

Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen

Aktualisierte Fassung vom Juli 2006.

Erstveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 44 (2001): 830–843

Im Januar 2001 ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft getreten und das Robert Koch-Institut (RKI) hat seither nach und nach *Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte* auch zu den meisten in § 34 IfSG genannten Krankheiten veröffentlicht. Aus diesem Anlass wurden die Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen überarbeitet. Um auch den Adressaten dieser hier überarbeiteten Hinweise umfassende Informationen an die Hand zu geben, wird, sofern *Ratgeber/ Merkblätter* zu den in § 34 IfSG genannten Krankheiten veröffentlicht wurden, nunmehr darauf verwiesen und die alten Aussagen und Empfehlungen werden durch diese Dokumente ersetzt.

Eine Mitteilung aus dem RKI im [Epidemiologischen Bulletin 19/2002, S. 158–159](#), enthält Erläuterungen „zum Ausschluss von Kontaktpersonen“ und „zur Notwendigkeit eines schriftlichen ärztlichen Attestes“. Im [Epidemiologischen Bulletin 29/2006, S. 229](#), wird die Überarbeitung dieses Merkblattes begründet.

Allgemeines

Der 6. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) enthält besondere Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen. Er trägt damit dem Umstand Rechnung, dass dort Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuenden Personal in engen Kontakt kommen. Enge Kontakte begünstigen die Übertragung von Krankheitserregern, die bei bestimmten Krankheiten umso schwerere Krankheitsverläufe erwarten lassen, je jünger die betroffenen Kinder sind.

Bei der Wiedenzulassung ist eine Güterabwägung vorzunehmen. Ein absoluter Schutz vor Infektionen lässt sich bei manchen übertragbaren Krankheiten nur durch einen monatelangen Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung erreichen.

Dem Anspruch der Allgemeinheit, vor Ansteckung geschützt zu werden, stehen das Recht des Einzelnen auf Bildung und die Grundsätze der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit der Mittel gegenüber. Als Kriterien der Abwägung können gelten

- Schwere, Behandelbarkeit und Prognose der zu verhütenden Krankheit,
- tatsächlich beobachtete Übertragungen unter den Bedingungen der jeweiligen Einrichtung und
- alternative Möglichkeiten des Infektionsschutzes wie hygieneorientiertes Verhalten, Chemoprophylaxe oder Impfungen.

Bevor ein Ausschluss von Personen aus einer Gemeinschaftseinrichtung aus Gründen des Infektionsschutzes veranlasst wird, sollte stets geprüft werden, ob die Belastungen, die beispielsweise in einer Familie durch Ausschluss eines Kindes aus einem Kindergarten entstehen, vermieden werden können und ob das Ziel einer Verhütung von Infektionen nicht auch durch Aufklärung über Infektionswege, hygienische Beratung und gegebenenfalls durch detaillierte Anweisungen des zuständigen Gesundheitsamtes erreicht werden kann. Diesen Ausführungen liegt der Rechtsgedanke des § 34 Abs. 7 IfSG zugrunde.

Am Entscheidungsprozess sind Fachpersonal und medizinische Laien beteiligt. Deshalb richtet sich dieses Merkblatt z.B. auch an Mitarbeiter der Schulverwaltung, der Flüchtlingsverwaltung, Träger von Kindergärten und Beherbergungsbetrieben. Weitere Handlungsanweisungen enthalten die Schulseuchenerlasse der Bundesländer. Zur Beurteilung des Einzelfalles können weitere Merkblätter des Robert Koch-Instituts (RKI) herangezogen werden. Als Nachschlagewerk liefert wertvolle Hinweise: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: DGPI-Handbuch 4. Auflage. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. München: Futuramed-Verlag, 2003.

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

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

2. Dauer der Ansteckungsfähigkeit: Zeitraum, in dem eine Übertragung der Krankheitserreger möglich ist, wobei ein für die Übertragung geeigneter Kontakt mit erregertauglichem Material vorauszusetzen ist.

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

4. Ausschluss von Ausscheidern: Unter einem "Ausscheider" wird gem. § 2 Nr. 6 des IfSG eine Person verstanden, "die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein".

5. Ausschluss von Kontaktpersonen: Hierunter sind alle Personen zu verstehen, 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 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 Einzelfalles fachlich zu entscheiden. Zum Vorgehen wird auf die in Absätzen 2 bis 4 dieses Kapitels "Allgemeines" gemachten Aussagen verwiesen.

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

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

Infektionskrankheiten:

- Cholera
- Diphtherie
- Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
- Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)
- Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
- Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
- Keuchhusten
- Ansteckungsfähige Lungentuberkulose
- Masern
- Meningokokken-Infektionen
- Mumps
- Paratyphus/Typhus abdominalis
- Pest
- Poliomyelitis
- Scabies (Krätze)
- Scharlach oder sonstige Streptococcus-pyogenes-Infektionen (Streptokokken-Angina)
- Shigellose
- Typhus abdominalis
- Virushepatitis A oder E
- Windpocken
- Kopflausbefall
- Infektiöse Gastroenteritis, Besonderheit für Kinder im Vorschulalter
- Bakterielle Enteritiden z.B. durch Salmonellen, Campylobacter, Yersinia enterocolitica
- Virale Gastroenteritiden
- Anhang
 - 6. Abschnitt Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen
 - § 33 Gemeinschaftseinrichtungen
 - § 34 Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes
 - § 35 Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen
 - § 36 Einhaltung der Infektionshygiene

1 Cholera

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

1.1 Inkubationszeit

Einige Stunden bis fünf Tage, selten länger.

1.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind.

1.3 Zulassung nach Krankheit

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

1.4 Ausschluss von Ausscheidern

Die Übertragung von Choleravibrien 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 Wiederezulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes (§ 34 Abs.2 Nr.1 IfSG).

1.5 Ausschluss von Kontaktpersonen (§ 34 Abs. 3 Nr. 1 IfSG)

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.

1.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

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

1.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.

2 Diphtherie

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Diphtherie“](#)

3 Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Infektionen durch Enterohämorrhagische Escherischia coli \(EHEC\)“](#)

4 Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)

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

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

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

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

- Ebola-Fieber (EF),
- Lassa-Fieber (LF), siehe **RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte**
[„Lassa-Fieber“](#)
- Marburg-Virus-Krankheit (MVK).

Die nachfolgenden Hinweise beziehen sich vor allen Dingen auf EF und auf MVK.

4.1 Inkubationszeit

Für EF zwei bis 21 Tage, MVK sieben bis neun Tage.

4.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Viren im Speichel, Blut oder in Ausscheidungen nachgewiesen werden.

4.3 Zulassung nach Krankheit

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

4.4 Ausschluss von Ausscheidern

Siehe 4.3.

4.5 Ausschluss von Kontaktpersonen (§ 34 Abs. 3 Nr. 4 IfSG)

Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft dürfen Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen. Zur Wiedenzulassung siehe 4.3.

4.6 Hygienemaßnahmen zu Verhütung von Infektionen

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

4.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine medikamentöse Prophylaxe bekannt.

Anmerkungen

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

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

Eine eher nicht lebensbedrohliche Form des VHF ist die Nephropatia epidemica durch Hantaviren. Hier sind auch einige Infektionen in Deutschland beschrieben, die – meist vorübergehend – zu einer Nierenfunktionsstörung führen können. Die Übertragung erfolgt

durch die Inhalation von getrockneten Nagerexkrementen; von Mensch zu Mensch ist eine Ansteckung bisher nicht beobachtet worden.

5 Haemophilus-influenzae-Typ b-Meningitis

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

5.1 Inkubationszeit

Nicht genau bekannt.

5.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

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

5.3 Zulassung nach Krankheit

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

5.4 Ausschluss von Ausscheidern

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

5.5 Ausschluss von Kontaktpersonen (§ 34 Abs. 3 Nr. 5 IfSG)

Nicht erforderlich, wenn eine medikamentöse Prophylaxe nach Exposition durchgeführt wird (siehe 5.7).

5.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.

5.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

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

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

Dosis und Dauer der Rifampicin-Prophylaxe nach Lebensalter:

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

6 Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)

6.1 Inkubationszeit

2 bis 10 Tage.

6.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

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

6.3 Zulassung nach Krankheit

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

6.4 Ausschluss von Ausscheidern

Entfällt.

6.5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich.

6.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht erforderlich.

6.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

Anmerkungen

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

7 Keuchhusten

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Pertussis“](#)

8 Ansteckungsfähige Lungentuberkulose

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Tuberkulose“](#)

9 Masern

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Masern“](#)

10 Meningokokken-Erkrankungen

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Meningokokken-Erkrankungen“](#)

11 Mumps

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Mumps“](#)

12/18 Paratyphus/Typhus abdominalis

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Typhus abdominalis, Paratyphus“](#)

13 Pest

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

13.1 Inkubationszeit

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

13.2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachgewiesen werden.

13.3 Zulassung nach Krankheit

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

13.4 Ausschluss von Ausscheidern

Siehe 13.2.

13.5 Ausschluss von Kontaktpersonen (§ 34 Abs. 3 Nr. 11 IfSG)

Nach der Vorschrift sind Kontaktpersonen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen. Eine strenge häusliche Isolierung über sechs Tage mit ärztlicher Überwachung ist ausreichend.

13.6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

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

13.7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

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

Anmerkungen

Die Überträger der Pestbakterien sind Flöhe, die auf Wildnagern und Ratten leben. Zu Epidemien kann es bei hoher Rattenpopulation, schlechten hygienischen Verhältnissen und engem Zusammenleben kommen; damit wird deutlich, dass eine Ausbreitung der Krankheit in Deutschland nicht zu befürchten ist. Die Beulenpest entsteht, wenn der Pestfloh von Ratten auf Menschen überspringt und mit dem Biss die Erreger überträgt. Wird das Bakterium über die Blutbahn ausgestreut, kann es zur Lungenpest kommen. Diese Patienten husten den Erreger aus und können über Tröpfcheninfektion andere infizieren. Dann beginnt die Erkrankung mit einer schweren Pneumonie, die unbehandelt immer tödlich verläuft.

Sporadische Fälle gibt es z.B. immer wieder in den Rocky Mountains, Vietnam, Madagaskar und Indien. An den Beispielen wird deutlich, dass der Import des Erregers nach einer Reise nicht ausgeschlossen ist.

Die Inkubationszeit beträgt bei der Beulenpest zwei bis sechs Tage und bei der Lungenpest Stunden bis zwei Tage. Eine antibiotische Behandlung ist möglich; nur durch die frühzeitige Therapie kann allerdings die Rate tödlicher Verläufe entscheidend gesenkt werden. Jeder Erkrankungs- und Verdachtsfall ist in einem Krankenhaus abzusondern. Die frühe antibiotische Therapie ist lebensrettend. Auch Kontaktpersonen erhalten – ob der Gefährlichkeit der Erkrankung – eine prophylaktische Antibiotikabehandlung und müssen zumindest zu Hause isoliert werden.

14 Poliomyelitis

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Poliomyelitis“](#)

15 Scabies (Krätze)

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Krätzmilbenbefall \(Skabies\)“](#)

16 Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen (Streptokokken-Angina)

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Scharlach und andere Infektionen durch Streptococcus pyogenes“](#)

17 Shigellose

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Shigellose“](#)

18 Typhus abdominalis

[\(siehe Nummer 12\)](#)

19 Virushepatitis A oder E

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Erkrankungen an Hepatitis A“](#)

20 Windpocken

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Varizellen \(Windpocken\), Herpes Zoster \(Gürtelrose\)“](#)

Kopflausbefall

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Kopflausbefall“](#)

Infektiöse Gastroenteritis, Besonderheit für Kinder im Vorschulalter

§ 34 Abs.1 Satz 3 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 nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Diese altersabhängige Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres eine erheblich höhere Inzidenz (Rate an Neuerkrankungen) an Salmonellosen und sonstigen infektiösen Gastroenteritiden besteht, die im Vorschulalter häufiger von Kind zu Kind übertragen werden können. Schulkinder sind in der Lage, durch Waschen der Hände, ggf. deren Desinfektion, eine Weiterverbreitung der Erreger durch Schmierinfektion zu verhindern.

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

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

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte
[„Campylobacter-Infektionen“](#) und Merkblatt für Ärzte [„Salmonellose“](#)

Die nachfolgenden Hinweise beziehen sich vor allem auf Erkrankungen durch Yersinia enterocolitica und andere bakterielle Gastroenteritiserreger.

1 Inkubationszeit

Meist sieben bis zehn Tage.

2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden.

3 Zulassung nach Krankheit

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

4 Ausschluss von Ausscheidern

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

5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten.

6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

Die wichtigste Maßnahme zur Prophylaxe der Übertragung von Yersinien ist eine effektive Händehygiene vor allem nach jedem Besuch der Toilette, nach Kontakt mit vermutlich kontaminierten Gegenständen (Windeln), Nahrungsmitteln (z.B. Geflügel) und vor der Zubereitung von Mahlzeiten. Auf adäquate Entsorgung von Fäkalien und auf das

Vorhandensein von Toilettenpapier ist zu achten. Eine Desinfektion der Toiletten von Salmonellenausscheidern ist nicht notwendig, die Anwendung von WC-Reinigern, ggf. täglich, reicht aus.

7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

Virale Gastroenteritiden

Siehe RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte

[„Erkrankungen durch Noroviren“](#) und [„Erkrankungen durch Rotaviren“](#)

Die nachfolgenden Hinweise beziehen sich vor allem auf Adeno- und andere Enteritisviren.

1 Inkubationszeit

Bei Adenoviren fünf bis acht Tage.

2 Dauer der Ansteckungsfähigkeit

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

3 Zulassung nach Krankheit

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

4 Ausschluss von Ausscheidern

Entfällt.

5 Ausschluss von Kontaktpersonen

Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten.

6 Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen

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

7 Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition

Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.

Anhang

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

6. Abschnitt

Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen

§ 33 Gemeinschaftseinrichtungen

Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.

§ 34 Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

(1) Personen, die an

1. Cholera,
2. Diphtherie,
3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC),
4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber,
5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis,
6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte),
7. Keuchhusten,
8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose,
9. Masern,
10. Meningokokken-Infektion,
11. Mumps,
12. Paratyphus,
13. Pest,
14. Poliomyelitis,
15. Scabies (Krätze),
16. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen,
17. Shigellose,
18. Typhus abdominalis,
19. Virushepatitis A oder E,
20. Windpocken

erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind, dürfen in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaustung durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Satz 1 gilt entsprechend für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen. Satz 2 gilt auch für Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

(2) Ausscheider von

1. Vibrio cholerae O 1 und O 139,
2. Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend,
3. Salmonella Typhi,
4. Salmonella Paratyphi,

5. Shigella sp.,
6. enterohämorrhagischen E. coli (EHEC),

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

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

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

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

(5) Wenn einer der in den Absätzen 1, 2 oder 3 genannten Tatbestände bei den in Absatz 1 genannten Personen auftritt, so haben diese Personen oder in den Fällen des Absatzes 4 der Sorgeinhaber der Gemeinschaftseinrichtung hiervon unverzüglich Mitteilung zu machen. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung hat jede Person, die in der Gemeinschaftseinrichtung neu betreut wird, oder deren Sorgeberechtigte über die Pflichten nach Satz 1 zu belehren.

(6) Werden Tatsachen bekannt, die das Vorliegen einer der in den Absätzen 1, 2 oder 3 aufgeführten Tatbestände annehmen lassen, so hat die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen. Dies gilt auch beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts durch eine andere in § 8 genannte Person bereits erfolgt ist.

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

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

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

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

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

§ 35 Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Personen, die in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben und Kontakt mit den dort Betreuten haben, sind vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren von ihrem Arbeitgeber über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen nach § 34 zu belehren. Über die Belehrung ist ein Protokoll zu erstellen, das beim Arbeitgeber für die Dauer von drei Jahren aufzubewahren ist. Die Sätze 1 und 2 finden für Dienstherrn entsprechende Anwendung.

§ 36 Einhaltung der Infektionshygiene

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

(2) Absatz 2 ff der Vorschrift hier nicht abgedruckt.

Erläuterungen

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

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

Absatz 2 der Vorschrift bestimmt, dass Ausscheider bestimmter Krankheitserreger nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes Gemeinschaftseinrichtungen betreten dürfen. Durch die 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. ein Besuchsverbot) erst greifen, wenn eine ärztliche Aussage über die Erkrankung oder den Verdacht in der Wohngemeinschaft vorliegt.

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

Absatz 5 enthält die wichtige Neuregelung, dass bei Auftreten eines der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Tatbestandes die volljährigen Betroffenen sowie Sorgeberechtigte von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen diesen Umstand der betreuenden Gemeinschaftseinrichtung mitteilen müssen, damit dort die erforderlichen Schutzmaßnahmen veranlasst werden können. Zu den Pflichten der Eltern und anderen Sorgeberechtigten wurde ein Merkblatt verfasst, das den Gemeinschaftseinrichtungen vorliegt und bei Neuaufnahmen ausgehändigt werden sollte. Liegt einer der in Absatz 1 bis 3 genannten Tatbestände vor, regelt Absatz 6, dass die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung dies dem Gesundheitsamt mitzuteilen hat.

Damit die Gesundheitsbehörde weitere Untersuchungen anstellen und Schutzmaßnahmen veranlassen kann, sind dazu krankheits- und personenbezogene Angaben erforderlich.

Nach Absatz 7 kann die nach Landesrecht bestimmte zuständige Behörde die im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt Ausnahmen von den gesetzlichen Tätigkeitsbeschränkungen sowie den Betretungs-, Benutzungs- und Teilnahmeverboten für die Betreuten zulassen.

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

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

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

Die im Absatz 9 genannten Personen (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 kann nur durch gemeinsame Anstrengungen von Gesundheitsämtern und Gemeinschaftseinrichtungen insbesondere in Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgen. Das Hinwirken auf einen besseren Impfschutz dient dem Interesse des Einzelnen und der Allgemeinheit.

Gemäß Absatz 11 sollen die Schuleingangsuntersuchungen genutzt werden, den Impfstatus der Kinder festzustellen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, zielgerichtete Aufklärungsmaßnahmen durchzuführen. Für die Umsetzung der beiden letztgenannten Absätze ist ausdrücklich eine Mitwirkungspflicht für Lehrer, Erzieher und weitere Betreuer in Kindergemeinschaftseinrichtungen durch das Gesetz vorgesehen.

Stand: 25.07.2006