

HOCHSCHULE DÜSSELDORF  
- FACHBEREICH SOZIAL- UND KULTURWISSENSCHAFTEN -

**BACHELOR-THESIS ZUM THEMA:**

# **IMPFPLICHT IN DEUTSCHLAND: PRO UND CONTRA**

-

**EINE RECHTSWISSENSCHAFTLICHE ANALYSE**

**Erstprüferin:**

**Prof. Dr. Daniela Haarhuis**

**Zweitprüferin:**

**Prof. Dr. Susanne Hagen**

VORGELEGT VON:

KATHARINA WESSELKAMP

MATRIKELNUMMER: XXXXXXXXXX

SOZIALE ARBEIT / SOZIALPÄDAGOGIK

WiSe 2019/2020

DÜSSELDORF, 10.12.2019

## **Gender-Erklärung**

Aus Gründen des besseren Lese- und Gedankenflusses wird in der vorliegenden Bachelor-Arbeit die Sprachform des generischen Maskulinums verwendet. An dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll. Leser und Leserinnen werden daher um Nachsicht gebeten.

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

# Inhaltsverzeichnis

## Gender-Erklärung

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Rechtliche Grundlagen .....</b>	<b>3</b>
2.1. Das Infektionsschutzgesetz .....	3
2.2. Das Fünfte Sozialgesetzbuch .....	4
<b>3. Impfungen .....</b>	<b>4</b>
3.1. Bedeutung .....	4
3.2. Impfeempfehlungen .....	5
3.3. Impfreaktionen/Impfkomplikationen/Impfschäden .....	6
3.4. Impfentscheidungen .....	6
3.5. Erhebungsinstrumente für Impfquoten in Deutschland .....	9
<b>4. Masernerkrankung.....</b>	<b>10</b>
4.1. Symptome und Krankheitsbild .....	10
4.2. Impfeempfehlung.....	11
4.3. Elimination der Masern .....	12
4.3.1. Richtlinien der WHO.....	12
4.3.2. Bisherige Maßnahmen .....	13
4.4. Masernfälle in Deutschland .....	14
4.5. Impfquoten in Deutschland.....	17
4.5.1. Schuleingangsuntersuchungen.....	17
4.5.2. KiGGS-Studie.....	18
4.5.3. DEGS1-Studie .....	19
4.5.4. KV-Impfsurveillance .....	19
4.6. Impfreaktionen/Impfkomplikationen/Impfschäden .....	21
<b>5. Gesetzesentwurf für das Masernschutzgesetz.....</b>	<b>22</b>
5.1. Grundlagen.....	22
5.2. Erläuterungen zum Gesetzesentwurf für das Masernschutzgesetz .....	23
5.2.1. Änderungen des Infektionsschutzgesetzes .....	24
5.2.2. Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches .....	30
5.3. Rechtswissenschaftliche Analyse .....	31
5.3.1. Vergangene Rechtslage .....	31

5.3.2.	Gesetzgebungskompetenz .....	31
5.3.3.	Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit.....	32
5.3.4.	Grundrecht auf elterliche Sorge .....	39
5.3.5.	Glauben-, Gewissens- und Bekenntnisfreiheit .....	42
<b>6.</b>	<b>Pro und Contra einer Impfpflicht nach dem Masernschutzgesetz .....</b>	<b>44</b>
<b>7.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>51</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>54</b>

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

## 1. Einleitung

„Masernschutz ist Kinderschutz, und ein Masernschutzgesetz ist ein Kinderschutzgesetz“ (Spahn, 14.11.2019). Mit diesen Worten leitete der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn seine Rede zum Masernschutzgesetz im Bundestag am 14. November 2019 ein. Dieses soll laut des „Entwurfes eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.2019, nachf. MSG Gesetzesentwurf) am 1. März 2020 in Kraft treten und Kinder in Deutschland vor einer der ansteckendsten Infektionskrankheiten schützen – den Masern. Das Gesetz soll eine Steigerung der Impfquoten bewirken, indem Kinder, die in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut werden, die Impfung gegen Masern nachweisen müssen. Auch für Mitarbeiter von Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen besteht ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens eine Nachweispflicht. Ausnahmen bestehen für Menschen, die die Impfung nicht vertragen. Kann also eine medizinische Kontraindikation oder der Impfschutz nicht nachgewiesen werden, drohen Bußgelder in Höhe von bis zu 2500 Euro. Einrichtungen dürfen keine Kinder aufnehmen, die keinen Nachweis vorlegen können, außer es besteht eine gesetzliche Schulpflicht. Für das Personal besteht solange ein Tätigkeitsverbot, bis ein Nachweis vorgelegt wird. Auch gegen die Einrichtungen kann ein Bußgeld ergehen, wenn nicht geimpfte Kinder betreut werden oder nicht geimpfte Mitarbeiter weiterhin arbeiten dürfen (ebd., S. 11 f.).

Im MSG Gesetzesentwurf der Bundesregierung heißt es, dass es in den vergangenen Jahren immer wieder zu Masernausbrüchen kam. Das Ziel der Elimination der Masern wurde immer wieder verfehlt. Getroffene Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquoten haben nicht in ausreichendem Maße gegriffen. Gleichzeitig stehen gut verträgliche und hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung, die die Infektionskrankheit verhindern können. Um einen individuellen Schutz zu erreichen, aber auch insbesondere zum Schutz der Menschen, die sich aus verschiedenen Gründen nicht selbst durch eine Impfung schützen können, möchte die Bundesregierung eine bundesweite Impfpflicht einführen (ebd., S. 1).

Doch bereits als der Referentenentwurf zum Masernschutzgesetz am 3. Mai 2019 von Spahn eingebracht wird, löst dies viele unterschiedliche Reaktionen aus. Während sich die Vorsitzenden von SPD und CDU unterstützend an die Seite Spahns und dessen Entwurf stellen, sehen die Grünen eine Impfpflicht nicht als Lösung für niedrige Impfquoten an und auch die FDP äußert sich kritisch (Tagesschau, 2019, Abs. 6 ff.). Der Deutsche Ethikrat betrachtet die Impfpflicht zwar als moralische Verpflichtung, sieht jedoch keine Rechtfertigung für die Impfpflicht

nach dem Masernschutzgesetz (2019, S. 51 & 84). Auch rechtliche Bedenken werden geäußert. Der ehemalige Vorsitzende der Ständigen Impfkommission (STIKO) Jan Leidel befürwortet Impfungen. Er sieht die Voraussetzungen für einen Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit aber nicht erfüllt (Leidel, 2019, Abs. 1 ff.). Auch in andere Grundrechte wird eingegriffen, doch juristische Bewertungen und Gutachten kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen bei der Frage, ob das Masernschutzgesetz daher verfassungswidrig ist. Diese Frage soll in der vorliegenden Arbeit diskutiert und beantwortet werden.

Diese Arbeit wird die Einführung der Impfpflicht aus rechtswissenschaftlicher Perspektive analysieren. Daher wird zunächst ein Einblick in das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) gegeben, da in diesen Gesetzen, entsprechend des MSG Gesetzesentwurfs, Veränderungen vorgenommen werden sollen. Im dritten Kapitel wird zunächst auf das Thema Impfungen eingegangen, um die Bedeutung von Impfstoffen in Bezug auf den Schutz von Individuen und der Gesellschaft zu erläutern. Darüber hinaus beschäftigt sich das Kapitel mit den möglichen Folgen von Impfungen und Faktoren, die die Impfentscheidung beeinflussen. Aufgrund der direkten Relevanz werden im darauffolgenden Kapitel die Charakteristika der Masernerkrankung in Deutschland aufgenommen, welche in Krankheitsbild, epidemiologische Daten und Impfempfehlungen gegliedert sind. Es wird ein kurzer Überblick über bisher getroffene Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten und zur Elimination der Masern gegeben. Im nachfolgenden vierten Kapitel wird auf den Gesetzesentwurf für das Masernschutzgesetz eingegangen. Hierbei werden zunächst die Ziele sowie Veränderungen und Ergänzungen des IfSG und des SGB V genannt. Anschließend soll der Fragestellung nachgegangen werden, ob die Impfpflicht, die das Masernschutzgesetz vorsieht, verfassungsrechtlich zulässig ist. Hierzu soll beantwortet werden, ob ein Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, auf elterliche Sorge und/oder die Glaubens-, Gewissens- und Bekenntnisfreiheit vorliegt und ob diese verfassungsrechtlich gerechtfertigt sind. Der Frage nach den Vor- und Nachteilen einer Impfpflicht soll im fünften Kapitel nachgegangen werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Fokus hierbei auf der Fragestellung liegen, ob insbesondere die Impfpflicht für die Personengruppen, die vom Masernschutzgesetz betroffen sind, sinnvoll erscheint. Im selben Kapitel sollen mögliche alternative Maßnahmen aufgezeigt werden. Zum Abschluss werden im letzten Kapitel die Kernaspekte zusammengefasst.

## 2. Rechtliche Grundlagen

Um die rechtlichen Änderungen, die im MSG Gesetzesentwurf vorgesehen sind, nachvollziehen zu können, soll zunächst ein grober Einblick in den Zweck und die Inhalte des IfSG und des SGB V gegeben werden.

### 2.1. Das Infektionsschutzgesetz

„Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) trat am 01.01.2001 in Kraft und stellte das System der meldepflichtigen Krankheiten in Deutschland auf eine neue Basis“ (Robert Koch-Institut (RKI), 2017d, Abs. 1). Entsprechend § 1 IfSG besteht der Zweck des Gesetzes darin, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Hierzu ist eine Zusammenarbeit der Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der dazu im Gesetz berufenen Ärzte und Einrichtungen notwendig. Das Handeln der Beteiligten soll hierbei stets unter Berücksichtigung des aktuellen Stands von Wissenschaft und Technik erfolgen (§ 2 IfSG). Einen weiteren zentralen Punkt bildet nach § 3 IfSG die Prävention durch Aufklärung. Diese schließt mit ein, „dass die zuständigen Stellen gezielte und wirksame Präventionsstrategien entwickeln und diese regelmäßig auf Effizienz und Effektivität überprüfen“ (Häberle, 2019, § 3 Rn. 1).

Mit der Einführung des Gesetzes wurden Regelungen zu den Meldepflichten bei Krankheiten erstellt. Es wird definiert, welche „Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind“ (RKI, 2017d, Abs. 1). Des Weiteren wird festgelegt, wer meldepflichtig ist, welche Angaben gemacht werden müssen und wie die Meldewege abzulaufen haben. Entsprechend dieser Falldefinitionen werden die Meldungen vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort aus an das RKI übermittelt. Das RKI ist gemäß § 2 Abs. 1 des Gesetzes über Nachfolgeeinrichtung des Bundesgesundheitsamtes ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten, zu dessen Aufgaben unter anderem die Überwachung und Prävention von Infektionskrankheiten zählt (RKI, 2018c, Abs. 1). Bei einer über das übliche Maß hinausgehenden Impfreaktion wird dies auch gemäß § 11 Abs. 4 IfSG vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort aus an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) weitergegeben.

Ebenfalls vom MSG Gesetzesentwurf betroffen wäre die seit dem 01.05.2016 geltende IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung (IfSGMeldAnpV), welche wegfallen würde. Durch die

IfSGMeldAnpV wurden neue Meldepflichten für Ärzte und Labore eingeführt, um sich an die epidemiologische Situation anzupassen. Da in dieser jedoch kein Bezug auf die Masernerkrankung genommen wird, wird die Verordnung nicht näher erläutert.

## **2.2. Das Fünfte Sozialgesetzbuch**

Am 01.01.1989 trat das SGB V in Kraft. Darin sind in zwölf Kapiteln die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geregelt. Die §§ 1 bis 4 SGB V sollen nun kurz vorgestellt werden, da sie „die Grundsätze der Eigenverantwortung und Solidarität, der Subsidiarität, der Selbstverwaltung und der Gliederung der GKV“ (Peters, 2019, § 1 Rn. 3) enthalten. Die Krankenversicherung wird als Solidargemeinschaft definiert, deren drei Ziele es sind die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern (§ 1 S. 1 SGB V). Der Versicherte ist hierbei, mit den in § 1 S. 4 SGB V genannten Unterstützungen der GKV, auch im Rahmen seiner Möglichkeiten mitverantwortlich für die Erhaltung seiner Gesundheit (Peters, 2019, § 1 Rn. 4). In § 2 werden die Grundzüge zu den von der GKV zu erbringenden Leistungen statuiert. Nachträglich hinzugefügt wurden sowohl § 2a, welcher die besonderen Belange chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderung berücksichtigt, als auch § 2b, der vorsieht, dass bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist. Die solidarische Finanzierung, welche sich durch die Beiträge, die sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglied und der Arbeitgeber richten, wird in § 3 SGB V beschrieben. Ausgenommen sind versicherte Familienangehörige (§ 3 S. 3 SGB V). Abschließend werden in § 4 SGB V die Grundzüge der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt, die die bereits genannten Grundsätze der Selbstverwaltung und der Gliederung der GKV aufgreifen.

## **3. Impfungen**

Impfungen stellen ein komplexes Thema dar, da sie bei der Prävention von Infektionskrankheiten von zentraler Bedeutung sind, jedoch auch zu Nebenwirkungen führen können. Nachdem diese beiden Aspekte beleuchtet wurden, wird dargestellt, welche Faktoren zu einer Impfscheidung beitragen können und welche Instrumente zur Erhebung von Impfquoten in Deutschland zur Verfügung stehen.

### **3.1. Bedeutung**

„Impfungen als Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten gehören zu den bedeutendsten Errungenschaften der modernen Medizin“ (Berner & Zepp, 2013, S. 1134). Diese



Aussage lässt sich dadurch begründen, dass die durch eine Impfung verabreichten Impfstoffe eine aktive Immunisierung gegenüber dem jeweiligen Krankheitserreger bewirken (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (WD), 2016a, S. 3 f.). Auf diese Weise können schwere, in einigen Fällen auch tödliche gesundheitliche Schäden und Komplikationen beim Menschen verhindert werden, die durch eine Infektionskrankheit verursacht werden können (ebd.). Unter anderem tragen Impfungen so zu einer sinkenden Zahl an bestehenden Erkrankungen sowie Neuerkrankungen und Todesfällen auf Grund bestimmter Infektionskrankheiten bei (Heininger, 2004, S. 1129). Dies hat jedoch auch zur Folge, dass Infektionskrankheiten, welche bis zur Zeit der Impferfolge im 20. Jahrhundert (Berner & Zepp, 2013, S. 1134) in der Bevölkerung gegenwärtig waren, verharmlost werden und somit auch die Notwendigkeit von Schutzimpfungen unterschätzt wird (Heininger, 2004, S. 1129).

Eine Impfung trägt nicht nur zum eigenen Individualschutz vor Infektionskrankheiten bei, sondern kann bei ausreichend vorliegender Immunität der Bevölkerung auch Personen schützen, die keine Schutzimpfung in Anspruch nehmen können. z.B. aufgrund einer Kontraindikation. „Die Impfung ist kontraindiziert bei Personen mit bestimmten Formen einer Immunschwäche, bei Bestehen einer Allergie gegenüber einem der Inhaltsstoffe der Impfung und während der Schwangerschaft“ (BMG, 2015, S. 11). Außerdem müssen Säuglinge geschützt werden, die noch nicht das für die Impfung benötigte Alter erreicht haben. Um diese sogenannte Herdenimmunität zu erreichen muss eine Durchimpfungsrate von 95% erreicht werden (BMG, 2015, S. 11).

### **3.2. Impfeempfehlungen**

Nach § 20 Abs. 2 S. 3 IfSG ist es Aufgabe der STIKO, die vom BMG beim RKI eingesetzt wurde, Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen in den jeweiligen Altersgruppen auszusprechen.

Hinzu kommen Impfeempfehlungen, die durch die oberste Landesgesundheitsbehörde der Bundesländer ausgesprochen werden, wobei dies unter Berücksichtigung der Empfehlungen der STIKO geschieht (§ 20 Abs. 3 IfSG). Die einzige Ausnahme bildet hierbei das Bundesland Sachsen, welches bereits 1991 die sächsische Impfkommision ins Leben rief. Diese spricht seither, ebenfalls auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen sowie der epidemiologischen Lage in Sachsen, Impfeempfehlungen aus (WD, 2018, S. 6).

### **3.3. Impfreaktionen/Impfkomplikationen/Impfschäden**

Die heutzutage verwendeten Impfstoffe sind für den Großteil der Bevölkerung gut verträglich und lösen nur in seltenen Fällen Nebenwirkungen aus (RKI, 2019f, Abs. 1). Nach einer Impfung kann es dennoch zu „kurzzeitig andauernde[n] Lokal- und Allgemeinreaktionen als Ausdruck der normalen Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff“ (Weißer, Barth & Keller-Stanislawski, 2009, S. 1) kommen. Unter anderem zählen hierzu: „Rötung, Schwellung, Schmerz an der Injektionsstelle“, „Krankheitsgefühl, Temperaturerhöhung  $<38,5^{\circ}\text{C}$ “ (Dittmann, 2002, S. 217). Diese Beschwerden werden unter dem Begriff „Impfreaktionen“ zusammengefasst. Treten über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigungen auf, wird von „Impfkomplikationen“ gesprochen. Im Falle einer solchen Impfkomplikation ist zunächst der Arzt gegenüber dem Gesundheitsamt meldepflichtig (§ 6 Abs. 1 IfSG). Anschließend muss das Gesundheitsamt unverzüglich alle notwendigen Angaben pseudonymisiert an die zuständige Landesbehörde übermitteln, welche diese wiederum an das Paul-Ehrlich-Institut weiterleitet (§ 11 Abs. 4 IfSG).

Ein Impfschaden ist nach § 2 Nr. 11 IfSG die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung durch die Schutzimpfung; ein Impfschaden liegt auch dann vor, wenn mit vermehrungsfähigen Erregern geimpft wurde und eine andere als die geimpfte Person geschädigt wurde. Bei welchen gesundheitlichen Schädigungen es sich um Impfschäden handelt, definiert der Gesetzgeber nicht. Stattdessen wird im Einzelfall vom Versorgungsamt des jeweiligen Bundeslandes entschieden, ob der Schaden als Folge der Impfung aufgetreten ist und somit ein Impfschaden nach § 2 Nr. 11 IfSG vorliegt (RKI, 2017e, Abs. 3).

### **3.4. Impfentscheidungen**

Es soll nun ein Einblick gegeben werden, wie sich Impfentscheidungen erklären lassen, um nachvollziehen zu können, wodurch sich Impfzögern begründen lassen können. Hierzu wird das „5C-Modell“ herangezogen. Es „beschreibt als wesentliche psychologische Gründe der Impfentscheidung die folgenden Aspekte: Confidence (Vertrauen), Complacency (Risikowahrnehmung), Constraints (Barrieren in der Ausführung), Calculation (Ausmaß der Informationssuche) und Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft)“ (Betsch et al., 2019, S. 400).

Wie hoch das Vertrauen in die Sicherheit und Wirksamkeit von Impfungen sowie öffentlichen Impfempfehlungen ist, beschreibt der Faktor Confidence. Complacency, also die

Risikowahrnehmung, „beschreibt das individuell wahrgenommene Krankheitsrisiko, d.h. inwieweit man sich verwundbar fühlt und Impfungen als notwendig ansieht“ (ebd., S. 401). Individuell wahrgenommene Zugangsbarrieren und die Relevanz diese zu bewältigen, um Impfungen wahrzunehmen, werden mit dem Faktor Constraints beschrieben. Calculation beschreibt das individuelle Ausmaß der Informationssuche. Wie hoch die Bereitschaft ist, sich nicht nur für den individuellen, sondern auch den gemeinschaftlichen Schutz impfen zu lassen, drückt der Collective Responsibility Wert aus (ebd.).

In der bevölkerungsrepräsentativen Infektionsschutz Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden 2016 Gründe für Impfscheidungen von Erwachsenen sowie speziell von Eltern erhoben. Hierzu wurde das 5C-Modell genutzt. 77 % der Erwachsenen stehen dem Impfen generell eher befürwortend gegenüber (Horstkötter et al., 2017, S. 31). Bei Erwachsenen mit Kindern im Alter von 0 bis 13 Jahren standen sogar 85% der Befragten dem Impfen „(eher) befürwortend“ gegenüber. Nur 2% der Eltern haben eine „(eher) ablehnende“ Haltung zum Thema Impfen. Für „(besonders) wichtig“ erachten 99% der befragten Eltern einen Impfschutz ihres Kindes gegenüber ansteckenden Krankheiten. Bezogen auf die Masernimpfung schätzen 95% der Eltern diese als notwendig und 91% als „(besonders) wichtig“ für ihre Kinder ein (ebd., S. 129 ff. & S. 172). Hohe Complacency Werte, die auf eine fehlende Risikowahrnehmung schließen lassen, weisen also nur wenige Eltern auf. Dies bestätigt auch die Zahl der Eltern, die angaben, dass sie eine Erkrankung ihres Kindes an Masern für „(sehr) gefährlich“ halten. Diese lag bei 76% (ebd., S. 138.). Bei den Erwachsenen, die hinsichtlich der Wichtigkeit des eigenen Impfschutzes gegenüber Masern befragt wurden, lag die Zahl niedriger. Hierbei schätzten 77% den Impfschutz für Erwachsene gegen Masern als „(besonders) wichtig“ ein, wobei die Zahl der Erwachsenen mit Kindern signifikant höher lag (ebd., S. 39 & 48).

In Bezug auf den Faktor Constraints ergaben sich unterschiedliche Werte für unterschiedliche Barrieren. So gaben über die Hälfte der Eltern an, dass das Kind „zum Impftermin einen Infekt hatte oder es ihm nicht so gut ging (56%)“ (ebd., S. 149). Aufgrund einer abratenden Haltung des Arztes haben 19% der Eltern ihre Kinder nicht impfen lassen. Das „sie im Alltagstrubel nicht mehr an anstehende Impfungen gedacht haben, gaben neun Prozent der befragten Eltern an“ (ebd.). Als weitere Gründe wurden die Angst der körperlichen Belastung des Kindes (15%), Angst vor Nebenwirkungen oder Impfschäden (10%) oder keine Notwendigkeit der Impfung (13%) genannt (ebd.). Letztere Gründe können ebenfalls hohe Confidence Werte, also Zweifel an der Sicherheit und Wirksamkeit von Impfungen und den öffentlichen Empfehlungen,

schlussfolgern lassen. Dies bestätigt auch, dass diese Gründe eher von Eltern genannt wurden, die insgesamt eine „(eher) ablehnende“ Haltung gegenüber dem Impfen haben (ebd., S. 152). Bei der allgemeinen Befragung der Erwachsenen ergaben sich folgende Werte „Etwa ein Drittel der Befragten vertraut den staatlichen Behörden und der Sicherheit von Impfstoffen: 37 Prozent stimmen voll der Aussage zu, darauf zu vertrauen, dass staatliche Behörden immer im besten Interesse für die Allgemeinheit entscheiden. 33 Prozent haben vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen“ (ebd., S. 33). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass etwa zwei Drittel der befragten Erwachsenen niedrige bis mittlere Confidence-Werte aufweisen. Auf die Frage, wie oft bleibende gesundheitliche Schäden auftreten, gaben 4 % an, dass dies sehr oft oder oft vorkommt (ebd., S. 155).

Die Frage, ob der Status der Impfungen entsprechend der öffentlichen Empfehlungen regelmäßig überprüft wird, bejahten 95% der Eltern (ebd., S. 163). Die Impferinnerung beim persönlichen Arztbesuch erfolgt laut Angaben der Eltern bei 86%. Ein persönlicher Impfkalender wurde 64% der Eltern ausgehändigt. 70% der Eltern wurden durch Poster, Faltblätter oder Broschüren in der Praxis an Impfungen erinnert. Eine Erinnerung der Arztpraxis an bevorstehende Impftermine per Post, E-Mail, Telefon oder SMS erhielten nur 23% der Eltern. Doch gerade diese letzte, am wenigsten verbreitete Möglichkeit wird von 74% der Eltern, vor allem denen mit einer „(eher) befürwortenden“ Haltung zum Impfen, als sinnvoll erachtet (ebd., S. 165 ff.).

31% der Eltern geben an, sich sehr gut über Impfungen informiert zu fühlen. Über die Hälfte (55%) fühlen sich eher gut informiert. 13 Prozent fühlen sich dagegen eher schlecht informiert und lediglich 1 Prozent fühlt sich gar nicht informiert. Fast alle Eltern bevorzugen als Informationsquelle ein persönliches Gespräch mit einem Arzt (99%) oder einer medizinischen Fachkraft (88%) sowie Informationen über Informationsbroschüren oder Faltblätter (73%). Weitere Quellen können Seiten im Internet oder Gespräche mit anderen Eltern sein. Hier gab jedoch nur etwa die Hälfte der Befragten an, dies zur Informationserlangung zu nutzen. Unterschiede zwischen den Eltern, die eine „(eher) ablehnende“ Haltung oder eine „(eher) befürwortende“ Haltung zum Impfen haben sind nicht signifikant (ebd., S. 174 ff.). Die Ergebnisse geben jedoch nur an, welche Informationsquellen bevorzugt werden und nicht, welche aktiv genutzt und aufgesucht werden und geben daher auch keine Auskunft über Calculation Werte.

Hinsichtlich der Collective Responsibility wurden die Erwachsenen gefragt, ob sie schon einmal davon gehört haben, dass durch das Impfen ein individueller, aber auch gemeinschaftlicher Schutz entsteht. 71 Prozent gaben an, schon einmal davon gehört zu haben, wobei der Anteil

der Eltern 0- bis 13-jähriger Kinder signifikant höher lag. Der Aussage, dass sie sich selbst impfen lassen, um auch andere Personen zu schützen stimmten 36% voll und 16% eher zu (ebd., S. 64 ff.). Somit ist davon auszugehen, dass bei der Hälfte der Befragten die Collective Responsibility ausgeprägt ist. Auffällig ist, dass 42% der Impfbefürworter und lediglich 10% der Impfskeptiker dieser Aussage zustimmen (ebd.). Dieser signifikante Unterschied lässt auf eine ausgeprägtere Collective Responsibility bei Impfbefürwortern schließen. Gleiches gilt für Eltern mit 0- bis 13-jährigen Kindern im Vergleich zu kinderlosen Erwachsenen.

### **3.5. Erhebungsinstrumente für Impfquoten in Deutschland**

Die Impfdaten in Deutschland werden durch verschiedene Erhebungsinstrumente erfasst und ausgewertet. Das einzige gesetzlich festgelegte Erhebungsinstrument stellen dabei die bundesweiten Schuleingangsuntersuchungen dar: Gemäß § 34 Abs.11 IfSG wird seit 2001 bei Schuleintritt des Kindes in die erste Klasse, der Impfstatus durch das Gesundheitsamt oder den von ihm beauftragten Arzt erhoben. Im Anschluss werden die Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde an das RKI übermittelt, welches diese dann insgesamt erfasst und auswertet. In dem wöchentlich erscheinenden Epidemiologischen Bulletin des RKI werden die Ergebnisse der Untersuchungen jährlich publiziert (RKI, 2018a, S. 1).

Als weiteres Instrument kann die seit 2004 bestehende Kassenärztliche Vereinigung (KV)-Impfsurveillance genannt werden, welche vom RKI in Zusammenarbeit mit 17 KVen, gefördert vom BMG, durchgeführt wird (RKI, 2018b, S. 151). Hierbei werden „Impfdaten (...) zu Kindern ab dem Geburtsjahrgang 2004“ (RKI, 2019a, S. 147) erfasst, indem „anonymisierte, ambulante Abrechnungsdaten der gesetzlich Krankenversicherten (ca. 85% der Bevölkerung in Deutschland) zeitnah ausgewertet werden“ (RKI, 2018a, S. 2). Dies stellt eine wichtige Quelle als Ergänzung zu den Schuleingangsuntersuchungen dar, da so auch Impfdaten zum Rest der Bevölkerung bzw. von bestimmten Zielgruppen erhoben und ausgewertet werden können. Aus diesen können dann „Trends, regionale Unterschiede und soziodemografische Besonderheiten beim Impfschutz“ (ebd., S. 1) schlussgefolgert und Impflücken erkannt werden. Somit können auch Impfprogramme und entsprechende Kampagnen zielgruppenspezifisch angepasst werden.

Auch aus der vom RKI organisierten und durchgeführten Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) lassen sich Daten zum Impfstatus von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren entnehmen. Die Studie erfolgt in verschiedenen Wellen von jeweils drei Jahren. Während der Basiserhebung und jeder Welle finden Befragungen statt, Untersuchungen wurden dagegen bislang nur bei der Basiserhebung und der

zweiten Welle durchgeführt. Die Basiserhebung fand von 2003 bis 2006 statt, die erste Welle von 2009-2012 und die zweite Welle von 2014-2017 (RKI, 2019i, Abs. 1 ff.). Entsprechend dieser Studie ist auch die ebenfalls vom RKI durchgeführte Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des RKI. Diese bietet ebenfalls, unter anderem, „bundesweit repräsentative Daten (...) zur gesundheitlichen Situation der in Deutschland lebenden Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren“ (RKI, 2019h, Abs. 1). Die letzte Studie fand in Form von Befragungen und Untersuchungen vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2011 unter dem Namen „DEGS1“ statt (ebd.).

## **4. Masernerkrankung**

Im Folgenden soll das Krankheitsbild der Masern beschrieben werden, um die Gefährlichkeit der Erkrankung zu verdeutlichen. Daraus ergibt sich auch, weshalb die Elimination der Masern ein seit Jahren verfolgtes Ziel ist. Auch darauf soll im folgenden Kapitel eingegangen werden. Ein Bezug zum Thema Impfen wird hergestellt, indem zunächst die Impfempfehlungen genannt und anschließend die Impfquoten für die Masernimpfung in Deutschland beschrieben werden.

### **4.1. Symptome und Krankheitsbild**

„Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen“ (BMG, 2015, S. 8). Eine Ansteckung mit dem Masernvirus kann nur von Mensch zu Mensch und über Tröpfchen erfolgen. Die Kontagiösität, also Übertragungsfähigkeit des Erregers, ist sehr hoch. Die Wahrscheinlichkeit der apparenten Erkrankung nach der Infektion mit dem Erreger ist mit über 95% ebenfalls als sehr hoch einzustufen (Heininger, 2004, S. 1132).

Erste Symptome, wie Fieber, eine Entzündung der Nasenschleimhaut und/oder Rachenschleimhäute sowie unproduktiver Husten, zeigen zwar den Beginn einer Krankheit an, weisen jedoch nicht eindeutig auf eine Masernerkrankung hin (ebd.). Steigt das Fieber stark an und wird begleitet von einer „Bindehautentzündung, Husten und wässrigem Schnupfen (Katarrh), kalkspritzerartigen weißen Flecken auf der Wangenschleimhaut (Koplik'sche Flecken), einem um den 4. Tag erscheinenden intensiv roten makulopapulösen Hautausschlag“ (BMG, 2015, S. 10), welcher charakteristisch für das Krankheitsbild ist, besteht ein eindeutiger Verdacht. Wenn dieser besteht, findet eine labordiagnostische Untersuchung statt, um eine sichere Diagnose stellen zu können (ebd.).

In Folge einer Masernerkrankung kann es zu zahlreichen Komplikationen kommen. Diese treten auch in den westlichen Industrienationen bei 10 bis 20% der Menschen auf, die an den

Masern erkranken (BMG, 2015, S.10). Besonders häufig kommt es zu Entzündungen. Diese können das Mittelohr sowie die Lungen betreffen, sich in Form von Durchfällen manifestieren oder auch in Form einer Enzephalitis, also einer Gehirnentzündung auftreten. Insbesondere die Enzephalitis, welche bei ca. 0,1% der Erkrankten auftritt, stellt durch eine Letalität von 10% bis 20% und einem 30%igen Risiko dauerhafte Schäden zu behalten, eine gefährliche Komplikation einer Masernerkrankung dar (BMG, 2015, S.10; Heininger, 2004, S.1132; RKI, 2014b, Abs. 16). Eine „subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist eine schwere und stets tödlich verlaufende Gehirnerkrankung, die als Spätfolge einer Maserninfektion im frühen Lebensalter auftreten kann“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S.26). Die Häufigkeit liegt bei 4 bis 11 Fällen pro 100.000 Masernerkrankungen. Das Risiko der Folgeerkrankung ist bei Kindern unter 5 Jahren im Vergleich zu Älteren höher (RKI, 2014b, Abs. 17). „Die Letalität der Masern liegt in Industrienationen etwa bei 0,01% bis 0,1%“ (BMG, 2015, S.10). Bislang existiert keine kausale Therapiemöglichkeit gegen die Erkrankung (ebd.).

#### **4.2. Impfeempfehlung**

Um eine Masernerkrankung zu verhindern, steht als primärpräventive Maßnahme die Schutzimpfung zur Verfügung, welche bei Vorliegen einer Grundimmunisierung und einer Auffrischimpfung laut des RKIs einen lebenslangen Schutz bietet (RKI, 2010b, S. 319 f.). Der Impfstoff, welcher meist in Kombination mit denen gegen Mumps und Röteln verabreicht wird (MMR-Impfung), wird das erste Mal im Alter von 11 bis 14 Monaten verabreicht. „Die zweite Masernimpfung kann 4 Wochen nach der ersten Masernimpfung erfolgen und soll im Alter von 15 bis 23 Monaten verabreicht werden“ (RKI, 2014b, Abs. 33.). Diese Impffolge entspricht sowohl den Empfehlungen der STIKO als auch der Länder. Lediglich die Sächsische Impfkommision empfahl bis zum Jahr 2016 die zweite Masernimpfung erst ab Ende des fünften, seit 2017 des vierten Lebensjahres zu verabreichen (RKI, 2019a, S. 150). Säuglinge, die in eine Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen oder diese besuchen sollen, stellen eine Risikogruppe dar. Daher sollte laut Empfehlung der STIKO die erste Impfung als Indikationsimpfung bereits im Alter zwischen 9 bis 10 Monaten verabreicht werden. Die zweite Impfung sollte dann bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres erfolgen (RKI, 2019b, S. 321). Nach dem Verabreichen beider Impfstoffdosen kann von einer Effektivität von 92 bis 99% ausgegangen werden. Somit bietet die Impfung den größtmöglichen und einzigen primärpräventiven Schutz (RKI, 2014b, Abs. 29 f.). Erwachsene, die nach 1970 geboren sind und dessen Impfstatus unklar ist, die nur eine Impfung in der Kindheit oder keine Impfung erhalten haben, sollen eine einmalige Impfung gegen Masern erhalten (ebd., Abs. 34).

Für Personen, die vor 1970 geboren wurden, sieht die STIKO keine Impfung vor, da diese mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits an Masern erkrankt waren (RKI, 2017b, Abs. 3).

### **4.3. Elimination der Masern**

Im MSG Gesetzesentwurf wird als mittelfristiges Ziel die Elimination der Masern in Deutschland und auf der ganzen Welt, wie es die Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organization (WHO)) vorsieht, genannt. Es wird daher im Folgenden definiert, ab wann die Masern als eliminiert gelten und welche Maßnahmen bisher in Deutschland zum Erreichen dieses Ziels unternommen wurden.

#### **4.3.1. Richtlinien der WHO**

Laut der WHO gelten die Masern als eliminiert, sobald die endemische Maserntransmission in einem geographischen Bereich länger als 12 Monate unterbrochen wurde und ein qualitativ hohes Surveillance System besteht. Wird dieser Status mindestens 36 Monate aufrechterhalten, wird die Elimination der Masern von der WHO verifiziert (WHO, 2013a, S. 91). Eine endemische Transmission der Masern liegt vor, sobald in einem bestimmten geographischen Raum eine kontinuierliche Transmission der Masernviren über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten stattfindet (ebd.). „Als Indikator für einen Fortschritt hinsichtlich der Erreichung der Elimination gilt eine Masern- oder Rötelninzidenz von unter 1 Fall pro 1.000.000 Einwohner“ (RKI, 2019c, Abs. 1).

In der zwölften Resolution des Regionalkomitees für Europa der WHO vom 16. September 2010 fordert dieses alle Mitgliedsstaaten auf, „ihr politisches Engagement und die erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu prüfen und zu erhöhen, damit Maßnahmen zur Erreichung des Ziels einer Eliminierung von Masern (...) beschleunigt werden können“ (S.3 ). Zudem wird die Einrichtung eines nationalen Verifizierungskomitees gefordert. Dieses soll den Eliminationsprozess der Masern und Röteln überwachen und dokumentieren und die Ergebnisse in Berichtsform einer regionalen Verifizierungskommission zukommen lassen (EUR/RC60/R12, 2010, S. 4). Dieser Aufforderung ist Deutschland 2012 mit der Berufung der „Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln“ (The National Verification Committee (NVC)) durch das BMG nachgekommen (RKI, 2019g, Abs. 1). Im „Global Vaccine Action Plan 2011-2020“ wird als Ziel die Elimination der Masern in mindestens vier WHO Regionen bis 2015 und in mindestens fünf WHO Regionen bis 2020 definiert (WHO, 2013b, S. 90). In dem „European Vaccine Action Plan 2015-2020“, welchen alle 53 Mitgliedsstaaten der



europäischen Region, darunter auch Deutschland, der WHO annahmen, wird erneut die Wichtigkeit der Elimination der Masern betont und diese als oberstes Ziel gesetzt (WHO, 2014, S. 23). Bis zum Ende des Jahres 2018 konnte laut der „Regionalen Verifizierungskommission für Masern und Röteln“, die jedoch auf die eingereichten Berichte der Länder verwies, für 35 Mitgliedstaaten die Elimination festgestellt werden. Zwei weitere konnten die Unterbrechung der endemischen Maserntransmission nachweisen (WHO, 2019, S. 4). Deutschland verlor diesen Status bereits im Jahr 2017 (ebd., S. 9).

#### **4.3.2. Bisherige Maßnahmen**

Ziele zur Erreichung der Masern-Elimination wurden bereits 1999 im vom Bund und Ländern publizierten „Interventionsprogramm Masern, Mumps, Röteln“ definiert. Um das Impfwesen weiter zu fördern wurde 2012, in demselben Jahr indem die Nationale Verifizierungskommission berufen wurde, der Nationale Impfplan in Deutschland beschlossen. Hieran sind ebenfalls sowohl Bund und Länder als auch die zuständigen Fachbehörden auf Bundesebene und andere zuständige Fachgremien beteiligt. Aktuell ist der vom BMG 2015 veröffentlichte „Nationale Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“. In diesem werden messbare Ziele, die zu einer Elimination führen sollen, sowie Maßnahmen und die beteiligten Akteure zum Erreichen der Ziele definiert (RKI, 2019c, Abs. 2 ff.). Die „Information und Impferinnerung von Erziehungsberechtigten betreffend MMR-Impfungen“ (BMG, 2015, S. 30) stellt eine Maßnahme dar, um die Impfquote bei Kindern im Alter von maximal 15 Monaten für die erste MMR-Impfung und die Impfquote bei Kindern in den Schuleingangsuntersuchungen für die 2-Dosen-MMR-Impfung auf 95% zu steigern. Aus den Impfquoten lässt sich entnehmen, dass die erste Impfung oftmals erst verspätet und nicht zu dem von der STIKO empfohlenen Zeitpunkt verabreicht wird. Deshalb spielt auch die Information der Bevölkerung über Impfungen und die entsprechenden Zeitpunkte eine wichtige Rolle und soll als Maßnahme weiter ausgebaut werden. Gleiches gilt für Ärzte und die am Impfwesen beteiligten Akteure. „Die Förderung der Aufmerksamkeit unter Ärztinnen und Ärzten und weiteren Multiplikatoren bezüglich des Schließens von Impflücken und Nachholimpfungen“ (ebd., S. 30) sowie das zeitgerechten Impfen wird als Maßnahme genannt. Damit soll zum einen die 95%-Impfquote bei den Schuleingangsuntersuchungen und bei Kindern im Alter von maximal 15 Monaten, sowie die Herdenimmunität in der gesamten Bevölkerung erreicht werden. Auch der ÖGD stellt einen Akteur bei dem Erreichen und der Aufrechterhaltung der 95%-Impfquote bei den Schuleingangsuntersuchungen dar. Laut § 20 Abs. IfSG können die obersten Landesgesundheitsbehörden bestimmen, dass die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen durchführen. Dies

ist eine der im Aktionsplan vorgesehenen Aktionen für den ÖGD, um Impflücken zu prüfen und zu schließen (ebd., S. 30 ff.). Um die Herdenimmunität in der gesamten Bevölkerung zu erreichen, wird genauer auf bestimmte Zielgruppen eingegangen. Laut des Aktionsplans zählen zu den „Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf [:]

- Kinder im Alter von 11 bis 24 Monaten, insbesondere vor Eintritt in die Kita
- 10- bis 17-jährige Jugendliche
- Nach 1970 geborene Erwachsene
- Beschäftigte im Gesundheitswesen
- Bevölkerungsgruppen mit einer potenziellen Unterversorgung bzw. die im Ausland geboren wurden (z.B. Roma, Flüchtlinge, Asylsuchende)
- Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlich motivierten Impfvorbehalten“ (ebd., S. 7)

Für eben diese Gruppen soll der Zugang zu Impfungen vereinfacht werden, um hohe Impfquoten zu erreichen. Zudem soll für diese sowie für „Frauen im gebärfähigen Alter und/oder werdende Eltern“ (ebd., S.34), sollen die bereits bestehenden zielgruppenspezifischen Kampagnen weiter ausgebaut werden, um Kinder im Alter von 11 bis 24 Monaten zu erreichen.

#### **4.4. Masernfälle in Deutschland**

Die Masern gehören nach § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1a IfSG zu den meldepflichtigen Krankheiten. Das heißt, dass es eine namentliche Meldung bei dem Verdacht auf eine Erkrankung, einer Erkrankung sowie dem Tod erfolgen muss. Die in § 8 Abs. 1 Nr. 1, 3 bis 8 IfSG genannten meldepflichtigen Personen müssen die in § 9 Abs. 1, 2 IfSG genannten Angaben in der namentlichen Meldung mitteilen. Die Meldung muss dem Gesundheitsamt entsprechend § 9 Abs. 3 S. 1, spätestens 24 Stunden nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, vorliegen. Daraufhin werden die Daten entsprechend der Falldefinitionen des RKI (§ 11 Abs. 2 IfSG) bewertet und vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort aus an das RKI übermittelt (§ 11 Abs. 1 IfSG). Daher wird zur Analyse der Masernfälle in Deutschland auf die Werte des RKI zurückgegriffen.

Insgesamt zeigen sich für die letzten zehn Jahre stark schwankende Fallzahlen, wie sich aus Abbildung 1 entnehmen lässt. Dadurch ergeben sich auch Schwankungen für die Inzidenz pro eine Millionen Einwohner in Deutschland. Vom Jahr 2009, in dem 572 Masernfälle gemeldet wurden, bis zum Jahr 2011 verdreifachte sich die Zahl der Fälle (1608). Die Inzidenz pro 1 Mio. Einwohner lag zu diesem Zeitpunkt bei 19,7. 2012 sank die Zahl der Masernfälle auf 165

Fälle und die Inzidenz lag bei 2. Im darauffolgenden Jahr stieg die Fallzahl wieder signifikant an (siehe Abbildung 1). Während 2014 die Fallzahl sank, gab es im Jahr 2015 2465 Masernfälle, was die Höchstzahl seit 2002 (2656 Fälle) darstellt. Auch in den darauffolgenden Jahren ergaben sich ähnliche Tendenzen. 2016 wurden 325 Masernfälle in Deutschland gemeldet, im Jahr darauf fast dreimal so viele (929) und 2018 sank die Zahl der Fälle zwar wieder, jedoch nicht so signifikant wie in den Vorjahren (RKI, 2019d, Tab. 1). Für das Jahr 2019 wurden bislang 503 Masernfälle gemeldet (SurvStat@RKI 2.0, Abfragedatum: 08.12.2019). Somit lässt sich innerhalb der letzten Jahre keine klare Tendenz erkennen. Es kommt jedes Jahr erneut zu Schwankungen der Fallzahlen, wobei diese seit 2016 nicht mehr so signifikant auftreten, wie in den Jahren 2010 bis 2015 (siehe Abbildung 1).

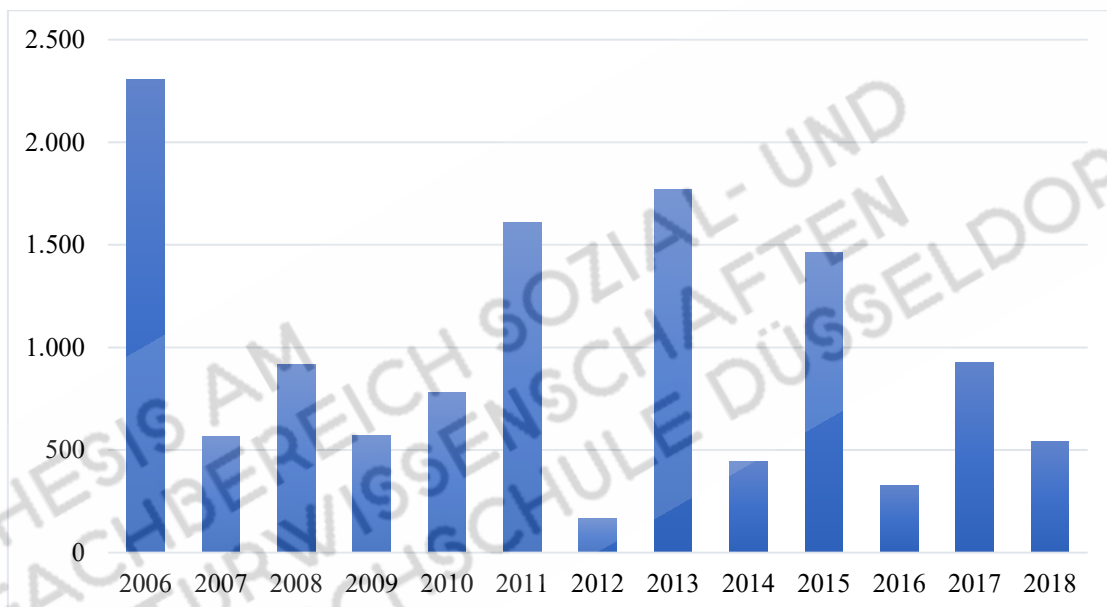


Abbildung 1: Übermittelte Masernfälle pro Jahr seit 2006 bis 2018 in Deutschland. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an RKI, 2019d, Abb. 1.

2018 wurden in Deutschland 543 Fälle einer Masernerkrankung, davon 44% hospitalisierte Fälle und 0% verstorbene Fälle, an das RKI übermittelt (RKI, 2019e, S.40). Davon werden 66 Fälle als importiert klassifiziert. Daraus ergibt sich eine Inzidenz von 5,8 pro 1 Mio. Einwohner, die im Jahr 2017 noch bei 10,5 pro 1 Mio. Einwohner lag (NVC, 2019, S.3).

Die folgenden Daten wurden individuell erstellten Abfragen beim SurvStat@RKI 2.0 entnommen (Abfragedatum: 15.11.2019). Im Jahr 2018 wurden 37 Masernfälle bei Kindern im ersten Lebensjahr und 83 Masernfälle bei Kindern im Alter von ein bis vier Jahren an das RKI übermittelt. In den darauffolgenden Lebensjahren nahm die Zahl der Neuerkrankungen ab und lag

bei den 5- bis 9-Jährigen bei 46 Fällen. Insgesamt macht die Altersgruppe der 0- bis 9-Jährigen 31% der Erkrankungen aus. Dies bedeutet einen Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren, da 2016 noch 47% und 2017 noch 42% der Masernerkrankungen auf diese Altersgruppe entfielen. Bei der Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen stieg die Zahl der Fälle auf 56 und lag bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren bei 67 Fällen. Sowohl in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen als auch in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen sank die Zahl der Neuerkrankungen wieder. Eine besonders hohe Zahl an Neuerkrankungen lässt sich bei Erwachsenen im Alter von 30 bis 39 Jahren erkennen. 75 Fälle einer Neuerkrankung an Masern wurden an das RKI übermittelt. Somit waren 36% der an Masern Erkrankten im Alter zwischen 20 und 39 Jahren. Dies bedeutet einen Anstieg um 5% im Vergleich zum Vorjahr. Bei Personen im Alter von 40 bis 49 Jahren wurden 38 Fälle einer Masernerkrankung gemeldet. 18 Fälle wurden in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen übermittelt und 2 Fälle in den Altersgruppen von 60 Jahren und darüber. Somit lässt sich deutlich erkennen, dass vor allem Säuglinge und Kleinkinder, aber auch Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren sowie Erwachsene zwischen 30 und 39 Jahren von der Masernerkrankung betroffen waren.

Beachtet werden muss jedoch auch die altersspezifische Inzidenz. Diese war insbesondere bei Kindern im ersten Lebensjahr mit 4,7 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner sehr hoch. Die höchste Inzidenz liegt bei Einjährigen mit 4,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner vor. In den folgenden Altersgruppen sinkt die Inzidenz. Für zweijährige Kinder wurde eine Inzidenz von 2,5 ermittelt, für Dreijährige von 1,7 und für Vierjährige von 1,8. Bei der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen liegt die Inzidenz noch bei 1,3. Diese steigt für die 10- bis 14-Jährigen auf 1,5 und für die 15- bis 19-Jährigen auf 1,6. In der Altersgruppe ab 20 Jahren sinkt die Inzidenz von 1,4 für die 20- bis 24-Jährigen auf 0,1 für die 50- bis 59-Jährigen ab (RKI, 2019e, S. 172). Aus diesen Werten folgt, dass obwohl über die Hälfte der gemeldeten Masernfälle bei Patienten im Alter von 10 Jahren oder Älter auftraten, die Inzidenz bei Kindern in den ersten Lebensjahren am höchsten ist.

Laut des Berichts der NVC liegt im Jahr 2018 in Deutschland eine Unterbrechung der endemischen Maserntransmission vor (NVC, 2018, S. 3). Die Regionale Verifizierungskommission der WHO stufte die Maserntransmission jedoch, wie bereits im Vorjahr, als endemisch ein (WHO, 2019, S. 36).

## 4.5. Impfquoten in Deutschland

Die Impfquoten der Masernimpfung in Deutschland werden nun an Hand der Ergebnisse der bereits vorgestellten Instrumente zur Erhebung des Impfstatus vorgestellt. Da der Impfschutz der Bevölkerung entsprechend der Herdenimmunität erst ab einer Impfquote von 95% sichergestellt ist, ist es wichtig den Impfstatus der Bevölkerung zu erläutern und Impflücken aufzuzeigen. Zudem stellen Erhebungen über Impfquoten „die Grundlagen für evidenzbasierte gesundheitspolitische Entscheidung“ (Poethko-Müller & Schmitz, 2013, S.845), wie den Entwurf über ein Masernschutzgesetz, dar.

### 4.5.1. Schuleingangsuntersuchungen

Da die Ergebnisse der Schuluntersuchungen jeweils mit einem Verzug von zwei Jahren im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht werden, wird sich auf die aktuellsten vorliegenden Daten von 2017 bezogen.

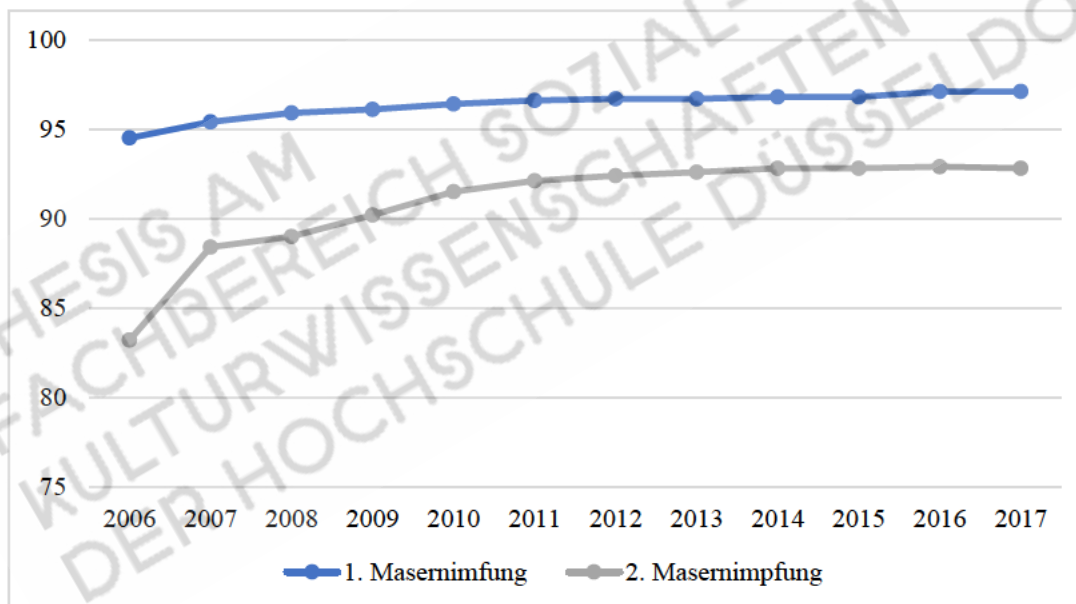


Abbildung 2: Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen seit 2006 bis 2017 in Deutschland. Quelle: Eigene Darstellung.

Die Impfquote für die erste Masernimpfung lag im Jahr 2017 bei 97,1%. 2007 wurde erstmals bundesweit im Durchschnitt eine Impfquote von 95% erreicht (siehe Abbildung 2). Diese stieg dann bis 2012 auf 96,7% an und liegt seit 2016 bei 97,1%. Im Jahr 2017 konnte in allen Bundesländern, wie auch erstmals im Jahr 2016, die Grenze von 95% und somit das Ziel der WHO erreicht werden. Lediglich Hamburg erhob 2017 erstmals nur für die zweite Masernimpfung

Daten, weshalb auf das Ergebnis von 2016 zurückgegriffen wird. Auch Hamburg erreichte zu dem Zeitpunkt eine Impfquote von 96,7%. Insgesamt lässt sich vor allem bis 2011 ein kontinuierlicher Anstieg der Quote beobachten (2006: 94,5%; 2011: 96,6%), welche seitdem leicht stagniert und nur um 0,5% anstieg (siehe Abbildung 2).

Bei der zweiten Masernimpfung liegt die Impfquote 2017 bei 92,8%. Dies bedeutet einen Rückschritt um 0,1% im Vergleich zum vorigen Jahr. Bereits seit 2012 (92,4%) lässt sich eine leichte Stagnation der Impfquoten feststellen, die auf einen schnellen Anstieg folgte (siehe Abbildung 2). So lag die Quote 2006 noch bei 83,2% und konnte bis 2011 um 8,9% steigen. Das Ziel der zur Ausrottung benötigten 95% konnte somit bundesweit nicht erreicht werden. Allein Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern können 2017 eine Impfquote von 95,5% für die zweite Masernimpfung verzeichnen. Im Gegensatz dazu erreichte Baden-Württemberg den niedrigsten Wert mit 89,1% (RKI, 2008, S. 56; RKI, 2009, S. 145; RKI, 2010a, S. 139; RKI, 2011, S. 127; RKI, 2012, S. 137; RKI, 2013, S. 130; RKI, 2014a, S. 139; RKI, 2015, S. 132; RKI, 2016, S. 131; RKI, 2017a, S. 139; RKI, 2018b, S. 153; RKI, 2019a, S. 149).

#### **4.5.2. KiGGS-Studie**

Sowohl in der Basiserhebung der KiGGS-Studie, als auch in der zweiten Welle wurden die Impfdaten zu allen Impfungen der an den Untersuchungssurveys teilnehmenden Kinder und Jugendlichen erhoben. Poethko-Müller, Kuhnert, Gillesberg Lassen und Siedler werteten die aus der Studie gewonnenen Impfdaten von 3.238 Personen im Alter von 3 bis 17 Jahren aus (2019, S. 410 f.). Diese Ergebnisse können die Ergebnisse der KV-Impfsurveillance und der Schuleingangsuntersuchungen ergänzen.

Die erste Masernimpfung erhielten insgesamt 97,4% der Teilnehmenden. Die höchste Impfquote liegt bei Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren vor (98%). Die 14- bis 17-Jährigen hatten mit 96,7% die niedrigste Impfquote für die erste Masernimpfung. Ein signifikanter Unterschied besteht also nicht und zudem wurde in jeder Altersgruppe unabhängig von Geschlecht, sozialem Status und Migrationshintergrund eine Impfquote von 95% überschritten. Für die zweite Masernimpfung kann dies nicht bestätigt werden, da die Impfquote insgesamt bei 93,6% lag. Auch hier war die Impfquote bei den 7- bis 10-Jährigen mit 94,9% am höchsten, konnte aber dennoch nicht die benötigte Quote von 95% erreichen. Die niedrigste Impfquote liegt bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren vor (91,9%) (ebd., S. 416).

Ein Vergleich der KiGGS-Basiserhebung und der KiGGS Welle 2 zeigen für die erste und die zweite Masernimpfung einen deutlichen Anstieg für Personen im Alter von 3 bis 17 Jahren an.

Insbesondere bei der zweiten Masernimpfung lässt sich ein signifikanter Unterschied feststellen. Waren bei der KiGGS-Basiserhebung nur 73,7% der 3- bis 10-Jährigen und 76,7% der 10- bis 17-Jährigen zweimal gegen Masern geimpft, hatten dagegen 93,4% der in der KiGGS Welle 2 untersuchten 3- bis 10-Jährigen und 93,8% der 10- bis 17-Jährigen die 2-Dosen-Masernimpfung erhalten (ebd., S. 417).

#### **4.5.3. DEGS1-Studie**

Zunächst werden die Ergebnisse der DEGS1-Studie herangezogen und die Impfquoten von Erwachsenen betrachtet. Bereits auffällig bei der Erhebung ist, dass lediglich zwei Drittel der Informationen vollkommen aus Informationen aus den Impfpässen entnommen werden konnten. Ergänzt wurde dies durch Ergebnisse aus ärztlichen Interviews. Im Fall der Masernimpfung konnte für insgesamt 5113 der 8152 Teilnehmer im Alter von 18-64 Jahre der Impfstatus erhoben werden. 38,1% der Personen haben mindestens die erste Schutzimpfung erhalten (Poethko-Müller & Schmitz, 2013, S. 845 ff.). „Die Masernimpfquote ist bei den 18- bis 29-Jährigen am höchsten (79,8%) und sinkt mit zunehmendem Alter auf 3,8% bei den 60- bis 64-Jährigen“ (ebd., S. 849). Ein weiterer wichtiger Wert ist die Impfquote der 18- bis 49-Jährigen. Bei Personen, die vor 1970 geboren sind, kann laut RKI mit einer 95-98% Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass diese bereits die Masern durchlitten haben (RKI, 2017b, Abs. 3), weshalb vor allem der Impfstatus der bis 49-jährigen Personen wichtig ist. Von den 18- bis 49-Jährigen sind im Durchschnitt 50,5% mindestens einmal gegen Masern geimpft. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen sowie 40- bis 49-Jährigen gibt es einen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Ca. 5% mehr Frauen haben mindestens eine Schutzimpfung gegen Masern erhalten (Poethko-Müller & Schmitz, 2013, S. 849).

Zudem wurden die Ergebnisse der Studie hinsichtlich des sozioökonomischen Status analysiert. Bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind die Impfquoten höher. Der Unterschied zwischen den Impfquoten beträgt ca. 3% bei den Männern und ca. 7% bei den Frauen. Ein signifikanter Unterschied in jeder Altersgruppe besteht zwischen den Impfquoten in Ost- und Westdeutschland. „Die Durchimpfung ist in Ostdeutschland deutlich höher als in Westdeutschland“ (ebd., S. 851).

#### **4.5.4. KV-Impfsurveillance**

Aus den Ergebnissen der KV-Impfsurveillance lassen sich zum einen Impfquoten ermitteln, zum andern können Daten zum Zeitpunkt der Vergabe der Impfstoffe entnommen werden. Es wird ersichtlich, ob die Impfungen zu den von der STIKO empfohlenen Zeitpunkten stattfinden.

Die bundesweite Impfquote der Kinder im Alter von 24 Monaten für die erste Masernimpfung steigt an. Für den Geburtsjahrgang 2004 zeigt sich noch eine 92,3%ige Impfquote, für den Geburtsjahrgang 2014 bereits eine Quote von 95,6%. Dies bedeutet das eine Impfquote von 95%, welche zur Herdenimmunität erreicht werden muss, erreicht wurde. Dies geschah zum ersten Mal bei dem Geburtsjahrgang 2010 und konnte seither gehalten werden. Einzige Ausnahme stellen hierbei die Bundesländer Baden-Württemberg (BW) und Sachsen (SN) dar, bei denen die Impfquoten unter 95% liegen (BW: 89,8%, SN: 93,5%) (RKI, 2018a, S. 3). Die erste Masernimpfung wird von der STIKO jedoch bereits für Kinder im Alter von 11-14 Monaten empfohlen und auch im Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland ist das Erreichen einer 95%igen Impfquote für die erste Masernimpfung bei Kindern im Alter von 15 Monaten definiert, weshalb die Daten der KV-Impfsurveillance auch hinsichtlich des Impfstatus von Kindern in diesem Alter untersucht wurde. Bundesweit haben 89,5% Kinder des Geburtsjahrgang 2014 bereits mit 15 Monaten die erste Masernschutzimpfung erhalten. Dies bedeutet einen deutlichen Anstieg im Vergleich zum Geburtsjahrgang 2004, der noch eine Impfquote von 71,7% vorwies (RKI, 2018a, S. 5 f.; siehe Abbildung 3). Trotz dessen wird das Ziel der 95%-Impfquote bei 15 Monate alten Kindern nicht erreicht.

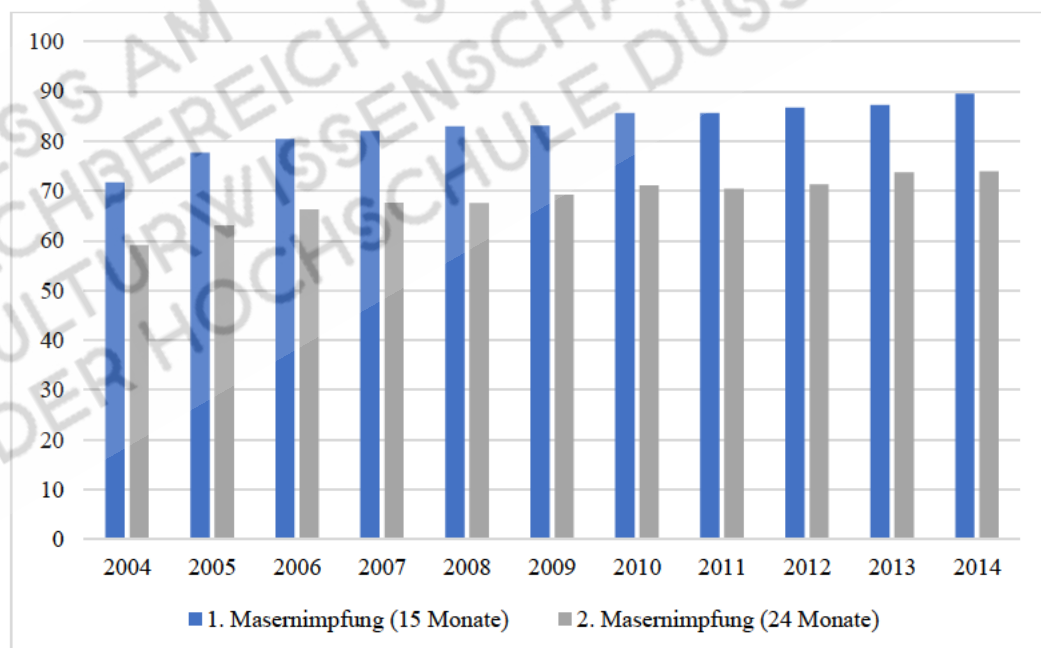


Abbildung 3: Bundesweite Impfquote für die erste und zweite Masernimpfung nach Impfalter und Geburtsjahrgang. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an RKI, 2018a, S. 6.

Die zweite Masernimpfdosis sollte laut der STIKO Kindern im Alter von 15-23 Monaten verabreicht werden. Daher wurden die 2-Dosis-Masern-Impfquoten für 24 und 36 Monate alte



Kinder ermittelt. In beiden Fällen zeigt sich in den letzten Jahren ein deutlicher Aufwärtstrend (siehe Abbildung 3). Beim Geburtsjahrgang 2004 lag die Impfquote der Kinder im Alter von 24 Monaten noch bei 59,1%, beim Geburtsjahrgang 2014 bei 73,9%. Von 59,1% (Geburtsjahrgang 2004) auf 86,5% (Geburtsjahrgang 2014) konnte die Impfquote für Kinder im Alter von 36 Monaten steigen. Eine bundesweite Impfquote von 95% konnte für die zweite Masernimpfung allerdings in beiden Altersstufen nicht erreicht werden (ebd.).

Somit zeigen sich insgesamt Steigerungen für die Impfquoten beider Masernimpfungen. Allerdings kann weder für die erste Masernimpfung eine Impfquote von 95% für Kinder im Alter von 15 Monaten, noch für die zweite Masernimpfung für Kinder im Alter von 24 Monaten, erreicht werden (siehe Abbildung 3).

#### **4.6. Impfreaktionen/Impfkomplikationen/Impfschäden**

Neben den möglichen Spätfolgen einer Masernerkrankung, kann es ebenso nach einer Schutzimpfung gegen die Erkrankung zu gesundheitlichen Folgen kommen. Der Impfstoff gegen Masern wird zurzeit nur „in kombinierter Zusammensetzung mit dem Mumps- und Röteln- sowie auch zusätzlich in Kombination mit dem Varizellenvirus angeboten (MMR- bzw. MMRV-Vakzine)“ (RKI, 2014b, Abs. 30). Zu den häufigsten Impfreaktionen zählen Lokalreaktionen, von denen ca. 5% betroffen sind sowie systemische Reaktionen, die bei ca. 2% der mit dem MMR-Impfstoff geimpften Personen auftreten (Weißer et al., 2009, S.10). Zudem kommt es bei 5 bis 15% der Geimpften zu sogenannten „Impfmasern“ Symptome sind mäßiges Fieber, Hautausschlag und respiratorische Symptome, die in etwa zwei Wochen nach der Impfung auftreten (RKI, 2014b, Abs. 31). „Impfassozierte neurologische Erkrankungen, wie eine Meningoenzephalitis oder ein Guillain-Barré-Syndrom wurden in wenigen Einzelfällen beschrieben. In sehr seltenen Fällen (bei 1 bis 3 Kindern pro 100.000 Impfstoffdosen) kann sich eine idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP) nach einer MMR-Impfung ausbilden“ (BMG, 2015, S. 11).

In Bezug auf die MMR-Impfung bestand lange Zeit die These, dass die Impfung der Grund für autistische Störungen ist und wird auch heute noch von Impfkritikerin in Diskussion angeführt. Begründet wird dies mit einer Studie, welche Ende der 90er Jahre von Andrew Wakefield durchgeführt wurde. Er belegte anhand der Untersuchungsergebnisse von 12 Kindern, dass ein Zusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus besteht. Jedoch „wurden Daten über den zeitlichen Abstand zwischen der Impfung und dem Auftreten von Anzeichen von Autismus gefälscht“ (RKI, 2017c, Abs. 1) und zudem ist die Stichprobe zu klein, um repräsentativ zu sein. Im Jahr 2010 wurde die Studie endgültig widerrufen, da zusätzlich bekannt wurde, dass

Wakefield die Studie gegen Bezahlung durchführte (ebd.). Ebenfalls widerlegt wird die These von einer in Dänemark von 1991 bis 1998 durchgeführten Studie. Bei 537.303 untersuchten Kindern konnte kein „Unterschied in der Autismusinzidenz zwischen MMR-geimpften und nicht geimpften Probanden“ festgestellt werden (Weißer et al., 2009, S.10). Daher kann insgesamt von einer Fehlinterpretation des Zusammenhangs zwischen der Impfung und Entwicklungsverzögerungen ausgegangen werden.

## **5. Gesetzesentwurf für das Masernschutzgesetz**

Im Folgenden soll sich mit dem MSG Gesetzesentwurf zur Einführung einer Impfpflicht für die 2-Dosis-Masernimpfung befassen werden. Zunächst wird dieser und die zu erwartenden Veränderungen vorgestellt. Im Anschluss soll die Vereinbarkeit mit den Grundrechten geprüft und Vor- und Nachteile erläutert werden.

### **5.1. Grundlagen**

Den „Referentenentwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)“ des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn, legte dieser am 3. Mai 2019 der Bundesregierung vor. Am 17. Juli 2019 beschloss das Bundeskabinett den MSG Gesetzesentwurf. Laut des MSG Gesetzesentwurfs der Bundesregierung soll das Gesetz am 1. März 2020 in Kraft treten. Der Bundesrat tagte über den Entwurf am 20.09.2019, woraufhin die Bundesregierung ihre Ansicht am 09.10.19 in einer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates darlegte. Der MSG Gesetzesentwurf und die Stellungnahme des Bundesrates wurden bereits am 23.09.2019 an den Bundestag übermittelt. Am 18.10.19 beriet sich der Bundestag in einer ersten Lesung, woraufhin der Entwurf an den Gesundheitsausschuss geleitet wurde. In der zweiten und dritten Lesung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs, der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates und der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses am 14.11.2019 wurde das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention vom Deutschen Bundestag beschlossen (BR Drs. 629/19 v. 29.11.19).

Im Vorblatt des MSG Gesetzesentwurfes werden zunächst die Probleme der Masernerkrankungen und zu geringer Impfquoten dargestellt. Als Ziel wird der individuelle und gemeinschaftliche Schutz, „insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kommen“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 1) sowie das Erreichen der von der WHO vorgesehenen 95%igen Impfquote und der daraus

folgenden Elimination der Masernerkrankung definiert. Anschließend werden als Lösung eine Impfpflicht gegen Masern für bestimmte Personengruppen, die im Folgenden genauer erläutert werden, die Aufklärung zum Thema Impfen durch die BZgA, eine Digitalisierung der Impfdokumentation, das Durchführen von Impfungen durch Ärzte jeder Fachrichtung, das Informieren über zeitgerechte Impftermine durch die Krankenkassen sowie die Einführung einer Mortalitäts- und Impfsurveillance beim RKI genannt. Alternativen werden nicht aufgeführt. Weiter werden die Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand und der Erfüllungsaufwand dargestellt (ebd., S. 1 ff.). Der Erfüllungsaufwand umfasst gemäß § 2 Absatz 1 Normenkontrollgesetz (NKRKG) den gesamten messbaren Zeitaufwand und die Kosten, die durch die Befolgung einer bundesrechtlichen Vorschrift bei Bürgerinnen und Bürgern, der Wirtschaft sowie der öffentlichen Verwaltung entstehen. Unter dem Punkt „Weitere Kosten“ werden die auf die Träger von privaten Krankenversicherungen zukommenden Kosten genannt (ebd., S. 4). Im Anschluss folgt der eigentliche MSG Gesetzesentwurf mit den entsprechenden Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, des Fünften Sozialgesetzbuches, der Aufhebung der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung und dem Datum des Inkrafttretens des Gesetzes (ebd. S. 7 ff.). Ebenfalls zu dem MSG Gesetzesentwurf gehört die ausführliche Begründung über die Zielsetzung und Notwendigkeit, den wesentlichen Inhalt, die Gesetzgebungskompetenz, die Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen sowie die voraussichtlichen Gesetzesfolgen (ebd., S. 16 ff.). An den Bundestag wurde zudem die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Abs. 1 NKRKG und die Stellungnahme des Bundesrates übersandt (ebd., S. 36 ff.).

Im MSG Gesetzesentwurf ist zwar keine Befristung des Gesetzes vorgesehen, jedoch wird die Option offengehalten, dass sobald die Masernelimination von der WHO förmlich bestätigt wurde, die Bestimmungen aufgehoben werden können. Weiterhin soll die Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln jährlich den Stand der Elimination prüfen. Zur Evaluation sollen an Hand der durch das Gesetz eingeführten Impfsurveillance die Impfquoten gegen Masern ab 2020 evaluiert und nach dem 31. Juli 2021 „der Stand der Umsetzung des Gesetzes mit den Ländern geprüft werden“ (ebd., S. 22).

## **5.2. Erläuterungen zum Gesetzesentwurf für das Masernschutzgesetz**

Im folgenden Kapitel der Arbeit soll auf den eigentlichen Gesetzesentwurf eingegangen werden. Es werden die Veränderungen der Gesetze, getrennt für das IfSG und das SGB V, genannt.

### 5.2.1. Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Die meisten Änderungen betreffen das IfSG und werden unter Artikel 1 „Änderungen des Infektionsschutzgesetzes“ im MSG Gesetzesentwurf aufgeführt (ebd., S. 7 ff.). Im Folgenden sollen nun die wesentlichen allgemeinen und für die Masernerkrankung spezifisch vorgenommen Änderungen vorgestellt werden. Die Änderungen des IfSG werden mit dem Kürzel IfSG-E gekennzeichnet, wobei „-E“ für Entwurf steht.

§ 2 IfSG regelt die Begriffsbestimmung für das Gesetz. Dies soll durch Bestimmungen für die Begriffe „Leitung der Einrichtung“ (Nummer 15) und „personenbezogene Daten“ (Nummer 16) ergänzt werden. An den § 4 IfSG soll „§ 4a Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst“ angeschlossen werden (ebd., S. 7). Gemäß § 4a IfSG-E soll jährlich vom RKI eine Bundesstatistik zu den für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen in Bund, Ländern und Kommunen erstellt und dem BMG vorgelegt werden. In Absatz 2 wird geregelt bis wann und welche Angaben von den zuständigen Stellen dem RKI übermittelt werden müssen. Als Grund für die Einführung dieser Statistik wird zum einen die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes genannt, zum anderen das Ziel etwaigen Hilfebedarf rechtzeitig wahrnehmen zu können (ebd., S. 23).

Nach der Änderung muss gemäß § 6 Abs. 2 S. 1 IfSG-E gegenüber dem Gesundheitsamt auch dann eine namentliche Meldung erfolgen, wenn Personen an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis infolge einer Maserninfektion erkranken oder versterben.

Die Umsetzung zur angestrebten Mortalitäts- und Impfsurveillance soll in § 13 Abs. 4 und 5 IfSG-E rechtlich geregelt werden. In Absatz 4 wird festgelegt, dass das Landesamt dem RKI Todesfälle der in Deutschland verstorbenen Personen elektronisch mitzuteilen hat und welche Daten mitgeteilt werden sollen. Die Todesursache soll nicht übermittelt werden. Diese Mortalitätssurveillance soll ermöglichen, dass „schwerwiegende – auch bislang unbekannte – Ereignisse für die öffentliche Gesundheit, die eine erhöhte Mortalität verursachen, frühzeitig erkannt und in ihrem Verlauf erfasst werden“ (ebd., S.24). Als Folge können bereits bestehende Maßnahmen ausgebaut und neue Maßnahmen konzipiert sowie deren Effektivität evaluiert werden. Eine zu der KV-Impfsurveillance ähnliche Vorgehensweise wird in Absatz 5 gesetzlich festgelegt. Demnach sollen die KVen dem RKI die in § 13 Abs. 5 S. 2 IfSG-E festgelegten Daten übermitteln, die Aufschluss über die Inanspruchnahme und zeitliche Gabe von Impfungen sowie Impfeffekten geben (Impfsurveillance). Die Daten des Patienten werden pseudonymisiert und können auch vom RKI nicht wiederhergestellt werden, Durch die Impfsurveillance können

Impfquoten analysiert und entsprechende, auch zielgruppenspezifische Maßnahmen, eingeleitet werden. „Die Daten der Impfsurveillance (...) dienen darüber hinaus der Evaluation von Impfungen und Impfprogrammen“ (ebd.).

Weitere Änderungen sollen in § 20 IfSG „Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ vorgenommen werden. Nach Absatz 1 waren bislang die obere Bundesbehörde, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter für die Information der Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen zuständig. Statt der oberen Bundesbehörde wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als verantwortliche Stelle ernannt (§ 20 Abs. 1 IfSG-E). Die Bevölkerung soll gemäß § 20 Abs. 1 IfSG-E zielgruppenspezifisch informiert werden, was die Notwendigkeit der Differenzierung der Informationsangebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen aufzeigt. § 20 Abs. 4 IfSG-E berechtigt jeden Arzt dazu Schutzimpfungen durchzuführen, um so das Ziel des „universellen Impfens“ zu erreichen. Dies bedeutet, dass auch Fachärzte Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen dürfen, sodass für jede Person bei einem Arztbesuch die Möglichkeit besteht den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen möglichst umgehen nachzuholen zu lassen (ebd., S.25). Falls mit der epidemischen Verbreitung einer hoch kontagiösen Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen zu rechnen ist, befähigt § 20 Abs. 6 S. 1 IfSG das BMG dazu eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, sodass bedrohte Teile der Bevölkerung verpflichtend an Schutzimpfungen teilnehmen müssen, auch wenn hier durch das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) angegriffen werden kann (§ 20 Abs. 6 S. 2 IfSG). Ausgenommen sind hiervon Menschen für die eine entsprechende Impfung eine Gefahr für Leben oder Gesundheit darstellen würde und denen dies in einem ärztlichen Zeugnis attestiert wurde (§ 20 Abs. 6 S. 3 IfSG). Laut MSG Gesetzesentwurf soll Satz 3 wegfallen, dessen Inhalt in § 20 Abs. 14 IfSG-E formuliert wird. Stattdessen soll, was dort geregelt war, in Satz 2 gefasst werden. Laut diesem sollen ebenfalls Personen die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilnehmen können, auch nicht im Satz 1 genannten Fall zu einer Schutzimpfung verpflichtet werden (ebd., S. 11).

Im Anschluss hieran sollen die Absätze 8 bis 14 angefügt werden, welche das gesetzliche Fundament für die Durchführung einer Masern-Impfpflicht bilden. Gemäß § 20 Abs. 8 S. 1 IfSG-E müssen bestimmte Personen einen den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern aufweisen. „Dabei handelt es sich nicht um

eine durch unmittelbaren Zwang durchsetzbare Pflicht, die Konsequenzen eines nicht ausreichenden Impfschutzes beziehungsweise einer nicht ausreichenden Immunität ergeben sich vielmehr aus den Folgeabsätzen“ (ebd., S.27). In § 20 Abs. 8 S. 1 Nr. 1 bis 3 IfSG-E wird zunächst festgelegt, welche Personen den Schutz bzw. die Immunität nachweisen müssen. Hierzu zählen nach § 33 Nr. 1 bis 3 IfSG-E in Kindertageseinrichtungen, Kinderhorten, in der erlaubnispflichtigen Kindertagespflege sowie in Schulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen betreute und dort tätige Personen. Für in Heimen (§ 33 Nr. 4 IfSG-E) oder Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern (§ 36 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) betreuten/untergebrachten sowie dort tätigen Personen besteht die Pflicht die vollständige Impfung bzw. Immunität gegen Masern nachzuweisen, wenn sie dort bereits vier Wochen sind. Diese vierwöchige Übergangszeit wurde festgelegt, damit es nicht zu einer Verweigerung der Inobhutnahme oder Aufnahme in die stationäre Erziehungshilfe von Kindern und Jugendlichen oder der in § 36 Abs. 1 Nr. 4 IfSG genannten Personengruppen in eine entsprechende Einrichtung auf Grund eines fehlenden Impfschutzes kommen kann (ebd., S.27). Hinzu kommen Personen, die in einer der in § 23 Abs. 3 S. 1 IfSG genannten Einrichtungen eine Tätigkeit ausüben. Dies sind Einrichtungen, in denen medizinische Tätigkeiten ausgeübt werden, z.B. Krankenhäuser, Tageskliniken oder ambulante Pflegedienste (§ 23 Abs. 3 S. 1 Nr. 1,5 und 11). Für alle eben genannten Personengruppen besteht laut auch dann die Pflicht zur Schutzimpfung gemäß § 20 Abs. 8 S.2 IfSG-E, wenn, wie zum jetzigen Zeitpunkt der Fall, nur Kombinationsimpfstoffe vorhanden sind. Ausgenommen sind Personen, bei denen eine medizinische Kontraindikation besteht (§ 20 Abs. 8 S.3 IfSG-E).

In § 20 Abs. 9 S. 1 IfSG-E wird die Vorlage eines Nachweises bei der Einrichtungsleitung von Personen, die in den in § 33 Nr. 1 bis 3 IfSG genannten Einrichtungen betreut werden sollen und Personen, die in den in § 23 Abs. 3 S. 1, § 33 Nr. 1 bis 4 oder § 36 Abs. 1 Nr. 4 Einrichtungen eine Tätigkeit ausüben sollen, verlangt. Der Nachweis über eine der Empfehlungen der STIKO entsprechende Impfung muss demnach entweder in Form einer Impfdokumentation nach § 22 Abs. 1 und 2 IfSG-E oder eines ärztlichen Zeugnisses, auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Abs. 2 S. 4 SGB V-E. Eine andere Möglichkeit besteht darin ein ärztliches Zeugnis über eine Immunität oder eine medizinische Kontraindikation vorzulegen (Abs. 9 S. 2). Gemäß § 20 Abs. 9 S. 2 IfSG-E kann die zuständige Behörde zudem anordnen, dass vor der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt gegenüber zu erbringen ist. Ebenso kann die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 43 Abs. 1 SGB VIII zuständige Behörde, einen Nachweis nach Satz 1

fordern, bevor eine Person im Rahmen der Kindertagespflege tätig werden kann. Liegt bei einer Person, die in einer der in Satz 1 genannten Einrichtungen tätig ist, der Leitung der Einrichtung kein Nachweis vor, darf die Leitung ihr keine Tätigkeiten übertragen. Bei Personen, die in Einrichtungen nach § 33 Nr. 1 bis 3 betreut werden und keinen Nachweis vorlegen können, darf die Leitung diese nicht aufnehmen, außer es besteht eine gesetzliche Schulpflicht. Die zuständige Behörde kann allgemeine Ausnahmen zulassen, z.B., „wenn der erforderliche Impfschutz wegen Impfstoffmangels nicht erlangt werden konnte oder eine Aufnahme in eine Einrichtung unaufschiebbar ist“ (ebd., S.29). Die Leitung hat das Gesundheitsamt im Fall eines Nachweises über eine erst verspätet mögliche erste oder zweite Impfung mit Übermittlung personenbezogener Daten zu informieren (§ 20 Abs. 9 S. 6 IfSG-E).

In § 20 Abs. 10 IfSG-E wird eine Nachweisfrist für Personen die am 1. März 2020 bereits in einer Einrichtung nach § 33 Nr. 1 bis 3 IfSG-E betreut werden oder in einer Einrichtung nach § 23 Abs. 3 S. 1, § 33 Nr. 1 bis 4 oder § 36 Abs. 1 Nr. 4 IfSG-E tätig sind, festgelegt. Falls bis zum Ablauf des 31. Juli 2020 kein Nachweis nach § 20 Abs. 9 S. 1 IfSG-E vorliegt 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 gemäß § 20 Abs. 10 S. 2 IfSG-E unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln. In § 20 Abs. 11 IfSG-E wird diese Nachweisfrist für Personen, die bereits seit vier Wochen in einem Heim betreut werden (§ 33 Nr. 4 IfSG-E) oder in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern untergebracht sind (§ 36 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) festgelegt. Der Nachweis kann gemäß § 20 Abs. 11 S. 1 innerhalb von vier weiteren Wochen oder bis zum Ablauf des 31.07.2021, wenn Sie zum geplanten Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits betreut werden oder untergebracht sind, erfolgen. Die Konsequenzen bei Nichtvorlage des Nachweises bei der Leitung oder Vorlage eines Nachweises über eine erst verspätet mögliche Impfung sind dieselben wie in § 20 Abs. 10 S. 2 IfSG-E.

Auch das Gesundheitsamt kann nach § 20 Abs. 12 S. 1 IfSG-E einen Nachweis nach § 20 Abs. 9 S. 1 IfSG-E anfordern. Für alle in § 20 Abs. 8 IfSG-E genannten Person besteht eine Nachweispflicht über einen, den Empfehlungen der STIKO entsprechenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern gegenüber dem Gesundheitsamt. „Bei der Vorlagepflicht an das Gesundheitsamt handelt es sich um eine durch Verwaltungsvollstreckungsrecht und insbesondere mit Zwangsgeld durchsetzbare Pflicht. Zusätzlich oder alternativ kann ein Bußgeld verhängt

werden (ebd., S.30). Bei Nichtvorlage des Nachweises oder wenn sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, wird die Person vom Gesundheitsamt für ein Beratungsgespräch geladen. Das Gesundheitsamt muss hierbei zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern auffordern (§ 20 Abs. 12 S. 2 IfSG-E). Falls im Anschluss weiterhin kein Nachweis vorliegt, können Sanktionen nach § 34 Abs. 1 S. 1 und 2 IfSG erteilt werden, mit Ausnahme von Personen, die einer gesetzlichen Schul- oder Unterbringungspflicht unterliegen. Dies bedeutet, dass in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen tätige Personen keine Tätigkeiten mehr ausüben dürfen und dort Betreute die Einrichtung nicht betreten, benutzen oder an Veranstaltungen teilnehmen dürfen (§ 34 Abs. 1 S. 1 und 2 IfSG). Eine aufschiebende Wirkung des Verbots durch Widerspruch oder Anfechtungsklage wird in Satz 4 ausgeschlossen. Handelt es sich bei der nach den Absätzen 9 bis 12 nachweispflichtigen Person um eine minderjährige Person, so haben die Sorgeberechtigten, aber auch Betreuer, falls dies ihrem Aufgabenkreis entspricht, sicherzustellen, dass dieser Verpflichtung nachgegangen wird. Dies wird in § 20 Abs. 13 IfSG-E festgelegt. Nach Art. 19 Abs. 1 S. 2 GG muss, falls ein Grundrecht auf Grund eines Gesetzes eingeschränkt werden kann, das Grundrecht unter Angabe des Artikels im entsprechenden Gesetz genannt werden. Dass das Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG eingeschränkt werden kann, war bislang in § 20 Abs. 6 S. 2 und Abs. 7 S. 3 IfSG geregelt. Da dies, laut des Entwurfs wegfallen würde, wurde Abs. 14 angefügt, welcher die Regelung enthält, dass durch die Absätze 6 bis 12 das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit eingeschränkt wird.

Die Überschrift von § 22 IfSG soll nach der Änderung von „Impfausweis“ zu „Impfdokumentation“ geändert werden. In Absatz 1 wird weiterhin geregelt, dass die Schutzimpfungen im Impfausweis oder alternativ in einer Impfbescheinigung dokumentiert werden müssen. § 22 Abs. 2 S. 1 IfSG-E definiert welche Angaben die Impfdokumentation enthalten muss. Unter anderem den Namen und Anschrift der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person, als auch die Bestätigung der durchgeführten Schutzimpfung. Diese kann gemäß § 22 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 IfSG-E auch in elektronischer Form mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem qualifizierten elektronischen Siegel, durch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person eingetragen werden. Nach Satz 2 kann jeder Arzt und das Gesundheitsamt eine Nachtragung entsprechend Satz 1 Nummer 5 vornehmen, sobald eine frühere Impfdokumentation vorliegt. Die Pflicht zur Eintragung von ungewöhnlichen Impfreaktionen, mögliche daraus entstehende Ansprüche nach §§ 60 bis 64 IfSG und Stellen bei denen



diese gefordert werden können besteht nach Absatz 3. Dass in der Impfdokumentation Terminvorschläge für Folge- und Auffrischimpfungen eingetragen werden sollen, wird fortan in § 22 Abs. 4 IfSG-E beschrieben.

Auch in § 33 IfSG „Gemeinschaftseinrichtungen“ sollen Änderungen erfolgen. Bislang wurde durch eine Aufzählung verschiedener Einrichtungen definiert, welche zu den Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes gehören (§ 33 IfSG). Durch die Änderung soll eine Umstrukturierung im Sinne einer Nummerierung erfolgen, die bereits in den im § 20 Abs. 8 bis 14 IfSG-E aufgegriffen wurde. Die allgemeine Formulierung „Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreut werden“ wird durch die Formulierung „überwiegend minderjährige Personen“ ersetzt. Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten werden in § 33 Nr. 1 IfSG-E unter Kindertageseinrichtungen und Kinderhorten zusammengefasst. In Nummer 2 wird „die nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtige Kindertagespflege“ aufgeführt, die bislang nicht in § 33 IfSG aufgeführt war. Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen werden unter Nummer 3, Heime unter Nummer 4 und Ferienlager unter Nummer 5 genannt.

Sanktionen in Form von Bußgeldern werden in § 73 IfSG „Bußgeldvorschriften“ geregelt. Auch hier sollen Änderungen stattfinden, um sich an die in § 20 IfSG-E neu eingeführten Regelungen und Nachweispflichten anzupassen. § 73 Abs. 1a Nr. 7 soll daher um die Nummern 7a bis 7d ergänzt werden. Ordnungswidrig handelt demnach die Person, die vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 20 Abs. 9 S. 4 eine Person zur Betreuung aufnimmt oder einer Person eine Tätigkeit überträgt (7a) oder entgegen § 20 Abs. 9 S. 6, Abs. 10 S. 2 oder Abs. 11 S. 2 eine Benachrichtigung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt (7b). Ebenfalls Ordnungswidrigkeit liegt auch vor, wenn entgegen § 20 Abs. 12 S. 1, auch in Verbindung mit § 20 Abs. 13 S. 1 oder S. 2, einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt (7c) oder einer vollziehbaren Anordnung nach § 20 Abs. 12 S. 3, auch in Verbindung mit § 20 Abs. 13 S. 1 oder S. 2, zuwidergehandelt wird (7d). Somit wird in § 73 Abs. 1a Nr. 7a bis 7d IfSG-E geregelt, wann ein ordnungswidriges Handeln besteht. Nach Absatz 2, welcher um die Bußgeldtatbestände in Abs. 1a Nr. 7a bis 7d ergänzt wurde, kann als Konsequenz eine Geldbuße in Höhe von bis zu zweitausendfünfhundert Euro folgen.

Die Änderungen durch Artikel 1 des MSG Gesetzesentwurfs „Änderungen des Infektionsschutzgesetzes“ sollen entsprechend in der Inhaltsübersicht des IfSG übernommen werden (ebd., S. 5).

### 5.2.2. Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches

Änderungen die das SGB V betreffen lassen sich unter Artikel 2 „Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches“ im MSG Gesetzesentwurf finden (ebd., S. 14 ff.). Die veränderten Gesetztexte werden mit dem Kürzel SGB V-E gekennzeichnet, wobei „-E“ für Entwurf steht. Die Änderungen des SGB V ergeben sich größtenteils aus den Änderungen des IfSG, da so der Rahmen für die gesetzlichen Krankenkassen gegeben werden sollen, um die Änderungen zu ermöglichen.

In § 20i SGB V soll daher Abs. 1 S. 7 aufgehoben werden, der bislang einen Anspruch für Personen, die einen Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen i.S. des § 2 Nr. 9 IfSG haben, auf eine Bereitstellung des erforderlichen Impfausweises nach § 22 IfSG erhob. Dies soll künftig im angefügten Absatz 4 geregelt werden. Zudem soll der Begriff „Impfausweis“ in „Impfdokumentation“ entsprechend der Änderung des § 22 IfSG-E geändert werden. Darüber hinaus können nach § 20i Abs. 4 SGB V-E Krankenkassen die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen versichertenbezogen informieren. Im MSG Gesetzesentwurf wird darauf hingewiesen, dass „unter anderem die Untersuchung postalischer Informationsangebote zur Masernimpfung bei Erwachsenen des Bundeskanzleramtes (...) eine kausale Wirkung von Informationen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Masernschutzimpfungen belegen“ konnte (ebd., S. 34). Nach § 26 Abs. 2 S. 4 SGB V-E soll in den Dokumentationen der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche auch auf den Masern-Impfstatus und eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden. Dies soll einen Nachweis bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung, dass über eine zeitnah vorab durchgeführte ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist (§ 34 Abs. 10a S. 1 IfSG) sowie den Nachweis dass ein den Empfehlungen der STIKO entsprechender Impfschutz gegen Masern besteht (§ 20 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 IfSG-E), vereinfacht zu ermöglichen.

In § 132e „Versorgung mit Schutzimpfungen“ werden in Abs. 1 S. 1 die Wörter „geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten“ durch das Wort „Ärzten“ ersetzt und die Wörter „geeignetem ärztlichen Personal“ durch die Wörter „ärztlichem Personal“ ersetzt. Dies soll die Umsetzung des Ziels des „universellen Impfens“ ermöglichen. Als Vertragspartner werden in §132e Abs. 1 unter anderem die Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind genannt. Laut des MSG Gesetzesentwurfs soll dieser Wortlaut durch die Formulierung „oder dem öffentlichen

Gesundheitsdienst“ ersetzt werden (ebd., S. 15.). Nach Satz 2 haben Krankenkassen oder ihre Verbände insbesondere mit den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Verträge zu schließen. Hinzugefügt wird unter Punkt 3 der öffentliche Gesundheitsdienst als Vertragspartner.

Eine weitere Folgeänderung der Änderungen des IfSG erfolgt in § 285 SGB V, welcher gesetzliche Regelungen zu den personenbezogenen Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen trifft. Damit die Kassenärztlichen Vereinigungen Daten zur Umsetzung der Impfsurveillance nach § 13 Abs. 5 IfSG-E weitergeben dürfen, wird in § 285 S. 3 SGB V ergänzt, dass die erhobenen und gespeicherten Sozialdaten auch für Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs oder nach § 13 Abs. 5 des IfSG angeordnet und erlaubt ist, genutzt werden können.

### **5.3. Rechtswissenschaftliche Analyse**

Innerhalb der rechtswissenschaftlichen Analyse wird zunächst ein kurzer Einblick in die Historie der Impfpflicht in Deutschland gegeben. Im Anschluss soll geprüft werden, ob das Recht der Gesetzgebung beim Bund liegt. Ebenfalls in diesem Kapitel erfolgt die Prüfung der Verfassungsmäßigkeit der im MSG Gesetzesentwurf vorgesehenen Impfpflicht.

#### **5.3.1. Vergangene Rechtslage**

Eine Impfpflicht existierte bereits vom Jahr 1874 bis 1982. Erstmals wurde ein Impfgesetz im Jahr 1874 vom Reichstag erlassen. Dieses sah eine Impfpflicht für das gesamte Deutsche Reich vor und hatte auch in der Bundesrepublik weiterhin Bestand. Im Jahr 1976 wurde das Impfgesetz auf das Gesetz über die Pockenschutzimpfung eingeschränkt. Dieses ist 1982 außer Kraft gesetzt worden, da die Pocken zu diesem Zeitpunkt bereits seit drei Jahren eliminiert waren (Schaks & Kahnert, 2015, S.863).

#### **5.3.2. Gesetzgebungskompetenz**

Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG liegt bei Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz vor. Gleiches gilt für das Gebiet der Sozialversicherung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Demnach ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für diese Bereiche. In Art. 73 Abs. 1 Nr. 11 GG ist festgelegt, dass der Bund die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz für die Statistik für Bundeszwecke hat.

### 5.3.3. Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit

Die Einführung einer Impfpflicht gegen Masern für die in §20 Abs. 8 IfSG-E genannten Personen stellt einen Eingriff in deren Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) durch den Staat dar, wenn in den Schutzbereich dieses Grundgesetzes eingegriffen wird (WD, 2016a, S. 3). Ob ein Eingriff vorliegt, der sich jedoch verfassungsrechtlich rechtfertigen lässt, soll nun geprüft werden.

#### a) Schutzbereich

Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S.1 GG ist ein sogenanntes Jedermann-Grundrecht. Es gilt für alle Menschen in Deutschland, unabhängig von z.B. Alter oder Staatsangehörigkeit. Somit umfasst der persönliche Schutzbereich jede natürliche Person (Lang, 2019, Art. 2 Rn. 64). „Sofern das Willenselement zum Grundrechtstatbestand gerechnet wird, ist bei Kindern, sofern sie selbst keinen rechtlich erheblichen Willen bilden und/oder äußern können (im Sinne einer Einwilligung in medizinische Maßnahmen), die Einwilligung der Eltern erforderlich“ (Rixen, 2019, S. 35). Demnach wird auch vor Eingriffen, die entgegen des elterlichen Willens oder ohne Zustimmung dieses erfolgen, geschützt.

In sachlicher Hinsicht wird sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit, welche die körperliche Integrität umfasst, geschützt (Lang, 2019, Art. 2 Rn. 62). Es soll zum einen vor Staatseingriffen in die körperliche Integrität geschützt werden, zum andern besteht eine Schutzpflicht dieser durch den Staat.

#### b) Eingriff

„Ein Eingriff in ein Grundrecht ist immer dann gegeben, wenn eine unmittelbare, zielgerichtete Beeinträchtigung des Schutzbereiches erfolgt“ (WD, 2016a, S.3).

Gemäß §20 Abs. 8 Nr. 1 IfSG-E müssen sowohl Kinder, die in Kindertageseinrichtungen, Kinderhorten, Kindertagespflegen, in Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen (§ 33 Nr. 1 bis 3 IfSG-E) der Rechtspflicht nachkommen einen Nachweis über einen Impfschutz entsprechend der Empfehlungen der STIKO oder Immunität gegen Masern aufzuweisen. Ebenfalls Kinder, die bereits vier Wochen in Heimen untergebracht sind oder Personen, die bereits vier Wochen in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern untergebracht sind (Nr. 2), sowie Personen, die in einer der eben genannten Einrichtungen tätig sind (Nr. 3). Ausgenommen hiervon sind Personen, bei denen eine medizinischen Kontraindikation vorliegt. Ansonsten muss

eine Masernimpfung „aufgewiesen“ werden, was bedeutet, dass eine Masernimpfung vorgenommen werden muss, bzw. von den Eltern veranlasst werden muss. Durch die Injektion der abgeschwächten, lebenden Masernviren soll der Körper Antikörper gegen die Masernviren bilden, um so eine aktive Immunisierung zu erreichen (RKI, 2014b, Abs. 29). Im Anschluss an die Impfung kann es zu den unter 3.2.6. aufgeführten Nebenwirkungen und in sehr seltenen Fällen zu Impfkomplicationen kommen. Es wird also bereits durch die Impfung in die körperliche Integrität der Personen und somit in den Schutzbereich von Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG eingegriffen. Hinzu kommt, dass der Pflicht eine Impfung aufzuweisen auch dann nachgekommen werden muss, wenn ausschließlich Kombinationsimpfstoffe, wie es nach aktuellem Stand der Fall ist (Deutscher Ethikrat, 2019, S. 66), zur Verfügung stehen.

### c) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung

Es soll nun geprüft werden, ob der Eingriff verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist. Die Voraussetzung der Einschränkung des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit durch ein anderes Gesetz ist durch Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG gegeben. Die Rechtsgrundlage besteht durch die Änderungen im IfSG, insbesondere §§ 20 Abs. 6 bis 14 IfSG-E. Zudem muss der Eingriff verhältnismäßig sein, was im Folgenden geprüft werden soll. Damit der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gegeben ist „muss der Eingriff einem legitimen gesetzgeberischen Zweck dienen und im Übrigen, geeignet, erforderlich und angemessen sein, um diesen Zweck zu erreichen“ (WD, 2016b, S.5). Anhand dieser vier Kriterien soll nun die Prüfung erfolgen.

#### 1. Legitimes Ziel

Impfungen als „wirksamste präventive Maßnahme“ (RKI, 2014b, Abs. 29) dienen sowohl dem individuellen als auch dem gemeinschaftlichen Schutz vor Infektionskrankheiten. „Aktuelle Masernausbrüche verdeutlichen, dass in der Bevölkerung noch Impflücken bestehen“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 27), welche durch die Einführung der Impfpflicht geschlossen werden sollen. „Der Fokus liegt hierbei insbesondere bei Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kommen“ (ebd., S. 1). Mit dem durch die 95%-Impfquote erreichten gemeinschaftlichen Schutz (Herdenimmunität) soll zudem das Ziel der Elimination in Deutschland und das durch die WHO festgelegte Ziel der Ausrottung des Masernvirus verfolgt werden (ebd., S. 2). Zu den Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf zählen laut des Nationalen Aktionsplans unter anderem Kinder im Alter von 11 bis 24 Monaten, insbesondere vor Eintritt in eine Kita, Beschäftigte im Gesundheitswesen und Bevölkerungsgruppen mit einer potenziellen Unterversorgung bzw. die im Ausland

geboren wurden, wie z.B. Geflüchtete oder Asylsuchende (BMG, 2015, S. 7). Eben diese Personengruppen werden durch §20 Abs. 8 IfSG-E dazu aufgefordert einen ausreichenden Impfschutz gegen die Masernerkrankung vorzuweisen und somit explizit vor der Erkrankung geschützt zu sein. Hinzu kommt, dass das Recht auf körperliche Unversehrtheit zum einen vor staatlichen Eingriffen schützen soll, zum anderen aber eben auch „eine staatliche Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit, worunter auch der Schutz vor Infektionskrankheiten fällt“ (Schaks & Krahnert, 2015, S.864) gegenüber der Bevölkerung bedeutet. Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) begründet in der Entscheidung, dass der „Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung [...] in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates ist“ (BVerfG v. 10.06.2009 – 1 BvR 706/08 –, juris, Rn. 171), wozu auch die „Risikovorsorge gegen Gesundheitsgefährdungen“ (BVerfG v. 30.07.2008 – 1 BvR 3262/07 –, juris, Rn. 119) gehört.

„Unter Berücksichtigung der dem Gesetzgeber zuzubilligenden Einschätzungsprärogative dürfte (...) daher ein legitimes Ziel“ - zunächst das Schließen der Impflücken und das daraus resultierende Erreichen des Gemeinschaftsschutzes - „verfolgt werden“ (WD, 2016a, S. 4).

## 2. Geeignetheit

Um den eben genannten Zweck zu erfüllen, muss die Maßnahme hierfür auch geeignet sein. „Für die „Geeignetheit“ eines Gesetzes im spezifisch verfassungsrechtlichen Sinne reicht es aus, wenn durch die Regelung, die in den Schutzbereich eines Grundrechts eingreift, der gewünschte Erfolg gefördert werden kann“ (Rixen, 2019, S. 62).

Die Regelung ist in diesem Fall die in § 20 Abs. 8 IfSG-E festgehaltene Impfpflicht für Personen, die in einer Einrichtung nach § 33 IfSG-E betreut werden oder untergebracht sind und Personen, die in einer der genannten Einrichtungen oder einer medizinischen Einrichtung nach § 23 Abs. 3 S.1 IfSG tätig sind. Sie müssen einen Impfschutz bzw. eine Immunität gegen die Masern aufweisen. Von Seiten der Ausschüsse des Bundesrates wurde in Frage gestellt, ob „mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf das erstrebte Ziel des sogenannten Herdenschutzes überhaupt erreicht werden kann“ (BR Drs. 358/1/19 v. 06.09.19, S. 31). Hintergrund der Kritik ist, dass, laut der Stellungnahme der Ausschüsse, Impflücken vor allem bei nach 1970 geborenen Erwachsenen vorliegen und somit fraglich bleibt, ob durch die Impfpflicht für die in § 20 Abs. 8 IfSG-E genannten Personengruppen das Erreichen einer 95%igen Impfquote wahrscheinlich erscheint (ebd., S. 32). Auch laut der STIKO bestehen „epidemiologisch relevante Impflücken (...) aktuell insbesondere in den ersten 2-3 Lebensjahren (durch Verschieben von

Impfterminen) sowie bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum 50. Lebensjahr.“ (Mertens, 2019, S. 3 f.). Trotz dessen kann der Gemeinschaftsschutz durch die Erhöhung der Impfquoten bei den genannten Personengruppen erhöht werden, sodass das Kriterium der Geeignetheit im verfassungsrechtlichen Sinn erfüllt ist.

Ein Argument gegen die Geeignetheit der Masern-Impfung ist der fehlende Beleg der Wirksamkeit. Widersprüchlich dazu ist jedoch die Regelungen zur Zulassung und Wirksamkeit von Arzneimitteln des Arzneimittelgesetzes. Impfstoffe gehören laut § 4 Abs. 4 AMG zu den Arzneimitteln. Diese dürfen wiederum laut § 25 Abs. 2 Nr. 4 AMG nicht zugelassen werden, wenn die Wirksamkeit fehlt oder diese unzureichend begründet ist. Dies bedeutet wiederum, dass eine nachgewiesene Wirksamkeit bei Impfstoffen vorliegen muss, damit diese zugelassen werden (Schaks & Kahnert, 2015, S. 864). Laut des RKIs liegt die Effektivität einer Masernimpfung bei 91% und bei zwei Masernimpfungen zwischen 92-99% (RKI, 2014b, Abs. 30). Zwar kann es in Folge einer Masernimpfung zu gesundheitlichen Nebenwirkungen kommen, jedoch „bleiben [diese] in Intensität und Ausmaß (...) weit hinter der durch das Wildvirus ausgelösten Masern-Erkrankung zurück“ (Schaks & Kahnert, 2015, S. 865). Die Schutzimpfung stellt zudem die wirksamste präventive Maßnahme vor Infektionskrankheiten dar. Da „eine Maßnahme (...) geeignet [ist], wenn mit ihrer Hilfe das angestrebte Ziel erreicht oder gefördert werden kann“ (WD, 2016a, S.4) stellt die Impfpflicht eine im spezifisch verfassungsrechtlichen Sinne geeignete Maßnahme dar.

### 3. Erforderlichkeit

Damit der Eingriff als verhältnismäßig gilt, muss er erforderlich sein. Dies ist der Fall, „wenn kein milderer, gleich geeignetes Mittel zur Verfügung stehen würde, um die angestrebten Ziele zu erreichen“ (WD, 2016a, S. 5)

Als jetziges milderer Mittel kann die nach § 34 Abs. 10a IfSG verpflichtende ärztliche Beratung der Personensorgeberechtigten über einen vollständigen, altersgemäßen Impfschutz des Kindes genannt werden. Über diese Beratung muss bei Eintritt in eine Kindertageseinrichtung ein Nachweis erbracht werden. Falls dieser nicht vorgelegt werden kann, werden dem Gesundheitsamt personenbezogene Daten durch die Leitung übermittelt und dieses kann die betroffenen Personen laden. Inwiefern dieses Mittel als gleich geeignet zu bewerten ist, steht zur Diskussion. Die Bundesregierung kritisiert, „dass der Nachweiserbringungspflicht nach § 34 Absatz 10a Satz 1 IfSG an vielen Stellen nicht zufriedenstellend nachgekommen wird“ (BT Drs. 19/13826 v. 09.10.19, S. 3). Daraus lässt sich schließen, dass aufgrund mangelhafter

Umsetzung nicht beurteilt werden kann, ob dies eine gleich geeignete Maßnahme darstellt. Im MSG Gesetzesentwurf betont die Bundesregierung trotzdem, dass die „in der Vergangenheit getroffenen Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention (...) zu einer Steigerung der Impfquoten auch bei der Masernimpfung beigetragen“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 26) haben. Zu diesen Maßnahmen zählen die eben genannte Impfberatung der Eltern vor Erstaufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung, „Impfstatusüberprüfungen bei allen ärztlichen Routineuntersuchungen sowie verbesserte Möglichkeiten der Durchführung von Schutzimpfungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte“ (BT Drs. 19/9944 v. 07.05.19, S. 2). Da jedoch weiterhin keine Impfquote von 95% erreicht wird und eine endemische Transmission der Masern besteht, sind die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen zwar als milder, jedoch nicht als gleich geeignet zu bewerten (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 17). So ist zumindest die Einschätzung der Bundesregierung. Der frühere Vorsitzende der STIKO hingegen sieht die Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten bislang nicht als komplett ausgeschöpft und den Bedarf, bestehender Zugangsbarrieren zu Impfungen zu beseitigen, wie z.B. eine niedrigschwellige Erreichbarkeit, die Beseitigung von Fehlinformationen über Impfungen und die Aufklärung und Aufforderung an Ärzte eine Beratung entsprechend der STIKO Empfehlungen durchzuführen. Seiner Einschätzung nach existieren somit mildere Mittel, deren Geeignetheit zum jetzigen Zeitpunkt nur nicht beurteilt werden kann, da diese nicht (ausreichend) genutzt wurden (Leidel, 2019, Abs. 3 ff.). Auch die Bundestagsfraktion der Partei „Die Grünen“ kritisiert in einem Online-Beitrag, dass „viele Maßnahmen des „Nationalen Aktionsplans 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ (...) bis heute nicht umgesetzt“ wurden (2019, Abs. 4). Trotz dessen wird der Forderung entsprechend des MSG Gesetzesentwurfs zugestimmt, dass Eltern und schwangere Mütter sich darauf verlassen können müssen, sich in der Kita nicht mit Masern zu infizieren und eine Impfung als Voraussetzung für den Kitabesuch angemessen erscheint (ebd., Abs. 10).

Als weiteres milderes Mittel können die von der BZgA herausgebrachten Medien zur Impfaufklärung genannt werden. In einer Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2016 wurde explizit erfragt, ob schon einmal das Falblatt: „Impfen. Sicherer Schutz gegen Infektionskrankheiten“ gesehen oder gelesen wurde. Zielgruppe der Befragung waren Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 13 Jahren. 70% der Befragten war das Falblatt nicht bekannt. Gelesen hatten es 16% und weitere 12% hatten es schon einmal gesehen. Auffällig ist, dass unter den Personen, die das Falblatt gelesen haben, Frauen (20%) fast doppelt so häufig vertreten waren wie Männer (9%) und Eltern, die Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren haben ebenfalls häufiger vertreten waren als



Eltern mit Kindern in anderen Altersgruppen (Horstkötter et al., 2017, S. 180). Zur Bewertung der Geeignetheit dieser Maßnahme, müsste allerdings auch ein Bezug zu Impfeinstellung und tatsächlich durchgeführten Impfungen auf Grund des Faltblatts hergestellt werden. Da dieser in der Befragung nicht erfragt wurde, kann auch diese Maßnahme weder als weniger geeignet noch als gleich geeignet beurteilt werden.

Impfempfehlungen und Therapiemöglichkeiten können als mildere Mittel angesehen werden, Empfehlungen sind aber durch die Freiwilligkeit kein gleich geeignetes Mittel (WD, 2016a, S. 5). Da bislang „keine kausal wirkende kurative Therapiemöglichkeit“ (Schaks & Kahnert, 2015, S. 865) existiert und diese auch erst nach einer Erkrankung erfolgen würde, stellt eine Therapie auch kein milderes, gleich geeignetes Mittel dar.

Insgesamt ist keine sichere Aussage darüber möglich, ob „impfpolitische Maßnahmen unterhalb der Schwelle einer Einführung einer Impfpflicht die gleiche Präventionswirkung zeigen“ (Deutscher Ethikrat, 2019, S. 43). Daher muss auf die Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers verwiesen werden, nach der der Gesetzgeber in Bezug auf die Impfpflicht entschieden hat, dass diese als Maßnahme, im verfassungsrechtlichen Sinn, erforderlich ist.

In Abschnitt 5 dieser Arbeit werden Alternativen aufgeführt, die ebenfalls zu einer Steigerung der Impfquoten führen könnten und als mildere Mittel angesehen werden können. Diese beziehen sich jedoch vor allem auf andere Personengruppen als die in § 20 Abs. 8 IfSG-E genannten und zudem ist fraglich, ob diese als gleich geeignet wie die Einführung einer Impfpflicht bewertet werden können. Die Impfquoten könnten durch die Maßnahmen ebenfalls ansteigen, jedoch wird sich im MSG Gesetzesentwurf insbesondere auf Personen, die sich regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen aufhalten, fokussiert.

#### 4. Angemessenheit

Als letzter Schritt soll die Angemessenheit geprüft werden. Diese Prüfung verlangt, dass „die mit der Maßnahme einhergehenden Nachteile in einem angemessenen Verhältnis zu dem mit der Maßnahme verfolgten Zielen stehen“ (WD, 2016a, S.5).

Als Folge der Impfung können in sehr seltenen Fällen auch schwerwiegende und langfristige gesundheitliche Schäden bei den Geimpften auftreten, was einem fundamentalen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit entspricht. Andererseits gelten die heute zugelassenen Impfstoffe als gut verträglich. Die nach einer Impfung möglicherweise auftretenden Impfnebenwirkungen, wie lokale und systemische Reaktionen, treten nur in wenigen Fällen auf und

klingen wieder ab (Weißer et al., 2009, S.10). Auch die gesundheitlichen Schäden der Impfmisern, die bei circa. 5 bis 15 von 100 Personen nach der Impfung auftreten, sind im Vergleich zu den Symptomen, die sich auf Grund der Erkrankung an Masern manifestieren können, gering. Schwerwiegende Impfreaktionen wurden nur in Einzelfällen beschrieben. Dagegen treten bei 10 bis 20% der erkrankten Menschen, die in westlichen Industrienationen leben, Komplikationen auf. Insbesondere die Enzephalitis und die subakut sklerosierende Panenzephalitis gehen mit schwerwiegenden, möglicherweise dauerhaften Schäden bis hin zum Tod einher. Die Kontagiösität der Infektion ist zudem mit fast 100% sehr hoch. Die Letalität liegt zwischen 0,01 und 0,1% (BMG, 2015, S.10; Heininger, 2004, S.1132; RKI, 2014b, Abs. 16 f.). Als Vergleichswert wird die Letalität einer Pockeninfektion genannt, da bereits in Deutschland eine Pflicht zur Pockenimpfung bestand. Die Letalität bei einer Pockeninfektion liegt bei 30% (WD, 2016a, S. 5).

Als wichtigstes verfolgtes Ziel gilt das Erreichen der Herdenimmunität bzw. des Gemeinschaftsschutzes. Säuglinge und andere Menschen, die z.B. aufgrund einer Schwangerschaft oder eines geschwächten oder gestörten Immunsystems nicht geimpft werden können, können so vor einer Infektion geschützt werden (BMG, 2015, S. 11 & 17).

Gemäß § 20 Abs. 8 S. 2 IfSG-E muss der Nachweispflichtpflicht nach Satz 1 auch dann nachgekommen werden, wenn ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen. Im Moment stehen die Kombinationsimpfstoffe MMR und MMRV zur Verfügung. Die Personen werden also auch dazu verpflichtet zumindest auch die Impfungen gegen Mumps und Röteln zu erhalten, für die keine gesetzliche Pflicht besteht und „ohne dass insoweit die Grundrechtsbeschränkung ausdrücklich geregelt wird. (...) Je nach Produktionsverhalten der Pharmaindustrie oder Medikamentenzulassung durch die zuständigen Behörden, können künftig ausschließlich Impfstoffe zur Verfügung stehen, die neben dem Masernimpfstoff andere Impfstoffe beinhalten als die aktuell vertriebenen MMR-Impfstoffe“ (BR Drs. 358/1/19 v. 06.09.19, S. 32). Jedoch wird in § 20 Abs. 14 IfSG-E für die Abs. 6 bis 12 eine Einschränkung des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit geregelt, also auch für die Verpflichtung eine Impfung mit einem Kombinationsimpfstoff zu erhalten. Die im Vergleich zu den Krankheitsfolgen milden Impfnebenwirkungen, mit denen für eine Verhältnismäßigkeit argumentiert wurde, sind außerdem bereits auf den Kombinationsimpfstoff bezogen.

Die Impfpflicht scheint also angemessen zu sein um das Ziel des Gemeinschaftsschutzes vor den hochansteckenden Masern, die zu zahlreichen Komplikationen führen können, zu erreichen, da die Folgen der MMR-Impfung als wesentlich milder einzustufen sind.

## 5. Fazit

Der Bundestag kommt zu folgendem Entschluss: „Der Eingriff ist durch die damit verfolgten öffentlichen Ziele des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Zum Schutz der Personen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 4, Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 und medizinischen Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 vor den teilweise schwer verlaufenden Maserninfektionen ist eine gesetzliche Verpflichtung zum Vorhandensein von Immunität oder Impfschutz gegen Masern bei den in Absatz 8 genannten Personen verhältnismäßig“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 31). Dieser Bewertung kann zugestimmt werden. Die Impfpflicht als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dient einem legitimen Zweck und ist geeignet, erforderlich und angemessen, um das Ziel eines „besseren individuellen Schutz insbesondere von vulnerablen Personengruppen sowie einen ausreichenden Gemeinschaftsschutz vor Maserninfektionen zu erreichen“ (ebd., S.1). In einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von 1959 wird zudem noch einmal auf die staatliche Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit aller verwiesen. Im Urteil heißt es: „Der Wesensgehalt des Grundrechts der körperlichen Unversehrtheit wird nicht durch einen Eingriff angetastet, dessen Zielsetzung gerade die Erhaltung der Unversehrtheit ist“ (BVerwG v. 14.07.1959 – I C 170.56 -, juris, Rn. 18).

### 5.3.4. Grundrecht auf elterliche Sorge

Im MSG Gesetzesentwurf sind vor allem gemäß § 20 Abs. 8 IfSG-E Kinder, bzw. nach § 20 Abs. 13 IfSG-E dessen Sorgeberechtigte dazu verpflichtet einen den Empfehlungen der STIKO entsprechenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern vorzuweisen.

#### a) Schutzbereich

Laut Art. 6 Abs. 2 GG sind die Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern. Dieses Grundrecht bietet einerseits Schutz vor staatlichen Eingriffen, andererseits bedeutet es für die Eltern die Grundpflicht für das körperliche und seelische Wohl des Kindes zu sorgen und die Verantwortung für die Erziehung des Kindes zu haben. Als oberster Maßstab gilt hierbei das Kindeswohl (Badura, 2019, Art. 6 Rn. 110). Die Eltern können grundsätzlich „frei von staatlichem Einfluss nach eigenen Vorstellungen darüber entscheiden, wie sie ihrer

Elternverantwortung gerecht werden wollen“ (BVerfG v. 16.01.03 - 2 BvR 716/01 -, juris, Rn. 62). Es wird den Eltern der Vorrang bei der Pflege und Erziehung des Kindes garantiert, „auch wenn gleichzeitig die staatliche Gemeinschaft zum Wächter bestellt wird“ (Uhle, 2018, Art. 6 Rn. 46).

## b) Eingriff

Unter den Begriff der Pflege fallen auch medizinische Behandlungen, zu denen Impfungen zu zählen sind. Da die Eltern nach §20 Abs. 9 S.1 IfSG-E dazu verpflichtet sind, die Impfung des Kindes nachzuweisen und somit auch zu veranlassen und Impfungen als medizinische Behandlung das körperliche Wohl des Kindes betreffen, wird den Eltern die Entscheidung über die Pflege des Kindes abgenommen und in das Erziehungsrecht eingegriffen. Verstärkt wird dieser Eingriff durch die Einhaltungspflichten, die mit der Impfpflicht einhergehen. Hierzu zählt zum einen das Aufnahmeverbot in Gemeinschaftseinrichtungen § 20 Abs. 9 S. 4 IfSG-E oder § 20 Abs. 12 S. 3, zum anderen die Ahndung mit Bußgeldern nach § 73 Abs. 2 IfSG-E.

Auch dieser Eingriff in das Grundrecht ist nur dann zulässig, wenn eine Verhältnismäßigkeit vorliegt. Diese soll wieder anhand der vier Kriterien geprüft werden.

### 1. Legitimes Ziel

Die Frage nach dem legitimen Ziel der staatlichen Maßnahme wurde bereits in Abschnitt 4.4.3. beantwortet. Ziel ist die gesamte Bevölkerung vor der Maserninfektion und den daraus möglicherweise entstehenden Schäden, durch das Erreichen hoher Impfquoten, zu schützen und die die Elimination der Masern zu erreichen.

### 2. Geeignetheit

Eben dieses Ziel kann durch die Einführung der Impfpflicht, wie bereits in Abschnitt 4.4.3. erläutert, gefördert werden und stellt daher eine geeignete Maßnahme dar.

### 3. Erforderlichkeit

Die Frage nach der Erforderlichkeit lässt sich nicht endgültig beantworten, da nicht abschließend bewertet werden kann, ob andere mildere und gleich geeignete staatliche Maßnahmen ebenfalls zur Erreichung des Ziels führen würden. Der Gesetzgeber geht jedoch im Rahmen seiner Einschätzungsprärogative von der Geeignetheit der Impfpflicht aus, wie sich aus der Zustimmung des Bundestages zum Masernschutzgesetz am 14. November 2019 entnehmen lässt (Deutscher Bundestag, Online-Dienste, 2019, Abs. 1).

#### 4. Angemessenheit

Da der Vorrang bei der Pflege und Erziehung des Kindes bei den Eltern liegt (Art. 6 Abs. 2 GG), darf bzw. muss das staatliche Wächteramt nur dann eingreifen, wenn eine Gefahr für das Kindeswohl vorliegt. Dieses staatliche Wächteramt ergibt sich aus Art. 6 Abs. 2 S. 2, indem es heißt: „über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“. Gemeint ist hier die Betätigung der Eltern. Eine Gefährdung des Kindeswohls liegt jedoch nicht vor, wenn eine aus Sicht des Staates optimale Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet ist, da diese Entscheidung den Eltern vorbehalten bleibt. Somit ist der Staat „in der Wahl seiner Handlungen auf ein ‚Interventionsminimum‘ beschränkt“ (WD, 2016b, S. 6). Demnach liegt das Entscheidungsrecht der Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Impfung für das Kindeswohl bei den Eltern.

Eine Rechtfertigung für einen Eingriff in das in Art. 6 Abs. 2 GG festgehaltene Recht könnte sich daher zum einen „aufgrund der Ausübung des staatlichen Wächteramtes“ (ebd., S. 5) ergeben, wobei jedoch hohe gesetzliche Anforderungen bestünden. Zum anderen ergäbe sich daraus, dass der Staat auch gegenüber Dritten eine Schutzpflicht für dessen Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG hat und somit neben dem Individualschutz des Kindes auch den Gemeinschaftsschutz im Sinn hat. Es liegt also kollidierendes Verfassungsrecht vor.

In Folge einer Maserninfektion kann es zu einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) kommen. Insgesamt kommt es zu ca. 4 bis 11 Fällen pro 100.000 Masernerkrankungen. Das Risiko für Kinder unter 5 Jahren ist mit ca. 20 bis 60 Fällen pro 100.000 Erkrankungen, also einer Wahrscheinlichkeit von 0,02 bis 0,06% deutlich höher. Auch die hohe Kontagiösität der Masern verdeutlicht die Notwendigkeit des Schutzes des Kindes und der Allgemeinheit (RKI, 2014b, Abs. 17). Auch der deutsche Ethikrat betont, dass bei der Abwägung berücksichtigt werden muss, „dass der Staat sich nicht einfach anmaßt, die elterliche Entscheidung über die Sinnhaftigkeit der Schutzimpfung zu übergehen; die Einführung einer Impfpflicht zielt bei der Masernimpfung (anders als etwa bei der Tetanusimpfung) über das konkrete Kind hinaus auf den Gemeinschaftsschutz (Herdenimmunität) als wichtiges Gemeinwohlziel“ (Deutscher Ethikrat, 2019, S. 43 f.).

Hinzu kommt, dass bereits festgestellt wurde, dass ein Eingriff in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gerechtfertigt ist und daher, dass „zum Wohle des Kindes wahrzunehmende Recht auf die elterliche Sorge keine strengeren Maßstäbe bereithalten“ kann (Schaks & Kahnert, 2015, S. 866). Ein Beschluss des Bundesgerichtshofes deutet zudem darauf hin, Impfungen als Teil des

Kindeswohls anzusehen, da das Elternteil mit einer „affirmativen Haltung bezüglich der Impfvorsorge besser geeignet [sei], eine kindeswohlkonforme Entscheidung“ (BGH v. 03.05.2017 - XII 157/16 -, juris, Rn. 8) zu treffen.

Demnach scheint der Eingriff in das Grundrecht auf elterliche Sorge angemessen, um der staatlichen Schutzpflicht, die sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ergibt, nachzukommen.

## 5. Fazit

Im Ergebnis war der Eingriff, auf Grund von kollidierendem Verfassungsrecht, verhältnismäßig und damit auch rechtmäßig. Das Grundrecht auf elterliche Sorge nach Art. 6 Abs. 2 GG wird nicht verletzt.

### 5.3.5. Glauben-, Gewissens- und Bekenntnisfreiheit

Die Einführung der Impfpflicht kann für Personengruppen, die einer Religion angehören, die Impfungen aus Glaubensgründen ablehnen, einen Eingriff in die Religionsfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 und 2 GG bedeuten. „Diese Freiheit steht nicht unter einem ausdrücklichen Gesetzesvorbehalt“ (Schaks & Kahnert, 2015, S.866), wie z.B. das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit. Durch den Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit Dritter (Art. 2 Abs. 2 GG) liegt jedoch kollidierendes Verfassungsrecht vor, welches eine Rechtfertigung für einen Eingriff in die Religionsfreiheit darstellen könnte. Dies soll im Folgenden geprüft werden.

#### a) Schutzbereich

Es handelt sich um ein Jedermann-Recht, weshalb der persönliche Schutzbereich des Art. 4 Abs. 1 und 2 GG jeden Menschen einbezieht. Dazu zählen auch Personenvereinigungen, da auch die kollektive Religionsfreiheit geschützt wird. In sachlicher Hinsicht wird die Freiheit geschützt sich für jeglichen Glauben oder Weltanschauung zu entscheiden, zu äußern und danach zu handeln. „Daraus folgt auch die negative Freiheit der Ablehnung religiöser Bindungen und Symbole (...) sowie das Recht, Glaubensgeleitet und unabhängig von imperativen Glaubenssätzen zu Leben“ (Schmidt, 2020, Art. 4 Rn.5).

#### b) Eingriff

„Die individuelle Glaubens- und Bekenntnisfreiheit dient primär der Abwehr staatl. Eingriffe. Das Grundrecht ist beeinträchtigt, wenn der Staat Tätigkeiten regelt oder faktisch in erhebl. [=erheblicher] Weise behindert, die durch religiöse oder weltanschaul. [=weltanschauliche]

Überzeugungen geleitet oder beeinflusst werden“ (Schmidt, 2020, Art. 4 Rn.14). Der Staat fordert im Fall des Masernschutzgesetzes nach § 20 Abs. 8 S. 1 einen Nachweis über eine Schutzimpfung oder eine Immunität gegen die Masern. Liegt keine Immunität vor muss also eine Schutzimpfung durchgeführt werden. Werden Impfungen von Personen, die nach § 20 Abs. 8 S. Nr. 1 bis 3 von der Impfpflicht betroffen sind, durch Berufung auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses abgelehnt, liegt also ein staatlicher Eingriff in das Grundrecht nach Art. 4 Abs 1 und 2 vor.

#### c) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung

Eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung kann sich auf Grund von kollidierendem Verfassungsrecht ergeben, da der Staat die Pflicht hat die körperliche Unversehrtheit und das Leben Dritter nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG zu schützen. Der Eingriff lässt sich trotzdem nur rechtfertigen, wenn er verhältnismäßig ist. Ob die Einführung der Impfpflicht einen legitimen Zweck verfolgt und zudem geeignet und erforderlich ist, wurde bereits geprüft, weshalb an dieser Stelle auf Abschnitt 4.4.3. verwiesen wird. Der legitime Zweck besteht vor allem darin, dass Grundrecht Dritter auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S.1 GG zu schützen, da dieses Grundrecht zwar vor staatlichen Eingriffen schützt, aber ebenso eine Pflicht zum Schutz dieses Grundrechts durch den Staat fordert. Ob die Impfpflicht als Maßnahme zum Erreichen des Gemeinschaftsschutzes und zum Erfüllen der staatlichen Schutzpflicht für das kollidierende Grundrecht (Schutz der körperlichen Unversehrtheit Dritter) im Verhältnis zu den Auswirkungen des Eingriffs in das vorbehaltlose Grundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit angemessen ist, muss noch geprüft werden.

Durch die Einführung der Impfpflicht soll der Individualschutz erreicht werden, aber vor allem der Gemeinschaftsschutz durch die Herdenimmunität. Somit soll durch die Impfpflicht die körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG Dritter vor einer Ansteckung und den möglichen komplizierten Folgen einer Maserninfektion geschützt werden. Der Staat würde daher durch die Einführung der Impfpflicht seiner staatlichen Schutzpflicht nachkommen. Herzog äußert sich zu dieser Thematik wie folgt: „Man kann sich sehr wohl Fälle vorstellen, in denen auch die gewissensbedingte Weigerung des Impflings zum unmittelbaren Angriff auf fremdes Leben oder zumindest auf fremde Gesundheit werden kann und in denen infolgedessen die Gewissensentscheidung nach Art. 4 I auch von Verfassungs wegen nicht mehr toleriert werden kann. Wenn die überwiegende Mehrheit des Volkes die Impfung verweigert, wird man davon ausgehen können, daß einer raschen Ausbreitung von Epidemien nicht mehr entgegengewirkt

werden kann, so daß auch die zur Impfung bereite Minderheit durch dieses Verhalten ernstlich gefährdet wird.“ Die überwiegende Mehrheit bedeutet in diesem Fall mehr als 5% der Bevölkerung, da dann die benötigte Impfquote von 95% unterschritten wäre. Wäre dies der Fall „muß der Staat das Recht haben, auch gegenüber Gewissensentscheidungen des Einzelnen seine Pflicht zur Sicherung der menschlichen Existenz zu erfüllen“ (Herzog, in Maunz/Dürig GG Kommentar (Stand: 27. Lieferung), zitiert nach Schaks & Kahnert, 2015, S. 866). Somit ist zur Sicherung der körperlichen Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG die Impfpflicht als Maßnahme, auch wenn dadurch die Glaubensfreiheit eingeschränkt sein könnte, angemessen. Entscheidend ist hierbei, dass dies lediglich als ultima ratio zu erwägen ist, falls es aufgrund von Impfverweigerern aus Glaubens-, Religions- oder Bekenntnisgründen nicht zu einer 95% hohen Impfquote kommen sollte. Als problematisch stellt sich bei dieser Beurteilung raus, dass es „konkreter Zahlen über die Häufigkeit der Ablehnung der Schutzimpfung gegen Masern aus Glaubens- oder Bekenntnisgründen“ (Schaks & Kahnert, 2015, S. 866) bedarf und diese derzeit nicht existieren.

Insofern ist der Grundrechtseingriff in Art. 4 Abs. 1 und 2 GG verfassungsrechtlich gerechtfertigt, wobei „angesichts der Individualität des persönlichen Glaubens und Bekenntnisses und des vorrangig zu berücksichtigenden Selbstverständnisses der Grundrechtsträger (...) pauschale Lösungen allgemein verworfen“ (ebd.) werden und die „individuelle Entscheidung Vorrang vor dem Interesse der Allgemeinheit an dem Gesundheitsschutz“ (ebd.) haben sollte, solange dieser nicht gefährdet wird.

## **6. Pro und Contra einer Impfpflicht nach dem Masernschutzgesetz**

Es soll im Folgenden diskutiert werden, was für und gegen das Masernschutzgesetz, insbesondere die darin vorgesehene Impfpflicht nach § 20 IfSG-E spricht und ob die Wahl der zum Nachweis verpflichteten Personen sinnvoll erscheint.

Eindeutig für die im Masernschutzgesetz geplante Impfpflicht sprechen die aktuellen Masernausbrüche (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 26). In diesem Jahr wurden bis zum 07.12.2019 503 Masernfälle gemeldet (SurvStat@RKI 2.0, Abfragedatum: 08.12.2019). Hinzu kommt, dass das von der WHO vorgegebene Ziel der Masernelimination bis zum Jahr 2015 und wahrscheinlich auch bis zum Jahr 2020 nicht erreicht werden kann. Auch der „Nationale Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ hat die Elimination der Masern bis zum Jahr 2020 zum Ziel. Dieses Ziel wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erreicht, da bisherige Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg zeigen (Deutscher Ethikrat,



2019, S. 10). Dadurch, dass die Masern auch zukünftig in der Bevölkerung zirkulieren, besteht fortwehrend die Gefahr zu erkranken. Insbesondere die Personen, die aus verschiedenen Gründen keine Impfung erhalten können, müssen durch die Gemeinschaft geschützt werden. Eine Impfpflicht sollte daher eingeführt werden, um das Ziel der Herdenimmunität schlussendlich zu erreichen. Im MSG Gesetzesentwurf wurde dies explizit genannt und auf die besondere Bedeutung des Schutzes in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen hingewiesen (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 16). Damit die Personen dort ausreichend geschützt sind, erscheint eine Impfpflicht sinnvoll und notwendig.

Diverse Studien und Untersuchungen zeigen, dass die Impfquoten bei Kindern in den letzten Jahren gestiegen sind. Lag die Impfquote bei den Schuleingangsuntersuchungen für die erste Masernimpfung 2006 noch bei 94,5%, lag sie 2017 bereits bei 97,1%. Die erforderliche Impfquote von 95% wurde zudem 2016 und 2017 in allen Bundesländern für die erste Masernimpfung erreicht. Auch für die zweite Masernimpfung lässt sich ein signifikanter Anstieg verzeichnen. Vom Jahr 2006 (83,2%) bis zum Jahr 2010 stieg die Impfquote um 8,3%. Laut dieser Daten erscheint die Einführung der Impfpflicht nicht notwendig. Problematisch ist jedoch, dass trotz des Anstiegs 2017 eine Impfquote von 92,8% verzeichnet wurde und somit die zur Herdenimmunität benötigten 95% nicht erreicht wurden (RKI, 2008, S. 56; RKI, 2012, S. 137; RKI, 2018b, S. 153; RKI, 2019a, S. 149). Die Ergebnisse der KiGGS Welle 2 bestätigen dies. Die Impfquote für 3- bis 6-Jährige, also Kinder im Einschulungsalter, lag für die erste Masernimpfung bei 97,3% für die zweite Masernimpfung lediglich bei 91,9%. Bei Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren lag die Impfquote für die zweite Masernimpfung immerhin bei 94,9% (Poethko-Müller, 2019, S. 416). Weiter ist zu kritisieren, dass die Impfungen oftmals nicht zu den von der STIKO empfohlenen Zeitpunkten verabreicht werden. Dies lässt sich aus den Daten der KV-Impfsurveillance entnehmen. Die erste Impfung sollte laut der STIKO im Alter von 11-14 Monaten verabreicht werden, jedoch haben nur 89,5% der 15 Monate alten Kleinkinder die erste Impfdosis erhalten (Geburtsjahrgang 2014). Eine Impfquote von 95% wird erst bei Kleinkindern im Alter von 24 Monaten erreicht. Auch für die zweite Impfdosis, die im Alter von 15-23 Monate geimpft werden sollte, zeigt sich eine deutliche Verzögerung der Gabe des Impfstoffs. Nur 73,9% der Kleinkinder im Alter von 24 Monaten (Geburtsjahrgang 2014) haben die zweite Impfdosis zeitgerecht erhalten (RKI, 2018a, S. 3). Da die Sächsische Impfkommision eine andere Empfehlung der Verabreichung der zweiten Impfdosis vorsieht, ist das Bundesland Sachsen für die Berechnung der Impfquote für die zweite Masernimpfdosis ausgenommen.

Insgesamt lässt sich durch diese Daten ein signifikanter Anstieg der Inanspruchnahme der ersten und der zweiten Masernimpfung bestätigen. Gerade mit Blick auf die erste Masernimpfung muss betont werden, dass die für den Gemeinschaftsschutz benötigte Impfquote von 95% bei der ersten Masernimpfung erreicht wurde. Dies spricht auch für eine vorhandene Impfbereitschaft seitens der Eltern und daher zunächst gegen eine Impfpflicht. Dass die Impfungen jedoch zu spät erfolgen und die Impfquote für die zweite Masernimpfung seit 2013 fast stagniert, spricht wiederum für die Einführung einer Impfpflicht nach § 20 Abs. 8 IfSG-E.

Die STIKO empfiehlt für nach 1970 geborene Personen, deren Impfstatus unklar ist oder die in der Kindheit nur eine Impfdosis erhalten haben, ebenfalls eine Masernimpfdosis. Laut der DEGS1-Studie, die von 2008 bis 2011 durchgeführt wurde, bestehen große Impflücken bei (jungen) Erwachsenen, was bei der Bewertung der von der Impfpflicht betroffenen Personengruppen beachtet werden muss. Von den 18- bis 29-Jährigen haben nur 79,8% mindestens eine Masern-Impfdosis erhalten. Auch die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen verfehlt die 95%-Quote weit. Nicht einmal die Hälfte (46,7%) der Personen in diesem Alter haben zumindest eine Impfdosis erhalten. Mit zunehmendem Alter sinkt die Quote weiter (Poethko-Müller & Schmitz, 2013, S. 849).

Aus diesen Daten erscheint die Kritik, dass die Impfpflicht vor allem (Klein)Kinder betrifft und somit die Personengruppe mit den größten Impflücken verfehlt, berechtigt. Diese wird beispielsweise von Prof. Dr. Cornelia Betsch (2019, Abs. 2) und vom Vorsitzenden der STIKO Prof. Dr. Thomas Mertens (2019, S. 3 f.). Zudem wird auch im „Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ erklärt, dass „junge Kinder heutzutage zu einem hohen Anteil durch Impfungen geschützt“ (BMG, 2015, S. 17) sind. Das BMG begründet die Wahl der Personengruppen durch zwei ausschlaggebende Faktoren: Die Schutzbedürftigkeit und das Ansteckungsrisiko. Die Schutzbedürftigkeit ist insbesondere bei Säuglingen, die noch nicht das für die Impfung erforderliche Alter erreicht haben und Kleinkindern sehr hoch. „Das Ansteckungsrisiko ist in Einrichtungen besonders hoch, in denen die Personen in engen und längeren Kontakt miteinander kommen können“ (BMG, 2019, Abs. 9), wie es vor allem in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen der Fall ist. Daher scheint der Nachweis über einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern für Personen die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nr. 1 bis 3 betreut werden, Personen die bereits vier Wochen in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nr. 4 betreut werden sowie Personen die dort oder in einer Einrichtung nach § 23 Abs. 3 S. 1 tätig sind, sinnvoll. Für eine Impfpflicht für Personen, die bereits vier Wochen in einer Einrichtung nach § 36 Abs. 1 Nr. 4 untergebracht

oder dort tätig sind spricht, dass es sich auch um Gemeinschaftseinrichtungen handelt, in denen viele Personen auf engem Raum zusammenleben. „Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler sind in der Regel auf Grund kriegsbedingter Umstände in den Herkunftsländern, Flucht oder wegen des in den Herkunftsländern nicht funktionierenden Gesundheitssystems nicht geimpft“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 27), was ebenfalls für eine Impfpflicht dieser Personengruppe spricht.

Aus den niedrigen Impfquoten bei (jungen) Erwachsenen lässt sich somit nicht zwingend schließen, dass die Impfpflicht bei den falschen Personengruppen ansetzt, sondern, dass in diesem Bereich ebenfalls Maßnahmen getroffen werden müssen, um die Impflücken zu schließen. Dies bestätigen auch die Daten über den Anteil der Altersgruppen an den übermittelten Masernfällen in Deutschland. „Lag im Jahr 2003 der Anteil der übermittelten Masernfälle im Alter bis 9 Jahren noch bei rund 70%, so waren es im Jahr 2013 nur noch 29%, im Jahr 2014 37%“ (BMG, 2015, S. 17). Auch im Jahr 2018 lag der Anteil nur bei 31%. Der Anteil der über 20-Jährigen an den übermittelten Masernfällen steigt zunehmend. Im Jahr 2014 lag der Anteil bei rund 40%, im Jahr 2018 machten Personen im Alter von 20 Jahren oder älter knapp die Hälfte der Masernfälle aus (SurvStat@RKI 2.0, Abfragedatum: 15.11.2019).

Doch der Forderung, dass „Maßnahmen zur Steigerung und Stabilisierung der Impfquoten stärker als bislang auch bei den Erwachsenen ansetzen“ (BT Drs. 19/9960 v. 08.05.19, S. 2) müssen, wird zum Teil auch durch das Masernschutzgesetz nachgekommen. Durch die Einführung des Gesetzes wird nach § 20 Abs. 4 IfSG-E jeder Arzt zur Durchführung von Schutzimpfungen berechtigt. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit durchführen. Durch diese Maßnahme wird auch für Jugendliche und Erwachsene der Zugang zu Impfungen vereinfacht, da jeder Arztkontakt genutzt werden kann, um den Impfstatus zu überprüfen und gegebenenfalls zu vervollständigen. Dies stellt eine Maßnahme zur Erhöhung der Impfquoten in dieser Zielgruppe dar und spricht somit für die Einführung des Masernschutzgesetzes. Auch der Vorsitzende der STIKO Thomas Mertens (2019, S. 2), die Bundesärztekammer (2019, S. 4) und der Deutsche Ethikrat (2019, S. 86) sprechen sich für die Durchführung von Schutzimpfungen durch jeden Arzt aus.

Eine weitere Maßnahme des Masernschutzgesetzes, die sich nicht nur auf die in § 20 Abs. 8 IfSG-E genannten Personen bezieht, ist die Einführung der Möglichkeit der elektronischen Impfdokumentation. Zudem soll nach § 22 Abs. 4 IfSG-E in der Impfdokumentation über notwendige Folge- und Auffrischimpfungen mit Terminvorschlägen informiert werden, sodass die

geimpfte Person diese rechtzeitig wahrnehmen kann. Anschließend an diese Maßnahme sollen die Krankenkassen zudem die Versicherten über fällige Schutzimpfungen in geeigneter Form, z.B. auf postalischem Weg, informieren (§ 20i Abs. 4 SGB V-E). Eine Untersuchung des Bundeskanzleramtes konnte nachweisen, dass „eine direkte postalische Ansprache mit neutralen Informationen zu Masernerkrankung und -impfung dazu beitragen kann, die Impffzahlen bei der wichtigen Zielgruppe der nach 1970 geborenen Erwachsenen zu erhöhen“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 26). Dies spricht ebenfalls für die Einführung des Masernschutzgesetzes, da durch die Digitalisierung und Erinnerung an Impfungen auch die Zielgruppe der (jungen) Erwachsenen angesprochen wird.

Für die Impfpflicht bei (Klein)Kindern spricht zudem, dass in den vergangenen Jahren die höchste altersspezifische Inzidenz bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren vorliegt. „Sie lag [2018] bei Kindern im ersten Lebensjahr bei 4,7 Erkr./100.000 Einw. und bei den Einjährigen bei 4,8 Erkr./100.00 Einw.“ (RKI, 2019e, S. 172). Auch bei Kindern im Alter von 2 Jahren ist die Inzidenz mit 2,5 Erkr./100.000 Einw. noch sehr hoch (ebd.). Daher ist der Schutz dieser Kinder durch Individual- und Gemeinschaftsschutz durch hohe Impfquoten besonders wichtig.

Vom Bundesrat wurden auch Argumente geäußert, die gegen die Sanktionen, die mit der Impfpflicht einhergehen, sprechen. Der Ausschluss vom Kitabesuch, der nach § 20 Abs. 9 S. 4 oder Abs. 12 S. 3 IfSG-E von der Leitung der Einrichtung oder dem Gesundheitsamt beschlossen werden kann, erschwert zum einen das Erreichen der Eltern und zum anderen würde „der Ansatz eines möglichst barrierefreien Zugangs zu Bildungseinrichtungen und die damit einhergehende Förderung von Chancengleichheit (...) damit konterkariert“ (BT Drs. 19/13452 v. 23.09.19, S. 46) werden. Auf der anderen Seite kann ein Ausschluss von Gemeinschaftseinrichtungen bereits jetzt nach § 28 Abs. 2 IfSG erfolgen, falls eine Person in einer Gemeinschaftseinrichtung an Masern erkrankt, dessen verdächtig oder ansteckungsverdächtig ist. Personen, die in dieser Situation keinen Impfschutz oder Immunität gegen Masern nachweisen können, können aus der Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Dadurch soll die nicht geimpfte Person geschützt werden. Durch die Sanktionen nach § 20 Abs. 9 S. 4 und Abs. 12 S. 3 IfSG-E wird auch der Gemeinschaftsschutz verfolgt (BT Drs. 19/13826 v. 09.10.19, S. 2).

Gegen die Einführung der Impfpflicht spricht die insgesamt positive Einstellung der Bevölkerung in Deutschland gegenüber Impfungen, was sich aus den Daten der bevölkerungsrepräsentativen Infektionsschutz Studie der BZgA von 2016 ergibt. Insgesamt stehen knapp dreiviertel der Erwachsenen dem Impfen generell „(eher) positiv“ gegenüber (Horstkötter et al., 2017, S.

31). Fast alle Erwachsenen mit Kindern im Alter von 0 bis 13 Jahren stehen Impfungen „(eher) befürwortend“ gegenüber und erachten den Impfschutz des Kindes für „(besonders) wichtig“. Speziell bezogen auf die Masernerkrankung halten 76% der Eltern die Erkrankung für „(sehr) gefährlich“ für das Kind und fast alle der befragten Eltern schätzen auch eine Impfung dagegen als notwendig ein (ebd., S. 129 ff.). Die Confidence-Werte scheinen also hoch zu sein, da eine befürwortende Impfung auch dafür spricht, dass der Sicherheit und Wirksamkeit von Impfungen vertraut wird. Auch scheint eine Risikowahrnehmung gegenüber der Erkrankung zu bestehen. Dies spricht dafür, dass auch ohne die Einführung einer Pflicht zum Impfen die Impfquoten weiter erhöht werden könnten und spricht daher gegen die im Masernschutzgesetz vorgesehene Impfpflicht nach § 20 Abs. 8 Nr. 1 und 2 IfSG-E. Eine generelle Impfbereitschaft, insbesondere unter den Eltern, besteht, weshalb in Frage gestellt werden muss, ob eine Impfpflicht für Kinder nötig erscheint oder anhand der Auswertung der Constraints-Faktoren andere Maßnahmen ausreichen könnten. 99% der Eltern bevorzugen als Informationsquelle zum Thema Impfen ein persönliches Gespräch mit einem Arzt und 88% ein Gespräch mit einer medizinischen Fachkraft (ebd., S. 176). Daraus lässt sich schließen, dass Ärzte einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen das Impfen ausüben. Daher erscheint es sinnvoll vor allem die Ärzte über das Thema Impfen aufzuklären, damit eine angemessene Beratung erfolgen kann. Da die Beratung nach § 34 Abs. 10a IfSG vor der Erstaufnahme in eine Kita verpflichtend ist, könnte dies auch eine Möglichkeit darstellen, um die Impfquote bei (Klein)Kindern zu steigern. Dies stellt definitiv ein milderer Mittel dar, ist nach Meinung des Gesetzgebers jedoch nicht gleich geeignet. Trotzdem sollte auch die Ärzteschaft bei der Aufklärung miteinbezogen werden, da diese eine wichtige Rolle bei der Impfentscheidung spielt und die Verbreitung von Fehlinformationen gestoppt werden muss. Diese Aufgabe ist nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 IfSG bereits dem RKI zugeteilt, sollte jedoch weiter ausgebaut werden, da laut der Studie der BZgA 19% der Eltern als Grund für eine nicht erfolgte Impfung eine ablehnende Einstellung und Beratung des Arztes nannten (ebd., S. 149).

An der Impfpflicht wird z.B. vom STIKO Vorsitzenden Thomas Mertens (2019, S. 2) kritisiert, dass die Aufklärung und Information der Bevölkerung bislang nicht in ausreichendem Maße erfolgt ist und auch diese zu einer Steigerung der Impfquoten führen kann, ohne dass eine Pflicht eingeführt werden muss. Die Aufklärung wurde jedoch auch im MSG Entwurf in § 20 Abs. 1 IfSG-E beachtet. Der BZgA wird die Aufgabe zugeteilt, die Bevölkerung zielgruppenspezifisch über die Bedeutung von Schutzimpfungen zu informieren. Der Aufklärung kommt eine besonders wichtige Bedeutung zu, da sich nur 31% der Eltern sehr gut über Impfungen

informiert fühlen (Horstkötter et al., 2017, S. 174). Zudem sehen einige Eltern keine Notwendigkeit in der Impfung oder haben Angst vor Nebenwirkungen oder Impfschäden (ebd., S.150). Diese Zweifel müssen beseitigt werden und die Eltern über die Sicherheit und Bedeutung von Impfungen aufgeklärt werden, um den Gemeinschaftsschutz zu erreichen. Dass die Aufklärung im MSG Gesetzesentwurf als Aufgabe der BZgA benannt wurde, spricht für das Masernschutzgesetz. Da allerdings auch die Befürchtung besteht, dass durch die Masernimpfpflicht die Inanspruchnahme anderer Impfungen zurückgeht und die Impfgegner und Impfskeptiker sich stärker gegen Impfungen stellen (Mertens, 2019, S. 4), ist diese zwingend notwendig. Prof. Dr. Cornelia Betsch weist auf die psychologischen Nebenwirkungen hin, die mit einer Impfpflicht, die nur für die Masern eingeführt wird, einhergehen können. „Eine Studie hat gezeigt, dass in einem solchen Fall eine freiwillige Impfung insbesondere von etwas kritischeren Personen ausgelassen wird. Dies hat mit psychologischer Reaktanz zu tun, also Ärger als Antwort auf die Einschränkung von Entscheidungsfreiheit. Diese Entscheidungsfreiheit holen sich die Personen dann bei freiwilligen Impfungen zurück und impfen dann eher nicht“ (Betsch, 2019, Abs. 4). Eine Impfpflicht, insbesondere nur für eine Schutzimpfung, erscheint danach nicht sinnvoll. Somit ist es aber zwingend erforderlich weiterhin ausreichend über alle Erkrankungen, für die eine wirksame Schutzimpfung vorliegt und über die jeweilige Impfung zu informieren, um dieser möglicherweise eintretenden Reaktion entgegenzuwirken.

Eine andere Maßnahme als eine Pflicht zur Impfung mit Sanktionen, stellt zudem die Einführung von Recallsystemen bzw. Erinnerungen an bevorstehende Impfungen dar, wie sie z.B. von der STIKO empfohlen werden (Mertens, 2019, S. 2). Durch Recallsysteme werden Patienten z.B. über Impftermine beispielsweise per SMS, E-Mail oder Brief informiert (Hindringer, 2007, S. 17). Diese wird zum Teil durch das Masernschutzgesetz eingeführt. Wie bereits erwähnt, werden die Krankenkassen ausdrücklich dazu ermächtigt die Versicherten über fällige Schutzimpfungen zu benachrichtigen. Die Bundesärztekammer empfiehlt allerdings darüber hinaus die „Einführung von Recallsystemen in Arztpraxen insbesondere bei den U-Untersuchungen, beim Beginn des Besuchs einer Kinderbetreuungseinrichtung sowie beim Schulbeginn sowie bei der U9-Untersuchung und der Schuluntersuchung“ (2019, S.9). Auch der Deutsche Ethikrat empfiehlt: „Haus- und Kinderarztpraxen sollten verpflichtet werden Impf-Erinnerungssysteme einzusetzen“ (2019, S. 86).

## 7. Fazit

Es ist deutlich geworden, dass bei der Anzahl der gemeldeten Masernerkrankungen in den letzten Jahren signifikante Schwankungen verzeichnet wurden. Zwar ist die Anzahl zum jetzigen Zeitpunkt geringer als im vorigen Jahr, jedoch stellt dies keinen Grund dar, um keine weiteren Maßnahmen zur Reduktion dieses Wertes zu treffen. Bereits seit mehreren Jahren ist es Ziel der Regierung die Masern zu eliminieren. Dieses Ziel wurde in verschiedenen Dokumenten, wie dem „Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ und dem „European Vaccine Action Plan 2015-2020“, festgehalten. Da die Elimination der Masern bis 2020 bislang unwahrscheinlich erscheint, reagiert die Regierung nun mit dem Entwurf für ein Masernschutzgesetz. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die mit diesem Entwurf eingeführte Impfpflicht zu untersuchen. Deutlich geworden ist, dass steigende Impfquoten bei Kindern und eine hohe Impfbereitschaft der Eltern die Einführung unnötig erscheinen lassen. Die Impfpflicht ist dennoch notwendig, damit die Kinder rechtzeitig geimpft werden. Hinzu kommt, dass die höchste Inzidenz für eine Erkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern vorliegt und diese deshalb besonders geschützt werden müssen, sowohl durch andere Kinder als auch durch das Personal.

Im Laufe der Arbeit ist zudem deutlich geworden, dass das Masernschutzgesetz nicht nur die Einführung einer Impfpflicht vorsieht. Auch Jugendliche und Erwachsene, bei denen große Impflücken bestehen, werden erreicht. Jeder Arztbesuch kann genutzt werden, um fällige Impfungen durchführen zu lassen, die nach § 22 Abs. 2 IfSG-E fortan auch elektronisch dokumentiert werden können und in denen Termine für Folgeimpfungen festgehalten werden. Hinzu kommt, dass Krankenkassen die Versicherten über fällige Schutzimpfungen informieren und auch der BZgA die Aufgabe der zielgruppenspezifischen Information der Bevölkerung zugeteilt wird. Auch ist im Entwurf die Einführung einer Impfsurveillance vorgesehen. Diese ist notwendig, um die Ergebnisse der Impfpflicht zu dokumentieren, da es zum jetzigen Zeitpunkt kein Erhebungsinstrument gibt, welches regelmäßig den Impfstatus von Jugendlichen und Erwachsenen überprüft und Impfquoten in diesen Altersgruppen ermitteln lässt.

Insgesamt kann die in der Einleitung dieser Arbeit aufgeworfene Frage, ob die Impfpflicht nach dem Masernschutzgesetz verfassungsrechtlichen Bestand hat, folgendermaßen beantwortet werden: Es liegen definitiv Eingriffe in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, das Recht auf elterliche Sorge nach Art. 6 Abs. 2 GG und in bestimmten Fällen auch in die Glaubens-, Gewissens- und Bekenntnisfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 und 2 GG

vor. Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass sich diese Eingriffe verfassungsrechtlich rechtfertigen lassen. Um die Gemeinschaft zu schützen, insbesondere Personen, die besonders schutzbedürftig sind und für die ein hohes Ansteckungsrisiko durch das Aufhalte in Gemeinschaftseinrichtungen vorliegt, ist der Eingriff in das Grundrecht auf die körperliche Unversehrtheit, unter Beachtung der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers, verhältnismäßig. Um eben den Schutz dieses Grundrechts auch für Dritte gewährleisten zu können, sind die Eingriffe in das Elternrecht und die Glaubens-, Gewissens- und Bekenntnisfreiheit verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Letzteres sollte so lange Vorrang haben, bis die Ziele der Regierung tatsächlich nicht erreicht werden können, insbesondere da keine Zahlen über die Häufigkeit vorliegen. Zwar gibt es alternative Maßnahmen, die auch zu einer Steigerung der Impfquoten führen können, allerdings ist fraglich, ob dadurch ebenfalls die in § 20 Abs. 8 IfSG-E genannten Personen, ausreichend erreicht werden.

Es konnte nachgewiesen werden, dass die Einführung der Impfpflicht sinnvoll ist, jedoch trotzdem den weiteren Forderungen nach Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten bei (jungen) Erwachsenen nachgekommen werden muss, da nur, wenn in der gesamten Bevölkerung eine Impfquote von 95% erreicht wird, eine Herdenimmunität vorliegt.

Diese Bachelor-Arbeit hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, ob eine Impfpflicht nach dem Masernschutzgesetz sinnvoll ist und verfassungsrechtlichen Bestand hat. Darüber hinaus wurde der Frage nachgegangen, welche Faktoren einen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Impfung haben. So können Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme von Impfungen und z.B. dem Bildungsgrad, dem Sozialstatus oder der Lage des Wohnorts (Ost-, Westdeutschland) ausgewertet werden. Dies erscheint insbesondere dadurch interessant, dass laut § 20 Abs. 1 IfSG-E eine zielgruppenspezifische Information erfolgen soll und daher untersucht werden sollte, bei welchen Zielgruppen Impflücken bestehen.

Im Rahmen dieser Arbeit, wurde der Erfüllungsaufwand, der für die Verwaltung entsteht, nicht berücksichtigt, da die Einführung der Impfpflicht auf rechtlicher Ebene diskutiert wurde. Ein Mehraufwand besteht vor allem für die Gesundheitsämter und kann laut Bundesrat nicht getragen werden (Bundesrat, Stellungnahme, S.21). Bei der Einführung des Masernschutzgesetzes sollte dies ebenfalls beachtet und eine angemessene Regelung gefunden werden.

Die Erkenntnisse dieser Bachelor-Arbeit und die aktuelle Diskussion über die Einführung einer Impfpflicht zeigen die Notwendigkeit der klaren Positionierung durch Fachkräfte gegenüber dieser Thematik. Dies wird zum einen von Ärzten gefordert, sollte jedoch gleichermaßen für



die durch die Impfpflicht betroffenen Berufstätigen gelten. Die in § 33 Nr. 1 bis 4 IfSG-E, § 34 Abs. 1 Nr. 4 IfSG und § 23 Abs. 3 S. 1 genannten Einrichtungen können auch Berufsfelder für Sozialarbeiter darstellen, weshalb eine Auseinandersetzung mit der Thematik erfolgen sollte. Es besteht für jede Person die Verantwortung mit der Schutzimpfung sich selbst und andere Personen zu schützen. Dies muss vor allem auch durch die Mitarbeiter in den entsprechenden Einrichtungen klar kommuniziert werden.

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

## Literaturverzeichnis

- Badura, P. (2019). Kommentar zu Art. 6 GG. In R. Herzog, R. Scholz, M. Herdegen & H. H. Klein (Hrsg.), *Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar*. (87. EL.). München: C.H. Beck.
- Berner, R. & Zepp, F. (2013). Impfungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161 (12). 1134-1135. <https://doi.org/10.1007/s00112-013-2918-3>
- Betsch, C. (2019, 29. April). *Pflicht für Masernimpfung?* Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/rapid-reaction/details/news/pflicht-fuer-masernimpfung-in-deutschland/>
- Betsch, C. et al. (2019). Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62 (4). 400-409. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02900-6>.
- Bundesärztekammer (2019). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP19/Masernschutzgesetz/BAEK\\_Stellungnahme\\_Masernschutzgesetz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Masernschutzgesetz/BAEK_Stellungnahme_Masernschutzgesetz.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2015). *Nationaler Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Hintergründe, Ziele und Strategien*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.gmkonline.de/documents/Aktionsplan\\_Masern\\_Roeteln\\_2.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/Aktionsplan_Masern_Roeteln_2.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit (2019, 15. August). *Warum gilt die Impfpflicht nur für Masern? Fragen und Antworten zum Masernschutzgesetz*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht/faqs-masernschutzgesetz.html>
- Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (2019, 11. Oktober). *Impfquoten nachhaltig steigern*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheit/impfquoten-nachhaltig-steigern>
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2019). *Impfen als Pflicht? Stellungnahme*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-impfen-als-pflicht.pdf>
- Ditmann, S. (2002). Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein. Wissensstand, Wissenslücken und Schlussfolgerungen. *Bundesgesundheitsblatt –*

*Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45 (4). 316-322.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-002-0397-0>

Häberle, P. (2019). Kommentar zu § 3 IfSG. In P. Häberle (Hrsg.), *Erbs/Kohlhaas. Strafrechtliche Nebengesetze*. (226. EL.). München: C.H. Beck.

Heininger, U. (2004). Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47 (12), 1129-1135. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-0951-z>

Hindringer, B. (2007). Recall-Systeme in der Arztpraxis. Vielfältige Einsatzbereiche. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (19). 16-17.

Horstkötter, N. et al. (2017). *Einstellung, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz. BZgA-Forschungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Lang, H. (2019). Kommentar zu Art. 2 GG. In V. Epping & C. Hillgruber (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz*. (41. Edition). München: C.H. Beck.

Leidel, J. (2019, 29. April). *Pflicht für Masernimpfung?* Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/rapid-reaction/details/news/pflicht-fuer-masernimpfung-in-deutschland/>

Mertens, T. (2019). *Stellungnahme der Ständigen Impfkommission (STIKO) zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP19/Masernschutzgesetz/STIKO\\_Stellungnahme\\_STIKO\\_Masernschutzgesetz-2019-05-18.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Masernschutzgesetz/STIKO_Stellungnahme_STIKO_Masernschutzgesetz-2019-05-18.pdf)

National Verification Committee Germany (2019). *Annual Status Update on Measles and Rubella Elimination in Germany 2018*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht\\_2018\\_en.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht_2018_en.pdf?__blob=publicationFile)

Peters, K. (2019). Kommentar zu § 1 SGB V. In A. Körner, S. Leitherer, B. Mutschler & C. Rolfs (Hrsg.), *Kasseler Kommentar. Sozialversicherungsrecht*. (105. EL.). München: C.H. Beck.

Poethko-Müller, C., Kuhnert, R., Gillesberg Lassen, S. & Siedler, A. (2019). Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62 (4). 410-421. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02901-5>

- Poethko-Müller, C. & Schmitz, R. (2013). Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56 (5/6). 845-857. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1693-6>
- Rixen, S. (2019). *Verfassungsfragen der Masernimpfpflicht: Ist die Impfpflicht nach dem geplanten Masernschutzgesetz verfassungswidrig?* Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.individuelle-impfentscheidung.de/pdfs/Rixen/Verfassungsgutachten.pdf>
- Robert Koch-Institut: *SurvStat@RKI 2.0*. Abfragedatum: 15.11.2019 & 08.12.2019. Verfügbar unter <https://survstat.rki.de>
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2008). *Epidemiologisches Bulletin 7/2008*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/Ausgaben/07\\_08.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/Ausgaben/07_08.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2009). *Epidemiologisches Bulletin 16/2009*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/16\\_09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/16_09.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2010a). *Epidemiologisches Bulletin 16/2010*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/16\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/16_10.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2010b). *Epidemiologisches Bulletin 32/2010*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32_10.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2011). *Epidemiologisches Bulletin 16/2011*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/16\\_11.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/16_11.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2012). *Epidemiologisches Bulletin 16/2012*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/16\\_12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/16_12.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2013). *Epidemiologisches Bulletin 16/2013*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/16\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/16_13.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2014a). *Epidemiologisches Bulletin 16/2014*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/16\\_14.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/16_14.pdf?__blob=publicationFile)

- Robert Koch-Institut (2014b, 1. Mai). *Masern*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Masern.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Epidemiologisches Bulletin 16/2015*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/16\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/16_15.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2016). *Epidemiologisches Bulletin 16/2016*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/16\\_16.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/16_16.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2017a). *Epidemiologisches Bulletin 16/2017*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/16\\_17.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/16_17.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (2017b, 9. Februar). *Ist die Impfung gegen Masern auch für Erwachsene empfohlen?* Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/FAQ04.html>
- Robert Koch-Institut (2017c, 20. April). *Schutzimpfung gegen Masern: Häufig gestellte Fragen und Antworten. Autismus-Behauptung und MMR-Impfung*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/FAQ-Liste\\_Masern\\_Impfen.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/FAQ-Liste_Masern_Impfen.html)
- Robert Koch-Institut (2017d, 24. Juli). *Infektionsschutzgesetz – IfSG*, Robert Koch-Institut. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html)
- Robert Koch-Institut (2017e, 28. Juli). *Sicherheit von Impfungen*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Impfsicherheit/sicherheit\\_impfungen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Impfsicherheit/sicherheit_impfungen_node.html)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2018a). *Epidemiologisches Bulletin 1/2018*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/01\\_18.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/01_18.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2018b). *Epidemiologisches Bulletin 16/2018*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/16\\_18.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/16_18.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (2018c, 26. Juni). *Institut*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2019a). *Epidemiologisches Bulletin 18/2019*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/18\\_19.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/18_19.pdf?__blob=publicationFile)

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2019b). *Epidemiologisches Bulletin 34/2019*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/34\\_19.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/34_19.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (2019c, 3. Januar). *Elimination der Masern und Röteln*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination\\_04.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04.html)
- Robert Koch-Institut (2019d, 1. Februar). *Epidemiologische Situation der Masern und Röteln in Deutschland in 2018*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination\\_04\\_01.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2019e, 1. März). *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2018*. Berlin. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch\\_2018.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2018.pdf?__blob=publicationFile)
- Robert Koch-Institut (2019f, 9. Mai). *Impfungen*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html)
- Robert Koch-Institut (2019g, 16. Juli). *Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln beim Robert Koch-Institut*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/NAVKO\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/NAVKO_node.html)
- Robert Koch-Institut (2019h, 3. September). *DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_node.html)
- Robert Koch-Institut (2019i, 8. Oktober). *KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_node.html)
- Schaks, N. & Krahnert, S. (2015). Die Einführung einer Impfpflicht zur Bekämpfung der Masern. Eine zulässige staatliche Handlungsoption. *Medizinrecht*, 33 (12), 860-866. <https://doi.org/10.1007/s00350-015-4151-7>
- Schmidt, I. (2020). Kommentar zu Art. 4 GG. In R. Müller-Glöge, U. Preis & I. Schmidt (Hrsg.), *Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht*. (20. neu bearb. Aufl.). München: C.H. Beck.
- Spahn, J. (2019). *Masernschutz ist Kinderschutz, und ein Masernschutzgesetz ist ein Kinderschutzgesetz*. Rede zum Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vor dem Deutschen Bundestag. Berlin: 14.11.2019.

- Tagesschau. (2019, 5. Mai). *Reaktionen auf Gesetzentwurf. Spahn verteidigt Masern-Impfpflicht*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/spahn-masern-107.html>
- Uhle, A. (2019). Kommentar zu Art. 6 GG. In V. Epping & C. Hillgruber (Hrsg.), *Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz*. (41. Ed.). München: C.H. Beck.
- Weißer, K., Barth, I. & Keller-Stanislawski, B. (2009). Sicherheit von Impfstoffen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52 (11). 1053-1064. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0961-y>
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2014). *Ständige Impfkommission und Sächsische Impfkommission. Unterschiede in den Impfeempfehlungen (WD 9 – 3000 – 102/18)*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/634378/b0fdad5572bb8abc1a0641927f6cddd0/WD-9-102-18-pdf-data.pdf>
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2016a). *Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht (WD 3 – 3000 – 019/16)*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/413560/40484c918e669002c4bb60410a317057/wd-3-019-16-pdf-data.pdf>
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2016b). *Verfassungsmäßigkeit einer gesetzlichen Impfpflicht für Kinder (WD 3 – 3000 – 056/16)*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/424536/d5ca52c1db5c8e0a837031b5e0f105ef/wd-3-056-16-pdf-data.pdf>
- World Health Organization (2013a). Framework for verifying elimination of measles and rubella. Monthly report on dracunculiasis cases, January-December 2012. *Weekly epidemiological record*, 88 (9), 89-100. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter <https://www.who.int/wer/2013/wer8809.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2013b). *Global Vaccine Action Plan 2011-2020*.
- World Health Organization (2014). *European Vaccine Action Plan 2015-2020*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/255679/WHO\\_EVAP\\_UK\\_v30\\_WEBx.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/255679/WHO_EVAP_UK_v30_WEBx.pdf?ua=1)
- World Health Organization: European regional verification commission for measles and rubella elimination (RVC). (2019). *8th meeting of the European regional verification commission for measles and rubella elimination (RVC)*. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/413236/8th-RVC-Report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/413236/8th-RVC-Report.pdf?ua=1)
- World Health Organization: Regionalkomitee für Europa. (2010). EUR/RC60/R12. Zugriff am 08.12.2019. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/122263/RC60\\_gRes12.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/122263/RC60_gRes12.pdf?ua=1)

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„Impfpflicht in Deutschland: Pro und Contra – eine rechtswissenschaftliche Analyse“

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Düsseldorf, 10.12.2019

(Katharina Wesselkamp)

THESIS AM  
FACHBEREICH SOZIAL- UND  
KULTURWISSENSCHAFTEN  
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF