

Masernschutz – Handreichung für Schulen

Sehr geehrte Einrichtungsleitungen,

diese Handreichung soll Ihnen als Hilfestellung bei Zweifeln an Nachweisen dienen und die korrekte Meldung von personenbezogenen Angaben an das Gesundheitsamt genauer erläutern.

Zunächst möchten wir Ihnen folgende allgemeine Hinweise geben:

Im Rahmen des Masernschutzgesetzes gilt seit dem 1. März 2020, dass alle nach dem 31. Dezember 1970 geborenen Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut werden, den Masernschutz oder eine medizinische Kontraindikation gemäß § 20 Abs. 9 S. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) nachweisen müssen. Wenn kein Nachweis vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder Richtigkeit dieses Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben dieser Personen zu übermitteln.

Vorgelegte Atteste in Form von ärztlichen Zeugnissen können die Anforderungen aus dem Masernschutzgesetz erfüllen, wenn sie gemäß § 20 Abs. 9 S. 1 IfSG

1. das Bestehen eines ausreichenden Impfschutzes nachweisen oder
2. eine Immunität gegen Masern nachweisen (Titerbestimmung) oder
3. eine **medizinische Kontraindikation** gegen die Impfung nachweisen.

Die Kosten für ärztliche Zeugnisse müssen die betroffenen Personen selbst übernehmen.

Für die Bewertung von medizinischen Kontraindikationen sind aus unserer Sicht insbesondere die jeweiligen Fachinformationen der Masernimpfstoffe sowie ergänzend die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) in der jeweils geltenden Fassung und die Angaben des Robert-Koch-Instituts maßgeblich.

Folglich empfehlen wir auch den betroffenen Einrichtungen, sich bei ihrer Entscheidung über das Anerkennen von ärztlichen Attesten nach dem Masernschutzgesetz daran zu orientieren.

Formelle Anforderungen eines ärztlichen Attests:

- Name, Anschrift, Geburtsdatum des Kindes
- Arztstempel
- Arztunterschrift
- Datum der Ausstellung
- Angabe zu Art und Dauer des Bestehens der Kontraindikation (vorübergehend mit Zeitangabe oder dauerhaft)

Im Allgemeinen **KEINE Kontraindikation** zur MMR-Impfung sind nach Angaben des Robert-Koch-Institutes und Empfehlungen der STIKO zum Beispiel:

- banale Infekte, auch wenn sie mit subfebrilen Temperaturen (< 38,5° C) einhergehen und eine „erhöhte Infektanfälligkeit“
- Behandlung mit Antibiotika
- Ekzem u.a. Dermatosen (z.B. Atopische Dermatitis), lokalisierte Hautinfektionen
- chronische Erkrankungen (z.B. Asthma)
- Behandlung mit niedrigen Dosen von Kortikosteroiden oder lokal angewendeten steroidhaltigen

Präparaten

- Krampfanfälle in der Vorgeschichte oder bei Familienmitgliedern
- eine Hühnereiweißallergie in den allermeisten Fällen (siehe FAQ des RKI: Kann bei Hühnereiweißallergie gegen Masern bzw. Masern, Mumps und Röteln (MMR) geimpft werden)
- ein möglicher Kontakt der zu impfenden Person zu Personen mit ansteckenden Krankheiten
- Schwangerschaft der Mutter des zu impfenden Kindes
- Stillzeit

Eine nur **vorübergehende medizinische Kontraindikation** gegen eine Masernschutzimpfung liegt vor

- bei akutem Fieber (>38,5 Grad)
- bei akuter schwerer Erkrankung
- bei Schwangerschaft.

Vorübergehende Kontraindikationen begründen keine dauerhafte Impfunfähigkeit.

Die Dauer der Gültigkeit des Attests muss auf dem Attest angegeben und plausibel sein.

Innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit muss erneut ein Attest vorgelegt werden.

Eine medizinische Kontraindikation gegen eine Masernschutzimpfung kann dauerhaft sein

- bei bekannten Allergien **gegen Bestandteile des Impfstoffes** (diese Allergien müssen medizinisch belegbar sein, die Bestandteile des Impfstoffs sind in der Fachinformation aufgelistet).
- bei bestimmten schweren Einschränkungen des Immunsystems (z.B. als Folge von primären Immundefekten, HIV-Infektionen, hämatologisch-onkologischen Grunderkrankungen oder im Rahmen einer immunsuppressiven Therapie bei Autoimmun- oder chronisch-entzündlichen Erkrankungen).

Bei Zweifeln an der Richtigkeit des vorgelegten Nachweises von Personen, die betreut werden oder betreut werden sollen, besteht für die Einrichtung die gesetzliche Meldeverpflichtung an das Gesundheitsamt (§ 20 Abs. 9 S. 2 IfSG).

Die zu übermittelnden personenbezogenen Angaben ergeben sich aus § 2 Nr. 16 IfSG und enthalten Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift (...), sowie, soweit vorliegend, Telefonnummer und E-Mail-Adresse. Die Meldung muss unverzüglich erfolgen.

Nachdem in Baden-Württemberg leider kein zentrales Meldeportal zur Verfügung steht, haben wir für Sie über die Homepage des Landratsamtes Lörrach eine datenschutzkonforme Übermittlungsmöglichkeit für die Weitergabe der personenbezogenen Angaben eingerichtet. Die Datenerfassung erfolgt in Excel-Listen, die Sie bereits zu Beginn des Masernschutzgesetzes von uns erhalten haben.

Zur Übermittlung der personenbezogenen Angaben müssen die Excel-Listen vollständig ausgefüllt werden. Für die weitere Bearbeitung ist es wichtig, dass der korrekte „Meldegrund“ des Falls angegeben wird. Damit Sie leichter die Fälle einem Meldegrund zuordnen können, werden im folgenden Abschnitt die Meldegründe genauer definiert.

1 =Kein Nachweis wurde vorgelegt

2= Der vorgelegte Impfschutz ist in Form von lediglich einer oder gar keiner Schutzimpfung unvollständig

3= Bestehende Zweifel, dass der vorgelegte Impfnachweis echt ist (Fälschung)

4= Bestehende Zweifel, dass die vorgelegte med. Kontraindikation echt ist

5= Bestehende Zweifel, dass das vorgelegte ärztliche Zeugnis (Titerbestimmung) echt ist

6= Bestehende Zweifel, dass der Impfnachweis alle Kriterien für eine Impfdokumentation erfüllt

7= Bestehende Zweifel, dass die med. Kontraindikation nach den RKI Kriterien plausibel ist

8= Bestehende Zweifel, dass das ärztliche Zeugnis alle Kriterien erfüllt

Für die Kontrolle eines ukrainischen Impfnachweises befindet sich ab Seite 4 eine übersetzte Impfkarte als Hilfestellung. Dabei handelt es sich um eine unausgefüllte ukrainische Impfkarte, die ins Deutsche übersetzt wurde. Die ukrainischen Impfnachweise sind in der Regel sehr gut interpretierbar, da das offizielle Dokument grundsätzlich immer gleich aussieht. Die Masernimpfungen finden sich unter Punkt 9 auf der zweiten Seite. Bitte überprüfen Sie auf diesem Dokument folgende Punkte:

- Name
- Geburtsdatum
- Anzahl der Impfungen sowie
- den zeitlichen Abstand der Impfungen.

Sofern diese Punkte nachvollziehbar sind, können ukrainische Impfnachweise akzeptiert werden.

Sollten Sie den Zugang für das Meldeportal sowie die Excel-Listen erneut benötigen, beantragen Sie diese bitte über die Homepage des Landratsamt Lörrach: <https://www.loerrach-landkreis.de/de/Rat-Hilfe/Gesundheit/Gesundheitsschutz/Meldepflicht-nach-20-IfSG>

Weitere Informationen sind auch ersichtlich unter

<https://www.maserschutz.de/>

und

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/Masernimpfung/FAQ-Liste_Masernimpfung.html

Mit freundlichen Grüßen

Das Team vom Fachbereich Gesundheit Lörrach

<Fortsetzung:>

| 9. Impfungen gegen Masern | | | | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|--------|--------------|-------|---|--|
| Alter | Datum | Dosis | Charge | Impfreaktion | | Medizinische Gegenanzeigen (Datum, Grund) | |
| | | | | systemisch | lokal | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 10. Impfungen gegen Parotitis | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------|-------|--------|--------------|-------|---|--|
| Alter | Datum | Dosis | Charge | Impfreaktion | | Medizinische Gegenanzeigen (Datum, Grund) | |
| | | | | systemisch | lokal | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 11. Impfungen gegen Röteln | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|--------------|-------|---|--|
| Alter | Datum | Dosis | Charge | Impfreaktion | | Medizinische Gegenanzeigen (Datum, Grund) | |
| | | | | systemisch | lokal | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 12. Impfungen gegen Hepatitis B | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------|-------|-------|--------|--------------|-------|---|
| Art der Impfung | Handelsname des Impfstoffes | Alter | Datum | Dosis | Charge | Impfreaktion | | Medizinische Gegenanzeigen (Datum, Grund) |
| | | | | | | systemisch | lokal | |
| Grundimmunisierung | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 13. Weitere Impfungen | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|--------|--------------|-------|---|
| Art der Impfung | Handelsname des Impfstoffes | Alter | Datum | Dosis | Charge | Impfreaktion | | Medizinische Gegenanzeigen (Datum, Grund) |
| | | | | | | systemisch | lokal | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

<Runder Arztstempel, Name unleserlich>

| 14. Tuberkulin-Tests | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------|--------|----------|-------|-------|-------|--------|----------|-------|
| Datum | Dosis | Charge | Ergebnis | Alter | Datum | Dosis | Charge | Ergebnis | Alter |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Abgemeldet am (Datum) _____ Grund _____ Unterschrift _____

Von der therapeutisch-prophylaktischen Einrichtung oder geburtshelferischen Stelle bei der Anmeldung des Kindes auszustellen.
Im Falle des Auszugs des Kindes aus der Stadt oder aus dem Rajon ist eine Impfbescheinigung auszustellen.
Die Karte ist in der Einrichtung aufzubewahren.

*) Übertragung nicht sicher, da Handschrift sehr schwer lesbar ist.

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 063/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 | | |

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили карту профілактичних щеплень _____

Ідентифікаційний код
ЄДРПОУ

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

КАРТА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ

Взятий(а) на облік _____
(число, місяць, рік)

Дата заповнення _____
(число, місяць, рік)

Найменування дитячої установи (для організованих дітей) _____ Дільниця номер _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____
(число, місяць, рік)

3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2

4. Поштова адреса місця проживання: область _____,
район _____, населений пункт _____,
вулиця _____, буд. № _____, корп. № _____, кв. № _____

5. Мешкає у: місті – 1, селі – 2

Відмітки про зміну адреси _____

6. Щеплення проти туберкульозу

| Вид щеплення | Вік | Дата | Доза | Серія | Реакція на щеплення (місцева) | Медичні протипоказання (дата, причина) |
|--------------|-----|------|------|-------|-------------------------------|--|
| Вакцинація | | | | | | |
| Ревакцинація | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

7. Щеплення проти поліомієліту

| Вакцинація | | | | Ревакцинація | | | | Медичні протипоказання (дата, причина) | | | |
|------------|------|------|-------|--------------|------|------|-------|--|------|------|-------|
| Вік | Дата | Доза | Серія | Вік | Дата | Доза | Серія | Вік | Дата | Доза | Серія |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

8. Щеплення проти дифтерії, кашлюку, правця

| Вид щеплення | Назва препарату | Вік | Дата | Доза | Серія | Реакція на щеплення | | Медичні протипоказання (дата, причина) |
|--------------|-----------------|-----|------|------|-------|---------------------|---------|--|
| | | | | | | загальна | місцева | |
| Вакцинація | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Ревакцинація | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

