

Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 ff. Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG.

Name der Einrichtung	
Anschrift der Einrichtung	
Telefon	E-Mail
Ansprechpartner in der Einrichtung (Nachname, Vorname)	
Ansprechpartner Telefon	Ansprechpartner E-Mail

Art der Einrichtungen gem. § 23 Abs. 3 Satz 1 IfSG (Bitte Zutreffendes ankreuzen)	
☐ 1. Krankenhäuser	☐ 2. Einrichtungen für ambulant Operieren
☐ 3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt.	☐ 4. Dialyseeinrichtungen
☐ 5. Tageskliniken	☐ 6. Entbindungseinrichtungen
☐ 7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind.	☐ 8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen, psychotherapeutische Praxen ☐ Betriebsärztliche Versorgung ☐ Zahnärztliche Versorgung ☐ Hausärztliche Versorgung ☐ Psychotherapeutische Versorgung ☐ Fachärztliche Versorgung ☐ Sonstige
☐ 9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe ☐ Heilpraktiker/in ☐ Orthoptist/in ☐ Logopäde/in ☐ Physiotherapeut/in ☐ Ergotherapeut/in ☐ Psychotherapeut/in ☐ Hebammen/Entbindungspfleger ☐ Podologe/in ☐ Diätassistent/in ☐ Sonstige ☐ Masseur/in und medizinische Bademeister/in	☐ 10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden.
☐ 11. Rettungsdienste und Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes ³	

Übersicht der namentlichen Meldungen der Einrichtung

Der Vordruck dient der Auflistung der an das Gesundheitsamt zu meldenden Personen. Bei Bedarf diesen Vordruck kopieren und Liste unter fortlaufender Nummerierung ergänzen
Bitte für die Meldung an das Gesundheitsamt die Anlage für jede einzelne Person ausgefüllt beilegen.

Anlage	Name	Vorname	Geburtsdatum
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Einrichtung/Unternehmen

Anlage: ____ (Nummerierung gemäß vorstehender Übersicht)

Name, Vorname	Geschlecht (m/w/d):	Geburtsdatum:
Anschrift (der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes)		
falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsorts		
ggf. Name und Anschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s		
Telefon (soweit vorliegend)	E-Mail (soweit vorliegend)	

1. Für o.g. Person sind die Anforderungen zum Masernschutz erfüllt

- ☐ Kein Nachweis erforderlich, da die Person vor dem 01.01.1971 geboren wurde.⁴
- ☐ Nachweis über 2 Masernimpfungen vorgelegt.
- ☐ Ärztliches Zeugnis über eine Immunität gegen Masern vorgelegt.
- ☐ Ärztliches Zeugnis über eine dauerhafte oder vorübergehende medizinische Kontraindikation⁵, aufgrund derer eine Masernschutzimpfung (derzeit) nicht möglich ist, vorgelegt.
- ☐ Der Grund der vorübergehenden Kontraindikation ist zum _____ (Datum) weggefallen. Ein Nachweis über die Erlangung/Vervollständigung des Masernimpfschutzes wurde spätestens ein Monat nach Ablauf der Gültigkeit des Nachweises vorgelegt; am _____ (Datum).
- ☐ Bestätigung einer staatlichen Stelle oder einer anderen Einrichtung vorgelegt, dass eine ärztliche Bescheinigung über einen vollständigen Impfschutz, Immunität oder dauerhafte Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.

Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt ist in den genannten Fällen nicht erforderlich.

2. Für o.g. Person sind die Anforderungen zum Masernschutz nicht erfüllt

- ☐ Es konnte keiner der im vorstehenden Feld aufgeführten, erforderlichen Nachweise erbracht werden.

Oben genannte Person kann deswegen nicht in der Einrichtung tätig werden. Es bedarf daneben keiner Meldung an das Gesundheitsamt.⁶

3. Für o.g. Person erfolgt eine Meldung an das Gesundheitsamt

- ☐ Es wurde ein Nachweis vorgelegt. Diesbezüglich bestehen jedoch folgende Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit⁷:
- _____
- _____
- ☐ Es wurde kein Nachweis erbracht. Die Tätigkeit wurde aber aufgenommen, da zu diesem Zeitpunkt eine Ausnahme der obersten Landesbehörde wegen eines Lieferengpasses von allen Impfstoffen mit einer Masernkomponente galt.⁸
- ☐ Eine vorübergehende medizinische Kontraindikation ist zum _____ (Datum) entfallen. Trotz Aufforderung der Einrichtung wurde ein Nachweis über einen vollständigen Masernimpfschutz, ein ärztliches Zeugnis über eine Immunität gegen Masern oder über eine weitere/fortbestehende medizinischen Kontraindikation **nicht** innerhalb eines Monats vorgelegt.

Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt² erfolgte am _____.

Hinweise:

¹ Doppeltatbestände bzw. Mehrfachauswahlen sind möglich.

² Örtlich zuständig ist das Gesundheitsamt, in dessen Zuständigkeitsbezirk (in aller Regel der Landkreis bzw. der Stadtkreis einer kreisfreien Stadt mit eigenem Gesundheitsamt) sich die Einrichtung befindet. Der (Haupt-)Sitz eines ggf. übergeordneten Trägers oder Konzerns ist hierbei nicht von Bedeutung. Bei Einrichtungen mit Betriebsstätten in verschiedenen Land- oder Stadtkreisen sind getrennte Meldungen an das jeweils zuständige Gesundheitsamt zu senden.

³ Nach Änderung von § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 11 IfSG durch das Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (Covid-19-SchG) vom 16. September 2022 sind Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes seit dem 17. September 2022 (Inkrafttreten) auch von Pflichten gemäß § 20 Abs. 8 ff. IfSG betroffen. Nach Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit gelten in **Bayern** jedoch einschränkend vorerst **nur die Einrichtungen** des Zivil- und Katastrophenschutzes in den Bereichen **mit unmittelbarem Patientenkontakt** als betroffen.

Mangels eines gesetzlichen **Übergangszeitraums** in Anlehnung an die zum 31. Juli 2022 final ausgelaufene Übergangsfrist wird den betroffenen Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes in Bezug auf **Bestandspersonen** durch vorübergehendes Absehen von Vollzugsmaßnahmen **bis einschließlich zum 17. September 2023** Gelegenheit gegeben, ihre Mitglieder auf die neuen gesetzlichen Pflichten hinzuweisen, die erforderlichen Nachweise der Mitglieder zu kontrollieren und dokumentieren und dem Gesundheitsamt etwaige fehlende oder zweifelhafte Nachweise zu melden. Den Bestandspersonen wird bis zu diesem Stichtag Gelegenheit gegeben, eine Immunität nachzuweisen oder im Bedarfsfall nachzuholen. Für **Neukräfte** gelten die gesetzlichen Regelungen hingegen bereits uneingeschränkt.

⁴ Von der Nachweispflicht gemäß § 20 Abs. 8 Satz 1 IfSG sind nur Personen betroffen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind.

⁵ Eine Tätigkeit darf aufgenommen werden, aber es ist eine erneute Kontrolle nach Entfall der medizinischen Kontraindikation erforderlich.

⁶ Gilt nicht in Zeiten einer von der obersten Landesbehörde bekanntgemachten Ausnahme nach § 20 Abs. 9 S. 8 IfSG (Impfstoffmangel). In diesem Fall ist eine Meldung an das Gesundheitsamt erforderlich. Die Dokumentation hierfür ist in Feld 3 vorzunehmen.

⁷ Bei **Überzeugung** von der fehlenden Echtheit oder inhaltlichen Unrichtigkeit des Nachweises darf die Tätigkeit von Neukräften in der Einrichtung nicht aufgenommen werden. Ein Nachweis gilt in diesem Fall als nicht erbracht und eine Dokumentation ist in Feld 2 vorzunehmen. Eine Meldung an das Gesundheitsamt hat nicht zu erfolgen. Dies gilt nicht in Zeiten einer von der obersten Landesbehörde bekanntgemachten Ausnahme nach § 20 Abs. 9 S. 8 IfSG (Impfstoffmangel).

Bei **Zweifeln** an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit darf die Tätigkeit unter Meldung an das zuständige Gesundheitsamt vorerst aufgenommen werden. Die Dokumentation hierfür ist in Feld 3 vorzunehmen.

⁸ Zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in der Einrichtung galt eine allgemeine Ausnahme der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle, da das Paul-Ehrlich-Institut einen Lieferengpass zu allen Impfstoffen mit einer Masernkomponente, die für das Inverkehrbringen in Deutschland zugelassen oder genehmigt sind, bekannt gemacht hat.