



Empfehlungen für die Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeines	2
Bindehautentzündung	3
Borkenflechte	3
Exanthema subitum (3-Tage-Fieber)	4
Gastroenteritis bakteriell/viral/parasitär (Durchfallerkrankung)	4
Hand-Fuß-Mund-Krankheit	5
Keuchhusten	5
Krätze	6
(Kopf-) Läuse	6
Masern	7
Mumps	7
Ringelröteln	8
Röteln	8
Scharlach	9
Windpocken	9
Cholera	10
Diphtherie	10
EHEC	11
Giardiasis	11
HIB (Hämophilus influenza Typ b)	12
Meningokokken	12
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	13
Shigellose (Ruhr)	13
Tuberkulose	14
Typhus, Paratyphus	14
Virus-Hepatitis A, E	15
Virus-Hepatitis B, C, D	15



Allgemeines

Im 6. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) werden „besondere Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen“ erläutert.

Der Grund dafür ist, dass in diesen Einrichtungen ein täglicher enger Kontakt zwischen Säuglingen, Kindern und Jugendlichen untereinander, sowie zu dem dort betreuenden Personal besteht und die Übertragung von Krankheitserregern begünstigt wird.

Das Ziel ist es, die Allgemeinheit vor Ansteckungen und einer Weiterverbreitung von Krankheiten zu schützen.

Jeder Fall bzw. jede Infektionskrankheit eines Menschen muss allerdings individuell betrachtet werden, da ein jeder das Recht auf Bildung inne hat und die Grundsätze der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit bei der Wahl des Mittels beachtet werden müssen.

Entscheidend bei den zu ergreifenden Maßnahmen oder dem Ausschluss einer Person aus einer Gemeinschaftseinrichtung können sein:

- die Schwere, Behandlungsmöglichkeiten und Prognose einer Infektionskrankheit
- die Übertragungswege, auch bezogen auf die Bedingungen der jeweiligen Einrichtung
- mögliche Chemoprophylaxe oder Impfung
- Beratung und Aufklärung zum hygieneorientierten Verhalten.

Es sollte stets geprüft werden, ob Belastungen, die mit einem Ausschluss einer Person aus einer Gemeinschaftseinrichtung entstehen, vermieden werden können und nicht eine individuelle Lösung in Zusammenarbeit aller Beteiligten gefunden werden kann.

Diese Wiederezulassungsrichtlinie richtet sich unterstützend an Mitarbeiter der Schulverwaltung, Träger und Leitungen von Kindergärten, Beherbergungsbetrieben und ähnlichen Einrichtungen. Eine Beratung durch das Gesundheitsamt ist jederzeit möglich:

Frau Beckmann	563- 27 26
Frau Butzen	25 99
Herr Kämmler	23 18
Frau Jurk	20 28
Frau Wortmann	24 87

Hinweis: Ärztliches Urteil/attest



Infektion	Bindehautentzündung	Borkenflechte ansteckende (<i>Impetigo contagiosa</i>)
Was ist das?	Eine Bindehautentzündung kann durch Reizungen und Allergien verursacht werden, aber auch durch Viren und Bakterien. Eine Rötung, Juckreiz, Schwellung, Tränenfluss, Fremdgefühl im Auge und Lichtscheu kann bei allen Auslösern auftreten. Bei einer bakteriellen Bindehautentzündung kommt es zusätzlich zu einer eitrigen (gelblich-grün) Sekretabsonderung.	Borkenflechte ist eine hochinfektiöse bakterielle Hautinfektion, die mit kleinen juckenden Bläschen beginnt, hauptsächlich bei Kindern sowie Neugeborenen auftritt und deren Symptome besonders stark im Bereich des Gesichtes und der Extremitäten zu sehen sind.
Ansteckung	Bei viraler/bakterieller Bindehautentzündung erfolgt die Ansteckung über Schmierinfektion, direkt von Mensch zu Mensch über das Augensekret, über kontaminierte Gegenstände, Oberflächen oder Instrumente.	Die Ansteckung erfolgt durch direkten oder indirekten Kontakt mit dem Erkrankten, häufig bei warmem und feuchtem Sommerwetter. Am Patienten wird sie durch kratzende Finger weiterverbreitet.
Meldepflicht	Arzt: keine Labor §7 bei Adenoviren	Arzt / Labor: keine
	Einrichtung § 34 bei Häufungen >2	Einrichtung § 34
Impfung möglich	nein	nein
Ansteckungszeitraum	Unterschiedlich, Adenoviren: 5 – 12 Tage	2 – 10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Solange wie Bakterien oder Viren über das Augensekret abgesondert werden.	Hohe Ansteckungsfähigkeit, die bis zur Abheilung der letzten Borke besteht.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Je nach Symptomlage bzw. wie lange Sekrete abgesondert werden.	Nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
Ärztliches Urteil	erforderlich bei bakterieller bzw. viraler Infektion	erforderlich
Ausschluss Ausscheider	entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich, solange symptomlos	nicht erforderlich
Hygiene-Maßnahmen	Es ist auf strengste Händehygiene ist zu achten, um Schmierinfektionen zu vermeiden. Handtücher des Erkrankten nach einmaligem Gebrauch wechseln und nicht in Kontakt mit den Handtüchern anderer Personen bringen. Berührungen an der Augengegend vermeiden.	Auf peinlichste und strengste Hygiene ist zu achten, besonders dann, wenn jüngere Geschwister in der Familie sind. Einzelunterbringung empfehlenswert.
Medikamentöse Prophylaxe	symptomatisch Bakterien: antibiotische Augentropfen	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise		



Infektion	Exanthema subitum (3-Tage-Fieber)	Gastroenteritis viral/bakteriell/parasitär
Was ist das?	Das 3-Tage-Fieber ist eine hochansteckende, aber weitestgehend harmlos verlaufende Viruserkrankung. Sie zeichnet sich durch plötzlich auftretendes Fieber (3-4 Tage) und anschließendem Hautausschlag aus. Hauptsächlich sind Säuglinge und Kleinkinder bis ca. 3 Jahren betroffen. Nach abruptem Fiebrückgang erscheint ein kleinflächiger, roter Ausschlag, der sich innerhalb weniger Stunden ausbreitet (Brust, Bauch und Rücken, später Extremitäten, selten Gesicht und Kopfhaut), ohne Juckreiz.	Die Gastroenteritis ist eine Entzündung der Magen-Darm-Schleimhaut, die mit Durchfall, Bauchschmerzen und Erbrechen einhergehen und durch unterschiedliche Erreger ausgelöst werden kann. Bakt. Gastroenteritiden: meist verursacht durch eine Lebensmittelvergiftung. <u>bakteriell:</u> Salmonellen, Campylobakter, Yersinien <u>viral:</u> Noro-, Rota-, Adenoviren <u>parasitär:</u> Würmer, Giardien, Kryptosporidien
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	Die Übertragung erfolgt fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektion, sowie durch kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gebrauchsgegenstände.
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine Einrichtung: keine	Arzt § 6, Labor §7 Einrichtung § 34 bei Erkrankungshäufung >2
Impfung möglich	nein	nein (außer Rotaviren)
Ansteckungszeitraum	7 – 17 Tage nach Kontakt	Je nach Erregerart unterschiedlich, Stunden, Tage bis Wochen
Ansteckungsfähigkeit	Ca. 3 Tage vor dem Fieber bis zum Beginn des Ausschlags.	Solange der Erreger über den Stuhl ausgeschieden wird. Bei Noroviren sind auch die beim Erbrechen entstehenden Aerosole ansteckend.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden des Kindes abhängig. Es gibt vom Gesetz her keine Einschränkungen.	Erkrankte Kinder unter 6 Jahren nach Abklingen des Durchfalls, d.h. frühestens nach dem 1. festen Stuhl bzw. nach Abklingen des Erbrechens. Bei Noroviren wird eine Wiederzulassung frühestens 48 Stunden nach Abklingen des Durchfalls bzw. des Erbrechens empfohlen.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	entfällt	<u>bakteriell:</u> Ä.U. erforderlich bei Kindern unter 6 Jahren <u>viral:</u> nicht erforderlich <u>parasitär:</u> Ä.U. erforderlich
Ausschluss Ausscheider	entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich	nein, solange symptomlos
Hygiene-Maßnahmen	keine speziellen Maßnahmen	Die Übertragung kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Eine Händedesinfektion ist nach dem Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem eines Erkrankten, sowie vor der Zubereitung von Lebensmitteln erforderlich.
Medikamentöse Prophylaxe	keine	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise	lebenslange Immunität	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte (und Ausscheider, je nach Erkrankung) dürfen mit diesen weder in Berührung kommen, noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.



Infektion	Hand-Fuß-Mund-Krankheit	Keuchhusten (Pertussis)
Was ist das?	Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit ist eine virusbedingte, harmlose, mit leichtem Fieber und flüchtigem Hautausschlag im Mund, an Händen und Füßen einhergehende Erkrankung. Die Coxsackie-A-Viren können auch andere Krankheiten auslösen (Herpangina, Sommergrippe, Hirnhautentzündungen).	Ein über Wochen (6-12) andauernder Husten, der zunächst uncharakteristisch beginnt, später mit Stakkato-Hustenanfällen, ziehender Einatmung, Krämpfen in der Stimm- und Bronchialmuskulatur und dem Erbrechen von Schleim einhergeht. Besonders im Säuglingsalter gefährlich →Erstickengefahr.
Ansteckung	Tröpfcheninfektion (Husten, Niesen) und Schmierinfektion	Tröpfcheninfektion
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt § 6, Labor § 7
	Einrichtung § 34 bei gehäuftem Auftreten (ab 2 Fällen)	Einrichtung § 34
Impfung möglich	nein	ja
Ansteckungszeitraum	1 – 30 Tage (Durchschnitt: 3 – 10 Tage)	6 – 20 Tage, im Mittel 9 – 10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Während der ersten Woche der Krankheit sind infizierte Personen hochansteckend. Die Viren können nach dem Abklingen der Symptome über mehrere Wochen im Stuhl weiter ausgeschieden werden. Daher können die Patienten sehr lange ansteckend sein. Der Anteil der asymptomatisch infizierten Personen (zumeist Erwachsene) ist sehr hoch.	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und klingt im Stadium convulsivum (Stakkato-Hustenanfälle) ab. Im frühen Konvulsiv-Stadium sind die Patienten somit oft noch ansteckend. Auch gegen Pertussis geimpfte Kinder können nach Keuchhustenkontakt vorübergehend Träger der Erreger sein.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden des Kindes abhängig. Es gibt vom Gesetz her keine Einschränkungen.	Ohne Antibiotika-Therapie ist eine WZ erst 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome gefahrlos möglich. 5 Tage nach Beginn der medikamentösen Therapie können Erkrankte wieder eine Gemeinschaftseinrichtung besuchen.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	entfällt	Ä.U. erforderlich
Ausschluss Ausscheider	entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich	Nicht erforderlich, solange keine pertussisverdächtigen Symptome auftreten.
Hygiene-Maßnahmen	Händehygiene beachten, besonders nach dem Windeln oder dem Toilettengang. Engen Kontakt vermeiden und Oberflächen und Gegenstände gründlich reinigen. Im Ausbruchsgeschehen sollten Hände- und Flächendesinfektionsmittel mit viruzider Wirksamkeit verwendet werden.	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	keine	Kontaktpersonen ohne Impfschutz wird eine medikamentöse Prophylaxe empfohlen. Kontaktpersonen mit Impfschutz wird ebenfalls eine medikamentöse Prophylaxe empfohlen, wenn sie Kontakt zu immungeschwächten Personen haben.
Weitere Hinweise		Kontakt zu Säuglingen und ungeimpften, immungeschwächten Menschen sollte zwingend vermieden werden.

Infektion	Krätze (Scabies)	(Kopf-) Läuse (Pediculosis)
Was ist das?	Krätze ist eine Hauterkrankung, die durch die Krätzmilbe verursacht wird. Die Milbe gräbt Gänge in die menschliche Haut, ihre Ausscheidungen führen zu starkem Juckreiz, Knötchen, Bläschen. Die Erkrankung kann Personen jeden Alters treffen.	Die Kopflaus ist ein flügelloses Insekt und befällt meist das Kopfhaar. Es handelt sich nicht um eine Erkrankung, sondern um einen lästigen Befall. Bei massivem Befall können gelegentlich auch andere behaarte Stellen des Oberkörpers (Bart, Augenbrauen, Achselhaare) betroffen sein. Weil der Mensch die einzige Wirtsspezies ist, stellen Personen mit Kopflausbefall das Reservoir für weitere Übertragungen dar. Haustiere sind keine Überträger von Kopfläusen.
Ansteckung	Eine Übertragung erfolgt durch direkten engen körperlichen Kontakt. Textilien spielen eine untergeordnete Rolle.	Hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt durch Überwandern der Parasiten von Haar zu Haar („Haar-zu-Haar-Kontakt“). Gelegentlich ist die Übertragung aber auch indirekt möglich über Gegenstände, die mit dem Haupthaar in Berührung kommen und die innerhalb einer kurzen Zeitspanne gemeinsam benutzt werden.
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt / Labor: keine
	Einrichtung § 34	Einrichtung § 34
Impfung möglich	nein	nein
Ansteckungszeitraum	Erstinfektion: 2 – 5 Wochen Wiederansteckung: 1 – 2 Tage	Kein eigentlicher Ansteckungszeitraum, Lebenszyklus einer Laus ca. 3 Wochen.
Ansteckungsfähigkeit	Ohne Behandlung sind die Patienten während der gesamten Krankheitsdauer ansteckend.	Solange ein Befall mit mobilen Läusen besteht. Dieser wird durch korrekte Erstbehandlung abgetötet. Eine 2. Behandlung ist nach 8-10 Tagen unbedingt erforderlich, um einer erneuten Besiedlung mit geschlechtsreifen Läusen, die nach der ersten Behandlung noch aus den Eiern geschlüpft sein können, vorzubeugen. Kopflaushaltige Eier kleben fest an der Haarbasis und können nicht übertragen werden. Dies gilt auch für frisch geschlüpfte Kopfläuse im Alter bis zu 10 Tagen (Larven), die den Wirt noch nicht verlassen können und auch noch keine Eier legen können. Da Larven nach 7 Tagen aus den Eiern schlüpfen und Haare ca. 1 cm im Monat wachsen, sind Eihüllen ("Nissen"), die weiter als 1 cm entfernt von der Kopfhaut am Haar kleben, stets leer und weisen nur bei <u>unbehandelten</u> Personen auf einen übertragbaren Kopflausbefall hin.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach sachgerechter Mittelanwendung.	Nach sachgerechter Behandlung am nächsten Tag möglich. Unbedingt Nachkontrolle und Wiederholungsbehandlung nach 8 – 10 Tagen durchführen !!!
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	Ä.U. erforderlich	Bei wiederholtem Befall Ä.U. erforderlich.
Ausschluss Ausscheider	entfällt	Alle Personen, bei denen mobile Kopfläuse nachgewiesen wurden, sind nach § 34 (1) vom Besuch einer Einrichtung oder von dem Kontakt mit den darin Betreuten auszuschließen.
Ausschluss Kontaktpersonen	Ausschluss nicht erkrankter Kontaktpersonen ist nicht erforderlich.	Kontaktpersonen sind erst dann auszuschließen, wenn bei ihnen mobile Kopfläuse nachgewiesen wurden.
Hygiene-Maßnahmen	Krätzmilben werden durch Kontakte von Mensch zu Mensch, besonders bei Bettwärme übertragen. Selten sind Übertragungswege durch infizierte Wäsche, Kleidung, Decken oder Haustiere. Die Kleidung der Patienten sollte bei 60°C gewaschen oder chemisch gereinigt werden. Eine Desinfektion von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht erforderlich, gründliches Absaugen reicht. Nicht waschbare Gegenstände 4 Tage bei >20°C in dicht verschlossenen Säcken lagern.	Es wird empfohlen, das mit Wasser und einer Haarpflegespülung angefeuchtete Haar mittels eines Läusekamms zu untersuchen. Dies sind spezielle Kämmen, deren Zinken nicht mehr als 0,2 mm voneinander entfernt und wenig elastisch sind, so dass die Läuse oder Nissen besser erfasst werden. Zum Auffinden der Läuse muss das Haar systematisch Strähne für Strähne gekämmt werden, bis die Haarpflegespülung ausgekämmt ist (Reste ausspülen). Der Kamm sollte so geführt werden, dass er von der Kopfhaut aus fest zu den Haarspitzen heruntergezogen wird. Nach jedem Kämmen sollte der Kamm sorgfältig auf Läuse untersucht werden (Abstreifen auf einem hellen Handtuch), evtl. gefundene Läuse müssen beseitigt werden. Um Larven zu entdecken, kann eine Lupe hilfreich sein.
Medikamentöse Prophylaxe	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.	Alle Personen, die engen ("Haar zu Haar") Kontakt mit einem Indexfall hatten, und alle Mitglieder einer Gruppe/Klasse einer Gemeinschaftseinrichtung sollten sich umgehend untersuchen und sich im Zweifelsfall behandeln lassen. Dadurch kann einer Wiederbesiedlung wirksam vorgebeugt werden, die sowohl von unbehandelten wie auch von fehlerhaft behandelten Angehörigen einer Gruppe ausgehen kann.
Weitere Hinweise	Eine Behandlung enger Kontaktpersonen wird empfohlen.	Die gleichzeitige prophylaktische Behandlung aller Mitglieder einer häuslichen Wohngemeinschaft ist zu erwägen. Werden in Klassen oder Gruppen Läuse festgestellt, sollten alle Mitglieder in Absprache mit den Erziehungsberechtigten sorgfältig untersucht werden.



Infektion	Masern	Mumps
Was ist das?	Die Viruserkrankung beginnt mit Fieber, Husten, Schnupfen, Bindehautentzündung und Bläschenbildung am Gaumen. Das Exanthem (bräunlich-rosafarbene zusammenfließende Flecken) entsteht am 3. - 7. Tag nach Auftreten der 1. Symptome. Masern sind eine ernsthafte, hochinfektiöse Viruserkrankung, die bei Kindern und Jugendlichen zu gefährlichen Komplikationen führen kann: bakterielle Superinfektionen, Gehirnentzündung, bleibende Schäden am Zentralen Nervensystem. Mögliche Spätfolge: nach 6 – 8 Jahren kann es zu einer schweren Hirnentzündung kommen, die mit neurologischen Störungen, dem Verlust bestimmter Hirnfunktionen einhergeht und zum Tod führen kann.	Mumps ist eine Erkrankung, die durch ein Virus übertragen wird. Infektionen mit dem Mumpsvirus sind weltweit verbreitet und betreffen bei fehlender Impfung überwiegend das Kindes- und Jugendalter. Sie treten während des ganzen Jahres, jedoch gehäuft im Winter und Frühjahr auf. In Deutschland kommt es bei den gegenwärtigen Impfstrategien noch zu Erkrankungswellen im Abstand von einigen Jahren. Das Mumpsvirus kommt nur beim Menschen vor.
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	Die Übertragung erfolgt vor allem durch Tröpfcheninfektion und direktem Speichelkontakt, seltener durch mit Speichel kontaminierte Gegenstände. Die mögliche Virusausscheidung im Urin und in der Muttermilch hat keine praktische Bedeutung für die Übertragung.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7	Arzt § 6, Labor § 7
	Einrichtung § 34	Einrichtung § 34
Impfung möglich	ja	ja
Ansteckungszeitraum	8 – 10 Tage bis zum 1. Stadium (Husten, Schnupfen, Bindehautentzündung), 14 Tage bis zum Hautausschlag, 18 Tage bis Fieberbeginn	im Mittel 16 – 18 Tage (12 – 25 Tage sind möglich)
Ansteckungsfähigkeit	5 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems, am höchsten unmittelbar vor Auftreten des Exanthems.	Die Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten. Insgesamt kann ein Infizierter 7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Ohrspeicheldrüsenschwellung ansteckend sein. Auch klinisch inapparente Infektionen sind ansteckend.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach Abklingen der klinischen Symptome. Frühestens 5 Tage nach Ausbruch des Hautausschlages.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 Tage nach Auftreten der Schwellung der Ohrspeicheldrüse.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	Ä.U. erforderlich	Ä. U. erforderlich
Ausschluss Ausscheider	entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	Nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller zweiter Schutzimpfung nach früher abgelaufener, ärztlich bestätigter Krankheit oder bei Nachweis eines ausreichenden Antikörpertiters. Ungeimpfte Personen müssen für die Dauer der Inkubationszeit von 21 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden.	Kontaktpersonen, in deren häuslichen Umfeld eine nachweisliche Mumpserkrankung oder der Verdacht besteht: Ausschluss nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder bei nachweislich früher durchgemachter Krankheit. Ungeimpfte Personen müssen in der möglichen Ansteckungszeit von 18 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden.
Hygiene-Maßnahmen	Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	Impfung ungeimpfter, immungesunder Kinder in den ersten 3 Tagen nach Kontakt unterdrückt einen Masernausbruch. Eine Impfung auch darüber hinaus ist noch möglich. Immungeschwächte Kinder können innerhalb von 2-3 Tagen nach Kontakt mit Immunglobulin geschützt werden.	Eine Inkubationsimpfung nach Kontakt ist für Ungeimpfte möglich.
Weitere Hinweise		



Infektion	Ringelröteln	Röteln
Was ist das?	Ringelröteln sind eine ansteckende Krankheit, die durch das Parvovirus hervorgerufen wird. Wie die Röteln, mit denen sie nicht verwechselt werden dürfen, zählen die Ringelröteln zu den sogenannten Kinderkrankheiten, obwohl auch Erwachsene noch daran erkranken können. Häufig verläuft die Infektion ohne Krankheitszeichen. Nur ein Teil der Patienten zeigt den charakteristischen Hautausschlag.	Die Röteln sind eine hoch ansteckende Infektionskrankheit, die durch das Rötelnvirus ausgelöst werden und eine lebenslange Immunität hinterlassen.
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	Die Übertragung erfolgt aerogen durch Tröpfcheninfektion. Das Virus dringt in die Schleimhaut des oberen Respirationstraktes ein, vermehrt sich vornehmlich im lymphatischen Gewebe und führt zu einer ausgeprägten Virämie mit der Möglichkeit der diaplazentaren Übertragung in der Schwangerschaft. Der einzige natürliche Wirt ist der Mensch.
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt § 6, Labor § 7
	Einrichtung: keine	Einrichtung: keine
Impfung möglich	nein	ja
Ansteckungszeitraum	7 – 21 Tage, im Mittel 14 Tage	14 – 21 Tage
Ansteckungsfähigkeit	i.d.R. 4 – 20 Tage Am höchsten in den Tagen vor Auftreten des Ausschlags, nach Beginn des Hautausschlages nimmt die Infektiosität ab.	7 Tage vor bis 7 Tage nach Ausbruch des Hautausschlages
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Der Verlauf der Infektion und die Schwere der dabei auftretenden Beschwerden sind vom Immunsystem des Patienten abhängig. Es erscheint der charakteristische Ausschlag, zuerst als feuerrote Eruption auf den Wangen.	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden des Kindes abhängig. Es gibt vom Gesetz her keine Einschränkungen, gleichwohl bestehen Gefahren für ungeimpfte Schwangere.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden des Kindes abhängig. Ausnahme: Kinder mit Erkrankung des blutbildenden Systems, die über längere Zeit hochinfektios sein können.	Ä. U. erforderlich
Ausschluss Ausscheider	nicht erforderlich	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	entfällt	Kontaktpersonen, in deren häuslichen Umfeld eine nachweisliche Rötelerkrankung oder der Verdacht besteht: Ausschluss nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder bei nachweislich früher durchgemachter Krankheit. Ungeimpfte Personen müssen in der möglichen Ansteckungszeit von 21 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden.
Hygiene-Maßnahmen	nicht erforderlich	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	Wirksame Hygienemaßnahmen sind nicht bekannt.	Alle exponierten ungeimpften oder nur einmal geimpften Personen in Gemeinschaftseinrichtungen sollten möglichst frühzeitig eine Impfung erhalten..
Weitere Hinweise	Schwangeren Kontaktpersonen wird empfohlen, ihren Gynäkologen aufzusuchen.	Beratung durch den Gynäkologen bei ungeimpften Schwangeren.



Infektion	Scharlach (u. sonst. Streptokokkus pyogenes-Infektionen)	Windpocken (Varizellen)
Was ist das?	Scharlach ist eine Erkrankung, die durch bestimmte Bakterien, der Gruppe der Streptokokken, verursacht wird. Bestimmte Typen sind mit Erkrankungen des Rachens, andere eher mit Haut- bzw. Wund- oder septischen Infektionen verbunden. Streptokokkus- pyogenes-Bakterien bilden Giftstoffe, diese verursachen den Ausschlag beim Scharlach. Racheninfektionen durch S. pyogenes sind weltweit verbreitet. Sie gehören zu den häufigsten bakteriellen Erkrankungen im Kindesalter und weisen einen Gipfel in der Altersgruppe der 6- bis 12-Jährigen auf. Ausbrüche sind allerdings auch in allen anderen Altersgruppen möglich. Der Mensch ist der einzige Träger. Erkrankungen treten in den Wintermonaten gehäuft auf.	Das Varizella-Zoster-Virus (VZV) kann zwei verschiedene klinische Krankheitsbilder verursachen: Windpocken bei einer Erstinfektion und im Wiederholungsfall Gürtelrose. Der Mensch ist das einzige bekannte Reservoir für das VZV.
Ansteckung	Scharlach wird hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion oder direkten Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen, selten durch kontaminierte Lebensmittel und Wasser. Eitrige Hautinfektionen durch S. pyogenes entstehen durch Kontakt- bzw. Schmierinfektion. Enges Zusammenleben (z.B. in Schulen, Kasernen, Heimen) begünstigt in jedem Lebensalter die Ausbreitung des Erregers.	Die hoch ansteckenden Viren werden teils über direkten Kontakt mit den Varizellen- oder Zosterbläschen übertragen. Die Tröpfcheninfektion, also direktes Einatmen von Ausatemströpfchen infizierter Personen, ist ein bis zwei Tage vor Ausbruch des Exanthems möglich. Es ist möglich, dass das Varizella-Zoster-Virus mit der Luft übertragen wird („Windpocken“).
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt § 6, Labor § 7
	Einrichtung § 34	Einrichtung § 34
Impfung möglich	nein	ja
Ansteckungszeitraum	1 – 3 Tage	i.d.R. 14 – 16 Tage
Ansteckungsfähigkeit	24 Stunden nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie. Unbehandelt gelten die Patienten bis zu 3 Wochen als infektiös.	1 – 2 Tage vor Exanthemausbruch bis 5 – 7 Tage nach Auftreten der ersten Bläschen. Bei abwehrgeschwächten Patienten mit verzögertem Krankheitsverlauf bedeutet dies, dass die Ansteckungsfähigkeit nahezu die ganze Zeit bestehen kann, in der frische Pusteln auftreten.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Bei antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszeichen nach 48 Stunden; ansonsten nach Abklingen der Krankheitssymptome.	Meist nach einer Woche nach Beginn (erste Bläschen) einer unkomplizierten Erkrankung.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	Ä.U. erforderlich	Ä.U. erforderlich
Ausschluss Ausscheider	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich	Kontaktpersonen, in deren häuslichen Umfeld eine nachweisliche Windpockenerkrankung oder der Verdacht besteht: Ausschluss nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder bei nachweislich früher durchgemachter Krankheit. Ungeimpfte Personen müssen in der möglichen Ansteckungszeit von 16 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden.
Hygiene-Maßnahmen	Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht notwendig.	Im häuslichen Milieu sind spezielle Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen in der Regel nicht notwendig. Patienten mit Abwehrschwäche sollen keinen Kontakt zu Erkrankten haben.
Medikamentöse Prophylaxe	keine	Für Personen mit besonderer Immunlage ist die Gabe eines spezifischen Immunglobulins zu erwägen.
Weitere Hinweise		Die Viren verweilen nach Ausheilung im Körper und können je nach Immunlage in späteren Jahren zu einer Gürtelrose führen.

Im Folgenden werden Infektionskrankheiten beschrieben, die relativ selten in Gemeinschaftseinrichtungen auftreten und die Informationsweitergabe und Beratung der Einrichtung durch das Gesundheitsamt individuell erfolgt.

Infektion	Cholera	Diphtherie
Was ist das?	Cholera ist eine schwere Infektionskrankheit vorwiegend des Dünndarms, die durch das Bakterium <i>Vibrio cholerae</i> verursacht wird. Die Bakterien können extremen Durchfall und starkes Erbrechen verursachen, was zu einer schnellen Austrocknung mit Elektrolytverlust führen kann. Obwohl die meisten Infektionen ohne Symptome verlaufen, beträgt die Sterblichkeit bei Ausbruch der Krankheit unbehandelt zwischen 20 und 70 %.	Bei der Diphtherie handelt es sich um eine Krankheit, die durch eine Infektion der oberen Atemwege hervorgerufen wird. Gefürchtet ist das von den Bakterien abgesonderte Toxin, welches zu lebensbedrohlichen Komplikationen und Spätfolgen führen kann.
Ansteckung	Cholerabakterien gelangen in erster Linie über fäkalienerregerkontaminiertes Trinkwasser, weniger über erregerkontaminierte Lebensmittel oder Gebrauchsgegenstände in den Magen-Darm-Trakt des Menschen. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch wird für möglich gehalten, gilt aber als eher seltenes Ereignis.	Die Diphtherie wird durch giftstoffbildende Bakterien ausgelöst und ist von Mensch zu Mensch durch Tröpfchen- oder Schmierinfektionen übertragbar, selten auch über kontaminierte Gegenstände.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7 Einrichtung § 34	Arzt § 6, Labor § 7 Einrichtung § 34
Impfung möglich	ja	ja
Ansteckungszeitraum	2 – 3 Tage, mitunter nur wenige Stunden.	2 – 5 Tage, selten bis zu 8 Tagen.
Ansteckungsfähigkeit	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind.	Solange Erreger nachweisbar. Unbehandelt 2-4 Wochen, bei antibiotischer Therapie ca. 2-4 Tage.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach klinischer Genesung und 3 negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbeurteilungen im Abstand von 1-2 Tagen. Die erste Stuhlprobe frühestens 24 Std. nach Ende einer Antibiotikatherapie	WZ nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 negativen Abstrichen; (1. Abstrich 48 h nach Ende der Antibiotika-Therapie).
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	Ä.A. erforderlich	Ä.A. erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Eine Wiederzulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes.	Kranke und asymptomatische Keimträger: WZ nach 3 neg. Abstrichen, frühestens 24 Std. nach Antibiotika-Therapie. WZ bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes.
Ausschluss Kontaktpersonen	Da asymptomatische Infektionen bzw. leichte Verläufe die Mehrzahl sind, müssen Personen für 5 Tage nach dem letzten Kontakt mit Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Ein ärztliches Attest ist erforderlich.	Personen ohne Antibiotika-Therapie: WZ nach 3 neg. Nasen- und Rachenabstrichen (Abstand 24 Std.). Ärztliches Attest ist erforderlich. Behandelte Personen: WZ am 3. Tag nach Beginn der Antibiotika-Therapie. Ärztl. Attest erforderlich.
Hygiene-Maßnahmen	Die Übertragung von Cholera-Vibrien kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhindert werden. Eine intensive Händehygiene insbesondere nach Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem eines Erkrankten ist erforderlich.	Eine Desinfektion der häuslichen Umgebung und der Gemeinschaftseinrichtung ist in Absprache mit dem Gesundheitsamt erforderlich. Korrekte Händedesinfektion ist notwendig.
Medikamentöse Prophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.	Enge Kontaktpersonen (auch geimpfte Personen) sollten unabhängig vom Impfstatus prophylaktisch Antibiotika erhalten.
Weitere Hinweise	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.	



Infektion	Enteritis (durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC))	Giardiasis
Was ist das?	EHEC ist eine bakterielle Darmerkrankung, die blutigen Stuhl und unter Umständen auch eine schwere Erkrankung, z.B. das HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom) auslösen kann.	Die Giardiasis ist eine durch das Geißeltierchen Giardia intestinalis hervorgerufene Erkrankung des Menschen. Symptome: Durchfall, Blähungen, selten auch Fieber. Die beim Menschen vorkommenden Genotypen können auch bei Hunden und Katzen eine Erkrankung auslösen.
Ansteckung	Eine Infektion kann über Kontakt mit EHEC-Ausscheidern, durch Genuss kontaminierter, halbgarer Lebensmittel tierischen Ursprungs oder durch fäkal verunreinigtes Trinkwasser erfolgen.	Infektion durch verunreinigtes Trinkwasser oder durch Lebensmittel.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7	Arzt: keine Labor § 7
	Einrichtung § 34	Einrichtung: keine
Impfung möglich	nein	nein
Ansteckungszeitraum	2 – 10 Tage, durchschnittlich 3 – 4 Tage.	im Mittel 7 – 10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Ansteckung besteht, solange EHEC-Bakterien im Stuhl nachgewiesen werden. Allgemein gilt, dass der Erreger bei Kindern länger im Stuhl nachgewiesen werden kann als bei Erwachsenen. Mit einer Ausscheidungsdauer von über einem Monat bei klinisch unauffälligem Bild muss daher gerechnet werden.	Unbehandelte infizierte Personen können Zysten über Monate ausscheiden.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen.	Bei Personen, die im Lebensmittelbereich arbeiten und Kindern < 6 Jahren: nach Abschluss der Behandlung bzw. 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome. Kontrolle des Behandlungserfolges durch 3 negative Stuhlbefunde im Abstand von 1 Woche empfohlen.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	Ä. A. erforderlich	erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden.	ja (Lebensmittelbereich/ Kinder <6 Jahre)
Ausschluss Kontaktpersonen	Nicht erforderlich, solange keine Symptome auftreten und die Einhaltung der genannten Hygiene-Maßnahmen gewährleistet ist.	nein, solange symptomlos
Hygiene-Maßnahmen	Die Übertragung von EHEC-Bakterien kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Eine Händedesinfektion ist nach dem Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem eines Erkrankten erforderlich.	Die Übertragung kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen und durch intensive Händehygiene verhütet werden. Haustiere können Ausscheider sein und sollten tierärztlich untersucht werden.
Medikamentöse Prophylaxe	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen, noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen, noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.



Infektion	HIB (Hämophilus influenzae Typ b - Meningitis)	Meningokokken
Was ist das?	Eine meist auf den Nasen-Rachenraum beschränkte fieberhafte Infektion, häufig einhergehend mit Mittelohr- und Nasennebenhöhlenentzündung. Komplikationen können sich durch eine eitrige Meningitis und durch Herzklappen- oder Herzbeutelentzündungen ergeben. Besonders gefürchtet sind die durch Typ B verursachten Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter, eine Entzündung des Kehlkopfeinganges kann innerhalb weniger Stunden zum Schock und Tode führen.	Meningokokken sind Bakterien, die sich im Nasen-Rachen-Raum des Menschen ansiedeln und dort bei etwa 10 % der Bevölkerung ohne Anhalt klinischer Symptome nachweisbar sind. Meningokokken-Erkrankungen treten weltweit auf. Da die Keime gewöhnlich außerhalb des Körpers rasch absterben, ist für eine Infektion ein enger Kontakt mit Übertragung von Sekreten (Tröpfcheninfektion) von einem Keimträger oder einem Erkrankten erforderlich. Ein Zusammentreffen von Menschen ohne engen Kontakt führt in der Regel nicht zu einer Ansteckung.
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	Tröpfcheninfektion, direkter enger Kontakt = „face to face“
Meldepflicht	Arzt: keine Labor § 7	Arzt § 6, Labor § 7
	Einrichtung § 34	Einrichtung § 34
Impfung möglich	ja	gegen bestimmte Bakterienstämme
Ansteckungszeitraum	ca. 2 – 5 Tage	in der Regel 3 – 4 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Bis zu 24 Stunden nach Beginn einer Antibiotikatherapie.	Solange Keime aus dem Nasen-Rachen-Raum isoliert werden können. Patienten sind bis 24 Stunden nach Beginn einer antibakteriellen Therapie als infektiös zu betrachten.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach Beendigung der Antibiotikatherapie und nach Abklingen der klinischen Symptome.	Nach Abklingen der klinischen Symptome.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	erforderlich	erforderlich
Ausschluss Ausscheider	entfällt	5-10% 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.
Ausschluss Kontaktpersonen	Ja, bis zu 8 Tage nach dem letzten Kontakt. Es sei denn, dass eine medikamentöse Prophylaxe durchgeführt wird bzw. bei einem bestehenden Immunschutz.	Personen mit Kontakt zu einem an invasiver Meningokokken-Infektion erkrankten Patienten bedürfen einer sorgfältigen klinischen Überwachung während der möglichen Ansteckungszeit. Ausschluss aus einer Gemeinschaftseinrichtung ist nicht erforderlich, außer für in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen. 24 Std. nach dem Beginn einer Chemoprophylaxe gelten Kontaktpersonen als nicht mehr ansteckend.
Hygiene-Maßnahmen	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.	Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	In Gemeinschaftseinrichtungen 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.	
Weitere Hinweise		Wichtig: besonders sorgfältige Informationspolitik



Infektion	Poliomyelitis / Kinderlähmung	Shigellose, Ruhr
Was ist das?	Kinderlähmung wird durch Polioviren übertragen. Polioviren waren weltweit verbreitet; vor Einführung der oralen Impfung war die Verbreitung auch in Mitteleuropa so ausgeprägt, dass der Kontakt mit dem Erreger meist schon im Kindesalter erfolgte ("Kinderlähmung"). Die letzte in Deutschland erworbene Erkrankung an Poliomyelitis durch ein Wildvirus wurde 1990 erfasst. Endemische Erkrankungen durch Polio-Wildviren betreffen gegenwärtig nur noch wenige Länder in Afrika (Nigeria) sowie in Asien (Indien, Pakistan und Afghanistan). Der Mensch ist der einzige Träger für Polioviren.	Die Bakterienruhr (auch: Shigellose, Shigellendysenterie, Shigellenruhr, Bazillenruhr) ist eine von Shigellen ausgelöste entzündliche Erkrankung, die hauptsächlich den Dickdarm befällt. Die toxische Bakterienruhr ist charakterisiert durch häufige blutige Durchfälle, Fieber, Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit, Bauchschmerzen/Koliken, schmerzhaftem Stuhldrang, bis hin zu Nierenversagen oder Kreislaufkollaps. Die mildere Verlaufsform geht mit geringeren toxischen Erscheinungen einher.
Ansteckung	Das Poliovirus wird hauptsächlich fäkal-oral übertragen. Schlechte hygienische Verhältnisse begünstigen die Ausbreitung von Poliovirus-Infektionen.	Die Übertragung erfolgt fäkal-oral, überwiegend durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch. Infektionen durch kontaminiertes Trinkwasser oder Lebensmittel besitzen vor allem in den wärmeren Ländern Bedeutung, hier ist auch mit einer Übertragung in kontaminierten Badegewässern zu rechnen. Fliegen besitzen als mechanische Vektoren nicht nur in tropischen Ländern eine praktische Bedeutung.
Meldepflicht	Arzt § 6 Labor § 7	Arzt: keine Labor § 7
	Einrichtung § 34	Einrichtung § 34
Impfung möglich	ja	nein
Ansteckungszeitraum	3 – 35 Tage	12 – 96 h
Ansteckungsfähigkeit	Die Virusausscheidung im Rachensekret beginnt 1-2 Tage nach Infektion, im Stuhl nach 3 Tagen; sie kann mehrere Wochen andauern. Auch Infizierte mit abgekürztem oder unauffälligem Verlauf sind Virusausscheider.	Solange Keime ausgeschieden werden (bis zu 1-4 Wochen nach akuter Krankheitsphase). Chronische Ausscheidung ist selten, z. B. bei mangelernährten Kindern. Antibiotische Behandlung bei gesunden Patienten führt zu einem raschen Abtöten der Erreger.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Frühestens 3 Wochen nach Krankheitsbeginn und Vorliegen 2 negativer Stuhlproben.	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen. Die erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 Stunden nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie erfolgen.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	erforderlich	erforderlich
Ausschluss Ausscheider	ja	Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden.
Ausschluss Kontaktpersonen	Nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz und nach postexpositioneller Schutzimpfung oder Kontakt zu Personen mit Impfpoliomyelitis. Bei Ungeimpften ist eine Wiederzulassung nach 3 Wochen nach letzter Exposition möglich, wenn 2 negative Stuhlproben vorliegen.	Nicht erforderlich. Nicht erkrankte Personen der häuslichen Gemeinschaft dürfen, solange keine Symptome auftreten und die Einhaltung der genannten Hygienemaßnahmen gewährleistet ist, die Einrichtungen besuchen.
Hygiene-Maßnahmen	Vermeidung von fäkal-oralen Schmierinfektionen durch Händewaschen und Händedesinfektion während der Inkubationszeit bei Kontaktpersonen.	Die Übertragung von Shigellen kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Eine Händedesinfektion insbesondere nach Kontakt mit Stuhl eines Erkrankten ist erforderlich.
Medikamentöse Prophylaxe	Alle Kontaktpersonen müssen unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich eine aktive Schutzimpfung erhalten.	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise		Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.



Infektion	Tuberkulose <i>(infektiöse Lungen-TBC)</i>	Typhus, Paratyphus
Was ist das?	Die Tuberkulose, kurz TBC, ist eine weltweit verbreitete bakterielle Infektionskrankheit, die durch verschiedene Arten von Mykobakterien verursacht wird und beim Menschen am häufigsten die Lunge befällt. Nur etwa fünf bis zehn Prozent der mit Mycobakterium tuberculosis Infizierten erkranken im Laufe ihres Lebens an Tuberkulose, betroffen sind besonders Menschen mit geschwächtem Immunsystem oder einer genetisch bedingten Anfälligkeit.	Typhus ist eine schwere Durchfallerkrankung, ausgelöst durch Bakterien. Sie kommt weltweit, vor allem in Ländern mit schlechten Hygienebedingungen vor. In Deutschland wird Typhus meist durch Reisende eingeschleppt, die aus tropischen Ländern kommen. Paratyphus verläuft ähnlich wie Typhus, meist aber leichter ausgeprägt.
Ansteckung	Eine Infektion geht i.d.R. von Menschen aus, die an einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose erkrankt sind. Unter einer infektiösen Lungentuberkulose versteht man Erkrankungen, bei denen der Krankheitserreger Anschluss an die Luftwege hat. Die Infektion erfolgt fast immer aerogen, d.h. durch feinste erregerehaltige Tröpfchenkerne in der ausgeatmeten Luft, die von erkrankten Personen insbesondere beim Husten, Niesen, Lachen oder Sprechen freigesetzt werden. Besonders ansteckend sind Tuberkulosepatienten, bei denen im Auswurf so viele Bakterien vorhanden sind, dass diese bereits unter dem Mikroskop sichtbar sind („mikroskopisch positiv“). Kinder bis zum 10. Lebensjahr sind nicht ansteckend, da der Hustenausstoß nicht ausreicht, um Bakterien auszuhusten.	Die Übertragung erfolgt vorwiegend durch die Aufnahme von Wasser und Lebensmitteln, die durch Ausscheidungen (Stuhl, Urin) kontaminiert wurden. Eine direkte fäkal-orale Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich, aber von untergeordneter Bedeutung.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7	Arzt § 6, Labor § 7
	Einrichtung § 34	Einrichtung § 34
Impfung möglich	nein	Bei Typhus: ja, sie wird bei bestimmten Auslandsreisen empfohlen. Paratyphus: nein
Ansteckungszeitraum	Wochen bis Monate; meist mehr als 6 Monate	Typhus: ca. 3–60 Tage, gewöhnlich 8–14 Tage, Paratyphus: ca. 1–10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Solange Bakterien in Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft direkt nachweisbar sind. Die Ansteckung klingt unter einer Kombinationstherapie in 2-3 Wochen ab, wenn keine Medikamentenresistenz vorliegt. Bei ausgeprägten klinischen Befunden kann eine Infektiosität auch länger bestehen. Die Einschätzung obliegt der individuellen Entscheidung durch den behandelnden Arzt.	Die Ansteckungsgefahr beginnt in der ersten Krankheitswoche und dauert, solange Erreger ausgeschieden werden. (Typhus: ca. 21 Tage - Paratyphus: 14 ca. Tage). Sie kann bei Personen, die antibiotisch behandelt werden, länger sein.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Bis 2 Wochen nach Entfieberung oder Abklingen des Hustens. Bei dem Nachweis säurefester Stäbchen bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden mikroskopischen Proben. Nach durchgeführter antituberkulöser Kombinationstherapie von in der Regel drei Wochen Dauer und bei Vorliegen von drei negativen Befunden (s.o.), können Gemeinschaftseinrichtungen wieder besucht werden.	Nach klinischer Gesundung und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen (erste Stuhlprobe frühestens 24 Std. nach Beendigung der Antibiotikatherapie)
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	erforderlich	erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist stets als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen.	Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden.
Ausschluss Kontaktpersonen	Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome auftreten. Auf Husten unklarer Ursache ist zu achten. Enge Kontaktpersonen werden grundsätzlich durch das Gesundheitsamt überwacht.	Ausschluss bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben. Ausnahmen können in Absprache mit dem Gesundheitsamt erfolgen, wenn keine typhusverdächtigen Symptome vorliegen und wenn eine strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen gegeben ist.
Hygiene-Maßnahmen	Da die Tuberkulosebakterien über die Raumluft übertragen werden, sind Desinfektionsmaßnahmen in Gemeinschaftseinrichtungen und Haushalten nicht notwendig. Die Keimbelastung von Innenraumluft kann am besten durch Lüften gesenkt werden.	Übertragung von Salmonella Typhi und Paratyphi kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Eine intensive Händehygiene insbesondere nach Kontakt mit Stuhl eines Erkrankten ist erforderlich.
Medikamentöse Prophylaxe	Je nach Ergebnis einer Kontrolluntersuchung müssen Kontaktpersonen medikamentös behandelt werden.	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise		Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.

Infektion	Virus-Hepatitis A (VHA) und Virus-Hepatitis E (VHE)	Virus-Hepatitis B (HBV) Virus-Hepatitis C (HCV) und Virus-Hepatitis D (HDV)
Was ist das?	Die Virushepatitis ist eine Erkrankung, die überwiegend mit einer Entzündung der Leber einhergeht. Sie kann durch verschiedene Viren (die mit unterschiedlichen Buchstaben gekennzeichnet werden) übertragen werden.	Die Virushepatitis ist eine Erkrankung, die überwiegend mit einer Entzündung der Leber einhergeht. Sie kann durch verschiedene Viren (die mit unterschiedlichen Buchstaben gekennzeichnet werden) übertragen werden.
Ansteckung	Die Übertragung erfolgt fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektion, im Rahmen enger Personenkontakte, z. B. im Kindergarten oder im gemeinsamen Haushalt, sowie durch kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gebrauchsgegenstände. Ist oft auch eine Reiseinfektion.	Hepatitis B, C und D wird durch Körperflüssigkeiten wie Blut, Blutplasma übertragen sowie durch ungeschützten Geschlechtsverkehr über Sperma oder Scheidensekret. Die gemeinsame Benutzung von Injektionsnadeln beim Drogenkonsum stellt ebenfalls ein Infektionsrisiko dar. Weitere Möglichkeiten der Infektion bestehen bei der Mehrfachverwendung von Tätowier- oder Akupunkturnadeln.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7 Einrichtung § 34	Arzt § 6, Labor § 7 Einrichtung: keine
Impfung möglich	HAV: ja HEV: nein	HBV: ja HCV und HDV: nein
Ansteckungszeitraum	HAV: Ca. 15 – 50 Tage (im Allgemeinen 25 – 30 Tage) HEV: 3 – 8 Wochen (im Durchschnitt 40 Tage)	HBV: 1 – 6 Monate HCV: 2 – 6 Monate HDV: ist nur in Verbindung mit B möglich und eine zusätzliche Infektion
Ansteckungsfähigkeit	1–2 Wochen vor bis max. 1 Woche nach Auftreten der „Gelb“sucht (oft an der Hautfarbe oder dem Augenhintergrund zu erkennen) und solange Viren ausgeschieden werden.	Solange Viren labordiagnostisch nachgewiesen werden.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome, bzw. so lange, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit nach ärztlichem Urteil nicht mehr zu befürchten ist.	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtungen ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden der betroffenen Person abhängig.
Ärztliches Urteil (Ä.U.)/ Ärztliches Attest (Ä.A.)	erforderlich	erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Gegenwärtig erlaubt die Labordiagnostik keine routinemäßige Erfassung von Ausscheidern. Empfehlungen müssen deshalb entfallen.	Carrier = Virusträger (Kinder u. Personal) dürfen Gemeinschaftseinrichtungen i.d.R. besuchen.
Ausschluss Kontaktpersonen	Für Familienmitglieder nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder nach durchgemachter Krankheit. Sonst Ausschluss für 4 Wochen nach dem letzten Kontakt zu einem Infektiösen. Passive Immunisierung durch Immunglobulin nur für besonders gefährdete Kontaktpersonen. Für andere Kontaktpersonen bestehen keine Einschränkungen.	Nicht erforderlich.
Hygiene-Maßnahmen	Die Übertragung des Erregers kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Eine intensive Händehygiene insbesondere nach Kontakt mit Stuhl oder Urin eines Erkrankten ist erforderlich.	Vermeidung von Blutkontakten, Tragen von Schutzhandschuhen bei Erste-Hilfe-Maßnahmen.
Medikamentöse Prophylaxe	Ungeimpfte Kinder und Jugendliche können bei engem Kontakt zum Erkrankten (Haushalt, KiTa, Heim etc.) baldmöglichst eine postexpositionelle passive Schutzimpfung gegen Hep. A erhalten.	Aktive Schutzimpfung und ggf. Gabe eines speziellen Immunglobulins bei Hep. B möglich.
Weitere Hinweise	Aufgrund des fäkal-oralen Übertragungsweges kann vor allem durch eine konsequente Händehygiene, dem Tragen von Handschuhen bei möglichem Kontakt mit Ausscheidungen des Patienten, sowie einer wirksamen Händedesinfektion mit einem Händedesinfektionsmittel die Übertragung des Erregers vermieden werden. Das Virus kann außerhalb des Wirts u. U. monatelang stabil bleiben, daher sind kontaminierte Oberflächen mit einem geeigneten Desinfektionsmittel durch Abwischen zu desinfizieren. Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.	Die Problematik bei Hepatitis B wird mit zunehmender Durchimpfung abnehmen. Eine Impfung ist nur gegen Hepatitis A und B möglich.

Grundlage: Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen, Aktualisierte Fassung vom Juli 2006. Erstveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 44 (2001): 830–843