interessante Fragen stellen. Beispielsweise an Frau Prof. Dr. Betsch, die Gesundheitswissenschaftlerin ist. In der Public Health Wissenschaft ist das sogenannte Präventionsdilemma immer wieder Thema. Also, dass durch Präventionsmaßnahmen oft ohnehin nur gesundheitsbewusste Menschen erreicht werden und sich die gesundheitliche Ungleichheit dadurch sogar noch erhöhen könnte. Nun sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, den Versicherten für sogenanntes gesundheitsbewusstes Verhalten Boni zu gewähren. Wie schätzen Sie die Auswirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland ein?

ESVe **Prof. Dr. Cornelia Betsch**: Ich glaube diese Frage kann ich Ihnen so nicht qualifiziert beantworten. Es ist natürlich so, dass manche Leute gesundheitsbewusster sind. Ob man die jetzt noch weiter bevorzugen soll durch Boni, ich glaube das kann ich jetzt tatsächlich nicht beantworten.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe gerade gesehen, dass Prof. Dr. Henn sich gemeldet hat und würde die Frage gerne an ihn weitergeben.

SV **Prof. Dr. Wolfram Henn** (Deutscher Ethikrat): Ein paar ethische Grundgedanken zu Anreizsystemen. Nudging nennt man das neudeutsch. Das kennen wir ja alle aus unserer Binnenpsychologie. Als ich ein kleiner Bub war, habe ich für 50 Pfennig von der Kreissparkasse ein Sparschwein bekommen, das hat mir ein bisschen Anreiz gegeben. Das ist eine allgemeine Erfahrung, dass kleine Anreize durchaus Wirkung haben, auch kosteneffizient sein können. Für Impfungen, um es mal auf das Thema zurückzubringen, sollten eigentlich Argumente oder für die Prävention von Krebserkrankung sollten Argumente in der Sache für sich selbst ausreichend sein. So ein kleiner Anschub kann aber durchaus hilfreich sein. Aber das kann natürlich in inakzeptabler Weise ausufern. In einem System endlicher Ressourcen ist der Bonus des einen der Malus der anderen. Von daher können wir da leicht in eine Spirale reingeraten, wie Sie angedeutet haben, dass wir Leute, die wir eigentlich gar nicht erreichen müssten, weil sie sowieso schon adhärent sind, weiter bevorteilen und am Ende aus dem Topf dann Gelder, die an anderer Stelle dringend gebraucht werden, in die falsche Richtung schieben. Also, Anreize ja, aber nur wirklich im begrenzten, rein psychologisch wirksamen und nicht etwa im materiell umverteilenden Rahmen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Zu der Frage der Anreizsysteme und der Boni würde mich natürlich auch noch die Meinung des GKV-Spitzenverbands interessieren.

SVe **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): In der Tat ist es so, dass Krankenkassen schon diverse Bonusprogramme haben, in denen nicht nur



gesundheitsbewusstes Verhalten, schlechthin sportliche Betätigung umfasst sind, sondern gerade auch Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen. Wir glauben aus diesem Grund, dass sich durch eine Pflichtregelung an der bestehenden Praxis tatsächlich nichts ändern würde. Insofern würden wir eher empfehlen, dass es bei der Soll-Regelung verbleibt. Ein Bonus kann natürlich ein Anreiz sein, gerade eben ist es diskutiert worden, aber auch wir sehen oder wissen nicht, ob sich dadurch die Teilnahmeraten tatsächlich erhöhen. Wir präferieren Erinnerungssysteme und andere Informationsangebote über die heute in dieser Anhörung schon gesprochen wurde.

Der **Vorsitzende**: Die Entrüstung bezog sich auf fachliche Änderungsanträge. Sie wäre verständlicher, wenn sie sich auf fachfremde Änderungsanträge bezogen hätte. Die Frage der Boni gehörte zu den Dingen, zu denen die Sachverständigen eingeladen worden sind. Daran waren sie beteiligt. Das wollte ich nur klarstellen. Jetzt geht es weiter mit den Fragen. Wir haben die Uhr auch angehalten.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Bis heute ist mir noch nicht so richtig deutlich geworden, was eigentlich das Fachliche daran ist, wo der Zusammenhang zum ursprünglichen Gesetzentwurf an der Stelle zu finden ist. Ich habe noch eine Frage zum Thema der Regelungen zur Spurensicherung, die wir auch sehr begrüßen, an die KBV und BÄK. Das verlangt von der Ärzteschaft verschiedene neue Leistungen und wir befürchten, ohne angemessene Honorierung droht die Regelung doch wieder ins Leere zu laufen. Halten Sie eine ausreichende Finanzierung für gesichert?

SVe **Dr. Sibylle Steiner** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Frage der Vergütung wird in entsprechenden Verhandlungen geregelt. Insofern kann ich Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt nichts sagen, was die Höhe oder die Sicherstellung der angemessenen Vergütung angeht. Aber da setzen wir auf die Vernunft der entsprechenden Verhandlungspartner bei diesem wichtigen Anliegen. Das hatte ich auch vorher zum Ausdruck gebracht.

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich würde hier auch empfehlen, die Verhandlungen der entsprechenden Vertragspartner abzuwarten und kann dazu keine Ergänzung vornehmen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Eine letzte Frage hätte ich noch, und zwar an den GKV-Spitzenverband. Das Thema Mehrfachverordnungen, Folgefachrezepte etc. Da würde mich noch einmal interessieren, wie dazu Ihre Position und Ihre Meinung sind.

SVe **Stefanie Stoff-Ahnis** (GKV-Spitzenverband): Eine Vereinfachung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die kontinuierlich ein bestimmtes Arzneimittel erhalten, ist aus unserer Sicht zu begrüßen, das ist wünschenswert. Arzneimittel, die Gefährdungs- oder Suchtpotenzial hervorrufen können, sind natürlich nicht geeignet, die sind jetzt ausgeklammert. Ich rede über den Rest. Wir sehen hier Umsetzungsfragen und -schwierigkeiten, die zurzeit mit dem Entwurf noch nicht gelöst sind. Insbesondere muss betrachtet werden, dass das Ordnungsblatt letztlich auch die abrechnungsbegründende Unterlage ist. Wir haben in der aktuellen Fassung der Arzneimittelverordnung noch nicht die Möglichkeit, hier in zeitlichen Intervallen Arzneimittel abzugeben. Es wäre notwendig, dass man diese Prozesskette, wie Arzneimittel abgegeben werden, umstrukturiert. Das ist sehr aufwendig, das hat was mit Datenumstellung zu tun. Das ist ein großer Zeitaufwand. Neun Monate kann man dafür kalkulieren, dass das letztlich umgestellt wird. Wir sehen hier die Chance und die Möglichkeit mit der Einführung des E-Rezeptes, was ja schon über das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vorgesehen ist. Über dieses elektronische Rezept hat man sehr wohl die Möglichkeit, auch in zeitlichen Intervallen, die aus unserer Sicht immer der Arzt vorgeben muss, eine Abgabe über ein wiederholendes Rezept sicherzustellen. Eine Soforteinlösung aller verordneten Arzneimittel sehen wir kritisch. Da sehen wir keine Möglichkeit. Die Gründe sind vorhin schon genannt worden. Da geht es um die Verfallsdauer von Arzneimitteln. Da kann es auch um die Wirksamkeit von Arzneimitteln aufgrund falscher Lagerung oder auch um einen Wechsel der Medikation



gehen. Insofern muss der Arzt hier zwingend eingebunden sein, da er die zeitlichen Intervalle vorgibt. Wir brauchen eine technische Lösung, sodass wir die Abgabe des Arzneimittels umsetzen können. Momentan, mit der Papiervariante, ist das noch nicht möglich.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und an die Ärztekammer. Wir haben mit der Änderung des Heilmittelwerbegesetzes einen Vorschlag, der die Werbung einschränkt oder vielmehr ein Werbeverbot ausspricht. Reicht Ihnen diese Form von Eingrenzung oder haben Sie weitere Vorschläge, was wir tun müssten, um vernünftig mit Schönheitsoperationen umzugehen?

SVe **Dr. Sigrid Peter** (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)): Ich bin absolut für ein Werbeverbot für Schönheitsoperationen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren. Ich nehme aber deutlich Personen heraus, die durch Unfälle oder andere Erkrankungen so entstellt sind, dass das medizinisch indiziert ist. Ich würde auch die abstehenden Ohren absolut dazu zählen, weil das ein hoher Leidensdruck für die Kinder ist. Die Ohren muss man früher operieren. Es gibt auch da einen idealen Zeitpunkt. Ich könnte mir das auch vorstellen, dass man das unter Strafe stellt, wenn man das trotzdem tut.

SVe **Dr. Katrin Bräutigam** (Bundesärztekammer (BÄK)): Es wäre natürlich zu überlegen, inwiefern man überhaupt mit Eingriffen bei Minderjährigen umgeht. Das wäre sicherlich auch noch einmal zu besprechen. Weil wir sehen natürlich, dass es einen Hype um die ganze Schönheitskultur gibt in den Medien und in den sozialen Netzwerken. Wir sind auch der Meinung, dass man das überhaupt nicht mit Gewinnspielen oder anderen Dingen verkoppeln darf, dass man Schönheitsoperationen zum Beispiel gewinnen kann. Gerade bei den sozialen Netzwerken, da muss man auch noch einmal ran und sich überlegen, wie man mit diesen sozialen Netzwerken, mit den Medien usw. umgeht, das heißt eigentlich mit den Medien, die heute die

Jugendlichen nutzen. Ich denke, das muss sicherlich auch noch einmal mit überlegt und diskutiert werden.

Abg. **Kordula Schulze-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte gern von der BAG der Freien Wohlfahrtspflege Frau Molter fragen. Welche praktischen Umsetzungsschwierigkeiten sehen Sie bei den Regelungen verpflichtender Impfungen in Schulen und wie ließen sich diese beheben?

SVe **Karolina Molter** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ich hatte einige praktische Umsetzungsschwierigkeiten wie Bürokratieaufwand und die Kontrollpflicht schon vorhin angesprochen. Es hat aber auch noch weitreichende andere Sachen. Nämlich zum Beispiel die arbeitsrechtlichen. Da lässt das Gesetz die Frage offen, was ist, wenn sich ein Mitarbeiter in einer Gemeinschaftseinrichtung nicht impfen lassen möchte. Die Konsequenz schreibt das Gesetz nicht vor. Als Arbeitgeber bringt einen das sozusagen in den Zwiespalt. Einerseits unterstützt man natürlich die Umsetzung des Gesetzes und muss sich absichern auf eine Art und Weise. Auf der anderen Seite ist nichts vorgegeben. Und Fachkräftemangel ist tatsächlich eines unserer größten Probleme in den Einrichtungen. Das ist auf jeden Fall ein wichtiger Punkt. Diese Umsetzungsschwierigkeiten sehen wir und das betrifft auch genauso die Kinder. Ein Betreuungsvertrag der abgeschlossen würde, der müsste aufgehoben werden. Wie wird das rechtlich gewertet? Für diese Betreuungsverträge gibt es auch Gelder, die dann nicht mehr fällig werden. Es entstehen Lücken. Da gibt es zahlreiche Umsetzungsschwierigkeiten, vor allen Dingen hinsichtlich der Konsequenzen.

Abg. **Kordula Schulze-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage richtet sich an Prof. Dr. Mertens von der STIKO. Auf welche wissenschaftlichen Daten stützt sich die STIKO bei der Entwicklung ihrer Impfeempfehlungen und welche Rolle spielt hierbei das RKI?



SV **Prof. Dr. Thomas Mertens** (Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)): Wir haben in den letzten zehn Jahren eine Methodik erarbeitet, die Sie im Internet nachlesen können, die es jetzt in der dritten Version gibt. Das ist eine, wie man auf neudeutsch sagt, SOP. Da wird genau festgelegt, wie wir vorzugehen haben. Unsere Ansprüche sind außerordentlich hoch. Wir machen nämlich für jede der entscheidenden Fragen im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Impfempfehlung eine systematische Literatursuche. Das heißt, wir schauen die gesamten publizierten Daten an. Das kann einen Mitarbeiter für eine der Unterfragen schon mal für ein halbes Jahr beschäftigen. Wenn die ganzen Daten vorliegen, wird daraus eine Gesamtevidenz geschaffen. Das ist de facto eine sehr große Tabelle, auf der man das finden kann. Es werden zwischendurch noch mit Hilfe des sogenannten Grade-Systems Auf- und Abwertungen nach bestimmten festgelegten Kriterien vorgenommen. Also das ist ein sehr großer Aufwand. Erst wenn das geschehen ist, das heißt, wenn die Gesamtevidenz festgelegt worden ist, setzt sich die STIKO zusammen, berät dieses Ergebnis und diese Evidenz und berücksichtigt dabei natürlich noch andere Dinge, wie Implementierbarkeit der Impfung, Akzeptanz usw. Da gibt es noch Aspekte, die sich nicht so ohne weiteres über Literatursuche klären lassen. Letztendlich entsteht die Impfempfehlung, die, wie Sie wissen, nach der Geschäftsordnung in das Stellungnahme-

verfahren geht, so dass die Berufsfachgesellschaften, Berufsgruppen und auch die Länder und der G-BA dazu noch Stellung nehmen können. Also insgesamt ist das ein sehr aufwendiges Verfahren und ich glaube auch sagen zu können, meiner Kenntnis nach, dass wir uns weltweit in einer Dreier-Spitzengruppe befinden, was die Anforderungen an die Erarbeitung von Impfempfehlungen angeht.

Der **Vorsitzende**: Ich bedanke mich im Namen aller besonders bei den Sachverständigen, die sehr viel Verständnis dafür aufgebracht haben, dass wir sie spontan gebeten haben, uns länger zur Verfügung zu stehen. Ich bedanke mich auch bei den Fraktionen für die kompetenten Fragen. Vielleicht zum Verständnis aller, wir sind seit 9:15 Uhr in dieser Formation zusammen und haben heute viel erlebt. Ich schließe die Sitzung mit den besten Wünschen für ein angenehmes Abendprogramm.

Schluss der Sitzung: 17:04 Uhr

gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzender

Fachlicher Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 2 des Infektionsschutzgesetzes)

(Begriffsbestimmungen)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

1. Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a0 vorangestellt:

„a0) Nach Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

„8a. Einrichtung für ambulantes Operieren
eine medizinische Einrichtung, in der bei nicht vollstationär aufgenommenen Patienten
Operationen mit einem nicht nur geringen Wundinfektionsrisiko im Sinne der
Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
durchgeführt werden,“

2. Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Die folgenden Nummern 15 und 16 werden angefügt:

„15. Leitung der Einrichtung

die Person, die mit den Leitungsaufgaben in der jeweiligen Einrichtung beauftragt ist;
das betrifft auch

- a) die selbständig tätige Person für ihren Zuständigkeitsbereich selbst,
- b) die einrichtungsübergreifend mit den Leitungsaufgaben beauftragte Person,

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 sowie weitere Kontaktdaten.“

Begründung

Zu Nummer 1

Es wird eine gesetzliche Begriffsbestimmung für Einrichtungen für ambulantes Operieren eingeführt, um in den Ländern einen bundeseinheitlichen Gesetzesvollzug sicherzustellen. Damit wird einem Wunsch des Bundesrates in der Stellungnahme vom 10. Februar 2017 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (vgl. Bundestags-Drucksache 18/11187) nachgekommen. Nach § 23 Absatz 1 Satz 4 erstellt die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren. Diese Empfehlungen werden hier in Bezug gesetzt.

Als Einrichtung für ambulantes Operieren wird eine medizinische Einrichtung definiert, in der bei nicht vollstationär aufgenommenen Patienten Operationen mit einem nicht nur geringen Wundinfektionsrisiko im Sinne der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention durchgeführt werden.

Die Begriffsbestimmung gilt für die Verwendung des Begriffes in den Regelungen des Infektionsschutzgesetzes sowie in den auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 erlassenen Rechtsverordnungen der Länder. Für die Einhaltung der Infektionshygiene sieht das Infektionsschutzgesetz etwa in § 23 Absatz 6 und 8 bei den Einrichtungen für ambulantes Operieren umfangreichere Anforderungen vor als etwa bei Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen lediglich sonstige invasive Maßnahmen vorgenommen werden.

Der Begriff der Operation wird derzeit in der Empfehlung der KRINKO „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2018, Seite 448) festgelegt. Darin definiert sie Operationen als diagnostische und / oder therapeutische Maßnahmen, die mit Durchtrennung der Haut bzw. Schleimhaut und ggf. tieferer Gewebeschichten einschließlich knöcherner Strukturen einhergehen – unter Ausschluss von Injektionen und Punktionen. Der Begriff Operation umfasst nach der genannten Empfehlung offene Operationen, minimalinvasive und endoskopische Operationen und interventionelle Operationen des Herz-Kreislaufsystems.

Ausgenommen sind nach Risikogesichtspunkten bestimmte Einrichtungen für ambulantes Operieren, bei denen nur Operationen mit einem geringen Wundinfektionsrisiko durchgeführt werden.

Dies sind zum einen Einrichtungen, in denen lediglich Operationen durchgeführt werden, die im Sinne der Empfehlungen der KRINKO (derzeit im Sinne von Ziffer 4.4. erster Spiegelstrich der Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“) ein geringes Wundinfektionsrisiko mit sich bringen. Zur Risikobewertung gehört die Beurteilung des postoperativen Infektionsrisikos, soweit vorhanden anhand von Surveillancedaten, sowie der Bedeutung einer etwaigen postoperativen Wundinfektion durch den chirurgischen Fachvertreter und dem beratendem Hygieniker. Beispielhaft gehören zu Operationen mit geringem Infektionsrisiko kleine Eingriffe an der Haut/Subcutis, am Auge, in der Mund-, Kiefer-, Stirnhöhle, Endoskopien von Körperhöhlen, Abszesseröffnung sowie interventionelle radiologische und kardiologische Eingriffe, außer mit regelhaft erwartetem Verfahrenswechsel. Diese

Einrichtungen mit „geringem“ Wundinfektionsrisiko sind aber nur dann von den Einrichtungen für ambulantes Operieren ausgenommen, wenn ihre strukturelle Komplexität, die sich risikoerhöhend für das Auftreten von postoperativen Wundinfektionen auswirken kann, gering ist. Dies ist der Fall, wenn in der Einrichtung nur eine ärztliche Berufsgruppe arbeitet, also insbesondere keine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten verschiedener Fachdisziplinen (z. B. Hinzuziehen eines Anästhesisten, Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen in einer Einrichtung) erfolgt, und in der Einrichtung auch keine Medizinprodukte aufbereitet werden, die nach den Empfehlungen der KRINKO und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte („Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (Bundesgesundheitsblatt 2012, Seite 1244)) als kritisch (A / B / C) eingestuft sind.

Des Weiteren gehören dazu aber auch Einrichtungen, in denen lediglich Operationen durchgeführt werden, die im Sinne der Empfehlungen der KRINKO (siehe Ziffer 4.4. zweiter Spiegelstrich der Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“) ein „noch geringeres“ Wundinfektionsrisiko haben (Entfernung von im Hautniveau liegenden Tumoren oder Fremdkörpern oder invasive Maßnahmen bei Verletzungen der Haut oder der Subkutis, solange sie nicht sehr ausgedehnt sind).

Zu Nummer 2

Im bisherigen Entwurf wurde die Leitung einer Einrichtung in § 2 Nummer 15 als die Person definiert, die von dem Träger der Einrichtung mit den Leitungsaufgaben beauftragt ist. Da in einzelnen Ländern die Leitung der Einrichtung nicht von dem Träger der Einrichtung bestimmt wird, bildet die Definition diesen Fall bislang nicht ab. Eine Änderung der Definition ist sachgerecht, nach der mit der Leitung der Einrichtung diejenige Person definiert werden soll, die mit den Leitungsaufgaben in der jeweiligen Einrichtung beauftragt ist.

Als weitere personenbezogene Angaben kommen, entsprechend der Regelungen in § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e und Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e, auch weitere Kontaktdaten der betroffenen Person in Betracht, die die Kontaktaufnahme für die Gesundheitsbehörden erleichtern können.

Fachlicher Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 2a (§ 4 des Infektionsschutzgesetzes)

(Aufgaben des Robert Koch-Instituts)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 bis 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Auf dem Gebiet der Zoonosen und mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen sind das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, das Bundesinstitut für Risikobewertung und das Friedrich-Loeffler-Institut zu beteiligen. Auf Ersuchen der zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörde kann das Robert Koch-Institut den zuständigen Stellen bei Maßnahmen zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten, auf Ersuchen mehrerer zuständiger oberster Landesgesundheitsbehörden auch länderübergreifend, Amtshilfe leisten. Soweit es zur Erfüllung dieser Amtshilfe erforderlich ist, darf es personenbezogene Daten verarbeiten. Es arbeitet mit den jeweils zuständigen Bundesbehörden, den zuständigen Länderbehörden, den nationalen Referenzzentren, weiteren wissenschaftlichen Einrichtungen und Fachgesellschaften zusammen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Das Robert Koch-Institut arbeitet mit ausländischen Stellen und supranationalen Organisationen sowie mit der Weltgesundheitsorganisation und anderen internationalen Organisationen zusammen. In diesem Rahmen stärkt es unter anderem deren Fähigkeiten, insbesondere einer möglichen grenzüberschreitenden Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, entsprechende Gefahren frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur Verhinderung einer möglichen grenzüberschreitenden Weiterverbreitung einzuleiten. Die Zusammenarbeit kann insbesondere eine dauerhafte wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Einrichtungen in Partnerstaaten, die Ausbildung von Personal der Partnerstaaten sowie Unterstützungsleistungen im Bereich der epidemiologischen Lage-

und Risikobewertung und des Krisenmanagements umfassen, auch verbunden mit dem Einsatz von Personal des Robert Koch-Institutes im Ausland. Soweit es im Rahmen der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 erforderlich ist, darf das Robert Koch-Institut personenbezogene Daten verarbeiten.“ ‘

2. Nummer 3 wird gestrichen.

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Um eine verbesserte Zusammenarbeit der relevanten Akteure zu gewährleisten, wurden in Satz 3 neben dem Bundesinstitut für Risikobewertung auch das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit und das Friedrich-Loeffler-Institut einbezogen.

Satz 4 stellt klar, dass die Amtshilfe des Robert Koch-Instituts auf Ersuchen der zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörde(n) nicht nur Beratungs- sondern auch weitere Unterstützungstätigkeiten umfassen kann. Der bisherige Satz 4 zweiter Halbsatz kann entfallen, weil diese Beratungsleistungen vom neuen Wortlaut miterfasst sind.

Der neue Satz 5 stellt klar, dass das Robert Koch-Institut im Rahmen der Amtshilfe auch befugt ist, personenbezogene Daten zu verarbeiten.

In Satz 6 konnte aus systematischen Gründen auf den Hinweis auf ausländische und internationale Organisationen und Behörden verzichtet werden, da diese bereits von Absatz 3 neuer Fassung erfasst sind.

Zu Buchstabe b

Die Sätze 1 bis 3 sollen die internationalen Aufgaben des Robert Koch-Instituts in Absatz 3 zusammenfassen. Inhaltlich sind damit keine Änderungen verbunden.

Entsprechend der Änderung in Absatz 1 Satz 5 soll es dem Robert Koch-Institut auch im Rahmen seiner Aufgaben nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 ermöglicht werden, personenbezogene Daten zu verarbeiten (Satz 4).

Zu Nummer 2

Die bisherige Regelung zur Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst wird auf Vorschlag des Bundesrates gestrichen. Es sollen zunächst die Ergebnisse der auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz eingerichteten Arbeitsgruppe „Grundsatzfragen des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ zur statistischen Erfassung der Personalausstattung im öffentlichen Gesundheitsdienst abgewartet werden.

Fachlicher Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 4 und 5 (§§ 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes)

(Meldepflichten)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 4 Buchstabe b wird § 6 Nummer 1a Buchstabe b gestrichen.

2. Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

„6a. Chikungunya-Virus“.

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

„10a. Dengue-Virus“.

dd) Nach Nummer 31 wird folgende Nummer 31a eingefügt:

„31a. Middle-East-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (MERS-CoV)“.

ee) Nach Nummer 45 wird folgende Nummer 45a eingefügt:

„45 a. Streptococcus pneumoniae; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, Gelenkpunktat oder anderen normalerweise sterilen Substraten“.

ff) Nummer 48 wird wie folgt gefasst:

„48. Vibrio spp., humanpathogen; soweit ausschließlich eine Ohrinfektion vorliegt, nur bei Vibrio cholerae“.

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

„48a. West-Nil-Virus“.

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

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

ii) In Nummer 51 wird der Punkt am Ende gestrichen.

jj) 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.“

b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende gestrichen.

bb) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. *Neisseria gonorrhoeae* mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Bei den in § 6 aufgeführten Erkrankungen handelt es sich um Erkrankungen, deren Ausbreitung durch die schnelle Intervention des Gesundheitsamtes unterbunden werden soll und bei denen auf Grund einer relativ charakteristischen klinischen Symptomatik vor dem Vorliegen der spezifischen Erregernachweise eine klinische Verdachtsdiagnose gestellt werden kann.

Das Krankheitsbild der Meningoenzephalitis kann durch unterschiedlichste Erreger ausgelöst werden und ist nicht charakteristisch für eine Infektion durch selten auftretende Bornaviren. Sicher kann erst durch die Labordiagnostik die Krankheitsursache bestimmt werden. Hier greift aber bereits die neu vorgesehene Meldepflicht nach § 7 (Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a).

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe dd

Das Middle-East-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (MERS-CoV) wurde im April 2012 erstmals bei Patienten auf der arabischen Halbinsel nachgewiesen. Die Inkubationszeit beträgt in der Regel ein bis zwei Wochen. Die Erkrankung beginnt mit grippeähnlichen Symptomen. Bei schweren Verläufen kann sich eine Pneumonie entwickeln, die in ein akutes Atemnotsyndrom übergehen kann. Ein häufiges

Begleitsymptom ist Durchfall; außerdem kann es zu Nierenversagen kommen. Schwere Verläufe treten überwiegend bei Menschen mit chronischen Vorerkrankungen auf, wie z.B. Diabetes, einer Krebserkrankung oder Immunsuppression. Bislang wurden der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr als 2 000 laborbestätigte Fälle gemeldet, vor allem auf der arabischen Halbinsel aus dem Königreich Saudi-Arabien. Von den labordiagnostisch bestätigten Fällen starben dort etwa 40 Prozent. Bei MERS-CoV handelt es sich um einen zoonotischen Erreger. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich. Die Erkrankungs- bzw. Infektionsrate bei Haushaltskontakten von Primärfällen wird als niedrig beschrieben. In Krankenhäusern haben sich jedoch schon mehrere, zum Teil große Ausbrüche ereignet. Bislang gibt es jedoch keine Hinweise auf eine anhaltende Übertragung in der Allgemeinbevölkerung. Nach Deutschland importierte Erkrankungen sind jederzeit möglich, da ca. 1 Million Personen jährlich aus den Ländern der arabischen Halbinsel nach Deutschland einfliegen. Reisende, die die arabische Halbinsel besuchen, sind vor allem dann einem erhöhten Risiko ausgesetzt, wenn sie Kamelmärkte besuchen, Kamelmilch konsumieren, oder auf andere Art und Weise Kontakt mit dromedarischen Kamelen, deren Produkten oder Ausscheidungen haben.

In § 7 Absatz 1 wird daher eine Meldepflicht für diese Erreger aufgenommen. Eine Meldepflicht für den Nachweis von MERS-CoV versetzt den ÖGD in die Lage, frühzeitig notwendige Infektionsschutzmaßnahmen zur Verhinderung der weiteren Übertragung des Erregers u. a. in medizinischen Einrichtungen einzuleiten und Kontaktpersonennachverfolgungen durchzuführen. Seit 2012 wurden nach Deutschland 3 MERS-Fälle importiert, sodass nicht mit signifikanten Mehraufwänden bei Meldern und im ÖGD zu rechnen ist.

Zu Doppelbuchstabe ee

Invasive Pneumokokkeninfektionen (IPD) treten besonders häufig in vulnerablen Bevölkerungsgruppen, wie Kleinkindern, Senioren und immundefizienten Personen auf. Typische klinische Präsentationen sind Meningitis, septische Arthritis oder Sepsis. Bleibende Schäden sind häufig und Todesfälle treten auch in Deutschland jedes Jahr auf. In den vergangenen zehn Jahren wurden in Deutschland im Durchschnitt 5 Todesfälle pro Jahr durch eine IPD unter Kindern und Jugendlichen über ein klinikbasiertes pädiatrisches Sentinel-Surveillancesystem erfasst. Bei Erwachsenen ist die genaue Zahl der Todesfälle wegen fehlender Erfassung unbekannt. Grobe Schätzungen des RKIs gehen aber davon aus, dass unter Erwachsenen in Deutschland im Durchschnitt jedes Jahr ca. 2 400 Fälle von IPD und 350 Todesfälle aufgrund einer IPD auftreten. In § 7 Absatz 1 wird daher eine Meldepflicht für *Streptococcus pneumoniae*, und zwar für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, Gelenkpunktat oder anderen normalerweise sterilen Substraten aufgenommen. Die Einführung der Meldepflicht ist erforderlich, da nur mit dieser Daten zur Krankheitslast der IPD in Deutschland und zur Evaluation des Impfprogrammes in ausreichender Qualität und Vollständigkeit erhoben werden können.

Zu Doppelbuchstabe ff

Wie schon in vergangenen Sommern mit hohen Wassertemperaturen an deutschen Küsten, wurden auch 2018 und 2019 Wundinfektionen und/oder Fälle von Sepsis durch Nicht-Cholera-Vibrionen nach

Wasserkontakt vor allem an der Ostsee berichtet. Es handelt sich dabei bislang um Infektionen mit *Vibrio (V.) vulnificus*, *V. parahaemolyticus* und *V. cholerae* (Stämme ohne Cholera-Toxin). Ein schwer vorhersehbarer Anteil dieser Nicht-Cholera-Vibrionen trägt Pathogenitätsfaktoren in sich, die sie für Menschen gefährlich machen. Infektionen mit diesen Erregern betreffen vornehmlich ältere Patienten mit Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Lebererkrankungen) oder genereller Immunschwäche. Die Erreger gelangen durch Wunden (offenes Bein, aber auch aufgekratzte Mückenstiche) beim Baden, Waten oder dem Hautkontakt z.B. mit fangfrischem Fisch in den Körper und können Wundinfektionen hervorrufen, die bei entsprechender Disposition schnell zu massiven Weichteilinfektionen, Sepsis und septischem Schock führen können (z.T. innerhalb von 1-2 Tagen nach Wasserkontakt). Die zunehmende Bedeutung der Erreger ergibt sich aus der steigenden Häufigkeit von sehr warmen Wetterperioden im Sommer mit entsprechenden Auswirkungen auf die Küstengewässer sowie dem steigenden Anteil der Risikogruppe in der Bevölkerung – und somit aus der Kombination von Klima- und demographischem Wandel.

In § 7 Absatz 1 wird daher die ursprünglich auf die Erreger der epidemischen Cholera beschränkte Meldepflicht für *Vibrio cholerae* O1 oder O139 auf eine Meldepflicht für alle humanpathogenen Vibrionen erweitert. Ohrinfektionen mit Erregern außer *Vibrio cholerae* sind ausgenommen.

Zu Buchstabe b

Mit aktuell jährlich 87 Millionen neuen Fällen stellen Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* (NG) die weltweit dritthäufigste sexuell übertragbare Erkrankung dar. Infektionen mit NG sind von hoher klinischer Relevanz und eine wesentliche Ursache chronischer Entzündungen des kleinen Beckens, Unfruchtbarkeit oder von extrauterinen Schwangerschaften.

NG bildet leicht Resistenzen gegen Antibiotika aus. In den letzten Jahren kam es zu einer besorgniserregenden, weltweiten Ausbreitung von resistenten NG, ohne dass neue wirksame Antibiotika zur Verfügung stehen. In den letzten zwei Jahren wurden außerhalb Deutschlands bereits mehrmals multiresistente NG nachgewiesen, gegen die keine wirksamen Antibiotika zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund wird eine weitere Ausbreitung verbunden mit einer zunehmenden Unbehandelbarkeit von NG befürchtet, weshalb die Weltgesundheitsorganisation NG auf die Liste der 10 Erreger mit der höchsten Priorität bezüglich Antibiotikaresistenzen gesetzt hat. Das RKI geht auf Grundlage von Meldedaten zu NG aus Sachsen und England von jährlich 17 000 bis 80 000 Neuinfektionen in Deutschland aus.

Die Anzahl diagnostizierter Fälle resistenter NG in Deutschland ist geringer. 10 bis 20% aller diagnostizierten Gonokokken-Infektionen werden auf Resistenz untersucht. Bei etwa 15% der untersuchten Infektionen ist von Resistenzen gegen die empfohlenen Antibiotika auszugehen. Mit der Einführung der Meldepflicht soll eine aussagekräftige Surveillance der NG-Resistenz in Deutschland sichergestellt werden.

Fachlicher Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 1 (Inhaltsübersicht des Infektionsschutzgesetzes - IfSG), Nummer 3a
(Überschrift des 3. Abschnitts IfSG), Nummer 6, 6a, 7 (§ 9, 11, 13 IfSG) und Artikel 4 (Inkrafttreten)

(Überwachung des Infektionsgeschehens)

1. Nach Nummer 1 Buchstabe a wird folgender Buchstabe aa eingefügt:

„aa) Die Angabe zur Überschrift des 3. Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„3. Abschnitt – Überwachung“.

2. Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. Die Überschrift des 3. Abschnitts wird wie folgt gefasst:

**„3. Abschnitt
Überwachung“.**

3. Nummer 6 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe f wird die Angabe „§ 23 Absatz 5“ durch die Wörter „23 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

bb) Folgender Buchstabe q wird angefügt:

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

4. Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a) In § 11 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe f werden nach dem Wort „nach“ die Wörter „Absatz 3 Satz 1“ und ein Komma eingefügt.“

5. Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. § 13 Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 6 ersetzt:

„(3) Für Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung können die in § 23 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen und Laboratorien Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abliefern,

insbesondere an nationale Referenzzentren, an Konsiliarlaboratorien, an das Robert Koch-Institut und an fachlich unabhängige Landeslaboratorien. Die Einrichtungen der Spezialdiagnostik können Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern für den gleichen Zweck untereinander abliefern. Gemeinsam mit dem abgelieferten Material können pseudonymisierte Falldaten übermittelt werden, die Ergebnisse der Untersuchungen können an die abliefernden Einrichtungen übermittelt werden. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für die Einrichtungen der Spezialdiagnostik auszuschließen. Enthält das Untersuchungsmaterial humangenetische Bestandteile, sind angemessene Maßnahmen zu treffen, die eine Identifizierung betroffener Personen verhindern; humangenetische Analysen des Untersuchungsmaterials sind verboten. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen sowie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Isolate der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern (molekulare Surveillance). Die Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 6 kann insbesondere bestimmt werden,

1. in welchen Fällen die Ablieferung zu erfolgen hat,
2. dass Angaben zu Art und Herkunft des Untersuchungsmaterials sowie zu Zeitpunkt und Umständen der Probennahme zu übermitteln sind und
3. in welchem Verfahren und in welcher Höhe die durch die Ablieferungspflicht entstehenden Kosten für die Vorbereitung, die Verpackung und den Versand der Proben erstattet werden und welcher Kostenträger diese Kosten übernimmt.

Die Länder können zusätzliche Maßnahmen der molekularen Surveillance treffen.

(4) Für Zwecke der Überwachung der Verbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen und der entsprechenden Therapie- und Bekämpfungsmaßnahmen können die in Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen untereinander sowie dem Robert Koch-Institut pseudonymisierte Falldaten übermitteln. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für den jeweiligen Empfänger der Daten auszuschließen.

(5) Für Zwecke der Feststellung einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit (Mortalitätssurveillance) haben das zuständige Landesamt der zuständigen Landesbehörde spätestens am dritten Arbeitstag nach der Eintragung in das Sterberegister sowie diese am folgenden Arbeitstag dem Robert Koch-Institut anonymisiert den Tod, die Todeserklärung oder die gerichtliche Feststellung der Todeszeit einer im Inland verstorbenen Person mit folgenden Angaben mitzuteilen:

1. Daten zum übermittelnden Landesamt,

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.

Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut bestimmt das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards. Die im Rahmen der Mortalitätssurveillance übermittelten Daten können durch das Robert Koch-Institut anderen obersten und oberen Bundesbehörden für den gleichen Zweck zur Verfügung gestellt werden.

(6) Für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und Impfeffekten (Impfsurveillance) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Robert Koch-Institut in von diesem festgelegten Zeitabständen folgende Angaben zur Verfügung zu stellen:

1. Patienten-Pseudonym,
2. Geburtsmonat und -jahr,
3. Geschlecht,
4. dreistellige 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 die technischen Übermittlungsstandards für die im Rahmen der Impfsurveillance zu übermittelnden Daten.“ ‘

6. Artikel 4 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 4 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am 1. März 2020 in Kraft. Artikel 1 Nummer 7, soweit er sich auf § 13 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes bezieht, tritt am 1. November 2021 in Kraft.'

Begründung

Zu Nummer 1

Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Nummer 2

Da durch den im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals in den dritten Abschnitt in § 15a auch Regelungen zur Durchführung der infektionshygienischen und hygienischen Überwachung aufgenommen wurden, enthält der Abschnitt nicht mehr nur Regelungen zur epidemiologischen Überwachung. Insoweit wird die Überschrift des dritten Abschnitts angepasst.

Zu Nummer 3

§ 9 Absatz 1 regelt, welche Angaben der Meldende an die Gesundheitsämter übermitteln darf. Dabei soll das Gesundheitsamt in die Lage versetzt werden, zügig notwendige Maßnahmen ergreifen zu können. U.a. muss gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe f angegeben werden, ob die betroffene Person in Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 tätig ist. Auf Grundlage dieser Information könnten bei Bedarf z.B. Tätigkeitsverbote oder Empfehlungen zur Verhütung der weiteren Übertragung im beruflichen Umfeld durch das Gesundheitsamt initiiert werden.

Die Leiter der in § 23 Absatz 5 Satz 1 aufgelisteten Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Daneben gibt es in § 23 Absatz 3 Satz 1 noch eine ähnliche Auflistung von 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.

Vergleicht man die in § 23 Absatz 3 und 5 aufgelisteten Einrichtungen, fällt auf, dass in § 23 Absatz 5 – der die Aufstellung von Hygieneplänen fordert – für diesen Zweck Arztpraxen bewusst grundsätzlich ausgenommen sind und – sofern eine entsprechende Verordnung geschaffen wird – die Aufnahme in den Kreis der zur Aufstellung von Hygieneplänen Verpflichteten nur bei Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe möglich ist, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden. Diese Einschränkungen des Adressatenkreises in § 23 Absatz 5 erscheinen im Rahmen der Meldeinhalte gemäß § 9 Absatz 1 jedoch nicht sinnvoll, da für die Bewertung, ob Infektionsschutzmaßnahmen wie z.B. Tätigkeitsverbote oder andere Maßnahmen notwendig sind, auch die Tätigkeit in Arztpraxen, in denen keine invasiven Eingriffe vorgenommen werden, relevant ist. Es wird daher künftig der Bezug zu den in § 23 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen hergestellt.

Zu Nummer 4

Folgeänderung zu Nummer 3.

Zu Nummer 5

Durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten 2017 wurde mit § 13 Absatz 3 eine Verordnungsermächtigung in das Gesetz aufgenommen, von der bislang noch kein Gebrauch gemacht worden ist. Nach dieser Vorschrift ist das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen (Krankenhäuser, Labore etc.) verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Isolate der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung (molekulare Surveillance) an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik ab-zuliefern, insbesondere an nationale Referenzzentren, an Konsiliarlaboratorien, an das Robert Koch-Institut und an fachlich unabhängige Landeslaboratorien.

Dieses Verfahren läuft allerdings vielfach bereits auf freiwilliger Basis, Einrichtungen der Spezialdiagnostik, also (insbesondere, aber nicht abschließend) Nationale Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien sowie das Robert Koch-Institut, werden u. a. von Krankenhäusern, Arztpraxen und Laboratorien auch als Primärlaboratorien im Rahmen der individualmedizinischen Versorgung von Patienten schon heute in Anspruch genommen, wenn die Diagnostik etwa bei seltenen Erkrankungen von regulären Laboratorien nicht geleistet werden kann.

Durch eine Ergänzung des § 13 Absatz 3 soll daher eine Übermittlungsbefugnis für Untersuchungsmaterial und Isolate geschaffen werden und das bereits gängige Verfahren eine rechtliche Grundlage erhalten.

Nach Absatz 3 Satz 1 können die in § 23 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen und Laboratorien Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern für Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abliefern, insbesondere an nationale Referenzzentren, an Konsiliarlaboratorien, an das Robert Koch-Institut und an fachlich unabhängige Landeslaboratorien. Nach Satz 2 können die Einrichtungen der Spezialdiagnostik das Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern für den gleichen Zweck auch untereinander abliefern.

Gemeinsam mit dem abgelieferten Material können nach Satz 3 pseudonymisierte Falldaten übermittelt werden, die Ergebnisse der Untersuchungen können an die abliefernden Einrichtungen übermittelt werden. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für die Einrichtungen der Spezialdiagnostik auszuschließen (Satz 4).

Enthält das Untersuchungsmaterial humangenetische Bestandteile, sind angemessene Maßnahmen zu treffen, die eine Identifizierung betroffener Personen verhindern; humangenetische Analysen des Untersuchungsmaterials sind verboten (Satz 5 der dem bisherigen Wortlaut der Vorschrift entspricht).

Die bisherige Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit findet sich nunmehr in Satz 6 wieder, nach der dieses befugt ist, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen sowie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Isolate

der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern (molekulare Surveillance). Neu aufgenommen wurden Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Nach Satz 7 gelten auch für dieses verpflichtende Verfahren die Sätze 3 bis 5 (wie bisher) entsprechend. Die Sätze 8 und 9 entsprechen weitgehend der bisherigen Formulierung.

Absatz 4 sieht des Weiteren vor, dass die in § 23 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen dem Robert Koch-Institut und untereinander für Zwecke dieses Gesetzes pseudonymisierte Falldaten zur Verbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen und über die entsprechenden Therapie- und Bekämpfungsmaßnahmen übermitteln können. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für den jeweiligen Empfänger der Daten aus-zuschließen (Satz 2).

Auf Wunsch der Länder sollen die Daten zur Mortalitätssurveillance nach Absatz 5 über die zuständigen Landesbehörden an das RKI übermittelt werden.

Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

Zu Nummer 6

Soweit sich Artikel 1 Nummer 7 auf § 13 Absatz 5 IfSG bezieht, müssen zur technischen Umsetzung die für das Personenstandswesen eingesetzten elektronischen Fach- und Datenaustauschverfahren angepasst werden. Die entsprechenden Versionswechsel werden zum 1. November eines Jahres vorgenommen. Eine Übermittlung mittels des im Personenstandswesen eingesetzten Datenaustauschformats XPersonenstand durch die Standesämter setzt voraus, dass nach Beauftragung durch die zuständigen Gremien zunächst eine entsprechende Nachricht in XPersonenstand modelliert, in die Spezifikation XPersonenstand aufgenommen und dann in das von allen Standesämtern bundesweit genutzte Fachverfahren AutiSta implementiert wird. Auf Seiten der zuständigen Landesbehörden und des Robert Koch-Instituts muss zudem sichergestellt sein, dass Daten über XPersonenstand auch empfangen werden können. Dieser Prozess nimmt regelmäßig eine nicht unbedeutende Zeit in Anspruch. Die Änderungen zur Mortalitätssurveillance können wegen dieser programmtechnischen Auswirkungen deshalb erst am 1. November 2021 in Kraft treten.

Fachlicher Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 2 Nummer 8, 13 (§§ 20, 73 des Infektionsschutzgesetzes)

(Masernimpfpflicht)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 8 Buchstabe e wird § 20 wie folgt geändert:

a) Absatz 8 Satz 1 wird wie folgt gefasst und folgender Satz 2 wird eingefügt:

„Nach 1970 geborene Personen müssen einen nach den Maßgaben von Satz 2 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.

Ein ausreichender Impfschutz gegen Masern ist vorhanden, wenn ab der Vollendung des 1. Lebensjahres mindestens eine Schutzimpfung und ab der Vollendung des 2. Lebensjahres mindestens zwei Schutzimpfungen gegen Masern bei der betroffenen Person durchgeführt wurden.“

b) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig werden 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 Maßgaben nach Absatz 8 Satz 2 entspricht,

2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass bei ihnen eine Immunität gegen Masern vorliegt oder sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können oder
3. eine Bestätigung einer staatlichen Stelle oder einer Leitung einer anderen Einrichtung nach Absatz 8 Satz 1 darüber, dass ein Nachweis nach Nummer 1 oder 2 bereits vorgelegen hat.

Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle können bestimmen, dass der Nachweis nach Satz 1, vor der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule oder in sonstigen Fällen nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle 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. 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, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder die andere Stelle nach Satz 2 oder 3 unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist.

Eine Person, die keinen Nachweis nach Satz 1 vorlegt, darf nicht in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 beschäftigt werden. Eine Person, die über keinen Nachweis nach Satz 1 verfügt, darf in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 nicht tätig werden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle können allgemeine Ausnahmen von den Sätzen 6 und 7 zulassen. Eine Person, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, kann in Abweichung von Satz 6 in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 3 betreut werden.“

c) Absatz 10 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 9 Satz 2 bis 5 findet entsprechende Anwendung.“

d) Absatz 11 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 9 Satz 2, 4 und 5 findet entsprechende Anwendung.“

e) In Absatz 12 werden die Sätze 2 bis 6 wie folgt gefasst:

„Wenn der Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 nicht innerhalb einer angemessenen Frist 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 einer Person, die trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer Einrichtung nach Absatz 8 Satz 1 dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung tätig wird. Einer Person, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, kann in Abweichung von Satz 3 nicht untersagt werden, die dem Betrieb einer Einrichtung nach § 33 Nummer 3 dienenden Räume zu betreten. Einer Person, die einer gesetzlichen Unterbringungspflicht unterliegt, kann in Abweichung von Satz 3 nicht untersagt werden, die dem Betrieb einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 dienenden Räume zu betreten. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt nach Satz 3 erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.“

2. In Nummer 13 Buchstabe a wird in § 73 Absatz 1a die Nummern 7a und 7b wie folgt gefasst:

„7a. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 4, auch in Verbindung mit Absatz 10 Satz 2 oder Absatz 11 Satz 2 eine Benachrichtigung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt

7b. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 6 eine Person betreut oder beschäftigt oder entgegen § 20 Absatz 9 Satz 7 tätig wird,“.

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zur Erhöhung der Regelungstransparenz werden die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut in den gesetzlichen Wortlaut des Absatzes 8 übernommen, dabei werden noch ausstehende, aber geplante Empfehlungen bereits antizipiert.

Nach 1970 geborene Personen (nur für diesen Personenkreis empfiehlt die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut Masernschutzimpfungen) müssen einen nach den Maßgaben von Satz 2 ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern aufweisen, soweit sie in den betroffenen Einrichtungen betreut, untergebracht oder tätig werden. Satz 2 sieht vor, dass ein ausreichender Impfschutz gegen Masern vorhanden ist, wenn ab der Vollendung des 1. Lebensjahres mindestens eine Schutzimpfung und ab der Vollendung des 2. Lebensjahres mindestens zwei Schutzimpfungen gegen Masern bei der betroffenen Person durchgeführt wurden.

Zu Buchstabe b

In Absatz 9 Satz 1 wird neben der Nachweisführung durch eine Impfdokumentation oder ein ärztliches Zeugnis auch der Nachweis für ausreichend erklärt, dass eine Bestätigung einer staatlichen Stelle oder einer Leitung einer anderen Einrichtung nach Absatz 8 Satz 1 darüber vorlag, dass ein Nachweis nach Nummer 1 oder 2 bereits vorgelegen hat (Nummer 3). Durch diese Möglichkeit sollen die Leitungen von Einrichtungen entlastet werden, wenn bereits eine staatliche Stelle oder eine andere

Einrichtung, in der die betroffene Person vorher betreut wurde oder tätig war, den Nachweis entsprechend Nummer 1 oder 2 kontrolliert hat.

Durch die Änderungen in Satz 2 soll festgelegt werden, dass nur die oberste Landesgesundheitsbehörde oder für die von ihr bestimmte Stelle bestimmen können, dass der Nachweis nach Satz 1 nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber zu erbringen ist. Der bislang in Satz 2 ausschließlich geregelte Fall der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule soll lediglich als eine mögliche Konstellation angesprochen bleiben. Die Länder sollen zudem die Möglichkeit erhalten, dass auch andere staatliche Stellen zu entsprechenden Nachweiskontrollen befugt sind, um so auch die Leitungen der Einrichtungen zu entlasten.

Die Benachrichtigungspflicht nach Satz 4 wurde um die Konstellation ergänzt, dass ein Nachweis überhaupt nicht vorgelegt wurde. Außerdem sind auch Stellen nach 2 oder 3 benachrichtigungspflichtig. Satz 5 erklärt eine Benachrichtigung für entbehrlich, wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist (etwa durch Information staatlicher Stellen oder vorheriger Einrichtungen).

Satz 6 und 7 wurden an die Formulierungen in § 42 Absatz 1 angepasst.

Entsprechend der Regelung in Satz 2 können die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle allgemeine Ausnahmen von den Sätzen 6 und 7 zulassen (Satz 8).

Eine Person, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, kann in Abweichung von Satz 6 in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 3 betreut werden (Satz 9). Durch die Umformulierung soll klargestellt werden, dass schulpflichtige Personen, die keinen Nachweis nach Satz 1 erbringen, zwar in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 3 zur Betreuung aufgenommen werden können, diesen Personen aber Tätigkeiten (die nicht der Schulpflicht unterfallen) nicht übertragen werden dürfen und auch eine Aufnahme in anderen Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 und 2 nicht möglich sein soll.

Zu Buchstabe c

Absatz 9 Satz 2 bis 5 wird für die Konstellationen nach Absatz 10 (bereits betreute bzw. tätig Personen) für entsprechend anwendbar erklärt. Das bedeutet, dass an Stelle der Leitungen der Einrichtungen andere staatliche Stellen eingeschaltet werden können und die Benachrichtigung gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen hat, außer wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist.

Zu Buchstabe d

Absatz 9 Satz 2, 4 und 5 wird für die Konstellationen nach Absatz 11 (Betreute in der Kinderheimen und Untergebrachte in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4) für entsprechend anwendbar erklärt. Das bedeutet, dass an Stelle der Leitungen der Einrichtungen andere staatliche Stellen eingeschaltet werden können und die Benachrichtigung gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen

hat, außer wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist.

Zu Buchstabe e

Bislang verweist das Masernschutzgesetz in § 20 Absatz 12 Satz 3 bezüglich möglicher Betreuungs- und Tätigkeitsverbote auf § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2. Da § 34 auf einen Kontakt zu Betreuten abstellt (die Masernimpfpflicht aber nicht) und er nur Gemeinschaftseinrichtungen betrifft (die Masernimpfpflicht aber auch Tätige in Gesundheitseinrichtungen betrifft) ist der Verweis missverständlich. Die möglichen Verbote (Untersagung, dass die dem Betrieb der jeweiligen Einrichtung dienenden Räume betreten werden oder in der jeweiligen Einrichtung Tätigkeiten ausgeübt werden) sollen nunmehr in Satz 3 direkt geregelt werden. Die Verbote sollen bereits dann ausgesprochen werden können, wenn die betroffene Person trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt.

Die Sätze 4 und 5 enthält eine Ausnahme für schul- und aufnahmepflichtige Personen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um Folgeänderungen von Nummer 1 Buchstabe b bis d.

Fachlicher Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 10a (§ 24 des Infektionsschutzgesetzes) und Artikel 3a (§ 3 der
Medizinprodukte-Abgabeverordnung)

(Arztvorbehalt bei Anwendung von In-vitro-Diagnostika)

1. Nach Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a wird folgender Buchstabe c eingefügt:

, c) Die Angabe zu § 24 wird wie folgt gefasst:

„§ 24 Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten“.

2. Nach Artikel 1 Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

,10a. § 24 wird wie folgt gefasst:

„§ 24 Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten

Die Feststellung oder die Heilbehandlung von meldepflichtigen Krankheiten oder Infektionen mit meldepflichtigen Krankheitserregern sowie sonstigen sexuell übertragbaren Krankheiten darf nur durch einen Arzt erfolgen. Dies gilt nicht für die Anwendung von in-vitro-Diagnostika, die für den direkten oder indirekten Nachweis eines Krankheitserregers zur Feststellung der in Satz 1 genannten Krankheiten oder Infektionen bestimmt sind.“

3. Nach Artikel 3 wird folgender Artikel 3a eingefügt:

Artikel 3a

Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

In § 3 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 21. September 2018 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist, wird das Komma und werden die Wörter „in denen Tests unter ärztlicher Aufsicht angeboten werden“ gestrichen.

Begründung

Zu Nummer 1

§ 24 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) legt bislang fest, dass die Behandlung von Personen, die an einer der in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5 IfSG oder § 34 Absatz 1 IfSG genannten übertragbaren Krankheiten oder an sexuell übertragbaren Krankheiten erkrankt oder dessen verdächtig sind oder die mit einem Krankheitserreger nach § 7 IfSG infiziert sind, nur Ärzten gestattet ist. Als Behandlung in diesem Sinne soll auch gelten, wenn der direkte und indirekte Nachweis eines Krankheitserregers für die Feststellung einer Infektion oder übertragbaren Krankheit geführt wird (Satz 3).

Durch die knappere Formulierung der Neufassung des § 24 IfSG soll weiterhin die Feststellung oder die Heilbehandlung von meldepflichtigen Krankheiten oder Infektionen mit meldepflichtigen Krankheitserregern (dazu gehören auch solche, die durch eine Rechtsverordnung nach § 15 Absatz 1 IfSG bundesweit in die Meldepflicht einbezogen sind) sowie sonstigen sexuell übertragbaren Krankheiten nur Ärzten vorbehalten bleiben (Satz 1). Dies soll nach Satz 2 jedoch nicht für die Anwendung von in-vitro-Diagnostika gelten, die für den direkten oder indirekten Nachweis eines Krankheitserregers zur Feststellung der in Satz 1 genannten Krankheiten oder Infektionen bestimmt sind.

Die Vorschrift wird mithin in dem Sinne umformuliert, dass erst das endgültige Erstellen einer Diagnose Ärzten vorbehalten bleiben sollte, der Einsatz von in-vitro-Diagnostika für den direkten oder indirekten Nachweis eines Krankheitserregers etwa bei HIV, Hepatitis C und Syphilis jedoch keinen Arztkontakt erfordert. Auf diese Weise wird insbesondere die Arbeit der niedrigschwelligen Beratungs- und Testeinrichtungen u.a. von AIDS-Hilfen, Suchtberatungsstellen und Gesundheitsämtern für besonders gefährdete Personengruppen erleichtert, die entsprechende Tests ohne die Anwesenheit eines Arztes durchführen können. Sofern ein positives (reaktives) Ergebnis festgestellt wurde, wird der Patient zur weiteren Diagnostik und Behandlung an einen Arzt weiter verwiesen. Die Erleichterung der Durchführung von In-vitro Diagnostik ist notwendig, um die Anzahl der diagnostizierten HIV-, Hepatitis C- und anderer sexuell übertragbaren Infektionen weiter zu erhöhen. Hierdurch sollen in der Folge Behandlungsraten gesteigert und damit Infektionsketten unterbrochen werden.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1. Weil nach § 24 Satz 2 IfSG kein Arzt mehr bei der Anwendung von in-vitro-Diagnostika erforderlich ist, ist die entsprechende Passage in § 3 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung zu streichen.

Fachlicher Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)
BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 12, 12a (§§ 33, 36 des Infektionsschutzgesetzes)

(Kindertagespflege als Gemeinschaftseinrichtung)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 12 wird in § 33 Satz 1 der Punkt und das Wort „Dazu“ durch ein Semikolon und das Wort „dazu“ ersetzt.

2. Nach Nummer 12 wird folgende Nummer 12a eingefügt:

12a. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. nicht unter § 33 Nummer 2 fallende Gemeinschaftseinrichtungen,“.

b) In Absatz 2 werden vor dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 2 sowie“ eingefügt.

Begründung

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, um die Verweise auf diese Vorschrift an anderen Gesetzesstellen wieder korrekt herzustellen.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Durch die Neuaufnahme der erlaubnispflichtigen Kindertagespflege in den Begriff der Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 2 unterlägen diese der infektionshygienischen Überwachung gemäß § 36 Absatz 1 Satz 1. Auf Vorschlag der Länder soll eine entsprechende Überwachung als sog. Kann-Überwachung entsprechend § 36 Absatz 2 ausgestaltet werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 1 Buchstabe a.

Fachlicher Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 12b (§ 43 des Infektionsschutzgesetzes)

(Elektronische Belehrungen)

Nach Artikel 1 Nummer 12a wird folgende Nummer 12b eingefügt:

12b. § 43 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „in mündlicher und schriftlicher Form“ gestrichen.

bb) In Nummer 2 wird das Wort „schriftlich“ durch die Wörter „in Textform“ ersetzt.

b) In Absatz 7 werden nach dem Wort „einzuschränken“ das Komma und die Wörter „wenn Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft dies erfordern“ gestrichen.'

Begründung

Zu Buchstabe a

Durch die Änderungen wird Absatz 1 Satz 1 können die Länder künftig festlegen, in welcher Form sie die Belehrung nach Nummer 1 durchführen und die entsprechende Erklärung nach Nummer 2 entgegennehmen. Dadurch wird es insbesondere ermöglicht, in einem vollständig digitalisierten Verfahren die Belehrung nach Absatz 1 durchzuführen und eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

Zu Buchstabe b

Nach Absatz 7 ist das Bundesministerium für Gesundheit bisher ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Untersuchungen und weitergehende Anforderungen vorzuschreiben oder Anforderungen einzuschränken, soweit Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft dies erfordern. Eine Anpassung kann jedoch auch dann erforderlich werden, wenn Rechtsakte der Europäischen Union dazu keinen Anlass bieten, sondern ein Änderungsbedarf aus anderem Grunde vorliegt.

Fachlicher Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)
BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 1 Nummer 12c (§ 56 des Infektionsschutzgesetzes)

(Entschädigung bei Nichtimpfung)

Nach Artikel 1 Nummer 12a wird folgende Nummer 12c eingefügt:

„12b. In § 56 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Entschädigung nach den Sätzen 1 und 2 erhält nicht, wer durch Inanspruchnahme einer gesetzlich vorgeschriebenen oder nach § 20 Absatz 3 öffentlich empfohlenen Schutzimpfung oder anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe ein Verbot nach Satz 1 oder eine Absonderung nach Satz 2 hätte vermeiden können.“

Begründung

Wer das schädigende Ereignis (Tätigkeitsverbot/Absonderung) in vorwerfbarer Weise verursacht hat, sollte nicht auf Kosten der Allgemeinheit Entschädigung erhalten, wenn sie oder er Verboten in der Ausübung seiner oder ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit unterliegt oder unterworfen wird.

Dieser Grundsatz soll im Rahmen des Infektionsschutzrechts derart Anwendung finden, dass in Fällen, in denen eine Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder zumutbar war eine entsprechende Entschädigung nicht verlangt werden kann, wenn entsprechende Verbote ausgesprochen werden.

Die Regelung ist vor dem Hintergrund der Regelungen in § 20 Absatz 9 bis 12 folgerichtig und geradezu zwingend, denn wenn schon derjenige, der wegen fehlenden Impfschutzes eine Tätigkeit nicht ausüben darf, keine Entschädigung erhält (hier wäre § 56 Absatz 1 seinem Wortlaut schon nicht einschlägig), darf derjenige, der sogar an einer solchen Krankheit erkrankt, keine Entschädigung nach § 56 Absatz 1 erhalten.

Die Regelung erhöht den Anreiz für die Beschäftigten, sich impfen zu lassen, soweit dies medizinisch möglich und zumutbar ist.

Fachlicher Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 2 Nummer 4c (§ 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)

Nach Artikel 2 Nummer 4b wird folgende Nummer 4c eingefügt:

„4a. § 65a wird wie folgt geändert

a. Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:

„(1) Die Krankenkasse bestimmt in ihrer Satzung, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.

(1a) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.“ ‘

b. In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „Absatz 1a“ ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Mit der Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes sowie des Präventionsgesetzes durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wurden die Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 25a weiterentwickelt und dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst. Im Bereich der Krebsfrüherkennung gemäß § 25 Absatz 2 und § 25a beinhaltet dies die Überführung der bisherigen opportunistischen Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs

in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme mit einem persönlichen Einladungs- und Informationswesen, durchgängiger Qualitätssicherung sowie Erfolgskontrolle. Ferner wurde der bisherige Gesundheits-Check-up nach § 25 Absatz 1 stärker auf primärpräventive Aspekte und potenzielle neue Zielerkrankungen ausgerichtet sowie auf neue Altersgruppen ausgeweitet. Aus diesem Grunde soll der bestehende positive Anreiz zur Wahrnehmung dieser optimierten Untersuchungen gestärkt werden. Deshalb werden die Krankenkassen künftig verpflichtet, Versicherten, die Leistungen zur Vermeidung oder Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 wahrnehmen, Boni anzubieten. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen nach § 20i. Den Krankenkassen bleibt es überlassen, in ihren Satzungen die Einzelheiten, insbesondere die Voraussetzungen der Bonifizierung zu regeln.

Es gibt Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26, welche nur einmalig angeboten werden. Die Streichung der Anforderung einer regelmäßigen Teilnahme ermöglicht den Krankenkassen, die Teilnahme an einmaligen Früherkennungsuntersuchungen (z.B. am Neugeborenen-Hörscreening einschließlich der etwaigen Konfirmationsdiagnostik oder am Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen) mit einem Bonus zu versehen und damit einen Anreiz für eine Teilnahme zu setzen. Für andere Gesundheitsuntersuchungen, z.B. der Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder an allgemeinen U-Untersuchungen, kann die Regelmäßigkeit als Voraussetzung in der Satzung festgelegt werden.

Für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen kommt es nicht darauf an, ob es sich um Schutzimpfungen handelt, auf die Versicherte einen gesetzlichen Anspruch haben oder die aufgrund einer Satzung nach § 20i Absatz 2 erbracht werden.

Bei der Neuformulierung des bisherigen Absatzes 1 Ziffer 3 handelt es sich im Übrigen um eine redaktionelle Folgeänderung. Die bisherige Satzungsermächtigung des § 65a Absatz 1 Nummer 3, nach der die Krankenkassen über die bisherigen Nummern 1 und 2 Leistungen hinaus auch die Inanspruchnahme weiterer gesundheitsfördernder Angebote bonifizieren sollen, bleibt als Soll-Regelung unverändert erhalten.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen nach §§ 25, 25a und 26 ist regelhaft davon auszugehen, dass ihre regelmäßige Inanspruchnahme nicht nur der Erhaltung der Gesundheit des einzelnen Versicherten dient, sondern letztlich auch zu Einsparungen und Effizienzsteigerungen bei den Krankenkassen führt, deren Ausgaben für Krankenbehandlung sich entsprechend vermindern. Gleiches gilt für Schutzimpfungen nach § 20i. Den Krankenkassen wird deshalb für diese Leistungen nicht mehr auferlegt, den Nachweis über entsprechende Einsparungen

und Effizienzgewinne zu führen. Für Boni nach dem bisherigen Absatz 1 Nr. 3 (künftig Absatz 1a) bleibt die Verpflichtung hingegen erhalten.

Fachlicher Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 132e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Versorgung mit Schutzimpfungen)

Artikel 2 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

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 ärztlichen 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 den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen“ ersetzt.

b) Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„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. den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen.

In den Verträgen mit den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und sonstigen Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen sowie Regelungen zur vereinfachten Abrechnung, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versicherungszahlen (Umlageverfahren) vorzusehen.“

c) Im neuen Satz 4 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 „den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen“ ersetzt.“

Begründung

In Satz 1 und im neuen Satz 4 wird anstelle der unspezifischen Verweise auf den öffentlichen Gesundheitsdienst auf die für den Vertragsabschluss zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen verwiesen.

§ 132e Absatz 1 Satz 3 sieht seit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vor, dass in den Verträgen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst auch Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen und vereinfachte Erstattung der Kosten vorzusehen sind. Nach der Gesetzesbegründung (BT-Drucksache 19/8351, S. 204) wird hier ausdrücklich auf bereits bestehende ähnliche Regelungen zum Sprechstundenbedarf Bezug genommen.

Durch den neuen Satz 3 sollen dementsprechend auch in Verträgen mit den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und sonstigen Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen sowie Regelungen zur vereinfachten Abrechnung, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) vorgesehen werden.

Fachlicher Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)
BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 2 Nummer 5a (§ 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von
Gripeschutzimpfungen in Apotheken)

Nach Artikel 2 Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

,5a. Nach § 132i wird folgender § 132j eingefügt:

„§ 132j

Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken

(1) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit Apotheken, Gruppen von Apotheken oder mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben in ausgewählten Regionen zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in Apotheken mit dem Ziel der Verbesserung der Impfquote schließen. In den Verträgen ist zu den Gripeschutzimpfungen in Apotheken insbesondere Folgendes zu regeln:

1. die Voraussetzungen für deren Durchführung,
2. deren Durchführung,
3. deren Vergütung und
4. deren Abrechnung.

§ 63 Absatz 3, 3a Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 3 und 4 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Vor Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 sind zu den jeweiligen Vertragsinhalten Stellungnahmen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts einzuholen; die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen.

(3) Die Verträge nach Absatz 1 sind der für die Krankenkasse oder den Landesverband zuständigen Aufsichtsbehörde und der für die Überwachung der Apotheken zuständigen Behörde vor Beginn der Durchführung des Modellvorhabens vorzulegen.

(4) Im Rahmen der Modellvorhaben dürfen Apothekerinnen und Apotheker Gripeschutzimpfungen bei Personen durchführen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,

1. soweit Berufsrecht dem nicht entgegensteht und

2. wenn

a) die Apothekerinnen und Apotheker hierfür ärztlich geschult sind und ihnen die erfolgreiche Teilnahme an der Schulung bestätigt wurde und

b) in der jeweiligen Apotheke eine geeignete Räumlichkeit mit der Ausstattung vorhanden ist, die für die Durchführung einer Gripeschutzimpfung erforderlich ist.

(5) Die ärztliche Schulung, an der Apothekerinnen und Apotheker teilnehmen müssen, um Gripeschutzimpfungen durchführen zu dürfen, hat insbesondere die Vermittlung der folgenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu umfassen:

1. Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen einschließlich der Aufklärung und Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person,

2. Kenntnis von Kontraindikationen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu deren Beachtung und

3. Kenntnis von Notfallmaßnahmen bei eventuellen akuten Impfreaktionen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung dieser Notfallmaßnahmen.

(6) Über die Schulung schließen die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam Verträge mit Anbietern der Schulung. Vor Abschluss der Verträge sind zu den jeweiligen Vertragsinhalten Stellungnahmen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts einzuholen; die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen.

(7) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen. Sie sind nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu begleiten und auszuwerten.“

Begründung

Zur Erhöhung der Impfquote bei Gripeschutzimpfungen in Deutschland durch einen weiteren optionalen niedrighwelligen Zugang werden regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken in ausgewählten Regionen ermöglicht. Nach dem neuen § 132i können die Krankenkassen oder deren Landesverbände mit Apotheken, Gruppen von Apotheken oder den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene entsprechende Vorhaben vereinbaren.

Die Gripeschutzimpfung in Apotheken bleibt auf Personen beschränkt, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, da es sich bei Kindern und Jugendlichen mit einer Indikation für die Gripeschutzimpfung nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission i. d. R. um chronisch kranke Kinder und Jugendliche handelt. Es ist davon auszugehen, dass diese Altersgruppe von

Kinder- bzw. Hausärzten betreut und auch geimpft wird. Darüber hinaus sollten nur volljährige Personen in Apotheken geimpft werden, die selbst in die Impfung einwilligen können.

Damit auch bei einer Schutzimpfung in Apotheken der Gesundheitsschutz der impfwilligen Personen gewährleistet bleibt, müssen in den Verträgen die Voraussetzungen für die Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken sowie deren Vergütung und Abrechnung geregelt werden. Die Dokumentation der im Rahmen entsprechender Modellvorhaben in Apotheken durchgeführten Gripeschutzimpfungen richtet sich insbesondere nach § 22 IfSG. Die Regelungen können beispielsweise auch notwendige Fragen zu Haftpflichtversicherungen beinhalten. Ferner muss der Datenschutz gewährleistet bleiben. Durch die Bezugnahme in Absatz 1 Satz 3 auf die Regelungen des § 63 Absatz 3, 3a und 5 Satz 3 und 4 gelten die dort geregelten sozialdatenschutzrechtlichen Vorgaben (unter anderem Abweichungsmöglichkeit von den Vorgaben des Zehnten Kapitels dieses Buches im erforderlichen Umfang mit Einwilligung der Versicherten sowie Information der Datenschutzaufsichtsbehörden) auch für die Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken. Darüber hinaus folgen aus der unmittelbar geltenden Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/679) weitere Vorgaben, die einzuhalten sind (beispielsweise die Möglichkeit des Widerrufs einer Einwilligung gemäß Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 oder die Löschpflicht nach Abschluss des Modellvorhabens gemäß Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e und Artikel 17 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679, wonach Daten, die für Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind, unverzüglich zu löschen sind).

Nach Absatz 4 wird es Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen von Modellvorhaben erlaubt, Gripeschutzimpfungen durchzuführen, soweit Berufsrecht dem nicht entgegensteht. Gegebenenfalls erfordert die Durchführung von entsprechenden Modellvorhaben eine Änderung der Berufsordnung der zuständigen Apothekerkammer.

Voraussetzung für die Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken ist eine vorherige Schulung der Apothekerinnen und Apotheker durch Ärzte. Die Schulungen müssen sicherstellen, dass die Apothekerinnen und Apotheker die Durchführung von Gripeschutzimpfungen beherrschen und über die hierfür benötigten Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen. Sie haben daher die in Absatz 5 festgelegten Mindestinhalte zu umfassen.

Zu den Voraussetzungen für eine sichere und ordnungsgemäße Gripeschutzimpfung in Apotheken zählt nach Absatz 4 auch, dass geeignet ausgestattete Räumlichkeiten in der Apotheke vorhanden sind. Die Impfung sollte in einem Raum durchgeführt werden, der die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten schützt und die Möglichkeit zur Durchführung von Maßnahmen bei Sofortreaktionen einschließlich einer entsprechenden Ausstattung bietet. Dazu kann insbesondere auch eine Liege gehören.

Näheres zur Schulung ist zwischen den Beteiligten in gemeinsamen Verträgen der Vertragspartner des Modellvorhabens mit Anbietern der Schulung zu regeln.

Die nach den Absätzen 2 und 6 Satz 2 vorgesehene Beteiligung des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts vor Abschluss der Vereinbarungen soll eine sachgerechte Festlegung der Rahmenbedingungen für die Impfung in Apotheken sicherstellen. Der niedrigschwellige Zugang zu Gripeschutzimpfungen in Apotheken und die damit angestrebte Verbesserung der Impfquote bei Gripeschutzimpfungen erfordern auch eine unmittelbare Durchführung der Impfung ohne vorherigen Arztbesuch. Eine ausdrückliche Regelung, dass bei einer Impfung in Apotheken die Vorschriften zur Verschreibungspflicht keine Anwendung finden, ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich, da keine Abgabe der Impfstoffe, sondern eine unmittelbare Anwendung stattfindet.

Die Modellvorhaben sollen nach Absatz 7 Satz 2 wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden, um neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Impfquote gegen Influenza durch Gripeschutzimpfungen in der Apotheke zu erhalten. Es wird davon ausgegangen, dass eine Laufzeit der Modellvorhaben bis zu längstens fünf Jahren hierfür ausreichend ist.

Die in Absatz 3 geregelte Vorlagepflicht bei den zuständigen Aufsichtsbehörden stellt sicher, dass diese über Modellvorhaben informiert sind und gegebenenfalls intervenieren können.

Die Gefährdungshaftung nach § 84 AMG findet auf die im Rahmen von entsprechenden Modellvorhaben verabreichten Impfstoffe Anwendung.

Fachfremder Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 2 Nummer 4a und 5a (§§ 27, 132k des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Vertrauliche Spurensicherung)

Artikel 2 wird wie folgt geändert

1. Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

,4a. § 27 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ergänzend zur Krankenbehandlung haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie von Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sind.“

2. Nach Nummer 5a wird folgende Nummer 5b eingefügt:

,5a. Nach § 132j wird folgender § 132k eingefügt:

„§ 132k

Vertrauliche Spurensicherung

„Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen auf Antrag des jeweiligen Landes mit dem Land sowie mit einer hinreichenden Anzahl von geeigneten Einrichtungen oder Ärzten Verträge über die Erbringung von Leistungen nach § 27 Absatz 1 Satz 6. In den Verträgen sind insbesondere die Einzelheiten zu Art und Umfang der Leistungen, die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung sowie die Vergütung und Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu regeln. Die Leistungen werden unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet, die Vergütung kann pauschaliert werden. Das Abrechnungsverfahren ist so zu gestalten, dass die Anonymität des Versicherten gewährleistet ist. Kommt ein Vertrag

nach Satz 1 und 2 ganz oder teilweise nach Antragstellung durch das Land nicht binnen sechs Monaten zustande, gilt § 132i Satz 3 bis 5 entsprechend mit den Maßgaben, dass die Schiedsperson bei Nichteinigung von den für die Krankenkassen aufsichtsführenden Ländern bestimmt wird und dass Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben.“

Begründung

Zu Nummer 1

Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, einen sexuellen Übergriff, sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung werden ergänzender Bestandteil des gesetzlichen Anspruchs auf Krankenbehandlung nach § 27 SGB V. Nach bisherigem Recht besteht bereits ein Versorgungsanspruch der Versicherten, die Opfer einer Vergewaltigung, eines sexuellen Übergriffs, eines sexuellen Missbrauchs oder einer sexuellen Nötigung sind. Er umfasst das ärztliche Gespräch, die körperliche (Genital-) Untersuchung - einschließlich der Feststellung von Verletzungen und Spuren, um Spät- oder Langzeitfolgen zu begrenzen -, die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Abklärung von Maßnahmen zum gesundheitlichen Schutz (Impfungen bei offenen Wunden etc.), die Dokumentation sowie ggf. einen Arztbrief zur notwendigen Weiterbehandlung. Darüber hinaus schließt der geltende Versorgungsanspruch die Versorgung mit den in Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 bis 6 aufgeführten Leistungen ein.

Von verschiedenen Seiten wird jedoch immer wieder eine die ärztliche Untersuchung und Behandlung ergänzende flächendeckende Refinanzierung von Leistungen der vertraulichen Spurensicherung bei sexualisierter Gewalt gefordert. Eine derartige Spurensicherung ist für die Beweisführung in etwaigen späteren straf- oder zivilrechtlichen Verfahren notwendig. Aus diesem Grund mangelt es auch an Angeboten von für die Opfer kostenlosen Leistungen. Dagegen ist in Fällen, in denen eine vorausgehende bzw. gleichzeitige Strafanzeige bei den zuständigen Strafverfolgungsbehörden erfolgt, die Kostentragung über die Polizei sichergestellt.

Die Möglichkeit einer vertraulichen Spurensicherung für die genannten Tatbestände schafft einen niedrighwelligen Zugang zur Beweissicherung. Mit dieser Regelung ist jedoch kein genereller Anspruch für alle Opfer jeglicher Gewalt verbunden.

Der Anspruch umfasst Leistungen zur Sicherung von beweistechnisch relevanten Spuren und eine den Anforderungen an eine Spurensicherung entsprechende Dokumentation beispielsweise der Verletzungen sowie Laborleistungen wie beispielsweise Untersuchungen auf so genannte K.O. - Tropfen oder Alkohol. Damit umfasst ist auch der Transport und vor dem Hintergrund straf- und zivilrechtlicher Verjährungsfristen die gegebenenfalls notwendige langfristige Lagerung der entsprechenden Spuren beispielsweise in der Rechtsmedizin.

Nicht umfasst sein sollen die Kosten für das Material zur Spurensicherung (sog. Spurensicherungskits), notwendige Fortbildungen im Hinblick auf die Spurensicherung sowie mögliche spätere Analysen der sichergestellten Spuren. Diese Leistungen fallen weiter in die Finanzierungszuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden beziehungsweise werden durch diese zur Verfügung gestellt.

Zu Nummer 2

Eine vertrauliche Spurensicherung bei sexualisierter Gewalt - ohne vorausgehende bzw. gleichzeitige Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden - wird in den Regionen bislang unterschiedlich finanziert. Eine Finanzierung erfolgt beispielsweise durch lokales Engagement von Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt.

Mit der Neuregelung wird vorgegeben, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände auf Antrag des jeweiligen Landes mit dem Land sowie mit einer hinreichenden Anzahl von geeigneten Einrichtungen oder Ärzten Verträge über die vertrauliche Spurensicherung schließen. Dabei ist sicherzustellen, dass für die Betroffenen ein bedarfsgerechtes Angebot zur Verfügung steht und Leistungserbringer in hinreichender Anzahl und angemessener Zeit erreichbar sind.

In den Verträgen sind insbesondere die Einzelheiten zu Art und Umfang der Leistungen, die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung sowie die Vergütung und Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu regeln. Die Leistungen werden unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet. Für vertragsärztliche Leistungserbringer bedeutet dies, dass die Abrechnung ohne Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt. Die Vergütung kann pauschaliert werden.

Zudem wird gesetzlich vorgegeben, dass das Abrechnungsverfahren so zu gestalten ist, dass die Anonymität des Versicherten gewährleistet ist. Zur Gewährleistung der Anonymität der Versicherten und zur Sicherung der Vertraulichkeit sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht darf in den Abrechnungsunterlagen kein konkreter Bezug zur versicherten Person hergestellt werden. Lediglich die Bezeichnung der jeweiligen Krankenkasse und der Einrichtung bzw. des Arztes sollen als erforderliche Daten neben den weiteren Abrechnungsdaten, wie abgerechnete Leistungs- und Vergütungspositionen, im Rahmen der Abrechnung übermittelt werden.

Die Vorgaben des § 294a Absatz 1 Sätze 2 und 3 zur Einschränkung der Meldepflicht bei drittverursachten Gesundheitsschäden, die Folge eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können, bleiben von der Neuregelung unberührt.

Die Regelung wird zudem durch eine Schiedslösung für den Fall der Nichteinigung ergänzt.

Fachfremder Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 3b (Änderung des Heilmittelwerbegesetzes)

(Werbeverbot gegenüber Jugendlichen
für operative plastisch-chirurgische Eingriffe)

Nach Artikel 3a wird folgender Artikel 3b eingefügt:

„Artikel 3b Änderung des Heilmittelwerbegesetzes

§ 11 Absatz 1 Satz 3 des Heilmittelwerbegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Ferner darf für die in § 1 Nummer 2 genannten operativen plastisch-chirurgischen Eingriffe nicht geworben werden

1. mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff,
2. mit Werbemaßnahmen, die sich ausschließlich oder überwiegend an Jugendliche richten.“

Begründung:

Über das bereits bestehende Verbot der Werbung für operative plastisch-chirurgische Eingriffe mit vergleichenden Darstellungen des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff hinaus wird zum Schutz von Jugendlichen ein generelles Werbeverbot für operative plastisch-chirurgische Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit eingeführt. Jeder operative Eingriff birgt Gefahren für die Gesundheit. Gerade die Altersgruppe der Jugendlichen, die sehr empfänglich für Themen wie Schönheitsideal und Aussehen sind, soll daher vor Werbemaßnahmen geschützt werden, die eine Veränderung des Körpers mittels operativer plastisch-chirurgischer Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit zum Gegenstand haben. Deshalb wird entsprechende Werbung, die sich überwiegend oder ausschließlich an Jugendliche richtet, verboten. Dies gilt für jegliche Werbemaßnahmen, also auch Werbung in sozialen Netzwerken.

Fachfremder Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention
(Masernschutzgesetz)

BT-Drs. 19/13452

Zu Artikel 2 Nummer 4b (§ 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 3c (§§ 2, 4 der
Arzneimittelverschreibungsverordnung)

(Wiederholungsrezept)

1. Nach Artikel 2 Nummer 4a wird folgende Nummer 4b eingefügt:

„4b. Nach § 31 Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden.“

2. Nach Artikel 3b wird folgender Artikel 3c eingefügt:

„Artikel 3c

Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung

Die Arzneimittelverschreibungsverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 27. März 2019 (BGBl. I S. 366) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. sofern das Arzneimittel zur wiederholten Abgabe auf dieselbe Verschreibung bestimmt sein soll, einen Vermerk mit der Anzahl der Wiederholungen,“.

2. § 4 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die wiederholte Abgabe eines zur Anwendung bei Menschen bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung bedarf der Anordnung der verschreibenden Person. Die verschreibende Person kann eine Verschreibung ausstellen, nach der eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verschreibungen sind als Verschreibungen zur wiederholten Abgabe zu

kennzeichnen. Bei der wiederholten Abgabe auf dieselbe Verschreibung ist das verschriebene Arzneimittel jeweils in derselben Packungsgröße abzugeben, die die verschreibende Person für die erstmalige Abgabe auf der Verschreibung angegeben hat. Die wiederholte Abgabe eines zur Anwendung bei Tieren bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung über die verschriebene Menge hinaus ist unzulässig.“

Begründung:

Zu Nummer 1:

Es wird geregelt, dass Vertragsärzte für Versicherte Verordnungen von Arzneimitteln ausstellen können, mit denen eine bis zu dreimal zu wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind als Verordnungen zur wiederholten Abgabe zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durch Apotheken beliefert werden. Ob eine entsprechende Verordnung von Arzneimitteln bei einer Patientin oder einem Patienten in Frage kommt, muss von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt im Einzelfall beurteilt werden. In Frage kommen Verordnungen zur wiederholten Abgabe insbesondere für chronisch kranke Patienten in stabilem Gesundheitszustand und bei gleich bleibender Medikation mit für eine Wiederholungsveranschreibung geeigneten Wirkstoffen.

Zu Nummer 2:

Zu Nummer 1

Mit der Regelung wird klargestellt, dass auf der Verschreibung ein formaler Vermerk der verschreibenden Person notwendig ist, wenn das Arzneimittel zur wiederholten Abgabe bestimmt sein soll. Der Vermerk muss die Anzahl der möglichen Wiederholungen umfassen.

Zu Nummer 2

Mit der Regelung wird die wiederholte Abgabe von Arzneimitteln auf eine Verschreibung ermöglicht. Die wiederholte Abgabe eines zur Anwendung beim Menschen bestimmten Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung im Umfang der erstmals verschriebenen Menge bedarf der gesonderten Anweisung durch die verschreibende Person. Dabei ist die Anzahl der Wiederholungen nach der erstmaligen Belieferung der Verschreibung begrenzt auf bis zu drei weitere Abgaben des verschriebenen Arzneimittels. Die Gültigkeitsdauer einer zur wiederholten Abgabe vorgesehenen Verschreibung ist durch die verschreibende Person gegebenenfalls anzupassen. Diese hat auf Grund von § 2 Absatz 1 Nummer 8 AMVV die Möglichkeit, die Gültigkeit von Verschreibungen festzulegen. Fehlt eine solche Angabe zur Gültigkeit der Verschreibung, so beträgt die Gültigkeitsdauer auf Grund § 2 Absatz 5 AMVV drei Monate. In diesem Fall wäre eine Wiederholung der Abgabe nur innerhalb dieser drei Monate möglich. Die verschreibende Person hat die Anzahl der zu wiederholenden Abgaben auf der

Verschreibung anzugeben. Die wiederholte Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, bleibt weiterhin unzulässig.