

Amtliche Belehrung und Informationsleitfaden zum Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Eltern und Sorgeberechtigte in Kindertageseinrichtungen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

in Kindertageseinrichtungen kommen viele Kinder täglich in engen Kontakt miteinander. Dies bietet ideale Bedingungen für die Ausbreitung von Krankheitserregern. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) legt daher Regeln fest, um Ihr Kind, andere Kinder und das Personal vor ansteckenden Krankheiten zu schützen. Wir bitten Sie um Offenheit und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

1. Gesetzliche Besuchsverbote

Das Gesetz bestimmt, dass Ihr Kind die Kindertageseinrichtung **nicht besuchen darf**, wenn:

- es an einer **schweren Infektion** erkrankt ist, wie beispielsweise Diphtherie, Cholera, Typhus, Tuberkulose oder einer EHEC-Infektion.
- es an einer **hochansteckenden Kinderkrankheit** erkrankt ist oder ein entsprechender Verdacht vorliegt, wie Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, Hirnhautentzündung durch Meningokokken oder Hib-Bakterien, ansteckender Borkenflechte, Hepatitis A/E oder Krätze.
- es unter **Kopflausbefall** leidet und die Erstbehandlung noch nicht erfolgreich abgeschlossen ist.
- es **unter 6 Jahre alt ist und an einem Magen-Darm-Infekt** (infektiöse Gastroenteritis, z.B. durch Noro- oder Rotaviren) erkrankt oder dessen verdächtig ist (Symptome: Erbrechen und/oder Durchfall).

Zudem darf Ihr Kind die Einrichtung vorübergehend **nicht besuchen**, wenn in Ihrem Haushalt (Wohngemeinschaft) eine schwere oder hochansteckende Krankheit wie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Diphtherie, Hepatitis A/E, EHEC, Cholera, Typhus oder Meningokokken aufgetreten ist.

2. Ihre gesetzliche Mitteilungspflicht

Sollte Ihr Kind an einer der genannten Krankheiten leiden, ein entsprechender Verdacht bestehen oder ein Haushaltsmitglied erkrankt sein, müssen Sie uns dies **unverzüglich (noch am selben Tag)** mitteilen. Nennen Sie uns dabei bitte auch die genaue Diagnose. Nur so können wir gemeinsam mit dem Gesundheitsamt die notwendigen Schutzmaßnahmen (z. B. Information anderer Eltern, Desinfektion, Meldung an Behörden) ergreifen, um eine Weiterverbreitung zu verhindern.

3. Wann darf mein Kind wieder in die Kita?

Nach einer Erkrankung darf Ihr Kind die Einrichtung erst wieder besuchen, wenn es nach **ärztlichem Urteil** nicht mehr ansteckend ist. Bei banalen Infekten und Magen-Darm-Erkrankungen gilt: Ihr Kind muss **mindestens 48 Stunden symptomfrei** (fieberfrei, kein Durchfall, kein Erbrechen) sein, bevor es wieder in die Kita gebracht werden darf. Ein schriftliches Attest ist nur in Ausnahmefällen (z. B. bei EHEC, Krätze, Tuberkulose oder behördlicher Anordnung) erforderlich; meist reicht das mündliche Urteil Ihres Kinderarztes aus.

4. Wichtiger Hinweis zum Impfschutz und Masernschutzgesetz

Ein lückenloser Impfschutz ist der wirksamste Schutz vor vielen schweren Infektionskrankheiten.

- **Impfberatungsnachweis:** Vor der Erstaufnahme in die Kita müssen Sie nachweisen, dass eine ärztliche Beratung zum altersgemäßen Impfschutz Ihres Kindes stattgefunden hat (§ 34 Abs. 10a IfSG).
- **Masern-Impfpflicht:** Für alle Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr ist der Nachweis eines ausreichenden Masernschutzes (zwei Impfungen oder Immunitätsnachweis) gesetzlich verpflichtend (§ 20 Abs. 8 IfSG). Ohne diesen Nachweis darf Ihr Kind die Einrichtung nicht betreten.

Haben Sie Fragen zum Infektionsschutz oder zu Impfungen? Wenden Sie sich bitte an Ihren Haus- oder Kinderarzt oder an Ihr zuständiges Gesundheitsamt.

Rechtliche Verbindlichkeitserklärung

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift auf dem Betreuungsvertrag, dass ich das Merkblatt zur Belehrung gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erhalten, sorgfältig gelesen und verstanden habe.
- Mir sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Tatsachen bekannt, die ein gesetzliches Betretungs- oder Besuchsverbot gemäß § 34 Abs. 1 bis 3 IfSG für mein Kind begründen würden (wie z. B. eine aktuell bestehende, meldepflichtige Erkrankung, ein entsprechender Krankheitsverdacht oder ein ungeklärter Infektionsfall in unserer Wohngemeinschaft).
- Ich verpflichte mich ausdrücklich, jegliches Auftreten einer nach § 34 IfSG relevanten Erkrankung, eines begründeten Verdachts oder eines Parasitenbefalls (insbesondere Kopfläuse, Krätze) bei meinem Kind oder innerhalb unserer Wohngemeinschaft unverzüglich der Leitung der Kindertageseinrichtung anzuzeigen.
- Mir ist bekannt, dass mein Kind im Falle eines gesetzlichen Betretungsverbotes die Einrichtung erst dann wieder besuchen darf, wenn die Kriterien der Wiederezulassungsrichtlinien erfüllt sind und – sofern für die jeweilige Erkrankung gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben – ein entsprechendes ärztliches Urteil beziehungsweise ein schriftliches Attest vorgelegt wird.

In der Folge finden Sie ausführliche Informationen zu dieser Thematik.

In Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder kommen täglich zahlreiche Personen auf engem Raum zusammen, was die schnelle Übertragung von Krankheitserregern begünstigt. Da das Immunsystem von Säuglingen und Kleinkindern noch nicht vollständig ausgereift ist, verlaufen Infektionskrankheiten in dieser Altersgruppe häufig schwerer oder führen zu komplikationsreichen Sekundärinfektionen.

Um die Gesundheit der betreuten Kinder sowie des pädagogischen Personals effektiv zu schützen, sieht das Infektionsschutzgesetz (IfSG) strenge Verhaltensregeln, Betretungsverbote und weitreichende Mitteilungspflichten vor. Die nachfolgende Ausarbeitung dient der gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärung der Sorgeberechtigten gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 IfSG und legt die rechtlichen sowie medizinischen Grundlagen für einen sicheren Einrichtungsbetrieb dar.

Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Rolle der Gemeinschaftseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen, Kinderkrippen, Kinderhorte und die nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtige Kindertagespflege fallen unter den gesetzlichen Begriff der Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG. In diesen Einrichtungen greifen die besonderen gesundheitlichen Anforderungen des sechsten Abschnitts des Infektionsschutzgesetzes. Der Gesetzgeber betont hierbei die hohe Eigenverantwortung der Träger, Leitungen und jedes einzelnen Sorgeberechtigten bei der Prävention übertragbarer Krankheiten.

Die infektionshygienische Überwachung dieser Einrichtungen obliegt dem zuständigen lokalen Gesundheitsamt, welches nach § 36 IfSG die Einhaltung der hygieneplanerischen Vorgaben kontrolliert. Jede Kindertageseinrichtung ist gesetzlich verpflichtet, einen spezifischen Hygieneplan zu erstellen und innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionsprävention festzulegen.

Die Wirksamkeit dieses präventiven Systems steht und fällt jedoch mit der lückenlosen und transparenten Zusammenarbeit zwischen den Sorgeberechtigten und der Einrichtungsleitung. Eine voreilige oder unsachgemäße Rückkehr erkrankter Kinder gefährdet nicht nur die unmittelbare Gruppe, sondern kann zu flächendeckenden Ausbrüchen führen, die letztlich behördliche Schließungen der gesamten Einrichtung nach sich ziehen können.

Die gesetzlichen Regelungen des IfSG sind bundesweit einheitlich, ihr Vollzug obliegt jedoch den Bundesländern. In Nordrhein-Westfalen (NRW) beispielsweise stützen sich die Gesundheitsämter und Einrichtungen auf die fachlichen Leitlinien des Landesentrums Gesundheit (LZG.NRW) beziehungsweise des Landesamtes für Gesundheit und Arbeit (LfGA NRW) sowie des Robert Koch-Instituts (RKI). Diese Institutionen passen die Wiederzulassungsrichtlinien fortlaufend an den aktuellen Stand der Wissenschaft an, um auf neue epidemische Lagen oder veränderte Erregereigenschaften flexibel zu reagieren.

Epidemiologische Übertragungsmechanismen in der Kindertagesbetreuung

Um die Notwendigkeit von Betretungs- und Tätigkeitsverboten zu verstehen, ist ein Blick auf die biologischen Übertragungswege der Krankheitserreger unerlässlich. Im Kita-Alltag spielen im Wesentlichen drei Übertragungswege eine Rolle:

- **Schmier- und Kontaktinfektionen:** Viele Durchfallerkrankungen (Gastroenteritiden) sowie die infektiöse Gelbsucht (Hepatitis A und E) werden fäkal-oral übertragen. Dies geschieht meist über kontaminierte Hände nach dem Toilettengang oder dem Wickeln sowie durch verunreinigte Lebensmittel und seltener über Gegenstände wie Spielzeug oder Türgriffe. Eine mangelhafte Händehygiene führt hierbei rasch zu einer Kettenübertragung innerhalb der Spielgruppen.
- **Tröpfchen- und luftübertragene Infektionen (Aerosole):** Erreger wie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken und Keuchhusten werden beim Sprechen, Husten, Niesen oder auch durch einfaches Atmen über die Luft verbreitet. Während Tröpfchen relativ schnell zu Boden sinken, können winzige Aerosolpartikel (insbesondere bei Masern und Windpocken) über Stunden in der Raumluft schweben und auch Personen in angrenzenden Räumen infizieren.
- **Haut-, Haar- und Schleimhautkontakte:** Parasitäre Infestationen wie Kopfläuse und Krätze (Skabies) sowie bakterielle Hautinfektionen wie die ansteckende Borkenflechte (*Impetigo contagiosa*) erfordern für ihre Übertragung in der Regel einen direkten Körperkontakt. Da Kinder im Freispiel und bei Ruhephasen sehr engen körperlichen Kontakt pflegen, finden diese Erreger in Kindertagesstätten ideale Ausbreitungsbedingungen vor.

Gesetzliche Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten der Sorgeberechtigten

Die zentrale Säule des Infektionsschutzes in Kindertageseinrichtungen ist die gesetzliche Mitteilungspflicht der Sorgeberechtigten nach § 34 Abs. 5 Satz 1 IfSG. Sobald der begründete Verdacht auf eine der im Gesetz genannten Erkrankungen besteht, die Diagnose ärztlich gesichert wurde oder ein relevanter Erregerausschluss vorliegt, müssen die Sorgeberechtigten dies der Einrichtung unverzüglich melden.

Der Rechtsbegriff „unverzüglich“ definiert im juristischen Kontext ein Handeln ohne schuldhaftes Zögern. In der Praxis bedeutet dies, dass die Meldung an die Einrichtungsleitung noch am Tag der Diagnosestellung oder des Verdachts erfolgen muss, idealerweise vor Beginn des täglichen Betreuungsbetriebs. Diese Pflicht gilt gleichermaßen, wenn das Kind von Parasiten wie Kopfläusen oder Krätzmilben befallen ist.

Nach Eingang der Elternmeldung ist die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung gemäß § 34 Abs. 6 IfSG verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich (innerhalb von 24 Stunden) über den Vorfall zu informieren und dabei die geforderten personenbezogenen und krankheitsbezogenen Daten zu übermitteln. Dies ermöglicht den Behörden die frühzeitige Einleitung von Schutzmaßnahmen, wie beispielsweise die Durchführung von Umgebungsuntersuchungen oder die Anordnung von Riegelungsimpfungen.

Die Verletzung dieser Mitteilungspflichten stellt eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit empfindlichen Bußgeldern durch die zuständigen Behörden geahndet werden kann. Zudem sind die Mitteilungspflichten in der Regel fest in den Betreuungsverträgen verankert, weshalb ein schuldhafter Verstoß auch vertragsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Um den Sorgeberechtigten die Einhaltung dieser Pflichten in der Praxis zu erleichtern und den Konflikt zwischen familiären Betreuungspflichten und beruflicher Tätigkeit abzumildern, verweist das Sozialgesetzbuch auf kompensatorische Leistungen. Nach § 45 SGB V haben gesetzlich versicherte, berufstätige Eltern einen Rechtsanspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit und den Bezug von Kinderkrankengeld, wenn die Betreuung eines kranken Kindes unter 12 Jahren aus ärztlicher Sicht notwendig ist.

Dieses System fängt den finanziellen Ausfall ab und stellt sicher, dass Eltern nicht aus wirtschaftlicher Notwendigkeit heraus versucht sind, fiebernde oder infektiöse Kinder verdeckt in der Einrichtung abzugeben.

Das System der gesetzlichen Betretungs- und Besuchsverbote

Das Infektionsschutzgesetz statuiert in § 34 Abs. 1 bis 3 klare Betretungs- und Tätigkeitsverbote für Gemeinschaftseinrichtungen, die sowohl für die betreuten Kinder als auch für das dort tätige Personal gelten. Diese Verbote unterteilen sich in drei wesentliche rechtliche Szenarien:

Das Betretungsverbot bei eigener Erkrankung oder Verdacht (§ 34 Abs. 1 IfSG)

Personen, die an bestimmten schweren oder hochgradig ansteckenden Infektionskrankheiten erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen die dem Betrieb der Einrichtung dienenden Räume nicht betreten, deren Einrichtungen nicht nutzen und an keinen Veranstaltungen der Einrichtung teilnehmen. Ein Verdacht liegt vor, wenn klinische Symptome das Auftreten einer bestimmten Erkrankung hochgradig wahrscheinlich machen, noch bevor ein laborchemischer Nachweis erbracht wurde.

Besonders restriktiv ist die Regelung bei Kindern vor Vollendung des 6. Lebensjahres: Hier führt bereits der bloße Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis (Magen-Darm-Grippe) zu einem sofortigen, gesetzlichen Betretungsverbot.

Das Betretungsverbot für Ausscheider (§ 34 Abs. 2 IfSG)

Eine Sonderstellung nehmen sogenannte Ausscheider ein. Dies sind Personen, die nach einer überstandenen Infektion oder auch völlig ohne Krankheitszeichen klinisch relevante Krankheitserreger mit dem Stuhl oder Urin ausscheiden und somit eine Infektionsquelle für die Allgemeinheit darstellen.

Ausscheider bestimmter Erreger (wie Salmonellen, Cholerabakterien, Shigellen oder EHEC-Bakterien) dürfen die Gemeinschaftseinrichtung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verordneten Schutzmaßnahmen betreten.

Das Betretungsverbot für Haushaltskontakte / Wohngemeinschaften (§ 34 Abs. 3 IfSG)

Die Infektionsprävention beschränkt sich nicht nur auf das akut betroffene Kind. Die Betretungsverbote für eine Reihe besonders kritischer Erreger (wie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Diphtherie oder Meningokokken) gelten ausdrücklich auch für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine entsprechende Erkrankung oder ein Verdacht aufgetreten ist.

Selbst wenn das betreute Kind völlig beschwerdefrei ist, kann es den Erreger bereits in sich tragen und unerkannt in die Einrichtung einschleppen. Die Sorgeberechtigten sind daher verpflichtet, auch Erkrankungen von Familienmitgliedern oder anderen im selben Haushalt lebenden Personen unverzüglich der Kita-Leitung zu melden, sofern es sich um die im Gesetz definierten Krankheiten handelt.

Aufklärung über Impfschutz und das Masernschutzgesetz

Das Infektionsschutzgesetz setzt stark auf die präventive Wirkung von Schutzimpfungen, um Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen von vornherein zu unterbinden. Gemäß § 34 Abs. 10a IfSG sind Kindertageseinrichtungen verpflichtet, vor der Erstaufnahme eines Kindes den Nachweis darüber einzufordern, dass eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und ausreichenden Impfschutz erfolgt ist.

Diese Beratung kann im Rahmen der regulären pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen (Dokumentation über die Teilnahmekarte des gelben Kinderuntersuchungsheftes) nachgewiesen werden. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, muss die Einrichtung dies dem Gesundheitsamt melden, welches die Sorgeberechtigten zu einer Pflichtberatung laden kann.

Eine strikte gesetzliche Impfpflicht besteht in Deutschland seit März 2020 für das Masernvirus. Gemäß § 20 Abs. 8 IfSG müssen alle Kinder, die das erste Lebensjahr vollendet haben und in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut werden, einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern (zwei Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission, STIKO) oder eine bestehende Immunität nachweisen.

Kann aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden, ist eine dauerhafte oder vorübergehende Kontraindikation durch ein ärztliches Zeugnis zu belegen. Ohne diesen gesetzlich geforderten Nachweis darf eine Aufnahme des Kindes in die Kindertagesstätte nicht erfolgen.

Diese Nachweispflicht gilt im Übrigen gleichermaßen für alle nach 1970 geborenen Beschäftigten der Einrichtung, einschließlich des pädagogischen Personals, der Küchenkräfte und der Praktikanten. Schutzimpfungen verhindern nicht nur den Ausbruch schwerer Krankheiten beim geimpften Kind, sondern tragen durch den Gemeinschaftsschutz (Herdenimmunität) entscheidend dazu bei, Säuglinge unter einem Jahr oder immunsupprimierte Personen zu schützen, die selbst noch nicht oder nicht mehr geimpft werden können.

Der Weg zur Wiedenzulassung: Ärztliches Urteil und Attestpflicht

Die Aufhebung eines gesetzlichen Betretungsverbot und die Wiedenzulassung des Kindes zur Kindertageseinrichtung unterliegen präzisen rechtlichen Kriterien. Gemäß § 34 Abs. 1 IfSG dauert das Besuchsverbot so lange an, bis nach „ärztlichem Urteil“ eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaugung nicht mehr zu befürchten ist.

Bezüglich der Form dieses ärztlichen Urteils besteht in der Praxis häufig Unklarheit. Das Infektionsschutzgesetz schreibt für die Mehrheit der Erkrankungen keine zwingende Schriftform (ärztliches Attest) vor; das ärztliche Urteil kann auch mündlich gegenüber den Sorgeberechtigten geäußert werden. In diesem Fall bestätigen die Sorgeberechtigten der Einrichtung eigenständig, dass der behandelnde Kinderarzt die Kitafähigkeit mündlich bestätigt hat.

Allerdings existieren wesentliche Ausnahmen, in denen ein schriftliches ärztliches Attest oder die explizite Freigabe durch das Gesundheitsamt rechtlich zwingend erforderlich ist. Dies betrifft:

- **Schwerwiegende Erkrankungen unter Einzelfallführung:** Bei hochgradig gefährlichen Erregern wie Cholera, Diphtherie, Tuberkulose, EHEC oder virusbedingten hämorrhagischen Fiebern führt das Gesundheitsamt den Fall direkt und entscheidet über die Wiedenzulassung.
- **Keimträger und Ausscheider:** Bei Erkrankungen wie Salmonellose, Shigellose oder EHEC-Infektionen muss die Erregerfreiheit durch serielle, laborchemische Stuhluntersuchungen dokumentiert werden, bevor eine Zulassung erfolgt.
- **Wiederholter Parasitenbefall oder Therapieversagen:** Bei wiederholtem Kopflaus- oder Krätzebefall innerhalb kurzer Zeit kann die Einrichtungsleitung zum Schutz der Gemeinschaft ein schriftliches ärztliches Attest verlangen, um eine sachgerechte und erfolgreiche Therapie abzusichern.

Unabhängig von formellen Attesten gilt für banale, nicht im IfSG gelistete Infektionen sowie nach überstandenen Magen-Darm-Infekten der medizinische Grundsatz: Ein Kind gehört erst dann wieder in die Kita, wenn es das normale Allgemeinbefinden vollständig wiedererlangt hat und mindestens 48 Stunden vollkommen symptomfrei (insbesondere frei von Durchfall und Erbrechen) ist, ohne dass fiebersenkende Medikamente verabreicht wurden.

Tabellarischer Leitfaden zu den meldepflichtigen Erkrankungen nach § 34 IfSG

Die folgenden Tabellen dienen den Sorgeberechtigten und der Einrichtungsleitung als präzises Nachschlagewerk für das Verhalten im Krankheitsfall. Sie basieren auf den aktuellen Richtlinien des Robert Koch-Instituts sowie den länderspezifischen Vorgaben für Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 1: Besuchsverbot bei eigener Erkrankung oder Krankheitsverdacht (§ 34 Abs. 1 IfSG)

Diese Regelung betrifft Kinder und Beschäftigte, die selbst an den aufgeführten Krankheiten leiden oder bei denen ein dringender klinischer Verdacht besteht.

Erkrankung / Erreger	Typische Inkubationszeit	Übertragungsweg & Leitsymptome	Dauer des Betretungsverbots / Voraussetzungen für die Wiedenzulassung	Ärztliches Attest erforderlich?
Infektiöse Gastroenteritis (Magen-Darm-Grippe bei Kindern unter 6 Jahren)	6 bis 72 Stunden (erregerabhängig)	Fäkal-oral (Schmierinfektion); Erbrechen, wässriger Durchfall, Dehydration.	Bis zum Abklingen der klinischen Symptome, frühestens jedoch 48 Stunden nach dem letzten Durchfall oder Erbrechen .	Nein , mündliches Urteil der Eltern über die Symptombefreiheit ist im Regelfall ausreichend.
Masern (Masernvirus)	8 bis 21 Tage (meist 10–14 Tage)	Aerosole / Tröpfchen; hohes Fieber, Bronchitis, typischer roter Hautausschlag.	Nach vollständiger klinischer Genesung, frühestens jedoch 5 Tage nach Auftreten des Ausschlags .	Ja , eine ärztliche Beurteilung der Kitafähigkeit ist zwingend nachzuweisen.
Windpocken (Varizellen)	8 bis 28 Tage (meist 14–16 Tage)	Luftweg / Schmierinfektion (Bläschen); stark juckende Bläschen im "Sternenhimmel".	Bis zur vollständigen Verkrustung aller Bläschen (in der Regel 5 bis 7 Tage nach Exanthembeginn).	Nein , mündliches ärztliches Urteil über die vollständige Verkrustung reicht aus.
Mumps (Ziegenpeter)	12 bis 25 Tage (meist 16–18 Tage)	Tröpfcheninfektion; Fieber, schmerzhafte Schwellung der Ohrspeicheldrüsen.	Nach klinischer Genesung, frühestens jedoch 5 Tage nach Beginn der Drüschwellung .	Nein , mündliches ärztliches Urteil ist ausreichend.
Röteln (Rubellavirus)	14 bis 21 Tage	Tröpfcheninfektion; milder Ausschlag, Lymphknotenschwellung, Fieber.	Nach Abklingen der Symptome, frühestens jedoch 8 Tage nach Ausbruch des Ausschlags .	Nein , mündliches ärztliches Urteil ausreichend.

Erkrankung / Erreger	Typische Inkubationszeit	Übertragungsweg & Leitsymptome	Dauer des Betretungsverbots / Voraussetzungen für die Wiedenzulassung	Ärztliches Attest erforderlich?
Scharlach / Streptokokken (Streptococcus pyogenes)	1 bis 3 Tage	Tröpfcheninfektion; hohes Fieber, Mandelentzündung, "Himbeerzunge", Ausschlag.	Mit Antibiotika: Frühestens 24 Stunden nach Therapiebeginn und bei Symptomfreiheit. Ohne Antibiotika: Nach Abklingen der Symptome, frühestens nach 3 Wochen.	Nein , mündliches ärztliches Urteil ausreichend.
Keuchhusten (Pertussis)	6 bis 20 Tage (meist 9–10 Tage)	Tröpfcheninfektion; wochenlange, krampfartige Hustenanfälle.	Mit Antibiotika: 5 Tage nach Behandlungsbeginn. Ohne Antibiotika: Erst 21 Tage nach Beginn des typischen Hustens.	Nein , mündliches ärztliches Urteil ausreichend.
Borkenflechte (Impetigo contagiosa)	2 bis 10 Tage	Direkter Kontakt; rote Flecken, eitrige Bläschen, honiggelbe Krusten.	Mit Antibiotika: Frühestens 24 Stunden nach Therapiebeginn und Abheilung eiternder Areale. Ohne Antibiotika: Nach vollständiger Abheilung.	Nein , mündliches ärztliches Urteil ausreichend.
Kopflausbefall (Pediculosis)	Entfällt (Befall unmittelbar bei Übertragung)	Direkter Haar-zu-Haar-Kontakt; starker Juckreiz der Kopfhaut, Nissen.	Sofort nach der ersten, nachweislich korrekt durchgeführten Behandlung mit einem zugelassenen Läusemittel. Die Pflicht-Zweitbehandlung an Tag 8, 9 oder 10 ist zwingend durchzuführen.	Nein , schriftliche Bestätigung der Eltern über die Erst- und Zweitbehandlung reicht im Regelfall aus.
Krätze (Skabies)	2 bis 6 Wochen (bei Erstbefall)	Enger, großflächiger Hautkontakt; extremer Juckreiz, feine Milbengänge.	24 Stunden nach der ersten sachgerechten Ganzkörperbehandlung (z.B. mit Permethrin-Creme).	Ja , zur Wiedenzulassung ist in der Regel ein schriftliches ärztliches Attest vorzulegen.
Mpox / Affenpocken (Orthopockenviren)	5 bis 21 Tage	Enger Haut- und Schleimhautkontakt, Schorf; Fieber, schmerzhafte Läsionen.	Nach Abklingen der klinischen Symptome und vollständiger Abheilung aller Läsionen (Krusten abgefallen), frühestens jedoch 21 Tage nach Symptombeginn.	Ja , Wiedenzulassung nur nach Freigabe durch das Gesundheitsamt.
Meningokokken-Infektion (Meningitis/Sepsis)	2 bis 10 Tage (meist 3–4 Tage)	Tröpfcheninfektion; Fieber, Nackensteifigkeit, Petechien (Hautblutungen).	Nach klinischer Genesung, frühestens jedoch 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie.	Nein , mündliches ärztliches Urteil ausreichend.

Erkrankung / Erreger	Typische Inkubationszeit	Übertragungsweg & Leitsymptome	Dauer des Betretungsverbots / Voraussetzungen für die Wiedenzulassung	Ärztliches Attest erforderlich?
Diphtherie (Corynebacterium spp., toxinbildend)	2 bis 10 Tage (meist 2–5 Tage)	Tröpfchen- oder Wundkontakt; bellender Husten, Halsweh, graubepuderte Mandeln.	Erst nach Vorliegen von 2 negativen Nasen- und Rachenabstrichen im Abstand von mind. 24 Std. (Entnahme frühestens 24 Std. nach Abschluss der Antibiotikatherapie).	Ja , Wiedenzulassung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Gesundheitsamtes.
Tuberkulose (ansteckungsfähige Lungentuberkulose)	Monate bis Jahre (Inkubation)	Aerosole / Tröpfchen; chronischer Husten, Nachtschweiß, Gewichtsverlust.	Erst nach Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden mikroskopisch negativen Sputumproben nach Einleitung einer wirksamen Therapie.	Ja , Wiedenzulassung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Gesundheitsamtes.

Tabelle 2: Betretungsverbot für keimfreie Ausscheider (§ 34 Abs. 2 IfSG)

Diese Regelung betrifft Personen, die klinisch gesund sind, aber nachweislich pathogene Erreger ausscheiden. Ein Besuch der Einrichtung ist in diesen Fällen gesetzlich verboten, es sei denn, das Gesundheitsamt stimmt unter Auflagen ausdrücklich zu.

Erregerausscheidung	Typische Ausscheidungsdauer	Übertragungsweg & Risiken	Voraussetzungen für die Wiedenzulassung	Behördliche Freigabe erforderlich?
EHEC-Bakterien (Enterohämorrhagische E. coli)	Variabel, bei Kindern oft 13 bis 31 Tage , teilweise über einen Monat.	Fäkal-oral; Gefahr von blutigen Durchfällen und dem lebensbedrohlichen Hämolytisch-Urämischen Syndrom (HUS).	Erst nach vollständiger klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben (im Abstand von mind. 24 Std., frühestens 48 Std. nach Antibiotikaende).	Ja , zwingende schriftliche Zustimmung des Gesundheitsamtes erforderlich.
Salmonella Typhi / Paratyphi (Typhus/Paratyphus)	Wochen bis Monate (Gefahr der Dauerausscheidung).	Fäkal-oral; schweres Allgemeinfieber, Erbsenbreistuhl, Organkomplikationen.	Nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1–2 Tagen (erste Probe frühestens 24 Std. nach Antibiotikaende).	Ja , Wiedenzulassung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Gesundheitsamtes.

Erregerausscheidung	Typische Ausscheidungsdauer	Übertragungsweg & Risiken	Voraussetzungen für die Wiedenzulassung	Behördliche Freigabe erforderlich?
Shigellen (bakterielle Ruhr)	2 bis 4 Wochen.	Fäkal-oral (hochansteckend bereits bei geringster Erregermenge); krampfartige, blutige Durchfälle.	Nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbe funden im Abstand von 1–2 Tagen (erste Probe frühestens 24 Std. nach Antibiotikaende).	Ja , Wiedenzulassung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Gesundheitsamtes.
Vibrio cholerae O1 / O139 (Cholera)	1 bis 2 Wochen	Fäkal-oral über verunreinigtes Wasser; massive, reiswasserartige Durchfälle, extremer Flüssigkeitsverlust.	Nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbe funden im Abstand von 1–2 Tagen.	Ja , Wiedenzulassung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Gesundheitsamtes.

Tabelle 3: Besuchsverbot bei Erkrankung einer anderen Person in der Wohngemeinschaft (§ 34 Abs. 3 IfSG)

Diese Regelung betrifft gesunde Kinder, in deren Haushalt (Wohngemeinschaft) ein Mitglied an einer der aufgeführten Krankheiten erkrankt ist oder der begründete Verdacht darauf besteht. Dies ist eine präventive Maßnahme, da Haushaltskontakte als stille Überträger fungieren können, bevor sie selbst Symptome zeigen.

Erkrankung im Haushalt	Inkubationszeit (Beobachtungsfenster)	Übertragungsweg & Relevanz für Kontakte	Regelung für das symptomfreie Kind in der Kita	Voraussetzungen für die Wiederezulassung
Masern	8 bis 21 Tage	Aerosole; extrem hohe Kontagiosität.	Sofortiges Betretungsverbot , sofern kein ausreichender Impfschutz nachgewiesen ist.	Mit Immunitätsnachweis (2 STIKO-Impfungen oder Antikörpernachweis): Kein Ausschluss , sofortiger Besuch erlaubt. Ohne Nachweis: Fernbleiben für 21 Tage nach dem letzten Kontakt .
Windpocken (Varizelle)	8 bis 28 Tage	Tröpfchen / Luftweg; sehr hohe Ansteckungsfähigkeit.	Sofortiges Betretungsverbot , sofern keine Immunität nachgewiesen ist.	Mit Immunitätsnachweis (STIKO-Impfstatus oder ärztliches Attest über durchgemachte Erkrankung): Kein Ausschluss. Ohne Nachweis: Fernbleiben für 28 Tage nach letztem Kontakt .
Mumps	12 bis 25 Tage	Tröpfchen; Speichelkontakt.	Sofortiges Betretungsverbot , sofern keine ausreichende Immunität vorliegt.	Mit Immunitätsnachweis (STIKO-Impfstatus oder labordiagnostische Bestätigung): Kein Ausschluss. Ohne Nachweis: Fernbleiben für 18 Tage nach letztem Kontakt .
Röteln	14 bis 21 Tage	Tröpfchen; Gefahr von Fehlbildungen bei Schwangeren.	Sofortiges Betretungsverbot , sofern kein ausreichender Impfschutz nachgewiesen ist.	Mit Immunitätsnachweis (STIKO-Impfstatus oder Labornachweis): Kein Ausschluss. Ohne Nachweis: Fernbleiben für 21 Tage nach letztem Kontakt .
Diphtherie	2 bis 10 Tage	Tröpfchen / Wundkontakt; toxinbildende Stämme.	Sofortiges Betretungsverbot für alle Haushaltskontakte.	Wiederezulassung erst nach Einleitung einer Postexpositionsprophylaxe und dem Nachweis eines negativen Nasen-/Rachenabstrichs .

Erkrankung im Haushalt	Inkubationszeit (Beobachtungsfenster)	Übertragungsweg & Relevanz für Kontakte	Regelung für das symptomfreie Kind in der Kita	Voraussetzungen für die Wiederezulassung
EHEC-Enteritis	2 bis 10 Tage	Fäkal-oral; hohe Erregerstabilität auf Oberflächen.	Sofortiges Betretungsverbot für alle Haushaltskontakte.	Wiederezulassung nach klinischer Untersuchung und dem Nachweis von drei negativen Stuhlproben im Abstand von 1–2 Tagen.
Meningokokken (Meningitis)	2 bis 10 Tage	Tröpfchen; schwerste Verläufe möglich.	Sofortiges Betretungsverbot für Haushaltsmitglieder.	Mit medikamentöser Prophylaxe (PEP): Wiederezulassung 24 Stunden nach Einnahmebeginn. Ohne Prophylaxe: Frühestens 10 Tage nach dem letzten Kontakt.

Tabelle 4: Nicht generell meldepflichtige, aber im Kita-Alltag hochrelevante Erkrankungen

Diese Erkrankungen führen nicht zu einer namentlichen Meldepflicht nach § 34 Abs. 1 IfSG bei Einzelfällen, erfordern jedoch bei Häufungen (ab zwei epidemiologisch zusammenhängenden Fällen) eine Meldung an das Gesundheitsamt und klare Hygienemaßnahmen.

Erkrankung / Erreger	Typische Inkubationszeit	Übertragungsweg & Symptome	Wiederezulassung des erkrankten Kindes	Besonderheiten & Hygienemaßnahmen
Hand-Fuß-Mund-Krankheit (Enteroviren)	3 bis 10 Tage	Schmier- und Tröpfcheninfektion; Fieber, Bläschen im Mund, an Händen und Fußsohlen.	Sofort nach Abklingen der akuten Beschwerden (Fieberfreiheit) und vollständiger Verkrustung der Bläschen.	Kein genereller Ausschluss beschwerdefreier Kinder; 80 % der Infektionen verlaufen asymptomatisch, weshalb ein Ausschluss sichtbar erkrankter Kinder epidemiologisch wirkungslos ist. Strikte Händehygiene einhalten.
Adenovirus-Konjunktivitis (Augengrippe)	5 bis 12 Tage	Schmierinfektion über Augensekret; hochgradig ansteckende Bindehautentzündung.	Frühestens 14 Tage nach Beginn der Erkrankung (nur bei nachgewiesenen Adenoviren).	Meldepflicht ab 2 Fällen in der Einrichtung. Eigene Handtücher verwenden, Spielzeug desinfizierend reinigen.

Erkrankung / Erreger	Typische Inkubationszeit	Übertragungsweg & Symptome	Wiedenzulassung des erkrankten Kindes	Besonderheiten & Hygienemaßnahmen
Einfache Bindehautentzündung (nicht-adenoviral)	1 bis 3 Tage	Schmierinfektion; gerötete, eitrig verklebte Augen, Juckreiz.	Nach Abklingen der akuten Entzündungssymptome, in der Regel nach 2 bis 3 Tagen (wenn die Augen nicht mehr rot oder eitrig sind) .	Besuch ist bei gutem Allgemeinbefinden und fehlendem Sekretfluss ohne Einschränkung gestattet; kein Attest nötig.
Drei-Tage-Fieber (Humanes Herpesvirus 6/7)	5 bis 15 Tage	Tröpfchen; 3 Tage hohes Fieber, danach plötzlicher feinfleckiger Ausschlag.	Nach 24 Stunden Fieberfreiheit und gutem Allgemeinzustand des Kindes.	Absolut gutartige Erkrankung, mit Auftreten des Ausschlags erlischt die Ansteckungsfähigkeit.
Ringelröteln (Parvovirus B19)	4 bis 20 Tage	Tröpfchen; girlandenartiger Ausschlag auf Wangen und Extremitäten, leichtes Fieber.	Sofort nach Auftreten des typischen Hautausschlags , sofern das Kind fieberfrei ist und sich wohlfühlt.	Bei Ausbruch des Ausschlags ist die Ansteckungsfähigkeit bereits erloschen . Schwangere Mitarbeiterinnen müssen wegen der Gefahr für das ungeborene Kind sofort die Gruppe meiden.
Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus)	10 bis 50 Tage	Speichelkontakt ("Kissing Disease"); Fieber, Mandelentzündung, Lymphknotenschwellung, Abgeschlagenheit.	Nach vollständiger klinischer Genesung und gutem Allgemeinbefinden .	Erreger wird noch Wochen nach der Genesung über den Speichel ausgeschieden; Besteck und Becher nicht teilen.