

STELLUNGNAHME
DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. ZUR

VERORDNUNG ZUM ANSPRUCH AUF SCHUTZIMPfung GEGEN DAS CORONAVIRUS
SARS-CoV-2
(CORONAVIRUS-IMPfVERORDNUNG – CORONAIMPfV)

STAND: 9. DEZEMBER 2020

I. VORBEMERKUNG

Die nachfolgende Stellungnahme kann angesichts der kurzen Frist bestimmte Themen und Fragestellungen lediglich anreißen. Insbesondere war innerhalb weniger Tage eine vertiefte rechtliche Bewertung – zum Teil komplexer – rechtlicher Fragestellungen, wie beispielsweise die verfassungs- als auch haftungsrechtliche Bewertung der notwendigen Aufklärung nach § 1 Abs. 2 CoronaimpfV – E, nicht möglich. Wir werden diese (Rechts-)fragen ergänzend prüfen und dem Verordnungsgeber das Ergebnis unserer Prüfung – auch außerhalb einer formalen Stellungnahme – zukommen lassen.

II. ALLGEMEINES

Die Coronavirus-Impfverordnung soll die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Bevölkerung schnell und flächendeckend geimpft werden kann. Eine möglichst hohe Durchimpfungsrate und die damit verbundene möglichst langanhaltende Immunität sollen dabei die entscheidende Trendwende in der Bekämpfung der Corona-Pandemie bringen. Angesichts der erwarteten Knappheit des Impfstoffs in der ersten Jahreshälfte 2021 legt die Verordnung überdies eine Priorisierung unterschiedlicher Personengruppen bei der Impfung fest.

Unbenommen von Kritikpunkten innerhalb einzelner Regelungen weist der Deutsche Hausärzteverband darauf hin, dass eine qualifizierte Stellungnahme zu dem vorliegenden Referentenentwurf schwerfällt. Die Vorgaben zur Priorisierung der Impfung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen sind die zentralen Regelungen, deren praktische Umsetzbarkeit und Handhabbarkeit über die Bewertung dieser Verordnung entscheiden. Zwar liegt zwischenzeitlich ein Entwurf der Empfehlung der STIKO vor, letztlich fehlt jedoch weiterhin deren Übersetzung in die Vorgaben der Rechtsverordnung. Die Stellungnahme geht aus diesem Grund an dieser Stelle von vielen Annahmen aus.

Vor der Stellungnahme zu einzelnen Sachfragen will der Deutsche Hausärzteverband noch einmal betonen, dass eine Überweisung durch den Hausarzt an die Impfzentren und die damit verbundene Einschätzung, ob bestimmte Patienten nach den Vorgaben der STIKO für eine Impfung prioritär zu behandeln sind, schlicht nicht praktikabel ist. Ein solches Vorgehen würde zum einen den Impfprozess unnötig verlangsamen und komplizieren, da viele Patienten vor Inanspruchnahme der Impfung erst einen Termin beim Hausarzt benötigen würden. Zum zweiten würde es die Versorgungskapazitäten der Hausarztpraxen sprengen, die im Rahmen der gleichzeitigen Versorgung der Corona-Pandemie sowie der regulären Erkrankungen (besonders in der „kalten“ Jahreszeit) bereits ohne eine solche Aufgabe oberhalb des vertretbaren Arbeitslimits tätig sind. Zum dritten würde es darüber hinaus das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig unterminieren, wenn Hausärztinnen und Hausärzte in aufwändigen Einzelgesprächen ihren Patientinnen und Patienten erläutern müssen, warum sie zum jeweiligen Zeitpunkt (noch) keiner der priorisierten Gruppen zugeordnet werden können. Zudem wäre bei knappem Impfstoff die erforderliche Priorisierung für die Reihenfolge der zu impfenden Personen nicht einzuhalten.

Die Priorisierungsempfehlungen der aktuellen Entwurfsfassung der STIKO können aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes bereits auf Basis von administrativ verfügbaren Daten der Patienten operationalisiert werden. Somit wäre nach Auffassung des Deutschen Hausärzteverbandes hierfür keine Begutachtung oder Ermessensentscheidung des Hausarztes gefragt.

Ziel muss es aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes sein, dass durch praxisnahe, klare und verständlich kommunizierte Priorisierungsempfehlungen zum Impfen der STIKO die vorliegenden administrativen Versorgungsdaten algorithmisch ausgewertet und die Personen auf dieser Grundlage eingeladen werden können. So liegen beispielsweise bei den Krankenkassen, neben umfangreichen administrativen Daten (Alter, Geschlecht, Wohnort), auch umfassende Daten zum Gesundheitszustand ihrer Versicherten vor. Die aktuell vorliegenden Vorschläge zu den schrittweisen

Priorisierungsempfehlungen der STIKO basieren mit Blick auf die vulnerablen Personengruppen im Wesentlichen auf Abgrenzungen bestimmter (chronischer) Erkrankungen. Diese können auch als ICD-10-Codes abgebildet werden und liegen den Krankenkassen i. d. R. vor.

Auf Basis der vorliegenden administrativen Daten, sowie den (in ICD-10-Codes übersetzten) Diagnosen, können die Krankenkassen somit jene Versicherten identifizieren, die nach dem vorliegenden Entwurf der Priorisierungsempfehlungen der STIKO Anspruch auf eine Impfung haben. Diese Versicherten können per Post (oder sonstige digitale Kommunikationswege) entsprechend informiert und an die richtigen Stellen zur Vermittlung der Impftermine in ihrer Region verwiesen werden.

Mit einer steigenden Verfügbarkeit des Impfstoffs und damit einhergehenden Ausweitungen der Priorisierungsempfehlungen der STIKO auf weitere Personenkreise können von den Krankenkassen immer mehr Personen informiert werden. Bis zu dem Punkt, an dem die Impfstoffe in den Arztpraxen selbst verfügbar sind (Phase II) und dort verimpft werden können.

Ergänzend zu diesen allgemeinen Hinweisen hat der Deutsche Hausärzteverband folgende kritische Anmerkungen zu den einzelnen Regelungen des vorliegenden Entwurfs.

III. STELLUNGNAHME

A. Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen bei der Verteilung von Impfstoffen gegen COVID-19

Auch diesseits bestehen erhebliche Bedenken, dass die in der CoronaImpfV angelegte Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen beim Zugang zu den Impfstoffen gegen COVID-19 im Wege einer Rechtsverordnung des BMG ohne Zustimmung des Bundesrates (§ 20i Abs. 3 S. 2 Nr. 1a, S. 2, S. 3, 6-8 und 10-12 SGB V) bestimmt werden kann. Wegen der hohen Grundrechtsrelevanz, insbesondere in Bezug auf Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und Art. 3 Abs. 1 GG spricht viel dafür, dass es hier einer (parlaments-)gesetzlichen Grundlage bedarf. Wegen der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle zunächst auf die Ausarbeitung der Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, WD 3 – 3000 – 271/20, vom 04.12.2020.

B. § 1 Absatz 2 – Haftungsfragen bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Impfzentren

§ 1 Absatz 1 der Coronavirus-Impfverordnung kodifiziert den breiten Anspruch der Bevölkerung auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, dessen Leistung durch in den von den Ländern einzurichtenden Impfzentren zu erbringen ist (§ 6 Absatz 2 der VO). In § 1 Absatz 2 der Coronavirus-Impfverordnung werden umfangreiche Aufklärungspflichten und eine Impfberatung beschrieben, die im Rahmen der Impfung zu leisten sind.

Ungeachtet möglicher Ansprüche der Patienten nach § 60 IfSG und § 84 AMG kommen auch Schadensersatzansprüche der Patienten wegen fehlerhafter (Impf-)Aufklärung in Betracht. Für die Frage, wer in solchen Fällen haftet, muss zunächst geklärt werden, zwischen wem ein Behandlungsvertrag gem. § 630a BGB zustande kommt. Hierbei werden unterschiedliche Fallgruppen zu beurteilen sein:

1. Impfberatung und Aufklärung in Impfzentren, Impfstraßen oder mobilen Impfeinrichtungen – Aufklärung als Amtspflicht

Hier werden (Haus-)Ärzt*innen im Ergebnis (auch bei längerer Beauftragungskette: Land – KV – Arzt) im Auftrag des jeweiligen Bundeslandes tätig, denn diese sind „Träger“ der o. g. Einrichtungen, auch wenn einzelne Aufgaben bei der Umsetzung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen oder sonstige

Dritte übertragen werden. Ein Behandlungsvertrag dürfte in diesen Fällen also zwischen dem jeweiligen Bundesland und der Person, die geimpft wird, zustande kommen. Umgekehrt kommt zwischen dem impfenden Arzt und der zu impfenden Person ein Behandlungsvertrag nicht zustande. (Haus-)Ärzt*innen werden hier als eine Art „unselbstständige Verwaltungshelfer“ tätig (vgl. zur Ausübung eines öffentlichen Amtes gem. § 839 BGB iVm Art. 34 GG, Tremm, Karger, Lubert, Der Amtshaftungsprozess, 3. Aufl., S. 14 ff., Detterbeck in Sachs, GG, Kommentar 8. Aufl., Art. 34 Rn. 19 ff.). Die Aufklärungspflicht wird demnach zur Amtspflicht. Folgerichtig müsste hier das Land auch für Aufklärungsfehler der in seinem Auftrag tätigen Impfarzte haften! Sofern sich dieser Ansatz über die amtshaftungsrechtlichen Vorschriften und Grundsätze (so) nicht herleiten und aufrechterhalten lässt (eine vertiefte Prüfung war bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich), wäre eine (gesetzlich geregelte) Haftungsfreistellung durch die Länder die notwendige Folge. Hinsichtlich der grundsätzlich in der Verantwortung der Länder stehenden Impfzentren und mobilen Impfteams (vgl. auch § 6 Abs. 2 CoronaimpfV) wurde der Gedanke einer ausreichenden Versicherung gegen Haftpflichtansprüche gesehen – insofern ist hier eine Klarstellung zu fordern (vgl. S. 16 des Entwurfs der CoronaimpfV).

2. Impfberatung und Aufklärung in den (Hausarzt-)Praxen

Hier gilt grundsätzlich das, was auch bei sonstigen Schutzimpfungen gilt: Der diesbezügliche Behandlungsvertrag kommt zwischen Arzt (BAG/MVZ) und Patient zustande. Folglich liegt die Aufklärungspflicht beim impfenden Arzt (BAG/MVZ). Hier sind die Vorschriften nach dem Patientenrechtgesetz einschlägig (§§ 630c ff. (§ 630e) BGB). Bei Schutzimpfungen ist – wie bei anderen Behandlungen auch – der medizinische Standard einzuhalten; dies gilt auch für die Aufklärung (als Grundlage der späteren Einwilligung des Patienten). Hier gibt es gefestigte Rechtsprechung, wonach die Impfungen entsprechend den Empfehlungen der STIKO beim RKI (und der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA) medizinischer Standard sind (vgl. u. a. BGH, Urt. v. 15.02.2000 – VI ZR 48/99, NJW 2000, 1784; Urt. v. 03.05.2017 – XII ZB 157/16, NJW 2017, 2826).

Mit Blick auf die fehlenden Erfahrungen bzgl. Wirkungen, Langzeitwirkungen und Impfreaktionen bei der Verimpfung von Corona-Impfstoffen sollten Ärzte bei der Aufklärung also immer die Empfehlungen der STIKO zugrunde legen. Hierfür wäre es hilfreich und würde Rechtssicherheit schaffen, wenn diese Empfehlungen als Anlage zu den gesetzlichen oder verordnungsrechtlichen Aufgaben mit in das Gesetz/ die Verordnung aufgenommen werden. Das ist rechtstechnisch möglich, allerdings müssten Details hierzu noch geprüft und erörtert werden.

C. § 2 – Schutzimpfung der „Front-Workers“

§ 2 Absatz 1 der VO sieht vor, dass Personen, die in den nach § 2 Absatz 2 der Coronavirus-Impfverordnung benannten Einrichtungen tätig sind, Anspruch auf Impfungen haben. Hier bittet der Deutsche Hausärzteverband um eine weitergehende Präzisierung der „Tätigkeit“. Aus unserer Sicht sollten davon nicht nur das Pflege- bzw. Betreuungspersonal umfasst sein, sondern auch alle sonstigen Mitarbeitenden in solchen Einrichtungen (Reinigungskräfte, Hausmeister, Küchenmitarbeitende etc.). Gerade für Personen aus dem Unterstützungsbereich lässt sich die in vielen Pflege- und Betreuungseinrichtungen bereits gelebte epidemiologische Trennung von Personengruppen nicht umsetzen, sodass diese sich in den Einrichtungen vergleichsweise frei bewegen und damit im Falle einer fehlenden Impfung das Potential einer starken Weiterverbreitung des Virus gegeben ist.

D. § 3 – Priorisierung der Risikogruppen

Wie in der Einleitung der Stellungnahme bereits dargestellt, wird die Bescheinigung des Arztes, ob eine bestimmte Person entsprechend der Empfehlungen der STIKO Anspruch auf eine Impfung hat, seitens des Deutschen Hausärzteverbandes abgelehnt. Nach aktuellem Stand des Entwurfs der Empfehlungen der STIKO zur Impfpriorisierung wird dies wahrscheinlich in der ersten Stufe der Empfehlungen auch

nicht erforderlich sein. Aber auch im weiteren Verlauf der Ausweitung des Impfanspruchs auf weitere Risikogruppen wird eine Bescheinigung durch den Hausarzt aus den oben genannten Gründen abgelehnt. Da die für die Erstellung der Bescheinigung erforderlichen Daten (z. B. Trisomie, Organtransplantation, Demenz etc.) auch andernorts (z. B. bei den Krankenkassen) vorliegen, ist eine Bescheinigung durch den Hausarzt im Übrigen entbehrlich. Die für eine Priorisierung erforderlichen Daten liegen den Krankenkassen vor. Über ein Einladungsverfahren (analog zum Mamma-Karzinom-Früherkennungsprogramm) können die betreffenden Personen informiert und ein Impftermin initiiert werden.

Damit der Anspruch auf eine Impfung jedoch auch durch weitere Stellen festgestellt werden kann, muss die Regelung in § 2 der VO angepasst werden und es müssen neben den Ärzten und dem ÖGD beispielsweise auch die Krankenkassen oder andere Institutionen (z. B. Arbeitgeber) aufgenommen werden. Für bestimmte Kriterien wie bspw. das Alter, wird gar keine Bescheinigung durch eine Institution erforderlich sein.

Ziel muss die Schaffung der oben skizzierten Möglichkeit in der vorliegenden Impfverordnung sein, dass die Krankenkassen den Anspruch ihrer Versicherten auf eine Impfung auf Basis der ihnen vorliegenden Daten und der Priorisierungsbestimmungen der STIKO prüfen und das Ergebnis den Versicherten übermitteln können. Der aktuell vorliegende Entwurf der Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung – SchutzmV) zeigt im § 3 exemplarisch, wie eine Information der Krankenkassen an ihre Versicherten hinsichtlich eines Anspruchs auf Schutzmasken erfolgen kann. Ein sehr ähnliches Verfahren ist auch für den Anspruch auf eine Corona-Schutzimpfung denkbar, sodass diese Regelungen weitestgehend auch für den vorliegenden Entwurf übernommen werden können.

Im Übrigen schlägt der Deutsche Hausärzteverband eine Präzisierung der aktuellen Empfehlungen der STIKO zur Priorisierung der Corona-Impfung vor. Entsprechend dem vorliegenden Entwurf würde gleichzeitig ein Impfanspruch für alle Personen älter als 80 Jahre, BewohnerInnen und Mitarbeitende in Pflegeheimen bzw. in der ambulanten Pflege sowie Mitarbeitende in ausgewählten medizinischen Einrichtungen entstehen. Angesichts der erwartbaren Knappheit des Impfstoffs gerade in den ersten Wochen und Monaten sollte innerhalb dieser Gruppe noch einmal eine weitere Priorisierung vorgenommen werden. Im Vordergrund sollten dabei die BewohnerInnen und Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen sowie dem ambulanten Pflegedienst stehen, die ggf. noch um Mitarbeitende in Krankenhäusern, die in der unmittelbaren Versorgung von Corona-Patienten tätig sind, ergänzt werden kann. Erst nachdem diese besonders vulnerable Gruppe mit erfahrungsgemäß dynamischen Ausbruchsverläufen weitestgehend geimpft ist, sollten auch Personen älter als 80 Jahre einen Anspruch auf Impfung erhalten.

E. § 4 – Impfanspruch für Mitarbeitende in Einrichtungen der öffentlichen Daseinsfürsorge

In der aktuellen Entwurfsfassung fehlen die Mitarbeitenden und Helfenden der Impfbüros selbst, die selbstverständlich auch eine Impfung erhalten können sollten.

F. § 5 – Impfauffrischung / Folgeimpfung

Angesichts der erwarteten Knappheit des Impfstoffs und der damit verbundenen Ressourcenverschwendung, wenn auf die Folgeimpfung im Impfschema verzichtet wird, sollten in der Verordnung weitergehende Maßnahmen beschrieben werden, die sicherstellen, dass die Folgeimpfung in Anspruch genommen wird (z. B. Recall-Systeme).

G. § 6 – Leistungserbringung

Entsprechend der Ausführungen zu § 3 sollte auch hier in Absatz 3 Satz 1 eine Anpassung erfolgen, dass der Impfanspruch auch durch weitere Dokumentationsmöglichkeiten, z. B. Einladungsschreiben der Krankenkasse, nachgewiesen werden kann.

Der in Absatz 3 Satz 4 vorgesehene Anspruch zur Vergabe eines Codes zur Terminvergabe gegenüber dem Arzt erscheint angesichts der aktuellen Unklarheiten der Zuständigkeit für die Terminvergabe (KV, Länder etc.), die im Zweifel auch regional unterschiedlich erfolgen wird, nicht sachgerecht. In manchen Regionen mag es gar nicht in der Hand der (Haus-)Ärzt*innen liegen, Codes zur Terminvergabe zu vergeben.

Die in Absatz 4 vorgesehenen formellen Anforderungen an die Bescheinigung eines Arbeitsgeber bzw. der Tätigkeitsnachweis sollten ggf. weiter qualifiziert werden, da sonst Missbrauch Tür und Tor geöffnet wäre und überdies das Risiko besteht, dass mangels belastbarer Dokumentation des Arbeitsplatzes doch eine ärztliche Bescheinigung eingefordert wird.

H. § 9 – Vergütung der ärztlichen Bescheinigung

Unbenommen davon, dass der Deutsche Hausärzteverband die Ausstellung von Bescheinigungen für die Risikogruppen aus o. g. Gründen für nicht praktikabel hält und grundsätzlich ablehnt, ist die dafür vorgesehene Vergütung i. H. v. 5,- Euro in keinem Fall angemessen. Es ist davon auszugehen, dass mit dem Ausstellen dieser Bescheinigung notwendigerweise umfangreiche Nachfragen der Patienten und Beratungsleistungen des Arztes einhergehen. Der Umfang der Leistung wäre insofern mit der EBM-Ziffer 35110 vergleichbar, sodass die Vergütung mindestens 20,- Euro betragen sollte. Abgelehnt wird darüber hinaus der hier skizzierte Abrechnungsweg, der zusätzlich zur regulären Abrechnung erfolgen müsste. Stattdessen wird die Einführung einer entsprechenden EBM-Ziffer vorgeschlagen, die regulär abzurechnen wäre.

I. § 10 – Teilfinanzierung aus dem Gesundheitsfonds

Die geplante (Teil-)Finanzierung der Impfzentren aus dem Gesundheitsfonds wird vonseiten des Deutschen Hausärzteverbandes abgelehnt. Ordnungspolitisch sind die Impfungen dem Bereich der Pandemievorsorge zuzuordnen, die aus Steuermitteln finanziert werden sollte.

Ansprechpartner:

Deutscher Hausärzteverband e.V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | www.hausaerzteverband.de
Bundesvorsitz: ✉ ulrich.weigeldt@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-30
Geschäftsführer: ✉ joachim.schuetz@hausarztverband.de | ☎ 02203 97788-03
Junior-Geschäftsführer: ✉ sebastian.john@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-34