

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/179 –

Defizite bei Impfquoten

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Robert Koch-Institut (RKI) bemängelt, dass es in Deutschland massive Defizite bei Impfungen gibt. Mit Verweis auf den Impfsurveillance der kassenärztlichen Vereinigungen stellt das Robert-Koch-Institut etwa fest, dass Deutschland „inzwischen in Europa Schlusslicht der Masernelemination“ ist (www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2017/01_2017.html). Weiter heißt es, dass insbesondere Kinder im Alter von 24 Monaten nur ungenügend gegen Masern geimpft waren. So waren „bundesweit 150 000 Kinder des Jahrgangs 2013 nicht vollständig und weitere 28 000 Kinder gar nicht gegen Masern geimpft“.

Impfungen sind für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung von zentraler Bedeutung. In ihrem Aktionsplan „Measles and rubella elimination 2015: Package for accelerated action 2013 bis 2015“ fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Regierungen auf, 95 Prozent oder mehr der Bevölkerung gegen Masern zu impfen, um diese Infektionskrankheit wirkungsvoll auszurotten. In Deutschland liegt die Impfquote aber gerade einmal bei 86,1 Prozent (Kinder, die bis zum Alter von 36 Monaten beide Impfdosen bekommen haben, RKI, Epidemiologisches Bulletin 1/2017).

Durch fehlende Masernimpfungen sind vor allem Säuglinge bedroht, die in den ersten Lebensmonaten keine Impfungen bekommen können. Werden diese infiziert, sind schwere Spätfolgen bis zum Tod möglich.

Ähnliche Probleme bei den Impfquoten sieht das Robert Koch-Institut auch bei Impfungen gegen Rotaviren, wo die Impfquote des Geburtenjahrgangs 2014 bei nur 66 Prozent lag, sowie bei Grippe- und HPV-Impfungen (ebd.).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, um Infektionskrankheiten zu verhindern. Für die Bundesregierung hat dieses Thema einen sehr hohen Stellenwert. In Deutschland sind Schutzimpfungen freiwillig. Eine Impfpflicht besteht nicht.

Die Bundesregierung hat in der vergangenen Legislaturperiode wichtige Schritte zur Erhöhung der Impfquoten unternommen. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) wurden verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention festgeschrieben. Dazu gehören eine besondere Betonung des Impfschutzes bei Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie bei den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Auch Betriebsärzte können jetzt allgemeine Schutzimpfungen vornehmen. Beim Auftreten von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita, Schule, Hort) können die zuständigen Behörden nunmehr ungeimpfte Kinder, Betreuer und Lehrer vorübergehend ausschließen. Ferner stellt die Neuregelung in § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sicher, dass die Eltern eines Kindes, das in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen wird, eine ärztliche Beratung zum Impfen erhalten haben. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten ist diese Regelung um eine Verpflichtung der Kindertageseinrichtungen ergänzt worden, dem Gesundheitsamt mitzuteilen, wenn Eltern eine ärztliche Beratung nicht nachweisen können. Das Gesundheitsamt kann auf diesem Wege diese Eltern zu einer Beratung einladen oder gegen die meldepflichtigen Stellen ein Bußgeldverfahren (vgl. § 73 Absatz 1 Nummer 17a IfSG) veranlassen.

Das deutsche Impfsystem ist dezentral organisiert. Die Umsetzung der Empfehlungen erfolgt durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, den öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch im Rahmen der betriebsärztlichen Versorgung. Insbesondere über die Routine-Vorsorgeuntersuchungen der Säuglinge und Kleinkinder bei Kinder- und Hausärzten wird diese Altersgruppe gut erreicht. Viele Krankenkassen laden verbindlich zu diesen Untersuchungen ein und in vielen Bundesländern bestehen Systeme zur Nachverfolgung der Teilnahme. Die Impfquoten bei den Einschulungsuntersuchungen für die meisten empfohlenen Impfungen liegen daher im guten bzw. sehr guten Bereich. Defizite bestehen jedoch noch in den höheren Altersgruppen jenseits des Alters der Einschulung. Generell kann die Impfbereitschaft der deutschen Bevölkerung als gut beurteilt werden. Dies zeigt auch die aktuelle Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Einstellung der Allgemeinbevölkerung zum Impfen. Die Studie belegt, dass der Anteil genereller Impfgegner sehr gering ist. Vielfach resultieren die bestehenden Impflücken aus Nichtwissen, Vergesslichkeit oder Angst vor möglichen Nebenwirkungen. Die überwiegend positive Einstellung der Deutschen zum Impfen bietet gute Chancen für eine Erhöhung der Impfquoten. Im Übrigen wird auf die Beantwortung der Frage 6 verwiesen.

1. Welche Impfquoten setzt die Bundesregierung für die Impfungen gegen Masern, Rotaviren, HPV (humane Papillomviren) und Grippe als Ziel an?
2. Wie verbindlich sind diese Impfquoten, und wo werden sie festgelegt?
3. Wann sollen diese Impfquoten erreicht werden?

Die Fragen 1 bis 3 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es gibt keine gesetzlich festgeschriebenen Impfquoten. In Deutschland werden Impfziele für einzelne Impfungen zum einen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) in ihren Empfehlungen formuliert. Zum anderen werden sie in dem im Jahr 2012 veröffentlichten Nationalen Impfplan benannt. Dieser orientiert sich bei den Impfquoten entweder an nationalen und europäischen Aktionsplänen oder an Resolutionen der EU und der Weltgesundheitsversammlung (WHA), zu denen

sich auch die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet hat. Danach muss für Masern eine Immunität in der Bevölkerung von 95 Prozent erreicht werden, um die Verbreitung von Masernviren wirkungsvoll stoppen zu können. Dieser Wert wird von der WHO auch für die Verifizierung der Masernelimination gefordert. Im „Nationalen Aktionsplan 2015 bis 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ werden die angestrebten Impfquoten zu Masern ausgeführt. Eines der Ziele ist, dass bundesweit bis Ende 2016 eine Impfquote von 95 Prozent bei den 15 Monate alten Kindern für die erste Masern, Mumps, Röteln (MMR)-Impfung erreicht werden sollte. In den Schuleingangsuntersuchungen sollen Schulanfänger des Jahres 2016 zu 95 Prozent zweimalig gegen MMR geimpft sein.

Für die Impfung gegen Rotaviren wurde bisher keine Impfquote definiert. Die STIKO hat als primäres Impfziel die Verhinderung von schweren Rotavirus-Infektionen aufgestellt, die insbesondere bei Säuglingen und Kindern zu einer Behandlung im Krankenhaus führen können.

Für die Humane-Papillomviren-(HPV)-Impfung wurde von der STIKO bisher kein Ziel in Bezug auf zu erreichende Impfquoten definiert. Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass der größte Nutzen für die Bevölkerung mit Impfquoten von 70 bis 80 Prozent erzielt werden kann. Mit Erreichung dieser Impfquoten wird die höchste Anzahl an HPV-assoziierten Gebärmutterhalskrebsfällen und -todesfällen verhindert.

Bei der Influenza-Impfung wird eine Impfquote von ≥ 75 Prozent unter Senioren und unter Personen mit einer chronischen Erkrankung angestrebt. Dieses Ziel ist in einer Resolution der Europäischen Union (2009/1019/EU) bzw. der Weltgesundheitsversammlung (WHA 56.19) definiert und auch im Nationalen Impfplan aufgeführt. Die Ziele für die Influenza-Impfung sollten entsprechend einer Empfehlung der Europäischen Union (EU) bereits vor der Influenzasaison 2014 bis 2015 erreicht worden sein.

4. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen und wird sie ergreifen, um die Impfquoten zu erhöhen?

Die Bundesregierung hat in der vergangenen Legislaturperiode wichtige Schritte zur Erhöhung der Impfquoten unternommen. Mit dem PräVg wurden verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Impfprävention festgeschrieben. Dazu gehören eine besondere Betonung des Impfschutzes bei Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie bei den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen. Auch Betriebsärzte können jetzt allgemeine Schutzimpfungen vornehmen. Beim Auftreten von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita, Schule, Hort) können die zuständigen Behörden nunmehr ungeimpfte Kinder, Betreuer und Lehrer vorübergehend ausschließen. Ferner stellt die Neuregelung in § 34 Absatz 10a IfSG sicher, dass die Eltern eines Kindes, das in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen wird, eine ärztliche Beratung zum Impfen erhalten haben. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten ist diese Regelung um eine Verpflichtung der Kindertageseinrichtungen ergänzt worden, dem Gesundheitsamt mitzuteilen, wenn Eltern eine ärztliche Beratung nicht nachweisen können. Das Gesundheitsamt kann auf diesem Wege diese Eltern zu einer Beratung einladen oder gegen die meldepflichtigen Stellen ein Bußgeldverfahren (vgl. § 73 Absatz 1 Nummer 17a IfSG) veranlassen.

Bereits im 2012 veröffentlichten Nationalen Impfplan wurden von Bund und Ländern allgemeine Ziele zur Erhöhung der Impfquoten beschlossen. Diese sehen u. a. die Abstimmung und Etablierung länderübergreifender Impfstrategien, die Förderung der Bereitschaft der Ärzteschaft zu impfen, die Förderung der Bereitschaft beim medizinischen Personal sich impfen zu lassen sowie die Stärkung der Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes beim Impfen vor. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist auch Mitglied der im Mai 2016 gegründeten Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI), in der alle wichtigen Akteure im Impfwesen zusammenarbeiten, um die Impfquoten in Deutschland zu erhöhen.

Auf Bundesebene informiert das Robert Koch-Institut (RKI) die Fachöffentlichkeit kontinuierlich zu Nutzen und Risiken von Impfungen. Dazu stellt das RKI auf seinen Internetseiten Informationen zur Verfügung, so z. B. die wissenschaftlichen Begründungen der STIKO zu den einzelnen Impfeempfehlungen, Ratgeber für Ärztinnen und Ärzte, Antworten auf häufig gestellte Fragen sowie weitere Dokumente wie eine Übersicht mit Antworten auf häufig vorgebrachte Einwände von Impfgegnern. Mit finanzieller Unterstützung durch das BMG wurde vom RKI eine „STIKO-App“ für Ärzte entwickelt, die auch viele weitere Informationen rund ums Impfen zur Verfügung stellt.

Die BZgA ist auf Bundesebene für die Information der Allgemeinbevölkerung zuständig. Das übergeordnete Ziel der Maßnahmen zum Impfschutz ist eine Steigerung des Kenntnisstandes zum empfohlenen Impfschutz und eine Zunahme der Impfquoten in der Allgemeinbevölkerung. Aktuelle Schwerpunkte der Aufklärungsmaßnahmen der BZgA bilden die Impfungen im Kindes- und Jugendalter, die Impfung gegen MMR sowie die Impfung gegen Influenza gemäß Empfehlungen der STIKO. Hauptzielgruppen der Aufklärungsarbeit zur MMR-Impfung sind Eltern, Jugendliche sowie nach 1970 geborene Erwachsene. Für die jährliche Influenza-Impfung sind dies Menschen über 60 Jahre, chronisch Kranke jeden Alters, Schwangere und medizinisches Personal. Zur Identifizierung wesentlicher Einflussfaktoren auf das Impfverhalten als Ansatz für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Kommunikationsmaßnahmen zur Impfprävention führt die BZgA seit dem Jahr 2011 regelmäßig Bevölkerungsbefragungen zu Wissen, Einstellung und Verhalten zu Schutzimpfungen durch.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Impfkampagnen und -projekten in den Bundesländern. Neben der niedergelassenen Ärzteschaft und den Betriebsärzten hat auch der öffentliche Gesundheitsdienst der Länder die Aufgabe, Impflücken zu schließen. Die Länder sind insbesondere gefordert, ihre Gesundheitsämter so auszustatten, dass diese in der Lage sind, Impflücken ausfindig zu machen und Impfangebote zu unterbreiten. Mit § 20i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches (SGB V) besteht bereits eine gesetzliche Grundlage, die beim Impfen ein Zusammenwirken von Krankenkassen und öffentlichem Gesundheitsdienst vorsieht und die dem öffentlichen Gesundheitsdienst die Möglichkeit gibt, die Sachkosten, die ihm beim sogenannten „aufsuchenden Impfen“ entstehen, über die Krankenkassen zu refinanzieren.

5. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen und wird sie ergreifen, um nicht geimpfte erwachsene Personen zu impfen?

Ein zentraler Indikator für die Impfbereitschaft in der Bevölkerung ist die Einschätzung der Wichtigkeit der Impfung. Nach der aktuellsten bundesweiten Repräsentativbefragung der BZgA zu Wissensstand, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung im Alter von 16 bis 85 Jahren gegenüber Impfungen halten 77 Prozent der Befragten die Masernimpfung für „(besonders) wichtig“.

21 Prozent schätzen die Impfung gegen Masern als „nicht so wichtig“ ein. Ein Ziel im Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland lautet, den Anteil in der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung für nach 1970 geborene Erwachsene positiv gegenübersteht, auf mindestens 80 Prozent zu steigern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine Steigerung um 3 Prozent erforderlich.

Die STIKO empfiehlt seit 2010 auch allen Erwachsenen, die nach 1970 geboren sind und nicht bzw. in der Kindheit nur einmal gegen Masern geimpft wurden oder ihren Impfstatus nicht kennen, eine Impfung gegen Masern. Diese Empfehlung der STIKO ist nach einer aktuellen Studie BZgA bisher nur 25 Prozent der 1970 oder später Geborenen bekannt.

Die BZgA hat im Jahr 2012 die Impfkampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ gestartet. Die Aufklärungskampagne mit dem Schwerpunkt Masern richtet sich vor allem an Jugendliche und junge Erwachsene mit unvollständigem Impfschutz und ergänzt die bereits schon länger bestehenden Informationsangebote der BZgA für Eltern. Ziel der Kampagne ist es, die Kenntnis der Masern- bzw. MMR-Impfempfehlung für Erwachsene zu erhöhen und sie zur Überprüfung des Impfstatus und zum Schließen von Impflücken zu motivieren. Die Kampagne setzt auf mehreren Ebenen an und umfasst sowohl personalkommunikative Elemente (Printmedien zur Unterstützung der ärztlichen Impfberatung, das Internetangebot www.impfen-info.de) als auch massenmediale Elemente (Großflächenplakate, Kampagnen-Landingpage mit interaktivem Impfccheck, Kinospot, Hörfunkspots, Videospots, etc.).

Die in der Antwort zu Frage 4 beschriebenen Regelungen im PrävG dienen auch der Steigerung der Impfbereitschaft im Erwachsenenalter.

6. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass Deutschland in Europa bei der Masernelemination Schlusslicht ist?

Die Regionale Verifizierungskommission der Weltgesundheitsorganisation in der Region Europa (WHO-Euro) berichtet, dass im Jahr 2016 von 53 Ländern 33 Länder den Status der Elimination erreicht haben und neun Länder, darunter Deutschland, eine Unterbrechung der endemischen Übertragung über mindestens zwölf Monate zeigen konnten. In neun Ländern, darunter Belgien, Frankreich, Italien, sind nach Einschätzung der WHO die Masern dagegen noch endemisch. Deutschland hat im Jahr 2016 somit die erste Stufe der Elimination nach den Kriterien der WHO erreicht.

Für das Jahr 2017 liegen noch keine abschließenden Zahlen vor. Bis zum 6. Dezember 2017 wurden 904 Masernfälle gemeldet, insbesondere unter Migranten der EU, die in ihren Heimatländern bisher nicht geimpft worden waren und Masernfälle nach Deutschland importierten. Ferner weist Deutschland eine besonders hohe Bevölkerungszahl und -dichte und darüber hinaus einen hohen Grenzverkehr und eine hohe Anzahl an Menschen auf, die nach Deutschland kommen, um hier zu studieren oder zu arbeiten. Diese Menschen sind häufig in einem Alter (junges Erwachsenenalter), in dem auch in anderen, insbesondere europäischen Ländern, die Impfquoten von 95 Prozent noch nicht erreicht werden konnten. Darüber hinaus werden die Kinder in Deutschland spät gegen Masern geimpft, wenn man die STIKO-Empfehlungen zu Grunde legt. Aufgrund dieser Faktoren werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern noch viele Masernfälle beobachtet. Unter Berücksichtigung der Zahl der Neuerkrankungen (Masernfälle pro 1 Million Einwohner) weisen allerdings andere Länder wie zum Beispiel Italien höhere Neuerkrankungszahlen auf.

7. Welche Anzahl an Impfschäden ist nach Kenntnis der Bundesregierung bei Impfungen seit dem Jahr 2007 in Deutschland aufgetreten, welche davon mit bleibenden Schäden, und welche davon mit Todesfällen?

Ein Impfschaden wird definiert als die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfung (§ 2 Nummer 11 IfSG). Der Anspruch auf eine Entschädigung wegen eines solchen Impfschadens ist in § 60 ff. IfSG geregelt. Die Länder führen die Vorschriften des IfSG über die Versorgung bei Impfschäden als eigene Angelegenheit aus. Die Anerkennung eines Impfschadens erfolgt auf Antrag, der nach § 64 IfSG bei der für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörde zu stellen ist.

Statistische Daten in Bezug auf die Zahl von Anträgen und die Zahl anerkannter Impfschäden fallen dementsprechend bei den zuständigen Behörden der Länder an. Eine Bundesstatistik über die Zahl der Anträge und die Zahl anerkannter Impfschäden wird nicht geführt. Der Nationale Impfplan (Stand: 1. Januar 2012) ist abrufbar unter www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Impfsicherheit/sicherheit_impfungen_node.html. Unter Nummer 5.5. (S. 119) finden sich Daten der Länder über die Häufigkeit von Anträgen auf Anerkennung von Impfschäden und anerkannte Impfschäden in Deutschland in den Jahren 2005 bis 2009.

Danach wurden von 2005 bis 2009 insgesamt 1036 Anträge auf Anerkennung von Impfschäden gestellt, 169 Anträge wurden in diesem Zeitraum mit der Anerkennung eines Impfschadens abgeschlossen. Die formale Anerkennung eines Impfschadens lässt keinen Rückschluss auf die Schwere der Schädigung zu, auch nicht, ob es sich um einen vorübergehenden Impfschaden oder eine Impfkomplication mit einer bleibenden Beeinträchtigung oder um nur mittelbar mit der Impfung zusammenhängende Schäden nach § 60 Absatz 5 IfSG (z. B. einen Wegeunfall) handelt.

Von den vorgenannten „Impfschäden“ im Sinne von § 2 Nummer 11 IfSG zu unterscheiden sind „Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“. Daten über solche Verdachtsfälle veröffentlicht das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) insbesondere auf der Grundlage von Meldungen aus der Ärzteschaft nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 IfSG. Die Erfassung und Auswertung der Daten durch das PEI dient der Überwachung der Impfstoffsicherheit nach der Zulassung.

8. Welche Anzahl an Masernerkrankungen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland seit dem Jahr 2007, und welche Anzahl an Erkrankten behielten bleibende Schäden, welche Anzahl an Erkrankten verstarben aufgrund der Masern-Erkrankung?

Mit Stand vom 7. Dezember 2017 wurden dem RKI seit 2007 Daten von 10 524 Masernfällen nach IfSG übermittelt. Das RKI geht jedoch davon aus, dass die Zahl der tatsächlich aufgetretenen Masernfälle in Deutschland höher liegt. Von den nach IfSG übermittelten Masernfällen wiesen 16 Patienten eine Gehirnentzündung oder eine im Rahmen der Masernerkrankung aufgetretene Hirnhautentzündung auf, die in 20 Prozent bis 30 Prozent zu bleibenden Schäden führen können. Fallbezogene Daten zu bleibenden Schäden liegen dem RKI nicht vor. Drei Personen verstarben laut IfSG-Daten seit 2007 an Masern.

9. Welche Anzahl an Säuglingen (bis 12 Monate) erkrankte nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland seit dem Jahr 2007 an Masern, welche Anzahl leidet unter Spätfolgen oder ist aufgrund der Erkrankung verstorben?

Mit Stand vom 7. Dezember 2017 wurden dem RKI seit 2007 Daten von 664 an Masern erkrankten Kindern übermittelt, die zum Zeitpunkt der Erkrankung unter zwölf Monate alt waren. Von diesen verstarb nach den Daten des RKI kein Kind. Hier sind jedoch nicht die Kinder berücksichtigt, die an einer masernassoziierten subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) verstarben. Hierbei handelt es sich um eine Erkrankung des Gehirns, die Jahre nach der Masernerkrankung insbesondere bei Kindern auftritt, die zum Zeitpunkt der Masernerkrankung besonders jung waren. Die SSPE führt immer zum Tod. Die Erkrankung ist nicht meldepflichtig, daher liegen dem RKI keine Meldedaten zu SSPE-Fällen vor. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes (vgl. folgende Tabelle) wurden zwischen 2007 und 2015 insgesamt 280 SSPE-Fälle diagnostiziert.

Tabelle: Fälle an subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) in den Jahren 2007-2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Gesamt
Fallzahl	60	46	49	28	33	17	19	18	10	280

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes

Unter Berücksichtigung weiterer Daten aus Deutschland und internationaler Studien geht das RKI von einer deutlichen Untererfassung der masernassoziierten jährlichen Todesfälle aus.

10. Welche Anzahl an Personen ist nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2007 in Deutschland verstorben oder behielt bleibende Schäden durch Erkrankungen, gegen die eine Impfung möglich ist?

Da nicht bei allen Verdachtsfällen vor dem Tod spezifische Untersuchungen zum Nachweis einer impfpräventablen Infektion durchgeführt werden können, nicht alle Verdachtsfälle entsprechend IfSG gemeldet werden, Todesfälle als indirekte Folge einer impfpräventablen Erkrankung auftreten können und von der Todesfallstatistik daher nur sehr unvollständig erfasst werden können, sind exakte Angaben zur Anzahl der Verstorbenen an impfpräventablen Erkrankungen nicht möglich. Die gleiche Einschränkung gilt auch im Hinblick auf die Erfassung bleibender Schäden durch impfpräventable Erkrankungen.

Nach Schätzungen des RKI sind von 2007 bis 2017 insgesamt etwa 190 000 Menschen in Deutschland an Erkrankungen gestorben, gegen die man impfen kann. Aufgrund der bereits seit Jahrzehnten bestehenden Impfempfehlungen und erreichten Impfquoten kommt es bei den „klassischen“ impfpräventablen Erkrankungen wie Masern oder Tetanus nur noch sehr selten zu Todesfällen. Bei Erkrankungen, gegen die erst seit einigen Jahren geimpft werden kann (HPV, Rotavirus), bzw. bei Erkrankungen, die besonders im höheren Lebensalter schwere Krankheitsverläufe verursachen (Influenza, Pneumokokken), ist die Anzahl an Todesfällen jedoch beträchtlich. Basis für diese Berechnung waren Daten der Todesursachenstatistik, aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Meldedaten nach IfSG, Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten, Schätzungen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) sowie Schätzungen der STIKO Arbeitsgruppe Pneumokokken.

11. Welche Kosten sind nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2007 jährlich durch die Impfstoffe und deren Verabreichung für die Impfungen gegen Masern, Rotaviren, HPV und Grippe entstanden?

Der Bundesregierung liegen lediglich Informationen für die Impfkosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor, die in der folgenden Tabelle dargestellt sind. Die amtlichen Statistiken der GKV lassen dabei grundsätzlich keine Rückschlüsse auf einzelne Impfstoffe/Indikationen zu. In der Tabelle sind jedoch die Kosten für die Impfung gegen die A(H1N1)-Pandemie („Schweinegrippe“) spezifizierbar, da sie auf der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung beruhen und gesondert abgerechnet wurden.

Tabelle: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Impfungen in Mio. Euro

Ausgaben in Mio. Euro	Konto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	1.-3. Qu. 2016	1.-3. Qu. 2017
Zahlungen nach IschGKVLV	5163			358	-287	-4,4	0,07	0,13	-0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Satzungsleistungen)	5180	738	176	102	97,7	82,9	87,9	107	98,6	108	112	86,7	96,1
Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 3 SGB V - Regelleistungen - ärztliches Honorar	5183	186	251	264	247	227	230	221	259	257	256	179	187
Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 3 SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe)	5186	740	1.330	1.129	1.018	957	934	821	910	1.069	1.037	810	815
Rabatte auf Impfstoffe	5190									-68,1	-60,3	-40,2	-38,8

Quelle: Jahresrechnungs- und Quartalsergebnisse der GKV

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hat der Bundesregierung die in der folgenden Tabelle dargestellten GKV-Ausgaben für die betroffenen Impfstoffe gemeldet.

Hierbei ist zu beachten, dass nur der Impfstoffbezug über öffentliche Apotheken erfasst ist.

Keine Berücksichtigung finden an der Stelle ärztliche Honorare, Apotheken- und Herstellerrabatte, Zuzahlungen sowie Rabattverträge.

in EUR	Influenza (J07BB)	Masern (J07BD)	Rotaviren (J07BH)	Humane Papillomaviren (J07BM)
2007	240.900.000	76.700.000	100.000	132.900.000
2008	284.600.000	90.300.000	1.200.000	216.100.000
2009	334.800.000	94.100.000	1.500.000	89.900.000
2010	274.800.000	94.300.000	3.100.000	57.200.000
2011	240.300.000	99.300.000	4.900.000	76.700.000
2012	176.600.000	77.700.000	6.500.000	92.700.000
2013	131.800.000	89.800.000	10.900.000	95.200.000
2014	130.800.000	95.400.000	43.200.000	99.600.000
2015	120.600.000	141.700.000	54.800.000	117.500.000
2016	151.900.000	121.800.000	59.100.000	122.300.000
1.-3. Qrt. 2016	91.800.000	91.500.000	42.900.000	94.200.000
1.-3. Qrt. 2017	92.000.000	99.100.000	45.400.000	83.100.000

Quelle: Deutsches Arzneiprüfungsinstitut e. V. (DAPI)

12. Welche Kosten sind nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2007 jährlich durch Personen, die an Masern, Rotaviren, HPV und Grippe erkrankt sind, entstanden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine belastbaren Daten vor.

13. Gibt es seitens der Bundesregierung Planungen, den Impfpass zu digitalisieren und etwa verbindlich auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern?

Gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V muss die Gesundheitskarte geeignet sein, Anwendungen zu unterstützen, mittels derer auch Daten über Impfungen als Teil einer elektronischen Patientenakte verarbeitet werden können.

Mit dem E-Health-Gesetz wurde die gematik beauftragt, bis Ende 2018 alle Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass medizinische Informationen des Patienten als Daten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in einer elektronischen Patientenakte (ePA) bereitgestellt werden können.

Die Umsetzung/Einführung der ePA ist stufenweise vorgesehen. In der ersten Stufe sollen zunächst Daten bereitgestellt werden, die mit den weiteren medizinischen Anwendungen der eGK bzw. der Telematikinfrastruktur bereits strukturiert verfügbar gemacht werden. Dies sind die Notfalldaten und Daten des Medikationsplans nach § 31a SGB V sowie elektronische Arztbriefe. Wichtige – notfallrelevante – Informationen zu einzelnen Impfungen können im Notfalldatensatz als besondere Hinweise hinterlegt werden. In späteren Umsetzungsstufen sollen auch weitere Daten, z. B. Daten eines elektronischen Impfpasses oder eines Mutterpasses in der ePA gespeichert und abgerufen werden können.

Davon unabhängig gibt es bereits Spezifikationsvorschläge für Impfpass-Schnittstellen, die eine digitale Verarbeitung von strukturierten Daten über Impfungen ermöglichen sollen. Zur Förderung der einrichtungsübergreifenden Standardisierung sollen diese in das Interoperabilitätsverzeichnis der gematik „vesta“ nach § 291e SGB V eingetragen werden und so der Fachöffentlichkeit und allen Softwareherstellern im Praxis-, Krankenhaus- und Apothekensoftwarebereich für eine mögliche Integration in ihre Systeme und mobile Lösungen zur Verfügung gestellt werden.

Vor diesem Hintergrund wird derzeit geprüft, inwieweit durch eine Anpassung des § 22 IfSG die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Impfdokumentation zukünftig auch digital und ohne einen papiergebundenen Impfpass erfüllt werden können.

14. Welche Konsequenzen drohen Impfverweigerern?

Wenn eine Infektionskrankheit in einer Gemeinschaftseinrichtung auftritt, müssen Personen, die weder durch eine früher durchgemachte Erkrankung noch durch Schutzimpfung ausreichend vor der Krankheit geschützt sind, damit rechnen, die Einrichtung vorübergehend nicht besuchen zu dürfen. Dies betrifft zum einen die in § 34 IfSG genannten Personen sowie weitere Personen, die das Gesundheitsamt wegen Ansteckungsverdachts vom Besuch der Einrichtung ausschließt. Ferner kann das Gesundheitsamt beim Auftreten von Masern alle Personen, die für die Krankheit empfänglich sind, nach der neuen Regelung in § 28 Absatz 2 IfSG vorübergehend vom Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ausschließen.

Im Privatrecht können sich rechtliche Konsequenzen aus dem Fehlen von Impfschutz ergeben, insbesondere soweit die Nichtempfänglichkeit für eine Krankheit eine Voraussetzung für die gesundheitliche Eignung einer Person für eine bestimmte Tätigkeit oder Beschäftigung ist. Für den Bereich der Infektionshygiene in medizinischen Einrichtungen gibt § 23a IfSG dem Arbeitgeber in diesem Zusammenhang eine Grundlage zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen der personenbezogenen Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus, damit der Arbeitgeber über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise der Beschäftigung entscheiden kann.

15. Ist seitens der Bundesregierung eine Verschärfung der Konsequenzen bei der Verweigerung einer Impfung geplant, wenn ja, in welcher Art, und wann?

Zusätzlich zu den in der Antwort zu Frage 4 genannten Maßnahmen plant die Bundesregierung derzeit, keine weiteren Maßnahmen zu initiieren.

16. Sieht die Bundesregierung eine Impfpflicht als Möglichkeit an, die Impfquoten zu erhöhen?

Wenn nein, warum nicht?

Nach den derzeit in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Gesetzen sind Schutzimpfungen grundsätzlich freiwillig. Ausnahmen gibt es lediglich für Soldaten. Eine Schutzimpfung darf somit nur vorgenommen werden, wenn die zu impfende Person bzw. der Personensorgeberechtigte – nach entsprechender Aufklärung – vorher in den medizinischen Eingriff eingewilligt hat. Insbesondere für die Impfprävention sieht das IfSG eine Reihe von Instrumenten vor, die die Fähigkeit der Menschen zur eigenverantwortlichen Entscheidung stärken sollen. Vor dem Hintergrund der durch den Gesetzgeber zuletzt getroffenen Regelungen (siehe Antwort zu Frage 4), wird eine allgemeine Impfpflicht derzeit nicht als geboten angesehen.

Eine Verpflichtung zur Teilnahme an Schutzimpfungen würde in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes eingreifen. Der Staat darf in das Grundrecht durch ein Parlamentsgesetz eingreifen, wenn dies erforderlich ist, um Leben und Gesundheit anderer Menschen vor einer schweren Gefährdung durch übertragbare Krankheiten zu schützen. Voraussetzung ist nach dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, dass die Ziele des öffentlichen Gesundheitsschutzes mit anderen Instrumenten, die weniger in Grundrechte eingreifen, nicht im gleichen Maße erreicht werden können.

