

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Ulla Jelpke, Birgit Wöllert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/4627 –**

Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden im Hinblick auf Schutzimpfungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit November 2014 traten in Berlin gehäuft Maserninfektionen auf. Mit Stand vom 18. März 2015 waren 826 Erkrankungsfälle gemeldet, davon 705 im Jahr 2015. 88 Prozent der Betroffenen waren zuvor nicht gegen Masern geimpft, nur 19 Erkrankte waren zuvor, wie empfohlen, zweimal geimpft worden. Auch in anderen Städten bzw. Regionen traten gehäuft Masernfälle auf.

Dieser Masernausbruch wurde von der Öffentlichkeit zum Anlass genommen, über eine Impfpflicht zu debattieren, ohne dass dabei klar wurde, wer von dieser Impfpflicht umfasst sein soll, gegen welche Krankheiten Impfungen verpflichtend werden sollen und wie sanktioniert werden soll. Unklar blieb auch die rechtliche Bewertung dieses Vorschlags.

In dieser Diskussion ging unter, dass gerade in Deutschland aufgewachsene Kinder recht gut gegen Masern geschützt sind und relativ selten von diesem Ausbruch betroffen waren. Das Ausbruchsgeschehen begann laut der Publikationen des Berliner Landesamtes für Gesundheit und Soziales zum größten Teil in Flüchtlingsunterkünften und verbreitete sich bei der einheimischen Bevölkerung hauptsächlich unter Erwachsenen (www.berlin.de/lageso/gesundheit/infektionsschutz/bericht.html). Es gibt Grund zu der Annahme, dass der schlechte Impfstatus insbesondere bei Flüchtlingen, aber auch in der einheimischen Erwachsenenbevölkerung, das Problem verursachte. Die Krankheit hätte sich aller Wahrscheinlichkeit nach nicht derart verbreiten können, wenn Asylsuchende regelmäßig die ihnen rechtlich nach § 4 Absatz 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) zustehenden Impfungen auch tatsächlich erhalten hätten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Berlin erlebt derzeit den größten Masernausbruch seit dem Jahr 2001. Seit Oktober 2014 bis 28. April 2015 sind 1 157 Masernfälle aufgetreten, 1 036 allein in diesem Jahr. Der Ausbruch verbreitete sich nach Angaben des Robert Koch-

Instituts (RKI) anfangs vornehmlich unter Asylsuchenden, von denen die meisten aus Bosnien und Herzegowina oder Serbien stammten. Mittlerweile treten Erkrankungsfälle allerdings überwiegend in der übrigen Bevölkerung Berlins auf und dort vor allem unter nach dem Jahr 1970 geborenen ungeimpften Erwachsenen (Stand: 23. April 2015). Ein maßgeblicher Grund für die starke Verbreitung der Masern in Berlin und zunehmend auch in Sachsen und Thüringen sind die großen Impflücken bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Das Risiko schwerwiegender Komplikationen bis hin zu Todesfällen ist bei Kindern unter fünf Jahren und Erwachsenen über 20 Jahren erhöht. Bei dem aktuellen Masernausbruch in Berlin musste etwa ein Viertel der Betroffenen ins Krankenhaus, ein Todesfall war zu beklagen. Das zeigt, dass impfpräventable Krankheiten wie die Masern sehr ernst zu nehmen sind.

Die Masernausbrüche in Berlin und anderen Teilen Deutschlands machen deutlich, wie wichtig und notwendig ein ausreichender Impfschutz ist, und dass ein dringender Handlungsbedarf bei der Verbesserung des Impfschutzes besteht. Auch Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Flüchtlinge sind hierbei eine wichtige Zielgruppe für die Schließung von Impflücken. Die Verbesserung des Impfschutzes und die Masern- und Rötelnelimination haben für Deutschland und die Bundesregierung eine sehr hohe Priorität. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die Bevölkerung und möglichst viele Akteure im Gesundheitswesen von der Notwendigkeit verstärkter Präventionsbemühungen überzeugt werden können. Das geplante Präventionsgesetz der Bundesregierung wird zur Verbesserung der Impfsituation einen wichtigen Beitrag leisten.

1. Wie viele der Menschen in Berlin, bei denen seit der 41. Meldewoche im Jahr 2014 bis zur Beantwortung dieser Kleinen Anfrage eine Maserninfektion festgestellt wurde, waren nach Kenntnis der Bundesregierung Asylsuchende bzw. Menschen aus „unbekannten Herkunftsländern“ oder aus „anderen Herkunftsländern“, und wie viele Betroffene waren Einheimische (bitte Gesamtzahl der Fälle sowie Anteile der Einheimischen sowie der Asylbewerberinnen und Asylbewerber unter den Betroffenen angeben)?

Wie verteilen sich diese Zahlen auf die jeweiligen Wochen seit Beginn des Ausbruchs?

Im Rahmen des Meldewesens nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden Daten zur Nationalität oder zum Asylbewerberstatus nicht erhoben. Entsprechende Daten können im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen auf Landesebene vorliegen.

Gemäß des epidemiologischen Wochenberichts des Berliner Landesamtes für Gesundheit und Soziales vom 23. April 2015 liegt der Anteil der Asylsuchenden unter den Masernerkrankten im Ausbruch insgesamt bei 15 Prozent; im Jahr 2015 beträgt dieser Anteil 9 Prozent. Für 16 Prozent (176/1 134) der Berliner Fälle lag diese Information allerdings noch nicht vor.

2. Welchen Anteil an der Gesamtbevölkerung haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Asylsuchenden bzw. Menschen aus „unbekannten Herkunftsländern“ oder aus „anderen Herkunftsländern“ aktuell in Berlin und in Deutschland insgesamt?

Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Erkrankungsquote im Bereich der Infektionskrankheiten unter den im Jahr 2014 eingereisten Asylsuchenden und unter der übrigen Bevölkerung?

Absolute Zahlen zu den genannten Ausländergruppen können nur aus den Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) ermittelt werden. Da die Daten aus dem

AZR und die Daten der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung aus verschiedenen Quellen stammen, sind diese nicht unmittelbar vergleichbar, weshalb im Folgenden auf eine Bildung von Anteilen zur Gesamtbevölkerung verzichtet wird:

Zum Stichtag 31. März 2015 lebten ausweislich des AZR 8 314 689 Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, darunter 61 697 Personen, die ohne eindeutige Staatsangehörigkeitsbezeichnung erfasst waren. Insgesamt waren im AZR zum genannten Stichtag 269 810 Personen erfasst, die sich in einem noch laufenden Asylverfahren befanden.

Zum Stichtag 31. März 2015 lebten ausweislich des AZR 505 742 Ausländerinnen und Ausländer in Berlin, darunter 13 617 Personen, die ohne eindeutige Staatsangehörigkeitsbezeichnung erfasst waren. Insgesamt waren im AZR zum genannten Stichtag 17 307 in Berlin aufhältige Personen erfasst, die sich in einem noch laufenden Asylverfahren befanden.

Daten zur Nationalität oder zum Asylbewerberstatus werden nach dem IfSG nicht erhoben. Eine ausführliche Übersicht über Erkrankungshäufigkeiten aller meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden jährlich im Epidemiologischen Jahrbuch des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht. Daten für das Jahr 2014 erscheinen im Juli 2015.

3. Sind der Bundesregierung in der Vergangenheit in Jahren mit (deutlich) niedrigeren Zugangszahlen (2004 bis 2011) bei der Asylantragstellung Probleme mit der Erfassung des Impfstatus, der Aufklärung über Gefahren von Infektionskrankheiten und der Möglichkeit der Impfung oder des Ausbruchs von Infektionen in Sammelunterkünften bekannt geworden, und welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen hat die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen gezogen?
4. Ist der Bundesregierung bekannt, ob, seit wann und bei wie vielen Asylsuchenden in den Jahren 2014 und 2015 in den einzelnen Bundesländern der Impfstatus erhoben wurde und es ggf. daran anschließende Angebote zur Beratung gab, den jeweiligen individuellen Impfstatus zu verbessern?

Sind nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern entsprechende neue Angebote geplant, wie z. B. zentrale Impfstellen, die in Berlin eingerichtet werden sollen?

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Vollzug des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) obliegt den Ländern und Kommunen. Daher ist es der Bundesregierung nicht möglich, detaillierte Auskünfte zum Impfstatus und damit zusammenhängender Fragen zu geben. Bekannt ist, dass es in der jüngeren Vergangenheit in den Erstaufnahmeeinrichtungen durch Erkrankungen von Flüchtlingen und Asylbewerbern an Masern und Windpocken aufgrund der aktuell hohen Belegzahlen und des fehlendem Impfschutzes wiederholt zu vorübergehenden Schließungen kam.

Zu der Frage, ob auch in den Jahren 2004 bis 2011 mit deutlich niedrigeren Zugangszahlen bei der Asylantragstellung in den Bundesländern Probleme mit der Erfassung des Impfstatus, der Aufklärung über Gefahren von Infektionskrankheiten und der Möglichkeit der Impfung oder des Ausbruchs von Infektionen in Sammelunterkünften bestanden, liegen der Bundesregierung keine belastbaren Informationen vor. Ebenso wenig liegen ihr Daten dazu vor, ob und seit wann und bei wie vielen Asylsuchenden in den Jahren 2014 und 2015 in den einzelnen Bundesländern der Impfstatus erhoben wurde und es ggf. anschließende Angebote zur Beratung gab, den jeweiligen, individuellen Impfschutz zu verbessern.

Die Erfassung des Impfstatus erfolgt grundsätzlich im Rahmen der Erbringung von Impfleistungen. Ergänzend kann der öffentliche Gesundheitsdienst des Landes Erhebungen organisieren und Schutzimpfungen anbieten.

5. Wurde das Thema Impfungen bei Asylsuchenden im Rahmen der Fachministerkonferenzen von Bund und Ländern oder nach Kenntnis der Bundesregierung auf Referentenebene zwischen den zuständigen Ministerien erörtert, und wenn ja, wann jeweils in den vergangenen zwei Jahren, mit welcher Fragestellung und welchen Ergebnissen?

Wurden Verabredungen, Vereinbarungen oder Beschlüsse getroffen, und wenn ja, wann, durch wen und welche?

Unter den Teilnehmenden der Arbeitsgemeinschaft für Migration und Flüchtlingsfragen der Länder wurde wiederholt das Thema Schließung von Aufnahmeeinrichtungen aufgrund von Masern- oder Windpockenerkrankungen erörtert.

Die Arbeitsgruppe Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden hat Ende des Jahres 2014 die Einrichtung einer Unterarbeitsgruppe „Medizinische Versorgung von Asylbewerbern“ beschlossen, die aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes u. a. fachlich empfehlen soll, welche Impfangebote und -maßnahmen in Erstaufnahmeeinrichtungen sinnvoll sind. Die Arbeitsgruppe hat im Jahr 2015 die Arbeit zur Erstellung eines entsprechenden Konzeptes aufgenommen und wird vom RKI fachlich unterstützt.

6. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen der Häufigkeit der auftretenden Maserninfektionen bei Asylsuchenden bzw. Menschen aus „unbekannten Herkunftsländern“ oder aus „anderen Herkunftsländern“ und dem Impfstatus der genannten Personengruppen?

Für Asylsuchende liegen keine bundesweiten Daten zum Impf- und Immunstatus vor (siehe auch Antwort zu Frage 1).

Generell zeigt sich aus der Vergangenheit, dass niedrige Impfquoten Masernausbrüche begünstigen und ein großer Anteil der Erkrankten im Ausbruchsgeschehen häufig ungeimpft war. Beim Ausbruch in Berlin waren 87 Prozent der Betroffenen nicht geimpft (Stand: 16. Kalenderwoche 2015, Wochenbericht LaGeSo Berlin).

7. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus für die künftige Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden, insbesondere im Hinblick auf die Versorgung mit Impfungen?
8. Sind nach Auffassung der Bundesregierung im Zusammenhang mit systematisch durchgeführten Beratungen und Angeboten zu Impfungen bei neu einreisenden Asylsuchenden gesetzliche oder sonstige Änderungen notwendig?

Welchen Beitrag will die Bundesregierung im Sinne einer besseren Versorgung von Asylsuchenden mit Impfungen leisten?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Leistungsrecht gibt es bei der Regelung der Kostenübernahme für Schutzimpfungen keine Defizite, da es eine vollständige Kostenübernahme aller empfohlenen Schutzimpfungen gewährleistet. Gesetzlich krankenversicherte leis-

tungsberechtigte Asylsuchende haben nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Anspruch auf Schutzimpfungsleistungen. Aber auch leistungsberechtigte Asylsuchende nach dem AsylbLG haben ab Beginn ihres Aufenthalts im Bundesgebiet Anspruch auf Übernahme der Kosten der öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen (§ 4 Absatz 3 AsylbLG; § 2 Absatz 1 AsylbLG in Verbindung mit § 52 Absatz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch).

Die Bundesregierung unterstützt zusammen mit seinen Bundesoberbehörden die Länder bei der Steigerung der Impfquoten und Umsetzung der Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der Erarbeitung eines Impfkonzepes für Erstaufnahmeeinrichtungen.

9. Teilt die Bundesregierung die Annahme, dass eine erhöhte Infektionsgefahr für die einheimische Bevölkerung durch Defizite in der gesundheitlichen Versorgung – hier insbesondere bezogen auf den Zugang zu Impfungen und entsprechenden Beratungsangeboten – von Asylsuchenden besteht (bitte begründen), und welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht sie daraus?

Der Bundesregierung liegen keine bundesweiten Daten dazu vor, wie häufig durch Asylsuchende impfpräventable Erkrankungen importiert wurden und dann aufgrund niedriger Impfquoten auch in der einheimischen Bevölkerung zu Ausbrüchen führten.

10. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass in der einheimischen Bevölkerung eher bei den Erwachsenen als bei schulpflichtigen Kindern Defizite in der Durchimpfung gegen Masern bestehen, und welche Schlussfolgerungen sind daraus für Bemühungen zur Erhöhung der Impfquote zu ziehen?

Daten aus dem bundesweiten Gesundheitssurvey von Erwachsenen (DEGS) aus dem Jahr 2012 zeigen, dass 56,9 Prozent der 18- bis 44-Jährigen angaben, nur eine Masernimpfung erhalten zu haben. Die Impfquoten bei Kindern zum Schuleingang des Jahres 2013 lagen demgegenüber bundesweit bei 96,7 Prozent für die erste und 92,6 Prozent für die zweite Masernimpfung (Epidemiologisches Bulletin 16/2015).

Die konsequente Umsetzung der STIKO-Impfpfehlungen ist in allen Altersgruppen nötig, um das Risiko von Masernerkrankungen bzw. -ausbrüchen zu senken.

11. Weshalb sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Impfquoten bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern offenbar derart niedrig, dass es zu diesem Ausbruch kommen konnte, obwohl die vom Robert Koch-Institut empfohlenen Impfungen ausdrücklich Leistungsbestandteil des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 4 Absatz 3 AsylbLG) sind?
Welche Vollzugsdefizite bzw. welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung, um möglichst allen Flüchtlingen Beratungsangebote zuteil kommen zu lassen?

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Daten zu Impfquoten bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern und zu bestehenden Beratungsangeboten in den einzelnen Bundesländern vor.

12. Wären systematische, aufsuchende Impfangebote an in die Bundesrepublik Deutschland kommende Flüchtlinge im Hinblick auf die Krankheitsvermeidung wahrscheinlich erfolgversprechender als eine infolge der Masernausbrüche breit diskutierte Impfpflicht (bitte begründen)?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen darüber vor, dass Angebote an Flüchtlinge zu freiwilligen Impfungen in unzureichendem Umfang angenommen würden. Ein Vergleich mit verpflichtenden Regelungen ist daher nicht anzustellen.

13. Inwiefern sind nach Kenntnis der Bundesregierung auch „sans papiers“, also Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, von Masernausbrüchen betroffen, und welche Möglichkeiten bestehen für diese Gruppe, jedenfalls die amtlich empfohlenen Impfungen in Anspruch zu nehmen?

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Daten vor, inwiefern diese Personengruppen von Masernausbrüchen betroffen sind, oder inwieweit diese Personengruppen empfohlene Impfungen in Anspruch nehmen.

Auch geduldete oder vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer (sogenannte Illegale) haben Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG. Problematisch ist die Versorgung der Leistungsberechtigten mit Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG jedoch, soweit sie sich ohne Kenntnis der Behörden in Deutschland aufhalten und ihre Identität nicht offenlegen wollen. Insofern wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 38 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 18/2969 verwiesen.

