

Corona-Pandemie
Berufsbezogene bzw. generelle Impfpflicht gegen
COVID-19

DRINGLICHKEITSANTRAG für die Vollversammlung vom 25.11.2021
Generelle Impfpflicht gegen Covid
Antrag Nr. 20-26 / A 02148 von Herrn StR Prof. Dr. Hans Theiss,
Frau StRin Dr. Evelyne Menges vom 23.11.2021, eingegangen am 23.11.2021

DRINGLICHKEITSANTRAG für die Vollversammlung vom 25.11.2021
Gemeinsam gegen Corona
Antrag Nr. 20-26 / A 02163 der Fraktion Die Grünen - Rosa Liste, SPD/Volt - Fraktion
vom 24.11.2021, eingegangen am 24.11.2021

Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 05216

2 Anlagen

Beschluss der Vollversammlung des Stadtrates
vom 15.12.2021
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Die CSU-Fraktion hat mit Dringlichkeitsantrag Nr. 20-26 / A 02148 vom 23.11.2021 für die Vollversammlung am 25.11.2021 gefordert, dass sich der Oberbürgermeister der Landeshauptstadt München auf den übergeordneten politischen Ebenen dafür einsetzt, dass in Deutschland so schnell wie möglich eine generelle Impfpflicht gegen Covid erlassen wird (vgl. Anlage 1). Das Thema wurde in die Vollversammlung am 15. und 16.12.2021 vertagt.

Die Fraktionen Die Grünen - Rosa Liste und SPD - Volt haben im Dringlichkeitsantrag Nr. 20-26 / A 02163 vom 24.11.2021 für die Vollversammlung am 25.11.2021 unter Ziffer 8 eine Darstellung der Vor- und Nachteile einer berufsbezogenen oder generellen Impfpflicht und Erfahrungen anderer Länder im nächsten Plenum gefordert (vgl. Anlage 2). Der Antrag wurde in der Vollversammlung vom 24.11.2021 wie gestellt beschlossen, insofern wurde das Thema Impfpflicht in die Vollversammlung am 15. und 16.12.2021 vertagt.

Aufgrund der Abstimmungen hinsichtlich der weiteren Sitzungen der Ausschüsse und der Vollversammlung Ende 2021/Anfang 2022 wird das Thema nun nach vorheriger digitaler Erörterung in die Vollversammlung vom 15.12.2021 eingebracht.

A. Hintergrundinformationen zur Corona-Pandemie

1. Epidemiologische Daten zur Pandemie

1.1 Infektionsgeschehen

Deutschland

Das Robert Koch-Institut (RKI) teilt die COVID-19-Pandemie in Deutschland in verschiedene Phasen ein. An dieser Stelle wird der Fokus auf die noch andauernde vierte COVID-19-Welle gerichtet. Im Verlauf der Corona-Pandemie wurden 5.791.060 SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland berichtet (RKI, Stand 28.11.2021). Insgesamt 100.956 Personen sind deutschlandweit an oder mit COVID-19 verstorben.

München

Die Gesamtzahl aller an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldeter übermittlungspflichtiger SARS-CoV-2-Infektionen in München betrug bis zum 28.11.2021 124.679 Fälle. Bereits im August 2021 waren die wöchentlichen Fallzahlen von SARS-CoV-2-Infektionen in München nach der kurzzeitigen Stagnation im Sommer 2021 erneut angestiegen, die vierte Welle der Pandemie kündigte sich an. Der steigende Trend spiegelte sich in der 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner*innen wider und hat sich in den Monaten Oktober und November deutlich beschleunigt. Am 26.10.2021 stieg die 7-Tage-Inzidenz über 200, am 19.11.2021 lag sie bei 794 Fällen pro 100.000 Einwohner*innen. Das RKI weist mit Stand 05.12.2021 für München eine Inzidenz von 415,1 aus.

Das Infektionsgeschehen betrifft die verschiedenen Altersgruppen in der Bevölkerung in unterschiedlichem Ausmaß. Mit Aufschlüsselung der 7-Tage-Inzidenzen nach 5-Jahres-Alterskategorien wird deutlich, dass die höchsten Werte der 7-Tage-Inzidenz Mitte November (46. Kalenderwoche) mit 1.271 SARS-CoV-2-Infektionen / 100.000 Einwohner*innen bei den ungeimpften Kindern im Grundschulalter (5 bis unter 10 Jahre) und mit 1.495 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner*innen bei den weitgehend ungeimpften Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren beobachtet wurden (Quelle: RKI, SurvStat@RKI, eigene Abfrage).

Die hohen Fallzahlen sind einerseits auf zahlreiche Ausbrüche, z. B. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Schulen, Gemeinschaftseinrichtungen zurückzuführen. Gleichzeitig herrscht ein diffuses Infektionsgeschehen vor, welches es dem Gesundheitsreferat erschwert, Infektionsketten zu durchbrechen und Kontaktfälle nachzuverfolgen.

1.2 Hospitalisierungen

Deutschland

Das Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19, der eine Krankenhausbehandlung notwendig macht, ist bei den älteren Altersgruppen am höchsten, steigt aber bereits bei den ab 50-Jährigen gegenüber jüngeren Erwachsenen deutlich an. Bundesweit wurde die mit Abstand höchste Inzidenz von 33 hospitalisierten Fällen / 100.000 Einwohnern Mitte November in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen erreicht, gefolgt von den 60- bis 79-Jährigen. Über die letzten Wochen ist ein rascher Anstieg der Fälle mit COVID-19-Diagnose auf den Intensivstationen zu beobachten. Mit Datenstand vom 24.11.2021 werden nach Daten aus dem DIVI Intensivregister 4.070 Personen mit einer COVID-19-Diagnose auf einer Intensivstation in Deutschland behandelt. Dieser Wert ist höher als im gleichen Zeitraum des letzten Jahres. Gleichzeitig stehen aktuell, insbesondere aufgrund von Personalengpässen, weniger Intensivplätze als im letzten Jahr zur Verfügung.

München

Die Belegung mit COVID-19-Patient*innen auf den Intensivstationen (ICU) wie auch in den Normalstationen (Normal) der Münchner Kliniken sind seit Anfang November 2021 stark angestiegen. Mit Stand 29.11.2021 waren in den Münchner Krankenhäusern 136 Intensivbetten und 340 Normalpflegebetten mit COVID-19-Patient*innen belegt (Quelle: IVENA). Derzeit beträgt der Anteil der Auslastung der Intensivkapazitäten für COVID-Patient*innen ca. 34 % (Stand 29.11.2021). Die Gesamtauslastung im Intensivbereich liegt bei 98 % (Stand 29.11.2021).

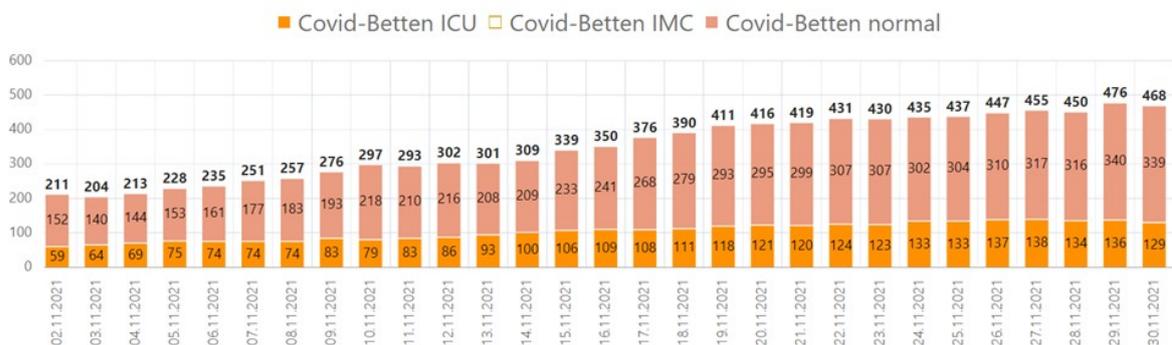


Abb. 1: Bettenbelegungen in Münchner Krankenhäusern im Zeitraum 04.11.2021 bis 30.11.2021

(Quelle: IVENA, Stand 30.11.2021, 12:10 Uhr)

In der 2. Pandemiewelle wurde die bisher höchste Bettenbelegung in Münchner Kliniken mit 475 belegten Normalpflege-Betten (am 21.12.2020) und 173 belegten Intensivbetten (am 29.12.2020) kurz vor der Jahreswende 2020/2021 erreicht. In dieser Zeit lag die 7-Tage-Inzidenz / 100.000 Einwohner*innen in München bei 300.

Der untere Teil der Grafik liefert einen Überblick über die Bettenbelegungen mit COVID-19-Patient*innen über den gesamten Verlauf der Pandemie.

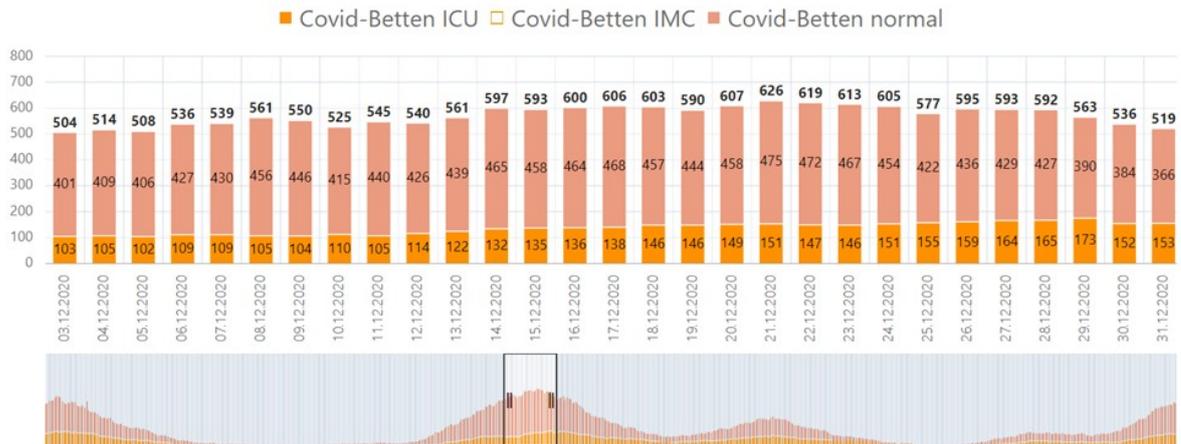


Abb. 2: Bettenbelegungen in Münchner Krankenhäusern im Zeitraum 03.12.2020 bis 31.12.2020
(Quelle: IVENA)

Das Gesundheitsreferat wertet anonymisiert auch die Entlassdaten aller in Münchner Krankenhäusern behandelte COVID-19-Patient*innen aus, die routinemäßig in den Kliniken verfügbar sind (§21 „Übermittlung und Nutzung von Daten“, Krankenhausentgeltgesetz (=Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen – KHEntgG). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Darstellung der Mitversorgerfunktion der Münchner Kliniken, die nicht nur COVID-19-Patient*innen aus dem Stadtgebiet, sondern auch aus anderen Teilen des In- und Auslandes behandeln. Darüber hinaus können Aussagen zur Länge des COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthalts gemacht und der Anteil der COVID-19-Patient*innen, die intensivpflichtig geworden sind, abgeschätzt werden. Mit Stand 31.10.2021 wurden in München insgesamt 10.349 Patient*innen stationär behandelt, davon 2.304 Patient*innen auf der Intensivstation, wovon 1368 Patient*innen beatmet werden mussten. 1.238 Patient*innen sind in Münchner Krankenhäusern an und mit COVID-19 verstorben.

1.3 Sterbefälle

Die Anzahl der COVID-19-assoziierten Sterbefälle in München ist im Zeitraum von Mitte August bis Ende November 2021 um 194 Todesfälle von 1267 auf 1461 gestiegen. Neben auch jüngeren, nicht vorerkrankten Ungeimpften verstarben auch zweifach geimpfte ältere Menschen. In der zweiten Welle (Anfang Oktober 2020 bis Ende Februar 2021), die vermehrt noch ungeimpfte, ältere Menschen betroffen hat, wurden in einem gleich langen Zeitraum noch mehr Todesfälle berichtet.

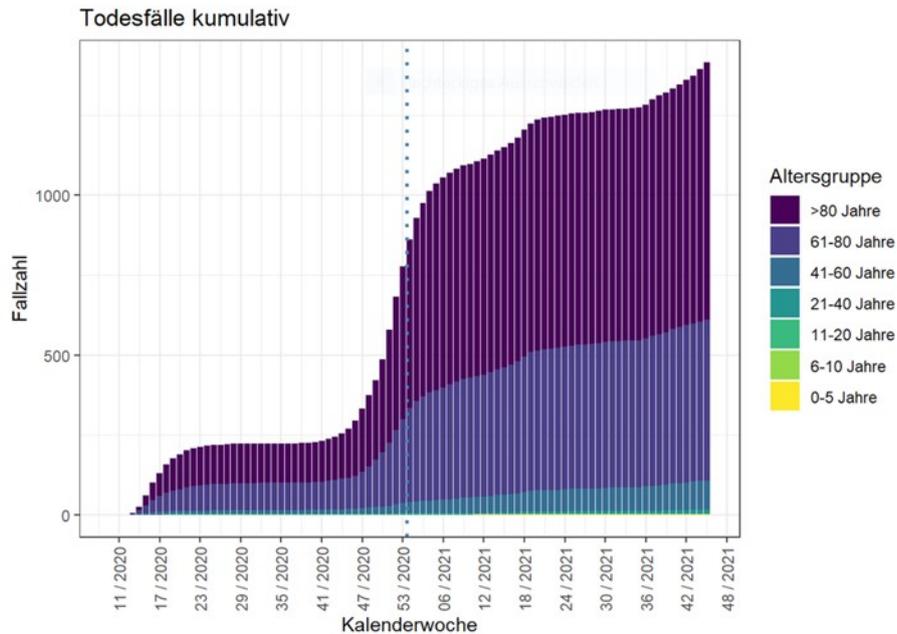


Abb. 3: COVID-19-assoziierte Todesfälle in München in der Corona-Pandemie nach Altersgruppen (Quelle: GSR)

1.4 Risikobewertung der aktuellen Situation durch das RKI

Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der nicht oder nur einmal geimpften Bevölkerung in Deutschland insgesamt als sehr hoch ein. Für vollständig Geimpfte wird die Gefährdung als moderat eingeschätzt, steigt aber mit zunehmenden Infektionszahlen an.

Die aktuelle Entwicklung ist besorgniserregend. Es ist zu befürchten, dass es zu einer weiteren Zunahme schwerer Erkrankungen und Todesfälle kommen wird und die verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten überschritten werden.

2. Medizinische Besonderheiten von COVID-19

Bei COVID-19 handelt es sich um eine hochansteckende und potenziell lebensbedrohliche Erkrankung. Der Krankheitsverlauf variiert stark in Symptomatik und Schwere. Es können symptomlose Infektionen, Erkältungssymptome bis hin zu schweren Lungenentzündungen mit Lungenversagen und Tod auftreten. Auch andere Organsysteme als die Lunge können betroffen sein (Multisystemerkrankung). Auftreten können beispielsweise neurologische Symptome (Riech- und Geschmacksstörungen, Schlaganfälle), gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Durchfälle), Herz-Kreislauf-Symptome (Herzmuskelentzündungen, Rhythmusstörungen, Thromboembolien), Nierenversagen.

Bei einigen Patient*innen kann es 8-15 Tage nach Erkrankungsbeginn zu einer Verschlechterung und in dessen Folge zu einem Multiorganversagen mit einer erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit kommen. Schwere Verläufe mit Behandlung im Krankenhaus kommen bei ca. 14 % der Patient*innen vor, intensivpflichtig werden rund 0,8 % der Infizierten.

Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind: Alter ab etwa 50-60 Jahren, starkes Übergewicht, bestimmte Vorerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungen-, Nieren- und Lebererkrankungen, Demenz, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen oder geschwächtes Immunsystem. Aber auch jüngere Patient*innen müssen intensivmedizinisch versorgt werden: aktuell sind ca. 5 % der auf Intensivstationen behandelten Fälle in Deutschland in der Altersgruppe 30-39 Jahre und ca. 10 % in der Altersgruppe 40-49 Jahre.

Die Fallsterblichkeit (Letalitätsrate) ergibt sich aus dem Verhältnis der Todesfälle im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 zur Zahl der beendeten Coronainfektionen (genesen oder verstorben). Sie beträgt in Deutschland ca. 2,1 %, ist jedoch stark altersabhängig.

Long COVID-Erkrankung

Als Langzeitfolgen von COVID-19 werden von den Betroffenen Müdigkeit, Erschöpfung, verminderter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, Kurzatmigkeit, Schlafstörungen und depressiven Symptomen berichtet. Auch Leber- und Nierenfunktionseinschränkungen, Herzmuskelerkrankungen und das Neuauftreten von Diabetes mellitus werden beobachtet. Über die Häufigkeit und Dauer der Langzeitfolgen können noch keine gesicherten Angaben gemacht werden. In Studien hatten 75 % der stationär behandelten Erwachsenen noch 6 Monate nach der Entlassung ein oder mehrere Symptome, bei Kindern und Jugendlichen waren es ca. 25 %.

3. Impfung gegen COVID-19

3.1 Definition vollständige Impfung

Als vollständig geimpft gilt, wenn nach der letzten erforderlichen Impfdosis 14 Tage vergangen sind (2-Dosen-Impfschema bei den mRNA-Impfstoffen Comirnaty®, Spikevax und dem Vektorimpfstoff Vaxzevria, 1-Dosen-Impfschema bei dem Vektorimpfstoff Janssen).

3.2 Impfquote bei den Coronaimpfungen

Obwohl das RKI bereits im Juli 2021 empfahl, 85 % der 12-59-Jährigen und 90 % der über-60-Jährigen zu impfen, waren bis zum 23.11.2021 in Deutschland lediglich 71 % der Bevölkerung mindestens einmal und 68 % vollständig geimpft. Darüber hinaus erhielten 8 % der Bevölkerung eine Auffrischimpfung. Damit ist der Anteil geimpfter Personen in den letzten Wochen kaum noch gestiegen. In München wurden bisher insgesamt 2.126.759 Impfungen gegen SARS-CoV-2 vorgenommen (1.010.359 Erst-, 954.966 Zweitimpfungen sowie 161.434 Drittimpfungen). Wie viele in München wohnhafte Personen sich außerhalb Münchens impfen ließen und umgekehrt, ist nicht bekannt. Impfungen durch Betriebsärzte und Privatärzte sind bei den gemeldeten Zahlen nicht inbegriffen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Corona-Schutzimpfung allen Personen ab 12 Jahren. Die Münchner Impfquote liegt damit, bezogen auf die impffähige Bevölkerung ab 12 Jahren, bei den Erstimpfungen bei 77 % und bei den Zweitimpfungen bei 72 % (Münchner Gesamtbevölkerung 68 % / 64 %). Die Impfquoten beziehen sich auf eine Bevölkerungszahl von 1.319.090 Personen im Alter von 12+ Jahren bzw. auf die Münchner Gesamtbevölkerung von 1.488.202 Personen (Stand: 31.12.2020). Damit liegt die Münchner Impfquote von rund 64 % vollständig Geimpften unter dem bundesdeutschen Durchschnitt von 68 %.

Ab Anfang November 2021 war in München ein sprunghafter Anstieg der Imp fzahlen zu verzeichnen. Das lag einerseits an einer deutlichen Zunahme der Booster-Impfungen, die: inzwischen für alle Personen ab 18 Jahren mit 5 Monaten Abstand zur Grundimmunisierung möglich sind, andererseits an einer Zunahme der Erst- und Zweitimpfungen nach Einführung von 3G bzw. 2 G Regeln in Bayern. Ohne zusätzliche Maßnahmen ist jedoch kein dauerhafter Anstieg der Impfquote auf das erforderliche Niveau (auch bzgl. Drittimpfungen) zu erwarten.

3.3 Auswirkungen einer unzureichenden Impfquote auf die Dynamik der Pandemie

Neue Berechnungen der Humboldt Universität und des Robert Koch Institutes auf der Basis eines mathematischen Ansteckungsmodells zeigen, dass eine effektive Erhöhung der Impfquote dringend notwendig ist: bei 8 bis 9 von 10 Ansteckungen mit COVID-19 ist mindestens eine ungeimpfte Person beteiligt. Aktuell wird der Großteil der Neuinfektionen durch fehlenden Impfschutz verursacht, obwohl ungeimpfte Personen nur ca. 32 % der Bevölkerung ausmachen. Je effektiver der Impfschutz, desto weniger Ansteckungen werden durch geimpfte Personen verursacht. Die Dynamik der Pandemie wird aktuell also stark durch fehlenden oder nachlassenden, weniger effektiven Impfschutz getrieben.

3.4 Impfquoten in Deutschland bei anderen impfpräventablen Erkrankungen – Ein Vergleich

Insgesamt sind die Impfquoten gegen die saisonale Influenza in den empfohlenen Zielgruppen in Deutschland zu niedrig. Die Zielvorgaben der Europäischen Union, wonach eine Impfquote von 75 % bei älteren Menschen vorgesehen ist, werden in Deutschland nicht annähernd erreicht. In der Saison 2019/20 ließen sich in westlichen Bundesländern 34,8 % der über-60-Jährigen impfen, in den östlichen Bundesländern waren es hingegen 57,1 %. Die Impfquote für chronisch kranke Personen ab einem Alter von 18 Jahren lag bundesweit bei 32,3 %. Bei Schwangeren zeigt sich mit 16,6 % eine besonders geringe Impfquote. Für medizinisches Personal ergeben sich nachfolgende Daten: Ärzteschaft 79,3 %, Pflegekräfte 46,7 %.

3.5 Impfdurchbrüche

Ein Impfdurchbruch liegt vor, wenn bei einer vollständig geimpften Person (mehr als 14 Tage nach einer beliebigen Zweitimpfung oder einer Erstimpfung mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson / Janssen-Cilag) eine PCR-bestätigte SARS-CoV-2 Infektion mit Symptomatik festgestellt wird. Davon abzugrenzen sind asymptomatische Verläufe unter vollständig Geimpften, d.h. die Personen sind PCR-positiv, zeigen aber keinerlei Symptome; diese gelten nicht als Impfdurchbrüche. Bisher sind in München 10.872 Impfdurchbrüche registriert worden (Stand 29.11.2021). Dies entspricht, bezogen auf alle vollständig Geimpften, einer Gesamtquote von 1,16 %. Ein Großteil der infizierten vollständig Geimpften hat sich in den letzten vier Wochen mit dem Coronavirus infiziert (5012 Impfdurchbrüche in den letzten 28 Tagen, Stand 29.11.2021). Bezieht man die Impfdurchbrüche auf die Anzahl der Neuinfizierten der letzten vier Wochen, kommt man auf einen Anteil von 18 %. Dies kann auf zwei Ursachen zurückgeführt werden: zu stark ansteigenden Infektionszahlen mit deutlich erhöhtem Risiko einer Weiterverbreitung in der Bevölkerung kommt die lange Zeitspanne zwischen letzter Impfung bis zum Zeitpunkt der Infektion. Angesichts der angestiegenen Anzahl der Impfdurchbrüche darf aber nicht auf eine fehlende Wirksamkeit der Impfungen geschlossen werden. Selbst wenn es zu einer Infektion bei Geimpften kommt, ist durch die Impfung das Risiko schwerer Verläufe deutlich reduziert. Dies verdeutlichen insbesondere die nachfolgenden Ausführungen.

3.6 Wirksamkeit der Impfstoffe hinsichtlich schwerer Erkrankung, Hospitalisierung und Tod

Die aktuelle Studienlage wird regelmäßig durch das RKI beurteilt und bei der aktuellen Impfempfehlung berücksichtigt. Die ausführliche Begründung für die Impfempfehlung wird im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht, zuletzt am 29.11.2021. Die Wirksamkeit der Impfung wurde bereits in einigen Studien eindrucksvoll gezeigt, hängt jedoch vom

verwendeten Impfstoff ab. Auch wurde inzwischen gezeigt, dass sich die Wirksamkeit im Laufe der Zeit abschwächt. So konnte beispielsweise in einer englischen Studie gezeigt werden, dass durch die Impfung mit Comirnaty® – dem in Deutschland am häufigsten verwendeten Impfstoff – die Wahrscheinlichkeit für eine symptomatische Erkrankungen durch die Delta-Variante anfangs um ca. 90 % reduziert werden konnte. Nach 20 Wochen lag die Reduktion noch bei ca. 70 %. Es zeigte sich dabei auch eine Altersabhängigkeit: die Reduktion der Wirksamkeit war bei den >65-Jährigen größer als bei den 40-64-Jährigen. Unabhängig vom Alter verringerte sich die Wirksamkeit des Impfstoffes gegen Hospitalisierungen über 20 Wochen nach der Impfung für Comirnaty® von 98,4 % auf 92,7 %. Die Wirksamkeit zur Verhinderung von COVID-19-bedingten Todesfällen verringerte sich von 98,2 % auf 90,4 %. Ganz ähnliche Ergebnisse wurden in weiteren Studien in den USA, Schweden, Israel und Kanada gezeigt.

3.7 Wirksamkeit der Impfstoffe gegen Virusvarianten – erforderliche Impfstoffanpassungen, Auffrischimpfungen

Aktuelle Studien zeigen, dass die verfügbaren Impfstoffe auch gegen Virusvarianten wirksam sind. Derzeit ist Delta (B.1.617.2) die vorherrschende Virusvariante in Europa. Das living systematic review der STIKO-Geschäftsstelle zeigt, dass die Effektivität der COVID-19-Impfstoffe Comirnaty® („Biontech“), Spikevax („Moderna“) und Vaxzevria („AstraZeneca“) gegen jegliche Infektion für die Delta-Variante um 10-20 Prozentpunkte unter der Effektivität gegen die Alpha-Variante liegt. Die aus mehreren Ländern vorliegenden Studien, in denen der Verlauf der Impfeffektivität der COVID-19-Impfstoffe über die Zeit unter Zirkulation der Delta-Variante untersucht wurden, zeigen, dass es über einen Zeitraum von 4 – 6 Monaten nach Abschluss der Grundimmunisierung zu einem nur leichten Rückgang der Wirksamkeit gegen schwere COVID-19-Erkrankungen (Hospitalisierung) kommt. Der Rückgang der Wirksamkeit gegen symptomatische Infektionen jeglicher Schwere ist hingegen in den meisten Studien ausgeprägter und beträgt im selben Untersuchungszeitraum (je nach Impfstoff und Altersgruppe) zwischen 10 und 50 %. Eine vollständige Impfserie ist für eine gute Schutzwirkung unerlässlich, denn die COVID-19-Impfstoffe weisen bei einer unvollständigen Impfserie eine stark verringerte Wirksamkeit gegen die Delta-Variante auf.

Die COVID-19-Impfstoffe induzieren eine sog. polyklonale Immunantwort (neutralisierende Antikörper sowie eine T-Zell-Immunität gegen viele unterschiedliche Bereiche (Epitope) des Spike-Proteins des SARS-CoV-2-Virus). Deshalb haben einzelne Mutationen in der Regel keinen sehr großen Einfluss auf die Wirksamkeit der Impfstoffe, wenn diese nach dem empfohlenen Impfschema verabreicht werden. Da alle derzeit verfügbaren COVID-19-Impfstoffe für das Spike-Protein des ursprünglichen Wuhan-Typs kodieren, ist davon auszugehen, dass die Auswirkungen der Mutationen in den Virusvarianten auf die Wirksamkeit der zugelassenen Impfstoffe prinzipiell ähnlich sind.

Sollte die Wirksamkeit der Impfstoffe jedoch durch weitere Mutationen, wie bei der jetzt neu nachgewiesenen Variant of Concern (VOC) Omikron erheblich absinken, wäre es den Impfstoffherstellern möglich, die verfügbaren Impfstoffe innerhalb weniger Wochen entsprechend anzupassen. Weitere Daten hierzu sind erforderlich und werden für Anfang/Mitte Dezember erwartet.

Derzeit gehen die Virolog*innen davon aus, dass durch die Boosterimpfungen der Impfschutz innerhalb weniger Tage auch gegen die Varianten verbessert wird.

3.8 Impfkampagne des GSR in München

Impfstoffmenge für Coronaimpfungen – Situation in München

Grundsätzlich ist die Impfstoffversorgung in München sichergestellt. Die Impfstoffbestellungen erfolgen wöchentlich über die MÜK-Apotheke. In Anbetracht der wiederholten Anpassung der Vorgaben für den Bestellprozess und die Abwicklung durch Lieferungen des Impfstoffs Comirnaty® von BioNTech/Pfizer (BT), insbesondere wiederholte Limitierungen der Bestellmenge, sind organisatorische Anpassungen des Impfzentrums erforderlich und Schwierigkeiten bei der Durchführung der Impfkampagne nicht auszuschließen.

Moderna ist von der STIKO nur für Ü30-Jährige empfohlen, U30-Jährige einschl.

Kinder/Jugendliche können deshalb nur mit Comirnaty® geimpft werden. Moderna wird in München bereits jetzt deutlich schlechter als Comirnaty® akzeptiert, so dass mit erheblichen Störungen im Betriebsablauf zu rechnen ist, wenn auf Moderna für alle Ü30-Jährigen umgestellt werden müsste. Sollte die Rationierung von BioNTech/Pfizer auf dem angekündigten Niveau nicht nur vorübergehend bestehen bleiben, sondern länger andauern, hätte dies größere Folgen für die Impfungen der U30-Jährigen. Ggf. wird das Impfzentrum Ü30-Jährige bei unzureichender Versorgung mit Comirnaty® ausschließlich mit Moderna impfen können.

Impfkampagne

Um im Rahmen seiner Möglichkeiten eine Erhöhung der Impfquote zu ermöglichen, werden die Maßnahmen des GSR zusammenfassend dargestellt.

Was ist alles schon geplant?

- Aufstockung Impfzentrum etc.
- Angebote sind auf der Homepage der LHM verfügbar und werden gesammelt einmal wöchentlich in der Rathaus-Umschau veröffentlicht. Örtliche Zeitungen sowie Hörfunk und Fernsehen nehmen diese Termine regelmäßig in ihre Berichterstattung auf.
- Einführung weiterer Werbemöglichkeiten: Anzeigen im FahrgastTV im gesamten Netz der MVG (U-Bahn, Tram, Busse), Anzeigen in Wochenblättern

Was wollen wir noch machen?

- Die Erfahrungen der vergangenen Wochen und Monate zeigen, dass vor allem die Zahl der Auffrischungsimpfungen („Boosterimpfungen“) angestiegen sind, der Fortschritt bei den Erstimpfungen jedoch nicht so erfolgreich verläuft.
- Doch für eine erfolgreiche Bewältigung der Pandemie muss dringend die Quote der Erst- und Zweitimpfungen gesteigert werden.
- Dazu will das GSR stadtweit gezielte Maßnahmen starten, um die Impfquote v. a. bei den bisher Ungeimpften in der Bevölkerung zu erhöhen.
- Die Durchführung soll an eine externe Werbe-Agentur per Ausschreibung vergeben werden.

Grundüberlegungen

- Das GSR will primär Menschen erreichen, die sich bisher nicht für eine Erstimpfung entschieden haben.
- Es soll keine Kampagne nach dem Vorbild des Freistaates sein („Ich tu's für“), in der mittels Prominenten in Filmen und Plakaten ganz allgemein fürs Impfen geworben wird. Dies würde nach Ansicht des GSR nichts nützen, da diese Form der Kampagne in der Bevölkerung bereits bekannt ist und nachweislich nicht den gewünschten Effekt hatte.
- Das GSR will die Münchner*innen mit ganz konkreten Maßnahmen erreichen. Dieser Ansatz ist bereits seit Anfang des Sommers 2021 Teil der Impfstrategie der LHM und soll weiter verstärkt werden.
- Es gab bereits Impfkaktionen bei Ausgabestellen der Münchner Tafel. Nach wie vor werden z. B. Impfkaktionen bei der Obdachlosen-Anlaufstelle in St. Bonifaz angeboten.
- Grundlage sind Studien, die bundesweit den Zusammenhang von sozialer Lage und gesundheitlichen Risiken belegen. Die Betroffenen haben oft keine Möglichkeit, im Home-Office zu arbeiten und leben vielfach in beengten Wohnverhältnissen oder Unterkünften, was gerade im Quarantänefall für Familien eine extreme Belastung darstellt. Zudem gelangen sie durch sprachliche Barrieren schwieriger an Informationen und können oft keinen Impftermin vereinbaren.

Maßnahmen/Inhalt der Kampagne:

- Massiv ausgeweitete Sonderaktionen in ausgewählten Bereichen der Stadt.
- Impf-Sonderaktionen werden nicht nur an einzelnen Tagen an bestimmten Orten durchgeführt, sondern über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage/Wochen) in bestimmten Stadtvierteln und/oder größer umrissenen Bereichen der Stadt, z. B. „Eine Woche Impfkaktion im Münchner Norden“ oder „Eine Woche Impfen in Neuperlach“
- Die einzelnen Aktionen sollen auf den Stadtteil zugeschnitten sein und als „Aufsuchende Impfarbeit“ bzw. „Impfstreetwork“ verstanden werden.

- Es soll als Grundbotschaft vermittelt werden: Niemand muss sich schämen, dass er noch nicht geimpft ist. Im Gegenteil: Wir kommen gerne ins Viertel, freuen uns über jeden Impfling.
- Die Aktionen werden jeweils mit einer massiven Öffentlichkeitsarbeit vorbereitet und begleitet: Plakate an vielen Stellen im betreffenden Stadtteil/Bereich der Stadt, Handzettel/Flyer in den umliegenden Haushalten, Clips auf MVG-Fahrgastbildschirmen, Ansprache von Bürgern durch Akteure in örtlichen Einrichtungen und Vereinen, Social Media
- Während der Aktion: Umfassende Betreuung und Beratung; Mehrsprachige/interkulturelle Experten vor Ort à la „Impfstreetworker“

Exklusives Angebot für Erstimpfungen und Kinderimpfungen

- Die Hemmschwelle der Ungeimpften kann noch weiter gesenkt werden: durch einen exklusiven Ort, der nur für Erstimpfungen reserviert ist. Deshalb soll im leer stehenden Gasteig eine reine Anlaufstelle für Erstimpfungen entstehen (ist von 1.12.21 bis 31.05.22 angemietet). Hier sollen Erstimpflinge schnell und unkompliziert einen Termin bekommen.
- Um den diesbezüglichen Bedarf befriedigen zu können, wird im Gasteig zunächst eine Impfstelle exklusiv für Kinder ab 5 Jahren und somit eine besondere Anlaufstelle geschaffen.

4. Medizinische Aspekte der Coronaimpfung

4.1 Kontraindikationen (medizinische Gründe gegen eine Impfung)

Bei der Verabreichung einer COVID-19-Schutzimpfung sind vom Arzt/der Ärztin Kontraindikationen, d. h. medizinische Gründe, die gegen die Verabreichung der Impfspritze sprechen, zu beachten. Man unterscheidet hier:

Vorübergehende Kontraindikationen

Infektionen mit Temperaturen $>38\text{ °C}$ sind eine vorübergehende Kontraindikation, nach Abklingen des Fiebers kann geimpft werden.

Falsche Kontraindikationen

Hierzu zählen

- banale Infekte, auch wenn sie mit subfebrilen Temperaturen ($\leq 38,5\text{ °C}$) einhergehen
- Krebserkrankungen,
- rheumatologische Erkrankungen
- Allergien (die nicht spezifisch gegen Bestandteile der Impfung bestehen)

- Behandlung mit Antibiotika oder Kortikosteroiden oder lokal angewendeten steroidhaltigen Präparaten
- Blutungsneigung/ Einnahme von Gerinnungsmedikamenten
- Vorbestehende neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose
- Chronische Erkrankungen wie Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen oder Nierenerkrankungen

Absolute Kontraindikationen

Diese sind sehr selten, dazu zählen

- Allergien gegen Bestandteile der COVID-19-Impfstoffe. In der Regel können Personen, die mit einem der Impfstofftypen (mRNA vs. Vektor-basiert) nicht impfbar sind, mit dem jeweils anderen geimpft werden.
- Für den Vektor-basierten COVID-19-Impfstoff Vaxzevria (AstraZeneca) gibt es darüber hinaus zwei seltene Kontraindikationen: ein vorbestehendes Thrombose-mit-Thrombozytopenie-Syndrom (TTS) oder ein Kapillarlecksyndrom. Beides sind sehr seltene Vorerkrankungen (Einzelfälle). In diesen Fällen können mRNA-Impfstoffe verwendet werden.

Zusammenfassend gibt es **nur sehr wenige Kontraindikationen** und Gründe, warum sich eine Person dauerhaft oder vorübergehend nicht gegen COVID-19 impfen lassen kann.

4.2 Sicherheit und Verträglichkeit der in der EU zugelassenen Coronaimpfstoffe – Nebenwirkungen nach deren Zulassung

mRNA-Impfstoffe Comirnaty® (BioNTech/Pfizer) und Spikevax (Moderna)

Das Robert Koch Institut schreibt zu den mRNA-Impfstoffen: Seit Einführung der Impfung wurden in sehr seltenen Fällen anaphylaktische Reaktionen (allergische Sofortreaktionen) berichtet. Diese traten kurz nach der Impfung auf und mussten ärztlich behandelt werden. Ebenfalls wurden nach Gabe der mRNA-Impfstoffe sehr selten Fälle von Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen (Myokarditis und Perikarditis) beobachtet. Diese Fälle traten hauptsächlich innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung, häufiger nach der 2. Impfstoffdosis und häufiger bei Jungen und jüngeren Männern auf. Die meisten Fälle einer Herzmuskel- bzw. Herzbeutelentzündung verlaufen mild bis moderat, bei einem kleinen Teil der betroffenen PatientInnen gibt es jedoch schwere Verlaufsformen und wenige Todesfälle. Neue Daten zeigen, dass Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen bei Jungen und jungen Männern sowie bei Mädchen und jungen Frauen unter 30 Jahren nach der Impfung mit Spikevax häufiger beobachtet wurden als nach der Impfung mit Comirnaty®. Deshalb empfiehlt die STIKO, bei unter 30-Jährigen ausschließlich Comirnaty® einzusetzen. Weitere Informationen sind in den Sicherheitsberichten des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) zu finden.

Beide mRNA-Impfstoffe sind für die Grundimmunisierung und Auffrischimpfung zugelassen. Die Häufigkeit und die Art möglicher Impfreaktionen und Nebenwirkungen nach einer Auffrischimpfung sind vergleichbar mit denen nach der 2. Impfstoffdosis. Schwere unerwünschte impfstoffbezogene Ereignisse traten nicht auf. Es wurden auch keine Myo- oder Perikarditiden beobachtet.

Vektorbasierte COVID-19 Vaccine Vaxzevria (AstraZeneca)

Das Robert Koch Institut schreibt: Im Vergleich zu mRNA-Impfstoffen traten bei AstraZeneca akute Nebenwirkungen etwas seltener auf. Die häufigsten lokalen Reaktionen waren Schmerzen sowie Spannungsgefühl an der Einstichstelle. Unter den systemischen Reaktionen waren Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, erhöhte Temperaturen sowie Krankheitsgefühl die häufigsten Ereignisse. Nach der Impfung mit der Vaxzevria (AstraZeneca) sind seltene Fälle von Thrombosen in Kombination mit Thrombopenien aufgetreten. Aufgefallen sind vor allem Hirnvenenthrombosen (Sinusvenenthrombosen; SVT), aber auch andere thrombotische Ereignisse (Mesenterialvenenthrombosen und Lungenembolien) sind berichtet worden. Einzelne Fälle waren auch kombiniert mit erhöhter Gerinnungsaktivität oder auch Blutungen im ganzen Körper. Die Symptome traten 4 bis 16 Tage nach der Impfung auf. Bisher wurden diese schweren und teilweise tödlich verlaufenden Nebenwirkungen überwiegend bei Frauen im Alter ≤ 55 Jahren beobachtet, aber auch Männer und Ältere waren betroffen. Daher empfiehlt die STIKO die Impfung mit der Vaxzevria (AstraZeneca) derzeit nur Menschen im Alter >60 Jahre.

Vektorbasierte COVID-19 Vaccine Janssen von Janssen Cilag

Das Robert Koch Institut führt aus, dass die lokalen und systemischen Nebenwirkungen weitestgehend den oben aufgeführten von Vaxzevria entsprechen. In den USA sind sehr seltene Fälle von Thrombosen in Kombination mit Thrombozytopenien überwiegend bei jüngeren Geimpften aufgetreten. Aus Europa gibt es hierzu noch keine Beobachtungen, weil der Impfstoff bisher nur in kleinen Mengen zur Anwendung gekommen ist. Basierend auf der momentanen Datenlage empfiehlt die STIKO im Regelfall die Impfung mit den beiden Vektor-basierten Impfstoffen Vaxzevria und der COVID-19 Vaccine Janssen nur für Menschen im Alter ≥ 60 Jahre.

4.3 Langzeitfolgen

Besorgte Bürger*innen verstehen unter Langzeitfolgen – häufig auch Spätfolgen genannt – Nebenwirkungen, die erst mit einer Verzögerung von vielen Monaten oder Jahren nach der Impfung auftreten. **Derartige Nebenwirkungen sind noch bei keiner Impfung beobachtet worden und auch bei den COVID-19-Impfstoffen nicht zu erwarten.** Eine erwünschte Langzeitfolge von Impfungen im Sinne einer lang anhaltenden Wirkung ist der Schutz vor einer Infektion oder einer schweren Erkrankung. Bei manchen Menschen hält dieser Schutz sogar lebenslang an – zum Beispiel bei der Masernimpfung.

Bei anderen Impfungen wie beispielsweise gegen die Influenza – und nach aktuellem Stand auch gegen COVID-19 – sind Auffrischimpfungen erforderlich. Zusammen führen die Impfungen aber zu einem kontinuierlichen Schutz vor dem Erreger.

B. Impfpflicht gegen COVID-19

1. Allgemeine Einführung

1.1 Definition und grundsätzliches Ziel einer Impfpflicht

Eine Impfpflicht liegt vor, wenn eine Schutzimpfung für Menschen oder Tiere gesetzlich vorgeschrieben ist. Ziel der Impfpflicht ist es, vor einer schwerwiegenden Infektionskrankheit zu schützen und diese möglichst auszurotten. Gelungen ist dies als erster Infektionskrankheit für die Pocken, angestrebt für Röteln und Masern. In beiden Fällen handelt es sich jedoch um Erkrankungen, die ausschließlich von Mensch zu Mensch übertragen werden und kein tierisches Reservoir haben, aus dem eine Reinfektion von Menschen und damit eine fortwährende Virusrezirkulation möglich ist.

Von den Impfpflichten zu unterscheiden sind durch die Ständige Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen, die Voraussetzung für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

1.2 Besonderheiten einer Impfpflicht gegen COVID-19

Das SARS-CoV-2- Virus ist, wie andere Coronaviren auch, „gekommen, um zu bleiben“. Eine Eradikation – auch durch Einführung einer Impfpflicht – ist nicht möglich. Das Virus wird endemisch bleiben, d.h. immer wieder einzelne Infektionen bei Menschen verursachen.

2. Historischer Überblick über Impfpflichten in Deutschland

Im Jahr 1807 führte das Königreich Bayern als erster deutscher Staat eine Impfpflicht gegen Pocken ein, der sich in den folgenden Jahrzehnten weitere Staaten anschlossen. Im Deutschen Reich wurden 1874 alle Deutschen durch das Reichsimpfgesetz verpflichtet, ihre Kinder im Alter von einem und zwölf Jahren (Wiederholungsimpfung) gegen die Pocken impfen zu lassen. Die Impfpflicht gegen die Pocken wurde in der Weimarer Republik sowie in der Anfangsphase des Nationalsozialismus vorsichtig gelockert. Während des Zweiten Weltkrieges wurden Pockenschutzimpfungen ausgesetzt.

In der BRD bestanden Impfpflichten für folgende impfpräventable Erkrankungen: Pocken (1949 bis Ende 1975), Diphtherie (bis 1954), in einzelnen Bundesländern gegen Scharlach.

In der DDR bestanden Impfpflichten für folgende impfpräventable Erkrankungen: Pocken (1953), Tuberkulose (1953), Kinderlähmung (1961), Diphtherie (1961), Wundstarrkrampf (1961), Keuchhusten (1964) und Masern (1970).

Mit dem durch das Masernschutzgesetz 2020 in das Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingefügten § 20 Abs. 8 IfSG besteht eine (mittelbare) Masernimpfpflicht in Form der Verpflichtung, in bestimmten Einrichtungen (insbesondere Kindertageseinrichtungen, Horte, Schulen) den Nachweis eines ausreichenden Impfschutzes vorzulegen. Diese mittelbare Impfpflicht ist jedoch nicht mit Zwang durchsetzbar, die Konsequenzen einer Nichterfüllung ergeben sich vielmehr aus den Folgeabsätzen des § 20 IfSG (wie Meldung an das örtlich zuständige Gesundheitsamt, Betreuungs-, Beschäftigungsverbot). Deutlich weitergehend als die Masernimpfpflicht ist die Anordnung in § 17a Abs. 2 Soldatengesetz (SG), welche Soldat*innen verpflichtet, solche ärztlichen Maßnahmen auch gegen den eigenen Willen zu dulden, die der Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dienen.

3. Impflichten gegen COVID-19 in anderen Ländern

Bislang gibt es weder in einem europäischen Staat noch in den USA eine allgemeine Impfpflicht gegen COVID-19. In nachfolgenden Staaten gibt es für einzelne, teils unterschiedliche, Berufsgruppen eine Impfpflicht gegen COVID-19:

- Für Beschäftigte im Gesundheitswesen in Frankreich, Griechenland, Italien, Lettland, Österreich, im Vereinigten Königreich und in den USA
- In der deutschen Bundeswehr besteht seit März 2021 eine Duldungspflicht zur Impfung gegen COVID-19 vor Auslandseinsätzen, im November 2021 wurde eine allgemeine Duldungspflicht erlassen
- In Griechenland besteht auch eine Impfpflicht für Personal der Streitkräfte, in Italien für Polizeikräfte
- In Griechenland wurde die Einführung einer Impfpflicht für über 60-Jährige beschlossen.
- In den USA besteht eine Impfpflicht auch für Angestellte der Bundesregierung, Auftragnehmer der Bundesregierung und für Angestellte des Verteidigungsministeriums. In den Bundesstaaten soll eine Impfpflicht für Schulangestellte und Lehrer*innen eingeführt werden, ferner für Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeitenden.
- In 18 Regionen Russlands, darunter Moskau, Sankt Petersburg, besteht eine Impfpflicht gegen COVID-19 für Personal im Einzelhandel, Gesundheitswesen, im Bildungswesen, in der Regierung sowie in weiteren Dienstleistungsbranchen.

Darüber hinaus besteht bei einigen Unternehmen eine arbeitsvertragliche Impfpflicht: Etliche Fluglinien wie Swiss, Qantas oder United haben ihre Mitarbeiter im Flugdienst über einen Passus im Arbeitsvertrag verpflichtet, vollständig gegen COVID-19 geimpft zu sein. Die Lufthansa hat angekündigt, dies über eine Betriebsvereinbarung ebenfalls erreichen zu wollen.

In Hongkong ist die Einreise nur für Airline-Personal erlaubt, welches gegen COVID-19 geimpft ist. In Staaten wie den USA, Israel, Island, Malta müssen einreisende Touristen den Nachweis einer vollständigen Impfung vorlegen.

4. Ethische Aspekte einer Impfpflicht

4.1 Berufsbezogene Impfpflicht

Der Deutsche Ethikrat plädiert seit November 2021 für die rasche Prüfung einer berufsbezogenen Impfpflicht in Bereichen, in denen besonders vulnerable Menschen versorgt werden. Beschäftigte, die schwer oder chronisch kranke sowie hochbetagte Menschen beruflich versorgen, wie ärztliches und pflegendes Personal, aber auch Mitarbeitende des Sozialdienstes, der Alltagsbegleitung oder der Hauswirtschaft, tragen eine besondere Verantwortung dafür, die ihnen Anvertrauten nicht zu schädigen. Gleiches gilt für Institutionen und Einrichtungen, die dafür verantwortlich sind, die dort versorgten Menschen keinen vermeidbaren gesundheitlichen Gefahren auszusetzen.

4.2 Allgemeine Impfpflicht

Im November 2020 hatte der Deutsche Ethikrat in seinem gemeinsam mit der Ständigen Impfkommision und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina veröffentlichten Positionspapier noch ausgeführt: „Eine undifferenzierte, allgemeine Impfpflicht ist (...) auszuschließen. Wenn überhaupt, ließe sich eine Impfpflicht nur durch schwerwiegende Gründe und für eine präzise definierte Personengruppe rechtfertigen. Dies beträfe insbesondere Mitarbeiter*innen, die als potenzielle Multiplikatoren in ständigem Kontakt mit Angehörigen einer Hochrisikogruppe sind, wenn nur durch eine Impfung schwere Schäden von dieser Personengruppe abgewendet werden könnten.“

Aktuell sprechen sich jedoch auch zunehmend Ethiker für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht aus. Der Erlanger Ethiker und Theologe Prof. Dabrock, von 2016-2020 Vorsitzender des Deutschen Ethikrates, fordert eine allgemeine Impfpflicht und mutigere Entscheidungen der Politiker in der Coronapandemie: „Einerseits sind schwere Nebenwirkungen der Impfung extrem selten, andererseits gefährden Nicht-Geimpfte das Recht auf Unversehrtheit von Millionen anderer massiv.“

Ein weiteres Mitglied des Deutschen Ethikrates, Theologe und Sozialethiker Prof. Lob-Hüdepohl war Anfang des Jahres noch gegen eine solche Pflicht. Da sei die Sachlage

aber noch eine andere gewesen. Damals habe man eine Durchimpfungsrate von 60 bis 70 % für notwendig gehalten. Durch die aggressiver gewordenen Virusvarianten sei nun aber eine Rate von 90 % nötig, um die Pandemie einzugrenzen. Durch reine Aufklärungsarbeit und moralische Impfaufrufe komme man da bedauerlicherweise nicht mehr weiter. Deshalb müsse die Impfpflicht kommen.

Forderungen nach Impfpflicht – Sicht von Bürgern, Verbänden und Politik

Die Forderungen nach einer Impfpflicht in Deutschland werden lauter. Es gibt Forderungen nach einer berufsbezogenen Impfpflicht, aber auch Forderungen nach einer allgemeinen Impfpflicht.

Die **deutschen Bürger*innen** stehen im November 2021 der Einführung einer COVID-19-Impfpflicht überwiegend positiv gegenüber. In einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Yougov sprachen sich 69 % der Befragten für eine allgemein verpflichtende Immunisierung gegen das gefährliche Virus aus.

Der Präsident der **Bundesärztekammer**, Klaus Reinhardt, fordert die Einführung einer Coronaimpfpflicht in Krankenhäusern und Pflegeheimen bereits in wenigen Wochen. Der Vorstand der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns** fordert in einer kürzlich erschienenen Pressemitteilung eine bundesweite allgemeine Impfpflicht.

Der **Marburger Bund** forderte am 06.11.2021 eine Impfpflicht gegen COVID für Menschen, die „in medizinischen Einrichtungen, Alten- und Pflegeheimen sowie Schulen und Kindertagesstätten“ tätig sind.

Das **Präsidium der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)** spricht sich geschlossen für eine Impfpflicht aller Bürger*innen über 18 Jahre aus. „Es gilt unsere Patienten zu schützen, Menschenleben zu retten und auch unser Gesundheitssystem vor dem Kollaps zu bewahren“, fasst DIVI-Präsident Prof. Gernot Marx die Überlegungen der Intensiv- und Notfallmediziner zusammen. Die Impfpflicht für Erwachsene sei alternativlos, so das Präsidium einstimmig, um die Pandemie auch langfristig hinter sich zu lassen.

Die **Deutsche Gesellschaft für Virologie** und die **Deutsche Gesellschaft für Immunologie** fordern in einer gemeinsamen Stellungnahme ein konsequentes schnelles Handeln der Politik mit der Notwendigkeit von umfassenden Kontaktbeschränkungen, Erhöhung der Impfquote, ggf. durch Impfpflicht, Durchführung von Auffrischungsimpfungen.

Für die zeitnahe Einführung einer verfassungskonform ausgestalteten allgemeinen Impfpflicht mit klar definierten Ausnahmen hat sich zwischenzeitlich auch der **Handelsverband Deutschland (HDE)** ausgesprochen. In einem Brief an die geschäftsführende Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) heisst es, diese sei angesichts der

Debatte über Einschränkungen für Wirtschaft und Gesellschaft geboten. Denn derzeit reiche die Impfquote nicht aus, um eine vierte Welle ausreichend einzudämmen.

Von den **Sozialverbänden** begrüßt inzwischen auch die Caritas die Einführung einer berufsbezogenen Impfpflicht. Caritas Präsidentin Welskop-Deffaa teilt am 19.11.2021 hierzu mit: „...Denn die Impfquoten sind in der Gesamtbevölkerung leider noch weit hinter dem zurück, was notwendig ist, um der Pandemie die Stirn zu bieten“. Allerdings sei es auch erforderlich, nicht nur Ärzte und Pflegekräfte zu impfen, sondern auch Beschäftigte aller Einrichtungen, die engen Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben, ebenso Erzieher*innen, da Kinder unter 5 Jahren in Kitas auch nach Zulassung eines Impfstoffs noch nicht geimpft werden können. Ähnliche Positionen beziehen auch der Paritätische Wohlfahrtsverband und der VdK.

Die **Politik auf Bundes- und Landesebene** diskutiert derzeit die sukzessive Einführung über eine bereichsbezogene hin zu einer allgemeinen Impfpflicht. Für eine allgemeine Impfpflicht setzen sich bisher die Länder Bayern, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein ein. In der Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 18.11.2021 wurde eine einrichtungsbezogene Impfpflicht für alle Mitarbeiter*innen in Krankenhäusern und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie in Alten- und Pflegeheimen und bei mobilen Pflegediensten bei Kontakt zu vulnerablen Personen beschlossen. Die Länder baten demnach den Bund, dies schnellstmöglich umzusetzen. Zwischenzeitlich wurde seitens der Koalitionsfraktionen ein entsprechender Gesetzentwurf in den Bundestag eingebracht (vgl. Abschnitt 4.5).

4.3 Vorgebrachte Argumente für bzw. gegen eine Impfpflicht

Wissenschaftler*innen aus Psychologie und Gesundheitskommunikation der Universitäten Erfurt, Hamburg, Wien und Kopenhagen fassen die Vorteile und Nachteile einer Impfpflicht wie folgt zusammen:

Vorteile einer Impfpflicht

- Eine Impfpflicht ist sozial und stärkt das Gemeinwohl
- Eine Impfpflicht kann effektiv sein
- Eine Impfpflicht gegen COVID ist aktuell akzeptiert
- Eine Impfpflicht kann sich positiv auf die Gesellschaft auswirken
- Eine Impfpflicht kann Vertrauen stärken

Nachteile einer Impfpflicht

- Eine Impfpflicht entbindet nicht von der Aufklärung
- Eine Impfpflicht kann psychologische Nebenwirkungen haben

- Eine zielgruppenspezifische Impfpflicht könnte die Gesamt-Impfquote negativ beeinflussen
- Eine Impfpflicht könnte "impffaul" machen
- Eine Impfpflicht braucht begleitende Maßnahmen zur Stärkung der Akzeptanz

Mehrere Argumente sprechen gegen eine berufsbezogene Impfpflicht. Als negative Konsequenz einer solchen Maßnahme wird von Seiten der einschlägigen Berufsverbände befürchtet, dass Pflegekräfte abwandern und die bereits vorhandenen strukturellen Probleme in den medizinischen Einrichtungen verstärken. Unabhängig hiervon würde eine berufsbezogene Impfpflicht nur für Ärzt*innen und Pflegekräfte die in Kliniken und in Pflegeeinrichtungen versorgten Menschen nicht ausreichend schützen. Es müssten weitere Berufsgruppen mit unmittelbarem Kontakt zu Patient*innen und Bewohnenden mit einbezogen werden: Reinigungspersonal, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, ebenso externe Dienstleister wie z. B. Friseure und Fußpfleger. Hinzukommt ein ganz wichtiger Gesichtspunkt: Eine berufsbezogene Impfpflicht hat keine Auswirkungen auf die Dynamik der Pandemie in der Allgemeinbevölkerung.

4.4 Juristische Aspekte einer Impfpflicht

Rechtsprechung in Deutschland

Jede Schutzimpfung wie auch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe stellt einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen sowie die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) dar. Zudem können regelmäßig auch die Religions- und Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG) sowie – bei Kindern - das Elternrecht (Art. 6 Abs. 2 GG) tangiert sein. Dies bedeutet indes nicht automatisch, dass eine Impfpflicht nicht mit dem Grundgesetz vereinbar wäre, jedoch sind die verfassungsrechtlichen Hürden hoch anzusetzen. Über den mit dem Impfgesetz vom 08.04.1874 angeordneten Impfwang hatte das BVerwG 1959 zu entscheiden. In seinem Urteil schloss sich das BVerwG der zuvor publizierten Auffassung des BGH an, welcher insbesondere darauf hingewiesen hatte, dass „die planmäßige Impfung der Bevölkerung die noch im vorigen Jahrhundert aufgetretenen Pockenepidemien in vielen europäischen Ländern zum Erlöschen gebracht hat, und dass hingegen in England, wo infolge der dort bestehenden Gewissensklausel nur etwa 50 % der Kinder geimpft werden, in den Jahren 1926 bis 1932 kleinere Epidemien andauerten.“ Das BVerwG führte zustimmend aus: „Der BGH hat weiter darauf hingewiesen, dass in anderen Teilen der Welt Seuchenherde fortbestehen und dass das Anwachsen des Reiseverkehrs und die Schnelligkeit der Verkehrsmittel eine wirksame Überwachung pockenverdächtiger Reisender erschwert, weil die Reisen oft kürzer dauern als die Inkubationszeit von 13 bis 17 Tagen.“ Dieser Argumentation folgend hielt das BVerwG die Pocken-Impfpflicht für mit dem Grundgesetz vereinbar.

Angesichts der doch erheblichen Impfskepsis in Deutschland verwundert es nicht, dass auch die Regelungen zum Nachweis einer Masernschutzimpfung nach § 20 IfSG gerichtlich angegriffen wurden. Allerdings wurden die beiden mit Verfassungsbeschwerden gegen die Regelungen verbundenen Eilanträge auf Erlass einstweiliger Anordnungen vom BVerfG abgelehnt, was teils so interpretiert wurde, dass das BVerfG die entsprechenden Regelungen des IfSG wohl als verfassungsgemäß ansehe.

Doch auch im europäischen Kontext ist die Thematik einer Impfpflicht aktuell. So hat die Große Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte mit Urteil vom 08.04.2021 mit großer medialer Resonanz entschieden, dass Geldbußen und verwehrt Kindergartenplätze für ungeimpfte Kinder bei Verletzung der Impfpflicht in Tschechien zulässig seien. Sie stellten nach Auffassung des Gerichtshofs keinen Verstoß gegen das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens dar. Hintergrund der Entscheidung war die in Tschechien geltende Impfpflicht gegen Masern und weitere Kinderkrankheiten. Kindergärten und Krippen können ungeimpfte Kinder abweisen; bei Verstößen droht Eltern außerdem eine Geldbuße.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Selbstverständlich wäre es dem Gesetzgeber unbenommen, per Gesetz eine Corona-Impfpflicht zu bestimmen, ähnlich, wie er auf diese Weise mit dem Masernschutzgesetz auch die mittelbare Masernimpfpflicht im IfSG verankert hat.

Jedenfalls mit Blick auf die Einführung einer berufsgruppenspezifischen Impfpflicht naheliegender wäre es aber sicherlich, wenn die in § 20 Abs. 6 IfSG bereits enthaltene Rechtsverordnungsermächtigung fruchtbar gemacht werden könnte. In jedem Fall würden die nachfolgenden Erwägungen im Grundsatz auch für den Fall der Schaffung einer gesetzlichen allgemeinen Impfpflicht gelten.

Die Voraussetzungen nach § 20 Abs. 6 IfSG

§ 20 Abs. 6 IfSG ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, „durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen [...] teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist.“ Eine Rechtsverordnung nach § 20 Abs. 6 IfSG bedarf der Zustimmung des Bundesrates (§ 20 Abs. 6 S. 1 IfSG), sofern es sich nicht um einen dringenden Fall handelt (§ 20 Abs. 6 S. 4 iVm § 15 Abs. 2 IfSG). Solange das Bundesministerium für Gesundheit (weiterhin) keinen Gebrauch von der Ermächtigung nach § 20 Abs. 6 IfSG macht, können nach § 20 Abs. 7 IfSG die Landesregierungen derartige Rechtsverordnungen erlassen, die nachfolgenden Erwägungen gelten dann entsprechend.

Voraussetzung ist gem. § 20 Abs. 6 S. 1 IfSG zunächst das **Auftreten einer übertragbaren Krankheit** iSd § 2 Nr. 3 IfSG. Eine solche liegt bei COVID-19, welche vom Coronavirus (SARS-CoV-2) verursacht wird und die auf den Menschen übertragen werden kann, vor.

Diese übertragbare Krankheit muss zudem eine **klinisch schwere Verlaufsform** aufweisen. Für eine solche sprechen z. B. ein hoher Grad der erforderlichen medizinischen Betreuung, viele Komplikationen, eine hohe Mortalitätsrate, schwere Krankheitsfolgen sowie ein unzureichendes Ansprechen auf therapeutische Maßnahmen, Ob ein klinisch schwerer Verlauf vorliegt, ist rein medizinisch zu beurteilen – in Bezug auf COVID-19 ist es in der Wissenschaft einhellige Meinung, dass sämtliche der genannten Kriterien deutlich erfüllt sind.

Schließlich muss auch eine **epidemische Verbreitung der übertragbaren Krankheit** festzustellen sein. Wann dies der Fall ist, ist allein nach epidemiologischen Gesichtspunkten zu entscheiden. Bei der Beurteilung spielen die Verbreitungsart- und Geschwindigkeit eine wesentliche Rolle. Aus der Formulierung ‚zu rechnen ist‘ lässt sich schließen, dass keine (absolute) Sicherheit in Bezug auf das tatsächliche Vorliegen einer epidemischen Verbreitung bestehen muss. Die Anforderungen an den Grad der diesbezüglich zu fordernden Sicherheit können nach der so genannten Je-desto-Formel umso geringer sein, je schwerer die Verlaufsform ist und je mehr Menschen bedroht sind. Die epidemische Verbreitung von COVID-19 in Deutschland steht jedenfalls außer Frage.

Weiterhin ist als (ungeschriebene) Voraussetzung für eine Impfpflicht das **Vorliegen eines geeigneten Impfstoffs** zu fordern. Denn die mit dem Vollzug einer Verpflichtung zur Teilnahme an einer Schutzimpfung einhergehende Verletzung der körperlichen Integrität ist verfassungsrechtlich nur dann zu rechtfertigen, wenn zum einen ein wirksamer Impfstoff existiert und zum anderen die Nebenwirkungen vertretbar sind. In Deutschland befinden sich aktuell im Wesentlichen die Impfstoffe von Biontech, Moderna und Johnson&Johnson im Einsatz. Auf Basis der bisherigen Erkenntnisse, der Empfehlung der STIKO und der Erkenntnislage des Paul-Ehrlich-Instituts in Deutschland kann bei allen derzeit in Deutschland verwendeten Impfstoffen aktuell von einer allgemein sehr guten Verträglichkeit ausgegangen werden.

Die Verpflichtung zur Impfteilnahme darf sich nach § 20 Abs. 6 IfSG nur auf **bedrohte Teile der Bevölkerung** beziehen. Diese Formulierung bringt als Ausfluss des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zum Ausdruck, dass eine Impfpflicht sich auch hinsichtlich des betroffenen Personenkreises streng an der Erforderlichkeit ausrichten muss – wer nicht gefährdet ist, braucht sich auch nicht impfen zu lassen. Dies schließt nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift jedoch nicht aus, dass auch die gesamte Bevölkerung betroffen sein kann, eben dann, wenn diese insgesamt bedroht ist. Bedroht in diesem Sinne sind

jedenfalls diejenigen Teile der Bevölkerung, die nicht geimpft sind und auch nicht anderweitig eine Immunität erworben haben.

Zur Verhältnismäßigkeit

Eine Impfpflicht ist nur dann verfassungsgemäß, wenn sie dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht. Dieser leitet sich aus dem Rechtsstaatsprinzip ab und ist bei Eingriffen in die Freiheitsrechte in ihrer Funktion als Abwehrrechte immer zu beachten. Während das Vorliegen der in § 20 Abs. 6 IfSG normierten Voraussetzungen für eine Impfpflicht bereits jetzt in Bezug auf COVID-19 klar bejaht werden kann, ist eine abschließende Beurteilung sämtlicher Teilaspekte der letztlich zentralen Frage der Verhältnismäßigkeit einer entsprechenden Impfpflicht in diesem Rahmen bereits deshalb nicht abschließend möglich, weil die Parameter (Ausnahmeregelungen, Übergangsfristen, betroffener Berufs-, Alters oder sonstiger Personengruppe etc.) weitgehend noch nicht feststehen. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend jedoch die Rahmenbedingungen skizziert, an welchen sich eine solche Verordnung hinsichtlich ihrer Verhältnismäßigkeit messen lassen müsste.

Grundvoraussetzung ist, dass ein legitimer Zweck verfolgt wird. Während bei Gesetzen im formellen Sinn der Zweck des jeweiligen Gesetzes vom Gesetzgeber grundsätzlich selbst bestimmt werden kann, ist das Bundesgesundheitsministerium als Ordnungsgeber an die sich aus dem IfSG ergebenden Zwecke gebunden. Die in diesem Beitrag betrachtete Corona-Impfpflicht dient dem Zweck, eine Herdenimmunität herzustellen, um so die Voraussetzungen für die umfassende Beendigung der bestehenden Lockdowns zu schaffen. Dieser Zweck entspricht der sich aus § 1 Abs. 1 IfSG ergebenden präventiven Ausrichtung des IfSG und ist damit legitim.

Eine Corona-Impfpflicht müsste zudem auch geeignet sein, die genannten Ziele zu erreichen. Geeignet ist eine Maßnahme, wenn sie den verfolgten Zweck erreicht oder wenigstens fördert. Aktuell wird bei vollständig geimpften Personen davon ausgegangen, dass das Risiko einer Virusübertragung so weit reduziert ist, dass sie bei der Epidemiologie der Erkrankung keine wesentliche Rolle mehr spielen. Ob dies auch im Hinblick auf etwaige zukünftige Virusmutationen (bzw. Omikron) gilt, kann aktuell nicht abschließend beurteilt werden. Aktuell wird davon ausgegangen, dass die verfügbaren Impfstoffe jedenfalls auch gegen die derzeit bekannten verbreiteten und bekannten neuen Virusvarianten wirksam sind. Unter dieser Prämisse wäre eine Corona-Impfpflicht aktuell folglich auch zur Zielerreichung geeignet.

Schließlich müsste die Impfpflicht auch erforderlich sein. Erforderlich ist eine Maßnahme, wenn es kein anderes Mittel gibt, welches den gleichen Erfolg herbeiführen würde und den Betroffenen dabei weniger belastet. Um dieser Voraussetzung zu genügen, muss hinreichend sicher feststehen, dass mittels freiwilliger Impfungen die gesetzten Ziele nicht

erreicht werden können. Dies bedingt es auch, dass vor der Einführung einer Impfpflicht überhaupt genügend Impfstoff zur Verfügung steht und dass auf Freiwilligkeit beruhende Maßnahmen (insbesondere Aufklärungs- und Impfkampagnen gem. § 20 Abs. 1 IfSG) zur Förderung der Durchimpfungsrate erfolglos ergriffen worden sind, was in der Gesamtschau der Fall sein dürfte. Sofern somit auch genügend Impfstoffe zur Verfügung stehen, sprächen gute Argumente für die Erforderlichkeit einer Impfpflicht.

Herzstück der Beurteilung einer Pflicht zur Corona-Impfung ist ihre Angemessenheit (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne). Angemessen ist eine Maßnahme, wenn der mit ihr verfolgte Zweck in seiner Wertigkeit nicht außer Verhältnis zur Intensität des Eingriffs beim Betroffenen steht.

Es muss zur Beurteilung eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen der Maßnahme, ausgerichtet konkret an den zum Entscheidungszeitpunkt über die Einführung einer Corona-Impfpflicht bestehenden Erkenntnissen und Feststellungen über die Corona-Pandemie erfolgen. Dabei sind die genauen – aktuell noch nicht final bekannten gesetzgeberischen Maßgaben sowie deren praktische Auswirkungen auf Basis der im Vollzug gewonnenen Erkenntnisse in eine Gesamtschau mit einzubeziehen. Zu berücksichtigen sind insbesondere (1) die Wertigkeit der beeinträchtigten wie auch der durch die Maßnahme geschützten Rechtsgüter und Interessen (z. B. Leben und Gesundheit, Elternrecht, Schutz von Personen, die sich nicht impfen lassen können, Erhalt der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems, dies auch für Personen, die aufgrund anderer Erkrankungen der intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, Beeinträchtigung der Berufstätigkeit von durch einen Lockdown eingeschränkt tätigen Personen, Beeinträchtigung der Bildungsgerechtigkeit durch Schulschließungen etc.), (2) der Grad der Beeinträchtigung des betroffenen Rechtsguts, (3) die Schwere und (4) Reversibilität des drohenden Schadens, (5) das Ausmaß des Nachteils für den Betroffenen sowie (6) die finanziellen Folgen. Sofern sich plausibel ergibt, dass die vom Gesetzgeber konkret gewählte Ausgestaltung (einschl. Ausnahmeregelungen, Übergangsfristen, betroffener Berufs-, Alters oder sonstiger Personengruppe etc.) kein erkennbares Missverhältnis von einigem Gewicht zwischen dem durch eine Corona-Impfpflicht erzielten Nutzen und den durch eine solche verursachten Nachteilen für den Betroffenen besteht, könnte eine Corona-Impfpflicht somit grundsätzlich angemessen ausgestaltet werden. Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht an Schutzimpfungen oder an anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilnehmen können, müssten von der Verpflichtung ausgenommen werden (§ 20 Abs. 6 S. 2 IfSG), auch für andere Fälle könnten Ausnahmen notwendig sein.

4.5 Aktueller Gesetzesentwurf für eine bereichsbezogene Impfpflicht (Kliniken, Heime, ambulante Pflege)

Der Bundestag hat am 07.12.2021 in erster Lesung über einen Gesetzesentwurf der Koalitionsfraktionen beraten (Drucksache 20/188¹). Der Entwurf sieht u.a. die Ergänzung des IfSG um § 20a (Immunitätsausweis gegen COVID-19) vor. Demnach müssen Personen, die in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätig sind, geimpft oder genesen sein oder ein ärztliches Zeugnis über das Bestehen einer Kontraindikation gegen eine Impfung gegen COVID-19 besitzen. Hierzu gehören insbesondere Personen, die in Kliniken, Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Entbindungseinrichtungen (einschließlich freiberuflich tätiger Hebammen), Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, Rettungsdienste, sozialpädiatrische Zentren, medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, tätig sind. Darüber hinaus gehören auch Personen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder in vergleichbaren Einrichtungen tätig sind, sowie Personen, die in ambulanten Pflegediensten und weiteren Unternehmen, die vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbieten, tätig sind.

Für bestehende und bis zum 15.03.2022 einzugehende Tätigkeitsverhältnisse müssen die Nachweise bis zum 15.03.2022 vorliegen. Neue Tätigkeitsverhältnisse sollen ab dem 16.03.2022 nur bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises eingegangen werden können. Nachweise, die ab dem 16.03.2022 durch Zeitablauf ihre Gültigkeit verlieren, sollen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit bei der Einrichtungs- oder Unternehmensleitung durch Vorlage eines gültigen Nachweises ersetzt werden müssen. Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises, kann das Gesundheitsamt Ermittlungen einleiten und einer Person, die trotz der Anforderung keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anforderung zu einer ärztlichen Untersuchung nicht folgt, untersagen, dass sie die Räume der Einrichtung oder des Unternehmens betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird.

Die vorgeschlagene einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen COVID-19 soll laut Begründung des Gesetzesentwurfs auf ihre Wirksamkeit und ggf. Reformbedürftigkeit hin evaluiert werden. Diese Neuregelungen sollen gemäß Entwurf am Tag nach der Bekanntgabe in Kraft treten.

1 Drucksache abzurufen unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw49-de-infektionsschutzgesetz-870166>

Der Entwurf weist eine gewisse Ähnlichkeit mit den Vorgaben zur Masernimpfpflicht auf, die ebenfalls im Infektionsschutzgesetz hinterlegt sind. Es handelt sich nicht um einen Impfzwang, sondern eine Nachweispflicht mit Übergangsfristen.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Beschlussvorlage ist folgender weiterer Zeitplan in Bezug auf den Gesetzentwurf vorgesehen: 2. und 3. Lesung des Entwurfs sind bereits für den 10.12.2021 im Bundestag sowie ebenfalls am 10.12.2021 im Bundesrat vorgesehen. Insofern ist davon auszugehen, dass die Änderung bereits sehr schnell in Kraft treten könnte.

Der Vollständigkeit halber ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass die vorhandenen Ressourcen für die Überprüfung etwaiger gemeldeter Personen ohne Nachweis nicht ausreichend sein dürften.

4.6 Zeitschiene Wirksamkeit Impfpflicht versus andere Maßnahmen

Die sofortige Einführung einer Impfpflicht kann die 4. Welle nicht alleine aufhalten, da es bis zum Erreichen eines vollständigen Impfschutzes mehrere Wochen braucht. Zum schnellen Brechen der Welle mit all ihren Konsequenzen sind unmittelbar Kontaktbeschränkungen, insbes. auch die Untersagung von Großveranstaltungen sowie die strikte Einhaltung der AHA-L Regeln erforderlich.

C. Fazit und Empfehlung des GSR

Das SARS-CoV-2 Virus ist gekommen, um zu bleiben. Impfen ist daher das zentrale Element der Pandemiebekämpfung. Die in Europa zugelassenen Impfstoffe sind sicher, gut verträglich, wirksam und stehen in ausreichender Menge zur Verfügung. Durch die generelle Anhebung der Durchimpfungsrate können eine prolongierte 4. Welle sowie weitere Infektionswellen wirkungsvoll verhindert werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine möglichst vollständige Impfung der Bevölkerung, auf jeden Fall >85 %. Die derzeitige Impfquote liegt allerdings nur bei rund 70 %. Für zusätzliche freiwillige Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote besteht die Herausforderung, dass ein Großteil der ungeimpften Personen schwer erreichbar ist. So sind laut der COSMO-Studie 30 % der Ungeimpften zögerlich, 54 % der Ungeimpften sagen, sie wollen sich auf keinen Fall impfen lassen (Stand November 2021).

Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht hat viele positive Auswirkungen. Sie kann mittelfristig die derzeit bestehende extreme Belastung des Gesundheitswesens (Intensivstationen) reduzieren und langfristige Erkrankungen wie Long COVID verhindern helfen. Darüber hinaus ist sie ein geeignetes Instrument zur Abwendung negativer volkswirtschaftlicher Auswirkungen wie Unternehmenspleiten, Existenzvernichtungen und

Arbeitslosigkeit. Sie dient der Abwendung negativer psychischer, sozialer und beruflicher Auswirkungen auf Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende.

Da die bisherigen Maßnahmen (Impfangebote, Impfkampagne, Beratung, Aufklärung) bei einem knappen Drittel der Bevölkerung nichts erreicht haben, **befürwortet das Gesundheitsreferat die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht**. Eine berufsbezogene Impfpflicht hat keine Auswirkungen auf die Dynamik der Pandemie in der Allgemeinbevölkerung und ist deshalb aus Sicht des Gesundheitsreferats nicht ausreichend.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Der Korreferent des Gesundheitsreferats, Herr Stadtrat Stefan Jagel, und der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Prof. Dr. Hans Theiss, sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag der Referentin

1. Der Vortrag wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Antrag Nr. 20-26 / A 02148 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
3. Punkt 8 des Antrags Nr. 20-26 / A 02163 ist damit erledigt.
4. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss
nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Die Referentin

Dieter Reiter
Oberbürgermeister

Beatrix Zurek
berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle
an das Revisionsamt
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Gesundheitsreferat, Beschlusswesen GSR-RB-SB
- V. Wv Gesundheitsreferat, Beschlusswesen GSR-RB-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).