

# Empfehlungen für die Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen

Herausgegeben vom Robert Koch Institut, Berlin

aktualisiert: April 2001

Erstveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 05/1997

## Allgemeines

### **Merkblatt für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter**

Der 6. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 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 bei bestimmten Krankheiten umso schwerere Krankheitsverläufe erwarten lassen, je jünger die betroffenen Kinder sind.

Bei der Wiedenzulassung ist eine Güterabwägung vorzunehmen. Ein absoluter Schutz vor Infektionen lässt sich bei manchen übertragbaren Krankheiten nur durch einen monatelangen Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung erreichen. Dem Anspruch der Allgemeinheit, vor Ansteckung geschützt zu werden, stehen das Recht des Einzelnen auf Bildung und die Grundsätze der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit der Mittel gegenüber. Als Kriterien der Abwägung können gelten - Schwere, Behandelbarkeit und Prognose der zu verhütenden Krankheit,

- tatsächlich beobachtete Übertragungen unter den Bedingungen der jeweiligen Einrichtung und
- alternative Möglichkeiten des Infektionsschutzes wie hygieneorientiertes Verhalten, Chemoprophylaxe oder Impfungen.

Bevor ein Ausschluss von Personen aus einer Gemeinschaftseinrichtung aus Gründen des Infektionsschutzes veranlasst wird, sollte stets geprüft werden, ob die Belastungen, die beispielsweise in einer Familie durch Ausschluss eines Kindes aus einem Kindergarten entstehen, vermieden werden können und ob das Ziel einer Verhütung von Infektionen nicht auch durch Aufklärung über Infektionswege, hygienische Beratung und gegebenenfalls durch detaillierte Anweisungen des zuständigen Gesundheitsamtes erreicht werden kann. Diesen Ausführungen liegt der Rechtsgedanke des § 34 Abs. 7 IfSG zugrunde. Am Entscheidungsprozess sind Fachpersonal und medizinische Laien beteiligt. Deshalb richtet sich dieses Merkblatt z.B. auch an Mitarbeiter der Schulverwaltung, der Flüchtlingsverwaltung, Träger von Kindergärten und Beherbergungsbetrieben. Weitere Handlungsanweisungen enthalten die Schulseuchenerlasse der Bundesländer. Zur Beurteilung des Einzelfalles können weitere Merkblätter des Robert Koch-Instituts (RKI) herangezogen werden.

Als Nachschlagewerk liefert wertvolle Hinweise: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: DGPI-Handbuch 3. Auflage. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. München: Futuramed-Verlag, 2000.

Im Folgenden werden die bei den einzelnen Infektionskrankheiten wiederkehrenden Stichworte kurz erläutert:

**Inkubationszeit:** Zeitraum von der Aufnahme der Krankheitserreger bis zum Auftreten der ersten Symptome der Infektionskrankheit.

**Dauer der Ansteckungsfähigkeit:** Zeitraum, in dem eine Übertragung der Krankheitserreger möglich ist, wobei ein für die Übertragung geeigneter Kontakt mit erregerhaltigem Material vorzusetzen ist.

**Zulassung nach Krankheit:** Bei Betreuten ist die (Wieder-)Zulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, beim Personal die Zulassung zur Ausübung von Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben, gemeint (siehe § 34, Abs. 1 IfSG). Dieser Absatz enthält auch eine Empfehlung zur Frage, ob diese Zulassung eines schriftlichen ärztlichen Attestes bedarf.

**Ausschluss von Ausscheidern:** Unter einem "Ausscheider" wird nach § 2 des Infektionsschutzgesetzes eine Person verstanden, "die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein". Im Zusammenhang mit Kinder- und Jugend-Gemeinschaftseinrichtungen (KJGE) sind nur Ausscheider von Erregern der Cholera, der Diphtherie, des Typhus, Paratyphus, der Shigellose und der EHEC-Enteritis von Einschränkungen betroffen, wobei sowohl Personal wie Betreute die Einrichtung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes betreten dürfen.

**Ausschluss von Kontaktpersonen:** Hierunter sind alle Personen zu verstehen, mit denen der/die Erkrankte in dem Zeitraum infektionsrelevante Kontakte hatte, in dem er/sie Krankheitserreger ausschied. Ob ein irgendwie gearteter Kontakt zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer erkrankten Person Maßnahmen zur Infektionsverhütung oder Krankheitsfrüherkennung erfordert, ist nach den Umständen des Einzelfalles fachlich zu entscheiden.

**Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen:** Die in den Hygieneplänen nach § 36 Abs. 1 IfSG vorgesehenen routinemäßigen Maßnahmen zur Verhütung von Infektionen sollen durch die hier aufgeführten speziellen Hygienemaßnahmen ergänzt werden.

**Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition:** Durch die Gabe von Antibiotika kann in bestimmten Fällen die Keimvermehrung verhindert und das Fortschreiten von der Infektion zur manifesten Infektionskrankheit verhindert werden. Durch Impfungen können noch nicht oder bei einigen Erkrankungen auch noch frisch Infizierte vor einer Infektion geschützt werden. Beide Maßnahmen bedürfen jedoch einer sorgfältigen Risiko/Nutzen-Abwägung und sind nur bei sicher überwiegendem Nutzen indiziert.

© Robert Koch-Institut, 1999

# 1 Cholera

Die Cholera ist gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1b IfSG meldepflichtig.

## 1.1 Inkubationszeit

Einige Stunden bis fünf Tage, selten länger.

## 1.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind.

## 1.3 Zulassung nach Krankheit

Nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden im Abstand von ein bis zwei Tagen. Die erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

## 1.4 Ausschluss von Ausscheidern

Die Übertragung von Choleravibrionen erfolgt unabhängig davon, ob Krankheitszeichen bestehen oder nicht, u. a. von Mensch zu Mensch (fäkal-oral) und durch kontaminierte Nahrungsmittel. Deshalb sollten Ausscheider erst nach drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden die Einrichtung wieder besuchen. Eine Wiedenzulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes (§ 34 Abs.2 Nr.1 IfSG).

## 1.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Da asymptomatische Infektionen bzw. leichte Verläufe die Mehrzahl sind, müssen Personen für fünf Tage nach dem letzten Kontakt mit Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen (§ 34 Abs.3 Nr.1 IfSG). Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

## 1.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Die Übertragung von Choleravibrionen kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Personen, die eventuell Kontakt mit Stuhl eines an Cholera Erkrankten hatten, sollen sich für die Dauer der Inkubationszeit die Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren (alkoholisches Händedesinfektionsmittel).

## 1.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.

## 2 Diphtherie

Die Diphtherie ist gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1c IfSG meldepflichtig. Erkrankungen können durch eine rechtzeitig begonnene und vollständige Immunisierung verhindert werden.

### 2.1.1. Inkubationszeit

Zwei bis fünf Tage, selten bis zu acht Tagen.

### 2.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Prinzipiell solange Bakterien nachgewiesen werden. Eine Therapie mit Penicillin über sieben bis zehn Tage (bei Überempfindlichkeit Erythromycin oral) dient der Eradikation der Erreger; bereits vier Tage nach Beginn der Behandlung sind im Abstrich Diphtheriebakterien in der Regel nicht mehr nachweisbar.

### 2.3 Zulassung nach Krankheit

Es ist immer eine ärztliche Bescheinigung zu fordern, in der bestätigt wird, dass in drei Abstrichen keine toxinbildenden Diphtheriebakterien nachgewiesen wurden. Der erste Abstrich ist frühestens 24 Std. nach Absetzen der antibiotischen Therapie zu entnehmen.

### 2.4 Ausschluss von Ausscheidern

Erregerreservoir sind meist, neben Diphtheriekranken, asymptomatische Träger toxinbildender Diphtheriebakterien. Wird eine solche Person zufällig oder bei Umgebungsuntersuchungen gefunden, ist sie vom Besuch auszuschließen und kann nach drei negativen Abstrichen die Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen. Eine Wiedenzulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes (§ 34 Abs.2 Nr.2 IfSG).

### 2.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Alle engen Kontaktpersonen sollten für sieben Tage engmaschig ärztlich überwacht werden. Nicht antimikrobiell behandelte Personen sind eine Woche nach dem letzten Kontakt und bis zur Vorlage von drei negativen Abstrichen vom Besuch der Einrichtung auszuschließen (§ 34 Abs. 3 Nr. 2 IfSG). Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 2.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Eine Desinfektion der häuslichen Umgebung und der Einrichtung, die eine erkrankte Person besucht hat, ist erforderlich.

### 2.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Alle engen Kontaktpersonen (auch geimpfte Personen), die sich möglicherweise angesteckt haben, sollten zur Prophylaxe Penicillin G erhalten. Ihnen kann am dritten Tag nach Beginn der antimikrobiellen Therapie der Besuch wieder gestattet werden.

## **3 Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)**

EHEC-Erkrankungen sind als hämolytisch urämisches Syndrom gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1f IfSG meldepflichtig.

### **3.1 Inkubationszeit**

Ein bis acht Tage.

### **3.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

Infektionen durch EHEC können über Kontakt mit EHEC-Ausscheidern, durch Genuss kontaminierter auch halbgarer Lebensmittel tierischen Ursprungs und durch Aufnahme von fäkal verunreinigtem Trinkwasser erfolgen. Eine Ansteckungsfähigkeit besteht, solange EHEC-Bakterien im Stuhl nachgewiesen werden.

### **3.3 Zulassung nach Krankheit**

Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von drei aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbeurteilungen im Abstand von ein bis zwei Tagen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### **3.4 Ausschluss von Ausscheidern**

Im Regelfall bis zum Vorliegen von drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlproben (Abstand ein bis zwei Tage). Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um ggf. eine Zulassung zu ermöglichen (§ 34 Abs. 2 Nr. 6 IfSG).

### **3.5 Ausschluss von Kontaktpersonen**

Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung der in 3.6 genannten Maßnahmen gewährleistet ist. Gerade bei diesem Erreger sollten in Umgebungsuntersuchungen drei Stuhlproben je Kontaktperson untersucht werden (§34 Abs. 3 Nr. 3 IfSG).

### **3.6 Hygienemaßnahmen zu Verhütung von Infektionen**

Die Übertragung von EHEC-Bakterien kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Personen, die eventuell Kontakt mit Stuhl eines an EHEC-Enteritis Erkrankten hatten, sollen sich für die Dauer der Inkubationszeit die Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren (alkoholisches Händedesinfektionsmittel).

### **3.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition**

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

## 4 Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)

VHF sind gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1g IfSG meldepflichtig.

Das Spektrum der verschiedenen Formen des VHF reicht von milden Infektionen bis zu ernsten, z.T. hochfieberhaften Erkrankungen, typischerweise mit multisystemischen, grippeähnlichen Symptomen und hämorrhagischer Diathese. Klassische Krankheitsverläufe sind durch hämodynamische Instabilität gekennzeichnet und gehen oft mit ausgeprägten Kapillarschäden, Schock, akutem Nierenversagen und disseminierter, intravasaler Gerinnung einher. Einige VHF-Erreger sind nicht von Mensch zu Mensch übertragbar, deshalb sind für den Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nur die Erkrankungen von Bedeutung, bei denen Erreger aerogen, fäkal-oral oder durch Blutkontakte übertragen werden können.

Unabhängig davon ist bei jedem Verdachts- oder Erkrankungsfall an einem VHF zumindest bis zur Abklärung der Diagnose eine Krankenhauseinweisung angeraten.

Auszuschließen sind Patienten und Personen mit Kontakt zu einem Patienten in der häuslichen Gemeinschaft (Verdacht und bestätigte Erkrankung) an

- Ebola-Fieber (EF),
- Lassafieber (LF),
- Marburg-Virus-Krankheit (MVK).

### 4.1 Inkubationszeit

Für EF zwei bis 21 Tage, LF sechs bis 17 Tage und MVK sieben bis neun Tage.

### 4.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Viren im Speichel, Blut oder Ausscheidungen nachgewiesen werden.

### 4.3 Zulassung nach Krankheit

Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht (siehe 4.2). Für die Entscheidung einer Wiedenzulassung sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.

### 4.4 Ausschluss von Ausscheidern

Siehe 4.3.

### 4.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Gem. § 34 Abs. 3 Nr. 4 IfSG dürfen Kontaktpersonen Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen. Zur Wiedenzulassung siehe 4.3.

### 4.6 Hygienemaßnahmen zu Verhütung von Infektionen

Strikte Isolierung von Erkrankten. Über Maßnahmen gegenüber Kontaktpersonen entscheidet gem. § 30 IfSG die zuständige Behörde.

### 4.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Engen Kontaktpersonen von Patienten mit LF wird die Gabe von Ribavirin (30 mg/kg KG/Tag in vier Einzeldosen über zehn Tage, Erwachsene 2 g/Tag in vier Einzeldosen) empfohlen. Eine andere medikamentöse Prophylaxe ist nicht bekannt.

### Anmerkungen

Unter der Bezeichnung virusbedingte hämorrhagische Fieber verbergen sich eine Reihe von Virusinfektionen, denen gemeinsam ist, dass die Krankheitserreger Blutgefäße zerstören, in

deren Folge es zu inneren Blutungen kommt, die auch mit modernen Medikamenten und Intensivtherapie nicht aufzuhalten sind. Der Verlauf ist häufig tödlich. Bekannt durch Spielfilme und Fernsehserien sind Lassa-, Ebolafieber und Marburg-Virus-Krankheit. Damit wird auch deutlich, dass es sich um Krankheitserreger handelt, die in Afrika, manche auch in Südostasien oder auch im asiatischen Teil der GUS vorkommen (importierte Infektion). Das Dengue-Fieber gehört ebenfalls zu den VHF und ist die Infektion, die hin und wieder nach einer Reise bei uns diagnostiziert wird. Durch rasant wachsende Städte mit Slumgebieten, vor allem in Südostasien, verbreitet sich eine Mosquitoart, die Überträger dieses Virus ist. Während die o.g. gefürchteten VHF auch von Mensch zu Mensch übertragbar sind, ist das beim Dengue-Fieber und beim Gelbfieber praktisch nicht möglich; nur die Stechmücken können das Virus weitergeben.

Wird in den Medien von einem Krankheitsverdacht (z.B. Lassa-Fieber) berichtet, sind Panikreaktionen an der Tagesordnung. Wichtig ist aber im Gegenteil besonnenes und schnelles Handeln durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Deshalb sollten alle Rückkehrer aus den Tropen oder Subtropen mit schweren und besorgniserregenden Krankheitssymptomen unverzüglich das nächste Krankenhaus aufsuchen und Patienten selbst oder Begleiter dafür sorgen, dass das Gesundheitsamt benachrichtigt wird. Die Übertragung der Viren erfolgt entweder durch Tröpfchen, Blutkontakte oder (wie geschildert) durch Stechmücken; eine genaue Aussage ist erst nach der Diagnostik in einem Speziallabor möglich. Aus diesem Grunde ist stets und zunächst einmal die strikte Isolierung der Patienten in einer besonders gesicherten Infektionsstation vorgeschrieben.

Eine eher nicht lebensbedrohliche Form des VHF ist die Nephropatia epidemica durch Hantaviren. Hier sind auch einige Infektionen in Deutschland beschrieben, die - meist vorübergehend - zu einer Nierenfunktionsstörung führen können. Die Übertragung erfolgt durch die Inhalation von getrockneten Nagerexkrementen; von Mensch zu Mensch ist eine Ansteckung bisher nicht beobachtet worden. Die Inkubationszeit der meisten VHF beträgt etwa eine Woche, beim Ebolafieber zwei bis 21 und beim Lassa-Fieber sechs bis 17 Tage.

## 5 Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis

Invasive Haemophilus influenzae Typ b-Erkrankungen können durch eine rechtzeitig begonnene und vollständige Immunisierung verhindert werden.

### 5.1 Inkubationszeit

Nicht genau bekannt.

### 5.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Bis zu 24 Stunden nach Beginn einer Antibiotikatherapie entsprechend dem Ergebnis der antimikrobiellen Testung.

### 5.3 Zulassung nach Krankheit

Nach antibiotischer Therapie und nach Abklingen der klinischen Symptome. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

### 5.4 Ausschluss von Ausscheidern

Wegen der großen Zahl von Keimträgern sind Umgebungsuntersuchungen nicht sinnvoll. Ein Ausschluss eines Ausscheiders ist nicht erforderlich, solange bei ihm keine meningitis- oder epiglottitisverdächtigen Symptome auftreten.

### 5.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich, wenn eine medikamentöse Prophylaxe nach Exposition durchgeführt wird (§ 34 Abs. 3 Nr. 5 IfSG) siehe 5.7.

### 5.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.

### 5.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Zum Schutz empfänglicher Personen ist bei Erkrankung eines Kindes an einer Haemophilus-influenzae-Meningitis oder -Epiglottitis eine Chemoprophylaxe der Kontaktpersonen im Haushalt oder der Kindereinrichtung unter folgenden Bedingungen empfehlenswert:

- In einem Haushalt mit Kindern unter vier Jahren, die unvollständig oder nicht gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib) immunisiert sind, sollen alle Personen (nicht jedoch Schwangere) eine Rifampicin-Prophylaxe für vier Tage erhalten.
- In Kindereinrichtungen mit ungeimpften Kindern unter zwei Jahren wird eine Prophylaxe für alle Kinder derselben Gruppe und deren Betreuer (nicht jedoch für Schwangere) empfohlen. Eine Chemoprophylaxe ist nicht mehr sinnvoll, wenn der Kontakt zum Indexpatienten mehr als sieben Tage zurückliegt.

Dosis und Dauer der Rifampicin-Prophylaxe nach Lebensalter:

- Säuglinge im ersten Lebensmonat erhalten 10 mg/kg KG/Tag in einer Einzeldosis über vier Tage,
- ältere Säuglinge und Kinder unter zwölf Jahren erhalten 20 mg/kg KG/Tag in einer Einzeldosis über vier Tage,
- Kinder über zwölf Jahre und Erwachsene erhalten 600 mg/Tag in einer Einzeldosis über vier Tage.

## **6 Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)**

### **6.1 Inkubationszeit**

Zwei bis zehn Tage.

### **6.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

Ohne Behandlung sind die Patienten ansteckend, bis die letzte Effloreszenz abgeheilt ist.

### **6.3 Zulassung nach Krankheit**

24 Stunden nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie. Ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### **6.4 Ausschluss von Ausscheidern**

Entfällt.

### **6.5 Ausschluss von Kontaktpersonen**

Nicht erforderlich.

### **6.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen**

Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht erforderlich.

### **6.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition**

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

### **Anmerkungen**

Die Impetigo contagiosa (Borkenflechte) ist eine sehr ansteckende oberflächliche Hautinfektion und tritt vorwiegend bei Kindern auf. Typisch sind eitrige Hautbläschen, die bald nach Entstehen platzen und eine honiggelbe Kruste hinterlassen. In 80 % aller Fälle wird sie durch A-Streptokokken hervorgerufen, in etwa 20 % durch Staphylokokkus aureus. Es können sich auch beide Erreger in den Herden finden. Die Übertragung der Erreger erfolgt durch Berühren der betroffenen Hautareale oder Kontakt mit Kleidung auf der die Erreger haften. Die Inkubationszeit ist sehr variabel und kann von einem Tag bis zu mehreren Wochen reichen, da eine Verzögerung zwischen Besiedlung und Infektion eintreten kann. Die Erkrankung ist nicht zu verwechseln mit Akne, superinfizierter Neurodermitis oder Psoriasis. Auch nicht jeder Furunkel ist hochinfektiös. Je nach Schwere der Erkrankung ist eine lokale bzw. eine systemische Antibiotikatherapie notwendig. Der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ist nach Abheilen aller infizierten Hautareale wieder möglich. Bakteriell verunreinigte Kleidung sollte möglichst bei 60 - 90 °C gewaschen werden. Die Erkrankung ist in der Regel nicht Folge mangelnder Körperhygiene. Meist liegen prädisponierende Faktoren in der Haut der Patienten zugrunde. Zur Prävention von Neuinfektionen ist eine sorgfältige Hautpflege zu beachten.

## 7 Keuchhusten

Keuchhustenerkrankungen können durch eine rechtzeitig begonnene und vollständige Immunisierung verhindert werden.

### 7.1 Inkubationszeit

Sieben bis 14 Tage.

### 7.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt im Stadium catarrhale und klingt im Stadium convulsivum allmählich ab. Im frühen Konvulsiv-Stadium sind die Patienten somit oft noch ansteckend. Auch gegen Pertussis geimpfte Kinder können nach Keuchhustenkontakt vorübergehend Träger von Bordetella sein. Ein langdauernder Trägerstatus bei Gesunden ist bisher nicht dokumentiert worden.

### 7.3 Zulassung nach Krankheit

Ohne antimikrobielle Behandlung ist eine Wiedenzulassung erst drei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome gefahrlos möglich. Frühestens fünf Tage nach Beginn einer effektiven Therapie mit Erythromycin können Patienten eine Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

### 7.4 Ausschluss von Ausscheidern

Entfällt.

### 7.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich, solange keine pertussisverdächtigen Symptome auftreten.

### 7.6 Hygienemaßnahmen zu Verhütung von Infektionen

Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.

### 7.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Ungeimpften engen Kontaktpersonen wird eine Prophylaxe mit Erythromycin für 14 Tage empfohlen.

## 8 Ansteckungsfähige Lungentuberkulose

Die behandlungsbedürftige Tuberkulose ist gem. § 6 Abs. 1 IfSG meldepflichtig.

### 8.1 Inkubationszeit

Sie beträgt Wochen bis Monate. Von den seltenen Primärherdphthisen abgesehen, tritt eine offene Lungentuberkulose in aller Regel frühestens sechs Monate nach der Infektion auf. Reaktivierungen latenter Herde können nach Jahrzehnten auftreten.

### 8.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Tuberkulosebakterien (*Mycobacterium tuberculosis*-Komplex) im Direktpräparat des Sputums, im abgesaugten Bronchialsekret oder Magensaft nachweisbar sind. Die Infektiosität von Patienten, bei denen lediglich ein kultureller oder gentechnologischer Keimnachweis gelingt, ist gering. Die Übertragung von Tuberkulosebakterien ist eng an die Häufigkeit von Husten gekoppelt. Unter effektiver antituberkulöser Kombinationstherapie klingt die Ansteckungsfähigkeit binnen der ersten zwei bis drei Wochen rasch ab.

### 8.3 Zulassung nach Krankheit

Bei initialem Nachweis von säurefesten Stäbchen sind mikroskopisch negative Befunde in drei aufeinanderfolgenden Proben von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft erforderlich. Bestanden initial Fieber oder Husten, so ist eine zwei Wochen anhaltende Entfieberung oder Abklingen des Hustens abzuwarten. Nach einer lege artis durchgeführten antituberkulösen Kombinationstherapie von drei Wochen Dauer können Gemeinschaftseinrichtungen wieder besucht werden, wenn die oben genannten Kriterien erfüllt sind. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 8.4 Ausschluss von Ausscheidern

Wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist stets als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen.

### 8.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome, insbesondere Husten, auftreten. In Einzelfällen können symptomatische Kontaktpersonen, die sich einer erforderlichen Umgebungsuntersuchung entziehen, vom Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen werden (§ 34 Abs. 3 Nr. 6 IfSG).

### 8.6 Hygienemaßnahmen zu Verhütung von Infektionen

Da die Tuberkulosebakterien aerogen übertragen werden, sind Desinfektionsmaßnahmen in Gemeinschaftseinrichtungen und Haushalten nicht notwendig. Die Keimbelastung von Innenraumluft kann am besten durch Lüften gesenkt werden.

### 8.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Für Kontaktpersonen, deren Tuberkulintest positiv ist und die entweder unter sechs Jahre alt sind oder engen Kontakt zu einem besonders ansteckenden Fall von Lungentuberkulose (Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum-Direktpräparat) hatten, wird eine Chemoprophylaxe mit INH empfohlen. Im Kindesalter wird die Gabe von 8-10 mg/kg KG/Tag in einer Einzeldosis über einen Zeitraum von sechs Monaten empfohlen. Für Jugendliche und Erwachsene wird die Gabe von 5 mg/kg KG/Tag in einer Einzeldosis über einen Zeitraum von sechs Monaten empfohlen. In beiden Altersgruppen beträgt die Maximaldosis 300 mg pro Tag.

## 9 Masern

Die Masern sind gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1h IfSG meldepflichtig. Eine Erkrankung kann durch eine rechtzeitige Immunisierung verhindert werden.

### 9.1 Inkubationszeit

Acht bis zehn Tage bis zum Beginn des katarrhalischen Stadiums, 14 Tage bis zum Ausbruch des Exanths.

### 9.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Fünf Tage vor bis vier Tage nach Auftreten des Exanths, am höchsten vor Auftreten des Exanths.

### 9.3 Zulassung nach Krankheit

Nach Abklingen der klinischen Symptome. Frühestens fünf Tage nach Exanthemausbruch. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

### 9.4 Ausschluss von Ausscheidern

Entfällt.

### 9.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder nach früher durchgemachter Krankheit. Sonstige Personen sollen für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 14 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden (§ 34 Abs. 3 Nr. 7 IfSG).

### 9.6 Hygienemaßnahmen zu Verhütung von Infektionen

Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.

### 9.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Bei ungeimpften, immungesunden Kindern kann der Ausbruch der Wildmasern durch den Lebendimpfstoff wirksam unterdrückt werden, wenn dieser innerhalb der ersten drei Tage nach Exposition verabreicht wird ("Inkubationsimpfung"). Bei abwehrgeschwächten Patienten und chronisch kranken Kindern ist die Prophylaxe von Masern mit humanem Immunglobulin (innerhalb von zwei bis drei Tagen nach Kontakt) möglich.

## 10 Meningokokken-Infektionen

Meningokokken-Meningitis oder –Sepsis sind gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 i IfSG meldepflichtig.

### 10.1 Inkubationszeit

Ein bis zehn Tage, meist weniger als vier Tage.

### 10.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Keime aus dem Nasen-Rachen-Raum isoliert werden können. Patienten sind bis 24 Stunden nach Beginn einer antibakteriellen Therapie als infektiös zu betrachten.

### 10.3 Zulassung nach Krankheit

Nach Abklingen der klinischen Symptome. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

### 10.4 Ausschluss von Ausscheidern

5 bis 10 % aller Personen sind Träger von Meningokokken im Nasen-Rachen-Raum. Bei Epidemien sind bis zu 90 % Träger möglich. Ein Ausschluss von Ausscheidern ist daher nicht vertretbar.

### 10.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Personen jeden Alters, die Kontakt mit einem an einer invasiven Meningokokken-Infektion erkrankten Patienten (Indexfall) hatten, bedürfen einer sorgfältigen klinischen Überwachung während der mutmaßlichen Inkubationszeit; ein Ausschluss asymptomatischer Personen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ist nicht erforderlich. Bei klinischen Symptomen ist eine Arztkonsultation umgehend angezeigt. § 34 Abs. 3 Nr. 8 IfSG bestimmt, dass bei häuslichem Kontakt ein Besuchsverbot für Gemeinschaftseinrichtungen besteht. Der Besuch ist unter den genannten Voraussetzungen möglich. Zum Vorgehen bei engen Kontaktpersonen siehe 10.7.

### 10.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.

### 10.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Kulturen aus dem Nasen-Rachen-Raum sind für die Entscheidung zur Chemoprophylaxe unbrauchbar. Für enge Kontaktpersonen gilt Rifampicin als Mittel der Wahl. Für Kinder wird es über zwei Tage in folgender Dosierung gegeben: 2 x 10 mg/kg KG/Tag. Die maximale Einzeldosis bei Erwachsenen ist 600 mg. Bei Säuglingen unter einem Monat beträgt die Tagesdosis 2 x 5 mg/kg KG/Tag. Enge Kontaktpersonen sind z.B. Familienmitglieder und die Kinder der gleichen Gruppe (Kindergarten oder Schulklasse). Für enge Kontaktpersonen ist eine Prophylaxe bis zum zehnten Tag nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten sinnvoll. Bei einem Auftreten von mehreren Erkrankungen durch den gleichen impfpräventablen Erregertyp innerhalb von Tagen oder wenigen Wochen in einer Gemeinschaftseinrichtung kann die zuständige Gesundheitsbehörde eine Impfung der Kinder und Beschäftigten der Einrichtung empfehlen.

# 11 Mumps

Mumps kann durch eine rechtzeitige Immunisierung verhindert werden.

## **11.1 Inkubationszeit**

Zwölf bis Tage, im Mittel 16 bis 18 Tage.

## **11.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

Sieben Tage vor bis neun Tage nach Beginn der Parotisschwellung.

## **11.3 Zulassung nach Krankheit**

## **11.4 Ausschluss von Ausscheidern**

Entfällt.

## **11.5 Ausschluss von Kontaktpersonen**

Nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder nach früher durchgemachter Krankheit. Sonstige Personen sollen für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 18 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden (§ 34 Abs. 3 Nr. 9 IfSG).

## **11.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen**

Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.

## **11.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition**

Alle exponierten und empfänglichen Personen einer Gruppe sollten so früh wie möglich eine Inkubationsimpfung erhalten.

## 12/18 Paratyphus/Typhus abdominalis

Typhus abdominalis/Paratyphus sind gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1n IfSG meldepflichtig.

### 12.1/18.1 Inkubationszeit

Drei bis 60 Tage, im Mittel zehn Tage.

### 12.2/18.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Erreger ausgeschieden werden.

Das klinische Bild beider Erkrankungen ist ähnlich. Auch die Ausscheidungsdauer der Erreger variiert nicht wesentlich. Die Übertragung der Erreger erfolgt mit dem Stuhl und ist ab der ersten Krankheitswoche bis zum Sistieren der Erregerausscheidung möglich (gewöhnlich 21 Tage bei Typhus und 14 Tage bei Paratyphus, gerechnet vom vermuteten Zeitpunkt der Infektion; sie kann bei Personen, die antibiotisch behandelt werden, länger sein).

### 12.3/18.3 Zulassung nach Krankheit

Nach klinischer Gesundung und drei aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von ein bis zwei Tagen. Die erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 12.4/18.4 Ausschluss von Ausscheidern

Im Regelfall bis zum Vorliegen von drei aufeinanderfolgenden Stuhlproben (Abstand ein bis zwei Tage) ohne Erregernachweis. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um ggf. eine Zulassung zu ermöglichen. Im Einzelfall kann die Gabe eines Gyrasehemmers die Erregerausscheidung beenden (allerdings bei Kindern nicht zugelassen), (§ 34 Abs. 2 Nr. 3 und 4 IfSG).

### 12.5/18.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Ein Ausschluss ist bis zum Vorliegen von drei aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben im Abstand von ein bis zwei Tagen notwendig. Es sei denn, es liegen keine typhusverdächtigen Symptome vor und die Einhaltung der unter 12.6/18.6 genannten Maßnahmen ist sicher gewährleistet (§ 34 Abs. 3 Nr. 14 IfSG).

### 12.6/18.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Die Übertragung von *Salmonella typhi* und *paratyphi* kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Personen, die eventuell Kontakt mit Stuhl eines an Typhus oder Paratyphus Erkrankten hatten, sollen sich für die Dauer der Inkubationszeit die Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren (alkoholisches Händedesinfektionsmittel).

### 12.7/18.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.

## 13 Pest

Die Pest ist gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 I meldepflichtig.

Sporadische Fälle gibt es z.B. immer wieder in den Rocky Mountains, Vietnam, Madagaskar und Indien. An diesen Beispielen wird deutlich, dass der Import des Erregers nach einem Auslandsaufenthalt nicht ausgeschlossen ist. Zu unterscheiden sind Beulen- und Lungenpest entsprechend der Organmanifestation.

### 13.1 Inkubationszeit

Zwei bis sechs Tage, bei Lungenpest wenige Stunden bis zwei Tage.

### 13.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachgewiesen werden.

### 13.3 Zulassung nach Krankheit

Nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 13.4 Ausschluss von Ausscheidern

Siehe 13.2.

### 13.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Gem. § 34 Abs.3 Nr. 11 IfSG sind Kontaktpersonen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen. Eine strenge häusliche Isolierung über sechs Tage mit ärztlicher Überwachung ist ausreichend.

### 13.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Die Pest ist eine von vier international vorgeschriebenen Quarantänekrankheiten. Deshalb ist für Hygienemaßnahmen immer der Rat des Gesundheitsamtes einzuholen. Dieses kann die Absonderung in einem Krankenhaus oder andere Schutzmaßnahmen anordnen (§ 30 Abs. 1 IfSG).

### 13.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Bei Personen mit engem Kontakt zu Lungenpest-Kranken oder Kontakt zu Blut, Eiter oder Ausscheidungen eines an Pest Erkrankten oder Verdächtigen sollten eine sofortige Chemoprophylaxe mit Tetracyclin, Streptomycin oder Chloramphenicol für sieben Tage erhalten.

### Anmerkungen

Die Überträger der Pestbakterien sind Flöhe, die auf Wildnagern und Ratten leben. Zu Epidemien kann es bei hoher Rattenpopulation, schlechten hygienischen Verhältnissen und engem Zusammenleben kommen; damit wird deutlich, dass eine Ausbreitung der Krankheit in Deutschland nicht zu befürchten ist. Die Beulenpest entsteht, wenn der Pestfloh von Ratten auf Menschen überspringt und mit dem Biss die Erreger überträgt. Wird das Bakterium über die Blutbahn ausgestreut, kann es zur Lungenpest kommen. Diese Patienten husten den Erreger aus und können über Tröpfcheninfektion andere infizieren. Dann beginnt die Erkrankung mit einer schweren Pneumonie, die unbehandelt immer tödlich verläuft. Sporadische Fälle gibt es z.B. immer wieder in den Rocky Mountains, Vietnam, Madagaskar und Indien. An den Beispielen wird deutlich, dass der Import des Erregers nach einer Reise nicht ausgeschlossen ist. Die Inkubationszeit beträgt bei der Beulenpest zwei bis sechs Tage und bei der Lungenpest Stunden bis zwei Tage. Eine antibiotische Behandlung ist möglich; nur durch die frühzeitige

Therapie kann allerdings die Rate tödlicher Verläufe entscheidend gesenkt werden. Jeder Erkrankungs- und Verdachtsfall ist in einem Krankenhaus abzusondern. Die frühe antibiotische Therapie ist lebensrettend. Auch Kontaktpersonen erhalten - ob der Gefährlichkeit der Erkrankung - eine prophylaktische Antibiotikabehandlung und müssen zumindest zu Hause isoliert werden.

## 14 Poliomyelitis

Die Poliomyelitis ist gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1k IfSG meldepflichtig. Die Erkrankung kann durch eine rechtzeitig begonnene und vollständige Immunisierung verhindert werden.

Sporadische Fälle gibt es z.B. immer wieder in den Rocky Mountains, Vietnam, Madagaskar und Indien. An diesen Beispielen wird deutlich, dass der Import des Erregers nach einem Auslandsaufenthalt nicht ausgeschlossen ist. Zu unterscheiden sind Beulen- und Lungenpest entsprechend der Organmanifestation.

### 14.1 Inkubationszeit

Fünf bis 14 Tage; in Einzelfällen bis 35 Tage.

### 14.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Virusausscheidung in Rachensekreten beginnt frühestens ein bis zwei Tage nach Infektion, im Stuhl nach drei Tagen und kann mehrere Wochen andauern. Auch Infizierte mit abortivem oder inapparentem Verlauf sind vorübergehend Virusausscheider.

### 14.3 Zulassung nach Krankheit

Frühestens drei Wochen nach Krankheitsbeginn. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 14.4 Ausschluss von Ausscheidern

Entfällt.

### 14.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz oder nach postexpositioneller Schutzimpfung. Ansonsten ist eine Wiederezulassung nach drei Wochen möglich (§ 34 Abs. 3 Nr. 12 IfSG).

### 14.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Vermeidung von fäkal-oralen Schmierinfektionen durch Händewaschen und -desinfektion während der Inkubationszeit bei Kontaktpersonen.

### 14.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Alle exponierten und empfänglichen Personen müssen so früh wie möglich eine aktive Schutzimpfung erhalten.

## Scabies (Krätze)

### 15.1 Inkubationszeit

Bei Erstinfektionen 20 bis 35 Tage, bei Reinfektionen wenige Tage.

### 15.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Ohne Behandlung sind die Patienten während der gesamten Krankheitsdauer (durchschnittlich acht Wochen) ansteckend.

### 15.3 Zulassung nach Krankheit

Nach Behandlung und klinischer Abheilung der befallenen Hautareale. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 15.4 Ausschluss von Ausscheidern

Entfällt.

### 15.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Alle Mitglieder einer Wohngemeinschaft sollen sich ärztlich untersuchen lassen. Ein genereller Ausschluss von Kontaktpersonen (z.B. aus einer Klasse oder einer Spielgruppe) ist im IfSG nicht vorgesehen.

### 15.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Krätzemilben werden durch Kontakte von Mensch zu Mensch, besonders bei Bettwärme, übertragen. Selten sind Übertragungswege durch infizierte Wäsche, Kleidung, Decken oder Haustiere. Wird Krätze diagnostiziert, soll die Kleidung der Patienten bei 60 °C gewaschen oder chemisch gereinigt werden. Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht erforderlich. Weitere Hinweise zu Hygienemaßnahmen enthält das Merkblatt "Krätzemilbenbefall/Skabies".

### 15.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

## **Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen (Streptokokken-Angina)**

### **16.1 Inkubationszeit**

Zwei bis vier Tage.

### **16.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

24 Stunden nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie (z.B. Penicillin V oral für mindestens zehn Tage). Unbehandelt gelten die Patienten bis zu drei Wochen als infektiös.

### **16.3 Zulassung nach Krankheit**

Bei antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszeichen ab dem zweiten Tag; ansonsten nach Abklingen der Krankheitssymptome. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

### **16.4 Ausschluss von Ausscheidern**

Nicht erforderlich.

### **16.5 Ausschluss von Kontaktpersonen**

Nicht erforderlich.

### **16.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen**

Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht notwendig.

### **16.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition**

Keine.

Ausnahme: Patienten mit Zustand nach rheumatischem Fieber haben ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv und sollten daher Penicillin erhalten.

## 17 Shigellose

Eine Shigellose sollte gem. § 34 Abs. 1 Nr. 17 IfSG stets dem Gesundheitsamt mitgeteilt werden.

### 17.1 Inkubationszeit

Ein bis sieben Tage (gewöhnlich zwei bis vier Tage).

### 17.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Sie besteht, solange Shigellen ausgeschieden werden. Eine chronische Ausscheidung ist selten; sie wird aber z.B. bei mangelernährten Kindern beobachtet. Antibiotische Behandlung führt bei sonst gesunden Patienten zur raschen Eliminierung der Erreger. In der Regel sind Shigellen jedoch auch ohne antibiotische Behandlung spätestens vier Wochen nach Beginn der Erkrankung nicht mehr im Stuhl nachweisbar.

### 17.3 Zulassung nach Krankheit

Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von drei negativen Stuhlproben im Abstand von ein bis zwei Tagen. Die erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 17.4 Ausschluss von Ausscheidern

Im Regelfall bis zum Vorliegen von drei aufeinanderfolgenden Stuhlproben ( im Abstand von ein bis zwei Tagen) ohne Erregernachweis. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Be- nehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um ggf. eine Zu- lassung zu ermöglichen (§ 34 Abs. 2 Nr. 5 IfSG).

### 17.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nach- zuweisen. Von dieser Regel kann abgewichen werden, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung der in 17.6 genannten Maßnahmen sicher gewährleistet ist (§ 34 Abs. 3 Nr. 13 IfSG).

### 17.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Die Übertragung von Shigellen kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfekti- onen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Personen, die eventuell Kontakt mit Stuhl eines an Shigellose Erkrankten hatten, sollen sich für die Dauer der Inkubationszeit die Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren (alkoholi- sches Händedesinfektionsmittel).

### 17.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

## **18 Typhus abdominalis**

siehe unter Punkt 12: Paratyphus/Typhus abdominalis

## 19 Virushepatitis A oder E

Akute Virushepatitis ist gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1e IfSG meldepflichtig.

### 19.1 Inkubationszeit

15 bis 50 Tage (im Mittel 25 bis 30 Tage).

### 19.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Ein bis zwei Wochen vor und bis zu einer Woche nach Auftreten des Ikterus.

### 19.3 Zulassung nach Krankheit

Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

### 19.4 Ausschluss von Ausscheidern

Der Nachweis von HAV-Antigen ist mittels ELISA/RIA möglich; er beweist eine frische HAV-Infektion. Ob diese Methode zur Frühdiagnostik und Klärung von Infektketten bei Ausbrüchen herangezogen werden sollte, muss im Einzelfall entschieden werden.

### 19.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich nach früher durchgemachter Krankheit, bei bestehendem Impfschutz, bzw. ein bis zwei Wochen nach postexpositioneller Schutzimpfung. Die genannten Fristen können nach § 34, Absatz 7 verkürzt werden oder entfallen, wenn nach Einschaltung des Gesundheitsamtes die Einhaltung der in 19.6 genannten Maßnahmen gewährleistet ist (§34 Abs. 3 Nr. 15 IfSG).

### 19.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Die Übertragung des Erregers kann wirksam durch Vermeiden einer fäkal-oralen Schmierinfektion, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Kontaktpersonen sollen sich für die Dauer der Inkubationszeit die Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren (alkoholisches Händedesinfektionsmittel).

### 19.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Kinder und Jugendliche sollten bei engem Kontakt zum Erkrankten, wie er z.B. im Haushalt, in Kindertagesstätten, in Kinderheimen und vereinzelt auch in Schulen vorkommt, so bald wie möglich eine postexpositionelle aktive Schutzimpfung, ggf. zusätzlich eine Prophylaxe mit Immunglobulin erhalten. Erfolgt eine Immunisierung innerhalb von zehn Tagen nach Kontakt ist es in ca. 80 % der Fälle noch möglich, eine Infektion zu verhindern; bei späteren Gaben ist eine Schutzrate deutlich niedriger.

## 20 Windpocken

### 20.1 Inkubationszeit

Gewöhnlich 14 bis 16 Tage; kann bis auf acht Tage verkürzt bzw. bis 28 Tage verlängert sein.

### 20.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Ab zwei Tage vor Ausbruch des Exanthems bis ca. sieben Tage nach Auftreten der ersten Bläschen. Bei abwehrgeschwächten Patienten mit protrahierten Varizellen bedeutet dies, dass die Kontagiosität nahezu die ganze Zeit bestehen kann, in der frische Effloreszenzen auftreten.

### 20.3 Zulassung nach Krankheit

Bei unkompliziertem Verlauf ist ein Ausschluss für eine Woche aus der Gemeinschaftseinrichtung in der Regel ausreichend. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

### 20.4 Ausschluss von Ausscheidern

Entfällt.

### 20.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich.

### 20.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Wirksame Hygienemaßnahmen sind nicht bekannt.

### 20.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Für besonders gefährdete Personen ist die Gabe eines spezifischen Immunglobulins zu erwägen.

# Kopflausbefall

Zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Kopflausbefall haben das Robert Koch-Institut (RKI) und das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) gemeinsam ein Merkblatt herausgegeben, das alle wichtigen Hinweise enthält.

## **1 Inkubationszeit**

Die Übertragung der Kopfläuse erfolgt von Mensch zu Mensch durch Überwandern der Parasiten von einem Kopf zum anderen. Auch durch verlauste Kleidungsstücke oder Bettwäsche ist eine Übertragung möglich. Festgestellt werden die Ektoparasiten oft erst, wenn sie sich nach einem Lebenszyklus in der Kopfbehaarung massenhaft vermehrt haben. Dieser beansprucht in der Regel drei Wochen.

## **2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

Solange Läuse oder Nissen nachgewiesen werden.

## **3 Zulassung nach Parasitenbefall**

Nach erfolgreicher Behandlung (siehe Merkblatt "Kopflausbefall"). Ein schriftliches ärztliches Attest ist bei wiederholtem Befall erforderlich.

## **4 Ausschluss von Ausscheidern**

Siehe 2.

## **5 Ausschluss von Kontaktpersonen**

Allen Mitgliedern einer häuslichen Wohngemeinschaft ist zu einer spezifischen Behandlung der Kopfhaare zu raten. Werden in einer Gemeinschaftseinrichtung Läuse festgestellt, sollen alle Mitglieder der Klasse oder Gruppe sorgfältig untersucht werden, um eine Weiterverbreitung der Parasiten zu verhindern. Das erneute Auftreten von Läusen in Schulen und Kindergärten nach ca. drei Wochen ist nicht selten und führt zu Spannungen in der Einrichtung und zu Unmut bei den Eltern. In der Regel ist die Ursache nicht eine neue Quelle, sondern es handelt sich um einen Rückfall bei nicht ausreichend behandelten Personen. Gerade deshalb sind Inspektionen sorgfältig durchzuführen und, wann immer möglich, die Behandlung auch zu überwachen. Eine intensive Zusammenarbeit von Einrichtung, Gesundheitsamt und Eltern ist bei Kopflausbefall Grundvoraussetzung für die Beseitigung der Parasiten.

## **6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung**

Hygienemaßnahmen erstrecken sich (neben der dermatologischen Behandlung) besonders auf die Vernichtung der Parasiten in Kleidung, Wäsche und Gebrauchsgegenständen. Dazu wird auf das Merkblatt "Kopflausbefall" verwiesen.

## **7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition**

Siehe 5.

## **Infektiöse Gastroenteritis, Besonderheit für Kinder im Vorschulalter**

§ 34 Abs.1 Satz 3 bestimmt, dass Kinder, die das sechst 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. Schulkinder sind in der Lage durch Waschen der Hände, ggf. deren Desinfektion, eine Weiterverbreitung der Erreger durch Schmierinfektion zu verhindern.

Die Benutzung von Gemeinschaftstoiletten stellt kein besonderes Risiko dar, wenn sie mit Toilettenpapier, Seifenspendern, Waschbecken und Einmalhandtüchern ausgestattet sind und regelmäßig gereinigt werden. Damit wird eine infektionsepidemiologisch wie sozial verträgliche Regelung für Schulkinder erreicht. Diese müssen mit einer unspezifischen Durchfallerkrankung nicht zu Hause bleiben, da bei Beachtung einfacher Hygieneregeln eine Übertragung in der Gemeinschaftseinrichtung nicht zu befürchten ist. Die erwähnten unspezifischen Durchfallerkrankungen machen im Kindesalter den Großteil aller Gastroenteritiden aus. Viele Erreger können die Ursache sein. Die wichtigsten Bakterien sind Salmonellen, bestimmte Staphylokokkenstämme, Yersinien und Campylobacter. Bei den Viren sind in erster Linie Rotaviren, Adenoviren und Norwalkviren zu nennen.

# **Bakterielle Enteritiden z.B. durch Salmonellen, Campylobacter, Yersinia enterocolitica**

## **1 Inkubationszeit**

Salmonellen: fünf bis 72 Stunden; Campylobacter: zwei bis sieben Tage; Yersinien: meist sieben bis zehn Tage.

## **2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden.

## **3 Zulassung nach Krankheit**

Nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl). Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

## **4 Ausschluss von Ausscheidern**

Es gibt keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern, die Enteritissalmonellen, Campylobacter oder Yersinien ausscheiden, den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen. Diese Praxis, Kinder aufgrund ihres klinischen Befundes, vor allem nach Abklingen des Durchfalls, ohne bakteriologische Kontrolluntersuchungen Gemeinschaftseinrichtungen wieder besuchen zu lassen, hat sich seit Jahren in verschiedenen Regionen Deutschlands und in vielen Ländern bewährt. Kontaminierte Nahrungsmittel, nicht aber asymptomatische Ausscheider, sind die relevanten Infektionsquellen.

## **5 Ausschluss von Kontaktpersonen**

Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten.

## **6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen**

Die wichtigste Maßnahme zur Prophylaxe der Übertragung von Salmonellen, Campylobacter und Yersinien ist das Waschen der Hände vor allem nach jedem Besuch der Toilette, nach Kontakt mit vermutlich kontaminierten Gegenständen (Windeln), Nahrungsmitteln (z.B. Geflügel) und vor der Zubereitung von Mahlzeiten. Händewaschen führt zwar nicht zur Erregerelimination, wohl aber zur drastischen Reduzierung der Keimzahl an den Händen. Auf adäquate Entsorgung von Fäkalien und auf das Vorhandensein von Toilettenpapier ist zu achten. Eine Desinfektion der Toiletten von Salmonellenausscheidern ist nicht notwendig, die Anwendung von WC-Reinigern, ggf. täglich, reicht aus.

## **7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition**

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

Anmerkung: Diese Empfehlungen gelten auch für weitere Erreger, die im Allgemeinen unkompliziert verlaufende Enteritiden (z.B. durch pathogene E. coli - außer EHEC) verursachen.

# Viruseritiden

Die Infektion mit Enteritis-Viren (hauptsächlich Rota-, Adeno- und Norwalk-Viren) erfolgt hauptsächlich auf fäkal-oralem Weg von Mensch zu Mensch.

## **1 Inkubationszeit**

Ein bis drei Tage bei Rota- und Norwalkviren; bei Adenoviren fünf bis acht Tage.

## **2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden. Bei Gesunden etwa eine Woche, bei Frühgeborenen und Immungeschwächten Wochen bis Monate.

## **3 Zulassung nach Krankheit**

Nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) bzw. des Erbrechen (gerade Norwalk-Viren werden mit Erbrochenem ausgeschieden und über Aerosole übertragen). Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

## **4 Ausschluss von Ausscheidern**

Entfällt.

## **5 Ausschluss von Kontaktpersonen**

Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten.

## **6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen**

Die Übertragung von Enteritis-Viren kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Personen, die eventuell Kontakt mit Stuhl bzw. Erbrochenem eines Erkrankten hatten, sollen sich für die Dauer der Inkubationszeit und die folgenden zwei Wochen die Hände nach jedem Stuhlgang gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren (alkoholisches Händedesinfektionsmittel).

## **7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition**

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

## Anhang

Das Gesetz ist am 1.1.2001 in Kraft getreten und deshalb vielen Anwendern im Wortlaut noch nicht vertraut. Die für dieses Merkblatt relevanten Vorschriften werden deshalb im folgenden im Auszug noch einmal abgedruckt:

### **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,
15. Scabies (Krätze),
16. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen,
17. Shigellose,
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 sechste 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,
  13. Shigellose,
  14. Typhus abdominalis,
  15. Virushepatitis A oder E
- 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 zuständige Gesundheitsamt 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 durch eine andere in § 8 genannte Person 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 Impfkommission ausreichenden Impfschutzes und über die Prävention übertragbarer Krankheiten aufklären.

(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 Dienstherren entsprechende Anwendung.

### **§ 36 Einhaltung der Infektionshygiene**

(1) Die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sowie Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen nach § 1 Abs. 1, 1a des Heimgesetzes, vergleichbare Behandlungs-, Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen sowie Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge sowie sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

Das Infektionsschutzgesetz fordert zu Prävention durch Information und Aufklärung auf (§ 3 IfSG). In diesem Sinne will dieses Merkblatt über die Anforderungen insbesondere des § 34 IfSG informieren.

Dort sind in Absatz 1 in einer abschließenden Liste die Krankheiten genannt, bei denen bereits der Verdacht Meldepflichten und eine Einschränkung von Kontakten in der Gemeinschaftseinrichtung begründet.

Absatz 2 der Vorschrift bestimmt, dass Ausscheider bestimmter Krankheitserreger nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes Gemeinschaftseinrichtungen betreten dürfen. Durch die infektiionshygienische 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. ein 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 Neuregelung, 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 Gemeinschaftseinrichtung mitteilen müssen, damit dort die erforderlichen Schutzmaßnahmen veranlasst werden können. Zu den Pflichten der Eltern und anderen Sorgeberechtigten wurde ein Merkblatt verfasst, das den Gemeinschaftseinrichtungen vorliegt und bei Neuaufnahmen ausgehändigt werden sollte. 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.

Nach Absatz 7 kann die nach Landesrecht bestimmte zuständige Behörde die im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt Ausnahmen von den gesetzlichen Tätigkeitsbeschränkungen sowie den Betretungs-, Benutzungs- und Teilnahmeverboten für die Betreuten zulassen. Notwendig ist immer eine Einzelfallentscheidung, inwieweit mit anderen Schutzmaßnahmen eine Gefährdung Dritter verhindert werden kann. 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 (Cartier) 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.

Die kurz dargestellten Regelungen sind neu. Deshalb sollten sich Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und weitere Betroffene in allen Fragen bzgl. der Anwendung des neuen Rechts mit dem zuständigen Gesundheitsamt beraten.