

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiedenzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen gem. § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Inhalt

Deckblatt	1
Informationen zur Meldepflicht	2
Infektiöse bakterielle und virale Gastroenteritis	7
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	9
Kopflausbefall (Pediculosis capitis)	10
Masern	13
Mumps (Parotitis epidemica)	15
Pertussis (Keuchhusten)	16
Scharlach und andere Infektionen durch Streptococcus pyogenes	17
Varizellen (Windpocken), Herpes zoster (Gürtelrose)	18
Skabies (Krätze)	19
Tabellarische Übersicht Wiedenzulassung	21
Meldebogen für Meldung nach § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)	22
Kontaktdaten	23

Stand: 13.11.2023

F:\FB_IV\FD_53_30\Kindergärten\Wiedenzulassungsrichtlinie Kreis Segeberg.doc

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Informationen zur Meldepflicht

Der 6. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes enthält Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen. Er trägt damit dem Umstand Rechnung, dass dort Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuenden Personal in engen Kontakt kommen. Enge Kontakte begünstigen die Übertragung von Krankheitserregern, die umso schwerere Krankheitsverläufe erwarten lassen, je jünger die betroffenen Kinder sind. Um Ihnen einen Überblick zu verschaffen, stellen wir Ihnen zuerst den Gesetzestext im Auszug vor und möchten anschließend Erläuterungen dazu abgeben, die als Leitfaden für die Praxis gedacht sind.

Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz

6. Abschnitt

Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen

§ 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. Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten
13. Paratyphus
14. Pest
15. Poliomyelitis
16. Röteln
17. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen
18. Shigellose
19. Skabies (Krätze)
20. Typhus abdominalis
21. Virushepatitis A oder E
22. 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

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

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

(2) Ausscheider von

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

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

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

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

aufgetreten ist.

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

(5a) 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

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

und Mitwirkungsverpflichtungen nach den Absätzen 1 bis 5 zu belehren. Über die Belehrung ist ein Protokoll zu erstellen, das beim Arbeitgeber für die Dauer von drei Jahren aufzubewahren ist. Die Sätze 1 und 2 finden für Dienstherrn entsprechende Anwendung.

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

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

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

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

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

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

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

§ 36

Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen;

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

1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen,
2. ...

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Erläuterung zum Gesetzestext

Prävention durch Information und Aufklärung

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

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

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

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

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

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

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

Absatz 5 enthält die wichtige Regelung, dass bei Auftreten eines der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Tatbestandes die volljährigen Betroffenen sowie Sorgeberechtigte von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen diesen Umstand der betreuenden Gemeinschaftseinrichtung mitteilen, damit dort die erforderlichen Schutzmaßnahmen veranlasst werden können. Um dieser Informationspflicht nachkommen zu können, ist bei jeder Neuaufnahme eine Belehrung durch die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung durchzuführen.

Der **Absatz 5a** regelt, dass alle Personen die in Gemeinschaftseinrichtungen tätig sind und tätig werden möchten über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten durch den Arbeitgeber zu informieren sind.

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

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

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

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

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

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

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

Absatz 10 ist eine Konkretisierung des Präventionsgedankens. Die Verbesserung des Impfschutzes und die Aufklärung über die Prävention übertragbarer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen können 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.

Mit dem **neuen Absatz 10a** werden Personensorgeberechtigte verpflichtet, bei der Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung einen Nachweis darüber zu erbringen, dass eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Um gerade den Krankheiten, gegen die es einen Impfschutz gibt, besser vorzubeugen, soll die Beratung und Aufklärung zum Impfschutz verbessert werden.

Die Durchführung der Schutzimpfungen ist freiwillig. Das Bestehen eines vollständigen Impfschutzes wird auch nicht als Voraussetzung für die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung geregelt. Der Nachweis ist gegenüber der Leitung der Tageseinrichtung zu erbringen. Die Aufgabe des Personals der Tageseinrichtung bei Aufnahme beschränkt sich lediglich auf die Kontrolle der Bescheinigung im Hinblick auf einen zeitnahen Beratungstermin.

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 Kindertageseinrichtungen durch das Gesetz vorgesehen.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Infektiöse bakterielle und virale Gastroenteritis, Besonderheit für Kinder im Vorschulalter

Infektionsweg

Gastroenteritiden werden fäkal-oral besonders durch Schmierinfektion, aber auch durch kontaminiertes Wasser und Lebensmittel übertragen.

Inkubationszeit

Je nach Erreger 6 Stunden bis 10 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Je nach Erreger solange er im Stuhl ausgeschieden wird. Bei Gesunden etwa zwei Tage bis mehrere Wochen, bei Frühgeborenen und Immungeschwächten Wochen bis Monate.

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Erkrankte und Kontaktpersonen

Die Übertragung von Enteritisviren kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene, verhütet werden.

Zur Vermeidung einer Infektion sollte eine konsequente Händehygiene, Händedesinfektion, Desinfektion von patientennahen Flächen, Toiletten, Waschbecken, Türgriffen mit einem Virus abtötenden Desinfektionsmittel durchgeführt werden.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

sorgfältige Händehygiene, Händedesinfektion mit einem Virus inaktivierenden Händedesinfektionsmittel.

Tägliche (in Sanitärbereichen ggf. häufigere) Wischdesinfektion aller Kontaktflächen inkl. Türgriffe mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener Virus inaktivierender Wirksamkeit.

Das unverzüglich zu informierende zuständige Gesundheitsamt kann bezüglich der erforderlichen antiepidemischen und präventiven Maßnahmen beratend tätig werden.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) bzw. des Erbrechens (gerade Noroviren werden mit Erbrochenem ausgeschieden und über Aerosole übertragen). Ausschluss von Kontaktpersonen ist nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten.

§ 34 Abs. 1 bestimmt, dass Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, die Gemeinschaftseinrichtung nicht besuchen dürfen, bis 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.

Zum weiteren sollte die Einrichtung erst 2 Tage nach dem Abklingen der klinischen Symptome wieder besucht werden. Je nach Erreger gibt es unterschiedliche Wiederzulassungsrichtlinien fragen Sie hierzu bitte Ihr zuständiges Gesundheitsamt.

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

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

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 Noroviren zu nennen.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiedezulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)

Infektionsweg

Die Übertragung der Erreger erfolgt durch Berühren der betroffenen Hautareale oder Kontakt mit Kleidung, auf der die Erreger haften.

Inkubationszeit

2 bis 10 Tage aber auch bis zu mehreren Wochen

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

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

Bekämpfungsmaßnahmen

Bakteriell verunreinigte Kleidung sollte möglichst bei 60 – 90°C gewaschen werden. Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht erforderlich.

Wiedezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

24 Stunden nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie. Ansonsten nach Abheilen aller infizierten Hautareale wieder möglich. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Kopflausbefall (Pediculosis capitis)

Infektionsweg

Läuse neigen von ihrer Natur her nicht dazu, ihren Lebensraum, den behaarten Kopf, zu verlassen! Wenn eine Übertragung erfolgt, so 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 (Kämme, Haarbürsten, Schals, Kopfbedeckungen – u.U. bis hin zum Fahrradhelm, Kopfunterlagen u.a.). Läuse können mit ihren Klammerbeinen nicht springen oder größere Strecken außerhalb des Wirtes zurücklegen. – Haustiere sind keine Überträger von Kopfläusen.

Inkubationszeit

Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Ansteckungsfähigkeit ist gegeben, solange die Betroffenen mit mobilen Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind.

Von einzelnen Erstlarven, die an Tagen nach einer spezifischen Kopflausbehandlung u.U. noch aus den Eiern schlüpfen können, geht zunächst keine akute Ansteckungsgefahr aus, sie sollten jedoch innerhalb der folgenden Tage durch nasses Auskämmen mit einem Läusekamm entfernt und durch eine obligate Wiederholungsbehandlung abgetötet werden.

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Betroffenen und Kontaktpersonen

Festgestellter Kopflausbefall erfordert ohne Zeitverzug (möglichst noch am Tage der Feststellung – Tag 1):

- bei den **Personen mit dem Befall** eine sachgerecht durchgeführte **Behandlung** mit einem zugelassenen Arzneimittel oder einem Medizinprodukt, das zur Tilgung von Kopflausbefall nachweislich geeignet ist, ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des mit Wasser und ggf. Haarpflegespülung angefeuchteten Haars
- bei den betroffenen Kontaktpersonen in Familie, Kindereinrichtungen, Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen (gleiche Gruppe oder Klasse) **Information, Untersuchung** und ggf. **Behandlung nach dem o.g. Schema**,
- im Haushalt und Kindergarten/Kinderhort ergänzende Hygienemaßnahmen.

Nach der sachgerechten Anwendung eines zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels, ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des mit Wasser und ggf. Pflegespülung angefeuchteten Haars mit einem Läusekamm ist eine Weiterverbreitung auch bei noch vorhandenen vitalen Eiern mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu befürchten.

Eltern sind gemäß § 34 Abs. 5 IfSG verpflichtet, der Gemeinschaftseinrichtung, die ihr Kind besucht, Mitteilung über einen beobachteten Kopflausbefall, auch nach dessen Behandlung, zu machen. Den Eltern sollte bewusst sein, dass das rasche Erkennen und Behandeln eines Kopflausbefalls und die pflichtgemäße Mitteilung darüber eine Voraussetzung für die erfolgreiche Verhütung und Bekämpfung in der Einrichtung sind.

Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen sind verpflichtet, das Gesundheitsamt über einen mitgeteilten oder selbst festgestellten Kopflausbefall namentlich zu benachrichtigen.

Wenn der Kopflausbefall während des Aufenthalts in einer Kindereinrichtung oder Schule festgestellt wird und das betroffene Kind nicht anderweitig betreut werden kann, kann dem Verbleiben in der Einrichtung bis zum Ende des regulären Aufenthalts zugestimmt werden, wenn enge Kontakte in den folgenden Stunden vermieden werden können.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Wichtig ist, dass seitens einer Gemeinschaftseinrichtung, in der Kopflausbefall festgestellt wurde, die Eltern der gleichen Gruppe oder Klasse, selbstverständlich anonym, über diese Feststellung unterrichtet und zur Untersuchung ihrer eigenen Kinder aufgefordert werden. Diese häusliche Untersuchung sollte gegenüber der Einrichtung bestätigt werden. In einer betroffenen Einrichtung sollten elterliche Rückmeldungen über durchgeführte Kopflausuntersuchungen registriert werden, um Untersuchungslücken zu erkennen und sie mit eigenen Kräften oder mit Hilfe des Gesundheitsamtes zu schließen. Je geringer die Kooperation der Eltern ist, desto größere Aufgaben kommen auf die pädagogischen Kräfte der Einrichtung und auf die Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamtes zu; diese können bis hin zur Untersuchung ganzer Schulklassen reichen. Ziel sollte sein, alle mit Kopfläusen befallenen Kinder oder Jugendlichen innerhalb der betroffenen Gruppen möglichst kurzfristig zu finden und die Kopflaustilgung bei allen betroffenen Personen zeitnah zu veranlassen.

Da Kopfläuse sich nur auf dem menschlichen Kopf ernähren und vermehren können, sind Reinigungs- und andere Maßnahmen von untergeordneter Bedeutung und dienen vorsorglich der Unterbrechung eventuell möglicher Übertragungsvorgänge:

- Käämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollen in heißer Seifenlösung gereinigt werden,
- Schlafanzüge und Bettwäsche, Handtücher und Leibwäsche sollen gewechselt werden,
- Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollen für **3 Tage** in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden. Insektizid-Sprays sind nicht nötig.

Dass diese Maßnahmen die das Untersuchen und Behandeln der Personen im näheren Umfeld des zuerst erkannten Trägers von Kopfläusen lediglich ergänzen, ergibt sich aus der Tatsache, dass Kopfläuse mehrfach täglich Blut saugen müssen, um nicht auszutrocknen, und dass sie ohne Nahrung nach spätestens 55 Stunden abgestorben sind.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

Gehäuftes Auftreten von Kopflausbefall in einer Gemeinschaftseinrichtung erfordert prinzipiell die gleichen Maßnahmen wie ein einzelner Fall, jedoch in größerem Umfang und mit besonders zuverlässigen Kontrollmechanismen. Alle Eltern oder Angehörigen sollten informiert werden. Das Gesundheitsamt legt in Abhängigkeit von der Situation die notwendigen Maßnahmen fest und unterstützt die Einrichtung ggf. bei deren Durchführung. In Kindereinrichtungen oder Schulen können zusätzlich zur Ausgabe von Informationsmaterial Elternabende dazu beitragen, die Mitwirkung vieler Eltern in kurzer Zeit zu gewährleisten.

Leiterinnen und Leiter von Kinderkrippen, -gärten, -tagesstätten, -horten, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie von Heimen und Ferienlagern sind nach § 34 Abs. 6 IfSG verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über einen festgestellten Kopflausbefall zu benachrichtigen und personenbezogene Angaben zu machen.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche können direkt nach der Erstbehandlung wieder besucht werden (das Komplettieren der empfohlenen Behandlung an den Folgetagen wird dabei vorausgesetzt).

Die Erziehungsberechtigten sollten auch die Durchführung der Behandlung bestätigen (ob diese elterliche Rückmeldung mündlich oder schriftlich erfolgen soll, richtet sich nach den örtlichen Regelungen).

Ein ärztliches Attest der Bestätigung des Behandlungserfolges ist bei Kopflausbefall zur Wiederzulassung nicht erforderlich (Siehe Erläuterung). Erst bei wiederholtem Kopflausbefall innerhalb von vier Wochen ist ein ärztliches Attest erforderlich.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Erläuterung Ärztliches Attest:

Im § 34 IfSG wird eine Aussage zum Kopflausbefall („Verlausung“) gemacht, die hier interpretiert werden soll: Nach dem Gesetzestext schließt festgestellter Kopflausbefall eine Betreuung oder eine Tätigkeit in einer Gemeinschaftseinrichtung, bei der Kontakt zu den Betreuten besteht, zunächst aus, bis „nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung ... nicht mehr zu befürchten ist“ (§ 34 Abs. 1 IfSG). Diese Regelung bezieht sich auf 21 verschiedene Infektionskrankheiten und die „Verlausung“. Bei Kopflausbefall ist jedoch zu bedenken, dass die überwiegende Mehrzahl der Diagnosen von Eltern gestellt wird, die Mehrzahl der Behandlungen ohne ärztliche Konsultation geschieht, eine sorgfältige Untersuchung des nassen Haares mit einem Läusekamm einen erheblichen Aufwand für eine Arztpraxis darstellt und Kosten hierfür von den Krankenversicherungen nicht übernommen werden. Da evident ist, dass durch eine korrekt durchgeführte Behandlung mit einem zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittel Kopfläuse in allen übertragbaren Entwicklungsstadien sicher abgetötet werden, besteht fachlicher Konsens, dass dann eine Weiterverbreitung der Kopfläuse durch das betroffene Kind nicht mehr zu befürchten ist und der weitere Besuch von Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen direkt nach einer solchen Behandlung gestattet werden kann.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Masern

Infektionsweg

Masern – eine der ansteckendsten Krankheiten – werden durch das Einatmen infektiöser Ausgehauchter Tröpfchen (Sprechen) bzw. Tröpfchenkerne (Husten, Niesen) sowie durch Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nase oder Rachen übertragen.

Inkubationszeit

Gewöhnlich 8–10 Tage bis zum Beginn der Mundhöhlenentzündung mit Flüssigkeitsabsonderung, 14 Tage bis zum Ausbruch der Hautentzündungen; bis zu 18 Tage bis zum Fieberbeginn sind möglich.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt bereits 5 Tage vor Auftreten der Hautentzündungen und hält bis 4 Tage nach Auftreten der Hautentzündungen an. Unmittelbar vor Erscheinen der Hautentzündungen ist sie am größten.

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Erkrankte und Kontaktpersonen

Gemäß § 34 IfSG dürfen **Personen, die an Masern erkrankt oder dessen verdächtig sind**, in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Dieses Verbot gilt gemäß Satz 2 der Vorschrift entsprechend auch für die in Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten mit Masern. Sie dürfen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten oder Einrichtungen benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen. Für empfängliche Personen, die in der Wohngemeinschaft Kontakt **zu einem Masernerkrankungsfall** hatten, legt § 34 Abs. 3 IfSG einen Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung für die Dauer von 14 Tagen nach der Exposition fest. Der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ist für diese Personen dann möglich, wenn ein Impfschutz besteht, eine postexpositionelle Schutzimpfung durchgeführt wurde oder eine früher abgelaufene Erkrankung ärztlich bestätigt ist.

Bei ungeimpften, immungesunden Kontaktpersonen kann der Ausbruch der Masern durch eine rechtzeitige **postexpositionelle Impfung** wirksam unterdrückt werden. Bei abwehrgeschwächten Patienten und chronisch kranken Kindern ist eine postexpositionelle Prophylaxe von Masern auch als **passive Immunisierung** durch eine Gabe von spezifischem humanem Immunglobulin innerhalb von 2–3 Tagen nach Kontakt möglich.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

Bei einem Masernausbruch in einer Gemeinschaftseinrichtung ergeben sich Maßnahmen des Gesundheitsamtes im Zusammenwirken mit der Leitung der Einrichtung und den beteiligten Ärzten (z.B. Kontrolle der labordiagnostischen Sicherung, Information, Überprüfen des Impfstatus aller Personen, Schutz empfänglicher Personen). Mindestens bei der Indexerkrankung und sonst bei ausgewählten Erkrankungsfällen sollte die Diagnose labordiagnostisch gesichert werden.

Bei Masernausbrüchen in einer Gemeinschaftseinrichtung sollten alle Mitarbeiter, bei Kindereinrichtungen auch die Eltern der betreuten Kinder über die Erkrankungen, das Infektionsrisiko und die Möglichkeiten des Schutzes informiert werden (§ 34 Abs. 8 u. 10 IfSG).

Die weitere Ausbreitung kann durch die postexpositionelle Immunisierung ungeimpfter bzw. nur einmal geimpfter Kontaktpersonen (**Riegelungsimpfung**), die möglichst innerhalb der ersten 3 Tage nach Exposition erfolgen sollte, verhindert werden. **Neuaufnahmen** sind nur möglich, wenn ein Impfschutz besteht, eine postexpositionelle Schutzimpfung durchgeführt wurde oder eine früher abgelaufene Erkrankung ärztlich bestätigt ist.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiedenzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Ob bei einem Masernausbuch in einer größeren Gemeinschaftseinrichtung nicht geschützte Personen, die aus medizinischen oder persönlichen Gründen keine Postexpositionsimpfung erhalten können, für einen bestimmten Zeitraum vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden, ist eine Ermessensentscheidung der zuständigen Gesundheitsbehörde, bei der die Umstände des Einzelfalles abzuwägen wären. Grundsätzlich kann eine solche Maßnahme, wenn sie z. B. zur Sicherung des Erfolges der Maßnahmen zur Bekämpfung eines bestimmten Ausbruchs für notwendig gehalten wird, auf den § 28 IfSG gestützt werden.

Für Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen besteht gemäß § 34 Abs. 6 IfSG die Pflicht, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über das zur Kenntnis gelangte Auftreten zu benachrichtigen und dazu krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Wiedenzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Eine **Wiedenzulassung** zum Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ist nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens 5 Tage nach Auftreten der Hautentzündungen möglich. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederezulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Mumps (Parotitis epidemica)

Infektionsweg

Die Übertragung erfolgt vor allem aerogen durch Tröpfcheninfektion, seltener durch mit Speichel kontaminierte Gegenstände. Die mögliche Virusausscheidung im Urin und in der Muttermilch hat keine praktische Bedeutung für die Übertragung.

Inkubationszeit

Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 16–18 Tage (12–25 Tage sind möglich).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

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 Schwellung der Ohrspeicheldrüse ansteckend sein.

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Erkrankte und Kontaktpersonen

Maßnahmen bei Erkrankten: Nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) dürfen Personen, die an Mumps erkrankt oder dessen verdächtig sind, in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Entsprechend dürfen auch die in Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten, die an Mumps erkrankt sind, die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht nutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Personen, die in der Wohngemeinschaft Kontakt zu einer ärztlich bestätigten Mumpserkrankung (oder einem Verdachtsfall) hatten, dürfen eine Gemeinschaftseinrichtung für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 18 Tagen nicht besuchen oder nicht in ihr tätig sein (§ 34 Abs. 3 IfSG). Dies entfällt, wenn sie nachweislich früher bereits an Mumps erkrankt waren, früher bereits geimpft wurden (bei nur einmaliger Impfung wird aktuell die 2. Dosis gegeben) sowie nach postexpositioneller Schutzimpfung, falls diese innerhalb von 3 (maximal 5) Tagen nach erstmals möglicher Exposition erfolgte.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen sollen über die Mitteilungspflicht der Leitung der Einrichtung gemäß § 34 Abs. 6 IfSG dem zuständigen Gesundheitsamt zur Kenntnis gelangen.

Bei Häufungen in Kindereinrichtungen und Schulen sind Riegelungsimpfungen in der Regel auch nach dem optimalen Zeitpunkt noch sinnvoll, weil dadurch Kontaktfälle, die von den Erkrankten der zweiten Generation ausgehen könnten, verhindert werden.

Erkrankungsfälle in Kindereinrichtungen und Schulen sollten grundsätzlich dazu genutzt werden, den Impfstatus im Umfeld zu kontrollieren und ggf. durch Impfung zu aktualisieren.

Gegebenenfalls Desinfektion mit einem gegen das Mumpsvirus wirksamen Desinfektionsmittel der abwaschbaren Spielzeuge.

Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Eine Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen kann nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 9 Tage nach Ausbruch der Erkrankung erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Pertussis (Keuchhusten)

Infektionsweg

Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion, die durch einen Kontakt mit einer infektiösen Person, innerhalb eines Abstandes bis zu ca. 1 Meter durch Husten, Niesen oder Sprechen erfolgen kann. Auch gegen Bordetella pertussis geimpfte können nach Kontakt mit dem Erreger vorübergehend Träger von Bordetella sein. Ein langdauernder Trägerstatus bei Gesunden ist bisher nicht dokumentiert worden. Jugendliche und Erwachsene spielen als Überträger eine zunehmende Rolle.

Inkubationszeit

7–20 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und kann bis zu 3 Wochen nach Beginn des Stadium convulsivum (anfallsweise auftretende Hustenanfälle) andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit auf etwa 5 Tage nach Beginn der Therapie.

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Erkrankte und Kontaktpersonen

Personen, die an Pertussis erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen nach § 34 IfSG in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Entsprechend dürfen auch die in Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten mit Pertussis die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Für enge **Kontaktpersonen** in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter besteht die Empfehlung einer **Chemoprophylaxe** mit Antibiotika (Makroliden). Geimpfte Kontaktpersonen sind vor der Erkrankung weitgehend geschützt, können aber vorübergehend mit Erregern besiedelt sein und damit eine Infektionsquelle darstellen. Daher sollten auch enge Kontaktpersonen, die geimpft sind, vorsichtshalber eine Chemoprophylaxe erhalten, wenn sich in ihrer Umgebung gefährdete Personen, wie z.B. Säuglinge oder Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundleiden, befinden.

Ein Ausschluss von Personen aus Gemeinschaftseinrichtungen, die Kontakt zu Pertussis-Erkrankten hatten, ist nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt. Bei Husten sind Untersuchungen zur Feststellung oder zum Ausschluss von Pertussis angezeigt.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

Nach § 34 Abs. 6 IfSG besteht eine Pflicht für Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über zur Kenntnis gelangte Erkrankungsfälle zu informieren und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen. Diese Informationspflicht ist bei Erkrankungen in Einrichtungen mit Kleinkindern besonders zu beachten.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen kann frühestens 5 Tage nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Ohne antimikrobielle Behandlung ist eine Wiederzulassung frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome möglich.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Scharlach und andere Infektionen durch Streptococcus pyogenes

Infektionsweg

Die Streptokokken-Pharyngitis wird hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion übertragen, selten durch kontaminierte Lebensmittel und Wasser. Eitrige Hautinfektionen durch *S. pyogenes* entstehen durch Kontakt- bzw. Schmierinfektion. Enges Zusammenleben begünstigt in jedem Lebensalter die Ausbreitung des Erregers.

Inkubationszeit

Die Inkubationszeit beträgt 2-4 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Erkrankte mit einer akuten Streptokokken-Infektion, die nicht spezifisch behandelt wurde, können bis zu 3 Wochen ansteckend sein. Nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie erlischt die Ansteckungsfähigkeit nach 24 Stunden.

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Erkrankte und Kontaktpersonen

Nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes dürfen Personen, die an Scharlach oder sonstigen Streptococcus-pyogenes-Infektionen erkrankt oder dessen verdächtig sind, in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Entsprechend dürfen auch die in Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten mit Streptokokken-Infektionen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

Für die Leiter von **Gemeinschaftseinrichtungen** (definiert im § 33 des IfSG) besteht gemäß § 34 (6) IfSG die Pflicht, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über das zur Kenntnis gelangte Auftreten bestimmter Infektionen und Erkrankungen, bei denen die Gefahr der Weiterverbreitung besteht, zu benachrichtigen und dazu krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Um einer Weiterverbreitung von Scharlach in einer Gemeinschaftseinrichtung zu verhindern sollte ggf. zeitweise auf Stoffhandtücher verzichtet werden.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Nach einer Erkrankung ist die Wiederzulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung unter antibiotischer Therapie und bei Fehlen von Krankheitszeichen ab dem 2. Tag möglich. Personen die keine antibiotische Therapie anstreben müssen vom erkrankungsbeginn 3 Wochen lang der Einrichtung fernbleiben. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Für Kontaktpersonen sind keine speziellen Maßnahmen erforderlich, sie sollten jedoch über ihr Infektionsrisiko und die mögliche Symptomatik aufgeklärt werden, um im Erkrankungsfall den rechtzeitigen Arztbesuch und eine Therapie zu gewährleisten.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederezulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen
gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Varizellen (Windpocken), Herpes zoster (Gürtelrose)

Infektionsweg

Varizellen sind äußerst ansteckend!

Die Übertragung erfolgt aerogen durch virushaltige Tröpfchen, die beim Atmen oder Husten ausgeschieden werden (und u.U. im Umkreis von mehreren Metern zur Ansteckung führen können). Ferner ist eine Übertragung durch virushaltigen Bläscheninhalt oder Krusten als Schmierinfektion möglich. Bei Herpes zoster besteht eine geringe Ansteckungsfähigkeit, da nur die virushaltige Bläschenflüssigkeit infektiös ist.

Inkubationszeit

Die Inkubationszeit der Varizellen kann 8–28 Tage betragen, sie liegt in der Regel bei 14–16 Tagen.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1–2 Tage vor Auftreten der Hautentzündung und endet 5–7 Tage nach Auftreten der letzten Hautveränderungen.

Patienten mit Herpes zoster sind bis zur Verkrustung der Bläschen ansteckungsfähig (Schmierinfektionen).

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen

Nach § 34 (1) IfSG dürfen an Varizellen erkrankte Personen in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Entsprechend dürfen auch Erkrankte, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden, die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Bei Desinfektionsmaßnahmen zur Vermeidung von Kontaktinfektionen, sollen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener begrenzt viruzider abtötender Wirksamkeit verwendet werden.

Seit August 2004 ist die Varizellen-Schutzimpfung von der STIKO für alle Kinder und Jugendlichen empfohlen. Die Impfung sollte vorzugsweise im Alter von 11–14 Monaten durchgeführt werden, kann jedoch auch jederzeit danach erfolgen. Noch ungeimpfte Kinder und Jugendliche ohne Varizellenanamnese sollten möglichst geimpft werden, da die Erkrankung bei ihnen mit einer höheren Komplikationsrate einhergeht.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

Für **Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen** besteht gemäß § 34 (6) IfSG die Pflicht, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über das Auftreten bestimmter Infektionen und Erkrankungen, bei denen die Gefahr der Weiterverbreitung besteht, zu benachrichtigen und dazu krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Eine Wiederezulassung zu Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen ist eine Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung möglich. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Skabies (Krätze)

Infektionsweg

In der Regel wird die Skabies durch direkten Haut-zu-Haut-Kontakt übertragen. Die Übertragung eines einzigen begatteten Milbenweibchens oder mehrerer, geschlechtlich unterschiedlicher Larven reichen für eine Besiedlung aus.

Da sich Krätzemilben nur langsam bewegen und sich an Geruch- und Temperaturgradienten orientieren, setzt eine Übertragung einen großflächigen, längeren und kontinuierlichen Haut-zu-Haut-Kontakt in der Größenordnung von 5 bis 10 Minuten voraus. Dementsprechend sind Handschütteln, Begrüßungsküsse, Umarmungen, eine rasche Untersuchung der Haut etc. von Patienten mit gewöhnlicher Skabies ohne Risiko.

Personen, die sich bei einem Patienten mit gewöhnlicher Skabies anstecken können, sind demnach im Regelfall Mitglieder einer Familie oder Wohngemeinschaft, z.B. Paare, engvertraute Geschwister, Eltern mit Kleinkindern sowie pflegebedürftige Personen, deren Betreuer und Pfleger.

Das Besiedlungsrisiko (Infestationsrisiko) steigt mit der Anzahl der Milben auf der Hautfläche des Patienten und ist sehr hoch bei der Scabies crustosa mit Tausenden bis Millionen von Milben auf befallenen Hautarealen. Hier können bereits abgelöste Schuppen Milben tragen und zur Ansteckung führen.

Theoretisch ist eine Übertragung von Krätzemilben über Textilien wie Bettwäsche, Wolldecken, Unterwäsche oder Verbandstoffe möglich, aber wegen der rasch abnehmenden Infektiosität außerhalb der Haut, der geringen Milbenzahl auf immunkompetenten Menschen und der langsamen Fortbewegung der Milben bei der gewöhnlichen Skabies selten.

Inkubationszeit

Bei einer Erstbesiedlung erscheinen die ersten Symptome nach 2 bis 5 Wochen. Bei einer erneuten Besiedlung treten die ekzematösen Hautveränderungen aufgrund der bereits bestehenden Sensibilisierung bereits nach 1 bis 4 Tagen auf.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Nach Abschluss der ersten ordnungsgemäßen Behandlung können Kinder und Betreuer eine Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen und Erwachsene zur Arbeit gehen: bei der Behandlung ansonsten gesunder, nicht immungeschwächter Patienten mit eines, auf der Haut anzuwendenden Antiskabiosums, direkt nach der abgeschlossenen Behandlung bzw. 24 Stunden nach Einnahme von Ivermectin. Je nach Ausprägung der Besiedelung ist ggf. eine zweite Behandlung im Abstand von 5-7 Tagen erforderlich. Hier gilt die Empfehlung des behandelnden Arztes. Patienten mit Scabies crustosa müssen meist mehrfach behandelt werden und werden häufig auch durch dermatologische Stationen in Krankenhäusern betreut.

Bekämpfungsmaßnahmen

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen

Nach § 34 (1) IfSG dürfen an Skabies erkrankte Personen in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Entsprechend dürfen auch Erkrankte, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden, die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Umgebungsmaßnahmen

Bei der gewöhnlichen Skabies sollten die Maßnahmen vor allem auf Textilien und Gegenstände fokussiert werden, zu denen die Erkrankten längeren/großflächigen Hautkontakt hatten. Die Durchführung sollte während bzw. direkt nach der Behandlung der Erkrankten und Kontaktpersonen erfolgen.

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiedezulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Kleider, Bettwäsche, Handtücher und weitere Gegenstände mit längerem Körperkontakt (z.B. Blutdruckmanschette, Pantoffeln, Stofftiere, etc.) sollten bei mindestens 50°C für wenigstens 10 Minuten gewaschen oder z.B. mit Hilfe eines Heißdampfgeräts dekontaminiert werden.
 - Wenn dies nicht möglich ist, können die Gegenstände und Textilien in Plastiksäcke eingepackt oder in Folie eingeschweißt werden und für 72 Stunden bei mindestens 21°C gelagert werden. Erfolgt die Lagerung bei geringer Luftfeuchtigkeit z.B. direkt vor einem auf mind. 21°C eingestellten Heizkörpers, reichen auch 48 Stunden aus.
 - Alternativ können möglicherweise kontaminierte Gegenstände auch für 2 Stunden bei **-25°C** gelagert werden
Achtung: Handelsübliche Gefriereinrichtungen kühlen oft nur auf -18°C!
- Betten sollen frisch bezogen werden.
- Polstermöbel, Sofakissen oder textile Fußbodenbeläge (wenn Erkrankte mit bloßer Haut darauf gelegen haben) können mit einem starken Staubsauger abgesaugt (Filter und Beutel danach entsorgen) oder für mindestens 48 Stunden lang nicht benutzt werden. Diese Maßnahme ist wegen der geringen Ansteckungsgefahr nicht zwingend erforderlich.
- Gegenstände, mit denen der Patient nur kurzen Kontakt hatte, müssen nicht dekontaminiert werden.

Maßnahmen bei Ausbrüchen

Für Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen besteht gemäß § 34 (6) IfSG die Pflicht, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über das Auftreten bestimmter Infektionen und Erkrankungen, bei denen die Gefahr der Weiterverbreitung besteht, zu benachrichtigen und dazu krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen. Dies trifft nach § 34 (1) IfSG auch auf die Skabies zu.

Wiedezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Nach Abschluss der ersten ordnungsgemäßen Behandlung können Betreute und Betreuer die Einrichtung wieder besuchen. Die Durchführung der Behandlung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen (RKI 2002).

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen
gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Tabellarische Übersicht Wiederzulassung

Erkrankung	Inkubationszeit	Zulassung nach Krankheit	schriftl. ärztliches Attest
Cholera	Sonderfall Der Verdacht auf eine Erkrankung ist unverzüglich an das Gesundheitsamt zu melden. Maßnahmen werden durch das Gesundheitsamt veranlasst.		
Diphtherie	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren)	6 Stunden bis 10 Tage	nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) bzw. des Erbrechens	Nein
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	2 bis 10 Tage, bis zu mehreren Wochen	24 Stunden nach Beginn einer antibiotischen Therapie. Ansonsten nach Abheilen aller infizierten Hautareale.	Ja
Keuchhusten	7 bis 20 Tage	frühestens 5 Tage nach Beginn einer Antibiotikatherapie. Ohne Antibiotikatherapie frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome möglich.	Nein
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Masern	8 bis 14 Tage	nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens 5 Tage nach Auftreten der Hautentzündungen	Nein
Meningokokken-Infektion	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Mumps	12 bis 25 Tage	nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 9 Tage nach Ausbruch der Erkrankung	Nein
Erkrankungen durch Orthopocken	5 bis 21 Tage	Frühestens 21 Tage nach Erkrankungsbeginn mit Entscheidung des Gesundheitsamtes	
Paratyphus	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Pest	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Poliomyelitis	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Röteln	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Skabies (Krätze)	2 bis 5 Wochen	nach Abschluss der ersten ordnungsgemäßen Behandlung	Ja
Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen	2 bis 4 Tage	bei antibiotischer Therapie und bei Fehlen von Krankheitszeichen ab dem 2. Tag möglich, sonst nach Abklingen der Symptome	Nein
Shigellose	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Typhus abdominalis	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Virushepatitis A oder E	Sonderfall s.o. bei Cholera		
Verlausung	-	nach der ersten von zwei Behandlungen	nur nötig bei wiederholtem Befall innerhalb von vier Wochen
Windpocken	8 bis 28 Tage	eine Woche nach Krankheitsbeginn	Nein

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiederzulassung beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Meldung nach § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Fachdienst Infektionsschutz
E-Mail: infektionsschutz@segeberg.de

Meldende Einrichtung

Adresse _____

Telefon _____

Krippe/Kindergarten/Kindertagespflege Kinderhort Schule Kinderheim

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste!) _____

Geb. Datum _____

Adresse _____

Telefon _____

Kind Personal

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Erkrankung Kind oder Personal	Dauerausscheidung von Erregern	Krankheit in Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Corneybact. Diphtheriae, toxinbildend	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spez. Durchfallform)	<input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E.coli EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren)		<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber		<input type="checkbox"/> Haemophilus-B Meningitis
<input type="checkbox"/> Haemophilus-B Meningitis		<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa – Borkenflechte		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Keuchhusten		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis
<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis	<input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi	<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Polio-Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Orthopocken		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Paratyphus		<input type="checkbox"/> Shigellose – Ruhr
<input type="checkbox"/> Pest	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, ...)	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Polio-Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi	<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Röteln		<input type="checkbox"/> Varizellen – Windpocken
<input type="checkbox"/> Krätze		<input type="checkbox"/> Verlausion
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infekt.		
<input type="checkbox"/> Shigellose – Ruhr		
<input type="checkbox"/> Typhus		
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		
<input type="checkbox"/> Varizellen – Windpocken		
<input type="checkbox"/> Verlausion		

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik _____

Erkrankungsbeginn _____

Wir bitten um Rückruf des Gesundheitsamtes unter der o.gen. Telefonnummer unserer Einrichtung!

Ort, Datum _____

Unterschrift des Meldenden (bitte lesbar) _____

Maßnahmenkatalog und Richtlinie für die Wiedenzulassung beim Auftreten
meldepflichtiger Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen
gem. §§ 33/34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Kontaktaten

Kreis Segeberg – Der Landrat
FD Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz
Hamburger Straße 30 (postalisch)
Jaguarring 16 (persönlich)
23795 Bad Segeberg

e-Mail: infektionsschutz@segeberg.de

Herr Petry

Tel.:04551 / 951 – 9322

Herr Hentrop

Tel.:04551 / 951 – 9642

Frau Betker

Tel.:04551 / 951 – 9349

Frau Glock

Tel.:04551 / 951 – 9651

Frau Furch

Tel.:04551 / 951 – 9631

Frau Rittker

Tel.:04551 / 951 – 9335

Herr Voigthaus

Tel.:04551 / 951 – 9867