

Infektionsschutzleitfaden für Kindertagesstätten in Sachsen-Anhalt

Impressum

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

Redaktion/Layout:
Landesamt für Verbraucherschutz des Landes Sachsen-Anhalt
Fachbereich Hygiene
Große Steinernetischstraße 4
39104 Magdeburg

E-Mail: LAV-FB2@sachsen-anhalt.de
Internet: www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de

Druckversion vom:
21. Dezember 2018
LAV-12/2018/017

Inhalt

1.	Vorwort	6
2.	Allgemeine Hinweise zur Wiederezulassung für den Besuch der Gemeinschaftseinrichtung nach Erkrankung sowie zur Notwendigkeit eines ärztlichen Attest	7
3.	Steckbriefe der Infektionskrankheiten gemäß § 34 IfSG	17
3.1	Cholera	17
3.2	Diphtherie	18
3.3	EHEC-Erkrankung	20
3.4	Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)	21
3.5	Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	22
3.6	Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	23
3.7	Keuchhusten (Pertussis)	24
3.8	Ansteckungsfähige Lungentuberkulose	25
3.9	Masern	27
3.10	Meningokokken-Infektionen	28
3.11	Mumps	29
3.12	Paratyphus/Typhus abdominalis	31
3.13	Pest	33
3.14	Poliomyelitis (Kinderlähmung)	34
3.15	Scabies (Krätze)	35
3.16	Scharlach oder sonstige Streptococcus-pyogenes-Infektionen (Streptokokken-Angina)	37
3.17	Shigellose	38
3.18	Typhus abdominalis siehe Nummer 12	39
3.19	Virushepatitis A	39
3.20	Virushepatitis E	40
3.21	Windpocken (Varizellen)	41
3.22	Infektiöse Gastroenteritis - Besonderheiten für Kinder im Vorschulalter	42
3.22.a	Bakterielle Enteritiden z. B. durch Salmonellen, Campylobacter, Yersinia enterocolitica	43
3.22.b	Virale Gastroenteritiden – Rotaviren, Adenoviren, Noroviren	45
3.23	Kopflausbefall	46
4.	Steckbriefe weiterer ausgewählter Infektionskrankheiten mit Relevanz für Gemeinschaftseinrichtungen	48
4.1	Hand-Fuß-Mund-Krankheit	49
4.2	Hantavirus-Erkrankung	49
4.3	Keratokonjunktivitis epidemica (Adenoviren)	50
4.4	Ringelröteln	51
4.5	Röteln	52

4.6	Dellwarzen (Molluscum contagiosum)	53
4.7	Borreliose	54
5.	Multiresistente Erreger (MRE)	55
6.	Bedeutung von Impfungen	56
6.1	Impfberatung in Verbindung mit der Aufnahme eines Kindes in eine Tageseinrichtung (§ 34 Abs.10a IfSG)	57
7	Rechtliche Grundlagen	58
8	Anlagen	63
(1)	Belehrungsbogen des RKI für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gemäß § 34 IfSG	63
(2)	Mustervorschlag für Meldung gemäß § 34 Abs. 6 IfSG	66
(3)	Meldung nach § 34 IfSG, ergänzende Liste für mehrere, an der gleichen Krankheit erkrankten Personen (bzw. einer Erkrankung Verdächtige)	67
(4)	Belehrung für die Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschafts- einrichtungen gem. § 35 IfSG (in Anlehnung an das RKI)	68
(5)	Mustervorschlag für die Erklärung Beschäftigter in Gemeinschaftseinrichtungen über die Belehrung gemäß § 35 IfSG	71
(6)	Bescheinigung für Kindergärten bei Auftreten von Kopfläusen (Mustervorschlag)	72
(7)	Rahmenhygieneplan für Kindereinrichtungen	73
(8)	Notrufnummern	73
(9)	Quellen	74

Abkürzungsübersicht

EHEC	Enterohämorrhagischer Escherichia coli
EpiBull	Epidemiologisches Bulletin
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KCE	Keratoconjunctivitis epidemica
KITA	Kindertagesstätte
PCR	Polymerasekettenreaktion (polymerase chain reaction)
PEG	percutane Gastroenterostomie
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Vorwort

In Gemeinschaftseinrichtungen, wie bspw. Kindertageseinrichtungen (KiTas), können sich Infektionskrankheiten durch die räumliche Nähe, in der sich Kinder und Personal befinden, besonders leicht übertragen und damit schnell ausbreiten.

Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder tragen ein natürliches Infektionsrisiko, wenn auch in individuell unterschiedlichem Ausmaß. Kinder sind zudem aufgrund ihres noch unreifen Immunsystems besonders empfänglich für Krankheitserreger und zeigen häufig umso schwerere Verläufe, je jünger sie sind.

Ziel des Infektionsschutzes ist es, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern. Die Einhaltung des Hygieneregimes und ein zeitgerechter und umfassender Impfschutz tragen dazu bei. Dazu gehört auch, dass erkrankte Kinder und Betreuer während der Dauer ihrer Ansteckungsfähigkeit ggf. von einem Besuch der Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen sind.

Der Gesetzgeber hat im 6. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) besondere Vorschriften für Gemeinschaftseinrichtungen festgeschrieben. Daraus ergeben sich konkrete Verpflichtungen für die Leitung von Gemeinschaftseinrichtungen sowie Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten der Erziehungs- und Sorgeberechtigten. Die pädagogischen Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen stehen in ihrem Aufgabenbereich als zeitlich begrenzt tätige Vertreter der Kindeseltern oder Personensorgeberechtigten in Austausch und Absprache mit Eltern, den eigenen Vorgesetzten, gegebenenfalls mit Gesundheitsbehörden sowie Ärztinnen und Ärzten, ohne aber deren definierte Rolle und Verantwortung zu übernehmen.

Der Leitfaden richtet sich sowohl an das pädagogische Fachpersonal in den Kindertageseinrichtungen, als auch an die Eltern bzw. die Personensorgeberechtigten, den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie an eine interessierte Öffentlichkeit.

Die Ausführungen in diesem Leitfaden haben das Ziel, einen Überblick zu geben über

die notwendigen Verhaltensregeln beim Auftreten von Infektionserkrankungen, die ein einzelnes Kind, eine ganze Kindergruppe oder auch das pädagogische Fachpersonal oder die Sorgeberechtigten selbst betreffen können.

Anlass für die Erarbeitung dieses Leitfadens waren wiederholte An- und Nachfragen von pädagogischen Fachkräften sowie von Eltern insbesondere zur Wiederezulassung erkrankter Kinder in die KiTa.

Die Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen ist nicht Gegenstand dieses Leitfadens. Die Unfallkasse Sachsen-Anhalt hat für den Bereich der Kindertagesbetreuung eine Handreichung für die Praxis entwickelt. Diese kann unter folgendem Link angesehen bzw. heruntergeladen werden:

https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/Presse_Dialog_Kita/2015/medikamenten-abgabe_kitas.pdf

Der Leitfaden enthält u. a. die Wiederezulassungsempfehlungen für den Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, stellt rechtliche Grundlagen u. a. zur Mitwirkungs- und Meldepflicht dar und gibt einen Überblick zu ausgewählten Erkrankungen in Form von Erregersteckbriefen. Die Informationen über infektionsbegünstigende Faktoren, Infektionswege und Infektionserreger, über infektionsbedingte Veränderungen eines Kindes sowie über Infektionsschutz sollen, insbesondere dem pädagogischen Fachpersonal, größere Sicherheit im Umgang mit dem einzelnen Kind und der Gruppe geben.

Die Betreuung von Kindern in einer Gemeinschaftseinrichtung benötigt immer eine Basis, die von Vertrauen geprägt ist. Eltern übergeben ihre Kinder an Dritte und vertrauen darauf, dass für das Wohl jedes einzelnen Kindes alles getan wird. Umgekehrt müssen aber auch die Träger und Beschäftigten einer Gemeinschaftseinrichtung Vertrauen den Eltern gegenüber haben und müssen von diesen Ehrlichkeit erwarten können, da sie für das Wohl aller Kinder einer Einrichtung zuständig sind.

Allgemeine Hinweise zur Wiedenzulassung für den Besuch der Gemeinschaftseinrichtung nach Erkrankung sowie zur Notwendigkeit eines ärztlichen Attest

1. Grundsatz:

Mit der Novellierung des Kinderförderungsgesetzes zum 01. August 2013 ist die gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Attestes in der Kindertagesstätte nach Erkrankung eines Kindes entfallen.

Der Wegfall des § 18 Absatz 1 Satz 2 (sog. „Gesundschreibung“) erfolgte auf Hinweis der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

Die Aufhebung diente der Verwaltungsvereinfachung. Ferner wurden die Kinderärzte und die Kinderärztinnen entlastet. Nicht zuletzt wurden die Kinder/Eltern nach erfolgter Genesung durch den Verzicht auf eine Gesundschreibung nicht mehr zu einem erneuten Arztbesuch gezwungen, der immer auch im Wartezimmer ein erneutes Infektionsrisiko in sich birgt.

Letztlich hat die Neufassung im Kinderförderungsgesetz eine Gleichbehandlung mit jenen Fällen gebracht, in denen Eltern ihre Kinder bei Krankheit ohne Arztbesuch zu Hause behalten haben und damit auch keine Gesundschreibung vorlegen mussten und konnten. Anzumerken bleibt auch, dass es in anderen Lebensbereichen wie Schule und Arbeitswelt ebenso keine Regelungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer Gesundschreibung gibt.

Unberührt vom Wegfall der gesetzlichen Verpflichtung im KiFöG zur Vorlage eines ärztlichen Attestes bleibt das Recht (des Trägers) der Einrichtung, im Einzelfall von Eltern, die wiederholt klinisch/offensichtlich kranke Kinder in die Einrichtung bringen, ein ärztliches Attest zu verlangen.

2. Ausnahmen:

Ausnahmen von den Regelungen des Kinderförderungsgesetzes ergeben sich, wenn es Meldepflichten auf der Basis anderer gesetzlicher Grundlagen, wie etwa dem Infektionsschutzgesetz des Bundes (IfSG), gibt. So ist nach § 34 IfSG eine ärztliche Beurteilung für 20 Infektionskrankheiten, die Verlauesung und infektiöse Gastroenteritis (bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) erforderlich. Hier hat also Bundesrecht Vorrang vor Landesrecht. Bei den definierten Infektionskrankheiten handelt es sich entweder um schwere Erkrankungen, die durch geringe Erregermengen übertragen werden, oder häufige Erkrankungen des Kindesalters, die schwer verlaufen können.

Das Infektionsschutzgesetz fordert ein ärztliches Urteil, dies muss jedoch nicht zwingend in schriftlicher Form für alle im § 34 IfSG aufgeführten Erkrankungen vorliegen. Die Informationspflicht gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung bei Auftreten einer der genannten Infektionskrankheiten liegt bei den Sorgeberechtigten und nicht beim behandelnden Arzt (§ 34 Abs. 5 IfSG).

Das Robert Koch-Institut hat zum einen im Merkblatt „Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen“ (letzte Aktualisierung Juli 2006; vgl. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Wiedenzulassung/Mbl_Wiedenzulassung_schule.html) sowie zum anderen in den „Ratgebern für Ärzte“ (**bei diesen Ratgebern ist**

auf die laufende Aktualisierung durch das RKI zu achten, Stand hier: Januar 2018, vgl. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/merkblaetter_node.html) Stellung bezogen, bei welchen Erkrankungen ein schriftliches ärztliches Attest notwendig ist. Danach ist ein schriftliches Attest bei allen schweren und bedrohlichen Erkrankungen wie Diphtherie oder EHEC-Enteritis sowie Impetigo contagiosa (Borkenflechte) und wiederholtem Kopflausbefall erforderlich.

Bei Erkrankungen, die nach einem bestimmten Intervall ab Krankheitsbeginn nicht mehr ansteckend sind und eine dauerhafte Immunität hinterlassen (Hepatitis A, Masern, Mumps, Windpocken) oder nach einem bestimmten Intervall ab Beginn einer chemotherapeutischen Behandlung nicht mehr übertragbar sind (Keuchhusten, Scharlach, erstmaliger Kopflausbefall) oder nach Abklingen von Durchfall und Erbrechen nicht mehr ansteckend sind, ist hingegen ein schriftliches ärztliches Attest (Gesundschreibung) nicht erforderlich.

3. Kosten

Das Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung ist eine privatärztliche Leistung. Dies galt auch vor der Änderung des Kinderförderungsgesetzes.

Die Höhe der vom Arzt verlangten Gebühr richtet sich nach Anhang B, Abschnitt IV, Ziffer 70 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Danach sind zwischen 2,33 Euro und 5,36 Euro für die Ausstellung zu erheben. Höhere Gebühren sind möglich, allerdings ist bei einem Übersteigen des 2,3-fachen Regelsatzes in der Rechnung eine Begründung für die Höhe anzugeben.

Nach Auskunft der Ärztekammer können höhere Gebühren zum Beispiel daraus resultieren, dass nicht allein das Attest abgerechnet wird, sondern auch die dafür erforderliche ärztliche Untersuchungsleistungen. Sofern das Kind allein für die Gesundschreibung in der Arztpraxis vorgestellt wird, und der Arzt das Kind nicht zuvor im Hinblick auf die vorangegangene Erkrankung bereits untersucht und behandelt hat, sei er in der Pflicht, das Kind im Hinblick auf die verlangte Bescheinigung zunächst zu untersuchen. Da diese Untersuchung nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung gehen, sind diese den Eltern in Rechnung zu stellen (Vergleiche: Deutsches Ärzteblatt vom 26. Februar 2010, Ausgabe A Seite 360).

4. Hinweis

Die Novellierung des KiFöG zum 01.08.2013 erhöhte den Handlungsspielraum der Einrichtungen bzw. deren Träger, zusammen mit der Elternschaft verantwortungsbewusste Regelungen zu treffen. Es geht darum, dem Recht des einzelnen Kindes sowie der Fürsorgepflicht für alle betreuten Kinder gerecht zu werden.

Schriftliches ärztliches Attest erforderlich bei folgenden ausgewählten Erkrankungen

Erkrankung	Wiederzulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
Cholera	nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhl- befunden im Abstand von ein bis zwei Tagen (erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Ende einer Antibiotika- therapie)	ja, für fünf Tage nach dem letzten Kon- takt mit Erkrankten oder Ansteckungs- verdächtigen, am Ende der Inkuba- tionszeit Nachweis eines negativen Stuhlbefundes (schriftliches ärztliches Attest)	ja, bis zum Nachweis von drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden, Wiederzulassung mit Zustimmung des Gesundheitsamtes
Diphtherie	Vorliegen von zwei, für toxische Cory- nebakterien spp.negative, Nasen- und Rachenabstrichen (ggf. Wundabstri- che), die frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Antibiotikatherapie und im Abstand von jeweils mindestens 24 Stunden entnommen wurden. Eine weitere Kontrolle im Abstand von 2 Wochen soll das negative Ergebnis sichern.	ja, bei allen engen Kontaktpersonen. Entnahme von Nasen- und Rachen- abstriche (ggf. Wundabstriche) und für 10 Tage Gesundheitskontrolle notwendig. Wiederzulassung zu einer Gemein- schaftseinrichtung: • toxische Corynebakterien spp.in den Abstrichen nicht nachgewiesen (PEP muß aber fortgesetzt werden) • Werden toxische Corynebakterien spp.nachgewiesen oder wurden vor Beginn der PEP keine Abstriche ent- nommen erfolgt ein Ausschluss. Eine Wiederzulassung ist erst bei Vorliegen zweier negativer Unter- suchungsergebnisse von Abstrichen, die frühestens 24 Stunden nach Beendigung der PEP im Abstand von mindestens 24 Stunden entnommen wurden. Im Abstand von 2 Wochen sollte eine Kontrolle des Ergebnis- ses durchgeführt werden.	Ja (asymptomatische Keimträger toxische Corynebakterien spp.), bis 2 negative Ab- strichbefunde (Nase-Rachen Abstrich, ggf. Wundabstrich), die frühestens 24 Stunden nach Ende der Eradikationstherapie und mindestens im Abstand von 24 Stunden entnommen wurden, vorliegen.

Eirkrankung	Wiederzulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
EHEC-Enteritis	nach klinischer Genesung, wenn bei drei im Abstand von 1 bis 2 Tagen untersuchten Stuhlproben negative Befunde vorliegen	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung von krankheitsverhütenden Maßnahmen gewährleistet ist	im Regelfall bis zum Vorliegen von drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlproben (Abstand 1–2 Tage), bei längerer Ausscheidung des Erregers ggf. Finden einer individuellen Lösung mit dem Gesundheitsamt
Virusbedingte hämorrhagische Fieber	nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht, Wiederzulassung nach Einholen einer Expertenmeinung und in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt	ja, Wiederzulassung nach Einholen einer Expertenmeinung und in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt	ja, bis zum Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht
Impetigo contagiosa	24 Stunden nach Beginn einer effektiven antibiotischen Therapie, ansonsten nach Abheilung der betroffenen Hautareale	nein	entfällt
Ansteckungsfähige Lungentuberkulose	• bei mikroskopischem Nachweis von säurefesten Stäbchen nach Einleitung einer wirksamen Therapie: drei aufeinanderfolgende Proben von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft mit mikroskopisch negativem Befund • bei Fieber oder Husten: 2 Wochen anhaltende Entfieberung oder Abklingen des Hustens abwarten • i. d. R. können Gemeinschaftseinführungen nach einer korrekt durchgeführten antituberkulotischen Kombinationstherapie über drei Wochen und bei Vorliegen von 3 negativen Befunden wieder besucht werden	nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome, insbesondere Husten, auftreten	entfällt

Erkrankung	Wiederzulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
Typhus/Paratyphus	nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden (1. Probe frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Antibiotikatherapie, Abstand der Proben 1–2 Tage)	ja, bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1–2 Tagen, Ausnahmeregelungen in Absprache mit dem Gesundheitsamt möglich	ja, eine Sanierung sollte angestrebt werden (antibiotisch, bei Vorliegen von Gallensteinen: operative Entfernung der Gallenblase); individuelle Regelungen mit dem Gesundheitsamt zur Wiederzulassung möglich
Pest	nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie	ja, strenge häusliche Isolierung über sechs Tage mit ärztlicher Überwachung	ja, solange Erreger nachweisbar
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	nach Vorliegen von 2 negativen virologischen Kontrolluntersuchungen im Abstand von 7 Tagen (jede Kontrolluntersuchung besteht aus 2 Stuhlproben, die im Abstand von 24–48 Stunden abzunehmen sind)	• bei allen Kontaktpersonen unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich Schutzimpfung mit IPV-Impfstoff • kein Ausschluss von Kontaktpersonen mit vollständiger Grundimmunsierung nach postexpositioneller Schutzimpfung • ungeimpfte oder nicht vollständig grundimmunisierte Kontaktpersonen: Wiederzulassung frühestens 1 Woche nach letzter Exposition und nach zwei negativen Stuhluntersuchungen (Abstand 24–48 Stunden) möglich • enge Kontaktpersonen: einmalige Stuhluntersuchung zur Abschätzung des Ausscheiderstatus unabhängig vom Impfstatus • bei Kontaktpersonen, die als Polio-Ausscheider klassifiziert wurden, ist wie bei Erkrankten zu verfahren	ja, bis zum Vorliegen von 2 negativen virologischen Kontrolluntersuchungen

Erkrankung	Wiederzulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
Scabies (Krätze)	nach Behandlung und klinischer Abheilung der befallenen Hautareale, die Milbenfreiheit wird nach einer Kontrolluntersuchung durch den behandelnden Arzt festgestellt	kein genereller Ausschluss von engen Kontaktpersonen (die längeren Haut-zu-Haut Kontakt zum Erkrankten hatten bzw. auch zu weiteren Personen haben), aber zeitgleiche Mitbehandlung (innerhalb weniger Tage) in Gemeinschaftseinrichtungen	entfällt
Shigellose	bei Vorliegen von drei negativen Befunden einer bakteriologischen Stuhluntersuchung (Stuhlproben im Abstand von 1–2 Tagen), erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie	ja, bis zum Nachweis eines negativen Stuhlbefundes am Ende der Inkubationszeit Ausnahmeregelungen möglich, solange keine verdächtigen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen sicher gewährleistet ist	im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben, bei längerer Erregerausscheidung Finden einer individuellen Lösung mit dem Gesundheitsamt
Kopfläuse	Ein schriftliches ärztliches Attest sollte verlangt werden, bei wiederholtem Kopflausbefall und wenn Kopfläuse in einer Gemeinschaftseinrichtung zum Problem werden.		
KCE	wegen der hohen Kontagiosität frühestens 14 Tage nach Erkrankungsbeginn	nein, solange keine Symptome vorliegen	entfällt

Kein schriftliches ärztliches Attest erforderlich bei folgenden ausgewählten Erkrankungen

Erkrankung	Wiederzulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
Haemophilus influenzae Typ b -Meningitis	nach antibiotischer Therapie und nach Abklingen der klinischen Symptome	nicht erforderlich, wenn eine medikamentöse Prophylaxe nach Exposition durchgeführt wird	nicht erforderlich, solange keine meningitis- oder epiglottitisverdächtigen Symptome auftreten
Keuchhusten (Pertussis)	frühestens 5 Tage nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie, ohne Behandlung frühestens 21 Tage nach Auftreten der ersten Symptome, bei Krankheitsverdächtigen ist eine Wiederzulassung nach neg. Befund durch molekulare Nachweismethoden (z. B. PCR) aus nasopharyngealem Abstrich möglich, es sei denn, der Arzt hält den Patienten dennoch für ansteckend	nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt	entfällt
Masern	nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens fünf Tage nach Exanthemausbruch	für die Dauer von 21 Tagen nach frühestmöglicher Exposition empfohlen, außer bei vollständigem Impfschutz (Dokumentation im Impfausweis) It. STIKO oder früher abgelaufener Erkrankung oder bei serologischem Nachweis (ärztliches Attest); siehe Masernleitfaden Sachsen-Anhalt	entfällt
Meningokokken-Infektionen	nach Abklingen der klinischen Symptome	24 Stunden nach Beginn der Chemoprophylaxe keine Ansteckungsgefahr mehr, Wiederzulassung nach Rücksprache mit den Behörden möglich, Information über Frühsymptome (Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen)	nein, solange keine Symptome auftreten

Erkrankung	Wiederzulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
Mumps	nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens 5 Tage nach dem Beginn der Erkrankung	- kein Ausschluss bei nachweislich früherer Mumpserkrankung und bei bestehen dem Impfschutz - bei nur einmaliger Impfung Ausschluss bis zur nachgewiesenen 2. Impfung - Ausschluss ungeimpfter Kontaktpersonen für die Dauer der mittleren Inkubationszeit (18 Tage); bei erfolgter postexpositioneller Impfung innerhalb von 3 Tagen nach erstmals möglicher Exposition Wiederzulassung möglich - bei unklarer Mumpsanamnese oder fehlender Impfdokumentation Wiederzulassung erst nach postexpositioneller Impfung innerhalb von 3 Tagen nach erstmals möglicher Exposition; falls mehr als 3 Tage vergangen sind: Wiederzulassung nur bei Nachweis positiver Mumps-IgG-Antikörper, ansonsten Ausschluss für die mittlere Inkubationszeit	entfällt
Scharlach	nach Antibiotikatherapie und ohne Krankheitszeichen ab dem zweiten Tag, ansonsten nach Abklingen der Symptome	nein, Aufklärung über Infektionsrisiko und mögliche Symptomatik	entfällt, asymptomatische Besiedlung bei 20 % der Bevölkerung in den Wintermonaten
Virushepatitis A	2 Wochen nach Auftreten erster Symptome bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus	- nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz sowie nach früher durchgemachter Erkrankung - postexpositionelle Schutzimpfung (so früh wie möglich, spätestens am 14. Tag nach Exposition), Ausschluss bis wenigstens 2 Wochen nach Impfung; Erkrankungsfälle dennoch möglich - ansonsten Ausschluss für 4 Wochen nach letztem Kontakt zu infektiöser Person, sofern nicht die strikte Einhaltung von hygienischen Maßnahmen zur Verhütung einer Übertragung gewährleistet ist	entfällt

Erkrankung	Wiederezulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
Virushepatitis E	Mensch-zu-Mensch-Übertragung bei strikter Einhaltung der persönlichen Hygiene unwahrscheinlich, Prüfung eines Ausschlusses daher in Bezug auf die Verhältnismäßigkeit (mit Gesundheitsamt)	s. „Wiederezulassung nach Krankheit“ stark abwehrgeschwächte Personen: Ausschluss einer asymptomatischen Infektion einige Wochen nach Exposition	s. „Wiederezulassung nach Krankheit“ stark abwehrgeschwächte Personen: Ausschluss einer asymptomatischen Infektion einige Wochen nach Exposition
Windpocken (Varizellen)	eine Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung (wenn alle Bläschen verkrustet sind)	Kontaktpersonen aus Wohngemeinschaften, nach 2004 geboren wurden und mit fehlendem Nachweis einer Immunität (vollständige Impfung lt. STIKO, serologischer Nachweis, anamnestisch durchgemachte Erkrankung)	entfällt
Akute Gastroenteritis – viral	ca. 2 Tage nach Abklingen der Symptome, sorgfältige Sanitär- und Händehygiene weiterhin erforderlich	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten	nein, aber sorgfältige Sanitär- und Händehygiene weiterhin erforderlich
Akute Gastroenteritis – bakteriell	nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl), aber weiterhin Hygienemaßnahmen in der Einrichtung notwendig	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten	nicht erforderlich, aber bei Kleinkindern entsprechende Hygienemaßnahmen in der Einrichtung notwendig
Kopfläuse	den Erziehungsberechtigten obliegt die Durchführung der Behandlung, diese sollte ggf. schriftlich bestätigt werden, Wiederezulassung nach Erstbehandlung möglich, jedoch unbedingt Nachkontrolle und ggf. Wiederholungsbehandlung nach 9–10 Tagen erforderlich	nicht erforderlich, aber schriftliche Bestätigung über die Untersuchung auf Kopflausbefall empfohlen	entfällt
Hand-Fuß-Mund-Krankheit	alle Erkrankten sollten einem Arzt vorgestellt werden; dieser entscheidet, ob eine häusliche Betreuung erforderlich ist und wann ein Patient die Einrichtung wieder besuchen kann	nein	nein
Hantavirus-Erkrankung	nach Genesung	entfällt	entfällt

Erkrankung	Wiederzulassung nach Krankheit	Ausschluss von Kontaktpersonen	Ausschluss von Ausscheidern
Ringelröteln	mit Auftreten des Hautausschlages keine Ansteckungsgefahr mehr, Wiederzulassung bei Wohlbefinden möglich	nein	entfällt
Röteln	nach Abklingen der Symptomatik, jedoch frühestens am 8. Tag nach Beginn des Exanthems	Kontaktpersonen aus Wohngemeinschaften und aus Gemeinschaftseinrichtungen ohne ausreichenden Immunschutz (STIKO gerechte Impfungen – Männer benötigen mindestens 1 Impfung, serologischer Nachweis – mit schriftlicher ärztlicher Bescheinigung oder vor 1970 geboren – eine anamnestiche Angabe einer Erkrankung ist nicht ausreichend!) werden für die maximale Dauer der Inkubationszeit von 21 Tagen nach der letzten Exposition aus Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen. (Schwangere Kontaktpersonen mit fehlendem Immunschutz sollten für diesen Zeitraum ebenfalls eine betroffene Gemeinschaftseinrichtung oder Wohngemeinschaft nicht aufsuchen.) Betreten von Gemeinschaftseinrichtungen durch Kontaktpersonen aus Gemeinschaftseinrichtungen mit fehlendem Immunschutz nach Durchführung einer Inkubationsimpfung ist nur möglich, wenn sichergestellt ist, dass es dort zu keinem Kontakt zu Schwangeren mit fehlendem Immunschutz kommen kann. Kontaktpersonen aus Wohngemeinschaften mit fehlendem Immunschutz ist das Betreten von Gemeinschaftseinrichtungen auch nach Durchführung einer Inkubationsimpfung generell nicht erlaubt.	Kinder mit konnatalem Röteln Syndrom können bis zu 1 Jahr Viren ausscheiden – hier ist eine 2 malige Negativtestung jeweils im Abstand von einem Monat notwendig.
Dellwarzen	kein Ausschlussgrund	nein	entfällt
Borelliose	kein Ausschlussgrund	entfällt	entfällt

3. Steckbriefe der Infektionskrankheiten gemäß § 34 IfSG

3.1 Cholera	
Erreger	Vibrio cholerae (Choleravibrionen)
Übertragungsweg	durch kontaminiertes Trinkwasser oder Lebensmittel, seltener fäkal-oral von Mensch zu Mensch
Inkubationszeit	wenige Stunden bis 5 Tage (meist 2–3 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind (nach Ablauf der Erkrankung z. T. noch für einige Wochen); Dauerausscheider sehr selten
Symptome	häufig symptomarme und milde Verläufe, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfälle (z. T. massiv, zunehmend wässrig), bei schwerem Verlauf Flüssigkeitsverluste bis zu 20 l/Tag mit Nierenversagen und Kreislaufschock möglich
impfpräventabel	ja
Wiederzulassung nach Krankheit	nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden im Abstand von ein bis zwei Tagen (erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie)
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	ja, bis zum Nachweis von drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden, Wiederzulassung mit Zustimmung des Gesundheitsamtes
Ausschluss von Kontaktpersonen	ja, für fünf Tage nach dem letzten Kontakt mit Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen, am Ende der Inkubationszeit Nachweis eines negativen Stuhlbefundes (schriftliches ärztliches Attest)
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch effektive Händehygiene, Bereitstellung von sauberem Trinkwasser, sorgfältige Nahrungsmittelhygiene, Sanitärhygiene
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe möglich

3.2 Diphtherie

Erreger	Corynebacterium spp. diphtherietoxinbildend
Übertragungsweg	Infektionsquelle sind Erkrankte und gesunde Keimträger; bei Befall des Rachens durch Tröpfcheninfektion; bei der Hautdiphtherie durch Schmierinfektion; indirekte Übertragung durch kontaminiertes Material ist prinzipiell möglich, aber selten
Inkubationszeit	i. d. R. 2-5 Tage (selten länger)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange Erreger in Sekreten und Wunden nachweisbar sind (i. d. R. bei Unbehandelten 2 Wochen, selten mehr als 4 Wochen, bei antibakterieller Behandlung 2–4 Tage)
Symptome	• Beginn mit Halsschmerzen, Fieber bis zu 39 °C, Schluckbeschwerden, später Heiserkeit, Verengung der Luftwege (Stridor), Gaumensegellähmungen und Lymphknotenschwellungen • Entstehung einer Mandel-Rachenentzündung (Tonsillitis/Pharyngitis) mit grau-weißen oder bräunlichen Belägen (Pseudomembranen), Ausbreitung ggf. bis zum Kehlkopf möglich; der Versuch, die Membranen zu entfernen, führt meist zu Blutungen; charakteristischer süßlicher Geruch • Schwellung im Bereich des Halses kann u. U. so massiv sein, dass eine Verengung der Atemwege (Krupp) bis zum Erstickten möglich ist • Kehlkopfdiphtherie: v. a. Husten und Heiserkeit; • nasale Diphtherie: ein- oder beidseitiger Ausfluss aus der Nase (z. T. blutig) • Komplikationen: Herzmuskelentzündung (Myokarditis), Polyneuritis (Entzündung mehrerer Nerven, auch als Spätkomplikationen nach Wochen) auch unter optimalen therapeutischen Bedingungen Tod in 5–10 %
impfpräventabel	ja
Wiederzulassung nach Krankheit	Vorliegen von zwei, für toxische Corynebakterien spp.negative, Nasen- und Rachenabstrichen (ggf. Wundabstriche), die frühestens 24 Stunden nach Abschluß der Antibiotikatherapie und im Abstand von jeweils mindestens 24 Stunden entnommen wurden. Eine weitere Kontrolle im Abstand von 2 Wochen soll das negative Ergebnis sichern.
schriftliches ärztliches Attest	ja, über den Nachweis der durchgeführten Behandlung und das Ergebnis der mikrobiologischen Befunde

Ausschluss von Ausscheidern	Ja (asymptomatische Keimträger toxische Corynebakterien spp.), bis 2 negative Abstrichbefunde (Nase-Rachen Abstrich, ggf. Wundabstrich), die frühestens 24 Stunden nach Ende der Eradikationstherapie und mindestens im Abstand von 24 Stunden entnommen wurden, vorliegen.
Ausschluss von Kontaktpersonen	ja, bei allen engen Kontaktpersonen. Entnahme von Nasen- und Rachenabstrichen (ggf. Wundabstriche) und für 10 Tage Gesundheitskontrolle notwendig. Wiederzulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung: • toxische Corynebakterien spp. in den Abstrichen nicht nachgewiesen (PEP muß aber fortgesetzt werden) Werden toxische Corynebakterien spp. nachgewiesen oder wurden vor Beginn der PEP keine Abstriche entnommen erfolgt ein Ausschluß. Eine Wiederzulassung ist erst bei Vorliegen zweier negativer Untersuchungsergebnisse von Abstrichen, die frühestens 24 Stunden nach Beendigung der PEP im Abstand von mindestens 24 Stunden entnommen wurden. Im Abstand von 2 Wochen sollte eine Kontrolle des Ergebnisses durchgeführt werden.
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	adäquate Desinfektionsmaßnahmen in der Umgebung eines Erkrankten, korrekte Händedesinfektion
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	für enge Kontaktpersonen • unabhängig vom Impfstatus präventive Antibiotikatherapie • Auffrischimpfung, falls letzte Impfung über 5 Jahre zurückliegt bzw. Vervollständigung einer unvollständigen Grundimmunisierung oder Durchführung der Grundimmunisierung • Entdecken und Behandeln (Antibiotika) symptomloser Keimträger in der Umgebung des Patienten • Die Gabe von Diphtherie-Antitoxin ist bei engen Kontaktpersonen als postexpositionelle Maßnahme nicht vorgesehen. Für, als nicht-eng, klassifizierte Kontaktpersonen wird eine postexpositionelle Antibiotikagabe nicht empfohlen.

3.3 EHEC-Erkrankung

Erreger	Enterohämorrhagische Escherichia-(E.)- coli-Stämme (EHEC), auch als Shigatoxin-produzierende E. coli (STEC) bezeichnet
Übertragungsweg	• fäkal-oral bei Kontakt zu Wiederkäuern oder beim Verzehr kontaminierter Lebensmittel (Rinderhackfleisch, Salami, Mettwurst, Rohmilch, nicht pasteurisierte Säfte, rohes Blattgemüse) • Aufnahme von kontaminiertem Bade- und Trinkwasser • direkt von Mensch zu Mensch • direkte Tier-Mensch-Kontakte
Inkubationszeit	ca. 2 bis 10 Tage (durchschnittlich 3 bis 4 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange EHEC-Bakterien im Stuhl nachgewiesen werden
Symptome	• asymptomatische Infektionen möglich • Durchfall (bei 10–20 % auch blutig), krampfartige Bauchschmerzen, ggf. Übelkeit und Erbrechen • Komplikationen: v. a. bei Kindern Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) mit Blutarmut (Anämie), akutem Nierenversagen, Mangel an Blutplättchen (Thrombopenie) und Krampfanfällen
impfpräventabel	nein
Wiedenzulassung nach Krankheit	nach klinischer Genesung, wenn bei drei im Abstand von 1 bis 2 Tagen untersuchten Stuhlproben negative Befunde vorliegen
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	im Regelfall bis zum Vorliegen von drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlproben (Abstand 1–2 Tage), bei längerer Ausscheidung des Erregers ggf. Finden einer individuellen Lösung mit dem Gesundheitsamt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung von krankheitsverhütenden Maßnahmen gewährleistet ist
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene; strikte Einhaltung von Hygienevorschriften bei Gewinnung, Verarbeitung, Lagerung, Transport und Verkauf von Lebensmitteln
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine wirksame Prophylaxe bekannt

3.4 Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)

Anmerkung	Hämorrhagische Fieber sind infektiöse Erkrankungen, die mit Fieber und ggf. Blutungen einhergehen. Meist werden sie durch Viren verursacht, die teilweise miteinander verwandt sind. Die Erreger kommen prinzipiell auf jedem Kontinent außer der Antarktis vor. Sie verursachen u. a. folgende Erkrankungen: Lassafieber, Rift-Valley-Fieber, Krim-Kongo-Fieber, Hanta-Fieber (s. u. Steckbrief „Hantavirus-Erkrankung“), Ebolafieber, Marburgfieber; Gelbfieber, Denguefieber, West-Nil-Fieber und Chikungunyafieber. Das IfSG benennt in § 34 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 3 Nr. 4 lediglich allgemein die Erkrankung an oder der Verdacht auf „virusbedingtes hämorrhagisches Fieber“.
Übertragungsweg	einige Erreger der VHF sind nicht von Mensch-zu-Mensch übertragbar, teilweise ist aber eine aerogene oder fäkal-orale Übertragung möglich bzw. durch Blutkontakte
Inkubationszeit	je nach Erreger unterschiedlich
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	sofern die Übertragung von Mensch-zu-Mensch möglich ist, besteht eine Ansteckungsgefahr, solange Viren im Speichel, Blut oder Ausscheidungen nachweisbar sind
Symptome	von milden, eher grippeähnlichen Infektionen (z. B. Hantavirus-Erkrankung) bis zu schweren Erkrankungen mit ausgeprägten Gerinnungs- und Nierenschäden, Blutungen, Schock, Organversagen und einer hohen Sterblichkeit (z. B. Ebolafieber)
impfpräventabel	in Deutschland nur Impfstoff gegen Gelbfieber zugelassen
Wiederzulassung nach Krankheit schriftliches ärztliches Attest	nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht, Wiederzulassung nach Einholen einer Expertenmeinung und in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt
Ausschluss von Ausscheidern	ja, bis zum Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht
Ausschluss von Kontaktpersonen	ja, Wiederzulassung nach Einholen einer Expertenmeinung und in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	strikte Isolierung von Erkrankten, alle Maßnahmen erfolgen in Rücksprache mit den Gesundheitsbehörden
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	im Prinzip ist keine bekannt, bei Lassafieber Ribaverin möglich

3.5 Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	
Erreger	Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
Übertragungsweg	Tröpfcheninfektion
Inkubationszeit	unbekannt, wahrscheinlich 2–4 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	bis zu 24 Stunden nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie
Symptome	• fieberhafte Infekte des Nasenrachenraums, der Ohren und Gelenke, Lungenentzündung • eitrige Hirnhautentzündung (Meningitis) mit hohem Fieber, Erbrechen, Bewusstseinsänderungen, unbehandelt hohe Sterblichkeit, mit Therapie noch 5 %, Folgeschäden möglich • Kehldeckelentzündung (Epiglottitis) mit Schluckbeschwerden, kloßiger Sprache, Atemnot bis zum Erstickten
impfpräventabel	ja
Wiederzulassung nach Krankheit	nach antibiotischer Therapie und nach Abklingen der klinischen Symptome
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	nicht erforderlich, solange keine meningitis- oder epiglottitisverdächtigen Symptome auftreten
Ausschluss von Kontaktpersonen	nicht erforderlich, wenn eine medikamentöse Prophylaxe nach Exposition durchgeführt wird
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine speziellen Maßnahmen erforderlich
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	Chemoprophylaxe für Kontaktpersonen ist empfehlenswert bei Erkrankung eines Kindes an einer Haemophilus-influenzae-Meningitis oder -Epiglottitis zum Schutz empfänglicher Personen • Haushalt mit Kindern < 4 Jahren (die unvollständig oder nicht gegen Hib immunisiert sind): alle Personen (außer Schwangere) • Kindereinrichtung mit ungeimpften Kindern < 2 Jahren: alle Kinder derselben Gruppe und deren Betreuer (außer Schwangere) keine Prophylaxe, wenn der letzte Kontakt > 7 Tage zurückliegt

3.6 Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)

Erreger	80 % A-Streptokokken, 20 % Staphylokokkus aureus, oder beide
Übertragungsweg	durch direkten Kontakt von Haut zu Haut, indirekt über Gegenstände (Spielzeug, Handtücher, Käbme, Kleidungsstücke)
Inkubationszeit	1 Tag bis mehrere Wochen (Verzögerung zwischen Besiedlung und Infektion)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	ohne Behandlung ansteckend bis die letzte Hauterscheinung abgeheilt ist
Symptome	eitrige Hautbläschen, die bald nach Entstehen platzen und eine honiggelbe Kruste hinterlassen
impfpräventabel	nein
Wiedenzulassung nach Krankheit	24 Stunden nach Beginn einer effektiven antibiotischen Therapie, ansonsten nach Abheilung der befallenen Hautareale
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nein
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	effektive Händehygiene, Wäschebehandlung bei 60–90 °C, Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen nicht erforderlich
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe möglich

3.7 Keuchhusten (Pertussis)

Erreger	<i>Bordetella pertussis</i> , <i>Bordetella parapertussis</i>
Übertragungsweg	Tröpfcheninfektion
Inkubationszeit	9–10 Tage (6–20 möglich)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	• Beginn am Ende der Inkubationszeit, Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung, kann bis zu 3 Wochen nach Beginn des Stadium convulsivum andauern • nach Beginn der antibiotischen Therapie noch für etwa 5 Tage
Symptome	• Stadium catarrhale (1–2 Wochen): grippeähnliche Symptome, kein oder nur mäßiges Fieber • Stadium convulsivum (4–6 Wochen): anfallsweise Husten (Stakkatohusten) mit Ziehen beim Einatmen, Erbrechen, typisches Keuchen, selten Fieber • Stadium decrementi (6–10 Wochen): allmähliches Abklingen, • bei Säuglingen oft kein typisches Krankheitsbild, aber Atemstillstände möglich • Komplikationen (v. a. Säuglinge und ältere Menschen): Lungenentzündungen, meist durch bakterielle Superinfektionen, Entzündungen der Ohren und Nasennebenhöhlen
impfpräventabel	ja
Wiedenzulassung nach Krankheit	frühestens 5 Tage nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie, ohne Behandlung frühestens 21 Tage nach Auftreten der ersten Symptome, bei Krankheitsverdächtigen ist eine Wiedenzulassung nach neg. Befund durch molekulare Nachweismethoden (z. B. PCR) aus nasopharyngealem Abstrich möglich, es sei denn, der Arzt hält den Patienten dennoch für ansteckend
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine speziellen Maßnahmen erforderlich
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	• enge Kontaktpersonen ohne Impfschutz: Empfehlung einer Chemoprophylaxe • geimpfte Kontaktpersonen: sind vor Erkrankung weitgehend geschützt, aber vorübergehende Besiedlung mit Bordetellen möglich (und somit mögliche Infektionsquelle), Chemoprophylaxe wird daher empfohlen, wenn in ihrer Umgebung gefährdete Personen sind
Anmerkung	Erkrankungen, die durch <i>Bordetella parapertussis</i> verursacht werden, verlaufen i. d. R. milder und kürzer.

3.8 Ansteckungsfähige Lungentuberkulose

Anmerkung	„Ansteckungsfähige Lungentuberkulose“ bedeutet, dass der Krankheitsherd Anschluss an die Luftwege hat, Bakterien können somit an die Umwelt abgegeben werden.
Erreger	Bakterien: Mycobacterium-tuberculosis-Komplex: v. a. Mycobacterium tuberculosis, aber auch M. bovis, M. africanum, M. microti, M. canetti, M. pinnipedii, M. caprae
Übertragungsweg	fast immer Tröpfcheninfektion (die Infektion mit <i>M. bovis</i> durch nicht pasteurisierte Milch infizierter Rinder spielt in Mitteleuropa keine Rolle mehr)
Inkubationszeit	Zeit zwischen Infektion und messbarer Reaktion des Immunsystems 6–8 Wochen, bei Immunkompetenten resultiert daraus in 5–10 % eine Erkrankung (bei der Hälfte in den ersten 2–3 Jahren), deutlich höheres Risiko für Kinder und Immungeschwächte
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	• Ansteckungsfähigkeit am höchsten bei mikroskopischem Nachweis der Tuberkulosebakterien im Direktpräparat des Sputums, im abgesaugten Bronchialsekret oder Magensaft (die Infektiosität von Patienten mit kulturellem oder gentechnologischem Keimnachweis ist geringer) • unter effektiver antituberkulöser Kombinationstherapie sinken der Ansteckungsfähigkeit binnen der ersten zwei bis drei Wochen • Kinder < 10 Jahre häufig mikroskopisch negativ, durch schwächeren Hustenstoß i. d. R. nicht infektiös
Symptome	• Leitsymptom: Husten mit und ohne Auswurf (selten auch blutig), weitere Allgemeinsymptome (Fieber, Appetitmangel, Schwitzen, Müdigkeit) möglich • Kinder oft symptomlos, fallen eher durch eine verzögerte Entwicklung auf • in 80 % der Fälle als Lungentuberkulose (prinzipiell kann jedes Organ betroffen sein) • bei Säuglingen und Kleinkindern Gefahr der primären Generalisation mit Miliartuberkulose und tuberkulöser Hirnhautentzündung (Meningitis)
impfpräventabel	prinzipiell ja, aber seit 1998 laut STIKO und WHO für Deutschland nicht mehr empfohlen
Wiedenzulassung nach Krankheit	• bei mikroskopischem Nachweis von säurefesten Stäbchen nach Einleitung einer wirksamen Therapie: drei aufeinanderfolgende Proben von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft mit mikroskopisch negativem Befund • bei Fieber oder Husten: 2 Wochen anhaltende Entfieberung oder Abklingen des Hustens abwarten

	• i. d. R. können Gemeinschaftseinrichtungen nach einer korrekt durchgeführten antituberkulotischen Kombinationstherapie über drei Wochen und bei Vorliegen von 3 negativen Befunden wieder besucht werden
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome, insbesondere Husten, auftreten
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	rasche Entdeckung erkrankter und infizierter Personen und schnell einsetzende effiziente Therapie; Infektionsquelle identifizieren
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	Chemoprophylaxe und -prävention für spezielle Indikationen

3.9 Masern	
Erreger	Masernvirus
Übertragungsweg	Tröpfcheninfektion beim Sprechen, Husten, Niesen durch infektiöse Sekrete aus Nase und Rachen
Inkubationszeit	gewöhnlich 8–10 Tage bis zum Beginn des katarrhalischen Stadiums, 14 Tage bis zum Ausbruch des Ausschlags (Exanthem)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	3–5 Tage vor Auftreten des Ausschlags bis 4 Tage nach Auftreten
Symptome	systemische Erkrankung mit zweiphasischem Verlauf: • zunächst Fieber, Augenbindehautentzündung (Konjunktivitis), Schnupfen, Husten und Enanthem des Gaumens, Koplik-Flecke (kalkspritzerartige weiße Flecke der Mundschleimhaut) • am 3.–7. Tag typischer makulopapulöser Ausschlag (Exanthem) mit Beginn im Gesicht und hinter den Ohren • Komplikation: postinfektiöse Hirnentzündung (Enzephalitis) (Tod in 10–20 %, Dauerschäden 20–30 %) • Spätkomplikation: subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) nach 6–8 Jahren mit aussichtsloser Prognose
impfpräventabel	ja
Wiedenzulassung nach Krankheit	nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens fünf Tage nach Exanthemausbruch
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	für die Dauer von 21 Tagen nach frühestmöglicher Exposition empfohlen, außer bei vollständigem Impfschutz (Dokumentation im Impfausweis) lt. STIKO oder früher abgelaufener Erkrankung oder bei serologischem Nachweis (ärztliches Attest); siehe Masernleitfaden Sachsen-Anhalt
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine speziellen Maßnahmen erforderlich

Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	• rechtzeitige postexpositionelle Impfung bei ungeimpften, immungesunden Kontaktpersonen (Effektivität einer postexpositionellen Impfung u. U. innerhalb von Wohngemeinschaften begrenzt, da die Exposition zumeist länger zurückliegt, aber Schwere der Erkrankung noch beeinflussbar) • abwehrgeschwächte Patienten, Schwangere oder sehr junge Kindern unter 6 Monaten: postexpositionelle Prophylaxe nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung auch als passive Immunisierung durch Gabe von humanem Immunglobulin innerhalb von 2–6 Tagen nach Kontakt prinzipiell möglich
Anmerkung	Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten. Bereits nach kurzer Exposition ist mit einer Infektion zu rechnen (Kontagionsindex nahe 100 %), die bei 95 % der ungeschützten Infizierten auch Symptome auslöst.

3.10 Meningokokken-Infektionen

Erreger	<i>Neisseria meningitidis</i> (Meningokokken)
Übertragungsweg	Tröpfcheninfektion
Inkubationszeit	i. d. R. 3–4 Tage (2–10 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	bis zu 7 Tage vor Beginn der Symptome und bis 24 Stunden nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie
Symptome	• in 2/3 als Hirnhautentzündung (Meningitis) mit Fieber, Nackensteifigkeit, Kopfschmerzen, veränderter Bewusstseinslage, Hirndruckzeichen, punktförmigen Hautblutungen, Erbrechen • bei 1/3 septischer Verlauf (Blutvergiftung) mit Blutdruckabfall und Organversagen, in 15 % Entwicklung eines Waterhouse-Friderichsen-Syndrom (schwere Form des septischen Schocks mit sehr hoher Sterblichkeit) • bei Säuglingen und Kleinkindern Symptome weniger charakteristisch • 10–20 % aller Betroffenen mit bleibenden Komplikationen • bei Säuglingen und Kleinkindern Symptome oft weniger charakteristisch
impfpräventabel	ja (siehe Anmerkung)
Wiederzulassung nach Krankheit	nach Abklingen der klinischen Symptome

schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	nein, solange keine Symptome auftreten
Ausschluss von Kontaktpersonen	24 Stunden nach Beginn der Chemoprophylaxe keine Ansteckungsgefahr mehr, Wiedenzulassung nach Rücksprache mit den Behörden möglich, Information über Frühsymptome (Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen)
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine speziellen Maßnahmen erforderlich
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	• Chemoprophylaxe für enge Kontaktpersonen (maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt sinnvoll) • zusätzlich postexpositionelle Impfung für Haushaltskontakte/enge Kontakte mit haushaltsähnlichem Charakter, wenn der Patient an einer impfpräventablen Serogruppe erkrankte
Anmerkung	In Deutschland wird die Mehrzahl der Erkrankungen durch die Serogruppe B (65–70 %) verursacht, gefolgt von Serogruppe C (20–25 %), andere Serogruppen sind sehr selten. Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C, Impfstoffe gegen die Serogruppen A, B, W und Y sind für spezielle Indikationen verfügbar.

3.11 Mumps	
Erreger	Mumpsvirus
Übertragungsweg	Tröpfcheninfektion, seltener indirekt durch mit Speichel kontaminierte Gegenstände
Inkubationszeit	i. d. R. 16–18 Tage (12–25 Tage möglich)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Schwellung der Ohrspeicheldrüse (Parotis), auch symptomlose Infektionen sind ansteckend

Symptome	• systemische Infektionskrankheit mit typischer Entzündung der (Ohr-)Speicheldrüsen und Fieber, 30–40 % der Erkrankungen verlaufen symptomarm oder symptomlos • bei Kindern < 2 Jahre oft symptomarm oder als Atemwegsinfekt • Komplikationen treten mit steigendem Alter häufiger auf, in 60 % Beteiligung des zentralen Nervensystems, vorübergehende Taubheit, Hodenentzündung beim erwachsenen Mann
impfpräventabel	ja
Wiederzulassung nach Krankheit	nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens 5 Tage nach dem Beginn der Erkrankung
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	• kein Ausschluss bei nachweislich früherer Mumpserkrankung und bei bestehendem Impfschutz • bei nur einmaliger Impfung Ausschluss bis zur nachgewiesenen 2. Impfung • Ausschluss ungeimpfter Kontaktpersonen für die Dauer der mittleren Inkubationszeit (18 Tage); bei erfolgter postexpositioneller Impfung innerhalb von 3 Tagen nach erstmals möglicher Exposition Wiederzulassung möglich • bei unklarer Mumpsanamnese oder fehlender Impfdokumentation Wiederzulassung erst nach postexpositioneller Impfung innerhalb von 3 Tagen nach erstmals möglicher Exposition; falls mehr als 3 Tage vergangen sind: Wiederzulassung nur bei Nachweis positiver Mumps-IgG-Antikörper, ansonsten Ausschluss für die mittlere Inkubationszeit
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine speziellen Maßnahmen erforderlich
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	postexpositionelle Impfung bisher ungeimpfter bzw. nur einmal geimpfter Kontaktpersonen (Riegelungsimpfung bei Ausbrüchen)

3.12 Paratyphus/Typhus abdominalis

Erreger	<i>Salmonella enterica</i> Serotyp Typhi bzw. Paratyphi A, B und C
Übertragungsweg	vorwiegend durch die Aufnahme von Wasser und Lebensmitteln, die durch Ausscheidungen (Stuhl, Urin) kontaminiert wurden, direkte fäkal-orale Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich, aber von untergeordneter Bedeutung
Inkubationszeit	<u>Typhus abdominalis</u> : ca. 3–60 Tage; gewöhnlich 8–14 Tage <u>Paratyphus</u> : ca. 1–10 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	ab ungefähr einer Woche nach Erkrankungsbeginn, Ausscheidung kann über Wochen nach dem Abklingen der Symptome anhalten (in 2–5 % der Fälle lebenslange symptomlose Ausscheidung möglich)
Symptome	zyklische, systemische Infektionskrankheiten <u>Typhus abdominalis</u> : • Prodromalstadium: uncharakteristische Beschwerden (Kopf- und Gliederschmerzen) • bei unbehandeltem Verlauf: hochfieberhaften Krankheitsbild mit Temperaturen zwischen 39 °C und 41 °C und einem deutlichen allgemeinen Krankheitsgefühl (Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Bauchbeschwerden, Gliederschmerzen); Dauer des hohen Fiebers bis zu 3 Wochen (Kontinua); zunächst Verstopfungen, dann typischer erbsbreiartiger Durchfall • relative Bradykardie (Puls langsamer als es bei Fieber zu erwarten wäre) • typisch, aber selten zu sehen: nichtjuckende, hellrote, stecknadelkopfgroße Hauterscheinungen (Roseolen) im Bauchbereich • Komplikationen: Darmblutungen und Darmperforationen mit Bauchfellentzündung (Peritonitis), nekrotisierende Gallenblasenentzündung (Cholezystitis), Knochenmarksentzündung (Osteomyelitis), Entzündung der Herzinnenhaut (Endokarditis), Hirnhautentzündung (Meningitis) • ohne Antibiotika Rekonvaleszenzphase (Genesung) im Anschluss; Rückfälle möglich; 2–5 % der Fälle werden Dauersausscheider <u>Paratyphus</u> : dem Typhus ähnlich, aber leichter im Verlauf mit Fieber, Durchfall und krampfartigen Bauchschmerzen. Krankheitsdauer beträgt 4–10 Tage
impfpräventabel	<u>Typhus</u> : ja <u>Paratyphus</u> : nein

Wiederzulassung nach Krankheit	nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden (1. Probe frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Antibiotikatherapie, Abstand der Proben 1–2 Tage)
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	ja, eine Sanierung sollte angestrebt werden (antibiotisch, bei Vorliegen von Gallensteinen: operative Entfernung der Gallenblase); individuelle Regelungen mit dem Gesundheitsamt zur Wiederzulassung möglich
Ausschluss von Kontaktpersonen	ja, bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1–2 Tagen, Ausnahmeregelungen in Absprache mit dem Gesundheitsamt möglich
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen vor allem durch eine effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel)
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine wirksame Prophylaxe bekannt

3.13 Pest	
Erreger	<i>Yersinia pestis</i>
Übertragungsweg	durch Stich eines infizierten Rattenflohs, auch bei direktem Kontakt mit infizierten Nagern (v. a. Ratten) oder durch Verzehr des Fleisches infizierter Tiere; Lungenpest: Tröpfcheninfektion direkt von Mensch zu Mensch
Inkubationszeit	2–6 Tage, bei Lungenpest wenige Stunden bis 2 Tage.
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachgewiesen werden
Symptome	• Beulenpest (Bubonenpest): Beginn akut mit hohem Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen, schwerem Krankheitsgefühl, innerhalb von 1–2 Tagen stark schmerzende Schwellung einer Lymphknotengruppe (Bubo) oberhalb der Stichquelle (daher sind meist die Lymphknoten der Leistenregion zuerst betroffen), selten spontane Eröffnung der Beule nach außen, nach einer Woche u. U. Ausbreitung in weitere Lymphknotengruppen, sekundär auch in verschiedene Organe (insbesondere die Lunge = sekundäre Lungenpest) • primäre Lungenpest: hohes Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, am 2. Tag Husten, Auswurf (auch blutig), Schmerzen des Brustkorbs, auch Bauchschmerzen, Erbrechen und Durchfall sind charakteristisch • auch als Pestsepsis oder Pestpharyngitis (Rachenentzündung) • unbehandelt hohe Sterblichkeit
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	ja, solange Erreger nachweisbar
Ausschluss von Kontaktpersonen	ja, strenge häusliche Isolierung über sechs Tage mit ärztlicher Überwachung
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Für Hygienemaßnahmen ist immer der Rat des Gesundheitsamtes einzuholen, da die Pest eine von vier international vorgeschriebenen Quarantänekrankheiten ist.
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	Chemoprophylaxe für enge Kontaktpersonen zu Lungenpest-Kranken oder Kontakt zu Blut, Eiter oder Ausscheidungen eines an Pest Erkrankten oder Verdächtigen

3.14 Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Erreger	Polioviren
Übertragungsweg	hauptsächlich fäkal-oral, auch aerogen durch Virusvermehrung in den Rachenepithelien
Inkubationszeit	3–35 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange das Virus ausgeschieden wird; in Rachensekreten frühestens 36 Stunden nach einer Infektion nachweisbar, bis zu einer Woche persistierend; im Stuhl nach 2–3 Tagen beginnend, andauernd über bis zu 6 Wochen, bei Immunkompetenten auch Monate und Jahre
Symptome	über 95 % symptomloser Verlauf, manifeste Verläufe mit verschiedenen Erscheinungsbildern: <i>ohne</i> Infektion des zentralen Nervensystems • abortive Poliomyelitis (verkürzt verlaufende Erkrankung): kurzzeitige unspezifische Symptome wie Fieber, Übelkeit, Halsschmerzen, Muskelschmerzen, Durchfall und Kopfschmerzen <i>mit</i> Beteiligung des zentralen Nervensystems • nichtparalytische Poliomyelitis (aseptische Hirnhautentzündung): 3–7 Tage nach abortiver Poliomyelitis mit Fieber, Nackensteifigkeit, Rückenschmerzen und Muskelspasmen • paralytische Poliomyelitis: biphasischer Verlauf mit Besserung der Meningitis-symptome, aber nach 2–3 Tagen Fieberanstieg und Lähmungen (Paresen) neben schweren Rücken-, Nacken- und Muskelschmerzen, bei Kindern häufiger, motorische Schwäche üblicherweise asymmetrisch, Bein- (am häufigsten), Arm-, Bauch-, Thorax- oder Augenmuskeln betreffend • Postpolio-Syndrom: Jahre oder Jahrzehnte nach Erkrankung Zunahme der Paresen mit Muskelschwund
impfpräventabel	ja
Wiedenzulassung nach Krankheit	nach Vorliegen von 2 negativen virologischen Kontrolluntersuchungen im Abstand von 7 Tagen (jede Kontrolluntersuchung besteht aus 2 Stuhlproben, die im Abstand von 24–48 Stunden abzunehmen sind)
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	ja, bis zum Vorliegen von 2 negativen virologischen Kontrolluntersuchungen (s. o.)

Ausschluss von Kontaktpersonen	• bei allen Kontaktpersonen unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich Schutzimpfung mit IPV-Impfstoff • kein Ausschluss von Kontaktpersonen mit vollständiger Grundimmunisierung nach postexpositioneller Schutzimpfung • ungeimpfte oder nicht vollständig grundimmunisierte Kontaktpersonen: Wiedenzulassung frühestens 1 Woche nach letzter Exposition und nach zwei negativen Stuhluntersuchungen (Abstand 24–48 Stunden) möglich • enge Kontaktpersonen: einmalige Stuhluntersuchung zur Abschätzung des Ausscheiderstatus unabhängig vom Impfstatus • bei Kontaktpersonen, die als Polio-Ausscheider klassifiziert wurden, ist wie bei Erkrankten zu verfahren
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeidung von fäkal-oralen Schmierinfektionen durch Händewaschen und -desinfektion, auch bei Kontaktpersonen
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	s. Ausschluss von Kontaktpersonen

3.15 Scabies (Krätze)	
Erreger	Krätzmilbe <i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>hominis</i>
Übertragungsweg	• durch direkten Körperkontakt (i. d. R. großflächiger, längerer und kontinuierlicher Haut-zu-Kontakt von ca. 5–10 Minuten) • indirekte Übertragung über Textilien spielt nur eine wesentliche Rolle • Scabies crustosa hochansteckend durch hohe Milbendichte, kurzer Hautkontakt ausreichend
Inkubationszeit	bei Erstinfestation Symptome nach 2–5 Wochen, bei Reinfestation aufgrund der bereits bestehenden Sensibilisierung nach 1–4 Tagen
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	bis zur ersten ordnungsgemäßen Behandlung mit topisch appliziertem Antiscabiosum bzw. 24 h nach Einnahme von Ivermectin (gilt nicht für Scabies crustosa)

Symptome	• leichtes Brennen der Haut oder unterschiedlich starker Juckreiz (v. a. während der ersten 3 Schlafstunden), • befallen sind v. a. Areale mit verhältnismäßig dünner Hornhautschicht und hoher Temperatur (Interdigitalfalten, vordere Axillarfalten, Nabel, Gesäßbereich, Leisten, Perianalregion...) • typisch, aber selten zu sehen, kommaartige oder unregelmäßig gewundene Milbengänge (wenige mm bis 1 cm); sekundäre Hautveränderungen durch Kratzdefekte und Krusten, Papeln, Bläschen • gelegentlich auftretender generalisierter Hautausschlag (als allergische Reaktion auf die Milbenantigene) • Scabies crustosa (disseminierte Scabies): v. a. bei immunsupprimierten Patienten mit ungehemmter Vermehrung der Milben • im Säuglings- und Kleinkindalter ausgeprägte Hautveränderungen am ganzen Körper
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	nach Behandlung und klinischer Abheilung der befallenen Hautareale, die Milbenfreiheit wird nach einer Kontrolluntersuchung durch den behandelnden Arzt festgestellt
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich, Absicherung der Diagnose durch Hautarzt empfehlenswert
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	kein genereller Ausschluss von engen Kontaktpersonen (die längeren Haut-zu-Haut Kontakt zum Erkrankten hatten bzw. auch zu weiteren Personen haben), aber zeitgleiche Mitbehandlung (innerhalb weniger Tage) in Gemeinschaftseinrichtungen
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	entsprechende Hygienemaßnahmen (z. B. Wechsel der Bettwäsche und Handtücher, Reinigung von Matratzen, ggf. Reinigung und Desinfektion von Räumen) sollten in Absprache mit dem Gesundheitsamt erfolgen
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	Prophylaxe mit Permethrin topisch und mit Ivermectin systemisch bei Kontaktpersonen im Einzelfall nach besonderer Aufklärung möglich, da nur zur Therapie zugelassen.

3.16 Scharlach oder sonstige Streptococcus-pyogenes-Infektionen (Streptokokken-Angina)

Erreger	<i>Streptococcus pyogenes</i> (A-Streptokokken)
Übertragungsweg	Tröpfcheninfektion, Schmierinfektion bei direkten Hautkontakten, selten über kontaminierte Lebensmittel oder Wasser
Inkubationszeit	1–3 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	unbehandelt bis zu 3 Wochen (bei eitrigen Ausscheidungen auch länger), bis zu 24 Stunden nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie
Symptome	• Erkrankungen des Rachens und der Mandeln (Tonsillopharyngitis) mit Halsschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Unwohlsein, bei Kindern auch Bauchschmerzen und Erbrechen; • Haut- und Weichteilinfektionen, Impetigo contagiosa (s. entsprechendes Kapitel), Wundrose (Erysipel), diffus ausbreitende Entzündungen, nekrotisierende Faszitis, Muskelentzündung (Myositis) • generalisierte Infektionen sind aus jeder lokalisierten Erkrankung möglich: Sepsis, Kindbett-/ Wochenbettfieber • toxinvermittelte Erkrankungen: <u>Scharlach</u>: Angina mit fleckigem Ausschlag am gesamten Körper mit Aussparung der Handinnenflächen und Fußsohlen, Blässe um den Mund, „Himbeerzunge“, Ausschlag verschwindet nach 6–9 Tagen, einige Tage später Abschuppung der Haut v. a. der Handinnenflächen und Fußsohlen; Toxic-Schock-Syndrom (Sterblichkeit 30 %); • Spätfolgen: akutes rheumatisches Fieber, akute Glomerulonephritis.
impfpräventabel	nein
Wiedenzulassung nach Krankheit	nach Antibiotikatherapie und ohne Krankheitszeichen ab dem zweiten Tag, ansonsten nach Abklingen der Symptome
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt, asymptomatische Besiedlung bei 20 % der Bevölkerung in den Wintermonaten
Ausschluss von Kontaktpersonen	nein, Aufklärung über Infektionsrisiko und mögliche Symptomatik
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine speziellen Maßnahmen erforderlich
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	im Regelfall nicht

3.17 Shigellose

Erreger	<i>Shigella sonnei</i> , <i>Shigella flexneri</i> u. a.
Übertragungsweg	• fäkal-oral, überwiegend durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch • Infektionen durch sekundär kontaminiertes Trinkwasser, Badewasser oder Lebensmittel vor allem in wärmeren Ländern von Bedeutung, Fliegen können dabei Vektoren sein
Inkubationszeit	selten länger als 12–96 Stunden
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	während der akuten Infektion und solange Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden werden (1–4 Wochen nach der akuten Krankheitsphase, selten länger)
Symptome	Durchfall (wässrig bis blutig-schleimig), Fieber, Erbrechen, krampfartige Bauchschmerzen (Shigel-lenruhr); seltene Komplikation: Hämolytisch-urä-misches-Syndrom (HUS)
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	bei Vorliegen von drei negativen Befunden einer bakteriologischen Stuhluntersuchung (Stuhlproben im Abstand von 1–2 Tagen), erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie
schriftliches ärztliches Attest	erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben, bei längerer Erregerausscheidung Finden einer individuellen Lösung mit dem Gesundheitsamt
Ausschluss von Kontaktpersonen	ja, bis zum Nachweis eines negativen Stuhlbefundes am Ende der Inkubationszeit Ausnahmeregelungen möglich, solange keine verdächtigen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen sicher gewährleistet ist
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	wirksame Händehygiene zur Vermeidung von fäkal-oralen Schmierinfektionen, Lebensmittelhygiene
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe bekannt

3.18 Typhus abdominalis siehe Nummer 3.12.

3.19 Virushepatitis A	
Erreger	Hepatitis-A-Virus (HAV)
Übertragungsweg	fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektion, direkt im Rahmen enger Personenkontakte oder indirekt durch kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gebrauchsgegenstände
Inkubationszeit	ca. 15–50 Tage (im Allgemeinen 25–30 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	1–2 Wochen vor und bis zu 1 Woche nach Auftreten des Ikterus (Gelbfärbung)/ der Transaminaserhöhung; Höhepunkt der Virusausscheidung in der späten Inkubationsphase (d. h. 1–2 Wochen vor Auftreten eines Ikterus); bei Säuglingen Ausscheidung im Stuhl u. U. mehrere Wochen
Symptome	• v. a. bei Kindern sehr häufig symptomarm oder -los • zunächst unspezifische Magen-Darm-Beschwerden und evtl. Fieber • danach ikterische Phase möglich (Tage bis mehrere Wochen) mit Gelbfärbung (Ikterus) der Augen und evtl. der Haut, Lebervergrößerung, bei 25 % Vergrößerung der Milz, Hautjucken • anschließende Genesungsphase über 2–4 Wochen mit Normalisierung aller Befunde • in 10 % längerdauernde Krankheitsverläufe, sehr selten schwere Verläufe
impfpräventabel	ja
Wiedenzulassung nach Krankheit	2 Wochen nach Auftreten erster Symptome bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	• nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz sowie nach früher durchgemachter Erkrankung • postexpositionelle Schutzimpfung (so früh wie möglich, spätestens am 14. Tag nach Exposition), Ausschluss bis wenigstens 2 Wochen nach Impfung; Erkrankungsfälle dennoch möglich • ansonsten Ausschluss für 4 Wochen nach letztem Kontakt zu infektiöser Person, sofern nicht die strikte Einhaltung von hygienischen Maßnahmen zur Verhütung einer Übertragung gewährleistet ist
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeiden einer fäkal-oralen Schmierinfektion durch Einhaltung einer effektiven Allgemein-, Hände- und Nahrungsmittelhygiene

Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	postexpositionelle aktive Schutzimpfung (so früh wie möglich, spätestens am 14. Tag nach Exposition), passive Immunisierung für Risikopersonen, Impfschutz besteht ca. 12–15 Tagen nach der ersten Impfdosis, Erkrankungsfälle dennoch möglich
--	--

3.20 Virushepatitis E

Erreger	Hepatitis-E-Virus (HEV)
Übertragungsweg	• in Deutschland erworbene Infektionen: Verzehr von unzureichend gegartem Fleisch infizierter Schweine und Wildtiere, Muschelfleisch; kontaminierte Blutprodukte • reiseassoziierte Infektionen: direkt von Mensch zu Mensch durch Schmierinfektionen; fäkal verunreinigtes Trinkwasser oder Lebensmittel
Inkubationszeit	15–64 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	noch nicht abschließend geklärt, Ausscheidung im Stuhl etwa 1 Woche vor bis 4 Wochen nach einem Ikterus; bei chronischen Infektionen solange die Infektion besteht
Symptome	• in Dt. erworbene Infektionen überwiegend symptomlos; symptomatische Infektion i. d. R. selbstlimitierend, häufig ohne Ikterus (Gelbfärbung), leichte Magen-Darm-Symptome • immunsupprimierte Personen: chronische Infektionen, zunächst auch oft symptomlos verlaufend, später Entstehung einer Leberzirrhose; andererseits schwerverlaufende Erkrankungen möglich (ebenso bei vorgeschädigter Leber) • auch atypische Krankheitszeichen, v. a. neurologische Symptome • Genotyp 1 (Asien, Afrika): bei Schwangeren (v. a. im letzten Schwangerschaftsdrittel) schwere Verläufe mit Todesraten bis zu 30 %
impfpräventabel	nein
Wiedenzulassung nach Krankheit	Mensch-zu Mensch Übertragung bei strikter Einhaltung der persönlichen Hygiene unwahrscheinlich, Prüfung eines Ausschlusses daher in Bezug auf die Verhältnismäßigkeit (mit Gesundheitsamt)
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	siehe oben „Wiedenzulassung nach Krankheit“
Ausschluss von Kontaktpersonen	stark abwegeschwächte Personen: Ausschluss einer asymptomatischen Infektion einige Wochen nach Exposition
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Produkte Von Schwein und Wild ausreichend durchgaren, gute Küchenhygiene, Händehygiene
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe möglich

3.21 Windpocken (Varizellen)

Erreger	Varicella-Zoster-Virus (VZV)
Übertragungsweg	• aerogen durch virushaltige Tröpfchen beim Atmen oder Husten • Schmierinfektion (durch Bläscheninhalt) • Infektion des ungeborenen Kindes in der Schwangerschaft bzw. des Neugeborenen um den Geburtstermin
Inkubationszeit	i. d. R. 14–16 Tage (8–28 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	1–2 Tage vor Auftreten des Ausschlags bis alle Bläschen verkrustet sind (meist 5–7 Tage nach Beginn des Ausschlags)
Symptome	• uncharakteristische Frühsymptome (Kopfschmerzen, Fieber), juckender Ausschlag, frische und verschorfende Bläschen in verschiedenen Stadien (Sternenhimmel) • bei Neugeborenen und Personen mit geschwächter Immunabwehr schwere Verläufe, z. T. tödlich endend • Lungenentzündungen häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern, Schwangere besonders gefährdet • bakterielle Superinfektion der Hautveränderungen mit Narbenbildung • weitere Komplikationen: Hirn- und Hirnhautentzündungen und weitere neurologische Erkrankungsbilder • fetales Varizellensyndrom bei 1–2 % der Windpocken bei Schwangeren (Erkrankung in der 5.–24. SSW) • schwere, lebensbedrohliche Erkrankungen bei Neugeborenen (bei Infektion der Mutter 5 Tage vor der Geburt bzw. 48 danach) mit 30 % Sterblichkeit
impfpräventabel	ja
Wiedenzulassung nach Krankheit	eine Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung (wenn alle Bläschen verkrustet sind)
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	Kontaktpersonen aus Wohngemeinschaften, nach 2004 geboren wurden und mit fehlendem Nachweis einer Immunität (vollständige Impfung lt. STIKO, serologischer Nachweis, anamnestisch durchgemachte Erkrankung)
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine speziellen Maßnahmen erforderlich

Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	• ungeimpfte Personen ohne frühere Windpocken-erkrankung und Kontakt zu Risikopersonen: postexpositionelle Impfung innerhalb von 5 Tagen nach Exposition (bzw. innerhalb von 3 Tagen nach Beginn des Ausschlags beim Indexfall) • Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellen komplikationen: passive Immunisierung mit Varicella-Zoster-Immunglobulin (VZIG) möglichst früh innerhalb von 3 Tagen und maximal bis zu 10 Tagen nach Exposition
Anmerkung	Die Varicella-zoster-Viren verbleiben im Körper und können als „Zweiterkrankung“ (endogenes Rezidiv) zu einer Gürtelrose (Herpes zoster) führen. Die virushaltige Flüssigkeit der Herpes-zoster-Bläschen ist ansteckend und kann wiederum bei empfänglichen Personen Windpocken auslösen.

3.22 Infektiöse Gastroenteritis – Besonderheiten für Kinder im Vorschulalter

§ 34 Abs.1 Satz 3 bestimmt, dass Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, die Gemeinschaftseinrichtung nicht besuchen dürfen, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Diese altersabhängige Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres eine erheblich höhere Inzidenz (Rate an Neuerkrankungen) an Salmonellen und sonstigen infektiösen Gastroenteritiden besteht, die im Vorschulalter häufiger von Kind zu Kind übertragen werden können. Ältere Kinder (Schulkinder) sind in der Lage, durch Waschen der Hände, ggf. deren Desinfektion, eine Weiterverbreitung der Erreger durch Schmierinfektion zu verhindern.

3.22.a Bakterielle Enteritiden z. B. durch Salmonellen, Campylobacter, Yersinia enterocolitica

Erreger	Erreger bakterieller Magen-Darm-Infektionen sind z. B. <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Enteritis-Salmonellen</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Campylobacter coli</i> u. a.
Übertragungsweg	<u>Salmonellen:</u> • oral durch den Verzehr kontaminierter Lebensmittel (von Geflügel, Rindern, Schweinen), • rohen Eiern und Speisen, die Rohei enthalten rohes Fleisch bzw. nicht oder nicht ausreichend erhitzte Fleischprodukte (besonders frische Mettwurst, Rohwurstsorten, Fleischsalate) • kontaminierte pflanzliche Lebensmittel • selten direkt durch Kontakt mit ausscheidenden Tieren (z. B. Reptilien) • auch direkt von Mensch zu Mensch <u>Campylobacter:</u> • nahrungsmittelbedingte Infektion durch unzureichend erhitztes oder kontaminiertes Geflügelfleisch und -produkte (nicht Eier), nicht pasteurisierte Milch, kontaminiertes, nicht aufbereitetes Trinkwasser, rohes Hackfleisch • Haustiere (durchfallkranke Welpen und Katzen) • auch direkt von Mensch-zu-Mensch und beim Baden in kontaminierten Oberflächengewässern <u>Yersinien:</u> • über kontaminierte Nahrungsmittel tierischer Herkunft (v. a. rohes Schweinehack) und kontaminiertes Wasser, selten direkt von Mensch-zu-Mensch
Inkubationszeit	<u>Salmonellen:</u> i. d. R. 12–36 Stunden (6–72 Stunden) <u>Campylobacter:</u> i. d. R. 2–5 Tage (1–10 Tage) <u>Yersinien:</u> 3–10 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden; <u>Salmonellen:</u> Erwachsene im Durchschnitt 1 Monat, Kinder unter 5 Jahren 7 Wochen und länger, auch länger als 6 Monate möglich <u>Campylobacter:</u> mittlere Ausscheidungsdauer 2–4 Wochen, bei Immungeschwächten Langzeitausscheidung möglich
Symptome	• Fieber, Durchfall, Erbrechen, krampfartige Bauchschmerzen • <u>Salmonellen:</u> selten septischer Verlauf (Blutvergiftung) mit Absiedlungen in jedem Organ möglich • <u>Campylobacter:</u> oft auch symptomlos, ggf. blutiger Durchfall, selten neurologische Komplikationen oder reaktive Gelenkentzündungen; chronische Verläufe bei Abwehrgeschwächten; Rezidive möglich • <u>Yersinien:</u> schmerzhafter Stuhldrang, reaktive Gelenkentzündungen

impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl), aber weiterhin Hygienemaßnahmen in der Einrichtung notwendig
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	nicht erforderlich, aber bei Kleinkindern entsprechende Hygienemaßnahmen in der Einrichtung notwendig
Ausschluss von Kontaktpersonen	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	effektive Händehygiene vor allem nach jedem Besuch der Toilette, nach Kontakt mit vermutlich kontaminierten Gegenständen (Windeln), Nahrungsmitteln (z. B. Geflügel) und vor der Zubereitung von Mahlzeiten (Küchenhygiene)
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe möglich

3.22.b Virale Gastroenteritiden – Rotaviren, Adenoviren, Noroviren

Erreger	Rotaviren Adenoviren Noroviren
Übertragungsweg	<u>Rotaviren</u> : fäkal-oral durch Schmierinfektionen, aber auch verunreinigtes Trinkwasser oder sekundär kontaminierte Lebensmittel <u>Adenoviren</u> : Tröpfchen-, Schmutz- und Schmierinfektion <u>Noroviren</u> : fäkal-oral oder durch orale Aufnahme virushaltiger Tröpfchen (bei schwallartigem Erbrechen), auch über kontaminierte Speisen und Getränke
Inkubationszeit	<u>Rotaviren</u> : 1–3 Tage <u>Adenoviren</u> : 5–12 Tage <u>Noroviren</u> : 6–50 Stunden
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	während des akuten Krankheitsstadiums und solange die Viren mit dem Stuhl ausgeschieden werden oder in Sekreten nachweisbar sind (Rotaviren i. d. R. ca. 8 Tage, Noroviren 7–14 Tage), in Ausnahmefällen (z. B. Frühgeborene, Abwehrgeschwächte) Ausscheidung im Stuhl auch noch über mehrere Wochen nach einer akuten Erkrankung
Symptome	Durchfall, Erbrechen, Fieber, Bauchschmerzen, mitunter symptomarme Verläufe; Rotaviren: ca. 50 % mit unspezifischen Atemwegssymptomen
impfpräventabel	Rotaviren: ja Adenoviren und Noroviren: nein
Wiedenzulassung nach Krankheit	ca. 2 Tage nach Abklingen der Symptome, sorgfältige Sanitär- und Händehygiene weiterhin erforderlich
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	nein, aber sorgfältige Sanitär- und Händehygiene weiterhin erforderlich
Ausschluss von Kontaktpersonen	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe möglich

3.23 Kopflausbefall

Erreger	Kopflaus (<i>Pediculus humanus capitis</i>)
Übertragungsweg	• hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt durch Überwandern der Parasiten von Haar zu Haar • gelegentlich auch indirekt über Gegenstände, die mit dem Haupthaar in Berührung kommen (z. B. Haarbürsten) und die innerhalb einer kurzen Zeitspanne gemeinsam benutzt werden
Inkubationszeit	existiert im üblichen Sinn nicht
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange die Betroffenen mit mobilen Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind
Symptome	Leitsymptom: Juckreiz mit entsprechenden Kratzeffekten durch Stiche der Kopfläuse (in der Regel alle 4–6 Stunden), bakterielle Superinfektionen und regionale Lymphknotenschwellungen möglich
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	den Erziehungsberechtigten obliegt die Durchführung der Behandlung, diese sollte ggf. schriftlich bestätigt werden (siehe auch unter „Anmerkung“), Wiederzulassung nach Erstbehandlung möglich, jedoch unbedingt Nachkontrolle und ggf. Wiederholungsbehandlung nach 9–10 Tagen erforderlich
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich bei erstmaligem Kopflausbefall, erforderlich falls die Weiterverbreitung von Kopfläusen in einer Gemeinschaftseinrichtung zu einem Problem wird
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nicht erforderlich, aber schriftliche Bestätigung über die Untersuchung auf Kopflausbefall empfohlen
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	vorrangig Untersuchung und ggf. Mitbehandlung aller Personen im Umfeld, Reinigungs- und andere Maßnahmen von untergeordneter Bedeutung und dienen vorsorglich der Unterbrechung eventuell möglicher Übertragungsvorgänge: Reinigung von z. B. Haarbürsten in heißer Seifenlösung, Wechsel von Bettwäsche, Handtüchern und Leibwäsche, Aufbewahrung von Kopfbedeckungen etc. für 3 Tage in verschlossener Plastiktüte.
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine, bei Kontaktpersonen im häuslichen Milieu evtl. prophylaktische Mitbehandlung erwägen (Wiederholung der Behandlung wie bei Befall erforderlich)

Anmerkung	Im §34 IfSG werden 21 Infektionskrankheiten und die „Verlausung“ aufgeführt, ein „ärztliches Urteil“ ist für die Wiedenzulassung nach Krankheit erforderlich. Der Kopflausbefall nimmt trotzdem eine Sonderrolle ein, da der Befall i. d. R. ohne spezielle medizinische Kenntnisse durch die Eltern feststellbar ist. Die Behandlung mit den zugelassenen Mitteln ist sehr zuverlässig, die korrekte Kontrolle (mit nassen Auskämmen) in der Arztpraxis jedoch sehr zeitaufwendig. Die Ausnahmeregelung wird daher als vertretbar angesehen. Wichtig ist beim Auftreten von Kopfläusen in einer Gemeinschaftseinrichtung, dass die Eltern informiert werden und zur Untersuchung der eigenen Kinder aufgefordert werden. Dabei können schriftliche Rückmeldungen hilfreich sein. Je geringer die Kooperation der Eltern ist, desto größere Aufgaben kommen auf die Mitarbeiter/innen der Gemeinschaftseinrichtung und des Gesundheitsamtes zu. Kinder, die in den ersten 3 Tagen nach Bekanntwerden des Kopflausbefalls keine elterliche Rückmeldung vorgelegt haben, sollten möglichst ab dem 4. Werktag nach Bekanntwerden des Kopflausbefalls untersucht werden (z. B. durch das Personal).
-----------	--

4. Steckbriefe weiterer ausgewählter Infektionskrankheiten mit Relevanz für Gemeinschaftseinrichtungen

4.1 Hand-Fuß-Mund-Krankheit	
Erreger	vorwiegend Enteroviren der Gruppe A (Coxsackie-A-Viren, Enterovirus 71 und neuere Serotypen), häufigste Ursache Coxsackie-A16-Viren
Übertragungsweg	• von Mensch zu Mensch durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten (Nasen- und Rachensekreten, Speichel, Sekreten aus Bläschen) oder Stuhl • durch Kontakt mit viruskontaminierten Oberflächen • in den ersten Tagen nach Infektion wegen der primären Virusvermehrung im Rachenepithel auch aerogen
Inkubationszeit	i. d. R. 3 bis 10 Tagen (1 bis 30 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	während der ersten Krankheitswoche hochansteckend (insbesondere bei Verletzung der Bläschen), Erregerausscheidung mit dem Stuhl nach Abklingen der Symptome über mehrere Wochen möglich
Symptome	• hoher Anteil symptomloser bzw. symptomarmer Verläufe (vor allem ältere Kinder und Erwachsene) • zu Beginn Fieber, Appetitlosigkeit und Halsschmerzen bei nur mäßigem Krankheitsgefühl, 1-2 Tage später rote Flecken, Bläschen und kleine, schmerzhaftes Geschwüre auf der Mundschleimhaut, der Zunge oder dem Zahnfleisch, etwa zeitgleich typischer Hautausschlag an Händen und Füßen (seltener Gesäß, Genitalbereich, Knie oder Ellenbogen) in Form von roten, nicht juckenden Flecken sowie vereinzelt Blasen • Komplikationen sind selten (Hirn(haut)entzündung, polioartige Lähmungen), Verlust von Fingernägeln und Zehennägeln möglich (meist innerhalb von vier Wochen nach Infektion) • während Schwangerschaft meist milde Symptome, aber symptomatischer Verlauf um den Geburtstermin kann zur Infektion des Neugeborenen führen
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	alle Erkrankten sollten einem Arzt vorgestellt werden; dieser entscheidet, ob eine häusliche Betreuung erforderlich ist und wann ein Patient die Einrichtung wieder besuchen kann
schriftliches ärztliches Attest	
Ausschluss von Ausscheidern	nein
Ausschluss von Kontaktpersonen	nein
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	sorgfältige Händehygiene, engen Kontakt mit Erkrankten vermeiden
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe möglich

4.2 Hantavirus-Erkrankung

Erreger	Hantavirus (geografische Unterschiede bei den Virustypen, in Deutschland v. a. Puumalavirus und Dobrava-Belgrad-Virus)
Übertragungsweg	Ausscheidung der Viren im Speichel, Kot und Urin infizierter asymptomatischer Nagetiere, Übertragung auf den Menschen durch Inhalation virus-haltiger Aerosole, Kontakt mit verletzter Haut oder durch Bisse, über kontaminierte Lebensmittel
Inkubationszeit	üblicherweise 2–4 Wochen (5 bis 60 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	keine Übertragung von Mensch zu Mensch bei den in Europa und Asien vorkommenden Virustypen
Symptome	meist symptomloser oder unspezifischer Verlauf, je nach Virustyp unterschiedliche Krankheitsbilder; Virustypen in Deutschland: abrupt einsetzendes Fieber > 38,5 °C mit unspezifischen grippeähnlichen Symptomen und Nierenbeteiligung (Anstieg der Retentionsparameter bis zur dialysepflichtigen Niereninsuffizienz), Blutdruckabfall bis zum Schock möglich, Einblutungen (Hämorrhagien) selten
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	nach Genesung
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	nein
Ausschluss von Kontaktpersonen	nein
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeiden des Kontaktes zu Nagetierausscheidungen, intensive Ratten- und Mäusebekämpfung im Umfeld menschlicher Wohnbereiche, sichere Aufbewahrung von Nahrungsmitteln, Vermeiden einer Staubentwicklung bei kontaminierten Bereichen (ggf. Atemschutzmasken und Handschuhe)
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine wirksame Prophylaxe bekannt

4.3 Keratokonjunktivitis epidemica (Adenoviren)

Erreger	Adenoviren der Typen 8,19 und 37
Übertragungsweg	• überwiegend Schmierinfektion (kontaminierte Hände sowie kontaminierte Gegenstände, auch Instrumente, Pipetten) • gelegentlich Tröpfcheninfektion • auch direkt von Mensch zu Mensch durch Augensekrete möglich
Inkubationszeit	5–12 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange das Virus in Sekreten nachweisbar ist, i. d. R. während der ersten 2 Wochen der Erkrankung
Symptome	Entzündung der Augenbindehaut (Konjunktivitis) mit Hornhautinfiltraten, Rötung, Fremdkörpergefühl, Lichtscheu, Juckreiz und Tränenfluss, Lymphknotenschwellungen; fast immer vollständige Ausheilung
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	wegen der hohen Kontagiosität frühestens 14 Tage nach Erkrankungsbeginn
schriftliches ärztliches Attest	ja
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nein, solange keine Symptome vorliegen
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	Vermeidung von Schmierinfektionen durch die ordnungsgemäße Desinfektion der Hände und Instrumente sowie der sachgerechte Umgang mit augenärztlich verordneten Medikamenten (z. B. Tropfflaschen, Augensalben)
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine wirksame Prophylaxe bekannt

4.4 Ringelröteln	
Erreger	Parvovirus B 19
Übertragungsweg	von Mensch zu Mensch über Tröpfcheninfektion, kontaminierte Gegenstände, selten auch über Blutkonserven, während der Schwangerschaft Übertragung auf das ungeborene Kind möglich
Inkubationszeit	ca. 2 Wochen (7–21 Tage)
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	höchste Ansteckungsfähigkeit in den Tagen vor dem Ausschlag
Symptome	• oft symptomlos oder als leichter grippaler Infekt mit Fieber, Kopfschmerzen und Schwellung der Lymphknoten • bei jedem 5.–6. typischer Hautausschlag ca. 2 Wochen nach Ansteckung, im Gesicht beginnend, später girlanden- oder ringelförmige rote Flecken auf Armen, Beinen und Gesäß • selten Komplikationen (Gelenkbeteiligungen) • bei angeborenen Defekten der Blutbildung Verschlechterung der Blutarmut (Anämie) • in der Schwangerschaft beim ungeborenen Kind Schädigung der Blutbildung möglich, Fehl- oder Totgeburten, i. d. R. aber keine bleibenden Schäden beim Kind
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	mit Auftreten des Hautausschlages keine Ansteckungsgefahr mehr, Wiederzulassung bei Wohlbe- finden möglich
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nein
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	effektive Händehygiene
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine wirksame Prophylaxe bekannt

4.5 Röteln

Erreger	Rötelnvirus
Übertragungsweg	Tröpfcheninfektion, Übertragung auf das ungeborene Kind in der Schwangerschaft
Inkubationszeit	14–21 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	7 Tage vor Ausbruch des Hautausschlages und bis zu 7 Tagen nach Auftreten
Symptome	• 50 % der Erkrankungen verlaufen symptomlos • kleinfleckiger Hautausschlag, unspezifische Symptome wie leichtes Fieber, Kopfschmerzen, leichter Atemwegsinfekt, Lymphknotenschwellungen • Komplikationen selten • Erstinfektion in der Schwangerschaft, insbesondere im 1. bis 4. Schwangerschaftsmonat, kann zur Fehlgeburt oder zur Schädigung des Kindes führen (Gregg-Syndrom mit Defekten an Herz, Augen, Ohren)
impfpräventabel	ja
Wiederzulassung nach Krankheit	nach Abklingen der Symptomatik, jedoch frühestens am 8. Tag nach Beginn des Exanthems
schriftliches ärztliches Attest	nicht erforderlich (kann mündlich erfolgen)
Ausschluss von Ausscheidern	Kinder mit Konnatalen Röteln Syndrom können bis zu 1 Jahr Viren ausscheiden – hier ist eine 2 malige Negativtestung jeweils im Abstand von einem Monat notwendig.
Ausschluss von Kontaktpersonen	Kontaktpersonen aus Wohngemeinschaften und aus Gemeinschaftseinrichtungen ohne ausreichenden Immunschutz (STIKO gerechte Impfungen – Männer benötigen mindestens 1 Impfung, serologischer Nachweis – mit schriftlicher ärztlicher Bescheinigung oder vor 1970 geboren – eine anamnestische Angabe einer Erkrankung ist nicht ausreichend!) werden für die maximale Dauer der Inkubationszeit von 21 Tagen nach der letzten Exposition aus Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen. (Schwangere Kontaktpersonen mit fehlendem Immunschutz sollten für diesen Zeitraum ebenfalls eine betroffene Gemeinschaftseinrichtung oder Wohngemeinschaft nicht aufsuchen.) Betreten von Gemeinschaftseinrichtungen durch Kontaktpersonen aus Gemeinschaftseinrichtungen mit fehlendem Immunschutz nach Durchführung einer Inkubationsimpfung ist nur möglich, wenn sichergestellt ist, dass es dort zu keinem Kontakt zu Schwangeren mit fehlendem Immunschutz kommen kann. Kontaktpersonen aus Wohngemeinschaften mit fehlendem Immunschutz ist das Betreten von Gemeinschaftseinrichtungen auch nach Durchführung einer Inkubationsimpfung generell <u>nicht</u> erlaubt.

Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine wirksamen Hygienemaßnahmen bekannt
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	alle exponierten Personen ohne ausreichenden Immunschutz in Gemeinschaftseinrichtungen sollten möglichst frühzeitig eine MMR/MMR(V)-Impfung erhalten

4.6 Dellwarzen (Molluscum contagiosum)	
Erreger	<i>Molluscum contagiosum</i>
Übertragungsweg	direkt durch Kontaktinfektion oder Schmierinfektion; indirekt über gemeinsam benutzte Handtücher etc.
Inkubationszeit	zwei Wochen bis mehrere Monate
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	solange Sekret vorhanden ist, welches austreten kann
Symptome	einzelne glänzende Erhebungen mit zentraler Delle; Farbe: hautfarben, weiß, gelb; Anzahl: einzeln bis mehrere Dutzend; Bereich: v. a. Gesicht, Genital- und Analregion
impfpräventabel	nein
Wiederzulassung nach Krankheit	kein Ausschlussgrund
schriftliches ärztliches Attest	nein
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	nein
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	effektive Händehygiene, Vermeidung von direktem Körperkontakt mit infizierten Hautarealen
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine spezifische Prophylaxe bekannt

4.7 Borreliose	
Erreger	Komplex <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i>
Übertragungsweg	durch Zeckenstich (Holzbock)
Inkubationszeit	einige Tage bis mehrere Wochen für Stadium I
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	entfällt
Symptome	• Stadium I: Erythema migrans = größer werdende ringförmige, schmerzlose Rötung der Haut um den Zeckenstich herum, scharf abgegrenzt, oft mit zentraler Aufhellung; Allgemeinsymptome wie Fieber, Nachtschweiß, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen und Lymphknotenschwellungen • Stadium II (Wochen bis Monate später): brennende Schmerzen, oft in lokaler Beziehung zur Stichstelle, und asymmetrische schlaffe Lähmungen; zusätzliche Empfindlichkeitsstörungen, in 60 % Hirnnerven betroffen (Fazialisparese); Hirn(haut)entzündungen bei Erwachsener seltener, Beteiligung des Herzens sehr selten • Stadium III (nach Monaten bis Jahren): schubweise oder chronische verlaufende Gelenkentzündungen (Lyme-Arthritis), chronische Erkrankungen der Haut (Akrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer), seltener Lähmungserscheinungen
impfpräventabel	nein
Wiedenzulassung nach Krankheit	kein Ausschlussgrund
schriftliches ärztliches Attest	entfällt
Ausschluss von Ausscheidern	entfällt
Ausschluss von Kontaktpersonen	entfällt
Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektion	keine spezielle Hygienemaßnahmen, aber Vermeidung von Zeckenstichen durch Tragen heller geschlossener Kleidung; Anwendung von zeckenabweisenden Mitteln (Repellentien)
Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition	keine

5. Multiresistente Erreger (MRE)

Unter MRE versteht man Bakterien, die gegen bestimmte Antibiotika resistent sind. Dazu gehören unter anderem:

- MRSA = methicillinresistenter Staphylokokkus aureus
- VRE = Vancomycinresistente Enterokokken
- 3MRGN und 4 MRGN = multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien, resistent gegen 3 bzw. 4 Antibiotikagruppen

Kinder können MRE-Träger (Besiedlung) sein oder eine Infektion durch MRE haben. Eine Besiedlung mit MRE ist ohne Krankheitswert und zunächst nicht gefährlich. In Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. Krankenhäusern, können jedoch diese Erreger auf i. d. R. schwerkranke Patienten übertragen werden, sodass diese zusätzliche Infektionen bekommen können, die durch die Multiresistenz der Erreger nur schwer therapierbar sind.

Der Hauptübertragungsweg erfolgt über die Hände (direkter Kontakt oder über kontaminierte Flächen und Gegenstände). Da beispielsweise MRSA die Nasenschleimhäute und Rachenschleimhäute besiedelt, sind hierbei zusätzlich besonders bei Husten und Niesen Tröpfcheninfektionen möglich.

Umgekehrt ist deshalb eine gute Händehygiene verbundenen mit einem guten Reinigungskonzept eine effektive Methode zum Schutz vor Infektionen mit MRE.

Eine Besiedlung mit MRE ist kein Ausschlussgrund für den Besuch einer KiTa oder Schule. Das Infektionsschutzgesetz sieht weder eine Mitteilungspflicht der Eltern an die Einrichtung noch eine Meldepflicht der Einrichtung an das Gesundheitsamt vor. Bei schwer behinderten Kindern, z. B. auch mit PEG-Sonden, Katheter oder Tracheostoma, gilt ebenfalls die Schulpflicht und kein Besuchsverbot. Jedoch besteht auch immer die Pflicht zum Schutz der anderen Kinder in einer Kita bzw. Schule. Daher ist die Rücksprache mit dem Gesundheitsamt bei Bekanntwerden einer Besiedlung mit MRE eines betreuten Kindes empfehlenswert.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema sind beispielsweise auf den Seiten des RKI im Epidemiologischen Bulletin 2/2011: „Gibt es Bedenken gegen den Besuch von lediglich kolonisierten MRSA-Trägern in Kindergemeinschaftseinrichtungen?“

(https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/02_11.pdf?__blob=publicationFile) und in der Hygiene & Medizin 2014, 39 – 10: „Infektionspräventives Vorgehen bei Nachweis von MRGN im Kindesalter“, eine Empfehlung der Arbeitsgruppe MRGN der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie und des Paed IC Projektes (http://dgpi.de/go/wp-content/uploads/2014/08/MRGN_DGPI_PaedIC-Empfehlung_Hyg-Med20141.pdf) veröffentlicht.

6. Bedeutung von Impfungen

Impfungen sind eine der wirksamsten präventiven Maßnahmen in der Medizin. Die Verhütung von Infektionskrankheiten durch Impfungen gehört zu den wichtigsten Aufgaben des Arztes. Das Ziel von Impfungen ist es, die Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit, die unter Umständen kompliziert verlaufen und bleibende Schäden hinterlassen oder sogar zum Tod führen kann, zu schützen. Durch Impfungen war es möglich, die Pocken auszurotten. Bei konsequent hohen Impfquoten in der Bevölkerung wird es ebenso möglich sein, Kinderlähmung, Masern und Röteln zu verbannen.

Zurzeit sind in den Industrieländern mehr als 30 für den Menschen zugelassene Impfstoffe im Gebrauch. Moderne Impfstoffe werden vor dem Einsatz am Menschen gründlich untersucht und auch nur dann zugelassen, wenn ihre Wirkung nachgewiesen und ihre Nebenwirkungen unbedenklich sind. Deshalb sind sie gut verträglich und bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen werden äußerst selten beobachtet.

Damit der notwendige Impfschutz aufgebaut werden kann, ist es wichtig, dass bei Säuglingen und Kleinkindern möglichst frühzeitig mit der Grundimmunisierung begonnen und diese zeitgerecht abgeschlossen wird. Danach sollte lebenslang durch regelmäßige Auffrischimpfungen sichergestellt sein, dass der Impfschutz auch erhalten bleibt.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es keine Impfpflicht. Die Impfungen werden auf der Grundlage der STIKO-Empfehlungen von den obersten Gesundheitsbehörden der Bundesländer öffentlich empfohlen, wodurch auch die Versorgung bei Impfschäden gesichert ist. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) als wissenschaftliches Gremium befasst sich mit der ständigen Aktualisierung des Impfkaltenders nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Um zu erfahren, welche Impfungen für das jeweilige Lebensalter oder die Lebenssituation empfohlen und wichtig sind, sollten die betreuenden Kinder-, Haus- oder Fachärzte befragt werden. Auch wird im Internet der jeweils aktuelle Impfkaltender der STIKO veröffentlicht, in welchem alle empfohlenen Standardimpfungen für die verschiedenen Altersgruppen aufgeführt sind. Darüber hinaus ist auf den Seiten des RKI (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html) unter dem Stichwort „Impfen“ ein breites Informationsangebot zu diesem Thema zusammengestellt sowie der jeweils aktuell gültige Impfkaltender.

6.1 Impfberatung in Verbindung mit der Aufnahme eines Kindes in eine Tageseinrichtung (§ 34 Abs.10a IfSG)

Bei der Erstaufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass **zeitnah** vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. In den Fällen, in denen der Nachweis darüber nicht erbracht wird, ist die Leitung der Kindertageseinrichtung verpflichtet, das örtliche Gesundheitsamt darüber zu benachrichtigen. Es liegt im Ermessen des Gesundheitsamtes, ob es in diesem Fall die Personensorgeberechtigten zu einer entsprechenden Impfberatung einlädt. (§ 34 Abs. 10a IfSG).

Inhalt der nach § 26 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen (U-Untersuchungen) ist auch die Überprüfung des Impfstatus und eine darauf abgestimmte präventive Beratung einschließlich Informationen über regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind. Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Durchführung einer solchen oder gleichwertigen Kinderuntersuchung ist in Sachsen-Anhalt Voraussetzung für die Aufnahme eines Kindes in eine Tageseinrichtung (§ 18 Abs. 1 KiFöG). Damit kann ein Kind ohne vorliegende Impfberatung in Sachsen-Anhalt nicht in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen werden.

Eine Impfberatung ist zeitnah erfolgt, wenn ein Kind zur letzten fälligen Früherkennungsuntersuchung (U-Untersuchung) bei einem Arzt vorgestellt worden ist.

Früherkennungs- und Vorsorge-Untersuchungen (U-Untersuchungen, Impfschutz und zahnärztliche Untersuchungen) sollen innerhalb bestimmter Zeiträume stattfinden:

<https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-j1/untersuchungstermine/>

7. Rechtliche Grundlagen

Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz
6. Abschnitt
Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige
Gemeinschaftseinrichtungen

§ 33 Gemeinschaftseinrichtungen

Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.

§ 34 Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

- (1) Personen, die an
1. Cholera
 2. Diphtherie
 3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
 4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
 5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
 6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
 7. Keuchhusten
 8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose
 9. Masern
 10. Meningokokken-Infektion
 11. Mumps
 12. Paratyphus
 13. Pest
 14. Poliomyelitis
 - 14a Röteln
 15. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen
 16. Shigellose
 17. Scabies (Krätze)
 18. Typhus abdominalis
 19. Virushepatitis A oder E
 20. Windpocken

erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind, dürfen in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaustung durch sie nicht mehr zu

befürchten ist. Satz 1 gilt entsprechend für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen. Satz 2 gilt auch für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

(2) Ausscheider von

1. *Vibrio cholerae* O 1 und O 139
2. *Corynebacterium diphtheriae*, Toxin bildend
3. *Salmonella* Typhi
4. *Salmonella* Paratyphi
5. *Shigella* sp.
6. enterohämorrhagischen *E. coli* (EHEC),

dürfen nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der gegenüber dem Ausscheider und der Gemeinschaftseinrichtung verfügbaren Schutzmaßnahmen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung teilnehmen.

(3) Absatz 1 Satz 1 und 2 gilt entsprechend für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf

1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische *E. coli* (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischem Fieber
5. *Haemophilus influenzae* Typ b-Meningitis
6. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose
7. Masern
8. Meningokokken-Infektion
9. Mumps
10. Paratyphus
11. Pest
12. Poliomyelitis
- 12a Röteln
13. Shigellose
14. Typhus abdominalis
15. Virushepatitis A oder E
16. Windpocken

aufgetreten ist.

(4) Wenn die nach den Absätzen 1 bis 3 verpflichteten Personen geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt sind, so hat derjenige für die Einhaltung der diese Personen nach den Absätzen 1 bis 3 treffenden Verpflichtungen zu sorgen, dem die Sorge für diese Person zusteht. Die gleiche Verpflichtung trifft den Betreuer einer nach den Absätzen 1 bis 3 verpflichteten Person, soweit die Sorge für die Person des Verpflichteten zu seinem Aufgabenkreis gehört.

(5) Wenn einer der in den Absätzen 1, 2 oder 3 genannten Tatbestände bei den in Absatz 1 genannten Personen auftritt, so haben diese Personen oder in den Fällen des Absatzes 4 der Sorgeinhaber der Gemeinschaftseinrichtung hiervon unverzüglich Mitteilung zu machen. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung hat jede Person, die in der Gemeinschaftseinrichtung neu betreut wird, oder deren Sorgeberechtigte über die Pflichten nach Satz 1 zu belehren.

(6) Werden Tatsachen bekannt, die das Vorliegen einer der in den Absätzen 1, 2 oder 3 aufgeführten Tatbestände annehmen lassen, so hat die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Gemeinschaftseinrichtung befindet unverzüglich zu benachrichtigen und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen. Dies gilt auch beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts nach § 6 bereits erfolgt ist.

(7) Die zuständige Behörde kann im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt für die in § 33 genannten Einrichtungen Ausnahmen von dem Verbot nach Absatz 1, auch in Verbindung mit Absatz 3, zulassen, wenn Maßnahmen durchgeführt werden oder wurden, mit denen eine Übertragung der aufgeführten Erkrankungen oder der Verlausung verhütet werden kann.

(8) Das Gesundheitsamt kann gegenüber der Leitung der Gemeinschaftseinrichtung anordnen, dass das Auftreten einer Erkrankung oder eines hierauf gerichteten Verdachtes ohne Hinweis auf die Person in der Gemeinschaftseinrichtung bekannt gegeben wird.

(9) Wenn in Gemeinschaftseinrichtungen betreute Personen Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht, kann die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen anordnen.

(10) Die Gesundheitsämter und die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sollen die betreuten Personen oder deren Sorgeberechtigte gemeinsam über die Bedeutung eines vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision ausreichenden Impfschutzes und über die Prävention übertragbarer Krankheiten aufklären.

(10a) Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wenn der Nachweis nicht erbracht wird, benachrichtigt die Leitung der Kindertageseinrichtung das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben. Das Gesundheitsamt kann die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.

(11) Bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemein bildenden Schule hat das Gesundheitsamt oder der von ihm beauftragte Arzt den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln.

§ 35 Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Personen, die in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben und Kontakt mit den dort Betreuten haben, sind vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren von ihrem Arbeitgeber über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen nach § 34 zu belehren. Über die Belehrung ist ein Protokoll zu erstellen, das beim Arbeitgeber für die Dauer von drei Jahren aufzubewahren ist. Die Sätze 1 und 2 finden für Dienstherrn entsprechende Anwendung.

§ 36 Einhaltung der Infektionshygiene

(1) Folgende Einrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:

1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen,
2. nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen,
3. Obdachlosenunterkünfte,
4. Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern,
5. sonstige Massenunterkünfte,
6. Justizvollzugsanstalten sowie
7. ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die den Einrichtungen nach Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten; Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu den Dienstleistungen, die mit Angeboten in Einrichtungen nach Nummer 2 vergleichbar sind.

Abs. 2 ff. der Vorschrift hier nicht aufgeführt.

Auszug aus dem Gesetz zur Förderung und Betreuung von Kindern in
Tageseinrichtungen und in Tagespflege des Landes Sachsen-Anhalt
(Kinderförderungsgesetz - KiFöG)

§ 18

Medizinische Betreuung

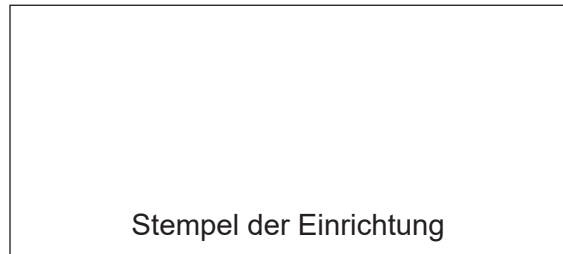
(1) Vor Aufnahme eines Kindes in eine Tageseinrichtung ist eine ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung des Kindes und über die Durchführung der für das jeweilige Alter gemäß § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vorgesehenen Kinderuntersuchungen oder, soweit die Kinder nicht gesetzlich versichert sind, einer gleichwertigen Kinderuntersuchung vorzulegen.

(2) Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe hat in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt für eine begleitende ärztliche und zahnärztliche Untersuchung der in einer Tageseinrichtung befindlichen Kinder zu sorgen.

(3) Die Tageseinrichtungen setzen sich mit den Frühförderstellen in Verbindung, um die erforderlichen therapeutischen Angebote für Kinder mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen sicherzustellen.

8. Anlagen

(1) Belehrungsbogen des RKI für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gemäß §34 IfSG



GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN

Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte durch
Gemeinschaftseinrichtungen
gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern befinden sich viele Menschen auf engem Raum. Daher können sich hier Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten.

Aus diesem Grund enthält das Infektionsschutzgesetz eine Reihe von Regelungen, die dem Schutz aller Kinder und auch des Personals in Gemeinschaftseinrichtungen vor ansteckenden Krankheiten dienen. Über diese wollen wir Sie mit diesem **Merkblatt** informieren.

1. Gesetzliche Besuchsverbote

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, dass ein Kind **nicht in den Kindergarten, die Schule oder eine andere Gemeinschaftseinrichtung gehen darf**, wenn es an bestimmten Infektionskrankheiten erkrankt ist oder ein entsprechender Krankheitsverdacht besteht. Diese Krankheiten sind in der **Tabelle 1** auf der folgenden Seite aufgeführt.

Bei einigen Infektionen ist es möglich, dass Ihr Kind die Krankheitserreger nach durchgemachter Erkrankung (oder seltener: ohne krank gewesen zu sein) ausscheidet. Auch in diesem Fall können sich Spielkameraden, Mitschüler/-innen oder das Personal anstecken. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass die „**Ausscheider**“ bestimmter Bakterien nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **unter Beachtung der festgelegten Schutzmaßnahmen** wieder in eine Gemeinschaftseinrichtung gehen dürfen (**Tabelle 2** auf der folgenden Seite).

Bei manchen besonders schwerwiegenden Infektionskrankheiten muss Ihr Kind bereits dann zu Hause bleiben, wenn **eine andere Person bei Ihnen im Haushalt** erkrankt ist oder der Verdacht auf eine dieser Infektionskrankheiten besteht (**Tabelle 3** auf der folgenden Seite).

Natürlich müssen Sie die genannten Erkrankungen nicht selbst erkennen können. Aber Sie sollten bei einer ernsthaften Erkrankung Ihres Kindes ärztlichen Rat in Anspruch nehmen (z. B. bei hohem Fieber, auffallender Müdigkeit, wiederholtem Erbrechen, Durchfällen und anderen ungewöhnlichen oder besorgniserregenden Symptomen). Ihr/-e Kinderarzt/-ärztin wird Ihnen darüber Auskunft geben, ob Ihr Kind eine Erkrankung hat, die einen Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nach dem Infektionsschutzgesetz verbietet.

Gegen einige der Krankheiten stehen Schutzimpfungen zur Verfügung. Ist Ihr Kind ausreichend geimpft, kann das Gesundheitsamt darauf verzichten, ein Besuchsverbot auszusprechen.

2. Mitteilungspflicht

Falls bei Ihrem Kind aus den zuvor genannten Gründen ein Besuchsverbot besteht, **informieren Sie uns bitte unverzüglich darüber und über die vorliegende Krankheit**. Dazu sind Sie gesetzlich verpflichtet und tragen dazu bei, dass wir zusammen mit dem **Gesundheitsamt** die notwendigen Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung ergreifen können.

3. Vorbeugung ansteckender Krankheiten

Gemeinschaftseinrichtungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, über allgemeine Möglichkeiten zur Vorbeugung ansteckender Krankheiten aufzuklären.

Wir empfehlen Ihnen daher unter anderem darauf zu achten, dass Ihr Kind allgemeine Hygieneregeln einhält. Dazu zählt vor allem das **regelmäßige Händewaschen** vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch oder nach Aktivitäten im Freien.

Ebenso wichtig ist ein **vollständiger Impfschutz** bei Ihrem Kind. Impfungen stehen teilweise auch für solche Krankheiten zur Verfügung, die durch Krankheitserreger in der Atemluft verursacht werden und somit durch allgemeine Hygiene nicht verhindert werden können (z. B. Masern, Mumps und Windpocken). Weitere Informationen zu Impfungen finden Sie unter: www.impfen-info.de.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/n Haus- oder Kinderarzt/-ärztin oder an Ihr Gesundheitsamt. Auch wir helfen Ihnen gerne weiter.

Tabelle 1: **Besuchsverbot** von Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten

• ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa) • ansteckungsfähige Lungentuberkulose • bakterieller Ruhr (Shigellose) • Cholera • Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird • Diphtherie • durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E) • Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien • infektiöser, das heißt von Viren oder Bakterien verursachter, Durchfall und / oder Erbrechen (gilt nur für Kinder unter sechs Jahren)	• Keuchhusten (Pertussis) • Kinderlähmung (Poliomyelitis) • Kopflausbefall (wenn die korrekte Behandlung noch nicht begonnen wurde) • Krätze (Skabies) • Masern • Meningokokken-Infektionen • Mumps • Pest • Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium <i>Streptococcus pyogenes</i> • Typhus oder Paratyphus • Windpocken (Varizellen) • virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z. B. Ebola)
--	--

Tabelle 2: Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger

• Cholera-Bakterien • Diphtherie-Bakterien • EHEC-Bakterien	• Typhus- oder Paratyphus-Bakterien • Shigellenruhr-Bakterien
---	--

Tabelle 3: **Besuchsverbot** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft**

• ansteckungsfähige Lungentuberkulose • bakterielle Ruhr (Shigellose) • Cholera • Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird • Diphtherie • durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelb-sucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E)	• Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien • Kinderlähmung (Poliomyelitis) • Masern • Meningokokken-Infektionen • Mumps • Pest • Typhus oder Paratyphus • virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z. B. Ebola)
--	--

Stand: 22.01.2014

(2) Mustervorschlag für Meldung gemäß § 34 Abs. 6 IfSG

Meldung nach § 34 Abs. 6 IfSG

an das zuständige Gesundheitsamt	
Faxnummer	Meldedatum □□. □□. □□□□
Telefonnummer	
Anschrift	
.....	
Angaben über die meldende Einrichtung/ meldende Person	
Art der Einrichtung ☐ Krippe ☐ Kindergarten ☐ Kindertagesstätte ☐ Tagespflegestelle <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	
Name der Einrichtung.....	
Anschrift.....	
Telefonnummer.....	
Faxnummer.....	
Name, Vorname der meldenden Person.....	
Angaben zur betroffenen Person (bei mehreren betroffenen Personen bitte zusätzlich Liste ausfüllen) <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	
☐ betreutes Kind ☐ Mitarbeiter/-in ☐ Person aus der Wohngemeinschaft/ häusliches Umfeld ☐ männlich ☐ weiblich	
Name, Vorname.....	
Anschrift.....	
Geburtsdatum □□. □□. □□□□	Erkrankungsbeginn □□. □□. □□□□
Telefonnummer (bei Kindern Telefonnummer der Sorgeberechtigten).....	
§ 34 IfSG Abs. 1: Erkrankung eines Kindes oder Mitarbeiter/-in an (bzw. Verdacht auf) <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	
☐ Cholera ☐ virusbedingtem hämorrhagischen Fieber ☐ Impetigo contagiosa (Borkenflechte) ☐ Masern ☐ Paratyphus ☐ Scabies (Krätze) ☐ Typhus abdominalis ☐ Windpocken ☐ infektiöser Gastroenteritis bei Kindern, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	☐ Diphtherie ☐ Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis ☐ Keuchhusten ☐ Meningokokken-Infektion ☐ Pest ☐ Scharlach oder sonst. Streptococcus pyogenes-Infektionen ☐ Kopfläuse
☐ Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC) ☐ ansteckungsfähiger Lungentuberkulose ☐ Mumps ☐ Poliomyelitis (Kinderlähmung) ☐ Shigellose ☐ Virushepatitis A ☐ Virushepatitis E	
§ 34 IfSG Abs. 2: Ausscheider von <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	
☐ Vibrio cholerae O1 und O139 ☐ Salmonella Paratyphi	☐ Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend ☐ Shigella sp.
☐ Salmonella Typhi ☐ enterohämorrhagische E. coli (EHEC)	
§ 34 IfSG Abs. 3: Erkrankung (bzw. Verdacht auf) in der Wohngemeinschaft/ im häuslichen Umfeld <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	
☐ Cholera ☐ virusbedingtem hämorrhagischen Fieber ☐ ansteckungsfähiger Lungentuberkulose ☐ Mumps ☐ Poliomyelitis (Kinderlähmung) ☐ Virushepatitis A	☐ Diphtherie ☐ Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis ☐ Masern ☐ Paratyphus ☐ Shigellose ☐ Virushepatitis E
☐ Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC) ☐ Meningokokken-Infektion ☐ Pest ☐ Typhus abdominalis	
Ergänzungen (ggf. zusätzliches Blatt anfügen)	
.....	
.....	
Name und Anschrift des behandelnden Arztes/ der behandelnden Klinik.....	
.....	
.....	
Unterschrift	

(4) Belehrung für die Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen gem. § 35 IfSG (in Anlehnung an das RKI)

Vorbemerkung

Der 6. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes (§§ 33-36) enthält besondere Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen. Er trägt damit dem Umstand Rechnung, dass dort Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuenden Personal in engen Kontakt kommen. Enge Kontakte begünstigen die Übertragung von Krankheitserregern, die umso schwerere Krankheitsverläufe erwarten lassen, je jünger die betroffenen Kinder sind.

Das Infektionsschutzgesetz hat zum Leitsatz „Prävention durch Information und Aufklärung“. In diesem Sinne will dieses Merkblatt Sie knapp und doch übersichtlich über die Anforderungen insbesondere des § 34 IfSG informieren.

In **§ 34 Abs.1 IfSG** sind Krankheiten genannt, für die alternativ eine der beiden folgenden Voraussetzungen zutrifft:

1. Es handelt sich um eine schwere Infektionskrankheit, die durch geringe Erregermengen u. a. auf den Weg der Tröpfchen- oder durch Schmierinfektion (fäkaloral) übertragen werden kann.
2. Es handelt sich um häufige Infektionskrankheiten des Kindesalters, die in Einzelfällen schwere Verläufe nehmen können.

Absatz 2 der Vorschrift bestimmt, dass Ausscheider bestimmter Krankheitserreger nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes Gemeinschaftseinrichtungen betreten dürfen. Durch die infektionshygienische Beratung und Verfügung konkreter Schutzmaßnahmen kann das Gesundheitsamt dazu beitragen, dass der Besuch ohne Gefährdung der Kontaktpersonen erfolgen kann.

In **Absatz 3** werden Krankheiten aufgezählt, die in der häuslichen Wohngemeinschaft im Einzelfall leicht auf andere Mitbewohner übertragen werden können. Es besteht dann die Gefahr, dass Krankheitserreger durch infizierte Personen auch in Gemeinschaftseinrichtungen hineingetragen werden. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit erfolgt im Gesetz eine Beschränkung auf im Regelfall schwer verlaufende Infektionskrankheiten und auf solche, bei denen das Übertragungsrisiko in den Gemeinschaftseinrichtungen größer ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Da es sich um eine mittelbare Gefährdung handelt, sollen Maßnahmen (z. B. Besuchsverbot) erst greifen, wenn eine ärztliche Aussage über die Erkrankung oder den Verdacht in der Wohngemeinschaft vorliegt.

Absatz 4 besagt, dass bei minderjährigen oder geschäftsunfähigen Personen Eltern oder sonstige Betreuer für diese handeln und verantwortlich sind.

Absatz 5 enthält die wichtige Regelung, dass bei Auftreten eines der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Tatbestandes die volljährigen Betroffenen sowie Sorgeberechtigte von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen diesen Umstand der betreuenden Gemeinschaftseinrich-

tung mitteilen, damit dort die erforderlichen Schutzmaßnahmen veranlasst werden können. Um dieser Informationspflicht nachkommen zu können, ist bei jeder Neuaufnahme eine Belehrung durch die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung durchzuführen.

Liegt einer der in Absatz 1 bis 3 genannten Tatbestände vor, regelt **Absatz 6**, dass die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung dies dem Gesundheitsamt mitzuteilen hat. Damit die Gesundheitsbehörde weitere Untersuchungen anstellen und Schutzmaßnahmen veranlassen kann, sind dazu krankheits- und personenbezogene Angaben erforderlich.

Absatz 7 räumt der zuständigen Behörde die Befugnis ein, im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt Ausnahmen von den gesetzlichen Tätigkeitsbeschränkungen sowie den Betretungs-, Benutzungs- und Teilnahmeverboten für die Betreuten zuzulassen.

Notwendig ist immer eine Einzelfallentscheidung, inwieweit mit anderen Schutzmaßnahmen eine Gefährdung Dritter verhindert werden kann.

Nicht immer, aber häufig ist eine Impfung auch ein zuverlässiger Schutz vor Infektion. Deshalb ist an dieser Stelle schon darauf hinzuweisen, dass ein Tätigkeitsverbot bei einer Erkrankung in der häuslichen Gemeinschaft, dann nicht für den nicht erkrankten Beschäftigten gelten muss, wenn er durch Impfung oder nach bereits durchgemachter Krankheit (und daraus resultierender Immunität) nicht infektiös für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten sein kann. Gerade bei dieser Fragestellung ist aber – wegen der schwierigen fachlichen Feststellungen – der Rat des Gesundheitsamtes unerlässlich.

Gemäß **Absatz 8** kann das Gesundheitsamt die Gemeinschaftseinrichtung verpflichten, das Auftreten von Erkrankungen in der Gemeinschaftseinrichtung ohne Hinweis auf eine Person bekannt zu machen. Dabei kann es sich, muss sich jedoch nicht um die in den Absätzen 1 bis 3 genannten Erkrankungen handeln. Die Information anderer Personen in der Gemeinschaftseinrichtung ist besonders dann von Bedeutung, wenn erkrankte Personen bereits vor Ausbruch der Erkrankung ansteckend waren und Dritte infiziert werden konnten. Eine solche Bekanntmachung kann geboten sein, um zum Beispiel ungeimpfte Kinder, Schwangere, oder solche mit besonderer Infektanfälligkeit vor einer übertragbaren Krankheit zu bewahren.

Die im **Absatz 9** genannten Personen (Träger, sog. Carrier) sind weder Ansteckungsverdächtige noch Ausscheider im Sinne des Gesetzes. Sie stellen unter normalen Umständen keine Infektionsgefahr für andere dar. Unter bestimmten Umständen, z. B. bei erhöhter Verletzungsgefahr und gleichzeitig engem Kontakt zu anderen Personen, kann jedoch im Einzelfall die Gefahr einer Ansteckung bestehen. Es liegt im Ermessen der zuständigen Behörde, welche Schutzmaßnahmen anzuordnen sind.

Absatz 10 ist eine Konkretisierung des Präventionsgedankens. Die Verbesserung des Impfschutzes und die Aufklärung über die Prävention übertragbarer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen kann nur durch gemeinsame Anstrengungen von Gesundheitsämtern und Gemeinschaftseinrichtungen insbesondere in Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgen. Das Hinwirken auf einen besseren Impfschutz dient dem Interesse des Einzelnen und der Allgemeinheit.

Gemäß **Absatz 11** sollen die Schuleingangsuntersuchungen genutzt werden, den Impfstatus der Kinder festzustellen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, zielgerichtete

Aufklärungsmaßnahmen durchzuführen. Für die Umsetzung der beiden letztgenannten Absätze ist ausdrücklich eine Mitwirkungspflicht für Lehrer, Erzieher und weitere Betreuer in Kindergemeinschaftseinrichtungen durch das Gesetz vorgesehen.

Folgende Punkte sind in der Übersicht besonders wichtig:

1. §§ 34 und 35 IfSG richten sich an Schüler, Kinder in weiteren Betreuungseinrichtungen (bzw. ihre Sorgeberechtigten) sowie Lehrer und sonstige Personen in der Kinderbetreuung.
2. Zu den Pflichten der Eltern und anderen Sorgeberechtigten wurde ein besonderes Merkblatt verfasst, das in Ihrer Einrichtung vorliegt und bei Neuaufnahmen ausgehändigt werden muss (§ 34 Abs. 5 IfSG).
3. Sie selbst müssen zu Hause bleiben,
 - **wenn Sie an einer der in § 34 Abs.1 IfSG genannten Erkrankung leiden oder zumindest der Verdacht besteht,**
 - **wenn Sie Ausscheider einer der in § 34 Abs. 2 IfSG genannten Krankheitserreger sind und keine Erlaubnis des Gesundheitsamtes vorliegt, dass Sie Ihrer Tätigkeit trotzdem nachgehen können**
 - **und wenn in Ihrer Wohngemeinschaft eine der Erkrankungen ärztlich diagnostiziert wurde, die in § 34 Abs. 3 IfSG aufgeführt sind.**
 - **Außerdem haben Sie dies Ihrem Arbeitgeber oder Dienstherrn mitzuteilen.**
 - **Wann Sie in den Fällen von § 34 Abs. 1 und 3 IfSG Ihre Tätigkeit wieder aufnehmen dürfen, erfahren Sie von Ihrem behandelnden Arzt oder auch von Ihrem Gesundheitsamt.**
4. Von dort wird das Gesundheitsamt informiert, damit dieses die erforderlichen Schutzmaßnahmen innerhalb (oder auch außerhalb) Ihrer Einrichtung veranlassen kann.
5. Die hier vorgestellten Paragraphen enthalten „Pflichten und Verbote“, die im Einzelfall zu unverhältnismäßigen Regelungen führen können. Deshalb ist vorgesehen, dass die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt Ausnahmen hiervon zulassen kann.

(5) Mustervorschlag für die Erklärung Beschäftigter in Gemeinschaftseinrichtungen über die Belehrung gemäß § 35 IfSG

Erklärung der/des Beschäftigten der Einrichtung über die Belehrung gemäß § 35 IfSG

Frau/Herr _____

geboren am _____

wohnhaft
Straße/ Hausnummer _____

Postleitzahl/ Ort _____

Ich wurde am _____ gemäß § 35 Infektionsschutzgesetz über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 Infektionsschutzgesetz aufgeklärt.

Mir sind keine Tatsachen bekannt, die für ein Tätigkeitsverbot nach § 34 IfSG sprechen. Treten vor, bei oder nach der Aufnahme der Tätigkeit Hinderungsgründe nach § 34 IfSG auf, bin ich verpflichtet, diese unverzüglich meinem Arbeitgeber mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

(6) Bescheinigung für Kindergärten bei Auftreten von Kopfläusen (Muster-vorschlag)

- Bei der Untersuchung des Kopfes meines Kindes habe ich keine Kopfläuse oder Nissen festgestellt.
- Bei der Untersuchung des Kopfes meines Kindes habe ich Kopfläuse und/oder Nissen festgestellt. Daraufhin führte ich die Behandlung mit einem anerkannten Kopflausmittel aus der Apotheke, welches vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen und/oder in der Entwesungsmittelliste nach § 18 Infektionsschutzgesetz aufgeführt ist, durch. Ich versichere, die Nachbehandlung ordnungsgemäß durchzuführen.

Tag der Behandlung

Handelsname des Kopflausmittels

Datum

Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten

(7) Rahmenhygieneplan für Kindereinrichtungen

zu finden unter folgendem Link:

http://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/LAV_Verbraucherschutz/hygiene/Hygieneplaene/rahmenplankindereinrichtungen0407.pdf

(8) Notrufnummern

Wir empfehlen Ihnen, diese Liste mit Telefonnummern gut sichtbar neben dem Telefon sowie im Verbandkasten anzubringen.

Telefonnummern

Rettungsleitstelle/Feuerwehr	112
Polizei	110
Kinderärztlicher Notdienst	
Nächster Arzt/Ärztin	
Augenarzt/-ärztin	
Hals-Nasen-Ohrenarzt/-ärztin	
Zahnarzt/-ärztin	
Kinderklinik	
Giftinformationszentrum	
Notfallambulanz	
Krankentransportunternehmen	

(9) Quellen

1. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist
<http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/BJNR104510000.html#BJNR104510000BJNG000601116>
2. Gesetz zur Förderung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege des Landes Sachsen-Anhalt (Kinderförderungsgesetz - KiFöG)
<http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/?quelle=jlink&query=KiF%C3%B6G+ST+%C2%A7+18&psml=bssahprod.psml&max=true>
3. RKI-Merkblätter für Ärzte
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/merkblaetter_node.html
4. Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Wiedenzulassung/Mbl_Wiedenzulassung_schule.html
5. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hrsg.): IfSG-Leitfaden für Kinderbetreuungsstätten und Schulen in Hessen. 2013.
6. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Hygieneleitfaden für die Kindertagesbetreuung. Oktober 2014.
7. Ministerium für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern: Hygienegrundsätze in der Kindertagesstätte. Oktober 2007.
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Erregersteckbriefe. Infektionserreger von Adenoviren bis Windpocken.
<http://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/>
9. Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin. MRSA-Träger in Kindergemeinschaftseinrichtungen. 17.01.2011.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/02_11.pdf?blob=publicationFile
10. Robert-Koch-Institut: Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten. Stand: 15.09.2011.
http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Steckbriefe/Steckbriefe_120606.pdf?blob=publicationFile
11. MRE-Netz Rhein-Main: Multiresistente Erreger in KITA, Schule und Behinderteneinrichtungen für Kinder.
http://www.mre-rhein-main.de/downloads/kindereinrichtungen/flyer_mre_kinder.pdf

12. <http://www.ms.sachsen-anhalt.de/themen/familie/dialog-kita/fachinformationen>
13. <https://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de>

Anlagen

Anlage (1) - Belehrungsbogen des RKI für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gemäß § 34 IfSG

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_eltern_deutsch.html

Anlage (4) - Belehrung für die Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 35 IfSG (in Anlehnung an das RKI)

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_schulen.pdf?__blob=publicationFile