



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Referentenentwurf zu einer Verordnung zum Anspruch auf Schutz- impfung gegen das Coronavirus SARS-COV-2 (Coronavirus-Impfverordnung)

A. Allgemeine Bemerkungen

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen den Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-COV-2 für alle Menschen mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf sowie jene, die solche Menschen behandeln, betreuen oder pflegen. Es ist dabei darauf zu achten, dass durch die Regelungen auf den Anspruch umfassend alle Risikopersonen geschützt sind, unabhängig von ihrer Lebens- und Wohnsituation. Auch begrüßen wir die Regelung, dass Einrichtungen, die vulnerable Gruppen pflegen, betreuen und versorgen durch mobile Impfteams besucht werden. Dies erfordert weitere Ressourcen bei Einrichtungen, z.B. durch Unterstützung der mobilen Impfteams im Vorfeld, das Einholen von Einverständniserklärungen bei Bewohner/innen und Betreuer/innen sowie die Nachsorge nach der Impfung. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen daher auf die dringende Notwendigkeit hin, die Organisation und Durchführung für Einrichtungen so bürokratie- und aufwandarm wie möglich zu gestalten. Zu mehr Handlungssicherheit tragen Musteranschreiben für Einrichtungen bzgl. Aufklärung, einschließlich Wirkungen und Nebenwirkungen und für die Einwilligung durch die Betroffenen bzw. Betreuer/innen bei. Ebenso sind einheitliche Informationen für alle Interessierten bzw. die betreffenden Risikopersonen über die Möglichkeit zur Impfung notwendig. Diese sind barrierefrei und in leichter Sprache zur Verfügung zu stellen. Ferner ist die Bereitstellung mehrsprachiger Informationen sicherzustellen.

Zusammenfassend bewerten wir die zentralen Punkte der Verordnung wie folgt:

1. Da angesichts anfänglich noch nicht ausreichender Impfstoffkapazitäten nicht nur eine Priorisierung nach Risikogruppen, sondern eine „Priorisierung der Priorisierung“ stattfinden muss, ist der Gesetzgeber im Sinne der Wesentlichkeitstheorie gefordert, diese vorzunehmen. Wir unterstützen den Vorschlag des Deutschen Ethikrats, der STIKO und der Leopoldina zu einem zweistufigen Verfahren der Festlegung durch den Gesetzgeber und einer dynamischen Anpassungsmöglichkeit durch das BMG per Verordnung.
2. Wir begrüßen, dass sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte sowie Nicht-versicherte Anspruch auf Impfungen nach den vorgegebenen Kriterien haben. Es ist sicherzustellen, dass neben den Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt auch die Personen mit tatsächlichem Aufenthalt sowie Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität Anspruch auf die Impfungen haben. Auch jeden Tag

ein- und ausreisende Berufspendler, die in Einrichtungen, die Risikogruppen betreuen, arbeiten, müssen umfasst werden. Zudem sollte die private Krankenversicherung anteilig an den Versicherten in Deutschland mit einem Anteil von 10 Prozent und nicht nur 7 Prozent, wie jetzt vorgesehen, zur Finanzierung herangezogen werden.

3. Ein barrierefreier Zugang sowie die Bereitstellung von Informationen in leichter Sprache und mehrsprachig ist sowohl in Bezug auf die Impfberatung als auch beim Zugang zu den Impfzentren und bei der Terminvergabe zu gewährleisten.
4. Bezüglich der Einrichtungen und Risikogruppen sprechen wir uns dafür aus, dass neben den in § 36 Absatz 1 Nummer 1 bis 7 sowie § 23 Absatz 5 Nummern 1 bis 12 genannten Einrichtungen und den von ihnen betreuten, gepflegten oder versorgten Personengruppen auch zugehende ambulante Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, sowie Einrichtungen und Angebote für Menschen in besonderen Lebenslagen mit sozialen Schwierigkeiten, wie z.B. Frauenhäusern und Gewaltschutzeinrichtungen, Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen, Schwangerschaftsberatungsstellen, niedrigschwellige Tagestreffs für Wohnungslose, existenzunterstützenden Angebote wie z.B. zur Sicherstellung der Hygiene und Versorgung von wohnungslosen Menschen, teil- und vollstationären sowie ambulanten Einrichtungen, die Hilfen nach § 67 SGB XII erbringen sowie Angebote der Suchthilfe und der Selbsthilfe zu den prioritär mit Impfung zu versorgenden Einrichtungen und betreuten Personengruppen zählen. Auch die Tagesmütter und -väter sind einzubeziehen. Sicherzustellen ist auch, dass der Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung und die Familienpflege-dienste, welche vulnerable Familien in prekären Situationen versorgen, in den Impfschutz mit einbezogen ist, da diese Einrichtungen nicht alle von §§ 36 und 23 IfSG erfasst sind.
5. Von herausragender Bedeutung ist es auch, die An- und Zugehörigen einschließlich der Assistenzkräfte und ehrenamtlich Tätigen von häuslich versorgten vulnerablen Risikogruppen durch Impfung zu schützen.
6. Es ist klarzustellen, dass zu den Tätigen in den Einrichtungen nicht nur die im Anstellungsverhältnis Beschäftigten, sondern auch Honorarkräfte, Leiharbeiter/innen, Auszubildende und Praktikant/innen sowie ehrenamtliche und im Freiwilligendienst Tätige zählen.
7. Um den vollen Impfschutz zu gewährleisten, muss die zweite Impfung innerhalb von 21 Tagen durchgeführt werden. Erinnerungsfunktionen, auch per App und ein Impfdatum für die zweite Impfung in der Impfdokumentation sollten diesen Prozess unterstützen.
8. Wo auch immer möglich, sollten Personen, die ohnehin für die Ausstellung des Attests die Arztpraxis aufsuchen müssen, auch gleich dort geimpft werden.
9. Um den Zugang gerade von vulnerablen Gruppen zur Impfung sicherzustellen, muss es ein bundesweit einheitliches Einladungswesen geben, etwa vergleichbar der Mammakarzinomvorsorge.
10. Die Impfsurveillance ist um die Erfassung von Nebenwirkungen und Komplikationen zu ergänzen.

B. Bewertung der Einzelvorschriften

§ 1 Anspruch

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass der Rechtsanspruch auf eine Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 auch Nichtversicherte umfasst, indem neben den gesetzlich Versicherten alle Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland umfasst werden. Einbezogen werden müssen aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege aber auch Personen, die ihren tatsächlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben sowie Personen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität, die diese Impfungen ohne Angst vor Meldung an die Ausländerbehörde erhalten müssen, indem den betreffenden Stellen diese Informationen zur Verfügung gestellt werden. Um das Ansteckungsrisiko in den Einrichtungen zu minimieren, sollten auch Berufspendler, die jeden Tag aus dem Ausland für ihre Tätigkeit in einer Einrichtung ein- und ausreisen, vom Impfanspruch umfasst werden.

Absatz 2 regelt die Leistungen der Aufklärung und Impfberatung, die im Zusammenhang mit der Impfung erbracht werden müssen. Es ist klarzustellen, dass diese ausnahmslos - und nicht nur gegebenenfalls - auch eine symptombezogene Untersuchung zum Ausschluss akuter Erkrankungen umfassen müssen. Es ist ein barrierefreier Zugang zu den Leistungen der Aufklärung und Impfberatung sicherzustellen, d.h. dass bei behinderungsspezifischen Bedarfen Informationen, Aufklärung und Impfberatung über entsprechende barrierefreie Materialien und Kommunikationsformate erfolgen. (Leichte Sprache, Einfache Sprache; Gebärdendolmetschen, Mehrsprachigkeit u.a.).

Absatz 3, der die gesetzliche Regelung des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a SGB V zur Priorisierung nach Risikogruppen, Behandlern, Betreuern und Pflegenden sowie Personen, die im Bereich der Daseinsvorsorge und zur Aufrechterhaltung der staatlichen Funktionen systemrelevant sind, umsetzt, ist zu streichen. Die Priorisierung von Personengruppen muss Aufgabe des Gesetzgebers sein, hier bedarf es bundeseinheitlicher Vorgaben, an die sich auch die Länder halten müssen.

Grundsätzlich stellt sich für die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände die Frage, ob die Impfstrategie im Allgemeinen und die Priorisierung angesichts eingeschränkter Impfstoffkapazitäten im Besonderen nicht einer differenzierteren gesetzlichen Normierung bedürfen, als sie § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a SGB V vorgibt. Auch die gemeinsame Arbeitsgruppe aus Deutschem Ethikrat, STIKO und Leopoldina hält gesetzgeberische Vorgaben des Bundestags für die Priorisierung und Verteilung des Impfstoffs für erforderlich und schlägt ein zweistufiges Verfahren analog zur Schweizer Epidemienverordnung (Art. 61) vor, wonach der Gesetzgeber Priorisierungskriterien und Personengruppen normiert und die weitere Konkretisierung in einer Rechtsverordnung des BMG, ggf. mit Bundestagsbeteiligung oder einer STIKO-Verordnung erfolgt. Diesem Vorschlag schließen wir uns an.

Änderungsbedarf

Um Personen mit tatsächlichem Aufenthalt sowie in aufenthaltsrechtlicher Illegalität vom Rechtsanspruch zu umfassen, wird Absatz 1 wie folgt gefasst:

„Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen **oder tatsächlichen** Aufenthalt in der Bundesrepublik

Deutschland haben, haben nach Maßgabe der §§ 2 bis 5 und im Rahmen der Verfügbarkeit der vorhandenen Impfstoffe Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. **§ 87 AufenthG findet keine Anwendung.**“

In Absatz 2 Satz 1 wird vor den Wörtern „die symptombezogene Untersuchung zum Ausschluss akuter Erkrankungen“ das Wort „ggf.“ gestrichen.

Streichung von Absatz 3

§§ 2 bis 4: Schutzimpfungen der in § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1a) bestimmten Gruppen

Die §§ 2 bis 4 werden wegen ihres Gesamtzusammenhangs gemeinsam kommentiert. Sie umfassen die Personengruppen, die nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer a) SGB V bei Impfstoffknappheit prioritär zu impfen sind:

- § 2 Schutzimpfung bei Personen, die in bestimmten Einrichtungen tätig sind oder dort behandelt, betreut und gepflegt werden
- § 3 Schutzimpfung bei Personen mit signifikant erhöhtem Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf und bei Personen, die diese behandeln, betreuen oder pflegen
- § 4 Personen, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen.

Der Anspruch auf Impfung der Personengruppen gemäß den §§ 2 und 3 ist vorrangig vor den Impfungen der Personengruppen gemäß § 4.

In Bezug auf die §§ 2 und 3 sowie der Stellungnahme der Länder nach § 4 sind zur Bewertung der Regelungen im Einzelnen die Empfehlungen der STIKO zu nutzen, die den Verbänden offiziell nicht zugegangen sind.

Grundsätzlich unterstützen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Differenzierung zwischen §§ 2 und 3, weisen aber darauf hin, dass es zwischen den Ansprüchen der Personengruppen nach § 2 und 3 Überschneidungen geben wird, z.B. weil pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen zugleich nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen vielfach Personen sind, die aufgrund von Multimorbidität ein signifikant höheres Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben werden. Da das Ansteckungsrisiko in Einrichtungen organisatorisch-strukturell unabweisbar höher ist als bei vulnerablen Personen, die nicht in einer Einrichtung leben, ist die Unterscheidung zwar sachlich geboten, sollte aber durch eine klarstellende Formulierung präzisiert werden, z.B. indem in § 3 von „nicht durch § 2 bereits erfasste Personen mit signifikant erhöhtem Risiko...“ gesprochen wird. Zu den unter § 3 erfassten Personen ist auch unbedingt der große Kreis der An- und Zugehörigen, Assistenzpersonen sowie ehrenamtlich Tätigen zu zählen, die unterstützungsbedürftige Menschen in ihrer Häuslichkeit pflegen, betreuen oder versorgen (pflegende Angehörige). Auch zu umfassen sind die live-in-Kräfte, die pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderungen in deren eigener Häuslichkeit betreuen. Beides sollte in der Begründung klargestellt werden.

Wir begrüßen, dass nach der STIKO-Empfehlung auch die An- und Zugehörigen von Schwangeren geimpft werden sollen, da Schwangere ein höheres Risiko eines schweren Verlaufs haben.

Wie wichtig es ist, die in § 2 genannten „bestimmten Einrichtungen“ nicht zu eng abzugrenzen, soll am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe ausgeführt werden. Kinder und Jugendliche zählen – außer bei Vorerkrankungen – nicht zu den Risikogruppen. Gleichzeitig ist es wichtig, ihre Betreuer zu schützen, die z.B. in ambulanten Diensten und Tagesgruppen zum Zwecke der Sicherung des Kindeswohls und des Kinderschutzes tätig sind und aufgrund dessen täglich mehrere unterschiedliche Familien und Haushalte besuchen und somit einer besonderen Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. Das Gleiche gilt auch für die Frauenhäuser und sonstige Gewaltschutzeinrichtungen, die zum Zwecke des Schutzes vor Partnergewalt als systemrelevante Einrichtungen einzustufen sind; die von Gewalt betroffenen Frauen und Männer und ihre Kinder dürfen zu keinem Zeitpunkt z.B. durch Personalausfall durch Krankheit oder Quarantäne ohne Schutz bleiben. Dasselbe gilt auch für Einrichtungen nach §19 SGB VIII, in denen Mütter oder Väter mit ihren Kindern betreut werden, die aufgrund ihrer Persönlichkeit Unterstützung bei der Betreuung der Kinder und zur Wahrung des Kindeswohls brauchen.

§ 2 sollte grundsätzlich alle Personen erfassen, die in stationären Einrichtungen tätig sind, deren Auftrag es ist die Betreuung, Versorgung und Pflege der ihnen anvertrauten Menschen zu gewährleisten. Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes gibt es in der Eingliederungshilfe keine „stationären“ Wohnformen mehr, sondern die „besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe“ sowie ambulante Settings, bei denen z.B. Menschen mit Behinderungen in der eigenen Häuslichkeit oder in Wohngemeinschaften leben und unterstützt werden. Auch diese müssen berücksichtigt werden. Ebenso im Blick sein müssen z.B. auch ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation, der Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM), der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe sowie der Suchthilfe oder Masseneinrichtungen für Geflüchtete. Dies gilt auch für die Justizvollzugsanstalten. Maßstab für die Zuordnung der berechtigten Personengruppen nach § 2 muss insgesamt der Schutz besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen sein. Zu den in den Einrichtungen tätigen Personen zählen z.B. auch Seelsorgerinnen und Seelsorger, die die Menschen in den Einrichtungen betreuen, ohne selbst Angestellte der Einrichtung zu sein.

Wir regen somit bezüglich der Einrichtungen nach § 2 an:

- alle tätigen Personen, in **Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummern 1 bis 7 IfSG** (Gemeinschaftseinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe, stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie ambulante Dienste der Unterstützung, Betreuung und Pflege von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen für Asylbewerber/innen und Geflüchtete, sonstige Massenunterkünften Justizvollzugsanstalten) vom Anspruch auf Impfung zu umfassen. Einbezogen werden sollten auch die Tagesmütter und -väter nach § 43 Absatz 1 SGB VIII.

Hinzu kommen ambulante bzw. aufsuchende Angebote der Kinder- und Jugendhilfe (beispielsweise aufsuchende Familienhilfe etc.)

- Darüber hinaus sollte die Auflistung der Einrichtungen nach § 2 auch **Einrichtungen für Personen in besonderen Lebensverhältnissen mit sozialen Schwierigkeiten und Angebote, die diesen vergleichbar sind**, umfassen. Dies sind Einrichtungen und Angebote für Menschen in besonderen Lebenslagen mit sozialen Schwierigkeiten, wie z.B. Frauenhäuser, Schwangerschaftsberatungsstellen, niedrigschwellige Tagestreffs für Wohnungslose, existenzunterstützende Angebote wie z.B. zur Sicherstellung der Hygiene und Versorgung von wohnungslosen Menschen, teil- und vollstationäre sowie ambulante Einrichtungen, die Hilfen nach § 67 SGB XII erbringen sowie Angebote der Suchthilfe und der Selbsthilfe. Gerade die Menschen aus besonders vulnerablen Gruppen, die in diesen Einrichtungen betreut und versorgt werden, sind häufig hohen Ansteckungsrisiken ausgesetzt.
- Des Weiteren sollte der Rechtsanspruch in § 2 aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege alle **in Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 IfSG** (Krankenhäuser, Arztpraxen, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen, auch dann, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt; Einrichtungen des ambulanten Operierens, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Intensivpflegedienste und Rettungsdienste) tätigen Personen umfassen.
- Es ist des Weiteren sicherzustellen, dass auch die in den **Familienpflegediensten i.S. von § 38 oder § 24h SGB V, in den SAPV-Diensten sowie die in ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen**, die keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI haben, tätigen Personen in die Aufzählung der Einrichtungen nach § 2 einbezogen werden.
- In der Begründung ist zudem klarzustellen, dass die in den genannten Einrichtungen tätigen Personen nicht nur die angestellten Beschäftigten, sondern auch Leiharbeiter/innen, freie Mitarbeiter/innen, Honorarkräfte, Auszubildende, Personen während eines Praktikums und freiwillig Tätige (BFD, FSJ) sowie ehrenamtlich Tätige umfassen.

Da der Impfstoff u.U. in der ersten Phase so knapp ist, dass nicht alle diese Einrichtungen sofort berücksichtigt werden können, wäre die Frage, welche Einrichtungen zu den „bestimmten Einrichtungen“ zählen, im Zeitverlauf – je nach Verfügbarkeit des Impfstoffs zu erweitern. Wichtig aus Sicht der Verbände ist, die besondere Bedeutung der Einrichtungen als Infektionsquelle und als Orte mit besonderem Schutzauftrag für bedürftige, vulnerable Gruppen insgesamt herausgehoben zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass eine Priorisierung innerhalb der prioritären Gruppen vorgenommen werden muss, wenn, wie derzeit angenommen, insgesamt erst einmal 3 Mio. Impfdosen für die erste Verimpfung zur Verfügung stehen, können nur 1,5 Mio. Menschen geimpft werden. Über diese Priorisierung eben muss der Deutsche Bundestag entscheiden, wie oben ausgeführt.

Die STIKO muss laut Verordnungsentwurf definieren, welche Personengruppen ein signifikant höheres Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 haben. Wir haben oben schon ausgeführt, dass der Gesetzgeber für die Kriterien Leitplanken vorgeben muss. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege kann die Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2020, die Empfehlungen zur Definition der Covid-19-Risikogruppen

pen für eine Abgabe der FFP2-Masken abgegeben hat, dafür ein sinnvoller Orientierungsrahmen sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat empfohlen, bei der Definition von Risikogruppen auf einfache, praktisch umsetzbare Indikatoren zurückzugreifen, wie Alter (in Kombination mit Geschlecht), Pflegebedürftigkeit, Demenz, Chroniker-Status und DMP-Status, Risikoschwangerschaft, Z.n. Organtransplantation. Anders als in der GBA-Stellungnahme werden im STIKO-Beschlussentwurf Patient/innen mit Immunschwäche und Autoimmunerkrankungen als Risikopersonen ausdrücklich erwähnt, was wir begrüßen. Es sollten aber auch die seltenen Erkrankungen in der Empfehlung explizit aufgeführt werden.

Der Beschlussentwurf der STIKO für eine Impfeempfehlung zeigt eine hohe Übereinstimmung seiner Definition der Risikogruppen mit der des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese Indikatoren würden es dem behandelnden Arzt/der Ärztin oder dem Personal des ÖGD ermöglichen, unkompliziert und mit der gebotenen Zügigkeit die Personengruppen mit einem Anspruch auf prioritäre Impfung rechtssicher für die Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses zu identifizieren.

Personen, die diese besonders schutzbedürftigen Personengruppen behandeln, betreuen oder pflegen, hierzu zählen neben den Hausärztinnen und -ärzten insbesondere auch Angehörige und Seelsorger, unterfallen ebenfalls § 3.

Für sachgerecht erachten wir den Nachrang von Schutzimpfungen bei Personen aus zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für Personen in Schlüsselstellungen für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen gegenüber den Schutzimpfungen für die Personenkreise nach den §§ 2 und 3. In dem vorliegenden unvollständigen RefE fehlt die Auflistung von Personen, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge tätig sind: Dazu sollten z.B. auch neben den bereits genannten Personengruppen wie Polizist/innen und Feuerwehrleuten auch die in der Energieversorgung und Müllentsorgung tätigen Personengruppen, zählen.

§ 5 Folge- und Auffrischimpfungen

Da der volle Impfschutz nach vorliegenden Erkenntnissen erst mit der zweiten Impfung erfolgt, sollte die Impfdokumentation ein konkretes Datum benennen sowie eine Impf-App mit Erinnerungsfunktion für die Folge- und Auffrischimpfung zur Verfügung stellen.

§ 6 Leistungserbringung

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich, dass die von den Ländern zu errichtenden und zu verantwortenden Impfzentren mobile Impfteams bereithalten müssen. Ausweislich der Begründung sollen diese in Einrichtungen, die mobilitätseingeschränkte Personen betreuen, versorgen und pflegen, eingesetzt werden. Dazu gehören neben den Pflegeeinrichtungen auch die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe, und deren ambulante Unterstützungsangebote; dies ist in der Gesetzesbegründung *expressis verbis* zu ergänzen. Dasselbe gilt für die Impfung durch mobile Teams nach § 6 Abs. 2. In der Begründung wird in erster Linie auf die Pflegeeinrichtungen verwiesen. Die gemeinschaftlichen besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sollten ebenfalls benannt werden. Dies würde die Umsetzung in den Ländern unterstützen.

In der Begründung sollte sichergestellt werden, dass Impfung in Einrichtungen mit mobilitäts- oder anderweitig eingeschränkten Personen immer auch Impfangebote für

deren Mitarbeitende umfasst. In der Begründung ist zudem klarzustellen, dass die Impfung für Personengruppen, die von den mobilen Impfteams geimpft werden, zeitnah nach Verfügbarkeit der Impfstoffe durchgeführt wird. Es sollte auch gewährleistet sein, dass mobile Impfzentren ggf. auch stark mobilitätseingeschränkte Menschen in ihrer Häuslichkeit aufsuchen können.

Wir weisen darauf hin, dass der Sicherstellungsauftrag der KVen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 2 SGB V besteht; Schutzimpfungen sind hingegen Aufgabe des ÖGD. Insoweit sehen wir die Möglichkeit, dass Länder die KVen zur Mitwirkung an der Errichtung, Organisation und dem Betrieb der Impfzentren verpflichten können, kritisch; Kooperationsvereinbarungen zwischen den Ländern und den KVen, wie in Absatz 2 Satz 2 auch vorgesehen, sind der richtige Weg, um die Versorgung mit Schutzimpfungen regional gestalten zu können. In solchen Kooperationsvereinbarungen sollte auch geregelt werden, dass die Hausärzte Risikopatient/innen in ihrer Praxis impfen dürfen. Dies betreffe z.B. viele pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderungen, die ambulant versorgt/unterstützt werden und stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und für die ein Aufsuchen der Impfzentren nicht möglich ist bzw. einen hohen Aufwand und eine zusätzliche Gefährdung bedeuten kann oder die aufgrund ihrer Behinderung nicht in der Lage sind, ein Impfzentrum aufzusuchen. Das gilt auch für Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, z.B. Menschen mit außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V, die ambulant versorgt werden, weil diese ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 haben. Dies vor dem Hintergrund der Information von Biontech/Pfizer, dass der Impfstoff entgegen Erstverlautbarungen bis zu 5 Tage in handelsüblichen Kühlschränken bei 2 bis 8 Grad gelagert werden kann, also auch in der Arztpraxis.

Bei der Definition von entsprechenden Mindeststandards für die Impfzentren sollte die Bundesfachstelle Barrierefreiheit eingebunden werden. Die Impfzentren sollten mit dem ÖPNV erreichbar sein. Vor Ort muss sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderungen die notwendige Unterstützung erhalten, um sich zurechtfinden zu können und die erforderlichen Informationen im Sinne von § 1 in barrierefreier Form erhalten.

Für das Personal von Einrichtungen nach § 2, das ebenfalls Anspruch auf Impfungen hat, ist in Absatz 4 ebenfalls die Bescheinigung des Arbeitgebers oder ein anderer geeigneter Tätigkeitsnachweis vorzulegen, sofern die Impfung nicht direkt in der Einrichtung durch ein mobiles Impfteam erfolgt bzw. erfolgen kann.

§ 7 Impfsurveillance

Da die Impfung nach SARS-CoV-2 trotz Erprobungen an ca. 30.000 Probanden noch keine gesicherten Erkenntnisse über die Wirksamkeit, Dauer der Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Komplikationen umfasst, sollte die Impfsurveillance neben den in Absatz 1 Nummer 1 bis 10 genannten Angaben Daten über Nebenwirkungen und Komplikationen enthalten, die den Impfzentren bekannt werden. Dafür muss allerdings eine Rechtsgrundlage des Gesetzgebers in § 13 Absatz 5 IfSG gelegt werden. Bei den Nebenwirkungen oder Komplikationen sollte im Rahmen der Impfsurveillance auch erfasst werden, ob die Grunderkrankung insbesondere bei Autoimmunerkrankungen

kungen eine Änderung oder Verschlechterung durch die Impfung erfährt. Wir schlagen die Anbindung von indikationsspezifischen Registern, z.B. des MS-Registers, an das RKI/PEI vor.

Änderungsbedarf

Einfügung einer neuen Nummer 1 in Absatz 1:

„11. Gemeldete Nebenwirkungen oder Komplikationen“

§ 8 Terminvergabe

Nicht nachvollziehbar ist, warum es zur Terminvereinbarung in den Impfbüros einerseits die Nutzung der Terminservicestelle der KBV geben soll und zusätzlich Callcenter, die von den Ländern oder von ihnen beauftragten Dritten zur Terminvergabe genutzt werden sollen. Die TSS sollte insbesondere auch genutzt werden, um Impfungen wohnortnah in der Hausarztpraxis durchführen zu können (s. Kommentierung zu § 6). Barrierefreie Lösungen sind zu ermöglichen. Geschieht das nicht, werden gerade die besonders vulnerablen Gruppen im Sinne von § 3 der Verordnung faktisch von den Impfmöglichkeiten ausgeschlossen.

Für den Einsatz mobiler Impfteams und die entsprechende Organisation muss es für in der Verordnung genannte Einrichtungen eine separate Nummer geben, die eine kurzfristige Erreichbarkeit zur Abstimmung der Termine vor Ort gewährleistet und keinen Verweis auf eine landes- oder sogar bundesweite Hotline.

§ 10 erwähnt in Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 „Kosten für ein gesondertes Einladungsmanagement“. Ein solches Einladungsmanagement, z.B. analog zur Mammakarzinomvorsorge, würde die Terminvergabe erleichtern und entbürokratisieren. Es sollte in leichter Sprache sowie mehrsprachig zur Verfügung gestellt werden. Eine noch wichtigere Funktion eines Einladungsmanagements bestünde jedoch darin, Personen, die keine Kenntnis haben, dass sie zur Risikogruppe gehören und somit einen Anspruch auf Impfung haben, niedrigschwellig zu informieren. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege regen an, einen eigenen Paragraphen zum Einladungsmanagement zu formulieren. Ein solches Einladungsmanagement sollte in der Ansprache zielgruppengerecht sein, d.h. ggf. in der jeweiligen Muttersprache, leichter Sprache etc. erfolgen.

§ 9 Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses und eines ggf. zu vergebenden Codes für die Terminvergabe

Das Ausstellen eines ärztlichen Zeugnisses setzt auch bei Personen, die der Arztpraxis bekannt sind, voraus, dass der Arzt sich vom Gesundheitszustand der betroffenen Person überzeugt.

Ärzt/innen müssen bei Feststellung eines Anspruchs auf Schutzimpfung den Gesamtkörperstatus in Augenschein nehmen, d.h., es darf bei der Bewertung nicht ausschließlich auf eine vorliegende Grunderkrankung abgestellt werden, sondern es müssen auch Folgebeeinträchtigungen mitbetrachtet werden, die zu einem signifikant höheren Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf führen. So kann zum Beispiel eine Erkrankung der Wirbelsäule oder eine Behinderung, die sich negativ auf die Funktion der Lungen auswirkt, dazu führen, dass ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf vorliegt, wenngleich die Erkrankung der Wirbelsäule oder Behinderung zunächst kein Indiz hierfür belegen.

Muss eine Untersuchung erfolgen, ist die in Absatz 1 mit 5 Euro bezifferte Pauschale zu niedrig angesetzt.

Wir weisen zudem darauf hin, dass die Finanzierung der Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen für Personen mit Leistungsbezug nach dem AsylBLG gesetzlich klar geregelt werden muss, da diese Personen nicht regulär krankenversichert sind.

§§ 10 bis 12 Teilfinanzierung der Kosten der Impfbereitschaft; Beteiligung der PKV

Die Verbände begrüßen ausdrücklich, dass die PKV anteilig ihrer Versicherten an den Kosten für die Errichtung und den Betrieb der Impfbereitschaft herangezogen wird. Da der Anteil der PKV-Versicherten nicht 7, sondern 10 Prozent der Bevölkerung umfasst, sind die Kostenanteile der PKV entsprechend auf 10 Prozent zu erhöhen. Da die Impfbereitschaft dem Ziel des Bevölkerungsschutzes dient, muss die Hälfte der Kosten, die nach dem Entwurf aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder erstattet wird, durch einen Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds refinanziert werden.

Berlin, 09.12.2020

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (Elisabeth.Fix@caritas.de)