



## Kurzfassung

### "Empfehlungen zur Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen"

Erkrankung bei Kind oder Personal	Ansteckungsfähigkeit	Wiederezulassung nach Krankheit (WZ)
<b>Cholera</b>	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar	Nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d; erste Stuhlprobe frühestens 24 h nach Ende einer Antibiose
<b>Diphtherie</b>	Solange Erreger nachweisbar; bei antibakterieller Behandlung nur 2-4 d	wenn 3 Abstriche negativ (Abstand je 2 d); [1. Abstrich 24 h nach Antibiose-Ende]
<b>EHEC</b>	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d
<b>Virale hämorrhagische Fieber<sup>1</sup></b>	Solange Viren im Speichel, Blut oder in Ausscheidungen nachweisbar	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.
<b>Haemophilus influenzae B-Meningitis</b>	bis zu 24 h nach Beginn einer Antibiose entsprechend dem Ergebnis der antimikrobiellen Testung	Nach antibiotischer Therapie und nach Abklingen der klinischen Symptome.
<b>Impetigo (ansteckende Borkenflechte)</b>	Ohne Behandlung sind die Patienten ansteckend, bis die letzte Effloreszenz abgeheilt ist.	24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose; ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
<b>Pertussis (Keuchhusten)</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 <i>Bordetella</i> sein.	frühestens 5 d nach Beginn einer effektiven Antibiose; ohne antimikrobielle Behandlung frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome
<b>Lungen-TBC</b>	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.	- 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.
<b>Masern</b>	5 d vor bis 4 d nach Auftreten des Exanthems, am höchsten vor Auftreten des Exanthems	nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 d nach Exanthemausbruch.
<b>Meningokokken-Meningitis/Sepsis</b>	Mit Ansteckungsfähigkeit ist 24 h nach Beginn einer erfolgreichen Therapie mit $\beta$ -Laktam-Antibiotika nicht mehr zu rechnen.	nach Abklingen der klinischen Symptome.
<b>Mumps</b>	7 d vor bis 9 d nach Beginn der Parotisschwellung (2 d vor bis 4 nach am größten)	nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 d nach Auftreten der Parotisschwellung
<b>Typhus, Paratyphus</b>	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.	nach klinischer Genesung und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d
<b>Pest</b>	solange Erreger im Bubonenpunkat, Sputum oder Blut nachweisbar	nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie
<b>Polio[myelitis] (Kinderlähmung)</b>	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.	frühestens 3 Wochen nach Krankheitsbeginn und nur nach Vorliegen von 2 negativen Stuhluntersuchungen
<b>Skabies (Krätze; Krätzmilbenbefall)</b>	Ohne Behandlung sind Patienten während der gesamten Krankheitsdauer ansteckend.	Nach Behandlung und klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
<b>S. pyogenes (Scharlach)</b>	- 24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose. - unbehandelt gelten die Patienten bis zu 3 Wochen als infektiös	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).



<b>Shigellose (Bakterien-Ruhr)</b>	solange Keime ausgeschieden werden (1-4 Wochen mögl.); chronische Ausscheidung ist selten (z.B. bei mangelernährten Kindern).	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)
<b>Virus-Hepatitis A/E</b>	1-2 Wochen vor bis max. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus (Gelbsucht)	Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus.
<b>Varizellen (Windpocken)</b>	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1–2 d vor Auftreten des Exanthems und endet 5–7 d nach Auftreten der letzten Effloreszenzen. Patienten mit Herpes zoster sind bis zur Verkrustung der Bläschen ansteckungsfähig (Schmier-infektionen).	Bei unkompliziertem Verlauf ist ein Ausschluss für eine Woche aus der Gemeinschaftseinrichtung in der Regel ausreichend.
<b>Läuse (Kopflausbefall, Pediculosis)<sup>2</sup></b>	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)	direkt nach der – bestätigten – korrekten Durchführung einer Behandlung möglich <sup>3</sup>
<b>Enteritis, bakteriell</b>	solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden	Ein Ausschluss wegen Enteritis kommt nur bei Kindern < 6 Jahre in Frage. WZ nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl).
<b>Enteritis, viral</b>	solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden; bei Gesunden etwa 1 Woche, bei Frühgeborenen und Immungeschwächten Wochen bis Monate	Ein Ausschluss wegen Enteritis kommt nur bei Kindern < 6 Jahre in Frage. WZ nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) bzw. des Erbrechens

Grau unterlegte Erkrankungen bedürfen vor Wiederzulassung eines ärztlichen Attests.

<sup>1</sup> Ärztliches Attest nach Abstimmung mit dem Gesundheitsamt

<sup>2</sup> Ärztliches Attest nicht erforderlich; bei Kindern sollen deren Erziehungsberechtigte die Behandlung gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung bestätigen.

<sup>3</sup> Bei unkontrollierten Ausbrüchen oder Zweifel an der korrekten Durchführung der Zweitbehandlung ist jedoch in der Regel „Nissenfreiheit“ (Fehlen von Eiern) zu empfehlen.

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) entnommen.

**Stand: Juni 2013**

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