



"Empfehlungen zur Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen"

<b>Infektion</b>	<b>Cholera</b>	<b>Diphtherie</b>	<b>EHEC</b>
<b>Imfpräventabel</b>	(relativ)	ja	nein
<b>Inkubationszeit</b>	Stunden bis 5 d, selten länger	2-5 d, selten bis 8 d	1-8 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar	Solange Erreger nachweisbar; bei antibakterieller Behandlung nur 2-4 d	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar
<b>Wiederzulassung nach Krankheit (WZ)</b>	Nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d erste Stuhlprobe frühestens 24 h nach Ende einer Antibiose	wenn 3 Abstriche negativ (Abstand je 2 d); [1. Abstrich 24 h nach Antibiose-Ende]	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d
<b>Arztl. Attest erforderlich</b>	ja	ja	ja
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	Die Übertragung von Choleravibrionen erfolgt unabhängig davon, ob Krankheitszeichen bestehen oder nicht, u.a. von Mensch zu Mensch (fäkal-oral) und durch kontaminierte Nahrungsmittel. Deshalb sollten Ausscheider erst nach drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden die Einrichtung wieder besuchen. Eine Wiederzulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes (§ 34 Abs.2 Nr.1 IfSG).	Kranke und asymptomatische Keimträger: nach 3 negativen Abstrichen	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 negativen aufeinanderfolgenden Stuhlproben (Abstand 1-2 d). Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll mit dem GA eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um ggf. WZ zu ermöglichen (unter Berücksichtigung des Virulenzprofils des EHEC-Stammes incl. Serotyp, Toxintyp, eae-Gen).
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	Da asymptomatische Infektionen bzw. leichte Verläufe die Mehrzahl sind, müssen Personen für fünf Tage nach dem letzten Kontakt mit Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.	falls keine Antibiose: WZ nach 3 neg. Nasen- und Rachenabstrichen (Abstand: 24 h; in Ausnahmefällen: 7 d nach letztem Kontakt); falls Antibiose: WZ nach 3 d	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen gewährleistet ist. Es sollte jedoch in Umgebungsuntersuchungen 3 Stuhlproben je Kontaktperson <sup>1</sup> untersucht werden (§ 34 Abs. 3 IfSG). Für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf EHEC aufgetreten ist, gelten die Vorschriften für EHEC Erkrankte.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene.	Desinfektion der Umgebung	Die Übertragung von EHEC-Bakterien kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen (Händehygiene!) verhütet werden. Bei Kontakt mit Stuhl eines EHEC-Erkrankten sollten für die Dauer der Inkubationszeit die Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich gewaschen, mit Einmal-Papierhandtüchern abgetrocknet und desinfiziert werden.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt	Enge Kontaktpersonen (auch Geimpfte) erhalten Antibiose; WZ nach 3 d	keine wirksame Prophylaxe bekannt
<b>Sonstiges</b>	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA erforderlich.	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA erforderlich.	



<b>Infektion</b>	<b>Virale hämorrhagische Fieber</b>	<b>Haemophilus influenzae B-Meningitis</b>	<b>Impetigo (ansteckende Borkenflechte)</b>
<b>Impfpräventabel</b>	nein	ja	nein
<b>Inkubationszeit</b>	Ebola 2-21 d Lassa 6- 21 d Marburg 7 -9 d	nicht genau bekannt	2-10 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Solange Viren im Speichel, Blut oder in Ausscheidungen nachweisbar	bis zu 24 h nach Beginn einer Antibiose entsprechend dem Ergebnis der antimikrobiellen Testung.	Ohne Behandlung sind die Patienten ansteckend, bis die letzte Effloreszenz abgeheilt ist.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Für die Entscheidung einer WZ sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.	Nach antibiotischer Therapie und nach Abklingen der klinischen Symptome.	24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose; ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	Abstimmung mit GA	nicht erforderlich	erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Für die Entscheidung einer WZ sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.	Wegen der großen Zahl von Keimträgern sind Umgebungsuntersuchungen nicht sinnvoll. Ein Ausschluss eines Ausscheiders ist nicht erforderlich, solange bei ihm keine meningitis- oder epiglottitisverdächtigen Symptome aufreten.	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft dürfen Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen (§34 Abs. 3 Nr. 4 IfSG)	nicht erforderlich, wenn medikamentöse Prophylaxe nach Exposition durchgeführt wird	nicht erforderlich
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Strikte Isolierung von Erkrankten. Über Maßnahmen gegenüber Kontaktpersonen entscheidet die zuständige Behörde (§ 30 IfSG).	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.	Desinfektion von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen nicht erforderlich.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Enge Kontaktpersonen von Patienten mit Lassa-Fieber: Ribavirin	In einem Haushalt mit Kindern unter vier Jahren, die unvollständig oder nicht gegen Hib immunisiert sind, sollen alle Personen (nicht jedoch Schwangere) eine Rifampicin-Prophylaxe für 4 d erhalten. In Kindereinrichtungen mit ungeimpften Kindern unter zwei Jahren wird eine Prophylaxe für alle Kinder derselben Gruppe und deren Betreuer (nicht jedoch für Schwangere) empfohlen. Eine Chemoprophylaxe ist nicht mehr sinnvoll, wenn der Kontakt zum Indexpatienten mehr als sieben Tage zurückliegt. Dosis und Dauer der Rifampicin-Prophylaxe nach Lebensalter	keine wirksame Prophylaxe bekannt
<b>Sonstiges</b>	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA erforderlich.		



<b>Infektion</b>	<b>Pertussis (Keuchhusten)</b>	<b>Lungen-IBC</b>	<b>Masern</b>
<b>Impräventabel</b>	ja	(in D Impfung nicht empfohlen)	ja
<b>Inkubationszeit</b>	7-20 d	Wochen bis Monate, meist mehr als 6 Monate	8-12 d bis Stadium catarrhale, 14 d bis Exanthem, bis 18 d bis Fieberbeginn
<b>Dauer der Infektiosität</b>	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 andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit auf etwa 5 d nach Beginn der Therapie. Auch gegen Pertussis geimpfte Kinder können nach Keuchhustenkontakt vorübergehend Träger von Bordetella sein.	am höchsten, solange säurefeste Stäbchen mikroskopisch nachweisbar sind (im Sputum, abgesaugtem Bronchialsekret oder Magensaft). Erkrankte Kinder gelten in aller Regel nicht als infektiös. Unter einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie sind Patienten, die mit einem sensiblen Stamm infiziert sind, innerhalb von 2-3 Wochen meist nicht mehr infektiös.	5 d vor bis 4 d nach Auftreten des Exanthems, am höchsten vor Auftreten des Exanthems
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	frühestens 5 d nach Beginn einer effektiven Antibiose; ohne antimikrobielle Behandlung frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome	- Bei initialem mikroskopischem Nachweis von säurefesten Stäbchen müssen nach Einleitung einer wirksamen Therapie in drei aufeinanderfolgenden Proben von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft mikroskopisch negative Befunde vorliegen, - bei initialem Fieber oder Husten ist eine 2 Wochen anhaltende Entfieberung oder Abklingen des Hustens abzuwarten, - nach korrekt durchgeführter antituberkulöser Kombinationstherapie von in der Regel 3 Wochen Dauer, wenn drei negative Befunde vorliegen.	nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 d nach Exanthemausbruch.
<b>Arztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	erforderlich	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	entfällt	Wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist stets als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen.	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt. Bei Husten sind Untersuchungen zur Feststellung oder zum Ausschluss von Pertussis angezeigt.	Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome auftreten.	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 d 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.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.		Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Für enge <b>Kontaktpersonen</b> in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter besteht die Empfehlung einer <b>Chemoprophylaxe</b> mit Makroliden. Auch enge Kontaktpersonen, die geimpft sind, sollten vorsichtshalber eine Chemoprophylaxe erhalten, wenn sich in ihrer Umgebung gefährdete Personen, wie z.B. Säuglinge oder Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundliden, befinden.	Für <b>Kinder</b> unter 6 Jahren oder Kinder mit engem Kontakt zu einem ansteckenden Fall von Tuberkulose (z.B. Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum-Direktpräparat eines Elternteils), deren Tuberkulintest negativ ist und bei denen durch weitere Untersuchungen eine Erkrankung an Tuberkulose ausgeschlossen wurde, wird eine Chemoprophylaxe mit INH über 3 Monate empfohlen.	Bei ungeimpften, immungesunden Kontaktpersonen kann der Ausbruch der Masern durch rechtzeitige <b>postexpositionelle Impfung</b> wirksam unterdrückt werden. Bei abwehrgeschwächten Patienten und chronisch kranken Kindern ist eine postexpositionelle Prophylaxe von Masern auch als <b>passive Immunisierung</b> durch Gabe von spezifischem humanem Immunglobulin innerhalb von 2-3 d nach Kontakt möglich.
<b>Sonstiges</b>			



<b>Infektion</b>	<b>Meningokokken-Meningitis/Sepsis</b>	<b>Mumps</b>	<b>Typhus, Paratyphus</b>
<b>Impfpräventabel</b>	zum Teil	ja	ja
<b>Inkubationszeit</b>	meist 3-4 d (auch 2-10 d)	12-25 d, i.d.R. 16-18 d	Typhus abdominalis: ca. 3-60 d (i.d.R. 8-14 d) Paratyphus: ca. 1-10 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Mit Ansteckungsfähigkeit ist 24 h nach Beginn einer erfolgreichen Therapie mit $\beta$ -Laktam-Antibiotika nicht mehr zu rechnen.	7 d vor bis 9 d nach Beginn der Parotisschwellung (2 d vor bis 4 nach am größten)	Ansteckungsgefahr besteht durch Keimausscheidung im Stuhl ab ungefähr einer Woche nach Erkrankungsbeginn. Die Ausscheidung kann über Wochen nach dem Abklingen der Symptome anhalten und in 1-4% der Fälle in eine lebenslange symptomlose Ausscheidung übergehen.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	nach Abklingen der klinischen Symptome.	nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 d nach Auftreten der Parotisschwellung	nach klinischer Gesundheit und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 d
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	nicht erforderlich	erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	5-10% aller Personen sind Träger von Meningokokken im Nasen-Rachen-Raum. Bei Epidemien können bis zu 90% Träger sein. Ein Ausschluss von Ausscheidern ist daher nicht vertretbar.	entfällt	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitssamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen</b>	Diese Regelungen gelten entsprechend für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf eine Meningokokken-Infektion aufgetreten ist (§ 34 Abs. 3 IfSG). Nach § 34 Abs. 7 IfSG kann die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem GA Ausnahmen von dem Verbot nach § 34 Abs. 1 und 3 IfSG zulassen, wenn Maßnahmen durchgeführt werden oder wurden, mit denen eine Übertragung der Erkrankung verhütet werden kann (z.B. Chemoprophylaxe).	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 d nicht besuchen (§ 34 Abs. 3 IfSG). Ausnahmen: - 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 (max. 5) d nach erstmals möglicher Exposition erfolgte.	bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen. Ausnahmen können in Absprache mit dem Gesundheitssamt erfolgen, wenn keine typhusverdächtigen Symptome vorliegen und wenn eine strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen (s.u.) gegeben ist.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.	effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel)
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Für enge Kontaktpersonen (Def. S. RKI-Merkblatt) sollte eine Chemoprophylaxe durchgeführt werden.	Alle exponierten und empfänglichen Personen einer Gruppe sollten so früh wie möglich eine Inkubationsimpfung erhalten (bis 5 d nach Exposition).	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
<b>Sonstiges</b>	Wichtig: besonders sorgfältige Informationspolitik		



<b>Infektion</b>	<b>Pest</b>	<b>Poliomyelitis (Kinderlähmung)</b>	<b>Skabies (Krätze; Krätzmilbenbefall)</b>
<b>Impräventabel</b>	(nein)	ja	nein
<b>Inkubationszeit</b>	2-6 d, bei Lungenpest wenige h bis 2 d	ca. 3-35 d	Erstinfektion: 20-35 d Reinfektion: wenige d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	solange Erreger im Bubonepunktat, Sputum oder Blut nachweisbar	Solange das Virus ausgeschieden wird. Das Poliovirus ist in Rachensekreten frühestens 36 h nach Infektion nachweisbar und kann dort etwa 7 d persistieren. Die Virusausscheidung im Stuhl beginnt nach 72 h und kann mehrere Wochen dauern (in Einzelfällen, z.B. bei Immuninkompetenten, auch länger). Auch Infizierte mit abortivem oder inapparentem Verlauf sind Virusausseider.	Ohne Behandlung sind Patienten während der gesamten Krankheitsdauer ansteckend.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie	frühestens 3 Wochen nach Krankheitsbeginn und nur nach Vorliegen von 2 negativen Stuhluntersuchungen	Nach Behandlung und klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	erforderlich	erforderlich	erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	solange Erreger im Bubonepunktat, Sputum oder Blut nachweisbar	entfällt	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	Kontaktpersonen sind vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen. Eine strenge häusliche Isolierung über sechs Tage mit ärztlicher Überwachung ist ausreichend.	Bei Kontaktpersonen sollte so früh wie möglich eine Schutzimpfung mit IPV-Impfstoff erfolgen. Bei Kontaktpersonen mit Grundimmunisierung ist ein Ausschluss von Gemeinschaftseinrichtungen nach postexpositioneller Schutzimpfung in der Regel nicht erforderlich. Wenn es sich um eine Boosterung handelt, ist der Schutz gegen eine Erkrankung umgehend vorhanden. Eine Garantie gegen die Virusausscheidung im Darm ist mit IPV allerdings nicht erreichbar. Bei ungeimpften Kontaktpersonen ist eine Wiederzulassung 3 Wochen nach letzter Exposition und negativen virologischen Kontrolluntersuchungen möglich.	Alle Mitglieder der Wohngemeinschaft sollen sich ärztlich untersuchen lassen, dabei kann eine simultane vorsorgliche Behandlung in Betracht gezogen werden. Sofern unmittelbar nach der ersten Mittelapplikation, d.h. binnen eines halben Tages alle auf der Haut befindlichen oder auswandernden Krätzmilben letal geschädigt sind und die notwendigen Entwesungsmaßnahmen ebenfalls in letal milbenschädigender Weise sachgerecht durchgeführt wurden, besteht kein Grund den Befallenen den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen länger als einen Tag zu verwehren.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Immer den Rat des Gesundheitsamtes einholen (Quarantänekrankheit!). Es kann die Absonderung in einem Krankenhaus oder andere Schutzmaßnahmen anordnen.	Vermeidung von fäkal-oralen Schmierinfektionen durch Händewaschen und -desinfektion mit einem viruzid wirkenden Desinfektionsmittel während der Inkubationszeit bei Kontaktpersonen.	Krätzmilben werden durch Kontakte von Mensch zu Mensch, besonders bei Bettwärme übertragen. Die Kleidung der Patienten sollte bei 60 °C gewaschen oder gereinigt werden.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Bei Personen mit engem Lungenpest-Kranken oder Kontakt zu Blut, Eiter oder Ausscheidungen eines an Pest Erkrankten oder Verdächtigen sollten eine sofortige Chemoprophylaxe mit Tetracyclin, Streptomycin oder Chloramphenicol für 7 d erfolgen.	Alle exponierten und empfänglichen Personen müssen so früh wie möglich eine aktive Schutzimpfung erhalten.	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
<b>Sonstiges</b>	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via Gesundheitsamt erforderlich.	In jedem Verdachts- und Erkrankungsfall ist die oberste Gesundheitsbehörde des Bundeslandes und das Robert Koch-Institut zu informieren	



<b>Infektion</b>	<b>S. pyogenes (Scharlach)</b>	<b>Shigellose (Bakterien-Ruhr)</b>	<b>Virus-Hepatitis A/E</b>
<b>Impräventabel</b>	nein	nein	A: ja, E: nein
<b>Inkubationszeit</b>	2-4 d	selten länger als 12 - 96 h	15-30-(50)d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	- 24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose. - unbehandelt gelten die Patienten bis zu 3 Wochen als infektiös	solange Keime ausgeschieden werden (1-4 Wochen mögl.); chronische Ausscheidung ist selten (z.B. bei mangelernährten Kindern).	1-2 Wochen vor bis max. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus (Gelbsucht)
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	Bei antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszeichen ab dem 2. Tag. Wird keine antibiotische Therapie veranlasst frühestens nach Abklingen der Krankheitssymptome (unbehandelte Patienten können bis zu 3 Wochen kontagiös sein).	nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 d (erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 h nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 24 h nach Ende einer Antibiose)	Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus.
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	erforderlich	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	nicht erforderlich	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem GA eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um WZ zu ermöglichen.	Gegenwärtig erlaubt die Labordiagnostik keine routinemäßige Erfassung von Ausscheidern. Empfehlungen müssen deshalb entfallen.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich	Kontaktpersonen (v.a. aus der häuslichen Gemeinschaft des Erkrankten) müssen für die Dauer der Inkubationszeit eine besonders gründliche Händehygiene einhalten. Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen. Von dieser Regel kann abgewichen werden, solange keine verdächtigen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen sicher gewährleistet ist (§ 34 Abs. 3 i.V.m. Abs. 7 IfSG).	In Gemeinschaftseinrichtungen sollte bei Kontaktpersonen für 1–2 Wochen nach einer postexpositionellen Impfung (Hep. A) ein Ausschluss erfolgen. Außerdem sollten für mindestens 4 Wochen strikte hygienische Bedingungen eingehalten werden. Ansonsten sind Kontaktpersonen 4 Wochen nach dem letzten Kontakt zu einer infektiösen Person vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen auszuschließen, sofern nicht die strikte Einhaltung von hygienischen Maßnahmen zur Verhütung einer Übertragung gewährleistet ist.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>		Die Übertragung von Shigellen kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Personen die Kontakt mit einem Erkrankten hatten, sollten sich in der Dauer der Inkubationszeit die Hände mehrmals täglich gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren.	Die Übertragung des Erregers kann wirksam durch Vermeiden einer fäkal-oralen Schmierinfektion verhütet werden. Personen die Kontakt mit einem Erkrankten hatten, sollten sich in der Dauer der Inkubationszeit die Hände mehrmals täglich gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	nicht notwendig Ausnahme: Patienten mit Zustand nach rheumatischem Fieber haben ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv und sollten daher Penicillin erhalten.	keine wirksame Prophylaxe bekannt	Ungeimpfte Kinder und Jugendliche können bei engem Kontakt zum Erkrankten (Haushalt, KT, Heim etc.) baldmöglichst eine postexpositionelle aktive Schutzimpfung und ggf. zusätzlich eine Immunglobulin-Prophylaxe erhalten.
<b>Sonstiges</b>			



<b>Infektion</b>	<b>Varizellen (Windpocken)</b>	<b>Läuse (Kopflausbefall, Pediculosis)</b>	<b>Enteritis, bakteriell</b>
<b>Impfpräventabel</b>	ja	nein	nein
<b>Inkubationszeit</b>	(8)-14-16-(28) d	keine eigentliche Inkubation Lebenszyklus ca. 3 Wochen	meist 7-10 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1–2 d vor Auftreten des Exanths und endet 5–7 d nach Auftreten der letzten Effloreszenzen. Patienten mit Herpes zoster sind bis zur Verkrustung der Bläschen ansteckungsfähig (Schmierinfektionen).	solange die Betroffenen mit geschlechtsreifen Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind; falls Nissen nahe der Kopfhaut festgestellt werden, bedeutet dies eine später mögliche Ansteckungsgefahr (nach 2–3 Wochen); Nissen an weiter entfernten Abschnitten des Haares sind keine Gefahr (abgestorben oder leer)	solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	Bei unkompliziertem Verlauf ist ein Ausschluss für eine Woche aus der Gemeinschaftseinrichtung in der Regel ausreichend.	direkt nach der – bestätigten – korrekten Durchführung einer Behandlung möglich <sup>2</sup>	Ein Ausschluss wegen Enteritis kommt nur bei Kindern < 6 Jahre in Frage. WZ nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl).
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	nicht erforderlich; bei Kindern sollen deren Erziehungsberechtigte die Behandlung gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung bestätigen	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	entfällt		Es gibt keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern, die Enteritissalmonellen, Campylobacter oder Yersinien ausscheiden, den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich	nicht erforderlich; Kontaktpersonen sind zu informieren, zu untersuchen und ggf. zu behandeln. Kinder einer Gemeinschaftseinrichtung werden i. d. R. von deren Eltern untersucht, bei fehlender Rückmeldung (Frist: 3 Tage) durch sachkundiges Personal oder Mitarbeiter des Gesundheitssamtes	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Wirksame Hygienemaßnahmen sind nicht bekannt	Läuse leben wirtsfern max. 2-3 Tage. Gegenstände mit Kopfläusen können mit heißer Seifenlösung gereinigt oder 3 Tage in einer fest verschlossenen Plastiktüte gelagert werden.	Die wichtigste Maßnahme zur Prophylaxe der Übertragung von Salmonellen, Campylobacter und Yersinien ist das Waschen der Hände vor allem nach jedem Besuch der Toilette, nach Kontakt mit z. B. Windeln oder Nahrungsmitteln bzw. vor der Zubereitung von Speisen..
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Bei ungeimpften Personen mit negativer Varizellenanamnese und Kontakt zu Risikopersonen ist eine postexpositionelle Impfung innerhalb von 5 d nach Exposition oder innerhalb von 3 d nach Beginn des Exanths beim Indexfall zu erwägen. Eine passive postexpositionelle Varizellenprophylaxe mittels VZIG wird innerhalb von 96 h nach Exposition für Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellenkomplikationen empfohlen.	keine spezifische Prophylaxe bekannt	keine wirksame Prophylaxe bekannt
<b>Sonstiges</b>			



<b>Infektion</b>	<b>Enteritis, viral</b>
<b>Impräventabel</b>	nein
<b>Inkubationszeit</b>	Rota: 1-3 d Noro: 1-3 d Adeno: 5-8 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden; bei Gesunden etwa 1 Woche, bei Frühgeborenen und Immungeschwächten Wochen bis Monate
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	Ein Ausschluss wegen Enteritis kommt nur bei Kindern < 6 Jahre in Frage. WZ 2 Tage nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) bzw. des Erbrechens
<b>Arztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Die Übertragung kann durch Vermeiden von fäkal- oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Wer Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem eines Erkrankten hatte, sollte sich die Hände in der Inkubationszeit und 2 Wochen danach gründlich waschen, mit Einmal- Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend mit einem viruzid wirkenden Desinfektionsmittel desinfizieren.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	keine wirksame Prophylaxe bekannt
<b>Sonstiges</b>	

Die Empfehlungen wurden dem RKI-Merkblatt „Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen“ vom Juli 2006 sowie dem Epidemiologischen Bulletin 20/2007: 169-173 (Kopflausbefall) ) und den RKI-Ratgebern für Ärzte zu Noroviren-Infektionen und Rotaviren-Erkrankungen entnommen.

**Stand: März 2014**

Autoren am LGL: Prof. Dr. Dr. Andreas Sing, Prof. Dr. Christiane Höller, PD Dr. Dr. Heinz Rinder

<sup>1</sup> Kontaktpersonen sind „alle Personen (...), mit denen der/die Erkrankte in seiner Wohngemeinschaft (§ 34 Abs. 3 IfSG) in dem Zeitraum infektionsrelevante Kontakte hatte, in dem er/sie Krankheitserreger ausschied. Ob ein irgendwie anders gearteter Kontakt der/des Erkrankten innerhalb dieses Zeitraums mit einer Person außerhalb des häuslichen Bereichs, z. B. in einer Gemeinschaftseinrichtung, Maßnahmen zur Infektionsverhütung oder Krankheitsfrüherkennung nach diesem Merkblatt erfordert, ist nach den Umständen des Einzelfalls fachlich zu entscheiden.“

<sup>2</sup> Bei unkontrollierten Ausbrüchen oder Zweifel an der korrekten Durchführung der Zweitbehandlung ist jedoch in der Regel „Nissenfreiheit“ (Fehlen von Eiern) zu empfehlen.