

Angebot der Arbeitgeber zur Beschleunigung der staatlichen Impfkampagne

Konzept zur Beschleunigung der COVID-19-Pandemieimpfung durch Ausweitung der Impfberechtigung auf Betriebsärzte

1. März 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Ziel und Motivation.....	2
2. Eckpunkte	3
3. Zuständigkeiten und rechtliche Grundlage	5
3.1. Impfungen in Phase I.....	5
3.2. Impfungen in Phase II.....	6
4. Organisation der Impfung in den Betrieben.....	7
4.1 Berücksichtigung der unterschiedlichen Unternehmensstrukturen	7
4.2 Terminvergabe und Einladungsmanagement	9
4.3 Impfstofflogistik	10
4.4 Durchführung	11
4.5 Vergütung und Abrechnung.....	15
5. Haftung	15
5.1 Arbeitgeber	15
5.2 Ärzte	16
5.3 Pharmazeutischer Hersteller	16
5.4 Staat	16
6. Finanzierung	17
7. Flankierung	18
7.1 Aufklärungs- und Werbekampagne zum Impfen	18
7.2 Digital unterstützte Aufklärung.....	18
7.3 Matching-Portal Betriebe und Betriebsärzte.....	18
7.4 Austauschplattform Best-Practice	18
8. Zusammenfassung der notwendigen Voraussetzungen	19
9. Beteiligte an der Erstellung des Konzepts.....	20



1. Ziel und Motivation

Die Corona-Pandemie hat in den vergangenen zwölf Monaten verheerende Auswirkungen gehabt: Mehr als 70.000 Menschen in Deutschland haben im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion ihr Leben verloren und eine mehrfach höhere Zahl von Menschen leidet heute an den Folgeschäden einer durchlittenen Infektion. Auch wirtschaftlich sind die Schäden immens: Mit einem Rückgang des Bruttoinlandsprodukts im vergangenen Jahr ist Deutschland in eine tiefe Rezession gerutscht. Gerade in den vom Lockdown besonders betroffenen Branchen kämpfen viele Betriebe um ihr Überleben. Die Auswirkungen dieser Wirtschaftskrise zeigen sich auch auf dem Arbeitsmarkt durch einen großen Umfang an Kurzarbeit und einer deutlich gestiegenen Arbeitslosigkeit.

Hygienekonzepte und Teststrategien sind in der aktuellen Phase der Pandemie sinnvolle und notwendige Instrumente, um die Schäden der Corona-Pandemie zu begrenzen. Der einzig nachhaltige Weg aus der Pandemie heraus liegt aber in einer ausreichenden Immunisierung der Bevölkerung gegen das Virus (einschließlich seiner Mutationen) durch Impfen. Mit der sehr schnellen Entwicklung und nun auch Zulassung gleich mehrerer hochwirksamer Impfstoffe sind dafür jetzt die Voraussetzungen geschaffen.

Allerdings zeigt sich, dass bereits in Kürze nicht mehr der noch bestehende Mangel an verfügbaren Impfstoffen den Impfprozess ausbremsen wird, sondern der Mangel an Kapazitäten, den vorhandenen Impfstoff rasch und zeitnah zu verimpfen. Projektionen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zeigen, dass bereits ab März die Kapazitäten der Impfzentren nicht mehr ausreichen könnten, um den vorhandenen Impfstoff zu verimpfen. Schon Ende April könnten sich nach diesen Projektionen 8 Mio. Impfdosen aufgestaut haben¹.

Die damit verbundene Verzögerung des Impfprozesses muss unbedingt verhindert werden. Andernfalls ließe sich auch das Impfziel der Bundesregierung – jedem erwachsenen Bürger ein Impfangebot bis zum 21. September 2021 unterbreitet zu haben – nicht mehr erreichen.

Erforderlich ist eine umfassende Fortentwicklung und auch Veränderung der bisherigen Impfstrategie:

- Impfstoffversorgung sicherstellen und möglichst steigern: Gerade in den nächsten Wochen, in denen noch der Mangel an Impfstoffen der entscheidende Engpassfaktor beim Impfen ist, muss der Bund alles tun, um die mit den Herstellern vereinbarte Bereitstellung des Impfstoffs sicherzustellen und besser noch zusätzliche Impfstoffmengen zu organisieren.
- Vorhandene Impfstoffe auch zügig verimpfen: Insbesondere die Länder sind gefordert, dafür zu sorgen, dass der vorhandene Impfstoff zügig verimpft wird. Es ist nicht akzeptabel, dass aktuell mehr als eine Millionen Impfstoffdosen, die nicht für Zweitimpfungen zurückgelegt wurden, trotz hoher Nachfrage nach Impfungen nicht verimpft worden sind. Allein diese Maßnahme wirft Deutschland, gemessen am derzeitigen Impftempo, um eine Woche im Impfprozess zurück und verzögert damit den Weg heraus aus der Krise.
- Niedergelassene Ärzte beteiligen: Die wichtigste Maßnahme zur Beschleunigung des Impfprozesses ist jedoch die Ausweitung der Impfberechtigung auf die niedergelassenen Ärzte. Allein durch die Nutzung des Potenzials der mehr als 75.000 Ärztinnen und Ärzten, die als Hausarzt, Internist oder Frauenarzt tätig sind, würde das Tempo des bislang langsamen Impfprozesses deutlich erhöhen.

¹ <https://www.zidatasciencelab.de/cov19vaccsim/> (Abruf: 24.02.2021)

- Betriebsärzten Impfungen ermöglichen: Ergänzend dazu können auch die Betriebsärztinnen und -ärzte einen Beitrag zum schnellen Impfen leisten. Zwar sind die vorhandenen Kapazitäten an Betriebsärzten im Vergleich zu denen im Bereich der niedergelassenen Ärzte deutlich geringer (nach Schätzungen gibt es gerechnet in Vollzeitäquivalenten nur etwa 6.000 Betriebsärzte), und angesichts der Notwendigkeit, rechtlich zwingende und damit auch betriebsnotwendig durchzuführende arbeitsmedizinische Leistungen zu erbringen (z. B. Pflichtuntersuchungen wie Augenkontrollen für Lokführer), können Betriebsärzte nur teilweise für die Beteiligung am Impfprozess zur Verfügung stehen. Dennoch muss auch dieses Potenzial genutzt werden können. Dies gilt ganz besonders, weil Betriebsärzte bei Unterstützung durch die Arbeitgeber Impfungen oftmals besonders effizient organisieren können, wie die langjährigen Erfahrungen der Gripeschutzimpfungen zeigen.

Das vorliegende Konzept soll aufzeigen, wie diese Einbeziehung von Betriebsärzten in die Impfversorgung gelingen kann.

2. Eckpunkte

Dem Grundsatz nach ist in der Nationalen Impfstrategie bereits vorgesehen, dass in der sog. Phase II die niedergelassenen Ärzte und die Betriebsärzte in die Impfversorgung einbezogen werden.

Durchführung und Organisation der COVID-19 Pandemieimpfung in 2 Phasen

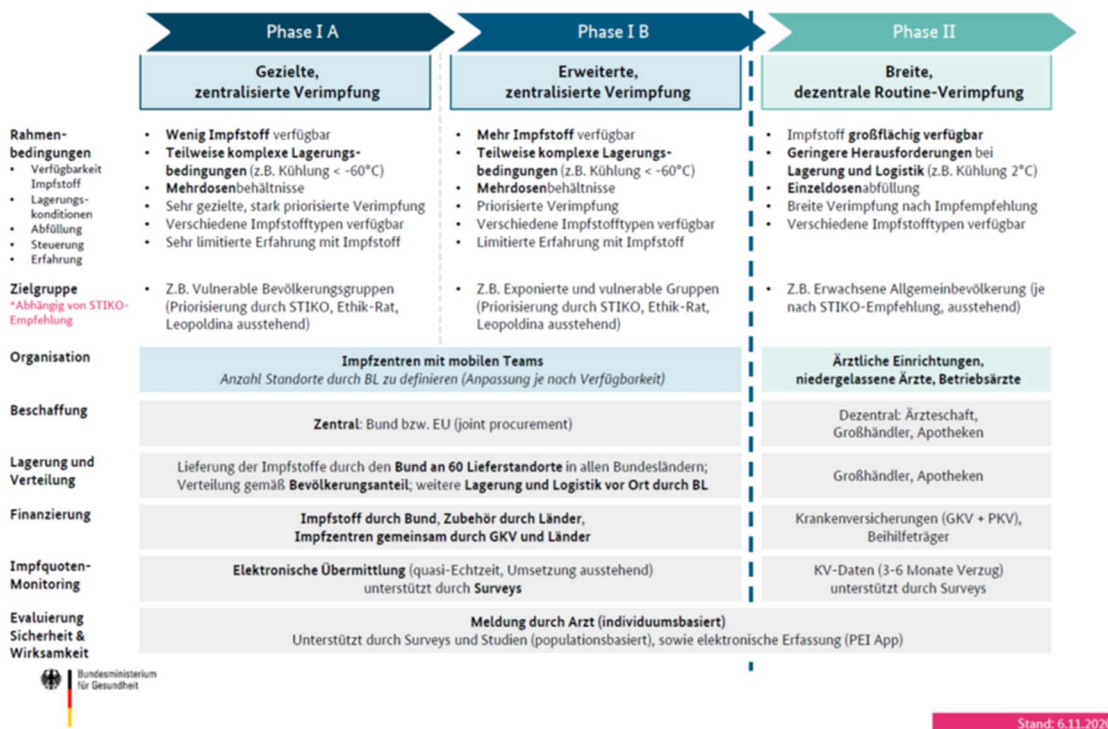


Abbildung 1: Nationale Impfstrategie COVID-19, Stand: 6.11.2020

Quelle: www.bundesgesundheitsministerium.de > Impfstoff > Nationale Impfstrategie (Abruf 24.02.2021).

Allerdings fehlen bislang die notwendigen Voraussetzungen, um diese Beteiligung der Betriebsärzte – wie auch der niedergelassenen Ärzte – zu ermöglichen, denn bislang sind zum



Impfen allein die errichteten Impfzentren zugelassen, die auch allein mit notwendigem Impfstoff versorgt werden.

Im Interesse eines beschleunigten Impfprozesses müssen diese Voraussetzungen nunmehr zeitnah geschaffen werden, damit auch das Potenzial der Betriebsärzte genutzt werden und über die sonstigen Angebote hinaus ein niedrigschwelliges, arbeitsplatznahes freiwilliges Impfangebot für Beschäftigte geschaffen werden kann.

Betriebe und Unternehmen stellen ein gutes Impfsetting für die mehr als 31 Mio. Beschäftigten. Betriebe und Betriebsärzte haben einen guten Zugang zu den Beschäftigten, Impfungen auf betrieblicher Ebene genießen hohe Akzeptanz und werden gerne genutzt. Damit können betriebliche Impfungen zur Beschleunigung der Durchimpfung der Bevölkerung beitragen. Nun müssen die entsprechenden Weichen gestellt werden, damit die Arbeitgeber im Verbund mit den Betriebsärztinnen und -ärzten auch in die Lage versetzt werden, diesen Beitrag erbringen zu können.

Mit diesem Konzept benennt die BDA die wesentlichen Voraussetzungen, die dafür erfüllt sein müssen. Es ist entstanden auf der Grundlage eines BDA-Webinars zu diesem Thema am 2. Februar 2021 sowie vielen Gesprächen mit ihren Mitgliedern, Unternehmens- und Verbandsvertretern (insbesondere von ANG, BAVC, Gesamtmetall, HDE, Metall NRW, uvb, unternehmer nrw, VDA, vsw, ZDH) sowie Arbeitsmedizinern und ihren Verbänden (Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte und Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin). Ebenso erfolgte dabei ein stetiger Austausch mit dem BDI. Die nachfolgenden Eckpunkte dieses Konzepts wurden in einer gemeinsamen Videokonferenz am 26. Februar 2021 vorgestellt.

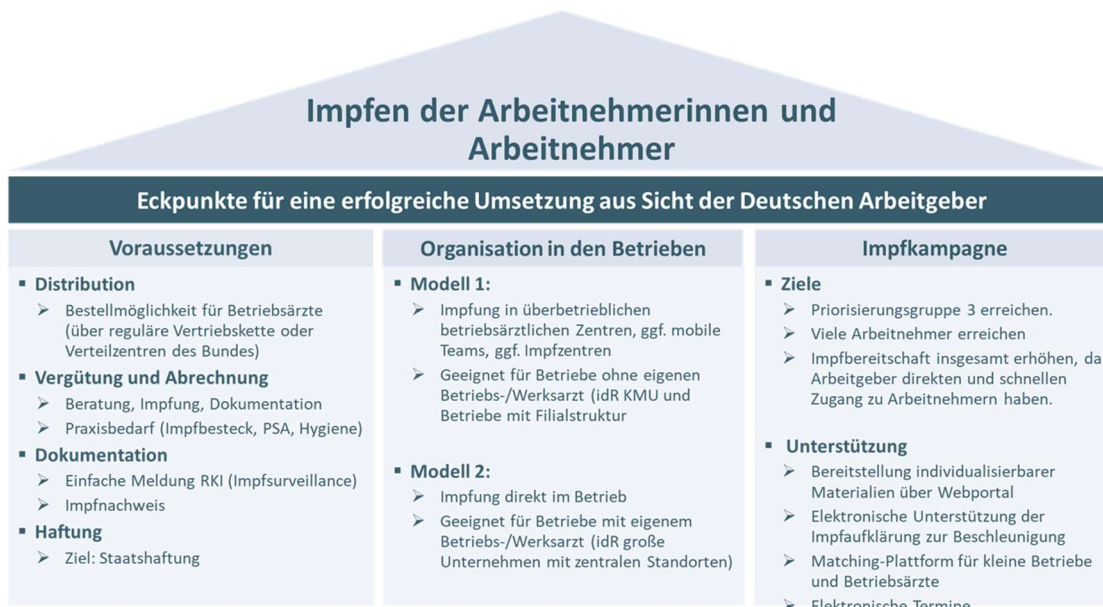


Abbildung 2: Eckpunkte zur erfolgreichen Impfung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern; Quelle: eigene Darstellung.

Erforderlich ist danach vor allem, dass Betriebsärzte zur Impfversorgung zugelassen werden und mit Impfstoff versorgt werden können. Die Vergütung für die zu erbringenden ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen muss gewährleistet sein. Darüber hinaus müssen die von den Betriebsärzten zu erbringenden Dokumentationen und Meldungen (möglichst einfach) geregelt werden. Die Haftung für alle im Zusammenhang mit Impfungen möglichen Schäden muss so geregelt sein, dass sie kein Hemmnis gegen eine Impfbeteiligung der Betriebsärzte darstellt.



Ebenso wichtig ist die Klärung von Organisationsfragen, wobei zwischen einer Impfung direkt im Betrieb und einer außerbetrieblichen Impfung (in betriebsärztlichen Zentren, Impfzentren oder auch anderen Örtlichkeiten) unterschieden werden muss.

Entscheidend für einen erfolgreichen und auch quantitativ bedeutsamen Beitrag der Betriebsärzte zum Impfprozess wird auch sein, dass die Impfbereitschaft durch eine begleitende Kampagne erhöht wird und interessierte Betriebe und Betriebsärzte bzw. betriebsärztliche Dienste logistisch unterstützt werden (Infomaterial, Aufklärungsbögen, Terminplattformen etc.).

3. Zuständigkeiten und rechtliche Grundlage

Aus der nationalen Impfstrategie COVID-19 (Stand 6. November 2020) ergeben sich folgende Zuständigkeiten:

- Um eine ausreichende Verfügbarkeit von COVID-19-Impfstoffen in Deutschland möglichst zeitnah sicherzustellen, beschafft der Bund über einen europäischen Beschaffungsmechanismus Impfstoffe zentral. Der Bund bzw. das Bundesgesundheitsministerium organisiert die Verteilung möglicher COVID-19-Impfstoffe an feste Standorte in jedem Bundesland.
- Die Länder sind zuständig für die sachgerechte und sichere Lagerung und Verteilung von Impfstoffen vor Ort sowie die Beschaffung und Vorhaltung von benötigtem Impfbereich. Sie sind auch zuständig für die Organisation der Impfzentren und sachgerechte Impfung der Impfstoffe an prioritär zu impfende Personen vor Ort unter Einbeziehung lokaler Akteure.

3.1. Impfungen in Phase I

Die aktuelle rechtliche Grundlage für die Coronavirus-Schutzimpfungen bildet die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronalmpfV).

Grundsätzlich können Corona-Schutzimpfungen nur durch Impfzentren und mobile Teams, die den Impfzentren angegliedert sind, erbracht werden. Eine Erbringung im normalen vertrags- oder betriebsärztlichen Kontext ist damit aktuell ausgeschlossen. Nach § 6 Abs. 3 CoronalmpfV können die zuständigen Stellen hinsichtlich der Errichtung, Organisation und Betrieb der Impfzentren und mobilen Impfteams mit geeigneten Dritten zusammenarbeiten und hierüber Vereinbarungen schließen. Als geeignete Dritte sind explizit Betriebsärzte genannt. Auf dieser rechtlichen Grundlage wäre es also möglich, Betriebsärzte (analog zu Modellprojekten mit Hausärzten z. B. in Mecklenburg-Vorpommern) als „Außenstellen der Impfzentren“ in die Struktur der Impfzentren einzubinden und bereits heute an den Corona-Schutzimpfungen zu beteiligen. Diese Möglichkeit kommt insbesondere dann in Betracht, wenn Personen mit erhöhter Priorität nach § 4 CoronalmpfV – zu denen nach Absatz 1 Ziffer 5 auch Mitarbeitende von Unternehmen der Kritischen Infrastruktur und des Lebensmitteleinzelhandels zählen – an der Reihe sind (Phase I der Nationalen Impfstrategie). In diesem Kontext ist dann sowohl die Priorisierung (§ 1 Abs. 2 CoronalmpfV), das Terminmanagement (§ 6 Abs. 2 und § 8 CoronalmpfV), die Vergütung (§ 6 Abs. 3 und § 10 CoronalmpfV) und der Impfstoffbereitstellung geregelt und geklärt.



Wenn eine Anbindung an ein Impfzentrum erfolgt, ist zur reibungslosen Abwicklung folgendes sicherzustellen:

- Auflistung der kommunalen Impfzentren mit Kontaktdaten der Ansprechpartner.
- Auftrag an die lokalen Impfzentren zur Kooperation mit definierten Ansprechpartnern der Arbeitgeber bezüglich Bereitstellung von Impfstoffen und Verbrauchsmaterial.
- Aufhebung der Zuordnung an den Wohnkreis oder das Wohnbundesland der Arbeitnehmer im Rahmen innerbetrieblicher Impfaktionen.

3.2. Impfungen in Phase II

Nach Übergang zu Phase II der Nationalen Impfstrategie sollen Coronaschutzimpfungen dann auch in ärztlichen Einrichtungen in der Fläche (inkl. Betriebsärzte) verimpft werden können. Hierfür bedarf es allerdings noch einer rechtlichen Grundlage.

- Bei der Corona-Schutzimpfung steht der Schutz der Bevölkerung vor ansteckenden Krankheiten im Vordergrund. Als geeignete gesetzliche Grundlage kommt daher das Infektionsschutzgesetz in Betracht. Gemäß § 20 Abs. 5 IfSG können die obersten Landesgesundheitsbehörden bestimmen, dass die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen durchführen, wobei sie damit auch Dritte und damit auch Betriebsärzte beauftragen können. Sollte dieser Weg gewählt werden, muss auch eine entsprechende Beauftragung erfolgen.
- Möglicherweise kommt ebenfalls das SGB V direkt als geeignete gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Corona-Schutzimpfungen in Betracht – jedoch bezieht sich das Impfen hier auf den individuellen Gesundheitsschutz und weniger auf die Seuchenbekämpfung und -prävention. Die Versorgung mit Schutzimpfungen ist in § 132e SGB V geregelt. Die Vorschrift regelt das Leistungserbringerrecht für den Anspruch der Versicherten auf Prävention durch Schutzimpfungen. Die Norm eröffnet neben den Vertragsärzten auch den Fachärzten für Arbeitsmedizin und den Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ die Möglichkeit der Teilnahme an der Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen mit dem Ziel, dass die Einbeziehung der Betriebsärzte aufgrund der Nähe dieser Ärzte zu den Versicherten in den Betrieben eine weitere Erhöhung der Impfquote bewirkt. Die Krankenkassen tragen nach dem Gesetz die Verantwortung dafür, die Versorgung ihrer Versicherten mit Schutzimpfungen sicherzustellen und haben entsprechende Verträge zu schließen. Über den Umfang des Anspruchs der Versicherten auf Schutzimpfungen und die gegebenenfalls erforderliche medizinische Indikation entscheiden nicht die Krankenkassen in den nach § 132e SGB V abzuschließenden Verträgen, sondern nach § 20i SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut bzw. das Bundesgesundheitsministerium durch Rechtsverordnung. § 132e Abs. 1 Satz 4 SGB V macht nähere Vorgaben für den Inhalt der zu Schutzimpfungen abzuschließenden Verträge. Vorgesehen sind Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung der Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen („Sprechstundenbedarf“) sowie Regelungen zur vereinfachten Abrechnung, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeiträgen oder anteilig nach Versichertenzahlen (Umlageverfahren).

Insofern gibt es bereits grundsätzlich Rechtsgrundlagen, die für eine Beteiligung der Betriebsärzte an den Impfungen genutzt werden können. Sie müssen aber ggf. ergänzt werden oder – wenn sie sich als unzureichend herausstellen – muss ggf. noch eine neue Rechtsgrundlage geschaffen werden. Dies müsste allerdings dann sehr zeitnah erfolgen.



Soweit der Weg über § 132e SGB V gewählt wird, ist sicherzustellen, dass die dort vorgesehenen Verträge auch tatsächlich zeitnah zustande kommen. Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass es vorkommt, dass Krankenkassen trotz des bestehenden Kontrahierungszwangs Verträge nach § 132e SGB V nicht schließen oder den Abschluss sehr lange verschleppen. Das ist im vorliegenden Fall unbedingt auszuschließen. Ein rascher Vertragsschluss und eine rasche Vertragserfüllung müssen gewährleistet werden.

Für die Sicherstellung der Beteiligung der Betriebsärzte muss darüber hinaus auch noch die Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA angepasst werden, da sie den Umfang des Anspruchs der Versicherten auf Schutzimpfung festlegt.

Zudem muss sichergestellt werden, dass in Phase II keine Priorisierungsvorgaben gelten. Bei einer dezentralen Impfung bei niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten ist jedenfalls eine über die jeweilige Arztpraxis bzw. den Betriebsarzt/betriebsärztlichen Dienst hinausgehende Priorisierung nicht zu gewährleisten. Zudem dürften beim Start der Phase II ohnehin die große Mehrheit aller priorisierten Bevölkerungsgruppen ein Impfangebot erhalten haben. Hinzu kommt, dass auch ein Teil der Beschäftigten zu den priorisierten Gruppen gehört (z. B. Beschäftigte über 60-Jährige, mit Adipositas, Diabetes oder ehemalige Krebspatienten).

Notwendige Voraussetzungen:

Ausreichende rechtliche Grundlage für die Teilnahme (inkl. Impfstoffbezug) der Betriebsärzte am Impfprozesse schaffen.

Klarstellen, dass in Phase II keine Priorisierungsvorgaben gelten, die von Unternehmen bzw. Betriebsärzte zu beachten sind.

Kein Impfwang: Sicherstellung allseitiger Freiwilligkeit - für Arbeitnehmer, Betriebsärzte und Arbeitgeber.

4. Organisation der Impfung in den Betrieben

Für eine erfolgreiche Beteiligung der Betriebsärzte am Impfprozesse bedarf es einer effektiven Organisation. Die BDA hat dazu den notwendigen Standardprozess entwickelt (Anlage 1). Je nachdem, in welchen Unternehmensstrukturen geimpft wird, kann und sollte es hierzu Abweichungen geben.

4.1. Berücksichtigung der unterschiedlichen Unternehmensstrukturen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beschäftigen die rd. 3,6 Mio. Unternehmen (rechtliche Einheiten) in Deutschland rd. 31 Mio. Menschen. Die deutsche Wirtschaft ist vorwiegend mittelständisch geprägt, das heißt die Unternehmenslandschaft bestimmen vor allem kleine und mittlere Unternehmen. In Deutschland sind ca. 6 Mio. Personen in Kleinstunternehmen (bis 9 Beschäftigte und bis 2 Mio. € Umsatz), 7 Mio. Personen in Kleinunternehmen (bis 49 Beschäftigte und bis 10 Mio. € Umsatz), 5 Mio. Personen in mittleren Unternehmen (bis 249 Beschäftigte und bis 50 Mio. € Umsatz) und 13 Mio. Menschen in Großunternehmen (über 249 Beschäftigte oder über 50 Mio. € Umsatz) beschäftigt.

Für diese sehr unterschiedlichen Strukturen braucht es auch unterschiedliche Modelle zur Impfung von Beschäftigten. Der Einfachheit halber soll zwischen Modell 1 für kleine Betriebe



bzw. stark filialisierte Betriebe in der Fläche, die in der Regel über keine eigenen Betriebsärzte verfügen, und dem Modell 2 für große Betriebe bzw. Betriebe mit großen Standorten, die in der Regel über eine eigene werksärztliche Struktur verfügen, unterschieden werden. Auch Mischformen sind denkbar – es gibt es auch große Unternehmen, die neben zentralen großen Unternehmensstandorten auch über zahlreiche regionalisierte kleine Standorte verfügen. Die unterschiedlichen Möglichkeiten für diese Standorte sind in Abbildung 3 zusammengefasst.

	Modell 1	Modell 2
Kennzeichen Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kleinst- und Kleinbetriebe ▪ stark filialisierte Betriebe ▪ in der Fläche ▪ keine eigenen Betriebsärzte ▪ keine eigenen Praxisräume 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittlere- und Großunternehmen ▪ Betriebe mit großen Standorten ▪ zentral ▪ eigene werksärztliche Struktur ▪ eigene Praxisräume
Mögliche Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impfung in überbetrieblichen betriebsärztlichen Zentren ▪ Mobile Impfteams (Beispiel Impfbus) ▪ Zusammenschluss mehrerer Betriebe und Schaffung einer eigenen Infrastruktur ▪ Kooperation mit niedergelassenen Ärzten vor Ort und „Praxisaußenstelle“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impfung im Betrieb mit eigenen Betriebsärzten
Abschätzung Impfbedarf	Wenn man von einer Impfbereitschaft von 60 % bei den 13 Mio. Beschäftigten in Klein- und Kleinstunternehmen ausgeht, ergibt sich rechnerisch ein Impfbedarf für 7,8 Mio. Menschen bzw. 15,6 Mio. Impfdosen (bei zweimaliger Impfung).	Wenn man von einer Impfbereitschaft von 60 % bei den 18 Mio. Beschäftigten in Mittel- und Großunternehmen ausgeht, ergibt sich rechnerisch ein Impfbedarf für ca. 11 Mio. Menschen bzw. 22 Mio. Impfdosen (bei zweimaliger Impfung).
Abschätzung Impfkapazitäten	Die großen betriebsärztlichen Dienste in Deutschland verfügen schätzungsweise über ca. 1.300 Betriebsärzte und rd. 2.000 medizinische Fachkräfte. Die von ihnen betreuten Unternehmen decken ca. 7 Mio. Beschäftigte ab. Erfahrung in der Durchführung von Gripeschutzimpfungen besteht.	

Abbildung 3: Darstellung der unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedarfe von kleinen und großen Unternehmen

Quelle: Eigene Darstellung

Die freiwillige Einbindung der betriebsärztlichen Strukturen bietet ein großes Potenzial zur Erhöhung der Impfkapazitäten und zur schnelleren Erreichung des Impfziels der Bundesregierung. Grundsätzlich stehen schätzungsweise 6.000 Vollzeitäquivalente an Betriebsärztinnen und -ärzten zur Verfügung. Nimmt man an, dass die Hälfte dieser Kapazitäten für Impfungen genutzt werden kann, könnte bei einer durchschnittlichen Impfung von 50 Beschäftigten am Tag je Betriebsarzt (bei individuell großer Abweichung je nach Organisationsstruktur) die Impfkapazität rechnerisch monatlich um über 3 Mio. Impfungen erhöht werden. Dies kann aber nur eine mögliche Größenordnung darstellen. Valide



Schätzungen zum tatsächlich zu erwartenden Beitrag der Betriebsärzte zum Impfprozess sind erst möglich, wenn die Rahmenbedingungen für das Impfen durch Betriebsärzte feststehen.

Dabei gilt es dem Umstand Rechnung zu tragen, dass derzeit eine Lücke zwischen dem Angebot an Betriebs- und Arbeitsmedizinern und der Nachfrage der Betriebe nach betriebsärztlicher Betreuung für ihre Beschäftigten besteht². Diese Situation kann sich verschärfen, wenn sich die betriebsärztlichen Strukturen an der Durchführung von Corona-Schutzimpfungen beteiligen. Vor diesem Hintergrund sollte im Interesse eines beschleunigten Impfprozesses vorübergehend die Möglichkeit der Mehrarbeit nach dem Arbeitszeitgesetz für Betriebsärzte ausgeweitet werden. Die Vorgaben des Arbeitssicherheitsgesetz, nach denen die Impfungen durch Betriebsärzte außerhalb der Einsatzzeiten der DGUV Vorschrift 2 stattfinden müssen, sollte möglichst ebenfalls so angepasst werden, dass sie Impfungen nicht entgegenstehen.

Bei Modellen, die z. B. niedergelassene Ärzte mit einbeziehen („Außenstelle der Praxis“), muss sichergestellt werden, dass diese Konstruktion vertragsrechtlich und standesrechtlich zulässig ist. Dies könnte grundsätzlich bereits nach heutigem Recht der Fall sein, da die Kassenärztlichen Vereinigungen Nebenbetriebsstätten – auch in größerer Zahl – genehmigen können (vgl. Operateure oder Anästhesisten) und die Ärztekammern nach § 17 Abs. 3 MBO-Ä zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung auf Antrag Ausnahmen gestatten können. Sonst müssen die Voraussetzungen dafür zeitnah geschaffen werden.

Notwendige Voraussetzungen:

Impfmodell muss an den Bedarf der Unternehmen je nach Unternehmensstruktur angepasst werden. Für Kleinst- und Kleinunternehmen bzw. Filialbetriebe müssen individuelle Lösungen gefunden werden.

Bessere Ausschöpfung der betriebsärztlichen Kapazitäten durch vorübergehende Lockerungen der Vorgaben für Mehrarbeit im Arbeitszeitgesetz und Prüfung, ob die Verknappung der betriebsärztlichen Kapazitäten für Impfungen durch die Vorgabe des Arbeitssicherheitsgesetzes, dass Impfungen nur außerhalb der Einsatzzeiten nach der DGUV Vorschrift 2 stattfinden dürfen (z. B. Anrechnung von Impfungen auf die Einsatzzeiten), vermieden werden kann.

Rechtliche Sicherstellung (incl. Vertragsarzt- und Standesrecht), dass niedergelassene Ärzte in Form einer Kooperation (z. B. „Praxisaußenstelle“) eingebunden werden können.

4.2. Terminvergabe und Einladungsmanagement

Zur Planung der Impfungen und auch der Impfstofflogistik stellen die Terminvergaben und das Einladungsmanagement ein zentrales Element dar.

² Eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zur Entwicklung des arbeitsmedizinischen Betreuungsbedarfs in Deutschland aus dem Jahr 2014 zeigt auf, dass der betriebliche Betreuungsbedarf künftig steigen und gleichzeitig die für die Unternehmen verfügbare Betreuungskapazität abnehmen wird. In zehn Jahren könne demnach nur noch etwa die Hälfte des Betreuungsbedarfs für die nach der DGUV Vorschrift 2 vorgeschriebene betriebsärztliche Basisbetreuung abgedeckt werden. Dies beruht u. a. auf der Tatsache, dass von den knapp 12.300 Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde in Deutschland (Stand 31.12.2018) mehr als 62 % bereits 60 Jahre und älter ist.



Gemäß § 8 der CoronaimpfV entwickelt und betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein standardisiertes Modul zur telefonischen und digitalen Vereinbarung von Terminen in den Impfzentren, das den Ländern zur Organisation der Terminvergabe zur Verfügung gestellt wird. Die Impfzentren dürfen auf das Modul zugreifen, um die Daten der Terminsuchenden abzurufen. Das Land Baden-Württemberg nutzt beispielsweise das Portal „116 117“ für die Terminbuchungen. Die Kosten für die Entwicklung und den Betrieb trägt der Bund über einen Steuerzuschuss zur Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Z. T. betreiben die Länder eigene Buchungssysteme.

Auch die Unternehmen bzw. betriebsärztlichen Dienste benötigen ein System zur Terminvergabe und zum Terminmanagement – bevorzugt digital. Viele werden dazu zwar selbst in der Lage sein, dennoch ist die Frage des Terminmanagements – wie aktuelle Erfahrungen zeigen – auch nicht trivial und darf auch hinsichtlich des Aufwands nicht unterschätzt werden. Es stehen private Lösungen, wie z. B. von eventim, zur Verfügung. Hilfreich könnte aber auch sein, wenn Unternehmen bzw. betriebsärztliche Dienste auf Wunsch auch an das von der KBV betriebene standardisierte Modul oder ein von den Ländern betriebenes Buchungssystem angeschlossen werden können. In jedem Fall muss es den Unternehmen bzw. betriebsärztlichen Diensten überlassen bleiben, welches System sie nutzen wollen. Datenschutzrechtliche Vorgaben sind zu beachten.

Notwendige Voraussetzungen:

Es sollte geprüft werden, ob Unternehmen bzw. betriebsärztliche Dienste auf Wunsch die bereits bestehenden Terminbuchungssysteme des Bundes und/oder der Länder nutzen können.

4.3. Impfstofflogistik

Für die Gewährleistung der Versorgung sowohl in Phase I (Anbindung an ein Impfzentrum) als auch in Phase II (Impfen in der Fläche) muss ein festgelegter Prozess mit zeitlich vorgegebenen Fristen eingerichtet werden. Es ist zwingend erforderlich, dass die teilnehmenden Unternehmen/Betriebsärzte vorab Kenntnis über die lieferbaren und zu distribuierenden Impfstoffe nach Art und Menge erlangen. Es ist wünschenswert, dass bezüglich der Verfügbarkeiten, Bestellungen und Dokumentation eine Softwarelösung angeboten wird. Die KBV hat ein Logistikmodell vorgelegt, das grundsätzlich auch für die betriebsärztlichen Strukturen passend ist.

Grundsätzlich sind alle drei aktuell zugelassenen Impfstoffe auch in der betriebsärztlichen Struktur verimpfbar (zumindest in den großen Betrieben mit eigenem Werksärztlichen Dienst – einzelne Unternehmen verfügen darüber hinaus auch über Ultratiefkühlschränke bzw. haben diese bereits angeschafft und sind daher auch in der Lage, BioNTech Impfstoff zu lagern). Der BioNTech-Impfstoff müsste aber in der Regel bereits aufgetaut (inkl. notwendiger Dokumentation) an die betriebsärztlichen Strukturen geliefert werden. Es ist zudem sicherzustellen, dass bei der weiteren Aufbereitung und Verimpfung kein Pharmazeut anwesend sein muss. Dies kann nicht in den Betrieben geleistet werden.

Zu berücksichtigen ist, dass – um eine Verwerfung kostbaren Impfstoffs zu vermeiden – die Gebindeeinheiten der Impfstoffe nach Möglichkeit an die Bedarfe der betriebsärztlichen Strukturen anzupassen sind. Die aktuelle Gebindegröße des Herstellers BioNTech mit 5 Kartons à 195 Vials à 6 Dosen (5.850 Dosen gesamt) wird nur in sehr wenigen großen Betrieben innerhalb von 5 Tagen zu verimpfen sein.



Ebenfalls sicherzustellen ist, dass analog zu den Impfstoffmengen auch das benötigte Impfzubehör (insbesondere (Spezial-)Spritzen und Kanülen und ggf. benötigtes Lösemittel) zusammen mit dem Impfstoff bestellt werden kann und auch zusammen beliefert wird.

Es ist zudem zu gewährleisten, dass auch den betriebsärztlichen Strukturen – analog zu den Impfzentren und den Vertragsärzten – der Impfstoff und das Impfzubehör kostenlos und ohne Auslagen durch die Betriebe oder betriebsärztlichen Dienste zur Verfügung gestellt wird. Die Bereitstellung von Impfstoff und benötigtem Zubehör kann entweder durch eine Belieferung durch das Impfzentrum oder durch eine pauschale Bereitstellung wie in § 132e SGB V vorgesehen (Sprechstundenbedarf) sichergestellt werden.

Notwendige Voraussetzungen:

Festgelegter Prozess mit zeitlich vorgegebenen Fristen: Betriebsärztliche Strukturen müssen rechtzeitig Kenntnis über die lieferbaren und zu distribuierenden Impfstoffe nach Art und Menge erlangen.

Softwarelösung bezüglich der Verfügbarkeiten, Bestellungen und Dokumentation.

Sicherstellen, dass kein Pharmazeut zum Impfen anwesend sein muss.

Gebindeeinheiten der Impfstoffe nach Möglichkeit an die Bedarfe der betriebsärztlichen Strukturen anpassen.

Benötigtes Impfzubehör (insbesondere (Spezial-)Spritzen und Kanülen und ggf. benötigtes Lösemittel) muss analog zu den bestellten Impfstoffmengen zusammen mit dem Impfstoff bestellt werden können und auch zusammen beliefert werden.

Impfstoff und das Impfzubehör ohne Kosten oder Auslagen für Betriebe und betriebsärztliche Dienste.

4.4. Durchführung

Die Durchführung der Impfung erfolgt im Workflow des Musterprozesses (siehe Anlage 1) in fünf Teilschritten, die im Workflow hellblau hinterlegt sind. Je nach Bedarf und Betriebsgröße können diese Schritte auch zusammengelegt oder weiter aufgeteilt werden. Hier soll nur eine kurze Beschreibung der einzelnen Schritte erfolgen, um notwendige Voraussetzungen für ein möglichst reibungsloses Funktionieren des Prozesses aufzuzeigen. Anlage 2 zeigt eine detaillierte Darstellung der Ablauforganisation des Musterprozesses.

Vorbereitung Aufklärungsgespräch

Die rechtliche vorgegebene ärztliche Impfaufklärung muss zwar in mündlicher Form erfolgen (siehe Punkt „Aufklärungsgespräch Arzt“). Allerdings kann der dafür erforderliche zeitliche Aufwand verkürzt werden, indem der Patient vorab einen Aufklärungs- und Dokumentationsbogen in Textform erhält, auf die dann beim Gespräch Bezug genommen wird. Der Impfung kann dann bereits die ausgefüllten Bögen zur Anmeldung bzw. zum Aufklärungsgespräch mitbringen.

Der Umfang der Impfaufklärung sollte Informationen über die zu verhütende Krankheit, den Nutzen der Impfung, die Kontraindikationen, die Durchführung der Impfung und Dauer und



Beginn des Impfschutzes sowie typische (spezifische) Nebenwirkungen und Komplikationen beinhalten.

Es wird empfohlen, die Musteraufklärungen und -einwilligungen des RKI zu verwenden: (<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html>).

Falls Unterlagen oder Merkblätter verwendet worden sind, die der Patient im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, sind ihm davon Abschriften auszuhändigen.

Empfang/Anmeldung

Hier erfolgt die Aufnahme der zu impfenden Person (und bei Bedarf Erfassung der Daten des Impflings). An dieser Stelle kann geprüft werden, ob die Person auch die notwendigen Voraussetzungen (z. B. Mitarbeiter des Unternehmens, Anmeldung erfolgt, notwendige Unterlagen vorhanden etc.) erfüllt. Wurde die Aufklärung nicht im Vorfeld durchgeführt, kann hier der Aufklärungs- und Dokumentationsbogen (vgl. Abschnitt „Aufklärung“) ausgegeben werden.

Aufklärungsgespräch Arzt

Die Impfaufklärung muss in mündlicher Form erfolgen. Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält (siehe Punkt „Vorbereitung Aufklärungsgespräch“). Der genaue Umfang der erforderlichen Aufklärung hängt stets von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Die alleinige Aufklärung durch ein Merkblatt ist unzulässig. Es muss immer auch die Gelegenheit für ein Gespräch gegeben werden.

Auch wenn eine schriftliche Einwilligung gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, wird sie empfohlen. Der impfende Arzt ist verpflichtet, Aufklärungen und Einwilligungen – egal in welcher Form sie erfolgt bzw. erklärt worden sind – in der Patientenakte zu dokumentieren (§ 630f Abs. 2 S. 1 BGB). Wird der Aufklärung ein entsprechendes Aufklärungsmerkblatt zugrunde gelegt, sollte der impfende Arzt in seiner Dokumentation darauf verweisen. Zudem ist es sinnvoll, die Ablehnung einer Impfung durch die vorstellige Person nach durchgeführter Aufklärung in der Patientenakte zu dokumentieren. Von Unterlagen, die die vorstellige Person im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, sind ihr Abschriften auszuhändigen (§ 630e Abs. 2 S. 2 BGB).

Impfung durch impfbefähigtes Personal oder Arzt

Im nächsten Schritt wird die Impfung durchgeführt. Im Sinne des beschleunigten Ablaufs können mehrere Impfstellen parallel vorgesehen werden, um mehrere gleichzeitige Impfungen zu ermöglichen. Datenschutz und Erhalt der Privatsphäre (ggf. Teilentkleidung erforderlich) sind einzuhalten bzw. zu wahren. Hier wird der Frage-/Dokumentationsbogen (vgl. Punkte „Vorbereitung Aufklärungsgespräch“ und „Aufklärungsgespräch Arzt“) kontrolliert und einbehalten.

Die Impfung kann durch befähigtes Personal durchgeführt werden und muss nicht zwingend durch einen Arzt erfolgen. Die Delegation ärztlicher Leistungen an medizinisches Fachpersonal ist nach § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V möglich. Der verantwortliche Arzt hat dazu eine Auswahlpflicht für die Eignung der betreffenden Person (Zeugnisse, Kompetenznachweise), eine Anleitungspflicht und die Durchführung zu überwachen. Nach der Veröffentlichung der BÄK und der KBV „Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ sind gerade bei Personal ohne Ausbildung eines Fachberufs im Gesundheitswesen strenge Anforderungen an die Auswahl-, Anleitung- und Überwachungspflicht des Arztes



gegeben. Insbesondere medizinische Fachangestellte oder Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen können als impfbefähigtes Personal herangezogen werden (siehe hier auch Bundesmantelvertrag Ärzte Anlage 24). Impffähigkeit und Kontraindikationen sind vom Arzt zu prüfen.

Impfungen sollten aber nur in Anwesenheit eines Arztes ausgeführt werden, damit bei unerwarteten Nebenwirkungen und Komplikationen, die in sehr seltenen Fällen auftreten können, sofort optimale Hilfe geleistet werden kann.

Der Aufklärungs- und der Dokumentationsbogen werden einbehalten, wobei auf dem Dokumentationsbogen auch die Dokumentation der Impfung erfolgt. Diese Unterlagen dienen auch zur Erfassung der Impfung (siehe Punkt „Dokumentation“).

Gemäß § 22 IfSG hat der impfende Arzt jede Schutzimpfung unverzüglich in einen Impfausweis nach Absatz 2 einzutragen oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, eine Impfbescheinigung auszustellen. Muster für diese Ersatzbescheinigung stellt das RKI zur Verfügung:

(https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/41_15_Anlage_3.pdf?blob=publicationFile).

Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung muss über jede Schutzimpfung enthalten:

- Datum der Schutzimpfung,
- Bezeichnung und Chargen-Bezeichnung des Impfstoffes,
- Name der Krankheit, gegen die geimpft wird,
- Name und Anschrift des impfenden Arztes sowie
- Unterschrift des impfenden Arztes oder Bestätigung der Eintragung des Gesundheitsamtes.

Um möglichst einfach einen Impfnachweis führen zu können (was insbesondere im Rahmen der Binnenmobilität von großer Bedeutung ist), sind nun auch in Deutschland möglichst rasch die Voraussetzungen für einen digitalen Impfnachweis zu schaffen. Bereits im Januar haben sich die Mitgliedstaaten bei einem EU-Gipfel auf Leitlinien für einen elektronischen Impfnachweis geeinigt.

Aufgrund möglicher starker Impfreaktionen wird empfohlen, Impfungen gestaffelt durchzuführen (z. B. nicht alle Mitarbeiter einer Schicht zusammen impfen), um das Ausfallrisiko zu minimieren.

Dokumentation und Impfmeldung

Die Impfung ist entsprechend zu dokumentieren. Unterlagen (z. B. Dokumentationsbögen, Aufklärungsbögen etc.) sind entsprechend zur Patientenakte zu nehmen (vgl. auch Punkt „Aufklärung“).

Nach § 7 CoronImpfV sind zudem Daten zur Impfsurveillance an das RKI zu übermitteln.

Die für ein Impfquoten-Monitoring benötigten nicht-personenbezogenen Angaben sind:

- Angaben zum Impfling: Alter, Geschlecht, Wohnort (Land-/Stadtkreis), Impf-Indikation der geimpften Person
- Angaben zur Impfung: Ort der Impfung, Impfdatum, Impfstoff-Produkt (Name und Chargennummer), verabreichte Impfdosis (erste Impfung oder ggf. Folgeimpfung)



Um eine zeitgerechte Analyse und Transparenz über die Durchführung der COVID-19-Impfungen gewährleisten zu können, sollen diese Daten dem RKI möglichst in Echtzeit übermittelt werden. Autorisiertes Personal kann über die Webanwendung "Digitales Impfquotenmonitoring" die Daten eingeben und über eine gesicherte Internetverbindung täglich an die Bundesdruckerei übermitteln, wo im Auftrag des RKI die Daten zwischengespeichert und vom RKI täglich abgerufen werden.

Hier ist eine deutliche Vereinfachung anzustreben. Die Impfmeldung sollte auf einen Minimaldatensatz (LANR, Datum, Impfstoff, Angabe Erst- oder Folgeimpfung) reduziert und ein längeres Intervall anstatt einer täglichen Meldung vorgesehen werden. Eine Schnittstelle in die Praxissysteme ist vorzusehen. Wünschenswert wäre hier eine einheitliche Lösung (z. B. über KBV oder DGAUM).

Entlassung und Nachbeobachtung

Aufgrund möglicher Kreislaufreaktionen bzw. Impfreaktionen können die geimpften Personen nicht unmittelbar nach der Impfung entlassen werden. Hierfür ist ein entsprechender Wartebereich zur Nachbeobachtung vorzusehen, in dem die geimpften Personen warten können und im Bedarfsfall Hilfe erhalten. In der Regel wird eine Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten nach der Impfung vorgesehen.

Bei Impfkomplicationen bestehen weitere Meldeverpflichtungen. Nach § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der Verdacht einer über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung namentlich meldepflichtig. Die Meldung erfolgt vom Arzt an das zuständige Gesundheitsamt.

Die Gesundheitsämter sind nach § 11 Abs. 3 IfSG verpflichtet, die gemeldeten Verdachtsfälle der zuständigen Landesbehörde und der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), im Einklang mit den Bestimmungen des Datenschutzes in pseudonymisierter Form (personenbezogene Angaben sind unkenntlich zu machen) zu melden. Die Meldepflicht nach IfSG gilt in jedem Fall.

Unabhängig davon besteht die Möglichkeit, dass direkt an den Hersteller oder online direkt an das PEI gemeldet wird. Ein Meldeformular des PEI mit einer Falldefinition zum Verdacht einer über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung finden Sie unter

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/ifsg-meldebogen-verdacht-impfkomplikation.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Es ist auch eine Meldung über das Onlinemeldeportal möglich:

https://humanweb.pei.de/index_form.php?PHPSESSID=7sooignrreqhn57o7lmp8vmf.

**Notwendige Voraussetzungen:**

Entbürokratisierung Impf-Surveillance-Meldung (Basisdatensatz, nicht tägliche Meldung, Schnittstelle aus der Praxissoftware in das „Digitale Impfmonitoring“ des RKI)

Hilfreich wäre:

Mögliche Unterstützung der Aufklärung durch ein e-learning-Modul

Möglichst elektronischer Impfausweis

4.5. Vergütung und Abrechnung

Hier ist zu beachten, innerhalb welcher Strukturen eine Impfung erfolgt. Bei der Durchführung der Impfungen durch angestellte Werksärzte muss die Leistung ggf. anders vergütet und abgerechnet werden als bei der Durchführung der Impfung durch einen überbetrieblichen betriebsärztlichen Dienst oder einen freien Betriebsarzt.

Die Vergütung ist so einfach und unbürokratisch auszugestalten wie möglich. § 132e Abs. 1 SGB V sieht hier insbesondere auch eine Erstattung von Pauschalbeiträgen oder eine anteilige Vergütung nach Versichertenzahlen (Umlageverfahren) vor. Ebenfalls sicherzustellen ist, dass auch für einen abgebrochenen Impfvorgang (z. B. Entscheidung des Impflings während des Aufklärungsgesprächs, doch auf eine Impfung zu verzichten) eine Vergütung in angemessener Höhe vorgesehen wird. Eine Vergütung muss in vergleichbarer Höhe wie für die Vertragsärzte erfolgen.

Es muss den Unternehmen freigestellt werden, auch auf eine Refinanzierung ihrer Impfkosten freiwillig verzichten zu können, wenn sie dies (z. B. zur Vermeidung von Bürokratie) wünschen.

Notwendige Abrechnungssoftware wird von Dienstleistern sowie von ärztlichen Fachgesellschaften (z. B. DGAUM) zur Verfügung gestellt. Diese prüfen aktuell auch die Möglichkeit der Schaffung einer Schnittstelle zur Webanwendung „Digitales Impfquotenmonitoring“ für die Impfsurveillance-Meldungen.

Notwendige Voraussetzungen:

Einfache Abrechnung.

5. Haftung

5.1. Arbeitgeber

Mit der Frage der Haftung von Arbeitgebern für Impfschäden, die Beschäftigte als Folge einer betrieblich organisierten Impfung erleiden, hat sich das Bundesarbeitsgericht (BAG) 2017 in einem Urteil auseinandergesetzt (BAG, Urteil vom 21. Dezember 2017 – 8 AZR 853/16). Das BAG entschied, dass der Arbeitgeber gegenüber Arbeitnehmern, die im Betrieb an einer Gripeschutzimpfung teilgenommen haben, nicht für einen Impfschaden haftet, da er selbst



keine Aufklärungspflichten gegenüber den Beschäftigten hat. Zwischen den Arbeitnehmern und dem Arbeitgeber kommt kein Behandlungsvertrag zustande, aus dem der Arbeitgeber zur Aufklärung verpflichtet wäre. Auch aufgrund des zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestehenden Arbeitsverhältnisses ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet, die Mitarbeiter über mögliche Risiken der Impfung aufzuklären und muss sich deshalb auch einen etwaigen Verstoß des die Impfung durchführenden Arztes gegen seine Aufklärungspflicht nicht zurechnen lassen. Der Arbeitgeber ist lediglich zur ordnungsgemäßen Auswahl der durchführenden Person verpflichtet. Weitergehende Verpflichtungen bestünden nicht. Insbesondere ist er auch nicht zur Überwachung des Betriebsarztes bei der Ausführung der Gripeschutzimpfung verpflichtet.

Für den Fall von Corona-Schutzimpfungen darf nichts anderes gelten. Den in der Praxis bereits aufgekommenen Bedenken, der für den Fall von Gripeschutzimpfungen vom BAG vorgesehene Haftungsausschluss könne angesichts der bei Corona-Schutzimpfungen fehlenden langjährigen Erfahrungen und daher eventuell nicht bekannter Gefahren möglicherweise nicht in gleicher Weise gelten, muss entgegengetreten werden. Daher ist sicherzustellen, dass Unternehmen für Impfschäden als Folge betrieblich organisierter Impfungen nicht haften, sofern sie dafür qualifiziertes Personal beauftragt haben. Was für die Gripeschutzimpfung gilt, muss auch für die Coronavirusschutzimpfung gelten. Eine staatliche Haftung ist zu prüfen.

5.2. Ärzte

Sofern das medizinische Personal in Impfzentren in Ausübung eines öffentlichen Amtes (oder als sog. Beliehene oder Verwaltungshelfer) handelt, kommt eine Haftung der Anstellungskörperschaft der impfenden Ärztinnen und Ärzte nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 34 des Grundgesetzes in Betracht (sog. Staatshaftung).

Im Übrigen kommt eine Haftung des impfenden (Betriebs-)Arztes nach Vertrags- oder Deliktrecht (§§ 823 ff. BGB) in Betracht. Eine Berufshaftpflicht in ausreichender Höhe ist nach § 21 MBO-Ä Grundlage für die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit und gegenüber der Ärztekammer nachzuweisen.

5.3. Pharmazeutischer Hersteller

Wenn es durch die Anwendung des Impfstoffs zu einer Schädigung kommt, kommt je nach Fallgestaltung eine Haftung des herstellenden pharmazeutischen Unternehmens aufgrund verschiedener gesetzlicher Grundlagen in Betracht. Haftungsregelungen können sich ergeben aus dem Arzneimittelrecht, dem Produkthaftungsgesetz sowie den allgemeinen Haftungsregelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

5.4. Staat

Für Impfschäden gelten die Regelungen des sozialen Entschädigungsrechts (Bundesversorgungsgesetz) entsprechend. Wer durch eine öffentlich empfohlene Schutzimpfung einen Impfschaden erlitten hat, erhält auf Antrag Versorgung entsprechend den Regelungen des Bundesversorgungsgesetzes. Dies ist in § 60 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ausdrücklich geregelt. Unter einem Impfschaden versteht man „die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfung; ein Impfschaden liegt auch vor, wenn mit vermehrungsfähigen Erregern geimpft wurde und eine andere als die geimpfte Person geschädigt wurde“ (§ 2 IfSG).



Die Beurteilung, ob eine im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe der jeweils zuständigen Landesbehörden (i. d. R. Versorgungsamt). Gegen eine ablehnende Entscheidung der Landesbehörden ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten möglich.

Notwendige Voraussetzungen:

Gewährleistung, dass Arbeitgeber bei betrieblich organisierten Impfungen – wie bei Gripeschutzimpfungen – nicht haften müssen, wenn sie qualifiziertes Personal ausgewählt haben.

Gewährleistung, dass Ärzte nicht über den Umfang einer Impfung hinaus haften.

Staatshaftung, soweit Betriebsärzte im Rahmen der Versorgung durch Impfzentren tätig werden.

6. Finanzierung

Bislang gilt: Die Impfung in den Impfzentren ist für die Bevölkerung kostenlos. Der Bund zahlt den Impfstoff. Die Kosten für den Aufbau und die Organisation der Impfzentren tragen die Länder und die gesetzliche Krankenversicherung (Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds) sowie die Private Krankenversicherung. Wenn in der zweiten Phase in den Arztpraxen geimpft werden kann, übernehmen gesetzliche und private Krankenversicherung die ärztliche Leistung.

Gerade vor dem Hintergrund der Notwendigkeit, die erheblichen wirtschaftlichen Schäden durch die Corona-Pandemie zumindest zu begrenzen, muss jedoch gewährleistet werden, dass alle mit den Impfungen verbundenen Kosten nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Arbeitskosten gehen. Andernfalls geriete die zu Recht von der Bundesregierung gegebene Sozialgarantie 2021, nach der die Beiträge zur Sozialversicherung 40 % nicht überschreiten dürfen, in Gefahr. Für eine vollständige staatliche Finanzierung aller Impfkosten sprechen auch systematische Gründe: Bei der Corona-Schutzimpfung steht der Schutz der Gesamtbevölkerung im Vordergrund. Es handelt sich damit um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die damit auch solidarisch von allen aus Steuermitteln finanziert werden muss.

Darauf hinzuweisen ist, dass die Betriebe – auch wenn der Staat die Finanzierung der ärztlichen Vergütung, des Impfstoffs und des Zubehörs übernimmt – bei der Organisation von betrieblich organisierten Impfungen einen nicht unerheblichen Kostenaufwand für die Impfung ihrer Beschäftigten tragen.

Notwendige Voraussetzung:

Sicherstellung, dass alle mit Impfungen verbundenen Kosten für ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen vom Staat getragen werden.



7. Flankierung

7.1. Aufklärungs- und Werbekampagne zum Impfen

Die Arbeitgeber haben den schnellen und direkten Zugang zu den Beschäftigten, wodurch sich die Impfbereitschaft erhöhen lässt. Eine betriebliche unterstützte Aufklärungs- und Werbekampagne kann dazu beitragen, dass möglichst viele Beschäftigte erreicht und für Impfungen gewonnen werden und die Impfung zu einem Erfolg wird. Eine solche Kampagne muss auf individualisierbare Materialien (individualisierbarer Branchen- bzw. Arbeitgeberereindruck) setzen. Diese Materialien könnten über ein Webportal zur Verfügung gestellt werden. Als Beispiel kann das Webportal der Imagekampagne des Handwerks dienen.

Dabei ist eine Unterstützung durch beide Seiten der Sozialpartner anzustreben, auf Spitzen- wie auf Branchenebene.

7.2. Digital unterstützte Aufklärung

Um den Prozess der Verimpfung des Impfstoffs zu beschleunigen, bietet es sich an, den Zeitaufwand für das notwendige ärztliche Aufklärungsgespräch durch vorherige schriftliche Aufklärung zu beschleunigen (siehe Punkt 4.3.). Damit kann die knappe Zeit der Impfarzte besser genutzt werden, da diese nur noch offene Fragen beantworten müssen. Hilfreich wäre die Erstellung eines entsprechenden e-learning-Moduls, das die Inhalte der vom RKI bereitgestellten Aufklärungsbögen und -materialien umsetzt und ermöglicht, dass Beschäftigte nach Abschluss ausgefüllte Aufklärungsbogen zum ärztlichen Aufklärungsgespräch mitbringen können.

7.3. Matching-Portal Betriebe und Betriebsärzte

Bereits heute besteht eine Lücke zwischen dem Angebot an Betriebs- und Arbeitsmedizinern und der Nachfrage der Betriebe nach betriebsärztlicher Betreuung für ihre Beschäftigten. Um hier die Unternehmen – gerade die Klein- und Kleinst-Unternehmen – zu unterstützen, können Matching-Plattformen helfen.

Die Berufsverbände bieten bereits heute auf ihren Websites eine Betriebsarztsuche an, die bekannt gemacht werden sollten.

- BsAfB: <https://bsafb.de/betriebsarztsuche/>
- VdBW: https://www.vdbw.de/arbeits-und-betriebsmedizin/fuer-unternehmen/betriebsarztsuche/?no_cache=1

Eine Ergänzung oder Verbesserung dieser Angebote sollte dennoch auch geprüft werden.

7.4. Austauschplattform Best-Practice

In der Praxis stellen sich viele Fragen, wie die Impfung im eigenen Betrieb organisiert und offene Fragen gelöst werden können. Häufig bestehen bereits in Betrieben Lösungen, die andere Betriebe nutzen können. Zudem können Unterlagen, e-Tools, Konzepte ausgetauscht werden.

Daher wäre die Entwicklung einer Austauschplattform ein guter Weg, um Best-Practice-Beispiele bekannt zu machen, eine effiziente Umsetzung von Impfkonzepthen zu unterstützen und zur Beteiligung am Impfprozess zu motivieren.



Die BDA organisiert zu vielen betrieblich relevanten Fragen der Corona-Pandemie für ihre angeschlossenen Mitgliedsverbände und -unternehmen regelmäßig Webinare zur Beratung und zum Austausch und wird diese auch zu betrieblich organisierten Corona-Schutzimpfungen anbieten.

8. Zusammenfassung der notwendigen Voraussetzungen

Rechtliche Grundlagen

Ausreichende rechtliche Grundlage für die Teilnahme (inkl. Impfstoffbezug) der Betriebsärzte am Impfprozess schaffen.

Klarstellen, dass in Phase II keine Priorisierungsvorgaben gelten, die von Unternehmen bzw. Betriebsärzten zu beachten sind.

Kein Impfzwang: Sicherstellung allseitiger Freiwilligkeit - für Arbeitnehmer, Betriebsärzte und Arbeitgeber.

Organisation in den Betrieben

Impfmodell muss an den Bedarf der Unternehmen je nach Unternehmensstruktur angepasst werden. Für Kleinst- und Kleinunternehmen bzw. Filialbetriebe müssen individuelle Lösungen gefunden werden.

Bessere Ausschöpfung der betriebsärztlichen Kapazitäten durch vorübergehende Lockerungen der Vorgaben für Mehrarbeit im Arbeitszeitgesetz und Prüfung, ob Vermeidung der Verknappung der betriebsärztlichen Kapazitäten durch die Vorgabe des Arbeitssicherheitsgesetzes, dass Impfungen nur außerhalb der Einsatzzeiten nach der DGUV Vorschrift 2 stattfinden dürfen, möglich ist (z. B. Anrechnung von Impfungen auf die Einsatzzeiten).

Rechtliche Sicherstellung (incl. Vertragsarzt- und Standesrecht), dass niedergelassene Ärzte in Form einer Kooperation (z. B. „Praxisaußenstelle“) eingebunden werden können.

Es sollte geprüft werden, ob Unternehmen bzw. betriebsärztliche Dienste auf Wunsch die bereits bestehenden Terminbuchungssysteme des Bundes und/oder der Länder nutzen können.

Entbürokratisierung Impf-Surveillance-Meldung (Basisdatensatz, nicht tägliche Meldung, Schnittstelle aus der Praxissoftware in das „Digitale Impfmonitoring“ des RKI).

Mögliche Unterstützung der Aufklärung durch ein e-learning-Modul.

Möglichst elektronischer Impfausweis.

Einfache Abrechnung.

Sicherstellung, dass alle mit Impfungen verbundenen Kosten für ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen vom Staat getragen werden.



Impfstofflogistik

Festgelegter Prozess mit zeitlich vorgegebenen Fristen: Betriebsärztliche Strukturen müssen rechtzeitig Kenntnis über die lieferbaren und zu distribuierenden Impfstoffe nach Art und Menge erlangen.

Softwarelösung bezüglich der Verfügbarkeiten, Bestellungen und Dokumentation.

Sicherstellen, dass kein Pharmazeut zum Impfen anwesend sein muss.

Gebindeeinheiten der Impfstoffe nach Möglichkeit an die Bedarfe der betriebsärztlichen Strukturen anpassen.

Benötigtes Impfb Zubehör (insbesondere (Spezial-)Spritzen und Kanülen und ggf. benötigtes Lösemittel) muss analog zu den bestellten Impfstoffmengen zusammen mit dem Impfstoff bestellt werden können und auch zusammen beliefert werden.

Impfstoff und das Impfb Zubehör ohne Kosten oder Auslagen für Betriebe und betriebsärztliche Dienste.

Haftung

Gewährleistung, dass Arbeitgeber bei betrieblich organisierten Impfungen – wie bei Gripeschutzimpfungen – nicht haften müssen, wenn sie qualifiziertes Personal ausgewählt haben.

Gewährleistung, dass Ärzte nicht über den Umfang einer Impfung hinaus haften.

Staatshaftung, soweit Betriebsärzte im Rahmen der Versorgung durch Impfzentren tätig werden.

Mögliche Unterstützung der Arbeitgeber durch

Aufklärungs- und Werbekampagne zum Impfen.

Termin-/Einladungsmanagement.

Digital unterstützte Aufklärung (e-learning).

Matching-Portal Betriebe und Betriebsärzte.

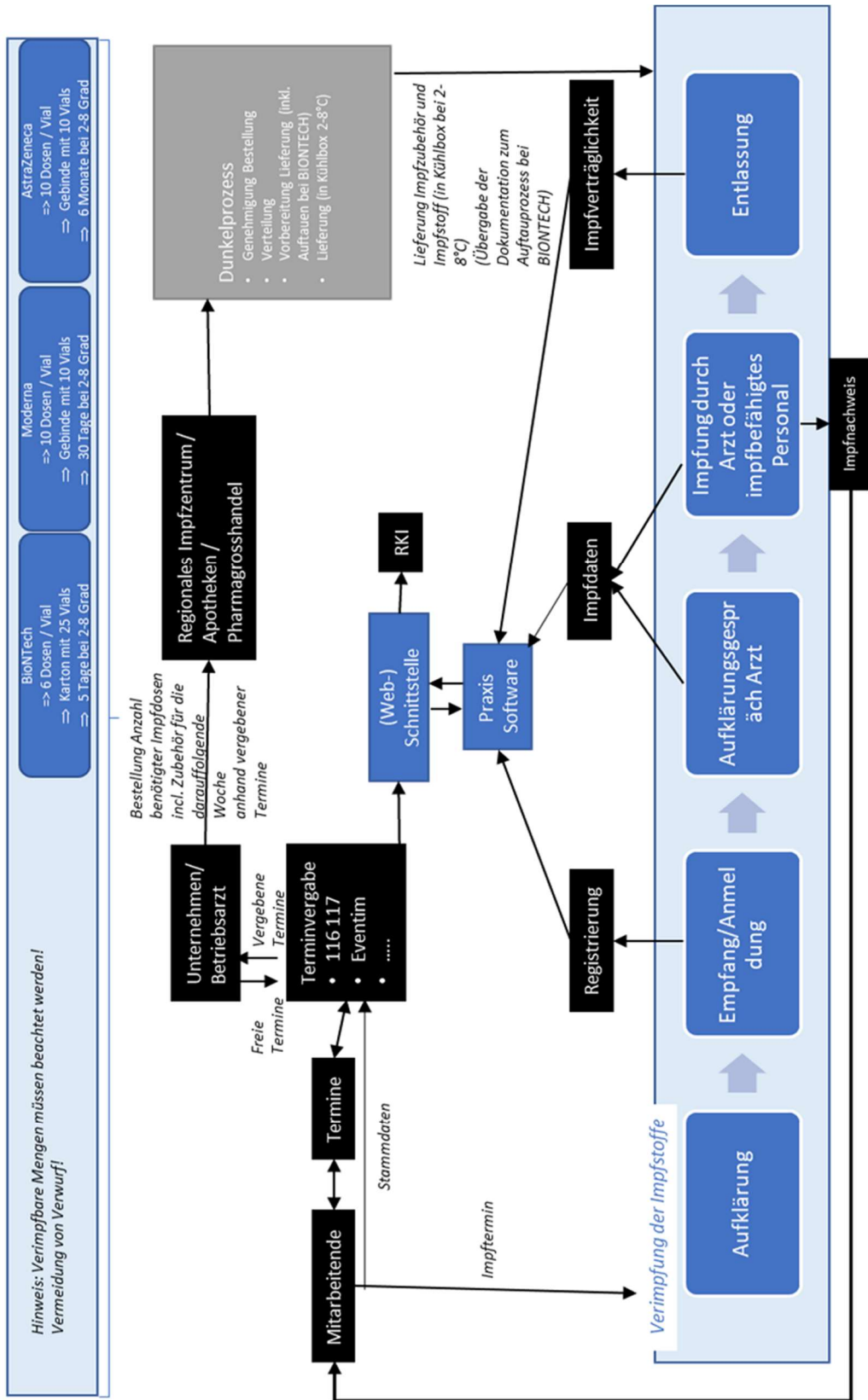
Best-Practice-Austauschplattform.

9. Beteiligte an der Erstellung des Konzepts

Zur Entstehung des vorliegenden Konzepts haben die Gespräche mit Mitgliedsverbänden (Branchenspitzenverbände, Landesvereinigungen) sowie Arbeitsmedizinern (Leiterinnen und Leitern der Medizinischen Dienste von Unternehmen) und deren Verbänden (VdBW, DGAUM) beigetragen. Ebenso erfolgte ein ständiger Austausch mit dem BDI.







Anlage 1

Workflow





Anlage 2 - Schema Ablauforganisation

Workflow	Task	Personal	Ausstattung
Aufklärung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgabe Informationsblatt ▪ Ausgabe Frage-/Dokumentationsbogen ▪ Lesen und Ausfüllen der Dokumente 		ggf. e-learning-Modul
			
Empfang/ Anmeldung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung Impfberechtigung ▪ Aufnahme der zu impfenden Person ▪ Kontrolle Personaldaten im Frage-/Dokumentationsbogen und Kontrolle Vollständigkeit ▪ ggf. elektronische Datenerfassung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Helfer/in 	<u>Anmeldung/Registrierung</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desinfektion ▪ Masken (Bedarfsfall) ▪ Tisch und Stühle (Personal) ▪ Rechner mit Internetverbindung ▪ Infoblätter; Frage-/Dokumentationsbögen ▪ Kugelschreiber <u>Wartebereich</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desinfektion ▪ Tische/Stühle ▪ Liegen (für Nachbetreuung)
		<i>Ausschluss wg. Infektionssymptomen</i>	
Aufklärungsgespräch Arzt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung Fragebogen (Kontraindikationen, Impftauglichkeit etc.) ▪ Beantwortung offener Fragen ▪ Entscheidung Impffreigabe auf Frage-/Dokumentationsbogen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Arzt / Ärztin 	Impfgespräch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desinfektion ▪ Tisch und Stühle
		<i>Ausschluss wg. fehlender Impftauglichkeit</i>	
Impfung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung der Impfung ▪ Eintragung Impfpass oder ggf. Ersatzbescheinigung ▪ Dokumentation in Frage-/Dokumentationsbogen ▪ Einsammeln Frage-/Dokumentationsbogen 	<u>Impfdurchführung:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 impfbefähigte Person <u>Dokumentation:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Helfer/in 	Impfplätze <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tisch ▪ Stuhl ▪ Dokumentationsstempel ▪ Vordruck Impfbescheinigung ▪ Zellstoff ▪ Flächendesinfektion ▪ Verbrauchsmaterial (Tupfer, Hautdesinfektion, Pflaster, Abwurfbehälter, Impfbesteck, Impfstoff und ggf. erforderliche Lösung zum Ansetzen)
			
Wartebereich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beobachtung der geimpften Personen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 - 1x Helfer oder Sanitätsdienst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stühle ▪ Liegen ▪ Notfallkoffer und halbautomatischer Defi



			Lager <ul style="list-style-type: none">▪ Impfstoffkühlschrank inkl. kontinuierlicher Temperaturüberwachung (data logger) zur Zwischenlagerung Impfstoff▪ Regale▪ Tische
--	--	--	---

Zeitbedarf

- Nach aktueller Erfahrung 15 bis 20 Min. pro Impfling (inkl. allem) zzgl. 15 Min. Nachbeobachtung

Besonderheiten

- Wegen möglicher starker Impfreaktionen unbedingt gestaffelt impfen, um Ausfallrisiko zu vermindern! Niemals eine ganze Schicht zusammen impfen, sonst droht ggf. Totalausfall.
- Einbahnstraßenregelung bei Wegeführung

Persönliche Schutzausrüstung

- Für das gesamte Personal des Impfzentrums ist ausreichend Infektionsschutzbekleidung vorzusehen. Diese umfasst:
 - Schutzmasken (FFP2)
 - Einweghandschuhe,
 - Infektionsschutzkittel (bei Bedarf).

Weitere Schutzmaßnahmen

- Arbeitsschutz: Umsetzung des SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregeln möglich
- Infektionsschutz: Gewährleistung von Infektionsschutzmaßnahmen zur Vermeidung von Querinfektionen.
- Erste Hilfe/medizinische Notlagen: Bereitstellung von Rettungsmitteln je nach Bedarf

Allgemeine Anforderungen an Gebäude bzw. mobile Strukturen

Technik:

- Bereitstellung eines geeigneten Kühlsystems (2 - 8°C) für medizinisches Zubehör und Impfstoffe
- ggf. Bereitstellung von Endgeräten für die zeitgleiche Kommunikation mit allen eingesetzten Kräften (z. B. Funk)
- adäquate Beleuchtung

Anschlüsse:

- Telefon-/Internetanschluss
- Stromzufuhr sowie Notfallplan im Falle eines Netzausfalls
- Wasser/Abwasser
- Wärme



Raumhygiene:

- Option für die sachgerechte Abfallentsorgung
- leicht zu reinigende/desinfizierende Flächen
- gute Belüftung

Räume:

- Abschließbare Räume (z. B. Materiallager mit Kühlmöglichkeit für Impfstoffe)
- Personalräume, Büroraum, Umkleieräume; ggfs. Trennwände
- Sanitäre Anlagen (Personal und ggf. Besucher/-innen)
- Warteräume (sowohl bei Zugang als auch nach Impfung)
- ggf. keimarmer Raum zur möglichen Rekonstitution von Impfstoffen
- gut abwischbare, ebene und desinfektionsmittelbeständige Arbeitsflächen sowie Böden
- gut abwischbare und desinfektionsmittelbeständige Böden
- Einrichtung der Arbeitsflächen und -bereiche zur Gestaltung linearer Arbeitsabläufe (Herstellstraße) zur Vermeidung von Kreuzkontaminationen. Also beispielsweise Materialeingang auf der linken Seite, Herstellung in der Mitte und fertig rekonstituierter Impfstoff auf der rechten Seite.
- Lauf- und Transportwege von Materialien- und -ausbringung sind im Raum so zu planen, dass Kreuzkontaminationen vermieden werde.

Einrichtung:

- mögliche Raumtrennung / Modultrennung
- entsprechende Möblierung
- barrierearme Wegeführung

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de