

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention – Masernschutzgesetz“

Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) zu einzelnen gesetzlichen Änderungen

1. Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

§ 20 Absatz 4

Die Stärkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Impfaufklärung der Bevölkerung wird begrüßt.

Wir schlagen vor damit das Projekt „Erregersteckbriefe“ weiter auszubauen. Darauf sollte in der besonderen Begründung hingewiesen werden.

Seit 2013 läuft dieses gemeinsame Projekt zur Erstellung von Merkblättern von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) und in Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut (RKI) sehr erfolgreich. Unter <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/> können in sechs verschiedenen Sprachen zweiseitige Merkblätter zu Infektionserregern heruntergeladen und ausgedruckt werden. Allgemeinverständlich informieren die Bürgerinformationen über Besonderheiten der einzelnen Erreger, Übertragungswege, Krankheitszeichen, richtiges Verhalten im Krankheitsfall und über den Schutz vor Ansteckung beispielsweise durch Hygienemaßnahmen oder Impfungen. Für Gemeinschaftseinrichtungen, Arztpraxen und Kliniken ist das ein wichtiges Hilfsmittel zur Aufklärung der Bevölkerung und werden gerne genutzt, da sie mit einem eigenen Praxisstempel individualisiert werden können.

§ 20 Absatz 8

Die Verknüpfung des verpflichtenden Impfschutzes mit der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung ist infektionsepidemiologisch sinnvoll. Eine Impfpflicht nur für bestimmte Personengruppen (z. B. Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen) schließt aber Personen in anderen Altersgruppen aus, die ebenfalls ein hohes Erkrankungsrisiko haben. Die gegenwärtig in Deutschland beobachteten Masernausbrüche machen

deutlich, dass insbesondere auch junge Erwachsene erkranken, die mit der vorgesehenen Impfpflicht gar nicht adressiert werden. Daher sind zur Erreichung des Ziels den Impfschutz in der Bevölkerung zu erhöhen, weitere flankierende Maßnahmen (wie z.B.: elektronischer Impfausweis, Recall-System) unbedingt erforderlich.

Die Impfpflicht für Personal in Gemeinschaftseinrichtungen sowie für alle in medizinischen Einrichtungen tätigen Personen mit Patientenkontakt wird vollumfänglich unterstützt, sowohl als Maßnahme des Arbeitsschutzes als auch des Infektionsschutzes für die betreuten Personen.

§ 20 Absatz 9

Der ÖGD versteht sich als Institution der Prävention und der Dienstleistung für die Bevölkerung. In diesem Sinne kann er bei einer Meldung auf Impfungen hinwirken, diese durchführen oder ggf. Kontraindikationen klären. Zusätzlich bedarf es im Öffentlichen Gesundheitsdienst flächendeckender Strukturen für Impfberatung und Impfangebote, die es ihm ermöglichen, subsidiär die Aufgaben der Prävention umfassend wahrzunehmen. Das alles stellt eine Mehrbelastung für die Gesundheitsämter dar, für die zusätzliches Personal benötigt wird. Dieser Mehraufwand ist bisher nicht berücksichtigt.

§ 20 Absatz 10

Die Festlegung zur Berechtigung jedes Arztes zur Durchführung von Schutzimpfungen, unabhängig von der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition, wird ausdrücklich befürwortet. Wir halten es auch für sinnvoll flächendeckend in Deutschland bei den Gesundheitsämtern wieder allgemeine Impfsprechstunden für Bürgerinnen und Bürger einzuführen. In den letzten 20 Jahren ist diese Aufgabe aufgrund von Aufgabenumverteilung und Personalabbau im ÖGD weitgehend abgebaut worden.

§ 34 Absatz 10 a

Hier sollte eine Präzisierung der durch das Gesundheitsamt möglichen Ausnahmen von der Impfpflicht erfolgen.

§ 73 Absatz 7 b

Die Anordnung von Bußgeldern bei fehlenden oder nicht rechtzeitig vorgelegten Nachweisen, bei Aufnahme von Kindern mit unzureichender Immunität in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG oder bei nicht, nicht rechtzeitig oder nicht richtig erfolgter Benachrichtigung stellt eine Mehrbelastung für die Gesundheitsämter dar. Vollzugsaufgaben wie Tätigkeitsverbote, Genehmigungen, Anordnungen, Erlaubnisse usw. werden in der Regel nicht immer in den Gesundheitsämtern, sondern aufgrund der in den meisten Bundesländern kommunalisierten Strukturen den entsprechenden Verwaltungseinheiten in den Landkreisen und kreisfreien Städten (z. B. Kreisausschüssen, Magistraten und dort z. B. den Ordnungsämtern) zugewiesen. Es sollte daher eine Präzisierung der vorgesehenen Ordnungswidrigkeit mit Geldbuße erfolgen und Kriterien für die Verhängung differenzierter Geldbußen vorgegeben werden.

2. Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 132e Absatz 1, Satz 2 und Satz 3

Die Formulierung „den für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden“ schließt andere Möglichkeiten aus. In einer Reihe von Bundesländern wird von der bereits bestehenden Möglichkeit zum Abschluss solcher Verträge gemäß § 132 e SGB V bislang kein Gebrauch gemacht. Seit Anfang 2019 sind neu eingeführte Abrechnungsmöglichkeiten für Impfstoffe und Impfleistungen im Rahmen von Selektivverträgen, die eine individuelle Einschreibung von Nichtvertragsärzten (inklusive Kolleginnen und Kollegen im ÖGD) erfordern, möglich (vgl. Selektivverträge der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin). Diese Möglichkeit ist insbesondere in den Bundesländern in Betracht zu ziehen, in denen es keine Impfvereinbarungen mit den Krankenkassen gibt. Es sollten alle Möglichkeiten (jenseits einer Impfpflicht) zur Verbesserung der Impfsituation genutzt werden können.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

132 e Absatz 1 c)

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

Alternativvorschlag:

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

§ 291 a

In den Ländergesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst werden die Aufgabenbereiche und Behörden in den einzelnen Ländern beschrieben. Diese sind zum Teil sehr unterschiedlich und umfassen auch Spezialaufgaben, wie z.B. Landeslabore oder Landesverwaltungsämter. Die im Referentenentwurf gewählte Formulierung „in einer für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Behörde“ greift daher u.U. zu weit. Der besonderen Begründung ist zu entnehmen, dass es sich um Behörden handeln soll, die für den ÖGD zuständig sind und bei denen Amtsärzte tätig sind. Wir schlagen daher vor, diese im Sinne des Infektionsschutzgesetzes § 2 Satz 14 als Gesundheitsamt (die nach Landesrecht für die Durchführung dieses Gesetzes bestimmte und mit einem Amtsarzt besetzte Behörde) zu bezeichnen.

In den Gesundheitsämtern werden bundesweit Untersuchungen aus verschiedenen Anlässen nicht nur im Infektionsschutz durchgeführt. Um unnötige Doppelbelastungen und Untersuchungen von Patienten zu vermeiden sollte es auch Gesundheitsämtern möglich sein, nach Einwilligung des Patienten auch auf andere Befunde Zugriff zu haben soweit es zur Versorgung der Versicherten notwendig ist. Eine Begrenzung des Zugriffs der Gesundheitsämter auf die Daten des elektronischen Impfpasses ist daher nicht sinnvoll.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

§ 291 a Absatz 4 cc)

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

„cc) Gesundheitsamt“

bb) entfällt

§ 291 a 7 e

Die Einbeziehung der Gesundheitsämter in die Telematikinfrastruktur wird begrüßt. Die finanzielle, organisatorische und personelle Mehrbelastung für die Gesundheitsämter muss gelöst werden. Je nach Bundesland gibt es bereits bei der Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen schwer überschaubare Hürden (z. B. bei Beteiligungsverfahren).

Fazit

Der BVÖGD unterstützt das übergeordnete Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Elimination der Masern (und Röteln) in Deutschland und somit auch den Referentenentwurf als Vorstoß, dieses Ziel zu erreichen.

Vor dem Hintergrund der seit Jahren nicht erreichten erforderlichen Durchimpfungsraten und angesichts der aktuellen Masernausbrüche kann die Akzeptanz für eine Masernimpfpflicht in der Bevölkerung erhöht werden, wenn die Dauer der Impfpflicht bei Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung an die Erreichung der Maserneradikation und die Etablierung flankierender Maßnahmen geknüpft wird.

Flankierende Möglichkeiten zur Steigerung von Impfraten sind bisher nicht ausgeschöpft. Diese Möglichkeiten werden z. B. in der Verbesserung des Impfmanagements, der Einführung des elektronischen Impfausweises auf der Krankenversichertenkarte und der Einführung von Recall-Systemen in Arztpraxen, der Abrechenbarkeit von Impfleistungen unabhängig von der Fachrichtung und in der flächendeckenden Etablierung von subsidiären Angeboten von Impfberatung und Impfungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, nicht nur für Kinder und Jugendliche, gesehen.

Personal in Gemeinschaftseinrichtungen sowie in allen medizinischen Einrichtungen mit Patientenkontakten sollte grundsätzlich und verpflichtend geimpft sein.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst sieht sich als Dienstleister bei der Sicherstellung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung, als unmittelbarer Akteur in der Prävention und als fachlicher Berater der Bundes-, Landes- und kommunalen Politik. Um diese Aufgaben umfassend wahrzunehmen zu können, ist der Öffentliche Gesundheitsdienst so zu stärken, wie es in den Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenz bereits seit Jahren festgehalten wurde.