

## DAS INFEKTIONSSCHUTZGESETZ (IFSG)

### Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Aufgaben und Bedeutung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst –

#### Allgemeines

Seit dem 1. Januar 2001 ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Deutschland in Kraft getreten und ersetzt u. a. das bis dahin gültige Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG), das Geschlechtskrankheitengesetz und die Laborberichtsverordnung.

Ziel und Zweck dieses Gesetzes ist es, Leben und Gesundheit jedes Einzelnen vor den Gefahren durch Infektionskrankheiten zu schützen.

Eine **Aktualisierung** erfolgte im **Juli 2011** mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze. Besondere Schwerpunkte wurden bei der Überarbeitung auf die Verbesserung der Krankenhaushygiene gelegt. Dabei stehen krankenhaushygienische Anforderungen und Kontrollmaßnahmen im Vordergrund. Dieses stellt v. a. ein Fundament für den rationalen Einsatz von Antibiotika sowie für eine stärkere Akzeptanz bestehender Hygiene-richtlinien insbesondere zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen und der Verbreitung von multiresistenten Erregern dar. Beispielsweise wird am RKI eine Kommission für Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) zur Erstellung von Grundsätzen zur Antibiotikabehandlung eingerichtet. Die KRINKO-Empfehlungen entsprechen dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Bei Nichteinhaltung dieser Empfehlungen muss der Nachweis erbracht werden, dass abweichendes Vorgehen ebenfalls dem Stand des Wissens entspricht.

#### Meldesystem

Das aktuelle Meldesystem unterscheidet zwischen der Meldung bestimmter Krankheitsbilder bei Verdacht, Erkrankung oder Tod durch den Arzt (§ 6 „Arztmeldung“) und dem labordiagnostischen Nachweis von bestimmten Krankheitserregern durch das Labor (§ 7 „Labormeldung“). Alle Meldungen müssen unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden, an das für den **Aufenthalt der Betroffenen** zuständige, bei Labormeldungen gemäß § 7 IfSG an das für den **Ein-sender** zuständige Gesundheitsamt übermittelt werden (**Abb. 1**). Liegt die Hauptwohnung bzw. der gewöhnliche Aufenthaltsort des Betroffenen im Bereich eines anderen Gesundheitsamtes, so ist dieses vom unterrichteten Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen. Die an das Gesundheitsamt der Hauptwohnung gemeldeten Daten von Ärzten und Laboratorien werden zusammengeführt, anhand vorhandener Kriterien (klinisches Bild, epidemiologischer Zusammenhang zwischen Erkrankungen und labordiagnostischer Nachweis) nach einheitlichen Falldefinitionen standardisiert und diese Fälle anonym weiter an die zuständige Landesgesundheitsbehörde übermittelt. Sämtliche auf EDV-technischer Basis erfasste Daten werden arbeitstäglich von der Landesgesundheitsbehörde an das Robert Koch-Institut (RKI) nach Berlin übermittelt. Die Falldefinitionen werden vom Robert Koch-Institut Berlin nach § 4 Absatz 2 IfSG vorgegeben.

*Aktualisierung vom 15. Dezember 2013*

Die dritte Ausgabe der Falldefinitionen gilt seit dem 1. Januar 2007 und enthält 53 Übermittlungskategorien von Einzelfällen, die von den Gesundheitsämtern über die Landesbehörden an das Robert Koch-Institut zu melden sind.

**Meldepflichtige Krankheiten nach § 6 IfSG** (Stand: 15. November 2013)

Nach § 6 Abs. 1 IfSG sind nach

- > Gefährlichkeit der Erreger,
  - > Notwendigkeit der sofortigen Einleitung antiepidemischer Schutzmaßnahmen und
  - > möglichen Indikatorfunktionen für Hygienemängel
- folgende Tatbestände namentlich meldepflichtig:

*Verdacht auf / Erkrankung / Tod an*

- > Botulismus
- > Cholera
- > Diphtherie
- > Humane(r) spongiforme(r) Enzephalopathie (außer familiär-hereditärer Formen)
- > akute(r) Virushepatitis
- > Hämolytisch-urämisches(m) Syndrom, enteropathisches(m) (HUS)
- > Hämorrhagische(m) Fieber, virusbedingt
- > Masern
- > Meningokokken-Meningitis/ -Sepsis
- > Milzbrand

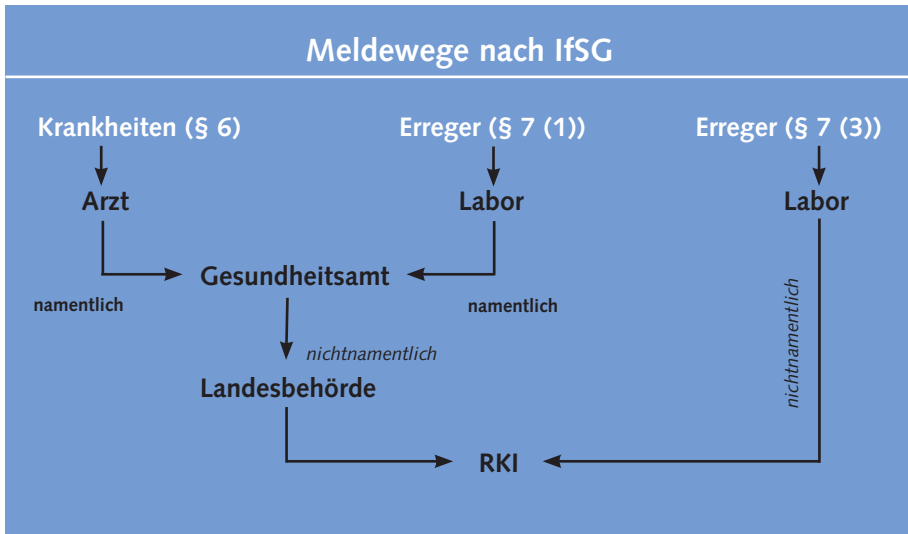


Abbildung 1: Meldewege für Krankheiten und Erreger nach §§ 6 und 7 IfSG.

Aktualisierung vom 15. Dezember 2013

- > Mumps
- > Pertussis
- > Pest
- > Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)
- > Röteln einschließlich Rötelnembryopathie
- > Tollwut
- > Typhus/Paratyphus
- > Varizellen

Erweitert wurde diese Meldepflicht 2007 auf den Krankheitsverdacht, die Erkrankung und den Tod eines Menschen an aviärer Influenza.

#### *Erkrankung / Tod an*

- > behandlungsbedürftiger Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt; bei Behandlungsverweigerung oder -abbruch einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose.

#### *Verdacht auf / Erkrankung an*

- > mikrobiell bedingte(r) Lebensmittelvergiftung oder akute(r) infektiöse(r) Gastroenteritis, wenn  $\geq 2$  Erkrankungen in einem epidemischen Zusammenhang stehen oder eine betroffene Person im Lebensmittelbereich tätig ist.

#### *Verdacht auf / Erkrankung / Tod an*

- > andere(n) bedrohliche(n) Erkrankungen oder Erkrankungshäufungen ( $\geq 2$  gleichartige Erkrankungen), die auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweisen; ein wichtiges Auswahlkriterium dieser meldepflichtigen Krankheiten ist, dass das Gesundheitsamt antiepidemische Maßnahmen einzuleiten hat.

Ebenfalls im § 6 aufgeführt ist die Meldung des **Verdacht**es einer **über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung**. Die Definition dieser atypischen Impferläufe ist auf einem Meldeformular des Paul-Ehrlich-Instituts vermerkt, welches ausgefüllt vom Arzt dem zuständigen Gesundheitsamt zu übergeben ist.

Weiterhin ist dem Gesundheitsamt unverzüglich das **gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen**, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch **nichtnamentlich** mitzuteilen. Danach soll das Gesundheitsamt beratend tätig werden.

Die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt kann auf von den Bundesländern vorgegebenen Meldeformularen per Fax oder telefonisch erfolgen. Es ist möglich, die Meldepflicht in jedem Bundesland durch eigene Länderverordnungen zu erweitern. So sind z. B. in allen Neuen Bundesländern u. a. die impfpräventablen Erkrankungen, wie z. B. Mumps, Pertussis oder Röteln,

zusätzlich meldepflichtig. Im März 2013 haben Bundestag und Bundesrat eine **bundesweite Meldepflicht für Mumps, Windpocken, Keuchhusten und Röteln** beschlossen und in Kraft gesetzt.

### Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern nach § 7 IfSG

Im § 7 IfSG Abs. 1 sind alle Krankheitserreger aufgeführt, die durch die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten und öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich der Krankenhauslaboratorien bzw. durch die Leiter von pathologisch-anatomischen Einrichtungen bei direktem oder indirektem Nachweis, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen, namentlich gemeldet werden müssen:

1. Adenoviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis im Konjunktivalabstrich
2. *Bacillus anthracis*
3. *Bordetella pertussis*, *B. parapertussis*
4. *Borrelia recurrentis*
5. *Brucella* spp.
6. *Campylobacter* spp., darmpathogen
7. *Chlamydia psittaci*
8. *Clostridium botulinum* oder Toxinnachweis
9. *Corynebacterium diphtheriae*, Toxin bildend
10. *Coxiella burnetii*
11. *Cryptosporidium parvum*
12. Ebolavirus
- 13a. *Escherichia coli*, enterohämorrhagische Stämme (EHEC)
- 13b. *Escherichia coli*, sonstige darmpathogene Stämme
14. *Francisella tularensis*
15. FSME-Virus
16. Gelbfiebertvirus
17. *Giardia lamblia*
18. *Haemophilus influenzae*; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor oder Blut
19. Hantaviren
20. Hepatitis-A-Virus
21. Hepatitis-B-Virus
22. Hepatitis-C-Virus; Meldepflicht für alle Nachweise, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt
23. Hepatitis-D-Virus
24. Hepatitis-E-Virus
25. Influenzaviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis
26. Lassavirus
27. *Legionella* spp.

Aktualisierung vom 15. Dezember 2013

28. humanpathogene *Leptospira sp.*
29. *Listeria monocytogenes*; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Blut, Liquor oder anderen normalerweise sterilen Substraten sowie aus Abstrichen von Neugeborenen
30. Marburgvirus
31. Masernvirus
32. Mumpsvirus
33. *Mycobacterium leprae*
34. *Mycobacterium tuberculosis/africanum*, *Mycobacterium bovis*; Meldepflicht für den direkten Erregernachweis sowie nachfolgend für das Ergebnis der Resistenzbestimmung; vorab auch für den Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum
35. *Neisseria meningitidis*; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, hämorrhagischen Hautinfiltraten oder anderen normalerweise sterilen Substraten
36. Norwalk-ähnliches Virus; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Stuhl
37. Poliovirus
38. Rabiesvirus
39. *Rickettsia prowazekii*
40. Rotavirus
41. Rubellavirus
42. *Salmonella* Paratyphi; Meldepflicht für alle direkten Nachweise
43. *Salmonella* Typhi; Meldepflicht für alle direkten Nachweise
44. *Salmonella*, sonstige
45. *Shigella* spp.
46. *Trichinella spiralis*
47. *Varizella-Zoster-Virus*
48. *Vibrio cholerae* O1 und O139
49. *Yersinia enterocolitica*, darmpathogen
50. *Yersinia pestis*
51. andere Erreger hämorrhagischer Fieber

Namentlich sind in dieser Vorschrift nicht genannte Krankheitserreger zu melden, soweit deren örtliche und zeitliche Häufung auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist. Auch bei den Erregermeldungen können die Bundesländer entsprechend den Erfordernissen ihre Meldepflicht landesintern erweitern. Dabei kommt es auf den Ort des Einsenders/Patienten und nicht den Sitz des Labors an.

Zusätzlich sind nach § 7 Abs. 3 IfSG folgende Krankheitserreger bei direktem oder indirektem Nachweis auf separaten Labormeldebögen nichtnamentlich direkt vom Labor an das RKI zu melden:

1. *Treponema pallidum*
2. HIV

Aktualisierung vom 15. Dezember 2013

3. *Echinococcus* sp.

4. *Plasmodium* sp.

5. *Toxoplasma gondii*; Meldepflicht nur bei konnatalen Infektionen.

Dabei werden zusätzlich notwendige Angaben vom Labor per **Durchschlagformular vom einsendenden Arzt abgefordert, der den Durchschlag dann direkt an das RKI weiterleiten muss.**

### Zur Meldung verpflichtete Personen nach § 8 IfSG

Meldepflichtig nach § 8 IfSG sind beim Auftreten der genannten Erkrankungen folgende Personen:

- > feststellender Arzt in ambulanten und stationären Einrichtungen, sowie in Krankenhäusern und Pflegeheimen der leitende (Abteilungs-)Arzt,
- > Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich der Krankenhauslaboratorien,
- > Leiter von Einrichtungen pathologisch-anatomischer Diagnostik,
- > Tierarzt (bei Tollwut),
- > jede sonstige mit der Behandlung und Pflege des Betroffenen berufsmäßig beschäftigte Person,
- > Heilpraktiker,
- > Kapitän (auf Seeschiffen), Pilot (in Flugzeugen),
- > Leiter von Pflegeeinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Heimen, Lagern und ähnlichen Einrichtungen.

### Übermittlungen durch das Gesundheitsamt und die zuständige Landesoberbehörde nach § 11 IfSG

Ein dem Gesundheitsamt nach § 6 Absatz 3 als Ausbruch gemeldetes gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist neu nach § 11 Absatz 2 vom Gesundheitsamt spätestens am folgenden Arbeitstag an die zuständige Landesbehörde sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag an das Robert Koch-Institut ausschließlich mit folgenden Angaben zu übermitteln:

1. zuständiges Gesundheitsamt,
2. Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen,
3. Untersuchungsbefund,
4. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko,
5. Zahl der betroffenen Patienten.

### Schutzimpfungen (§§ 20–22)

Von unmittelbar praktischer Bedeutung für den impfenden Arzt in der Praxis ist vor allem der § 22 IfSG. Dieser besagt, dass der impfende Arzt jede Schutzimpfung unverzüglich in den Impfausweis einzutragen oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, eine Impfbescheinigung auszustellen hat. Der impfende Arzt hat den Inhalt der Impfbescheinigung auf Verlangen in den Impfausweis einzutragen. Dabei muss im Impfausweis oder in der Impfbescheinigung über jede Schutzimpfung enthalten sein:

*Aktualisierung vom 15. Dezember 2013*

- > Datum der Schutzimpfung,
- > Bezeichnung und Chargen-Bezeichnung des Impfstoffes,
- > Name der Krankheit, gegen die geimpft wird,
- > Name und Anschrift des impfenden Arztes,
- > Unterschrift des impfenden Arztes oder Bestätigung der Eintragung des Gesundheitsamtes.

Neben der Aufklärung im Rahmen der Impfung hat der impfende Arzt den Impfling auf das zweckmäßige Verhalten bei atypischen Impfreaktionen und auf die sich ggf. daraus resultierenden Ansprüche beim Eintritt eines Impfschadens hinzuweisen.

### § 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder

(1) „Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. (...) Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. (...)“

(2) „Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. (...) Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht (...).“

(3) „Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken,
6. Entbindungseinrichtungen,
7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind,
8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen und
9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.

Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird **vermutet**, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und

Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“

Dieser Absatz betont die neue „**Verbindlichkeit**“ der KRINKO-Empfehlungen.

(4) „Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass (...) nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.

Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass (...) Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.

Die Aufzeichnungen (...) sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.“

(5) „Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken,
6. Entbindungseinrichtungen und
7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind.

Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. (...)“

(6) „Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 2 können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden. (...)“

(8) „Die Landesregierungen haben bis zum 31. März 2012 durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern



mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals,
4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte,
5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten,
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind,
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals,
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind. (...)

### **Gesundheitliche Anforderungen für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen und im Lebensmittelbereich**

Gesetzliche Veränderungen im Hinblick auf gesundheitliche Anforderungen gibt es für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen bzw. im Umgang mit Lebensmitteln. Während nach dem BseuchG §§ 17, 18 und 47, 48 durch Stuhl-Untersuchungen und Tuberkulin-Testungen bzw. Röntgenaufnahmen der Lunge Erkrankungen oder Ausscheidertum bzw. eine Tuberkulose ausgeschlossen wurden, fallen diese Untersuchungen nach dem IfSG weg.

### **Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen nach §§ 33 und 34 IfSG**

§ 33 IfSG definiert Gemeinschaftseinrichtungen als Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.

In § 34 IfSG werden für Beschäftigte und Besucher/Betreute in diesen Einrichtungen gesundheitliche Anforderungen und Mitwirkungspflichten formuliert. Dabei umfasst die Liste der Tätigkeits-/Besuchsverbote (im Vergleich zum § 6 IfSG „Meldepflichtige Erkrankungen“) mehrere zusätzliche Infektionen, wie z. B. Scharlach, Varizellen, Skabies oder Kopfläuse.

§ 34 Abs. 1 IfSG besagt, dass Personen, die an

1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische *E. coli* (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
5. *Haemophilus-influenza*-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. Skabies (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, in den in § 33 IfSG genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben dürfen, **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 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Zusätzlich sind im 2. und 3. Absatz Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Ausscheider bzw. Kontaktpersonen geregelt.

Ausscheider von

1. *Vibrio cholerae* O1 und O139
2. *Corynebacterium diphtheriae*, toxinbildend
3. *Salmonella* Typhi
4. *Salmonella* Paratyphi
5. *Shigella* spp.
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.

Dieses gilt nach § 34 Abs. 3 IfSG 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(s) hämorrhagischem(s) Fieber
5. *Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Meningitis
6. ansteckungsfähige(r) 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.

Wenn einer der in den Absätzen 1, 2 oder 3 genannten Tatbestände bei den in Absatz 1 genannten Personen auftritt, so haben nach § 34 Abs. 5 IfSG:

- > diese Personen oder
  - > in den Fällen des Absatzes 4 der Sorgeinhaber dieser Personen
- 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 ihre Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten zu belehren.

*Aktualisierung vom 15. Dezember 2013*

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.

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.

Generelle Wiederzulassungsempfehlungen für die einzelnen Erkrankungen sind im IfSG nicht enthalten. **Anlagen 1 und 2** enthalten eine Zusammenfassung der Tätigkeits- und Besuchsverbote und Empfehlungen für die Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen nach Auftreten ausgewählter Infektionskrankheiten für Erkrankte, Ausscheider oder Kontaktpersonen.

Belehrungen für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen müssen vor **erstmaliger Tätigkeitsaufnahme und im Weiteren mindestens im Abstand von 2 Jahren durch den Arbeitgeber** erfolgen. Eine Konsultation im Gesundheitsamt ist für diesen Personenkreis **nicht** erforderlich. Das RKI hat Merkblätter für den Inhalt dieser Belehrungen herausgegeben, die auch in Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch verfügbar sind.

### § 36 Einhaltung der Infektionshygiene

(1) „Folgende Einrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:

1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen,
2. Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes,
3. Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 und 2 genannten Einrichtungen vergleichbar sind,
4. Obdachlosenunterkünfte,
5. Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge,
6. sonstige Massenunterkünfte und
7. Justizvollzugsanstalten.

(2) Einrichtungen und Gewerbe, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden. (...)

(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine

Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind (...).“

### Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln nach §§ 42 und 43 IfSG

- Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot besteht für Personen, die
  - an Typhus abdominalis, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose, einer anderen infektiösen Gastroenteritis oder Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig sind,
  - an infizierten Wunden oder an Hautkrankheiten erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können und
  - die die Krankheitserreger Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagische *E. coli* oder Chole-ravibrionen ausscheiden.
- Diese Verbote gelten für das Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen von
  - Fleisch, Geflügelfleisch und Erzeugnissen daraus,
  - Milch u. Erzeugnissen auf Milchbasis,
  - Fischen, Krebsen oder Weichtieren u. Erzeugnissen daraus,
  - Eiprodukten,
  - Säuglings- und Kleinkindernahrung,
  - Speiseeis und Speiseeishalberzeugnissen,
  - Backwaren mit nicht durchgebackener oder durcherhitzter Füllung oder Auflagen,
  - Feinkost-, Rohkost- und Kartoffelsalaten, Marinaden, Mayonnaisen, anderen emulgierten Soßen, Nahrungshafen
    - wenn die beschäftigten Personen dabei mit diesen in Berührung kommen oder
    - in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsver-pflegung tätig oder beschäftigt sind.
- Personen dürfen diese bezeichneten Tätigkeiten erstmalig nur dann ausüben und mit diesen Tätigkeiten erstmalig nur dann beschäftigt werden, wenn durch **eine nicht mehr als 3 Monate alte Bescheinigung des Gesundheitsamtes oder eines vom Gesundheitsamt beauftragten Arztes** nachgewiesen ist, dass sie
  - über die oben genannten Tätigkeitsverbote und über die Verpflichtungen nach § 43 Abs. 2, 4, 5 IfSG in mündlicher und schriftlicher Form belehrt wurden und
  - nach der Belehrung schriftlich erklärt haben, dass ihnen **keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bei ihnen bekannt** sind.

Zusätzlich hat der **Arbeitgeber** Personen, die im Lebensmittelbereich arbeiten, **nach Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren jährlich** über die Tätigkeitsverbote und über ihre Verpflichtung zu **belehren**. Die Teilnahme an der Belehrung ist zu **dokumentieren** und beim Arbeitgeber **aufzubewahren**. Das RKI hat Empfehlungen für den Inhalt dieser Belehrungen herausgegeben, die auch in Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch vorliegen.

*Aktualisierung vom 15. Dezember 2013*

*Autoren*

*Johannes Hallauer*

*Martina Littmann*

*Josefine Haak*

*Jeanette Sinha*

*Eine aktualisierte Übersicht über die meldepflichtigen Krankheiten und Krankheitserreger in den verschiedenen Bundesländern ist auf den Seiten des RKI verfügbar ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldepflichtige\\_Krankheiten/Meldepflichtige\\_Krankheiten\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldepflichtige_Krankheiten/Meldepflichtige_Krankheiten_node.html))*