



**Hygieneleitfaden
für
Kindergemeinschaftseinrichtungen
(Schulen, Kinderkrippen, -gärten, -tagesstätten und Kinderhorte)
gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz**

**Fachdienst Gesundheit
Kreis Herzogtum Lauenburg
Stand 01.12.2016**

Impressum

Herausgeber

Kreis Herzogtum Lauenburg – Der Landrat

Fachbereich Service, Ordnung und Gesundheit

Fachdienst Gesundheit

Barlachstrasse 4

23909 Ratzeburg

Telefon 04541 888 380

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	4
2.	Risikobewertung und Hygienemanagement.....	6
3.	Hygieneplan.....	7
3.1.	Hygienebeauftragte.....	7
4.	Händehygiene	9
4.1.	Händewaschen	9
4.2.	Händedesinfektion.....	9
5.	Flächenhygiene	11
5.1.	Flächenreinigung.....	11
5.2.	Flächendesinfektion	12
5.3.	Reinigungskräfte und Reinigungsdienstleister	12
5.4.	Reinigungsutensilien	13
6.	Hygienerelevante Themen und Bereiche.....	14
6.1.	Trinkwasserhygiene	14
6.2.	Raumluftqualität	17
6.3.	Raumakustik	18
6.4.	Wickelbereich.....	18
6.5.	Sanitärräume.....	21
6.6.	Zahnprophylaxe	22
6.7.	Klassenräume	22
6.8.	Gruppenräume	23
6.9.	Erste-Hilfe-Raum.....	23
6.10.	Ruheraum / Schlafrum	23
6.11.	Garderobe	24
6.12.	Turn- und Gymnastikraum	24
6.13.	Spiel- und Kuschelecken	24
6.14.	Spielsachen und Spielgeräte	25
6.15.	Wasserspiele	25
6.16.	Planschbecken	25
6.17.	Spielsand.....	26
6.18.	Wäsche	26
6.19.	Küche / Essenszubereitung / Essensausgabe	28
6.20.	Tierhaltung.....	29

6.21.	Entsorgung / Abfall	29
6.22.	Schädlingsbefall.....	30
6.23.	Schimmelbefall	30
7.	Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes.....	31
7.1.	Meldepflichten.....	31
7.1.1.	Meldepflicht der Einrichtungsleitung	31
7.1.2.	Meldung von Krankheitsausbrüchen	33
7.1.3.	Meldepflichten der Eltern und Mitarbeiter	33
7.2.	Besuchsverbot für Kinder von Kindergemeinschaftseinrichtungen	33
7.3.	Tätigkeitsverbot für Personal von Kindergemeinschaftseinrichtungen	34
7.4.	Ausscheider von Krankheitserregern.....	34
7.5.	Belehrung von Eltern und Mitarbeitern durch die Einrichtungsleitung	34
7.6.	Impfberatung vor Aufnahme in die Kindergemeinschaftseinrichtung	35
7.7.	Bekanntgabepflicht der Einrichtungsleitung	36
7.8.	Bußgeldvorschriften	36
7.9.	Aufgaben des Gesundheitsamts.....	36
8.	Schutzimpfungen.....	37
9.	Häufige und wichtige Infektionskrankheiten in Kindergemeinschaftseinrichtungen	38
9.1.	Ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa).....	38
9.2.	EHEC (Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli)	39
9.3.	Hand-Fuß-Mundkrankheit.....	40
9.4.	Hepatitis A.....	41
9.5.	Keuchhusten	42
9.6.	Kopfläuse	44
9.7.	Krätze (Scabies).....	45
9.8.	Magen-Darm-Erkrankungen (Durchfall und/oder Erbrechen).....	46
9.9.	Masern	48
9.10.	Meningokokken-Infektion	50
9.11.	Mumps.....	51
9.12.	Mundfäule.....	53
9.13.	Noroviren	54
9.14.	Oxyuren – Madenwürmer	56
9.15.	Rotaviren	57
9.16.	Scharlach.....	59
9.17.	Shigellenerkrankungen	60
9.18.	Tuberkulose.....	62
9.19.	Windpocken.....	63

10.	Arbeitsschutz und Betriebsmedizinische Betreuung.....	64
10.1.	Jugendarbeitsschutz – Praktikanten in Gemeinschaftseinrichtungen	66
11.	Muster-Reinigungs- und Desinfektionsplan.....	68
12.	Literatur	75
13.	Anhang - Meldeformular und Merkblätter	78

1. Einleitung

Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder sind durch das Zusammenleben und die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Personen von besonderer hygienischer Bedeutung. Sie bedürfen deshalb großer Aufmerksamkeit, um das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Erziehung zu hygienischem Verhalten - besonders auch im Hinblick auf Infektionskrankheiten - zu sichern.

Übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, ist **Zweck des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)**. Das Gesetz setzt dabei in hohem Maße, neben behördlichen Aufgaben und Zuständigkeiten, auf die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen sowie jedes Einzelnen.

In diesem Rahmen ergeben sich aus dem IfSG konkrete Verpflichtungen für Gemeinschaftseinrichtungen bzw. deren Träger und Leitungen, insbesondere aus dem 6. Abschnitt, der in den §§ 33 bis 36 Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes, Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen sowie die Einhaltung der Infektionshygiene festlegt.

Kindergemeinschaftseinrichtungen sind im Infektionsschutzgesetz als „insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen“ definiert.

Trägern und Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen kommt beim Infektionsschutz eine wichtige Aufgabe zu, die der Gesetzgeber im IfSG beschrieben hat. Nach § 36 Abs.1 IfSG müssen Gemeinschaftseinrichtungen die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in **Hygieneplänen** festlegen.

Dieser Hygieneleitfaden soll hierbei Unterstützung geben. Er beschreibt den inhaltlichen Rahmen, der in den jeweiligen Einrichtungen ausgestaltet und durch einrichtungsspezifische Details und Festlegungen

konkretisiert werden muss. Dabei macht er den Versuch, die für alle im § 33 IfSG zusammengefassten Kindergemeinschaftseinrichtungen relevanten infektionshygienischen Sachverhalte näher zu beschreiben. Aufgrund der Heterogenität der Einrichtungen sind je nach Einrichtungsart jedoch unterschiedliche Regelungen zutreffend, die je nach Einrichtungsart im Hygieneplan beschrieben und umgesetzt werden müssen.

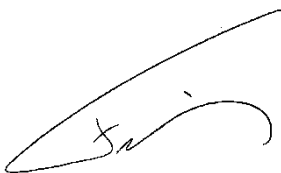
Wesentliche inhaltliche Grundlagen dieses Hygieneleitfadens sind u.a. die jeweiligen Empfehlungen und Ratgeber der Robert Koch-Instituts und des Länderarbeitskreises zur Erstellung von Hygieneplänen, die in diesem Leitfaden ihren Niederschlag finden.

Das Hygienebewusstsein und nachfolgend die Hygienepläne in den Einrichtungen des Kreises sind unterschiedlich ausgeprägt. Einige Einrichtungen sind diesbezüglich weit entwickelt. Für sie mag der vorliegende Hygieneleitfaden Anregungen geben und für den inhaltlichen Abgleich mit dem eigenen Plan dienen. Andere Einrichtungen haben noch einen deutlichen Nachholbedarf. Für sie ist der vorliegende Leitfaden als konkrete Arbeitshilfe zum Erstellen eines eigenen, einrichtungsspezifischen Dokuments gedacht.

Eine wichtige **Aufgabe des Gesundheitsamts** ist der Infektionsschutz. Wo viele Menschen auf engem Raum zusammen sind, wie in Kindergemeinschaftseinrichtungen, können sich Infektionskrankheiten schnell verbreiten. Die Gesundheitsämter haben gemäß IfSG die Hygienepläne zu überwachen und die Einrichtungen in allen Belangen der Infektionshygiene zu unterstützen, der hier vorliegende Hygieneleitfaden soll hierzu einen Beitrag leisten.

Er beschreibt die Risikobewertung und das Hygienemanagement, die Hände- und Flächenhygiene, hygienerelevante Bereiche und Themen, die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes für Kindergemeinschaftseinrichtungen, Grundsätze der Schutzimpfungen, in Kindergemeinschaftseinrichtungen häufige und wichtige Infektionskrankheiten und die erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen. Weiterhin findet sich ein Musterplan, der die Reinigung und Desinfektion beschreibt.

Die jeweiligen erregerspezifischen Kapitel sind so abgefasst, dass alle für die Einrichtungsleitung zunächst relevanten Inhalte in einem Zuge dargestellt sind, um einen möglichst praxisbezogenen Ansatz zu bieten. Komplettiert wird dieser durch den Anhang, in dem sich das Meldeformular nach IfSG und für jeden relevanten Erreger ein Merkblatt, das zur Information der Eltern und Mitarbeiter der Einrichtung gedacht ist, finden.



Dr. Eckhart Fink
Leiter Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg



Andrea Sahin
Hygienekontrolleurin

2. Risikobewertung und Hygienemanagement

Die Leitungen der Kindereinrichtungen tragen die Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Erfordernisse und nehmen diese Verantwortung durch Verfassen eines für die Einrichtung spezifischen Hygieneplans sowie dessen Schulung und Kontrolle von ggf. erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen wahr. Er kann zu seiner Unterstützung einen Hygienebeauftragten oder ein Hygieneteam benennen.

Das Infektionsrisiko wird allgemein von der Anwesenheit von Krankheitserregern, den Übertragungswegen dieser Erreger und der Abwehr- und Immunsituation sowie insbesondere dem Impfstatus der Kinder und des Personals bestimmt.

Von besonderer Bedeutung für den Infektionsschutz in Kindergemeinschaftseinrichtungen ist, dass die Einrichtungsleitung die gesetzliche Meldepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt beachtet und, je nach auftretendem Krankheitserreger, die richtigen Schutzmaßnahmen ergreift. Die Einzelheiten hierzu finden sich in diesem Hygieneleitfaden in den Abschnitten „Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes“ und „Häufige und wichtige Infektionskrankheiten in Kindergemeinschaftseinrichtungen“.

In Kindergemeinschaftseinrichtungen ist zwischen Schulen unterschiedlicher Art und Kindergärten, und dort zwischen Kindergarten- und Hortgruppen, und der Betreuung von Kleinstkindern im Krippenbereich mit dem besonderen infektionshygienischen Risikobereich des Wickeltisches, zu unterscheiden. Für die Bereiche mit besonderen Anforderungen an die Hygiene sind Infektionsschutzmaßnahmen spezifisch im Hygieneplan der betreffenden Einrichtung festzulegen. Hierzu finden sich die wichtigen zu beachtenden Sachverhalte im Abschnitt „Hygienerelevante Bereiche“ dieses Leitfadens.

Über diese speziellen Hygieneanforderungen hinaus ist es generell wichtig, dass alle Einrichtungsmitarbeiter, Kinder, Eltern und Besucher stets die Grundsätze einer guten Hygienepraxis in der Einrichtung befolgen. Hierzu gehören Themen wie die Händehygiene, die Flächenhygiene, die Schutzimpfungen oder die Arbeitsmedizinische Vorsorge, denen eigene Kapitel in diesem Leitfaden gewidmet sind.

All diese Sachverhalte sind spezifisch für die Einrichtung in individuellen Hygieneplänen festzuhalten. Die generellen Anforderungen und der Umgang mit den Hygieneplänen ist im nächsten Abschnitt beschrieben.

3. Hygieneplan

Gemäß § 36 IfSG sind Gemeinschaftseinrichtungen verpflichtet, ihre innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festzulegen. Hierbei sind alle hygienerelevanten Bereiche einer Einrichtung zu bedenken (s. unten). Die Inhalte der Hygienepläne sind vom Gesetzgeber nicht vorgeschrieben. Die Erstellung bleibt den Gemeinschaftseinrichtungen überlassen. Der hier vorliegende Hygieneleitfaden soll beim Abfassen der Hygienepläne Hilfestellung geben. Umfang und Zeitabstände der Überwachung stehen im Ermessen der Gesundheitsämter.

Für das Erstellen der Pläne enthält das Gesetz zwar keine speziellen Vorgaben und überlässt dies dem Ermessen der jeweiligen Einrichtung, der Kommentar zum Gesetz beschreibt jedoch die Anforderungen an die Hygienepläne. Im Sinne des Qualitätsmanagements sollte demzufolge durch ein in den unterschiedlichen Bereichen der Einrichtung arbeitendes Team

- eine Analyse der Infektionsgefahren durchführen,
- die Risiken bewerten,
- konkrete Maßnahmen zur Risikominimierung ableiten,
- Methoden festlegen, die das Einhalten der Risikominimierungsmaßnahmen mit einem vertretbaren Aufwand überwachen,
- die Effizienz und Aktualität der Hygienepläne überprüfen und ggf. Veränderungen festlegen (jährlich),
- die Einzelheiten der Dokumentation und die Information und Schulung der Betroffenen definieren.

Der Hygieneplan ist jährlich hinsichtlich seiner Aktualität zu überprüfen und ggf. zu ändern. Die Überwachung der Einhaltung der Hygienemaßnahmen soll von der Einrichtung selbst jährlich und bei aktuellem Bedarf, durch interne Begehungen, überprüft werden. Die Ergebnisse sind schriftlich zu dokumentieren. Die externe infektionshygienische Überwachung erfolgt gemäß § 36 IfSG durch Begehungen des Gesundheitsamts.

3.1. Hygienebeauftragte

Hygienebeauftragte sind in Gemeinschaftseinrichtungen nicht vorgeschrieben.

In Kindergärten und Schulen sind andererseits die gesetzlichen Vorgaben, u.a. des Infektionsschutzgesetzes, einzuhalten. Die Hygienevorschriften sind in Eigenverantwortung umzusetzen. Da die Hygienevorschriften sehr umfangreich geworden sind, ist es jedoch sehr zu befürworten, in Hygienefragen qualifiziertes Personal zu beschäftigen. Hierzu werden Fortbildungen zu „Hygienebeauftragten in Gemein-

schaftseinrichtungen“, beispielsweise durch das Hamburger Institut für Hygiene und Umwelt, Abteilung Hygiene, Marckmannstraße 129a, 20539 Hamburg, Telefon 040 42845-7902, angeboten.

Zu den Aufgaben des Hygienebeauftragten bzw. des Hygieneteams gehören unter anderem:

- Erstellen und Aktualisieren des Hygieneplanes
- Überwachen der Einhaltung der im Hygieneplan festgelegten Maßnahmen
- Durchführen von Hygienebelehrungen
- Hygienebegehungen
- Aufrechterhalten des Kontaktes zum Gesundheitsamt und den Eltern in Infektionsschutzdingen

4. Händehygiene

Durch Hände werden häufig vielfältige Infektionskrankheiten weitergegeben. Daher gehört das Händewaschen und ggf. die Händedesinfektion zu den wichtigsten Maßnahmen der Infektionsverhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Bei der Händehygiene werden das Händewaschen und die Händedesinfektion unterschieden.

4.1. Händewaschen

Für eine sachgemäße Händehygiene ist es wichtig, dass die Räumlichkeiten von Kindergemeinschaftseinrichtungen, wo erforderlich, mit **Handwaschplätzen**, die über mindestens fließend kaltes Wasser, Flüssigseifenspender, Einmalhandtücher und Abfallbehälter für die Handtücher verfügen, ausgestattet sind. In besonderen Bereichen, wie z.B. der Krippe, Duschen und Sanitärbereichen, ist auch ein Warmwasseranschluss erforderlich. In allen Bereichen sind Stückseife oder Gemeinschaftshandtücher nicht gestattet.

Das Händewaschen ist von Kindern, Jugendlichen, das Personal und Besuchern

- nach Verschmutzungen jeglicher Art und Reinigungsarbeiten
- nach dem Toilettengang
- vor dem Essen oder Umgang mit Lebensmitteln
- nach Tierkontakt

durchzuführen.

Jedes Kind soll je nach Alters- und Entwicklungsstand eine wirksame Handwaschtechnik erlernen (Schulungsmaterial: <http://www.hygiene-tipps-fuer-kids> und www.bzga.de).

4.2. Händedesinfektion

Die zur Händedesinfektion notwendige Ausstattung hängt von der Einrichtungsart ab. Im Wickelbereich von Krippen, aber auch in Sanitärräumen des Personals, Sanitäts- bzw. Erste-Hilfe-Räumen soll ein handberührungsfrei zu betätigender **Händedesinfektionsmittelspender** fest an der Wand montiert sein. Auf der Desinfektionsmittelflasche ist das Anbruchs- und Ablaufdatum zu vermerken.



Nicht alle **Händedesinfektionsmittel** sind für alle Anlässe anzuwenden, da sie unterschiedliche Wirkungsspektren haben. Mittel die gegen Bakterien wirken (Wirkbereich A), helfen meist nicht ausreichend gegen Viren (Wirkbereich B). Durchfallerkrankungen (Noro- oder Rotaviren) sind häufig von Viren verursacht. Beim Auftreten von Durchfallerkrankungen ist daher ein viruswirksames Mittel anzuwenden. Zugelassene Desinfektionsmittel und ihre Wirkbereiche sind aus den Listen des Robert Koch-Instituts („RKI-gelistet“) bzw. der des Verbunds für angewandte Hygiene („VAH-gelistet“) zu entnehmen. Nur diese sollen in Kindergemeinschaftseinrichtungen zur Anwendung kommen.

Die konkret in der Einrichtung verwendeten Mittel müssen im Hygieneplan mit ihrem Namen vermerkt sein.

Händedesinfektionsmittel sind vor dem Zugriff der Kinder und Jugendlichen zu schützen und dürfen nur in den originalen Einmalgebinden verwandt werden. Das Umfüllen ist nach dem Arzneimittelgesetz strikt verboten.

Bei der **Händedesinfektion** ist der richtige Umgang mit dem Desinfektionsmittel bzw. die richtige Einreibe-technik und Einwirkzeit wichtig. Hierzu stellen die Desinfektionsmittelhersteller laminierte, bebilderte Anleitungen zur Verfügung, mit denen sich das Personal vertraut machen muss und die in unmittelbarer Nähe zu den Spendern angebracht werden sollen.

Die Händedesinfektion ist für Kinder, Jugendliche, dem Personal und Besucher erforderlich:

- nach intensivem Kontakt zu Personen, die an Durchfall, Erbrechen, Husten oder Schnupfen leiden, auch wenn Schutzhandschuhe getragen wurden,
- nach jedem Wickelvorgang (v.a. Personal),
- nach Erste-Hilfe-Maßnahmen,
- prophylaktisch vor dem Anlegen von Pflastern, Verbänden o.ä..

In allen Kindergemeinschaftseinrichtungen sind **Einmalschutzhandschuhe** vorzuhalten. In Krippen gehören sie zur Ausstattung des Wickelplatzes und sind bei jedem Wickelvorgang zu benutzen. Auch in Schulen sind sie, beispielsweise beim Auftreten von Brechdurchfallerkrankungen, unbedingt notwendig.

Auch nach dem Tragen von Handschuhen ist eine Händedesinfektion durchzuführen, da nicht alle vollständig dicht sind und es beim Ablegen zu unbeabsichtigter Kontamination mit erregerehaltigem Material kommen kann.

5. Flächenhygiene

Für die unterschiedlichen Bereiche und Flächen der Kindergemeinschaftseinrichtung ist ein **Reinigungs- und Desinfektionsplan** zu erstellen, der Bestandteil des spezifischen Hygieneplans der Einrichtung, den das IfSG fordert, ist.

Ein Muster eines Reinigungs- und Desinfektionsplans für Kindergemeinschaftseinrichtungen findet sich im Kapitel 11 dieses Hygieneleitfadens. Er ist spezifisch auf die Einrichtung anzupassen und in den jeweiligen Hygieneplan aufzunehmen.

In ihm wird konkret festgelegt, wie, wie häufig, mit welchen Mitteln die Reinigung und erforderlichenfalls die Desinfektion zu erfolgen hat und wer für das Einhalten dieser Vorgaben verantwortlich ist. Unabhängig davon, ob die Reinigung und Desinfektion durch die Einrichtung selbst geregelt oder an eine Fremdfirma vergeben ist, soll der Hygieneplan klare Aussagen über die Überwachung der Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten enthalten.

Weiterhin ist im Reinigungs- und Desinfektionsplan zu beschreiben, wie die Reinigungsutensilien aufbereitet werden, dass eine Weiterverbreitung von Krankheitserregern durch sie nicht zu befürchten ist.

5.1. Flächenreinigung

Eine regelmäßige gründliche **Reinigung** häufig benutzter Flächen und Gegenstände sowie eine Ordnung, die dies möglich macht, ist Grundvoraussetzung einer guten Hygiene in der Einrichtung.

Reinigungsmaßnahmen sind nach folgenden Grundsätzen durchzuführen:

- Es ist feucht zu reinigen (Ausnahme: textile Beläge).
- Bei den angewendeten Reinigungsmethoden ist eine Schmutzverschleppung zu verhindern (mindestens Zwei-Eimer-Methode bzw. Nutzung industrieller Reinigungsgeräte).
- Für die Pflege textiler Beläge, wie z. B. Spielteppiche, sind Geräte mit Mikro- oder Absolutfiltern zu verwenden. Großflächige Teppichböden sind aus infektionshygienischer Sicht abzulehnen. Zwei Mal jährlich ist eine Feuchtreinigung vorzunehmen. Flecken sind unverzüglich zu entfernen.
- Die Reinigungsmaßnahmen sind in der Regel in Abwesenheit der Kinder durchzuführen.
- Kinder und Jugendliche dürfen nicht zu Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten im Sanitärbereich herangezogen werden.
- Bei Reinigungsarbeiten ist geeignete Schutzkleidung (Handschuhe/Schürze/Kittel) zu tragen.

5.2. Flächendesinfektion

Eine **Flächendesinfektion** ist überall dort notwendig, wo Krankheitserreger auftreten bzw. auftreten könnten. Hier ist insbesondere an Brechdurchfallerkrankungen, aber auch an Verunreinigungen mit Erbrochenem, Urin, Stuhl und Blut zu denken. Die erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen sollten in Absprache mit dem Gesundheitsamt durchgeführt werden.

Die Grundsätze zu Wirkspektren von Desinfektionsmitteln, die im Bereich der Händehygiene beschrieben sind, gelten auch für Flächendesinfektionsmittel.

Für Flächendesinfektionsmaßnahmen gilt:

- Diese müssen unmittelbar nach einer Kontamination mit erregerhaltigem Material (Blut, Eiter, Sekrete, Stuhl, Urin, Erbrochenem) durchgeführt werden.
 - Hierbei ist zunächst das kontaminierte Material mit einem in Desinfektionsmittel getränktem Einmaltuch (Zellstoff u. ä.) zu entfernen und das Tuch sofort in den Abfall zu entsorgen. Anschließend ist die Fläche, wie im Reinigungs- und Desinfektionsplan vorgeschrieben, durch eine Scheuer-Wisch-Desinfektion zu desinfizieren.
- Es sind immer geeignete Handschuhe, Schutzkleidung und eventuell ein Mundschutz zu tragen, da beispielsweise einige Brechdurchfallerreger wie Noroviren durch Einatmen der beim Erbrechen freigesetzten Aerosole zur Erkrankung führen können.
- Die für die jeweiligen Flächen genutzten Desinfektionsmittel sind im spezifischen Hygieneplan der Einrichtung unter Angabe des Handelsnamens und der Konzentration aufzuführen.
 - Es sind hierbei immer viruzide Präparate, die VAH- oder RKI-gelistet sind, zu verwenden (Erläuterungen hierzu siehe oben). Eine Sprühdesinfektion ist aufgrund einer möglichen Atemwegsbelastung des Reinigungspersonals abzulehnen.
- Innerhalb der Einwirkzeit der Desinfektionsmittel-Lösungen dürfen die desinfizierten Flächen nicht trocken- oder nachgewischt werden.
- Nach erfolgter Flächendesinfektion ist zu lüften.

5.3. Reinigungskräfte und Reinigungsdienstleister

Die professionelle Tätigkeit der Reinigungskräfte ist, gerade in Situationen, in denen in der Einrichtung Krankheitsausbrüche zu beobachten sind, von besonderer Bedeutung. Viele Krankheitserreger können auch über Gegenstände und Flächen (z.B. Türklinken, Spielsachen, Tische, Toiletten) weiterverbreitet werden, die sachgerechte Desinfektion ist daher dann besonders wichtig. Das Reinigungspersonal ist daher regelmäßig, mindestens jährlich in allen relevanten Teilen des Hygieneplans zu schulen. Die

Schulungen sind zu dokumentieren, die Schulungsnachweise sind dem Gesundheitsamt auf Anforderung vorzulegen.

Bei der Fremdvergabe der Reinigungsarbeiten an eine Reinigungsfirma soll der Reinigungs- und Desinfektionsplan Bestandteil des Dienstleistungsvertrages sein. Die Einrichtungsleitung ist auch bei Fremdvergabe der Reinigungsleistung in der Pflicht, sich stichprobenartig von der sachgerechten Reinigung und Desinfektion in der Einrichtung zu überzeugen.

5.4. Reinigungsutensilien

Reinigungsutensilien (Wischmop, Wischlappen u.a.) dürfen nicht zu einer Keim- oder Schmutzverschleppung führen. Die wiederverwendbaren textilen Reinigungsutensilien müssen daher sachgemäß arbeitstäglich aufbereitet werden. Routinemäßig sind sie bei mindestens 60°C zu waschen. Wenn, wie beispielsweise beim Auftreten von Magen-Darm-Erkrankungen in der Einrichtung, erforderlich, ist eine chemo-thermische Aufbereitung bei mindestens 85°C unter Verwendung eines desinfizierenden Waschmittels durchzuführen. Alternativ können die benutzten Reinigungsutensilien vor dem Waschen in eine Desinfektionslösung eingelegt werden.

Reinigungsutensilien, die mehrfach verwendet werden, dürfen nur aufbereitet und trocken bis zum nächsten Gebrauch gelagert werden.

Sie sind in einem separaten Raum oder Schrank aufzubewahren und vor unerlaubtem Zugriff zu sichern.

Die Art und Weise und die Verantwortlichkeit der Aufbereitung und Lagerung der Reinigungsutensilien ist konkret im spezifischen Hygieneplan der Einrichtung zu definieren.

6. Hygienerrelevante Themen und Bereiche

In Kindergemeinschaftseinrichtungen gibt es je nach Einrichtungsart unterschiedliche hygienerrelevante Bereiche, die im Rahmen einer Risikoanalyse einer besonderen Aufmerksamkeit im Hinblick auf hygienische Maßnahmen und die Ausstattung bedürfen. Für Schulen gelten, so die Bereiche in der Einrichtung vorhanden sind, die gleichen Anforderungen. Die für die einzelnen Bereiche wichtigen hygienischen Sachverhalte werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

6.1. Trinkwasserhygiene

Das Trinkwasser wird von den örtlichen Wasserversorgern in der Regel in einwandfreier Qualität geliefert. Die Ursachen für Beschwerden liegen meist im Bereich der Rohrleitungen und technischen Armaturen (Hausinstallation). Der Einrichtungsträger der Gemeinschaftseinrichtung ist dazu verpflichtet, die Qualität des Trinkwassers aufrecht zu erhalten. Dazu existieren zahlreiche rechtliche und technische Vorgaben (z.B. Trinkwasserverordnung, VDI/DVGW 6023, DIN EN 1717 etc.).

Die hygienischen Anforderungen an das Trinkwasser werden durch die "Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung TrinkwV)" und die §§ 37-39 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) geregelt.

Die durchzuführenden Trinkwasseruntersuchungen sind die Bakteriologische Überprüfung alle drei Jahre und ggf. eine jährliche systemische Untersuchung auf Legionellen.

Veränderungen an der Trinkwasseranlage durch Neubau, Rekonstruktion oder Wiedereinbetriebnahme nach langer Nichtnutzung sind dem Gesundheitsamt spätestens 4 Wochen vorher anzuzeigen. Das Gesundheitsamt entscheidet, nach Vorliegen einer Wasseranalyse, über die Freigabe der Wasserversorgungsanlage.

Installationen sind nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik und nur von bei dem Wasserversorger registrierten Firmen durchführen zu lassen. Dabei sind besonders die Regelungen der „DIN 1988 - Technische Regeln für Trinkwasserinstallationen“ sowie das DVGW-Arbeitsblatt W 551 zu beachten.

Warmwasseranlagen müssen so installiert und betrieben werden, dass eine gesundheitsgefährdende Vermehrung von Legionellen vermieden wird (VDI 6023, DVGW W 551).

Bakteriologische Überprüfung des Trinkwassers in ihrer Einrichtung

1.) Systemischen Untersuchung auf Legionellen in der Trinkwasser-Installation (Warmwassersystem)

Gemäß § 14 Abs. 3 in Verbindung mit Anlage 4 Teil II b) TrinkwV ist der Unternehmer oder sonstige Inhaber einer Wasserversorgungsanlage nach § 3 Nr. 2 e) TrinkwV, in der sich eine Großanlage zur Trinkwassererwärmung befindet, sofern Trinkwasser im Rahmen einer öffentlich-gewerblichen Tätigkeit abgegeben wird, dazu verpflichtet, **einmal jährlich** das Wasser durch eine systemische Untersuchung auf Legionellen untersuchen zu lassen. Großanlagen sind Installationen, die entweder

- einen Trinkwassererwärmer mit einem Inhalt von mehr als 400 Litern und/oder
- ein Inhalt von mehr als 3 Liter (3-Liter-Regel) zwischen dem Trinkwassererwärmer und den Entnahmestellen

aufweisen.

Sollte Ihre Trinkwasser-Installation eine von den zwei oder beide oben genannten technischen Voraussetzungen erfüllen, liegt eine gesetzliche Durchführungspflicht zur systemischen Untersuchung auf Legionellen vor.

2.) Bakteriologische Untersuchung des Trinkwassers (Kaltwassersystem) in Kindergemeinschaftseinrichtungen

Aufgrund der besonders schutzwürdigen Klientel (Kleinkinder), welche Sie im Kindergarten oder Kindertageseinrichtung betreuen, ist eine bakteriologische Kaltwasseruntersuchung in Ihrer Einrichtungsküche notwendig, um ggf. eine Beeinträchtigung der Trinkwasserqualität festzustellen und dementsprechend Maßnahmen einleiten zu können.

Daher sind Sie angehalten, **alle drei Jahre**, eine Trinkwasseruntersuchung aus dem Kaltwassersystem am Zapfhahn der Spüle in Ihrer Einrichtungsküche auf die bakteriologischen Parameter

- Koloniezahl bei 20°C,
- Koloniezahl bei 36°C,
- Coliforme Bakterien und
- Escherichia Coli
- Pseudomonas aeruginosa

untersuchen zu lassen.

Der Prüfbericht der bakteriologischen Kaltwasseruntersuchung ist dem Gesundheitsamt unaufgefordert zuzusenden.

Hintergrundinformationen zu Legionellen

Infektionen mit Legionellen können ohne Krankheitszeichen verlaufen, zu grippeartigen Krankheitsbildern führen („Pontiac-Fieber“) oder die schweren Krankheitsbilder der sog. „Legionärskrankheit“ verursachen.

sachen. Die "Legionärskrankheit" zeigt sich in Form einer schweren Lungenentzündung, die unbehandelt in 15-20% der Fälle tödlich verläuft. Als Hauptinfektionsweg ist das Einatmen erregerehaltiger, lungengängiger Aerosole aus dem Warmwasserbereich anzusehen. Somit stellen insbesondere Duschen, aber auch Aerosole am Wasserhahn, Gefahrenquellen dar.

Legionellen können in Warmwassersystemen der Wasch- und Duschanlagen vorkommen und vermehren sich vor allem im Temperaturbereich von 25-45°C. Sie sind daher hauptsächlich ein Problem in Gebäuden mit einem langen Leitungsnetz und Bereichen mit längerer Stagnation des Wassers. Zur Minimierung des Legionellenwachstums im peripheren Kalt- und Warmwassersystem sind an den Wasserentnahmestellen Kaltwassertemperaturen unter 20°C und Warmwassertemperaturen von mindestens 55°C sicherzustellen.

Andererseits ist zu beachten, dass Verbrühungen gerade für Kleinkinder eine erhebliche Gefährdung darstellen. Verbrühungen durch heißes Wasser lassen sich vermeiden, indem die Temperatur des Wassers durch die Installation eines Verbrühschutzes nach DIN EN 806/2 (Thermostatarmaturen) auf 43 °C begrenzt wird.

Zur Legionellenprophylaxe sind Duschen, die nicht täglich genutzt werden, mindestens 1x pro Woche, besser noch alle drei Tage, durch ca. 3-minütiges Ablaufen lassen von Warmwasser (bei maximaler Erwärmungsstufe/mindestens 55 °C) zu spülen. Die Verantwortlichkeit und die Dokumentation der Maßnahmen sind im Hygieneplan festzulegen und die durchgeführten Maßnahmen mit Datum und Angabe der ausführenden Person zu dokumentieren.

Die Duschschläuche, Brausen und Perlatoren können durch Ablagerungen und starke Biofilmbildung ebenfalls zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Nutzer führen, da sich hier Bakterien besonders gut vermehren können.

Duschschläuche, Brausen und Perlatoren sind daher auch in regelmäßigen Abständen zu reinigen oder zu ersetzen. Es wird empfohlen, Brausen und Duschschläuche jährlich auszutauschen. Auch die diesbezüglichen Vorgaben sollen sich im Hygieneplan finden.

6.2. Raumlufthqualität

Die gute Luftqualität und somit die gute Lüftung der Klassen-, Gruppen- und Schlafräume hat entscheidenden Einfluss auf die Lernfähigkeit und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen. Bei nicht ausreichender Lüftung steigt der CO₂-Gehalt in den Klassen-, Gruppen- und Schlafräumen messbar und rasch an. Kohlendioxid ist ein normales Stoffwechselendprodukt in der Ausatmung des Menschen. Es steigt bei unzureichender Lüftung von Räumen schnell an, je mehr Nutzer sich im Raum aufhalten und je älter die Nutzer sind.

Schädliche Folgen von hohen CO₂-Konzentrationen in vorgenannten Räumen sind:

- Ermüdung
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Unwohlsein
- Kopfschmerzen
- steigender Geräuschpegel in der Klasse
- sinkende Aufmerksamkeit für den Unterricht
- verschlechterte Lernfähigkeit
- Störungen der Auge-Hand-Koordination
- abnehmendes Sozialverhalten
- verschlechterte Unterrichtskommunikation

Demgegenüber ist bei guter Lüftung der Geräuschpegel im Tagesverlauf verringert, die motorischer Unruhe der Kinder und Jugendlichen geringer, die Aufmerksamkeitsleistung über den Tag besser, die Ermüdung geringer, sind „dysfunktionale Aktivitäten“ wie nicht unterrichtsbezogenes Dazwischenreden oder sonstiges, die Gruppe störendes Verhalten geringer.

Bei guter Lüftung steigt zudem der Dialoganteil Schüler – Lehrer, wächst die „mündliche Mitarbeit“ der Schüler, ohne Veränderung der Unterrichtsform. Aus Sicht der Lehrer ist der Unterricht insgesamt qualitativ verbessert.

All diese positiven Effekte lassen sich durch gute akustisch-ergonomische Raum-Bedingungen (s.b. folgendes Kapitel), messbar durch eine kurze Nachhallzeit, verstärken.

Eine anhaltend gute Luftqualität ist in aller Regel nur durch eine automatische kontinuierliche Belüftung der Räume zu erreichen.

Personengebundene Lüftungspausen oder „Kipplüftung“ zeigen demgegenüber meist nur einen kurz anhaltenden Effekt. Dies liegt daran, dass sie einen großen organisatorischer Aufwand bedeuten, personen- und jahreszeitabhängig sind, häufig nicht ausreichend große Öffnungsflächen zur Verfügung stehen, zunehmend 90-minütige Unterrichtseinheiten durchgeführt werden und zudem Haftungsfragen entgegenstehen: es besteht eine Aufsichtspflicht bei voll geöffneten Fenstern.

Zu all diesen Fragen einer guten Raumluftqualität steht Ihnen das Gesundheitsamt des Kreises Herzogtum Lauenburg unter dem Motto: „Frischer Wind für kluge Köpfe“ gern zur Verfügung.

6.3. Raumakustik

In Kindertageseinrichtungen treten häufig Situationen auf, in denen Lärmbelastungen von Mitarbeitern und Kindern als problematisch empfunden werden. Eine ungünstige Raumakustik wirkt sich dabei lärmverstärkend aus. Lärmbelastung kann zu Stresserscheinungen und Störungen der Kommunikation führen und die Gesundheit und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.

In der Unfallverhütungsvorschrift „Kindertageseinrichtungen (GUV-V S2) 2009“ ist die Raumakustik als Schutzziel und gesundheitsergonomischer Aspekt verankert worden. In Räumen des Kindergartens sind entsprechend der Nutzung bau- und raumakustische Anforderungen der DIN 18041 - 2004 „Hörsamkeit in kleinen bis mittelgroßen Räumen“ einzuhalten.

Auch in der besten Schule ist der Unterricht teils stark erschwert, wenn die Sprachverständlichkeit der Lehrerinnen und Lehrer aufgrund akustischer Mängel im Gebäude leidet. Nicht nur das Vermeiden von Lärmeinwirkungen von außen ist wichtig. Ebenso wichtig sind bauliche und gestalterische Anforderungen im und am Gebäude, um die Akustik im Gebäude zu verbessern. Die akustische Gestaltung von Schulen und Unterrichts- sowie Kitaräumen zielt auf die Schaffung optimaler Bedingungen, um die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen zu fördern und nicht zu beeinträchtigen.

Auch bei all diesen Fragen berät Sie das Gesundheitsamt gerne.

6.4. Wickelbereich

Wickeltische können durch Fäkalien, Sekrete aus den Atemwegen, Speichel, Hautschuppen etc. und darin befindliche Krankheitserreger verunreinigt werden. In Gemeinschaftseinrichtungen stellen Wickeltische zur Nutzung für viele Kinder einen Brennpunkt mit einer besonderen **Infektionsgefahr** für Kinder und Betreuer dar. Kleinkindliches Verhalten (z.B. aufgrund der „Hand-Mund-Einheit“) bedeutet ein zusätzliches Risiko für die Übertragung von Krankheitserregern bei Krippenkindern.

Die hygienische Aufbereitung von Wickeltischen hat daher in diesen Einrichtungen eine besonders hohe Relevanz.

Da Durchfall-Erkrankungen durch Viren, wie z.B. Noroviren und Rotaviren, im Kindesalter eine besondere Rolle spielen und schon geringe Infektionsdosen für eine Weiterverbreitung ausreichend sind, sollen **Hände- und Flächendesinfektionsmittel** nicht nur allgemein gegen Bakterien sondern auch gegen Viren wirksam sein. Desinfektionsmittel mit dem „Wirkungsbereich A“ wirken nur gegen Bakterien, Viren machen sie nicht unschädlich. Daher sollen im Wickelbereich nur Desinfektionsmittel angewandt werden, die den Hinweis „Wirkbereiche A+B“ tragen, da sie auch die bei kleinkindlichen Durchfallerkrankun-

gen häufigen Viren unschädlich machen. Auf ihre sichere Wirksamkeit geprüfte Desinfektionsmittel sind in Listen des Verband (VAH) oder des Robert Koch-Instituts (RKI) aufgeführt. Im Reinigungs- und Desinfektionsplan der jeweiligen Einrichtung ist der konkrete Name des verwendeten Mittels und seine Dosierung aufzuführen.

Wickelaufgaben müssen aus einem Material bestehen, das sich leicht reinigen und desinfizieren lässt. Sie sind nach jedem Wickelvorgang mit dem Desinfektionsmittel zu behandeln. Grobe Verunreinigungen sind vorher mit Einmaltüchern zu reinigen.

Alternativ ist das Verwenden von Einmalunterlagen empfehlenswert. Stoffbezüge sind ungeeignet, da diese nach jeder einzelnen Benutzung abgezogen und neu aufbereitet werden müssten.

Die **Oberflächen des Wickeltisches** sind aus desinfektionsmittelbeständigem Material zu halten. Holzmaterialien müssen eine entsprechende Versiegelung aufweisen. Diese Versiegelung darf auch bei längerer Einwirkzeit nicht mit den Inhaltsstoffen der Desinfektionsmittel reagieren bzw. sich auflösen. Gegebenenfalls ist ein Herstellernachweis anzufordern. Fugen, Stöße oder Kanten sind so zu versiegeln, dass keine Flüssigkeiten in das Kernmaterial eindringen können.



Der Wickeltisch muss sich in unmittelbarer Nähe eines **Handwaschplatzes** befinden. Dieser muss mit Händedesinfektionsmittel- und Flüssigseifenspendern (ellenbogenbedienbar) und Einmalhandtüchern ausgestattet sein. Auch das verwendete Händedesinfektionsmittel muss sicher gegen Viren wirken. Der Handwaschplatz soll Armaturen, die ohne Handkontakt zu bedienen sind, aufweisen. Für die einwandfreie Pflgetätigkeit während des Wickelvorganges sollte eine **Wasch- bzw. Duscmöglichkeit** bereitstehen. Idealerweise schließt sich diese dem Wickelbereich an. Um vor Verbrühungsgefahren zu schützen, sollte die maximal einzustellende Temperatur 43°C nicht überschreiten. Dieser Verbrühschutz kann durch eine technische Maßnahme direkt an der Entnahmearmatur erfolgen. Die Duschwanne ist nach jedem Gebrauch mit einem geeigneten Flächendesinfektionsmittel mit dem Wirkungsbereich A + B (siehe oben) zu desinfizieren. Antirutschbeläge, die zur Unfallvermeidung beitragen, sollten desinfizierbar sein und in regelmäßigen Abständen ersetzt werden, da das Desinfektionsmittel Einfluss auf das Material nehmen kann (z.B. Weichmacher). Defekte an den Antirutschbelägen, wie zum Beispiel Risse oder poröse Stellen, können den Desinfektionsprozess beeinträchtigen. Die unmittelbar angrenzenden Wände

sowie der Fußboden sind so zu gestalten, dass eine einwandfreie Reinigung und gegebenenfalls eine Desinfektion durchgeführt werden kann.



Die Mitarbeiter der Gemeinschaftseinrichtung sollten grundsätzlich beim Wickeln geeignete **Schutzhandschuhe** tragen; diese schützen nicht nur vor Infektionen, sondern auch vor Schädigungen der Haut. Sie sind nach jedem Wickelvorgang zu wechseln. Es sollten Schmuck, wie Ringe und Armreifen, ebenso Armbanduhren, abgelegt werden. Es wird empfohlen, auch auf Nagellack zu verzichten. Bevorzugt sollten Handschuhe aus Vinyl und nicht aus Latex (Allergie) verwendet werden.

Ebenso wichtig ist nach dem Tragen der Schutzhandschuhe das Desinfizieren der Hände und ein ausreichender Hautschutz in Form eines Hautpflegemittels. Die Schutzhandschuhe sind durch den Träger der Kindertageseinrichtung in ausreichender Menge zur Verfügung zu stellen.

Zudem sollte zum Schutz der Arbeitskleidung beim Wickeln eine Schürze getragen werden.

Windeleimer für benutzte Windeln sind mit Deckel zu versehen, die ohne Handkontakt zu öffnen sind. Die Windeleimer sollen mit Müllbeuteleinsatz verwendet werden. Die Windeleimer sind mindestens werktäglich zu entleeren. Mülltüten mit Einwegwindeln sind mit dem Hausmüll zu entsorgen. Nach jeder Entleerung müssen sie mit dem viruswirksamen Desinfektionsmittel behandelt werden. Windeleimer sollten für Kinder nicht erreichbar sein.



Alle hier beschriebenen Hygieneregeln des Wickelplatzes sollen in einem **Reinigungs- und Desinfektionsplan** beschrieben sein, der laminiert im Wickelbereich auszuhängen ist.

6.5. Sanitärräume

Grundsätze der Hygiene im Sanitärbereich sind hier kurz aufgelistet und finden sich in tabellarischer Form im Reinigungs- und Desinfektionsplan. **Wandflächen** im Sanitärbereich sind einmal wöchentlich zu reinigen. **Türklinken** im Sanitärbereich sind täglich zu reinigen. **Waschbecken, Toilettenbecken und -sitze, Ziehgriffe oder Spültasten und Fäkalienausgüsse** sind täglich zu reinigen. **Toilettenbürsten** sind außerhalb des Zugriffsbereichs der Kinder aufzubewahren und regelmäßig zu reinigen bzw. zu wechseln.

Sollte in der Einrichtung eine **Magen-Darm-Durchfallerkrankung** grassieren, sind im Sanitärbereich Desinfektionsmaßnahmen erforderlich. Diese sind bei Verschmutzung durch Exkremente sofort durchzuführen, routinemäßig mindestens jedoch zwei Mal täglich (siehe Abschnitt Magen-Darm-Erkrankung – Durchfall und Erbrechen).

Stoffhandtücher sind nur personenbezogen zu verwenden und regelmäßig bei 95°C zu Waschen. Die Handtuchhaken müssen so angebracht sein, dass es keinen direkten Kontakt zwischen den Handtüchern gibt. Die Haken sollten mit einem personengebundenen Kindermotiv (Namen) versehen sein. Ist dies nicht möglich, müssen Papierhandtücher verwendet werden.

Zahnputzbecher und -bürsten, Käämme und Haarbürsten sind personengebunden zu verwenden, regelmäßig zu reinigen und bei Bedarf zu wechseln.

Die **Duschköpfe** der Duschen sind regelmäßig auf Kalkablagerungen zu kontrollieren, diese sind zu entfernen. Alternativ können die Duschköpfe und Duschschräuche ausgewechselt werden.



6.6. Zahnprophylaxe

Werden in der Einrichtung regelmäßig die Zähne geputzt, ist folgendes zu beachten:



- Über dem Waschbecken sind jeweils Spiegel in kindgerechter Höhe anzubringen, denn Kinder sollen sich beim Zähneputzen beobachten können.
- Um einen Kontakt der Zahnputzutensilien der Kinder zu vermeiden, sollen diese in speziellen Zahnputzhalterungen bzw. Lochbrettern, die einen ausreichenden Abstand zu einander haben, aufbewahrt werden.
- Um Verwechslungen auszuschließen, sind Becher und Zahnbürsten mit einem personengebundenen Motiv oder Namen zu versehen. Das Motiv bzw. die Markierung sollte dauerhaft erkennbar sein, z. B. unter Zuhilfenahme von Isolierbändern oder wasserfesten Stiften.
- Die Zahnbürsten sind nach Gebrauch unter fließendem Wasser zu reinigen und ca. alle 4 Wochen auszutauschen.
- Die Zahnbürsten sollen zudem ausgetauscht werden, wenn Krankheiten wie Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Mundfäule, Grippe, Herpes in der Einrichtung auftreten.

Weitere Informationen erhalten Sie in unserem zahnärztlichen Fachdienst im Gesundheitsamt Geesthacht, Otto-Brügmann-Straße 8, 21502 Geesthacht, Tel.: 04152 / 80 98 10.

6.7. Klassenräume

In den Klassenräumen ist jeweils ein Handwaschbecken zu installieren. Im Bereich der Handwaschbecken müssen die Wände spitzwassergeschützt und der Fußboden zusätzlich rutschhemmend hergerichtet sein. An den Handwaschbecken in den Klassenräumen sind Vorrichtungen für die Aufnahme von Flüssigseife und Einmalhandtüchern vorzusehen. Außerdem ist ein Abwurfbehälter für die Einmalhandtücher bereitzuhalten.

In den Klassen-/Unterrichtsräumen sind während der Nutzung eine ausreichende und gesundheitlich zuträgliche Atemluft sowie Raumtemperatur sicherzustellen. Einzelheiten hierzu sind im Kapitel „Raumluftqualität“ dieses Hygieneleitfadens beschrieben.

6.8. Gruppenräume

Die Fußböden in Gruppenräumen sollen abwischbar und desinfizierbar sein. Daher verbieten sich aus infektionshygienischer Sicht großflächige Teppichböden. Kleine Spielteppiche sollen leicht zu reinigen und desinfizierend waschbar sein. Das Mobiliar muss den selben Anforderungen bezüglich Reinigung und Desinfektion entsprechen.

6.9. Erste-Hilfe-Raum

In Kindertageseinrichtungen, allgemein bildenden und berufsbildenden Schulen sowie Hochschulen hat der Träger mindestens eine geeignete Liegemöglichkeit oder einen geeigneten Raum mit Liegemöglichkeit zur Erstversorgung von Verletzten vorzuhalten.

Dieser sollte sich zu ebener Erde in zentraler Lage im Gebäudekomplex der Schule/des Kindergartens, im Bereich der Werkstätten und/oder in der Sporthalle befinden und für den Rettungsdienst gut zugänglich sein. Außerdem hat der Träger einer Gemeinschaftseinrichtung dafür zu sorgen, dass zur Ersten Hilfe und zur Rettung aus Gefahr die erforderlichen Sachmittel, z.B. Erste-Hilfe-Verbandskasten, persönliche Schutzausrüstungen sowie das erforderliche Personal zur Verfügung stehen. (*GUV-R A 1+ BGI 509*)

Die Wände im Erste-Hilfe-Raum sind mit einem waschfesten hellen Farbanstrich zu versehen. Im Bereich des Handwaschbeckens müssen die Wände bis zu einer Höhe von mindestens 1,50 m mit einem glatten, wasserundurchlässigen, leicht zu reinigenden und desinfizierenden hellen Belag oder mit einem entsprechenden Wandanstrich auf dichtem Putz spitzwassergeschützt hergerichtet sein (z. B. Fliesen-schild). Das Waschbecken soll mit fließend kaltem und warmem Wasser, die Armatur mit dem Ellenbogen bedienbar sein, einem Seifen- u. Desinfektionsmittelpender mit Unterarmbedienung), einem Einmalhandtuchhalter und Abwurfbehälter ausgerüstet sein. Die Liege muss feucht zu reinigen und desinfizierbar sein. Der Fußboden im Erste-Hilfe-Raum muss rutschhemmend sein. Eine Nassreinigung und Desinfektion des Fußbodens muss möglich sein.

Im Erste-Hilfe-Raum ist eine Notrufanlage (Telefon) zu installieren. In unmittelbarer Nähe der Notrufanlage müssen die Rufnummern der nächstgelegenen Arztpraxen, Krankenhäuser, der Rettungsleitstelle und der Gif tinformationszentrale-Nord verfügbar sein.

6.10. Ruheraum / Schlafrum

Um die individuellen Schlafbedürfnisse der Kleinkinder berücksichtigen zu können, ist ein separater, vom Gruppenraum getrennter Schlafrum vorzusehen.

In den Schlaf- bzw. Ruheräumen muss ausreichend gesundheitlich zuträgliche Atemluft vorhanden sein.

Aufgrund eigener Messungen sowie umfangreicher Literaturstudien ist ein ausreichender Luftaustausch durch Fensterlüftung nur unter strikt einzuhaltenden Lüftungsvorgaben möglich. Wenn diese nicht eingehalten werden, stellen sich gesundheitlich bedenklich hohe CO₂-Konzentrationen in der Innenraumluft ein.

Es wird aus diesen Gründen dringend eine technisch geregelte Be- und Entlüftung für die Schlaf- bzw. Ruheräume empfohlen. Näheres ist im Abschnitt „Raumluftqualität“ dieses Hygieneleitfadens beschrieben.

Sollten die Gruppen- und besonders die Schlaf- bzw. Ruheräume nicht mit einer technisch geregelten Be- und Entlüftung ausgestattet werden, müssen die Fenster ausreichende Lüftungsquerschnitte vorweisen. Die notwendigen Lüftungsquerschnitte lassen sich für Ihre Einrichtung gemäß der Arbeitsstättenrichtlinie (ASR) A3.6 berechnen. Es empfiehlt sich, hierfür den für Ihre Einrichtung zuständigen sicherheitstechnischen Dienst oder direkt die zuständige Unfallkasse zu befragen.

Bei ausschließlicher Fensterlüftung ist darauf zu achten, dass eine ausreichend gleichmäßige Durchlüftung der Schlaf- und Ruheräume gewährleistet ist. Dauer und Intensität des Luftaustausches bei freier Lüftung sind so zu gestalten, dass Zugluft möglichst vermieden wird.

6.11. Garderobe

Die Ablage der Oberbekleidung sollte so angebracht sein, dass es keinen direkten Kontakt zwischen den Kleidungsstücken der Kinder gibt (Abstand mindestens 20 cm). Dies dient z. B. dem Schutz vor der Übertragung von Läusen. Die Kleiderhaken sollten mit einem personengebundenen Kindermotiv versehen sein. Zusätzlich sollte die Garderobe mit einer Ablage (mit Trennwand) für jedes Kind für Mützen und Schals sowie für Straßenschuhe ausgestattet sein. Aufgrund der Krabbelkinder sollten im Aufenthaltsbereich nur saubere Hausschuhe getragen werden, die wöchentlich gründlich zu reinigen sind.

6.12. Turn- und Gymnastikraum

Im Sinne einer wirksamen Fußpilzprophylaxe sollten Turn- oder Gymnastikschuhe getragen werden.

6.13. Spiel- und Kuschecken

In den Spiel- und Kuschecken sind die Hygiene-Maßnahmen besonders streng zu beachten, da hier der Kontakt zu den Materialien und Spielgeräten besonders eng ist. Eine tägliche Reinigung sollte erfolgen. Sofas, Matratzen und ähnliche Sitz- und Liegeflächen sollten mit geeigneten abnehmbaren und waschbaren Bezügen versehen sein und 14-tägig, nach grober Verunreinigung unverzüglich, gewaschen werden.

6.14. Spielsachen und Spielgeräte

Es ist schon bei Anschaffung darauf zu achten, dass Spielsachen leicht zu reinigen und ggf. zu desinfizieren sind.

Bei sichtbarer Verschmutzung muss eine sofortige Reinigung der Spielsachen erfolgen. Textile Spielsachen sollten zur Reinigung bei mindestens 60°C in einer Waschmaschine mit einem handelsüblichen Waschmittel gewaschen werden.

Beim Vorkommen von Infektionserkrankungen in der Einrichtung ist eine Desinfektion erforderlich. Auch das Spielzeug muss desinfiziert werden. Stoffspielzeug ist hierzu chemo-thermisch zu desinfizieren, d.h. bei mindestens 60°C mit einem desinfizierenden Waschmittel zu waschen. Spielzeug mit fester, desinfizierbarer Oberfläche soll in warmer Seifenlauge gewaschen, mit klarem Wasser abgespült und vollständig getrocknet werden. Anschließend sind die Spielsachen nach den Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplans zu desinfizieren. Es ist darauf zu achten, dass alle Spielsachen leicht zu reinigen und ggf. zu desinfizieren sind.



6.15. Wasserspiele

Aus hygienischer Sicht sind Wasserspiel- und Erlebnisbereiche, bei denen Trinkwasser über befestigte Flächen (z. B. Fliesen, Steinplatten) mit Bodeneinlauf versprüht oder verrieselt wird, unproblematisch. Im Bereich des Sandes darf ausschließlich mit Trinkwasser gespielt werden.

6.16. Planschbecken

Planschbecken, die ohne technische Wasseraufbereitung betrieben werden, sind täglich zu entleeren, zu reinigen, zu desinfizieren und zu Betriebsbeginn neu zu füllen. Bei hohem Verunreinigungsgrad (Blät-

ter, Sand und dergleichen) ist auch zwischenzeitlich eine Reinigung und Desinfektion notwendig. Bei groben Verschmutzungen des Wassers (z. B. durch Fäkalien) ist ein sofortiger Wasserwechsel mit anschließender Reinigung und Desinfektion des Beckens erforderlich.

Planschbecken ($\leq 2\text{m}^3$), die nicht täglich geleert und gereinigt werden, müssen über automatisch gesteuerte Chlorungsanlagen betrieben werden. Sie unterliegen der DIN 19643 „Aufbereitung von Schwimm- und Badebeckenwasser“.

Planschbecken ohne Aufbereitung und Desinfektion stellen ein erhöhtes hygienisches Risiko dar.

6.17. Spielsand

Spiel- und Bolzplätze einschließlich ihrer Zugänge und Einrichtungen sind in benutzbarem, insbesondere hygienisch einwandfreiem Zustand zu erhalten (Jugendförderungsgesetz Schleswig Holstein § 34).

Für das Einrichten eines Sandspielplatzes ist auf Herkunft und Qualität des Sandes zu achten. Sand darf nicht durch Schadstoffe belastet sein. Bei Neubefüllung sollte vom Lieferanten die Qualität des Spielsandes gewährleistet sein. Ein naturgewachsener Sandboden aus Kiesgruben ist in der Regel schadstofffrei. Falls anderer Sand verwendet wird (z.B. Baustellensand), sollte dieser durch eine Untersuchung auf Schadstoffe (Zertifikat z.B. vom TÜV Nord) ausgewiesen werden (DIN EN-71-3/LAGA Z 0).

Die Infektionsgefahr durch Krankheitserreger im Spielsand ist seit vielen Jahren ein Thema des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Für die hygienische Beurteilung von Spielsand gibt es keine einheitlichen Untersuchungsmethoden oder Bewertungsmaßstäbe, zudem stellt die mikrobiologische Untersuchung nur eine Momentaufnahme der hygienisch-mikrobiologischen Qualität des Spielsandes dar. Auch verschiedene Aufbereitungsmaßnahmen wie thermische Desinfektion oder Reinigung (mechanisch oder maschinell) können die Keimbelastung nicht nachhaltig reduzieren.

Zum Spielsandaustausch gibt es in Schleswig Holstein keine gesetzliche Regelung. Es wird 1 x jährlich empfohlen.

Zur Pflege des Sandes sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Zulauf von Hunden und Katzen unterbinden (Einzäunung).
- Sandkästen über Nacht bzw. Wochenende abdecken.
- Häufiges Harken zur Reinigung und Belüftung des Sandes. Eine Drainage sollte möglich sein.
- Tägliche visuelle Kontrolle auf organische (Tierexkrememente, Lebensmittel, Müll etc.) und anorganische Verunreinigung (z. B. Glas). Verunreinigungen aller Art sind sofort zu entfernen.

6.18. Wäsche

Beim **Waschen der Wäsche in der Einrichtung** selbst ist ein separater, Kindern nicht zugänglicher Raum einzurichten. In diesem ist ein Handwaschplatz mit handberührungsfrei zu bedienenden Seifen- und Händedesinfektionsmittelspender und Einmalhandtuchspender zu installieren. Die Fußböden und

Wände sowie alle Flächen von ggf. dort befindlichen Einrichtungsgegenständen sollen abwischbar und mit desinfizierbaren Oberflächen ausgestattet sein. Der Raum muss zudem gut durchlüftet sein. Ferner ist auf das sichere Trennen der schmutzigen und sauberen Wäsche im Sinne eines reinen und unreinen Bereichs zu achten.

Spätestens wenn in der Einrichtung ein Ausbruch einer Magen-Darm-Erkrankung zu beobachten ist, kann davon ausgegangen werden, dass verunreinigte Wäsche mit Krankheitserregern belastet ist. Dieser Gefahr sind alle Kindergemeinschaftseinrichtungen stets ausgesetzt. An das Wäschewaschen in der Einrichtung sind daher besondere Anforderungen zu stellen. Mit infektiösen Ausscheidungen verunreinigte Wäsche ist mit einem desinfizierenden Waschverfahren zu waschen. Hierzu muss ein zugelassenes desinfizierendes Waschmittel bei mindestens 60°C verwendet werden. Das Waschverfahren beim Auftreten von infektiösen Erkrankungen in der Einrichtung ist im Hygieneplan detailliert zu beschreiben.

Um nachzuvollziehen, ob die Desinfektionsleistung des Waschverfahrens ausreicht, um Krankheitserreger sicher abzutöten, ist eine **mikrobiologische Überprüfung von Waschmaschinen mit Bioindikatoren** erforderlich. Die mikrobiologische Überprüfung von Waschmaschinen erlaubt eine Aussage zur Desinfektionsleistung des geprüften Gerätes. Die mikrobiologische Überprüfung der zur Eigenwäsche eingesetzten Waschmaschinen soll alle 12 Monate erfolgen.

Für dieses Testverfahren werden als Bioindikatoren Stoffläppchen verwendet, die mit dem Bakterium „Enterococcus faecium“ kontaminiert worden sind.

Zur Überprüfung der Desinfektionsleistung wird das bzw. werden die Stoffsäckchen der normalen Schmutzwäsche zugegeben, worauf das jeweilige Geräteprogramm gestartet wird. Die auf diese Weise desinfizierten Indikatoren werden anschließend an das Untersuchungslabor, das die Bioindikatoren zur Verfügung stellte, zurückgesendet. Im Labor wird untersucht, ob die ursprüngliche Keimbelastung im zu erwartenden Umfang geringer geworden ist.

Selbstverständlich ist die regelhafte fachgerechte Wartung der Waschmaschinen eine Grundvoraussetzung für ihre ordnungsgemäße Funktion.

Eine Alternative zur Wäsche in der Einrichtung ist die **Vergabe der Wäsche an einen professionellen Dienstleister**. Dieser verfügt über ein Qualitätsmanagementsystem, in dem auch der Transport von infektiöser Wäsche definiert ist. Dieses Transportverfahren soll auch in der Kindergemeinschaftseinrichtung zur Anwendung kommen. Bei der Fremdvergabe sollte darauf geachtet werden, dass die Wäscherei die Kriterien der RAL-Zertifizierung erfüllt.

Wird in einer Kindereinrichtung regelmäßig Mittagsschlaf gehalten, ist aus hygienischer Sicht, um die Übertragung von Krankheitskeimen, Läusen etc. zu vermeiden, die **Bettwäsche** personengebunden zu verwenden. Idealerweise wird die Bettwäsche von den Eltern der Kinder zu Hause gewaschen. Der

Transport der Wäsche ist in einem verschlossenen Plastiksack durchzuführen. Die **Schlafbekleidung** sollte mindestens wöchentlich, die Bettwäsche mindestens alle zwei Wochen gewechselt werden. Verunreinigte Wäsche ist sofort zu wechseln.

Die **Schlafdecken, Kissen und Matratzen** (mit Flüssigkeitsdichten waschbarem Schonbezug) sind ein bis zwei Mal jährlich, sowie nach Personenwechsel zu reinigen.

6.19. Küche / Essenszubereitung / Essensausgabe

Sofern in Kindergemeinschaftseinrichtungen Speisen ausgegeben werden, sind diese als Küchen der Gemeinschaftsverpflegung einzuordnen. Die Betriebe gelten dann rechtlich als Lebensmittelunternehmer.

Lebensmittelbedingte Erkrankungen können in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen auftreten, wenn Krankheitserreger über Rohwaren oder infiziertes Personal in die Küchen gelangen, durch Hygienemängel in den Küchen verbreitet werden und in die zubereiteten Lebensmittel gelangen. Fehler bei der Temperaturführung können weiterhin dazu beitragen, dass die Krankheitserreger in den Lebensmitteln überleben und sich vermehren.

Um hier lebensmittelbedingte Erkrankungen zu verhindern, müssen an die bauliche und einrichtungstechnische Ausstattung und den Umgang mit Lebensmitteln besonders hohe Anforderungen gestellt werden.

Die zuständige Überwachungsbehörde für Küchen der Gemeinschaftsverpflegung im Kreis Herzogtum Lauenburg ist der **Fachdienst Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung**, Schmilauer Str. 66, 23879 Mölln. Sachkundige Auskunft erteilt die Lebensmittelkontrolleurin Frau Thun (Telefon 04542/822 83 18, E-Mail-Adresse: Thun@kreis-rz.de).

Hilfreiche Informationen zum Thema Lebensmittelrecht in Kitas sind unter nachfolgendem Link der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), FIT KID - "Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas" <http://www.fitkid-aktion.de/wissenswertes/rund-um-die-gesetze.html> sowie in der "[Leitlinie für eine gute Lebensmittelhygienepraxis in sozialen Einrichtungen](#)" zu finden.

Vor erstmaliger Ausübung einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich benötigen alle Personen, die mit leichtverderblichen Lebensmitteln, wie beispielsweise Milch und Milcherzeugnissen, Fleisch, Geflügel sowie Fisch und deren Erzeugnissen (roh und gegart), Eiprodukten, Säuglings- und Kleinkindernahrung, Konditoreiwaren sowie Feinkost- und Rohkostsalaten in der Einrichtung umgehen, gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine **Belehrung durch das Gesundheitsamt**, das hierüber ein Belehrungsheft ausstellt. Alle zwei Jahre hat eine Folgebelehrung zu erfolgen, die durch eine autorisierte Per-

son der Einrichtung durchgeführt werden darf. Die Folgebelehrung ist in dem Belehrungsheft zu dokumentieren und auf Nachfrage dem Gesundheitsamt in der Einrichtung vorzulegen.

6.20. Tierhaltung

Tierhaltung in Kindergemeinschaftseinrichtungen kann unterschiedliche pädagogische und gesundheitliche Aspekte haben.

Die Nutzung von Tieren im sozialen Einsatz ist grundsätzlich tierschutz- und tierseuchen-rechtlich zu beurteilen und ggf. erlaubnispflichtig. Daher ist es unerlässlich, sich vor der Planung einer Tierhaltung mit dem **Fachdienst Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung** des Kreises Herzogtum Lauenburg, Schmilauer Str. 66, 23879 Mölln in Verbindung zu setzen, der für die Prüfung und Erlaubniserteilung zuständig ist. Sachkundige Auskunft erteilen die zuständigen Amtstierärzte (Telefon 04542/822 83 - 0, E-Mail- Adresse: veterinaerwesen@kreis-rz.de).

Bereits im Vorfeld sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Für die Tierhaltung ist eine verantwortliche sachkundige Person mit entsprechender Vertretung zu benennen.
- Für die Unterbringung der Tiere sind gesonderte und geeignete, leicht zu reinigende, desinfizierbare und gut lüftbare Räume vorzusehen. Schlaf- und Gruppen- sowie anderweitig zweckgebundene Räume sind nicht geeignet.
- Zur Reinigung und Betreuung sind gezielte Maßnahmenpläne in den Hygieneplan der Einrichtung aufzunehmen.

6.21. Entsorgung / Abfall

Die Abfälle sollten in gut schließenden Behältnissen gesammelt und mindestens einmal täglich in zentrale Abfallsammelbehälter entsorgt werden. Abfallbehälter müssen vor dem Zugriff der Kinder geschützt sein. Einwegwindeln sind mit dem Hausmüll zu entsorgen. Die Abfallentsorgung ist so zu betreiben, dass Belästigungen, insbesondere durch Gerüche, Insekten und Nagetiere vermieden werden.

Abfallentsorgung (gemäß Abfallsatzungen der AWSH)

AWSH Abfallwirtschaft Südholstein GmbH

Recyclinghof Ratzeburg,

Robert-Bosch-Straße 7,

23909 Ratzeburg

Telefon: 0800 2974001

6.22. Schädlingsbefall

Bei Feststellung von Schädlingsbefall ist unverzüglich der Träger der Einrichtung zu informieren und ein sachkundiger Schädlingsbekämpfer mit der Bekämpfung der Schädlinge zu beauftragen.

6.23. Schimmelbefall

Schimmelpilzbefall muss umgehend ursächlich abgeklärt und saniert werden.

Ein massiver Befall mit Schimmelpilzen ist häufig offensichtlich und äußert sich durch sichtbare und charakteristische schwarze bis braun-gelbe Verfärbungen an Fugen, Tapeten usw. beziehungsweise durch einen typischen muffigen Geruch.

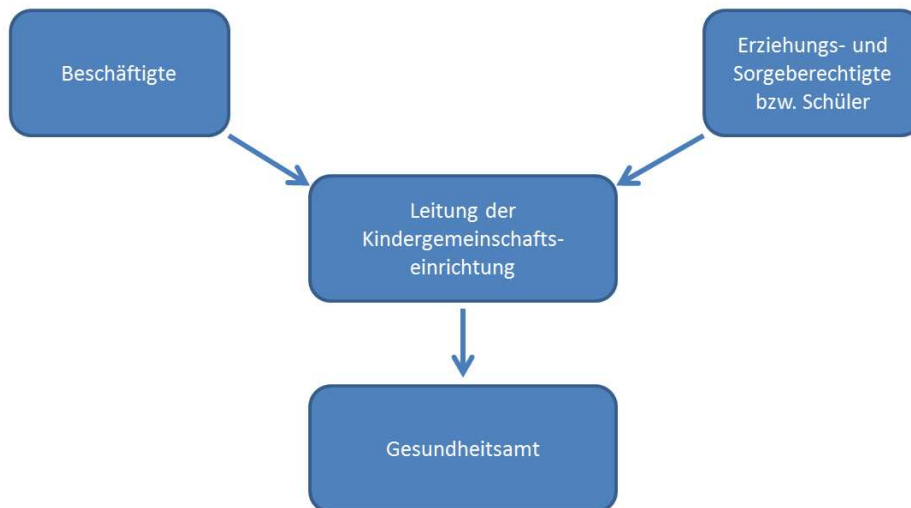
Schimmelpilze können Sporen, Stoffwechselprodukte und Allergene an die Raumluft abgeben, die zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

7. Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz enthält eine ganze Reihe von teils einschneidenden Regelungen, die in diesem Kapitel beschrieben werden.

7.1. Meldepflichten

Eine Übersicht über die Meldepflichten gibt das hier abgebildete Diagramm, inhaltliche Erläuterungen finden sich in den folgenden beiden Abschnitten.



7.1.1. Meldepflicht der Einrichtungseitung

Leitungen von Kindereinschaftseinrichtungen unterliegen beim Auftreten der unten aufgeführten Infektionskrankheiten und schon bei Krankheitsverdacht der Meldepflicht nach § 34 Abs. 6 IfSG. Sie haben dann das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nur dann nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung durch den behandelnden Arzt oder das diagnostizierende Labor bereits erfolgt ist.

Im Anhang finden sich das Meldeformular nach IfSG und für jeden relevanten Erreger ein Merkblatt, das zur Information der Eltern und Mitarbeiter der Einrichtung gedacht ist.

Meldepflicht für Leitungen von Kindereinschaftseinrichtungen besteht bei Erkrankung oder Krankheitsverdacht an:

- ansteckender Borkenflechte (Impetigo contagiosa)
- EHEC (Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli)
- Keuchhusten

- Krätze (Scabies)
- Masern
- Meningokokken-Infektion
- Mumps
- Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen
- Shigellose
- Virushepatitis A oder E
- Windpocken
- sowie bei den in Deutschland selten oder sehr selten vorkommenden Erkrankungen: Diphtherie, ansteckungsfähige Lungentuberkulose, Cholera, virusbedingtem hämorrhagischen Fieber (z.B. Ebola), Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis, Paratyphus, Pest, Poliomyelitis, Typhus abdominalis
- und bei Verlaesung.

Meldepflicht für Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen im oben genannten Sinne bestehen ferner wenn bei Personen, in deren Wohngemeinschaft (z.B. Familie) nach ärztlichem Urteil eine der folgenden Erkrankungen oder ein Verdacht auf eine der folgenden Erkrankungen aufgetreten ist:

- EHEC (Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli)
- Masern
- Meningokokken-Infektion
- Mumps
- Shigellose
- Virushepatitis A oder E
- sowie ansteckungsfähiger Lungentuberkulose, Cholera, Diphtherie, virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola), Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis, Paratyphus, Pest, Poliomyelitis, Typhus abdominalis.

Meldepflicht für Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen besteht weiterhin wenn Personen, die in der Einrichtung betreut werden oder dort arbeiten, Ausscheider folgender Krankheitserreger sind:

- Shigellen
- EHEC (enterohämorrhagischer Echericha coli)
- Salmonella Typhi
- Salmonella Paratyphi
- Vibrio cholerae O 1 und O 139
- Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend

7.1.2. Meldung von Krankheitsausbrüchen

Die Meldepflicht für Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen besteht auch beim Auftreten von Krankheitsausbrüchen, wenn zwei oder mehr gleichartige, schwerwiegende Erkrankungen, bei denen als Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind, auftreten. Dies kann bei vielen der oben genannten Krankheitserreger der Fall sein. Auch im Einzelfall nicht meldepflichtige Krankheiten wie z.B. die Hand-Fuß-Mund-Krankheit, die bakterielle Bindehautentzündung, die Mundfäule oder Madenwürmer (Oxyuren) sind, wenn sie gehäuft auftreten, als Krankheitsausbrüche (ab zwei Fällen) meldepflichtig.

Um die Entwicklung des Krankheitsausbruchs beurteilen und ggf. erforderliche Infektionsschutzmaßnahmen ableiten zu können, ist es oft erforderlich, dass die Einrichtungsleitung dem Gesundheitsamt täglich die Neuerkrankungen mitteilt. Hierzu ist ein **Ausbruchsprotokoll** (sog. „Linelist“) zu führen.

Die Vorlage für dieses Ausbruchsprotokoll stellt der verantwortliche Gesundheitsaufseher des Gesundheitsamts zur Verfügung. Dies geschieht mit dem geringsten Aufwand per Email. Hierbei hat sich das Führen einer Exceltabelle bewährt. Um den erforderlichen Datenschutz zu gewährleisten, wird Ihnen diese verschlüsselt von dem Gesundheitsaufseher des Gesundheitsamtes zur Verfügung gestellt, der für Ihre Einrichtung zuständig ist. Von Seiten der Einrichtung ist hierfür keine Hard- oder Software anzuschaffen.

7.1.3. Meldepflichten der Eltern und Mitarbeiter

Für die Eltern und Sorgeberechtigten besteht nach § 34 Abs. 5 IfSG die Verpflichtung, der Einrichtungsleitung unverzüglich Meldung zu machen, wenn eine der im Kapitel „Meldepflicht“ genannten Erkrankungen oder der Krankheitsverdacht auftritt.

Entsprechendes gilt für die Mitarbeiter der Einrichtung.

7.2. Besuchsverbot für Kinder von Kindergemeinschaftseinrichtungen

Bei allen im Abschnitt „Meldepflichten“ dargestellten Krankheiten und dem Krankheitsverdacht besteht für die betroffenen Kinder nach dem IfSG ein direktes gesetzliches Besuchsverbot für die Räume, Einrichtungen und deren Veranstaltungen.

Weiterhin besteht ein gesetzliches Besuchsverbot auch für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an einer infektiösen Gastroenteritis (meist mit Erbrechen und/oder Durchfall einhergehend) erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Diese Verbote bleiben bestehen, bis nach ärztlichem Ermessen die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

7.3. Tätigkeitsverbot für Personal von Kindergemeinschaftseinrichtungen

Bei allen im Abschnitt „Meldepflichten“ dargestellten Krankheiten und dem Krankheitsverdacht besteht für das betroffene Personal ein Verbot für Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben.

Dieses Verbot bleibt bestehen, bis nach ärztlichem Ermessen die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

7.4. Ausscheider von Krankheitserregern

Nach § 34 Abs. 2 IfSG dürfen Personen, die Ausscheider von folgenden Krankheitserregern sind, 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:

- Shigellen
- EHEC (enterohämorrhagischer Echericha coli)
- Salmonella Typhi
- Salmonella Paratyphi
- Vibrio cholerae O 1 und O 139
- Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend

7.5. Belehrung von Eltern und Mitarbeitern durch die Einrichtungsleitung

Das IfSG schreibt auch vor, dass die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung die Eltern und Sorgeberechtigten der Kinder, die neu in die Einrichtung aufgenommen werden, über die sich aus den vorstehenden Kapiteln ergebenden Meldepflichten, Besuchs- und Tätigkeitsverbote zu belehren haben. Die Belehrungen sind schriftlich zu dokumentieren. Ein Vordruck hierfür findet sich im Anhang dieses Hygieneleitfadens.

Ferner sind alle Mitarbeiter jährlich über den Inhalt des Hygieneplans zu schulen. Über die Belehrung ist ein Protokoll zu erstellen, das von der Einrichtungsleitung für die Dauer von 3 Jahren in der Einrichtung aufzubewahren ist.

Mitarbeiter, die ausschließlich in der Küche oder im Kantinenbereich arbeiten, sind im Rahmen des IfSG über ihre eigenen Hygienepflichten und Tätigkeitsverbote zu unterrichten.

7.6. Impfberatung vor Aufnahme in die Kindergemeinschaftseinrichtung

Das Präventionsgesetz regelt, dass vor der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen haben, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz der Kinder erfolgt ist.

In Schleswig-Holstein ist hierzu die „Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen“ zu nutzen, die im Gesundheitsamt in Ratzeburg unter der Telefonnummer 04541 888 383 bestellt werden kann.

Zum Verbleib in der Kindertageseinrichtung Seite 1

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen
(§1 Abs.1 der Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen)
und zur Aktualisierung bei Wechsel einer Kindertageseinrichtung

Name, Vorname des Kindes

Kreis (des Wohnsitzes)

Geburtsdatum Ausstellungsdatum

Relevante Krankheiten einschließlich vorangegangener Infektionskrankheiten (z. B. Asthma, Allergien, Diabetes mellitus, Anfallsleiden, Hepatitis B):

Folgende Impfungen sind gemäß der aktuellen STIKO-Empfehlung altersgerecht durchgeführt worden (bitte ankreuzen):

	vollständig	unvollständig	nicht geimpft	Handlungsbedarf ja / nein	Immunität nach Erkrankung vorhanden
6-fach-Kombi (TDaPHibIPV/HepB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-fach-Kombi (TDaPHibIPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotaviren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	1. Impfung ab 9 LM <input type="checkbox"/> 2. Impfung ab 13 LM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/>
Varizellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beratung nach §34 Abs.10a IfSG (s.u.) ist erfolgt
Eine Impfkennschleibung wurde dringend empfohlen
Termin zur Impfkennschleibung ist vereinbart / wurde abgelehnt

Datum Stempel/ Unterschrift

Ausstellungsgebühr nach Ziffer 70 GOÄ (kurze Bescheinigung bis 2,36€ € 5,36)
Formular-Besug über die Gesundheitsämter
Formular: Ärztkammer Schleswig-Holstein, Brunnenkalle 8-12, 23795 Ratzeburg, Tel. 04551 803-0
Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 25.07.2015 durch das Gesetz für Gesundheitsförderung und Prävention
§ 34 Absatz 10a: „Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist.“
Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“
Stand: Juli 2016

Die Kita-Leitung ist in der Pflicht, die Originale der Ärztlichen Bescheinigungen in der Einrichtung zu archivieren und dem Gesundheitsamt im Erfordernisfall vorzulegen. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn in der Einrichtung Infektionskrankheiten wie Masern auftreten und ein schneller Überblick darüber, welches Kind sachgerecht geimpft ist und welches nicht, erlangt werden muss.

Der Durchschlag der Bescheinigung, der eine automatisch anonymisierte Form darstellt, ist an des Gesundheitsamt weiterzuleiten.

7.7. Bekanntgabepflicht der Einrichtungsleitung

Das Gesundheitsamt kann gemäß IfSG 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.

7.8. Bußgeldvorschriften

Es ist selbstverständlich davon auszugehen, dass alle Leitungen, Mitarbeiter, Eltern und Sorgeberechtigten die sich aus dem IfSG ergebenden Verpflichtungen einhalten. Der Vollständigkeit halber sei hier ausgeführt, dass das IfSG bei Nichteinhalten dieser Verpflichtungen eine Reihe von Ordnungswidrigkeiten im § 73 definiert:

Mit einem Bußgeld kann belegt werden, wenn

- eine Einrichtungsleitung entgegen § 34 Abs. 6 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2, das Gesundheitsamt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig benachrichtigt,
- ein Mitarbeiter entgegen § 34 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2 oder Abs. 3, in der Einrichtung eine Tätigkeit ausübt, einen Raum betritt, eine Einrichtung benutzt oder an einer Veranstaltung teilnimmt,
- ein Ausscheider von Krankheitserregern, der ohne Zustimmung des Gesundheitsamts nach § 34 Abs. 2 einen Raum betritt, eine Einrichtung benutzt oder an einer Veranstaltung teilnimmt,
- Eltern oder Sorgeberechtigte entgegen § 34 Abs. 4 für das Einhalten des Besuchsverbots ihrer Kinder nicht sorgen.

7.9. Aufgaben des Gesundheitsamts

Das Gesundheitsamt hat die im IfSG festgelegte Verpflichtung, die innerbetrieblichen Verfahrensweisen der Infektionshygiene, die die Kindergemeinschaftseinrichtungen in den Hygieneplänen festgelegt haben, zu überwachen. Hierzu werden Begehungen der Einrichtungen durch Mitarbeiter des Gesundheitsamts durchgeführt.

Wenn in Gemeinschaftseinrichtungen betreute Personen Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht, muss das Gesundheitsamt die notwendigen Schutzmaßnahmen anordnen. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist, dass die oben beschriebenen gesetzlichen Meldepflichten eingehalten werden.

Darüber hinaus steht das Gesundheitsamt den Trägern und Einrichtungsleitungen zu allen Fragen des Infektionsschutzes beratend zur Verfügung.

8. Schutzimpfungen

Der beste Schutz vor vielen Infektionskrankheiten ist die Schutzimpfung. Sie kann zum einen den Impfling selbst vor Infektion, Erkrankung und deren Komplikationen schützen, andererseits führt sie bei hohen Durchimpfungsraten in der Bevölkerung (> 95 %) zum „Herdenschutz“. Hiermit sind gerade jene Personen, die noch nicht geimpft werden können (viele Impfungen sind erst ab dem 9. bis 12. Monat zugelassen) oder die aufgrund anderer Erkrankungen nicht geimpft werden dürfen, geschützt.

Die wichtigsten Impfungen werden von der **Ständigen Impfkommission Deutschlands (STIKO)** veröffentlicht und von den Länderbehörden öffentlich empfohlen. Es existiert in Deutschland derzeit keine Impfpflicht. Die entsprechenden Impfungen und das dazu empfohlene Impfalter für alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind, wie die Impfempfehlungen für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen, in den STIKO-Empfehlungen verankert. Diese Empfehlungen und Antworten auf wichtige Fragen rund um das Impfen sind auf der Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter <http://www.impfen-info.de/> zu finden.

Jedes Kind, das die Einrichtung besucht und jeder Mitarbeiter sollte nach den Empfehlungen der STIKO vollständig geimpft sein.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht, jedoch eine Impfberatungspflicht vor Erstaufnahme von Kindern in die Kita. Näheres hierzu ist im Kapitel „Impfberatung vor Aufnahme in die Kindertageseinrichtung“ beschrieben.

Weiterhin sollten alle in einer Kindergemeinschaftseinrichtung Beschäftigten einen adäquaten Impfschutz aufweisen. Hierrüber beraten die jeweils verantwortlichen Arbeitsmediziner. Im Rahmen des Arbeitsschutzes können diese auch Impfungen durchführen.

9. Häufige und wichtige Infektionskrankheiten in Kindergemeinschaftseinrichtungen

In diesem Kapitel sind die für die Kindergemeinschaftseinrichtung wichtigen Sachverhalte und Maßnahmen beim Auftreten der häufigsten Infektionskrankheiten dargestellt. Die zugehörigen Merkblätter, die sich im Anhang finden und die seitens des Gesundheitsamts aktualisiert werden, sind zur Information der Sorgeberechtigten gedacht, können sicherlich auch für die Bediensteten der Kindergemeinschaftseinrichtungen relevant sein.

9.1. Ansteckende Borkenflechte (*Impetigo contagiosa*)

Zur ansteckenden Borkenflechte besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Für an ansteckender Borkenflechte Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind den Kapiteln „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Das gesetzliche Besuchsverbot besteht so lange, bis nach ärztlichem Ermessen keine Weiterverbreitung der Erkrankung mehr zu befürchten ist. Dies ist in der Regel frühestens zwei Tage nach einer erfolgreichen Antibiotikatherapie, oder wenn alle Hautveränderungen abgeheilt sind, der Fall. Dann darf das Kind die Kita oder Schule wieder besuchen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von ansteckender Borkenflechte oder Verdachtsfällen in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Ansteckende Borkenflechte verbreitet sich schnell. Maßnahmen zur Reduktion der Weiterverbreitung der Erkrankung, die die Einrichtungsleitung zu verantworten hat, sind das Gewährleisten der Besuchs- und Tätigkeitsverbote sowie der erforderlichen Reinigungs- und Desinfektionsverfahren.

9.2. EHEC (Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli)

Zu der EHEC-Erkrankung besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Für EHEC-Erkrankte, Krankheitsverdächtige und enge Kontaktpersonen bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind den Kapiteln „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Die spezifischen Regeln zur Wiederezulassung finden sich in dem Merkblatt des Gesundheitsamts „EHEC in Kindergemeinschaftseinrichtungen“, das dem Anhang dieses Hygieneleitfadens entnommen werden kann.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von EHEC in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung von EHEC auch in Kindergemeinschaftseinrichtungen, die die Einrichtungsleitung zu verantworten hat, beruhen neben der Beachtung der Lebensmittelhygiene auf den Säulen:

- unverzügliches Melden der Erkrankung an des Gesundheitsamt und ggf. Führen sowie unverzügliches Weiterleiten eines Ausbruchsprotokolls (Linelist),
- unverzügliche Information aller Betroffenen (Informations-Aushänge an zentralen Stellen der Einrichtung),
- striktes Einhalten der Händehygiene (Händedesinfektionsmittel) und weiterer Maßnahmen der Standardhygiene,
- Isolierung der erkrankten Kinder und Jugendlichen bis ihre Eltern sie aus der Einrichtung abholen, unverzügliches Freistellen der erkrankten Bediensteten von der Arbeit,
- regelmäßige Desinfektion aller kontaminierten Flächen, Handkontaktflächen, Wickeltische, Töpfchen u.ä. Flächen, des Sanitärbereiches mit Toilettenbrillen und -deckeln mit einem zugelassenen Flächendesinfektionsmittel, die sich mit dem Wirkungsbereich A in den Listen des VAH oder RKI finden,
- hygienischer Umgang mit kontaminierter Wäsche (Kochwäsche oder chemothermische desinfizierende Waschverfahren).

9.3. Hand-Fuß-Mundkrankheit

Zu der Hand-Fuß-Mund-Krankheit besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Bei gehäuftem Auftreten (zwei oder mehr Fälle) der Erkrankung in einer Kindergemeinschaftseinrichtung ist die Einrichtungsleitung nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, dies dem Gesundheitsamt zu melden.

Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen nach dem IfSG bestehen nicht.

Kinder und Beschäftigte im akuten Stadium der Erkrankung sollten bis zum Eintrocknen der Bläschen möglichst keine Kindergemeinschaftseinrichtung besuchen.

Für Familienangehörige und sonstige Kontaktpersonen, die gesund sind, bestehen keine Einschränkungen.

Da viele Infizierte (besonders Erwachsene) keine Symptome aufweisen, sind spezifische Empfehlungen hinsichtlich eines generellen Ausschlusses von erkrankten Kindern aus Kindergemeinschaftseinrichtungen kein angemessenes Mittel, um Ausbrüche zeitnah zu beenden. Alle Erkrankten sollten einem Arzt vorgestellt werden; dieser entscheidet, ob eine häusliche Betreuung erforderlich ist und wann ein Patient die Einrichtung wieder besuchen kann. Ein generelles Verbot für Erkrankte, die Einrichtung zu besuchen, führt zwar zu einer Reduzierung der zirkulierenden Virusmenge vor Ort, damit allein können jedoch Infektionsketten nicht wirksam unterbrochen werden, da die Viren noch für Wochen nach Symptomende ausgeschieden werden können und symptomfreie Virusträger nicht erkannt werden.

Die Maßnahmen zur Reduzierung der zirkulierenden Virusmenge bestehen in

- strikter Händehygiene (besonders nach dem Toilettengang) und Händedesinfektion mit einem speziellen, sog. „viruziden“ Händedesinfektionsmittel,
- regelmäßiger Desinfektion aller kontaminierten Flächen, Handkontaktflächen, Wickeltische, Töpfchen u.ä. Flächen, des Sanitärbereiches mit Toilettenbrillen und -deckel mit einem zugelassenen viruziden Flächendesinfektionsmittel,
- vermeiden von engem Kontakt mit Erkrankten (Küssen, Umarmen etc.),
- unterbinden von gemeinsamem Benutzen von Utensilien wie Besteck, Tassen, Handtüchern etc.

9.4. Hepatitis A

Zur Hepatitis A-Erkrankung besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Hepatitis A-Erkrankungen oder Erkrankungsverdacht in der Einrichtung und/oder der häuslichen Gemeinschaft von Nutzern und Mitarbeitern der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für an Hepatitis A Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Ebenso besteht auch für Gesunde (z.B. Geschwisterkinder), in deren Wohngemeinschaft Hepatitis A aufgetreten ist, ein Tätigkeits- und Besuchsverbot, bis nach ärztlichem Urteil die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind dem Kapitel „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Für den Umgang mit Hepatitis A-Fällen ist für Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen wichtig:

- Konsequente Händehygiene (Schulungen von Nutzern und Personal) sowie zur Verfügung stellen eines geeigneten Virus abtötenden Händedesinfektionsmittels, das auf den Listen des VAH oder RKI als solches geführt ist.
- Garantieren, dass die bestehenden Besuchs- und Tätigkeitsverbote eingehalten werden.
- In der Einrichtung müssen viruswirksame Flächendesinfektionsmittel (VAH oder RKI gelistet) zum Einsatz kommen, da Viren außerhalb des menschlichen Körpers monatelang stabil sein können und durch Aufnahme von kontaminierten Flächen dann noch Infektionen hervorrufen.
- Unter besonderen Hygienebedingungen (z.B. besonders sorgfältiges Einhalten der Händehygiene, gesonderte Toilette mit geeignetem, gegen Viren wirksamen Händedesinfektionsmittel) können unter Umständen Personen, die Hepatitis A-Viren ausscheiden, die Einrichtung besuchen.

Über die Einzelheiten beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamts.

9.5. Keuchhusten

Zu Keuchhusten bestehen mehrere Merkblätter des Kreisgesundheitsamts, eines für Kindergemeinschaftseinrichtungen und eines für Ärzte.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Keuchhusten in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für an Keuchhusten Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind dem Kapitel „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Wiederzulassung von an Keuchhusten Erkrankten:

- Frühestens fünf Tage nach einer wirksamen Antibiotikatherapie.
- Ohne antimikrobielle Behandlung ist eine Wiederzulassung frühestens drei Wochen nach Auftreten der ersten Hustenattacken möglich.

Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Als Krankheitsverdächtige sind Personen zu sehen, die einen gesicherten Kontakt zu einem bestätigten Keuchhustenfall in dessen infektiöser Phase hatten und selbst husten. Auf die Charakteristik des Hustens kommt es hierbei nicht an, der Husten kann vollkommen unspezifisch sein. Oft treten keine typischen Keuchhustenanfälle auf. Wie oben geschildert, bestehen auch für sie Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Das Verbot bleibt bestehen bis

- durch einen nasopharyngealen Rachenabstrich (siehe gesondertes Merkblatt des Gesundheitsamts), bei einem niedergelassenen Arzt, dieser Verdacht ausgeschlossen ist und der Befund schriftlich im Gesundheitsamt vorliegt, oder
- fünf Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie, die durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wurde (eine Kopie der ärztlichen Verordnung ist hier ausreichend), oder
- drei Wochen nach Beginn des Hustens (Mindestdauer der infektiösen Phase bei Keuchhusten).

Zum Management von Keuchhustenerkrankungen in Kindergemeinschaftseinrichtungen wird das Gesundheitsamt in jedem Einzelfall mit der Einrichtungsleitung Kontakt aufnehmen.

Ihre Aufgaben bestehen darin

- unverzügliches Erstellen einer Kontaktpersonenliste (diese soll spätestens am folgenden Werktag im Gesundheitsamt vorliegen),
 - bei hustenden Kontaktpersonen Telefon und Adresse angeben,

- unverzügliches Weiterleiten des Merkblatts an die Sorgeberechtigten der betroffenen Gruppen bzw. Klassen und in der Einrichtung Beschäftigten,
 - ggf. das Merkblatt für Ärzte den Krankheitsverdächtigen mitgeben, um eine zügige Diagnostik und wenn möglich die zügige Wiedenzulassung in der Gemeinschaftseinrichtung zu ermöglichen,
- Sorge dafür zu tragen, dass Erkrankte oder Krankheitsverdächtige die Einrichtung nicht besuchen, bevor nicht eine Freigabe durch das Gesundheitsamt erfolgte.

9.6. Kopfläuse

Zum Vorgehen beim Auftreten von Kopflausbefall in Kindergemeinschaftseinrichtungen besteht das Elternmerkblatt „Kopfläuse – was tun?“ nebst Elternrückmeldebogen. Dort sind wesentliche Merkmale eines Kopflausgeschehens und der Bekämpfung beschrieben und es ist ein Elternrückmeldebogen enthalten.

Leiterinnen und Leiter von Kinderkrippen, -gärten, -tagesstätten, -horten, Schulen oder sonstigen Kindergemeinschaftseinrichtungen sind nach IfSG verpflichtet, das Gesundheitsamt unverzüglich über einen festgestellten Kopflausbefall zu benachrichtigen und personenbezogene Angaben zu machen.

Es bestehen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) für von Kopfläusen befallene Personen Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen bis zur erfolgreichen Erstbehandlung. Ein schriftliches ärztliches Attest ist hierzu nicht erforderlich.

Zur erfolgreichen Kopflausbehandlung in der ganzen Kindergemeinschaftseinrichtung ist es wichtig, dass die Leitung sich in der Verantwortung sieht, die auch in oben genanntem Merkblatt festgelegten Regelungen in der Einrichtung zu koordinieren und, soweit erforderlich, zu kontrollieren:

- Information der Eltern und Mitarbeiter,
- zeitgleiches Vorgehen aller Betroffenen,
- Durchführen ergänzender Hygienemaßnahmen,
- Nachverfolgen der Vollständigkeit der Elternrückmeldungen.

Zudem hat die Leitung die Eltern bei Aufnahme der Kinder in der Kindergemeinschaftseinrichtung darüber zu informieren, dass diese einen Läusebefall unverzüglich der Leitung der Einrichtung zu melden haben.

Das Gesundheitsamt legt die Bekämpfungsmaßnahmen aus denselben Gründen, aus denen kein ärztliches Attest zur Wiederzulassung von Kopflausbefallenen zum Besuch der Kindergemeinschaftseinrichtung nach erfolgreicher Behandlung notwendig ist, zunächst vollständig in die Hände der Leitung:

- Der Nachweis von Kopfläusen erfordert zwar einige Grundkenntnisse, macht aber keine spezielle medizinische Sachkunde notwendig.
- Die Mehrzahl der Diagnosen wird von Eltern gestellt.
- Die Mehrzahl der Behandlungen geschieht ohne ärztliche Konsultation.
- Die zugelassenen Mittel wirken, bei korrekter Anwendung, zuverlässig.

9.7. Krätze (Scabies)

Zur Krätze steht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen zur Verfügung.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Krätze oder Verdachtsfällen in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für an Krätze Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind den Kapiteln „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Das gesetzliche Besuchsverbot besteht so lange, bis nach ärztlichem Ermessen keine Weiterverbreitung der Erkrankung mehr zu befürchten ist. Der Erfolg der Therapie bzw. die Milbenfreiheit wird durch die Untersuchung bei einem Dermatologen festgestellt. Zur Wiederezulassung zu Kindergemeinschaftseinrichtungen ist ein schriftliches ärztliches Attest eines Dermatologen (Hautarztes) zwingend erforderlich. Erst dann darf das Kind die Kita oder Schule wieder besuchen.

Die Einzelheiten der Ausbreitung sind im Merkblatt des Gesundheitsamts beschrieben. Es kann durchaus eine Situation entstehen, in der nicht nur die Betroffenen, sondern das gesamte soziale Umfeld mit behandelt werden sollte. Treten schwere Fälle von Krätze oder ein Krätze-Ausbruch in einer Kindergemeinschaftseinrichtung auf, können die Einrichtungsleitungen davon ausgehen, dass das Gesundheitsamt vor Ort präsent ist und in der Regel ein Krisenteam aus Schulleitung, Elternvertretern, Lehrervertretern, Gesundheitsamt und dem vor Ort ansässigen Dermatologen sowie Apotheker gebildet wird, das die erforderlichen Maßnahmen diskutiert, festlegt und durchführt.

9.8. Magen-Darm-Erkrankungen (Durchfall und/oder Erbrechen)

Zum Auftreten von (Brech-)Durchfallerkrankungen in Kindergemeinschaftseinrichtungen steht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts zur Verfügung.

Meldepflichtig für die Einrichtungsleitung sind:

- das Auftreten einer infektiösen Magen-Darmentzündung – auch der Verdacht! - bei Kindern bis sechs Jahren,
- das Auftreten der im Kapitel „Meldepflichten der Einrichtungsleitung“ genannten Erreger oder Erreger ausscheidende Personen,
- der Ausbruch (zwei oder mehr Fälle) einer Durchfallerkrankung.

Beim Auftreten von derartigen Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen, ist es, neben dem Festlegen der erforderlichen hygienischen Maßnahmen, von besonderer Wichtigkeit, mit Nachdruck die erforderliche Erregerdiagnostik voranzutreiben. Zu betonen ist hierbei, dass aufgrund der klinischen Merkmale der Erkrankungen die Infektionsschutzmaßnahmen unverzüglich, auch ohne Kenntnis des zugrundeliegenden Erregers, festzulegen sind. So kann beispielsweise die typische im Vordergrund stehende Symptomatik schwallartiges Erbrechen und die epidemiologischen Merkmale einer schnellen Ausbreitung des Ausbruchs in der Einrichtung auf eine Norovirus-Infektion hindeuten. Aufgrund der epidemischen Potenz dieses Erregers sind präventive Maßnahmen (z.B. Anordnen der Verwendung eines wirksamen Hände- und Flächendesinfektionsmittels der Listen des VAH oder RKI) rasch und konsequent anzuordnen, auch ohne die Bestätigung durch Laboruntersuchungen abzuwarten. Diese beeinflusst dann ggf. das weitere Vorgehen.

Sollten sich Hinweise auf einen von Lebensmitteln ausgehenden Ausbruch ergeben, wird seitens des Gesundheitsamts die Lebensmittelaufsicht eingeschaltet. Hierbei wird dann auch die Speisenversorgung der Einrichtung auf evtl. vorhandene Infektionsquellen untersucht.

Erste Maßnahmen der Einrichtungsleitung:

- Unverzügliches Melden der im vorigen Abschnitt genannten Sachverhalte an das Gesundheitsamt.
- Unverzügliches zu Verfügung stellen der erforderlichen personenbezogenen Daten (Ausbruchsprotokoll oder sog. Linelist).
- Solange das Geschehen in der Einrichtung aktiv ist, tägliche Aktualisierung des Ausbruchsprotokolls.
- Ggf. unterstützen des Gesundheitsamts bei der Stuhldiagnostik (Ausgabe von Stuhlprobenröhrchen an die Betroffenen).

- Gewährleisten, dass alle Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sachgerecht durchgeführt werden.
- Belehrung aller Mitarbeiter (auch Reinigungskräfte) zur Einhaltung der Hygienemaßnahmen.
- Umstellung des Hände- und Flächendesinfektionsmittels auf ein gegen Viren wirkendes Produkt das auf den Listen des VAH oder RKI (Wirkungsbereich A + B) aufgeführt ist.
- Gewährleisten, dass die vom Gesundheitsamt verfügten Besuchs- und Tätigkeitsverbote eingehalten werden.
- Isolierung der erkrankten Kinder vor Abholung durch die Eltern.
- Information aller Eltern und Besucher durch z.B. Aushang und das Merkblatt des Gesundheitsamtes.

9.9. Masern

Zu Masern besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Masern in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für an Masern Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Ebenso besteht auch für Gesunde (z.B. Geschwisterkinder), in deren Wohngemeinschaft Masern aufgetreten sind, ein Tätigkeits- und Besuchsverbot, bis nach ärztlichem Urteil die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind dem Kapitel „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Weiterhin kann das Gesundheitsamt Ungeimpfte aus der Einrichtung generell ausschließen, bis eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Zum Management von Masernfällen ist, neben der unverzüglichen Meldung an das Gesundheitsamt, es Aufgabe der Leitung einer Kindergemeinschaftseinrichtung:

- unverzüglich nach der Meldung dafür zu sorgen, dass die Kontaktpersonenliste aller Klassen und Gruppen (AG's, Sportveranstaltungen) erstellt wird und dass alle Beschäftigten der Einrichtung (z.B. Lehrer), die Kontakt hatten, auf der Liste aufgeführt sind,
- die Kontaktpersonenliste noch am Tag der Meldung dem Gesundheitsamt zur Verfügung zu stellen,
- den Gesundheitsamtsmitarbeitern, in der Regel am Werktag nach der Meldung, einen Raum für die Impfpasskontrolle zur Verfügung zu stellen,
- unverzüglich das Merkblatt des Gesundheitsamts mindestens an die Sorgeberechtigten der betroffenen Klassen und Gruppen und in der Einrichtung Beschäftigten weiter zu leiten (das Auftreten auch nur eines Masernfalls in einer Kindergemeinschaftseinrichtung sollte Anlass für alle Eltern sein, den Impfschutz ihrer Kinder zu überprüfen und ggf. zu vervollständigen. So kann es durchaus Sinn machen, alle Eltern zu informieren),
- durch Aushänge an geeigneter Stelle die Schulöffentlichkeit über den Masernfall in der Einrichtung zu informieren,
- dafür Sorge zu tragen, dass Erkrankte, Krankheitsverdächtige und Ansteckungsverdächtige nicht die Einrichtung besuchen, bis der Immunschutz der Betroffenen durch das Gesundheitsamt überprüft wurde.

Alle Maßnahmen, die im Ausbruchsfall (zwei oder mehr Masernfälle innerhalb von drei Wochen) bis zum Schließen der Einrichtung führen können, werden die verantwortlichen Mitarbeiter des Gesundheitsamts mit Ihnen eng abstimmen.

9.10. Meningokokken-Infektion

Zur Meningokokken-Meningitis besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Bei der Meningokokken-Meningitis handelt es sich um einen infektiologischen Notfall, der sofortiges Handeln erfordert. Das Gesundheitsamt wird hierbei auch an Wochenenden und Feiertagen tätig.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Meningokokken-Meningitis in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für Erkrankte oder Krankheitsverdächtige bestehen gesetzlich unmittelbar greifende Besuchs- und Tätigkeitsverbote für/in Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Besonders wichtig ist es, die engen Kontaktpersonen (siehe Merkblatt) zu ermitteln und mittels vorbeugender Antibiotikatherapie und ggf. postexpositioneller Impfung vor der Erkrankung zu schützen bzw. die Weiterverbreitung möglichst zu unterbinden.

Auch enge Kontaktpersonen dürfen die Kindergemeinschaftseinrichtung erst wieder besuchen, nachdem eine ärztlich dokumentierte, vorbeugende Antibiotikatherapie (Chemoprophylaxe), die in der Regel zwei Tage dauert, durchgeführt wurde.

Enge Kontaktpersonen, die keine Chemoprophylaxe erhalten, dürfen die Einrichtung erst wieder besuchen, wenn durch einen Laborbefund nachgewiesen wurde, dass in ihrem Nasen-Rachen-Raum der Meningokokkentyp des Erkrankten nicht siedelt.

Beim Management von Meningokokkenfällen in Kindergemeinschaftseinrichtungen ist es von besonderer Bedeutung, dass das Gesundheitsamt unverzüglich und vollständig alle personenbezogenen Angaben zu den engen Kontaktpersonen von der Einrichtungsleitung erhält.

9.11. Mumps

Zum Mumps besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Mumpsfällen in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für an Mumps Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Ebenso besteht auch für Gesunde (z.B. Geschwisterkinder), in deren Wohngemeinschaft Mumps aufgetreten ist, ein Tätigkeits- und Besuchsverbot, bis nach ärztlichem Urteil die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind dem Kapitel „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Mumpserkrankte dürfen die Einrichtung erst nach Abklingen der Symptome, frühestens jedoch 5 Tage nach Beginn der Erkrankung (Drüsenschwellung), wieder besuchen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Kontaktpersonen dürfen erst wieder in die Kindergemeinschaftseinrichtung, wenn ihr Immunstatus überprüft ist und dies zulässt. In der Regel erfolgt dies durch das Gesundheitsamt. Die Wiedenzulassung ist möglich, wenn

- durch eine Blutuntersuchung nachgewiesen wurde, dass sie bereits früher erkrankt waren und damit immun sind,
- sie früher vollständig geimpft wurden (2 Impfungen),
- bei nur einmal Geimpften aktuell die Gabe der 2. Dosis erfolgt,
- bei Ungeimpften eine Impfung innerhalb von 3 Tagen nach erstem Kontakt zu Mumpskranken erfolgt.

Ansonsten dürfen sie die Einrichtung erst 18 Tage nach dem letzten möglichen Kontakt zu einem infektiösen Mumpskranken wieder betreten.

Zum Management von Mumpsausbrüchen ist, neben der unverzüglichen Meldung an das Gesundheitsamt, es Aufgabe der Leitung einer Kindergemeinschaftseinrichtung:

- unverzüglich nach der Meldung dafür zu sorgen, dass die Kontaktpersonenliste aller Klassen und Gruppen (AG's, Sportveranstaltungen) erstellt wird und dass alle Beschäftigten der Einrichtung (z.B. Lehrer), die Kontakt hatten, auf der Liste aufgeführt sind,

- die Kontaktpersonenliste noch am Tag der Meldung dem Gesundheitsamt zur Verfügung zu stellen,
- den Gesundheitsamtsmitarbeitern, in der Regel am Werktag nach der Meldung, einen Raum für die Impfpasskontrolle zur Verfügung zu stellen,
- unverzüglich das Merkblatt des Gesundheitsamts mindestens an die Sorgeberechtigten der betroffenen Klassen und Gruppen und in der Einrichtung Beschäftigten weiter zu leiten (das Auftreten auch nur eines Masernfalls in einer Kindergemeinschaftseinrichtung sollte Anlass für alle Eltern sein, den Impfschutz ihrer Kinder zu überprüfen und ggf. zu vervollständigen. So kann es durchaus Sinn machen, alle Eltern zu informieren),
- durch Aushänge an geeigneter Stelle die Schulöffentlichkeit über den Mumpsfall in der Einrichtung zu informieren,
- dafür Sorge zu tragen, dass Erkrankte, Krankheitsverdächtige und Ansteckungsverdächtige nicht die Einrichtung besuchen, bis das der Immunschutz der Betroffenen durch das Gesundheitsamt überprüft wurde,

Alle Maßnahmen werden die verantwortlichen Mitarbeiter des Gesundheitsamts mit Ihnen eng abstimmen.

9.12. Mundfäule

Zur Mundfäule besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Eine Meldepflicht für Einzelerkrankungen besteht nicht. Es besteht eine allgemeine gesetzliche Meldepflicht „beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind“. Da es sich nach medizinischen Kriterien meist nicht um „schwerwiegende Erkrankungen“ handelt, sind streng genommen auch die wenigsten Häufungen von Mundfäule meldepflichtig.

Für Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen ist wissenswert:

- Bei der Mundfäule (Stomatitis aphtosa), die vor allen Dingen Kinder zwischen 10 Monaten und 3 Jahren trifft, handelt es sich um die Erstinfektion mit Herpes-Viren.
- Die meisten Menschen tragen das Virus in sich, so dass eine Infektion oft nicht zu verhindern ist. Für Kindergärten und Schulen gibt es deshalb auch keine besonderen Regeln.
 - Die kranken Kinder sollten jedoch zu Hause bleiben, bis das Fieber abgeklungen und die Bläschen eingetrocknet sind.
 - Erwachsene sollten darauf achten, wenn sie selbst gerade „Lippenherpes“ haben, engen Kontakt (Küssen, Schmusen) auch zu den eigenen Kindern zu vermeiden.
- Ein Ausschluss von Familienangehörigen und Kontaktpersonen aus Gemeinschaftseinrichtungen ist in der Regel nicht zu begründen.

9.13. Noroviren

Zu Noroviren besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von

- einer infektiösen Gastroenteritis bei Kindern unter sechs Jahren und
- beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind,

gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Noroviren verursachen meist eine Brechdurchfallerkrankung (Gastroenteritis). Nach dem IfSG dürfen Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, deren Einrichtungen nicht benutzen und an deren Veranstaltungen nicht teilnehmen.

Wenn die typische Symptomatik (schwallartiges Erbrechen) und die epidemiologischen Merkmale (schnelle Ausbreitung) auf eine Norovirus-Infektion hindeuten, sollten aufgrund der epidemischen Potenz präventive Maßnahmen rasch und konsequent ergriffen werden, auch ohne die Bestätigung durch Laboruntersuchungen abzuwarten.

Die zu ergreifenden Maßnahmen sind im Hygieneplan der Einrichtung oder des vertraglich verpflichteten Reinigungsdienstes, konkret auf die Einrichtung bezogen, festzuhalten. Die Einrichtungsleitung ist gut beraten, sich frühzeitig davon zu überzeugen, dass dies zu sachgerechtem Verhalten Aller für den Fall des Ausbruchs von Brechdurchfall führt. Überdies werden die Mitarbeiter des Gesundheitsamts Sie hierzu beraten.

Die wichtigsten präventiven Maßnahmen in einer Kindergemeinschaftseinrichtung sind:

- Unverzügliche Meldung an das Gesundheitsamt, wenn zwei oder mehr Fälle von Brech-Durchfall in der Einrichtung auftreten.
- Unverzügliches Erstellen und Weiterleiten eines vollständigen Ausbruchsprotokolls (die sog. „Linelist“, die vom Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt wird).
- Isolierung betroffener Kinder in einem Raum mit eigenem WC, bis die Erziehungsberechtigten die Kinder abholen. Nach Abholen des Kindes: sorgfältige Flächendesinfektion.
- Unterweisung der Kinder und des Personals hinsichtlich korrekter Händehygiene, Händedesinfektion ggf. mit einem gegen Viren wirksamen Händedesinfektionsmittel.
- Information der Erziehungsberechtigten (z.B. mittels Merkblatt des Gesundheitsamts und Aushang in der Einrichtung).

- Durchführen einer sorgfältigen Händehygiene, ggf. Händedesinfektion mit einem viruswirksamen, auf den Listen des VAH od. RKI aufgeführten Händedesinfektionsmittel nach Hygieneplan der Einrichtung.
- Unterweisen des Reinigungspersonals nach Hygieneplan der Einrichtung.
- Ausreichendes Reinigungspersonal für u.g. Maßnahmen vorsehen.
- Schutzkleidung für das Reinigungspersonal (Handschuhe, Kittel, Mundschutz) bereitstellen und sachgerecht nach Hygieneplan der Einrichtung nutzen.
- Tägliche Wischdesinfektion aller Flächen mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener Viren abtötender Wirksamkeit, das auf den Listen des VAH oder RKI geführt ist.
- Zwei Mal täglich Wischdesinfektion aller Kontaktflächen inkl. Türgriffen in allen Sanitärbereichen mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit gegen Viren, das VAH oder RKI gelistet ist.
- Desinfektionsreinigung: Kontaminierte Flächen (z.B. mit Stuhl oder Erbrochenem) sofort, nach Anlegen eines Mundschutzes, von Handschuhen und eines Schutzkittels gezielt nach Hygieneplan der Einrichtung mit einem viruswirksamen Flächendesinfektionsmittel (VAH oder RKI gelistet) desinfizierend reinigen.
- Sachgerechtes Transportieren und Aufbereiten der Reinigungsutensilien / Wischmops (geschlossener, flüssigkeitsdichter Wäschesack, thermisches Waschverfahren bei 95°C) wie im Hygieneplan der Einrichtung festgelegt.
- Hygienischer Umgang mit kontaminierter Wäsche (thermisch bei 95°C) oder mit einem RKI gelisteten Waschverfahren (desinfizierendes Waschmittel) Wäsche gesondert behandeln.
- Kontaktpersonen (auch z.B. Besucher, Familie) sind auf die mögliche Mensch-zu-Mensch-Übertragung durch Kontakt oder virushaltige Tröpfchen beim Erbrechen hinzuweisen und in der korrekten Händedesinfektion zu unterweisen.
- Im Hinblick auf die Vermeidung der Weiterverbreitung des Ausbruchs sollten erkrankte Mitarbeiter, auch bei geringen gastrointestinalen Beschwerden, von der Arbeit freigestellt werden bzw. die Einrichtung nicht besuchen und erst frühestens zwei Tage nach Ende der klinischen Symptomatik, unter sorgfältiger Beachtung der Händehygiene, wieder zurück in die Einrichtung kommen.

9.14. Oxyuren – Madenwürmer

Zum Madenwurmbefall besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz besteht nicht.

Mangelnde Hygiene begünstigt die Ausbreitung der Madenwürmer, besonders wichtig bei Befall mit Madenwürmern, nicht nur in Gemeinschaftseinrichtungen, ist es daher, sehr streng auf die Hygiene zu achten:

- häufiges Händewaschen, vor allem nach jedem Stuhlgang und vor dem Essen,
- Kurzschneiden der Fingernägel,
- täglich duschen,
- täglich Unterwäsche, Handtücher und Bettwäsche wechseln,
- waschen der Unter- und Bettwäsche möglichst bei 60°C, eventuell sogar bei 90°C,
 - Wäsche bügeln
- Matratzen und Polstermöbel sorgfältig absaugen,
- glatte Oberflächen häufig feucht wischen.

Zusätzlich zu den im vorigen Abschnitt geschilderten hygienischen Maßnahmen ist zu bedenken, dass in der Regel alle Mitglieder der Gruppe durch den jeweiligen Hausarzt und das Personal durch den Betriebsarzt synchron behandelt werden sollten.

Dies setzt voraus, dass alle behandelnden Ärzte der Betroffenen gleichzeitig die Behandlung durchführen. Hier kann eventuell die koordinierende Tätigkeit des Gesundheitsamts erforderlich werden. In Stichproben ca. vier Wochen nach der ersten Behandlung sollte der Erfolg der Maßnahmen und Behandlung nachvollzogen werden.

9.15. Rotaviren

Zu Rotavirus-Infektionen besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von

- einer infektiösen Gastroenteritis bei Kindern unter sechs Jahren und
- beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind,

gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Rotaviren verursachen meist eine Brechdurchfallerkrankung (Gastroenteritis), die im Einzelfall auch schwerwiegender verlaufen kann. Nach dem IfSG dürfen Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, deren Einrichtungen nicht benutzen und an deren Veranstaltungen nicht teilnehmen.

Wenn die typische Symptomatik (plötzlich auftretender wässriger Durchfall und Erbrechen) und die epidemiologischen Merkmale (schnelle Ausbreitung) auf eine Rotavirus-Infektion hindeuten, sollten aufgrund der epidemischen Potenz präventive Maßnahmen rasch und konsequent ergriffen werden, auch ohne die Bestätigung durch Laboruntersuchungen abzuwarten. Hierzu werden die Mitarbeiter des Gesundheitsamts Sie beraten.

Die zu ergreifenden Maßnahmen sind im Hygieneplan der Einrichtung oder des vertraglich verpflichteten Reinigungsdienstes, konkret auf die Einrichtung bezogen, festzuhalten. Die Einrichtungsleitung ist gut beraten, sich frühzeitig davon zu überzeugen, dass dies zu sachgerechtem Verhalten aller für den Fall des Ausbruchs von Brechdurchfall führt.

Die wichtigsten präventiven Maßnahmen in einer Kindergemeinschaftseinrichtung sind:

- Unverzügliche Meldung an das Gesundheitsamt, wenn zwei oder mehr Fälle von Brech-Durchfall in der Einrichtung auftreten.
- Unverzügliches Erstellen und Weiterleiten eines vollständigen Ausbruchsprotokolls (die sog. „Linelist“, die vom Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt wird).
- Isolierung betroffener Kinder in einem Raum mit eigenem WC, bis die Erziehungsberechtigten die Kinder abholen. Nach Abholen des Kindes: sorgfältige Flächendesinfektion.
- Unterweisung der Kinder und des Personals hinsichtlich korrekter Händehygiene, Händedesinfektion ggf. mit einem viruzid wirksamen Händedesinfektionsmittel (VAH oder RKI gelistet).
- Information der Erziehungsberechtigten (z.B. mittels Merkblatt des Gesundheitsamts und Aushang in der Einrichtung).

- Durchführung einer sorgfältigen Händehygiene, ggf. Händedesinfektion mit einem viruzid wirksamen Händedesinfektionsmittel (VAH oder RKI gelistet) nach Hygieneplan der Einrichtung.
- Unterweisung des Reinigungspersonals nach Hygieneplan der Einrichtung.
- Ausreichendes Reinigungspersonal für u.g. Maßnahmen vorsehen.
- Schutzkleidung für das Reinigungspersonal (Handschuhe, Kittel) bereitstellen und sachgerecht nach Hygieneplan der Einrichtung nutzen.
- Tägliche Wischdesinfektion aller Flächen mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit (VAH oder RKI gelistet).
- Zwei Mal täglich Wischdesinfektion aller Kontaktflächen inkl. Türgriffen in allen Sanitärbereichen mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit (VAH oder RKI gelistet).
- Desinfektionsreinigung: Kontaminierte Flächen (z.B. mit Stuhl oder Erbrochenem) sofort gezielt nach Hygieneplan der Einrichtung mit einem viruziden, VAH oder RKI gelisteten Desinfektionsmittel desinfizierend reinigen.
- Sachgerechtes Transportieren und Aufbereiten der Reinigungsutensilien / Wischmops (geschlossener, flüssigkeitsdichter Wäschesack, chemo-thermisches Waschverfahren) wie im Hygieneplan der Einrichtung festgelegt.
- Hygienischer Umgang mit kontaminierter Wäsche (waschen bei 95 C° oder mit einem RKI gelisteten Waschverfahren (desinfizierendes Waschmittel)). Wäsche muss gesondert behandelt werden.
- Kontaktpersonen (auch z.B. Besucher, Familie) sind auf die mögliche Mensch-zu-Mensch-Übertragung durch Kontakt oder virushaltige Tröpfchen beim Erbrechen hinzuweisen und in der korrekten Händedesinfektion zu unterweisen.
- Im Hinblick auf die Vermeidung der Weiterverbreitung des Ausbruchs sollten erkrankte Mitarbeiter, auch bei geringen gastrointestinalen Beschwerden, von der Arbeit freigestellt werden bzw. die Einrichtung nicht besuchen und erst frühestens zwei Tage nach Ende der klinischen Symptomatik, unter sorgfältiger Beachtung der Händehygiene, wieder zurück in die Einrichtung kommen.

9.16. Scharlach

Zu Scharlach besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Scharlach in der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für an Scharlach Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen. Einer speziellen Anordnung durch das Gesundheitsamt bedarf es hierzu nicht. Die Einzelheiten sind dem Kapitel „Meldepflicht, Besuchs- und Tätigkeitsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)“ dieses Rahmenhygieneplans zu entnehmen.

Zum Management von Scharlachfällen ist es für die Einrichtungsleitung wichtig, dass sie in Eigenregie dafür garantiert, dass:

- bei neuen Erkrankungs- oder Verdachtsfällen diese sofort isoliert werden, bis die Erziehungsberechtigten sie aus der Einrichtung abholen,
- erkrankte oder krankheitsverdächtige Mitarbeiter unverzüglich freigestellt werden,
- die gesetzlichen Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Erkrankte strikt eingehalten werden,
- alle Betroffenen unverzüglich über das Vorliegen von Scharlach in der Einrichtung informiert werden (Warnhinweise an zentralen, gut einsehbaren Stellen),
- alle betreuten Kinder und die Mitarbeiter nochmals über das Einhalten der erforderlichen Husten- und Händehygiene belehrt werden,
- kein Erkrankter die Einrichtung betritt, bevor nicht die Wiedenzulassungskriterien erfüllt sind.

Hierfür stellt das Gesundheitsamt in jedem Einzelfall alle relevanten Informationen und Arbeitsmaterialien zur Verfügung. Sollten hierzu oder darüber hinaus Fragen bestehen, stehen die zuständigen Gesundheitsaufseher gern zur Verfügung.

9.17. Shigellenerkrankungen

Zur Shigellenerkrankung und zu Shigellenausscheidertum besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Shigellenerkrankungen oder Erkrankungsverdacht in der Einrichtung und/oder der häuslichen Gemeinschaft von Nutzern und Mitarbeitern der Einrichtung, sowie beim symptomlosen Trägertum gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Durch Shigellen verursachte Durchfallerkrankungen können schwerer verlaufen als durch andere Erreger verursachte und können ernst zu nehmende Komplikationen verursachen. Daher sind strikte Maßnahmen des Hygienemanagements in Kindergemeinschaftseinrichtungen notwendig.

Für an Shigellen Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Ebenso besteht auch für Gesunde (sog. Kontaktpersonen, z.B. Geschwisterkinder), in deren Wohngemeinschaft Shigellen-Durchfall aufgetreten ist, ein Tätigkeits- und Besuchsverbot, bis nach ärztlichem Urteil die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Weiterhin dürfen symptomlose Shigellen-Ausscheider eine Schule oder Kita in der Regel nicht betreten und auch nicht an deren Veranstaltungen teilnehmen. Gelegentlich kann die Ausscheidung Wochen und Monate dauern.

Wiederzulassung von Shigellen-Erkrankten und Shigellen-Ausscheidern zu Schule und Kita ist möglich, nachdem der Betroffene gesundet ist und drei Befunde einer bakteriologischen Stuhluntersuchung an mindestens drei aufeinander folgenden Tagen beweisen, dass keine Shigellen mehr mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Die erste Stuhlprobe darf frühestens 24 Stunden nach dem ersten geformten Stuhlgang, bzw. 24 Stunden nach dem Ende der Antibiotikatherapie entnommen werden.

Bei Kontaktpersonen sind ebenso drei Stuhlproben, die die Shigellenfreiheit nachweisen, erforderlich. Ausnahmen hiervon kann das Gesundheitsamt im Einzelfall zulassen. Kriterien können hierbei z.B. die Möglichkeit eines separaten WC's, gute Händehygiene, sicher funktionierende Desinfektionsmaßnahmen in der Einrichtung und die sichere Entsorgung des infektiösen Abfalls sein.

Gleiches gilt für symptomlose Shigellen-Ausscheider.

Ein schriftliches ärztliches Attest ist in jedem Fall erforderlich.

Die Hygienemaßnahmen bei Einzelfällen oder Ausbrüchen in der Einrichtung:

- Unverzügliches Erstellen und Weiterleiten eines vollständigen Ausbruchsprotokolls (die sog. „Linelist“, die vom Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt wird).

- Gewährleisten, dass alle Besuchs- und Tätigkeitsverbote in der Einrichtung eingehalten werden.
- Unterweisung der Kinder und des Personals hinsichtlich korrekter Händehygiene, Händedesinfektion ggf. mit einem wirksamen Händedesinfektionsmittel der Listen des VAH oder RKI (Wirkungsbereich A).
- Information der Erziehungsberechtigten (z.B. mittels Merkblatt des Gesundheitsamts und Aushang in der Einrichtung).
- Durchführung einer sorgfältigen Händehygiene, ggf. Händedesinfektion mit einem wirksamen Händedesinfektionsmittel (VAH oder RKI gelistet) nach Hygieneplan der Einrichtung.
- Unterweisung des Reinigungspersonals nach Hygieneplan der Einrichtung.
- Ausreichendes Reinigungspersonal für u.g. Maßnahmen vorsehen.
- Schutzkleidung für das Reinigungspersonal (Handschuhe, Kittel) bereitstellen und sachgerecht nach Hygieneplan der Einrichtung nutzen.
- Tägliche Wischdesinfektion aller Flächen mit einem geeigneten Flächendesinfektionsmittel gemäß Hygieneplan.
- Zwei Mal täglich Wischdesinfektion aller Kontaktflächen inkl. Türgriffen in allen Sanitärbereichen mit einem Flächendesinfektionsmittel mit geeigneter Wirksamkeit (VAH oder RKI gelistet).
- Desinfektionsreinigung: Kontaminierte Flächen (z.B. mit Stuhl oder Erbrochenem) sofort gezielt nach Hygieneplan der Einrichtung desinfizierend reinigen (VAH oder RKI gelistetes Präparat).
- Sachgerechtes Transportieren und Aufbereiten der Reinigungsutensilien / Wischmops (geschlossener, flüssigkeitsdichter Wäschesack, chemo-thermisches Waschverfahren) wie im Hygieneplan der Einrichtung festgelegt.
- Hygienischer Umgang mit kontaminierter Wäsche (entweder thermisch bei 95°C oder chemo-thermisch mit desinfizierendem Waschmittel). Wäsche gesondert behandeln.
- Im Hinblick auf die Vermeidung der Weiterverbreitung des Ausbruchs sollten erkrankte Mitarbeiter, auch bei geringen gastrointestinalen Beschwerden, von der Arbeit freigestellt werden bzw. die Einrichtung nicht besuchen.

9.18. Tuberkulose

Zur Tuberkulose besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts.

Eine Meldepflicht für Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen besteht nicht, da das Gesundheitsamt in aller Regel durch die diagnostizierenden Laboratorien und Ärzte informiert wird.

Die Tuberkulose ist in Deutschland relativ selten und zudem eine langsam verlaufende Erkrankung. Die Gefahr der Ansteckung ist unterschiedlich ausgeprägt und ist umso größer, je länger und intensiver der Kontakt war und je stärker die Tuberkulosebakterien in die Umgebung gegeben wurden.

Tritt ein Tuberkulosefall in einer Gemeinschaftseinrichtung auf, wird das Gesundheitsamt unverzüglich zur Einrichtungsleitung Kontakt aufnehmen und das weitere Vorgehen absprechen. Dies besteht in der Regel in:

- Erstellen der Kontaktpersonenlisten durch die Einrichtungsleitung
 - Kontaktpersonen in der Tuberkulose-Umgebungsuntersuchung sind:
 - Klassenkameraden,
 - Schüler aus AG's, Klassenfahrten, Schulorchester, Chor etc.,
 - Lehrer.
 - Sollte die erkrankte Person ein Lehrer sein: alle unterrichteten Kinder oder die, die auf andere Weise Kontakt hatten.
 - Sollte die erkrankte Person ein Schulbusfahrer sein: alle Schüler, die regelmäßig den Bus benutzen.
- Unverzügliche Information der betroffenen Kinder und Jugendlichen, MitarbeiterInnen und Erziehungsberechtigten.
- Öffentlichkeitsarbeit
- Durchführen einer Tuberkulosesprechstunde in der Schule oder Kita.

Kranke oder Krankheitsverdächtige dürfen die Einrichtung erst wieder besuchen, wenn eine Weiterverbreitung nicht mehr zu befürchten ist. In der Regel sind drei Sputumuntersuchungen notwendig, die mikroskopisch feststellen, dass dies der Fall ist. Das Gesundheitsamt wird jeden Einzelfall intensiv und engmaschig begleiten.

9.19. Windpocken

Zu Windpocken besteht ein Merkblatt des Kreisgesundheitsamts für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind beim Auftreten von Windpocken oder dem Erkrankungsverdacht in der Einrichtung und/oder bei Nutzern und Mitarbeitern der Einrichtung gesetzlich verpflichtet, dies unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden und personen- und krankheitsbezogene Angaben zu machen.

Für an Windpocken Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Die ggf. in Ihrer Einrichtung notwendig werdenden Hygienemaßnahmen wird der verantwortliche Mitarbeiter des Gesundheitsamts in jedem Einzelfall mit Ihnen abstimmen. Hierzu gehört

- die Information der Nutzer und Beschäftigten (Merkblatt),
- gute Händehygiene,
- ggf. Desinfektionsmaßnahmen.

Über die Einzelheiten beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamts.

10. Arbeitsschutz und Betriebsmedizinische Betreuung

In Kindergemeinschaftseinrichtungen werden aus arbeitsmedizinischer Sicht durch die berufliche Tätigkeit beim Umgang mit Kindern sog. „biologische Arbeitsstoffe“ (z.B. Viren, Bakterien) freigesetzt. Die Beschäftigten und auch Praktikanten bzw. Auszubildenden können mit diesen direkt in Kontakt kommen. Das Infektionsrisiko ist höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Die Grundsätze des Schutzes gegen dieses Infektionsrisiko sind u.a. im **Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)** festgelegt und weiter spezifiziert: „Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ und die Arbeitsbedingungen zur Festlegung dieser Maßnahmen nach §5 ArbSchG zu beurteilen.

Nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) muss der Arbeitgeber für alle Personen einer Kindertageseinrichtung, die direkten und regelmäßigen Kontakt zu Kindern haben, eine arbeitsmedizinische **Pflichtvorsorge** auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung der Biostoffverordnung veranlassen.

Träger von Kitas sind aufgrund der oben beschriebenen besonderen Infektionsgefährdung ihrer Mitarbeiter in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass alle Mitarbeiter, vor Antritt ihrer Tätigkeit in der Einrichtung, eine Pflichtvorsorgeuntersuchung gem. ArbMedVV und BioStoffV erhalten. Ohne Teilnahme an der Pflichtvorsorge darf die Tätigkeit nicht ausgeübt werden.

Die arbeitsmedizinische Versorgung der Beschäftigten auch in Kindergemeinschaftseinrichtungen ist durch einen „Facharzt für Arbeitsmedizin“ oder einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu gewährleisten. Der **Name und die Erreichbarkeit des Betriebsarztes** sind im Hygieneplan aufzuführen. Der Betriebsarzt berät den Arbeitgeber bei allen Fragen des Arbeitsschutzes und führt die erforderlichen **arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen** durch.

Die zuständige Koordinierende Betriebsärztin im Ministerium für Schule und Berufsbildung des Landes Schleswig-Holstein ist Dr. Martha Magdalena Peinecke, Fachärztin für Arbeitsmedizin. Sie ist telefonisch unter 0172 6192274, über Email: magdalena.peinecke@t-online.de erreichbar.

Gemäß Arbeitsschutzgesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, durch eine Beurteilung der arbeitsplatzbedingten Gefährdungen die notwendigen Schutzmaßnahmen zu ermitteln. Zudem hat der Arbeitgeber für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge u.a. durch individuelle **arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen** beim Betriebsarzt zu sorgen. Infektionserkrankungen können gerade auch durch Mitarbeiter einer Einrichtung, aufgrund ihres vielfachen Kontakts zu den dort betreuten bzw. unterrichteten Kindern und Jugendlichen, leicht an diese weitergegeben werden. Der vollständige Impfschutz der Mitarbeiter schützt daher auch die Kinder und Jugendlichen der Einrichtung vor impfpräventablen Krankheiten. Für Mitarbeiter und den Infektionsschutz ist die Impfberatung und ggf. die Vervollständigung des Impfstatus, die auch im Rahmen der betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung geleistet werden, von besonderer Bedeutung. Näheres ist im Abschnitt „Impfungen“ dieses Leitfadens beschrieben.

Schwangere Frauen und Mütter genießen einen besonderen gesetzlichen Schutz und die außerordentliche Fürsorge der Gesellschaft – für sich selbst und im Hinblick auf die nachfolgenden Generationen. Der Gesetzgeber hat deshalb mit dem Mutterschutzgesetz wichtige Regelungen erlassen, um diesen Schutz sicher zu gewährleisten. Eine möglichst frühzeitige Prophylaxe von Infektionskrankheiten durch entsprechende Impfungen ist der beste Schutz für die Mutter und das ungeborene Kind sowie unter Kosten- und Organisationsaspekten die günstigste Lösung für den Arbeitgeber. Bei einer Schwangerschaft, besser noch vorher im Rahmen der Eingangsbeurteilung, ist zudem der Immunschutz gegen die beiden nicht impfpräventablen Kinderkrankheiten Ringelröteln und Zytomegalie abzuklären.

Träger von Kindergemeinschaftseinrichtungen sind verpflichtet,

- eine gesonderte Gefährdungsbeurteilung für die schwangeren Mitarbeiterinnen nach ArbSchG und MuSchG ggf. unter Beratung durch den Betriebsarzt durchzuführen und den zuständigen Behörden zu melden,
- über den weiteren Einsatz am Arbeitsplatz oder partielle bzw. generelle Beschäftigungsverbote nach § 4 MuSchG zu entscheiden.

Für den Fall eines ausgesprochenen Beschäftigungsverbotes werden die Lohnkosten dem AG aus dem dafür von den AG finanzierten Fond durch die Krankenkassen erstattet.

Bei verbeamteten Lehrkräften wird der Ersatz im Falle eines Beschäftigungsverbots gesondert finanziert.

Die **Berufsgenossenschaften** haben in all den hier aufgeführten Bereichen eine präventiv-beratende Funktion. Konkret zuständig sind für:

1. Lehrer (Schleswig-Holstein)
 - a. Beamte / öffentlicher Dienst - hier Ministerium für Schule und Berufsbildung SH
 - b. Angestellte - Unfallkasse Nord
2. Kitas
 - a. Öffentlich - Angestellte - Unfallkasse Nord
 - b. Privat - Angestellte BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)
 - c. Kirchliche Einrichtungen bei der BGW

Aufsichtsbehörde für den Arbeitsschutz ist die **Staatliche Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord**, Sachgebiet Sozialer Arbeitsschutz, Seekoppelweg 5a, 24113 Kiel.

10.1. Jugendarbeitsschutz – Praktikanten in Gemeinschaftseinrichtungen

Die Beschäftigung von Minderjährigen (z. B. Praktikantinnen und Praktikanten) unterliegt außer der ArbMedVV und der BioStoffV auch dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG).

Zum Einsatz jugendlicher Praktikanten in Kindergemeinschaftseinrichtungen gibt das bayrische Landesamt für Arbeitsschutz Orientierung: „Bei der Beschäftigung von Schülern im Rahmen eines Betriebspraktikums der allgemeinbildenden Schulen oder eines selbst organisierten Betriebspraktikums zur Berufsorientierung („Schnupperlehre“ – zulässig erst ab einem Alter von 15 Jahren) dürfen die Minderjährigen keiner höheren Infektionsgefährdung als die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt sein. Dies wird angenommen, wenn sie rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit über ausreichende Schutzmaßnahmen sowie Hygiene- und Verhaltensregeln unterwiesen wurden (Händehygiene, kein direkter Kontakt mit Körperflüssigkeiten/Ausscheidungen der Kinder, kein Helfen beim Toilettengang, kein Aufwischen von Erbrochenem oder Wunden versorgen, engen Körperkontakt möglichst meiden. Sie dürfen beispielsweise mit den Kindern basteln oder spielen und in der Küche oder bei der Essensausgabe mithelfen). In diesen Fällen muss der Arbeitgeber keine arbeitsmedizinische Vorsorge (...) veranlassen.“ Die Jugendlichen sollten über einen vollständigen Impfschutz gemäß STIKO verfügen.

„Beim Auftreten einer Infektionserkrankung in der Einrichtung, bei der sich Schüler anstecken können, hat der Arbeitgeber ihnen gegenüber ein sofortiges Beschäftigungsverbot nach dem JArbSchG auszusprechen.“

Absolvieren Minderjährige eine Berufsausbildung in einer Kindertageseinrichtung oder dient ihr Aufenthalt dazu, ihnen berufsspezifische Fertigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen zu vermitteln (z. B. im Freiwilligen Sozialen Jahr, bei der fachpraktischen Ausbildung der Fachschulen, bei berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit, im Berufsvorbereitungsjahr), dürfen sie wie eine Vollkraft eingesetzt werden, wenn dies zur Erreichung ihres Ausbildungsziels erforderlich ist und sie dabei unter Aufsicht eines Fachkundigen stehen. Hier ist vom Arbeitgeber eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach ArbMedVV einschließlich Impfangebot zu veranlassen, z. B. wenn Kinder im Vorschulalter betreut werden.“

11. Muster-Reinigungs- und Desinfektionsplan

Reinigungskräften, Reinigungsdienstleistern und dem Aufbereiten von Reinigungsutensilien sind gesonderte Kapitel weiter oben gewidmet. Eine Kindergemeinschaftseinrichtung muss darüber hinaus im laufenden Betrieb jederzeit in der Lage sein, entweder die erforderlichen Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten bei Bedarf durch Personal bzw. Dienstleister zu gewährleisten oder die entsprechenden Flächen für die Benutzung zu sperren, bis dies erfolgte.

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
Händehygiene Hände waschen	R	-Zum Dienstbeginn, -Vor Umgang mit Lebensmitteln, -Nach dem Essen, -Bei Verschmutzung, -Nach Toilettenbenutzung, -Nach Tierkontakt -Nach Ankunft, -Nach dem Spielen, -Vor dem Essen, -Bei Verschmutzung, -Nach Toilettengang, -Nach Tierkontakt	Personal Kinder	Waschlotion in Spendern	gebrauchsfertig	Auf die feuchte Haut geben und mit Wasser aufschäumen
Hände desinfizieren	D	Vor dem Anlegen von Pflastern und Verbänden. Nach Kontakt mit Stuhl, mit Urin u. a. Körperausscheidungen (z. B. nach dem Wickeln), Nach Ablegen der Schutzhandschuhe, Nach Verunreinigung mit infektiösem Material	Personal Kinder	Viruswirksames Händedesinfektionsmittel Wirkungsbereich A+B	Empfehlung des VAH gebrauchsfertig Herstellerangaben Einwirkzeit einhalten	Ausreichende Menge, mind. 3-5 ml auf der trockenen Haut gut verreiben Daumen, Fingerkuppen, Nagelfalze und Fingerzwischenräume nicht vergessen.

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
Hände pflegen		Nach dem Waschen	Alle	Hautcreme aus Tuben oder Spendern	gebrauchsfertig	Auf trockenen Händen gut verreiben
Flächenhygiene Fußböden	R D	täglich Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.	Personal	Fußbodenreiniger Flächendesinfektionsmittel	Herstellerangaben Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Nassreinigung Wischdesinfektion, nach Entfernung grober Verunreinigung, Einwirkzeit einhalten!
Spielteppiche	R D	Täglich absaugen Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.	Personal	Absaugen Desinfizierend aufbereiten oder entsorgen.	Herstellerangaben	Staubsauger z.B. in der Waschmaschine
Fußböden bei Krankheitsausbrüchen mit beispielsweise Noro- und Rotaviren	D	Bei Verunreinigung sofort Sonst 2-3 mal täglich	Personal	Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A+B	Herstellerangaben Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Nassreinigung Wischdesinfektion, nach Entfernung grober Verunreinigung, Einwirkzeit einhalten!
Fuß-und Sockelleisten, Hackenleisten, Spinnweben	R	1 x monatlich	Personal	Reinigungslösung, Wasser	Herstellerangaben	Feucht abwischen. Spinnweben entfernen

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
Fensterbänke	R	1 x wöchentlich	Personal	Reinigungslösung, Wasser	Herstellerangaben	Feucht abwischen
Heizkörper	R	6 x jährlich	Personal	Reinigungslösung, Wasser	Herstellerangaben	Feucht abwischen
Türen, Türklinken, Schränke Regale, Handläufe	R D	1 x wöchentlich Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Körperflüssig- keiten etc.	Personal Personal	Reinigungslösung, Wasser Viruswirksames Flächendes- infektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Herstellerangaben Empfehlung des VAH, Herstellerangaben	Feucht abwischen Wischdesinfektion/ Einwirkzeit einhalten!
Reinigungsutensilien, Reinigungstücher, Wischbezüge / Wischmops	R	täglich	Personal	Waschmittel	Herstellerangaben	In der Waschmaschine bei 95 °C waschen u. anschließend trocken
Reinigungsgeräte	R	1 x wöchentlich	Personal	Reinigungslösung	Herstellerangaben	Feucht abwischen
Sofas, Matratzen ,Sitz-und Liegeflächen (Bezüge benutzen)	R	täglich	Personal	Reinigungslösung, Waschmittel	Herstellerangaben	Feucht reinigen, Waschmaschine mind. 60 °C

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
	D	Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.		Desinfizierendes Waschverfahren (siehe RKI-Liste)	Herstellerangaben	In der Waschmaschine mit einem desinfizierenden Waschmittel waschen,
Einrichtungsgegenstände, Laufgitter, Beschäftigungsmaterial	R	1 x wöchentlich	Personal	Reinigungslösung	Herstellerangaben	Feucht reinigen
	D	Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.		Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Empfehlung des VAH, Herstellerangaben	Wischdesinfektion/ Einwirkzeit einhalten!
Sanitäre Anlagen Waschbecken, Armaturen, Toilettenbecken, Duschen Ziehgriffe, Haltegriffe, Spültasten, Fäkalienausgüsse, Türen, Türklinen, Fußböden Töpfchen	R	täglich	Personal	Reinigungslösung	Herstellerangaben	Feucht reinigen
	D	Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.		Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH, Herstellerangaben	Wischdesinfektion/ Einwirkzeit einhalten!
	R + D	Nach jeder Benutzung		Thermische Aufbereitung		Reinigungs-und Desinfektionsgerät
Wandfliesen	R				Herstellerangaben	Feucht reinigen

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
	D	1 x monatlich Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.	Personal	Reinigungslösung Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Wischdesinfektion/ Einwirkzeit einhalten!

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
Wickelbereich Wickeltische, Säuglingsbadewannen, Säuglingswaagen,	R + D	Nach jeder Benutzung	Personal	Reinigungslösung und ein viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Grobe Verunreinigungen entfernen, Wischdesinfektion/ Einwirkzeit streng einhalten!
Schmutzwindelbehälter (täglich leeren)	R D	täglich täglich	Personal	Reinigungslösung Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Herstellerangaben Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Oberflächen von innen und außen feucht abwischen Wischdesinfektion von innen und außen Einwirkzeit einhalten!
Waschbecken u. Armaturen	R D	Täglich Nach Verunreinigung mit Stuhl, Urin und Körperflüssigkeiten	Personal	Reinigungslösung Viruswirksamens Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Herstellerangaben Empfehlung VAH	Feucht reinigen / Wischdesinfektion
Seifenspender und Desinfektionsmittelspender	R	Vor jeder Neubefüllung	Personal	Reinigungslösung	Herstellerangaben	Vor jeder Neubefüllung reinigen

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
Erste-Hilfe-Raum Liege	R D	Nach jeder Benutzung Nach Verunreinigung mit Blut, Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.	Personal	Reinigungslösung Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Herstellerangaben Empfehlung des VAH	Feucht abwischen Wischdesinfektion/ Einwirkzeit einhalten!
Fußboden	R D	täglich Nach Verunreinigung mit Blut, Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.	Personal	Reinigungslösung Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Herstellerangaben Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Feucht wischen Wischdesinfektion/ Einwirkzeit einhalten!

Reinigungs-oder Desinfektionsbereich	Reinigung/ Desinfektion	Wann?	Wer?	Womit? (Präparate angeben)	Einwirkzeit Konzentration Zubereitung	Wie?
Fieberthermometer	R + D	Nach jeder Benutzung	Personal	Reinigungslösung und Viruswirksames Flächen-Desinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B	Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Feucht abwischen und desinfizieren
Spielsachen Abwischbare Spielsachen Säuglingsspielzeug	R D R	1 x wöchentlich/ Sofort bei Verschmutzung Nach Verunreinigung mit Blut, Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc. täglich	Personal	Reinigungslösung Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel Wirkungsbereich A + B Reinigungslösung	Herstellerangaben Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Feucht abwischen Wischdesinfektion/ Einwirkzeit einhalten! Feucht abwischen
Textiles Spielzeug	R D	1 x wöchentlich Nach Verunreinigung mit Blut, Stuhl, Urin, Körperflüssigkeiten etc.	Personal	Waschmittel Waschmittel (95 ° C) oder desinfizierendes Waschverfahren (RKI-Liste))	Herstellerangaben Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Waschen bei mind. 60 ° C In der Waschmaschine bei 95 ° C oder mit einem desinfizierenden Waschmittel (RKI-Liste) waschen
Planschbecken	R + D	Nach jeder Benutzung, bei Verschmutzung	Personal	Reinigungslösung und Flächendesinfektionsmittel/ VAH Liste	Empfehlung des VAH Herstellerangaben	Feucht reinigen und anschließend eine Wischdesinfektion durchführen
Abfalleimer	Leeren + R	täglich	Personal	Reinigungslösung	Herstellerangaben	Hausmüll / feucht reinigen

Die Reinigungsintervalle sind gemäß VDI 77400 vorgegeben.

12. Literatur

Wichtige rechtliche Grundlagen (s. auch unter <http://www.gesetze-im-internet.de>, <http://bundesrecht.juris.de>, <http://frei.bundesgesetzblatt.de>)

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20.07.2000 (BGBl. I Nr. 33, S. 1045 – 1077), zuletzt geändert durch Gesetz vom 31.08.2015 (BGBl. IS.868, 916)
- Kindertagesstättengesetz SH
- Kindertagesstättenverordnung SH
- Rahmenhygieneplan für Kindereinrichtungen, erarbeitet vom Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) vom 07.08.96 (BGBl. I, S. 1246), geändert durch Artikel 427 der Verordnung vom 31.08.2015 des Gesetzes (BGBl. I S. 1474)
- Verordnung über Arbeitsstätten (Arbeitsstättenverordnung - ArbStättV) vom 12. August 2004 (BGBl. I S. 2179 - 2189)
- Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514)
- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 400: Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen
- GUV-SR 2002 Richtlinien für Kindergärten, Bau und Ausrüstung
- GUV-SI 8017 Außenspielflächen und Spielplatzgeräte
- GUV-SI 8982 SH Kinder unter drei Jahren sicher betreuen
- BGV/GUV-SR S2 Kindertageseinrichtungen
- BGV/GUV-V A 1 „Grundsätze der Prävention“
- BGV/GUV-V A 4 „Arbeitsmedizinische Vorsorge“
- BGR A 1 „Grundsätze der Prävention“
- BGV/GUV-I 512 „Erste-Hilfe-Material“
- DGUV 202-092 „Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen“

Wichtige fachliche Standards

- Empfehlungen über die Wiederezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (www.rki.de).
- Aktuelle Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren www.rki.de
- Aktuelle Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH)
- Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO; www.rki.de)
- Impfpfehlungen des jeweiligen Bundeslandes
- Leitfaden für die Innenraumlufthygiene in Schulgebäuden, erarbeitet von der Innenraumlufthygiene-Kommission des Umweltbundesamtes, Juni 2000 (www.umweltbundesamt.de - Rubrik Veröffentlichungen).
- VDI 6000 Blatt 6 Ausstattung von und mit Sanitärräumen in Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen [2006-11][2011-10]
- VDI 6022 Hygienische Anforderungen an Raumluftechnische Anlagen
- VDI 6023 Hygienebewusste Planung, Ausführung, Betrieb und Instandhaltung von Trinkwasseranlagen
- DVGW W551 Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen. Technische Maßnahmen zur Verminderung des Legionellenwachstums
- DIN EN 806/2 Verbrühschutz
- DIN 18024 Barrierefreies Bauen
- DIN ISO 5970 Stühle und Tische für Bildungseinrichtungen; Funktionsmaße
- DIN 5034 Tageslicht in Innenräumen
- DIN 5035 Innenraumbelichtung mit künstlichem Licht
- DIN EN 12464-1 Licht und Beleuchtung - Beleuchtung von Arbeitsstätten - Arbeitsstätten in Innenräumen
- DIN 18032 Sporthallen - Hallen und Räume für Sport und Mehrzwecknutzung
- DIN 19643 Aufbereitung von Schwimm- und Badebeckenwasser
- Unfallverhütungsvorschrift Kindertageseinrichtung (GUV-VS2) 2009
- DIN 18041 Raumakustik
- RKI-Ratgeber für Ärzte zu den unterschiedlichen Erkrankungen

13. Anhang – Meldeformular und Merkblätter

- Meldeformular nach § 34 Infektionsschutzgesetz
- Merkblatt zur Belehrung der Eltern und sonstiger Sorgeberechtigter gemäß § 34 IfSG
- Merkblatt „Ansteckende Borkenflechte (Grind)“
- Merkblatt „Durchfall in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „EHEC in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Hand-Fuß-Mund-Krankheit“
- Merkblatt „Keuchhusten in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Nasopharyngealer Abstrich bei Pertussisverdacht“
- Merkblatt „Kopfläuse – was tun?“
- Merkblatt „Krätze in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Masern in Kita und Schule“
- Merkblatt „Meningokokken in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Mumps in Kita und Schule“
- Merkblatt „Mundfäule“
- Merkblatt „Noroviren in Schule und Kita“
- Merkblatt „Oxyuren - Madenwürmer“
- Merkblatt „Rotavirus-Infektionen in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Scharlach in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Shigellen in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Tuberkulose“
- Merkblatt „Hepatitis A in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Windpocken in Kindergemeinschaftseinrichtungen“
- Merkblatt „Wiederezulassung in Kita und Schule nach Infektionserkrankungen“

**Mitteilung über eine meldepflichtige Krankheit
in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz**

Vertraulich!

**Kreis Herzogtum Lauenburg
Fachdienst Gesundheit
Barlachstraße 4
23909 Ratzeburg**

Meldende Einrichtung

Name der Einrichtung

Anschrift

Bei

Name, Vorname geb. am

Adresse Telefon

soweit abweichend, Name, Adresse und Telefon der/des Erziehungsberechtigten

Besuch der Einrichtung bis zum: _____

wurde folgende Krankheit am **festgestellt**
 der Verdacht geäußert

durch (z. B. Kinderarzt) _____

<input type="checkbox"/> Cholera*	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Diphtherie*	<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Enteritis d. enterohämorrhagische E.coli (EHEC)*	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/> Scabies (Krätze)
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/> Scharlach, sonstige Streptococcus pyog.-Infektion
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr) *
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Typhus*, Paratyphus*
<input type="checkbox"/> Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis, Alter bis 6 Jahre
<input type="checkbox"/> 2 oder mehr Fälle einer (evtl. unklaren) Infektionskrankh.	<input type="checkbox"/> Kopflausbefall

Sollten mehrere Personen zeitgleich von derselben Krankheit betroffen sein, füllen Sie bitte dieses Formular nur für den ersten Fall aus und geben die übrigen Namen, Geburtsdaten und Anschriften auf einem Extrabogen an.

- Diese Meldung erfolgt ausschließlich pflichtgemäß zur Kenntnisnahme
 Es wird um Rückruf des Gesundheitsamtes gebeten unter der Nummer:

Datum

Name, Unterschrift der meldenden Person

Erläuterungen zum Meldeformular gemäß § 34 des Infektionsschutzgesetzes

Bei den **grau unterlegten** Krankheiten handelt es sich um solche, die bereits durch den behandelnden Arzt oder das Untersuchungslabor an uns gemeldet werden müssen. In den meisten Fällen werden Sie über eine solche Krankheit eher durch das Gesundheitsamt oder den behandelnden Arzt informiert werden.

Dennoch: Verzichten Sie auf Ihre zusätzliche Mitteilung nur nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt! Es geht hier um überwiegend schwere Infektionen, deren Auftreten unbedingt erkannt werden muss.

Bei den **mit * gekennzeichneten Krankheiten** besteht Ihre Meldepflicht auch dann, wenn ohne Krankheitszeichen nur die Erreger ausgeschieden werden. Dies ist oft nach überstandener Erkrankung der Fall, wenn die Erreger z. B. noch eine Zeit im Stuhl nachweisbar sind. Meist ist auch hier der Sachverhalt dem Gesundheitsamt durch Labor oder Arzt bereits bekannt.

Bei Auftreten der **kursiv gekennzeichneten Krankheiten** in einer häuslichen Gemeinschaft dürfen alle (Familien-) Mitglieder eine Gemeinschaftseinrichtung erst nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt bzw. dem behandelnden Arzt besuchen.

Sie können sich in den meisten Fällen auf die Mitteilung beschränken. Eventuell erforderliche Maßnahmen wird das Gesundheitsamt in Absprache mit Ihnen und dem jeweils behandelnden Arzt veranlassen.

Eine ausführliche Beschreibung der Krankheiten wie auch der relevanten Abschnitte des Infektionsschutzgesetzes sollte in Ihrer Einrichtung als Broschüre zur Einsicht vorliegen.

Für Fragen stehen wir Ihnen außerdem unter den im Briefkopf angegebenen Kontaktmöglichkeiten gern zur Verfügung.

Stempel der Einrichtung

GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN

Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte
durch Gemeinschaftseinrichtungen
gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern befinden sich viele Menschen auf engem Raum. Daher können sich hier Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten.

Aus diesem Grund enthält das Infektionsschutzgesetz eine Reihe von Regelungen, die dem Schutz aller Kinder und auch des Personals in Gemeinschaftseinrichtungen vor ansteckenden Krankheiten dienen. Über diese wollen wir Sie mit diesem Merkblatt informieren.

1. Gesetzliche Besuchsverbote

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, dass ein Kind **nicht in den Kindergarten, die Schule oder eine andere Gemeinschaftseinrichtung gehen darf**, wenn es an bestimmten Infektionskrankheiten erkrankt ist oder ein entsprechender Krankheitsverdacht besteht. Diese Krankheiten sind in der Tabelle 1 auf der folgenden Seite aufgeführt.

Bei einigen Infektionen ist es möglich, dass Ihr Kind die Krankheitserreger nach durchgemachter Erkrankung (oder seltener: ohne krank gewesen zu sein) ausscheidet. Auch in diesem Fall können sich Spielkameraden, Mitschüler/-innen oder das Personal anstecken. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass die „**Ausscheider**“ bestimmter Bakterien nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der festgelegten Schutzmaßnahmen** wieder in eine Gemeinschaftseinrichtung gehen dürfen (**Tabelle 2** auf der folgenden Seite).

Bei manchen besonders schwerwiegenden Infektionskrankheiten muss Ihr Kind bereits dann zu Hause bleiben, wenn **eine andere Person bei Ihnen im Haushalt** erkrankt ist oder der Verdacht auf eine dieser Infektionskrankheiten besteht (**Tabelle 3** auf der folgenden Seite).

Natürlich müssen Sie die genannten Erkrankungen nicht selbst erkennen können. Aber Sie sollten bei einer ernsthaften Erkrankung Ihres Kindes ärztlichen Rat in Anspruch nehmen (z.B. bei hohem Fieber, auffallender Müdigkeit, wiederholtem Erbrechen, Durchfällen und anderen ungewöhnlichen oder besorgniserregenden Symptomen). Ihr/-e Kinderarzt/-ärztin wird Ihnen darüber Auskunft geben, ob Ihr Kind eine Erkrankung hat, die einen Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nach dem Infektionsschutzgesetz verbietet.

Gegen einige der Krankheiten stehen Schutzimpfungen zur Verfügung. Ist Ihr Kind ausreichend geimpft, kann das Gesundheitsamt darauf verzichten, ein Besuchsverbot auszusprechen.

2. Mitteilungspflicht

Falls bei Ihrem Kind aus den zuvor genannten Gründen ein Besuchsverbot besteht, **informieren Sie uns bitte unverzüglich darüber und über die vorliegende Krankheit**. Dazu sind Sie gesetzlich verpflichtet und tragen dazu bei, dass wir zusammen mit dem **Gesundheitsamt** die notwendigen Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung ergreifen können.

3. Vorbeugung ansteckender Krankheiten

Gemeinschaftseinrichtungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, über allgemeine Möglichkeiten zur Vorbeugung ansteckender Krankheiten aufzuklären.

Wir empfehlen Ihnen daher unter anderem darauf zu achten, dass Ihr Kind allgemeine Hygieneregeln einhält. Dazu zählt vor allem das **regelmäßige Händewaschen** vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch oder nach Aktivitäten im Freien.

Ebenso wichtig ist ein **vollständiger Impfschutz** bei Ihrem Kind. Impfungen stehen teilweise auch für solche Krankheiten zur Verfügung, die durch Krankheitserreger in der Atemluft verursacht werden und somit durch allgemeine Hygiene nicht verhindert werden können (z.B. Masern, Mumps und Windpocken). Weitere Informationen zu Impfungen finden Sie unter: www.impfen-info.de.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/n Haus- oder Kinderarzt/-ärztin oder an Ihr Gesundheitsamt.

Tabelle 1: **Besuchsverbot** von Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa)• ansteckungsfähige Lungentuberkulose• bakterieller Ruhr (Shigellose)• Cholera• Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird• Diphtherie• durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E)• Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien• infektiöser, das heißt von Viren oder Bakterien verursachter, Durchfall und /oder Erbrechen (gilt nur für Kindern unter 6 Jahren)• Keuchhusten (Pertussis) | <ul style="list-style-type: none">• Kinderlähmung (Poliomyelitis)• Kopflausbefall (wenn die korrekte Behandlung noch nicht begonnen wurde)• Krätze (Skabies)• Masern• Meningokokken-Infektionen• Mumps• Pest• Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium Streptococcus pyogenes• Typhus oder Paratyphus• Windpocken (Varizellen)• virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola) |
|--|---|

Tabelle 2: Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cholera-Bakterien• Diphtherie-Bakterien• EHEC-Bakterien | <ul style="list-style-type: none">• Typhus- oder Paratyphus-Bakterien• Shigellenruhr-Bakterien |
|---|---|

Tabelle 3: **Besuchsverbot** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ansteckungsfähige Lungentuberkulose• bakterielle Ruhr (Shigellose)• Cholera• Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird• Diphtherie• durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E) | <ul style="list-style-type: none">• Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien• Kinderlähmung (Poliomyelitis)• Masern• Meningokokken-Infektionen• Mumps• Pest• Typhus oder Paratyphus• virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola) |
|--|--|

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Ansteckende Borkenflechte (Grind)



Dieses Merkblatt richtet sich vorrangig an Eltern, Mitarbeiter und Leitungen von Kindergemeinschaftseinrichtungen wie Kindertageseinrichtungen (Kitas und Schulen).

Was ist „Borkenflechte“?

Bei der Borkenflechte, auch „Grind“ oder „Impetigo contagiosa“ genannt, handelt es sich um eine sehr ansteckende, oberflächliche Hauterkrankung durch Bakterien (meist Streptokokken).

Typisches Krankheitsbild der Borkenflechte

Neben Hautrötungen kommt es zu eitergefüllten Bläschen, die platzen und dann gelbe schorfige Borken bilden. Diese Hautveränderungen können sich auf dem ganzen Körper finden, bevorzugt ist das Gesicht. Fieber tritt bei der typischen Impetigo nicht auf und der Patient macht keinen kranken Eindruck.

Wie verbreitet sich die Borkenflechte?

Die Erreger der Borkenflechte befinden sich im Eiter der Bläschen und werden nach ihrem Platzen oder Aufkratzen durch eine Schmierinfektion auf intakte Haut, Gegenstände und Wäsche übertragen. Von hier breitet sich die Infektion dann schnell auf andere Menschen aus. Die ersten Krankheitszeichen zeigen sich 2 bis 10 Tage nach der Ansteckung.

Die Ansteckungsfähigkeit erlischt erst frühestens zwei Tage nach einer erfolgreichen Antibiotikatherapie oder wenn eine alle Hautveränderungen abgeheilt sind.

Komplikationen der Borkenflechte

Die Entzündung kann sich auf tiefe Gewebsschichten ausbreiten, was meist auch Fieber verursacht.

Als Spätfolgen können sich noch nach Wochen das glücklicherweise seltene, jedoch gefürchtete Rheumatische Fieber mit Herz- und Gelenkentzündungen und schwere Nierenerkrankungen entwickeln.

Behandlung der Borkenflechte

Die Behandlung sollte in jedem Fall durch einen Arzt erfolgen. Dieser entscheidet, ob Antibiotika oder antiseptische Hautwaschungen angewandt werden müssen. Diese kommen auch zur Anwendung, um die Komplikationen der Erkrankung möglichst zu verhindern.

Besuchsverbot für Kita und Schule

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) legt fest, dass in Kindergemeinschaftseinrichtungen Betreute, die an ansteckender Borkenflechte erkrankt oder dessen verdächtig sind, die Einrichtung nicht besuchen, ihre Räume nicht betreten und an Veranstaltungen nicht teilnehmen dürfen.

Entsprechendes gilt im Übrigen für die Beschäftigten der Einrichtung.

Wiederzulassung zu Kita und Schule

Das gesetzliche Besuchsverbot besteht so lange, bis nach ärztlichem Ermessen keine Weiterverbreitung der Erkrankung mehr zu befürchten ist. Dies ist in der Regel ab dem zweiten Tag nach dem Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie der Fall, ohne Antibiotika wenn eine alle Hautveränderungen abgeheilt sind. Dann darf das Kind die Kita oder Schule wieder besuchen.

Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

Borkenflechte im Lebensmittelbereich

Die Erreger der Borkenflechte können auch durch Lebensmittel übertragen werden. So ist im § 42 des IfSG festgelegt, dass Personen, die an ansteckender Borkenflechte erkrankt oder dessen verdächtig sind nicht beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen bestimmter Lebensmittel beteiligt sein dürfen.

Diagnose

In der Regel kann die Diagnose durch einen erfahrenen Arzt anhand der typischen Krankheitszeichen gestellt werden. Aus Abstrichen können die Bakterien auch im Labor nachgewiesen werden.

Vorsorge- und Bekämpfungsmaßnahmen

Gegen die Borkenflechte besteht keine Impfmöglichkeit.

Soweit möglich sollte der direkte Körperkontakt mit Erkrankten und der Kontakt zu erregerbefallenen Gegenständen oder Textilien vermieden werden. Nach Kontakt sollten die Hände gründlich mit Wasser und Seife gewaschen werden. Die Fingernägel der Erkrankten sollten möglichst kurz geschnitten werden. Kein gemeinsames Benutzen von Besteck, Geschirr oder Gegenständen der Körperpflege.

Wäsche, Bettwäsche, Handtücher u.ä. müssen bei mindestens 60°C gewaschen werden.

Gegenstände und Oberflächen, mit denen die betroffenen Kinder in Berührung gekommen sind bzw. sein könnten, sollten durch eine Wischdesinfektion mit einem geeigneten Desinfektionsmittel behandelt werden.

Meldepflichten

Eltern haben gegenüber der Kindergemeinschaftseinrichtung, die ihre Kinder besuchen eine Mitteilungspflicht, wenn bei ihrem Kind die Borkenflechte festgestellt wurde oder wenn der Verdacht besteht, dass sie vorliegt.

Genau so hat die Leitung der Einrichtung eine Meldepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt.

Kontaktpersonen

Für gesunde Kontaktpersonen bestehen keine Einschränkungen. Sie sollten dringend die unter „Vorsorge- und Bekämpfungsmaßnahmen“ beschriebenen Verhaltensregeln einhalten.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380



Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Durchfall in Kindergemeinschaftseinrichtungen

Durchfallerkrankungen in Kindergemeinschaftseinrichtungen wie Kita oder Schule kommen häufig vor und gehören zum Alltag. Dies ist grundsätzlich kein Anlass zur Sorge, vielmehr ist in diesen Fällen eine besondere Vorsicht und Kenntnis der wichtigsten Zusammenhänge erforderlich.

Ursachen klären!

Treten Brechdurchfallerkrankungen in der Kita oder Schule auf ist es wichtig, die Ursachen zu klären, meist den zugrunde liegenden Krankheitserreger eindeutig festzustellen. Dies ist zuallererst für Ihr Kind von Bedeutung. Derartige Erkrankungen sind meist harmlos, können jedoch auch unmittelbare Konsequenzen haben, wie beispielsweise die zurückliegende EHEC-Epidemie zeigte. Zudem ist es für das Bekämpfen der Ausbreitung der Erkrankung in der Einrichtung wichtig, da unterschiedliche Erreger unterschiedliche Maßnahmen erforderlich machen können.

Nicht in allen, aber in vielen Fällen, ist es ratsam, den Kinderarzt aufzusuchen und die Entnahme einer Stuhlprobe zu veranlassen, um diese auf die wichtigsten und am häufigsten auftretenden Durchfallerreger untersuchen zu lassen. In besonderen Fällen wird die Untersuchung von Stuhlproben durch das Gesundheitsamt direkt veranlasst werden.

Die wichtigsten Durchfallerreger

Die wichtigsten bakteriellen Durchfallerreger sind Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien und Infektionen mit sog. EPEC oder EHEC. Die häufigsten viral bedingten Durchfallerkrankungen werden durch Rotaviren und Noroviren ausgelöst.

Es würde den Rahmen dieses Merkblattes sprengen, die einzelnen Krankheitsbilder vorzustellen. Sie können sich im Internet jederzeit schnell und umfassend informieren, wenn Sie auf der Seite des Robert Koch-Institutes (www.rki.de) „Infektionskrankheiten von A-Z“ ansurfen. Hier finden Sie weitere Informationen zu den einzelnen Erregern und durch sie verursachten Krankheitsbildern.

Besuchs- und Tätigkeitsverbote

Kinder, die an Durchfall erkrankt sind dürfen, je nach dem zugrunde liegenden Durchfallerreger, die Einrichtung nicht besuchen. Alle Kinder unter 6 Jahren, die an einer infektiösen Magen-Darm-Erkrankung leiden, dürfen generell eine Kita nicht besuchen. Ausscheider von Durchfallerregern dürfen die Einrichtung nur nach Zustimmung durch das Gesundheitsamt besuchen oder dort arbeiten.

Meldepflichten der Eltern und der Einrichtungsleitung

Das Infektionsschutzgesetz legt Meldepflichten, für das Auftreten von übertragbaren Erkrankungen fest.

Demzufolge sind die Eltern von Kindern oder Jugendlichen beim Auftreten von Brechdurchfallerkrankungen verpflichtet, dies der Einrichtungsleitung mitzuteilen. Die Einrichtungsleitung wiederum ist dem Gesundheitsamt gegenüber zur Meldung verpflichtet.

Bitte um Mithilfe der Eltern

Das Gesundheitsamt versucht mit Hockdruck, die Ursache der zurzeit in der Einrichtung grassierenden Brechdurchfallerkrankung zu ermitteln. Hierzu benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte unterstützen Sie diese Bestrebungen, indem Sie die erforderlichen Stuhluntersuchungen veranlassen und das Ergebnis so schnell wie möglich weiterleiten. Sobald der Erreger bekannt ist, werden wir Sie über die Einrichtungsleitung unterrichten. Mit Betroffenen werden wir in der Regel direkten telefonischen Kontakt halten.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4

23909 Ratzeburg

Tel 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

EHEC in Kindergemeinschaftseinrichtungen



Was bedeutet EHEC?

„EHEC“ oder „Enterohämorrhagische Escherichia coli“ sind Bakterien, die vor allem bei Wiederkäuern wie Rindern, Schafen und Ziegen, aber auch Wildwiederkäuern (z.B. Rehen und Hirschen) vorkommen. Sie sind in der Lage, besondere Zellgifte zu bilden, die für die Schwere der Erkrankung verantwortlich sind.

Das EHEC-Krankheitsbild

EHEC-Infektionen können vollständig unauffällig verlaufen und somit unerkannt bleiben. Die Mehrzahl der manifesten Erkrankungen tritt als unblutiger, meistens wässriger Durchfall in Erscheinung. Begleitsymptome können Übelkeit, Erbrechen und zunehmende Bauchschmerzen, seltener Fieber sein.

Komplikationen der EHEC-Infektion

Bei 10–20 % der Erkrankten entwickelt sich als schwere Verlaufsform eine blutige Dickdarmentzündung mit krampfartigen Bauchschmerzen, blutigem Stuhl und teilweise Fieber. Säuglinge, Kleinkinder, alte Menschen und abwehrgeschwächte Personen erkranken häufiger schwer.

Gefürchtet ist das vor allem bei Kindern vorkommende sog. **HUS**, das durch Blutgerinnungsstörungen und Blutarmut sowie Nierenschäden bis zum Nierenversagen charakterisiert ist. Diese schwere Komplikation tritt in etwa 5–10 % der symptomatischen EHEC-Infektionen auf und ist der häufigste Grund für akutes Nierenversagen im Kindesalter. Hierbei kommt es häufig zur kurzzeitigen Dialysepflicht, seltener zum unumkehrbaren Nierenfunktionsverlust mit lebenslanger Dialyse. In der Akutphase liegt die Sterblichkeit des HUS bei ungefähr 2 %. Das HUS kann auch in einigem Abstand zur Durchfallerkrankung auftreten, so dass in jedem Fall einer EHEC-Erkrankung eine engmaschige Überwachung durch den behandelnden Kinder- oder Hausarzt unbedingt erforderlich ist.

Ansteckungsweg der EHEC-Erkrankung

Die Erkrankung kann durch den Verzehr von mit EHEC-Bakterien verunreinigten Lebensmitteln oder Wasser entstehen oder durch die direkte Weitergabe von Mensch zu Mensch. Auch der (unbeabsichtigte) Kontakt zu den fäkalen Ausscheidungen von Wiederkäuern oder der Verzehr von Rohmilch ist ein wesentlicher Ansteckungsweg. Die Anzahl an Bakterien, die die Krankheit auslösen können ist sehr gering.

Vorbeugende Maßnahmen

Besonderes Augenmerk sollte auf Maßnahmen zur Vermeidung von EHEC-Infektionen durch Tierkontakt gelegt werden. Für Streichelzoos oder Bauernhöfe mit Publikumsverkehr gelten spezielle Empfehlungen. Der wesentliche Aspekt bei deren Besuch ist hierbei die enge Beaufsichtigung von Kindern. Finger sollten nach Tier- oder Bodenkontakt nicht in den Mund gesteckt, sondern gründlich mit warmem Wasser und Seife gereinigt werden. Speisen und Getränke sollten nur außerhalb der Tierkontaktzonen eingenommen werden.

Zur Vorbeugung ist weiterhin der sicheren Umgang mit Lebensmitteln wichtig. Milch sollte nicht in rohem Zustand, sondern nur nach Wärmebehandlung verzehrt werden.

Wie lange besteht Ansteckungsgefahr?

Eine Ansteckungsgefahr besteht, solange EHEC-Bakterien im Stuhl nachgewiesen werden, in der Regel 5 - 20 Tage (bis zu mehreren Monaten). Sogenannte „Ausscheider“ können die Bakterien (lange) ausscheiden, ohne selbst Krankheitssymptome aufzuweisen.

Therapie

Die Behandlung der Krankheitssymptome der „einfachen“ EHEC-Erkrankung kann nur symptomatisch erfolgen. Eine antibiotische Therapie ist in der Regel nicht angezeigt. Sie kann die Bakterienausscheidung verlängern und zur Verschlechterung führen.

Tätigkeitsverbot bei EHEC in Kindergemeinschaftseinrichtungen

Gemäß § 34 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes dürfen Personen, die an EHEC erkrankt oder dessen verdächtig sind, in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Besuchsverbot bei EHEC in Kindergemeinschaftseinrichtungen

Kinder und Jugendliche, die an EHEC erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Tätigkeits- und Besuchsverbot bei EHEC-Fällen in der Familie

Die oben aufgeführten Vorschriften gelten auch für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf EHEC aufgetreten ist.

Tätigkeits- und Besuchsverbot bei EHEC-Ausscheidern

Auch Ausscheider von EHEC dürfen nach § 34 Abs. 2 IfSG Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen.

Aufheben von Tätigkeits- und Besuchsverbot - Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen

Im Regelfall können die oben genannten Tätigkeits- und Besuchsverbote wieder aufgehoben werden, wenn

- die betreffende Person wieder gesund ist und
- wenn bei drei im Abstand von 1 bis 2 Tagen untersuchten Stuhlproben negative Befunde vorliegen und
- ein schriftliches Attest hierüber vorliegt.

Ausnahmen sind mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung verfügbaren Schutzmaßnahmen möglich.

Meldepflicht beim Auftreten von EHEC

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) besteht beim Auftreten von EHEC in einer Kindergemeinschaftseinrichtung für die Leitung der Einrichtung eine Meldepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt.

Eltern oder Sorgeberechtigte von betroffenen Kindern haben nach dem IfSG die Erkrankung der Einrichtungsleitung unverzüglich zu melden.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4, 23909 Ratzeburg, Tel 04541 / 888 380

Quelle und weitere Informationen auf der Homepage der Robert Koch-Instituts:

www.rki.de\ Infektionskrankheiten_A-Z\ Enterohämorrhagische E. coli (EHEC, STEC, VTEC)/ Hä-molytisch-urämisches Syndrom (HUS)

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Merkblatt Hand-Fuß-Mund-Krankheit



Bei der Hand-Fuß-Mund-Krankheit, die häufig bei Kindern unter 10 Jahren auftritt, handelt es sich um eine meist harmlose Ansteckung mit Coxsackieviren. Die Viren sind weltweit verbreitet und kommen nur beim Menschen vor.

Typisches Krankheitsbild

Bei älteren Kindern und Erwachsenen verläuft die Erkrankung hierzulande oft harmlos oder sogar unbemerkt.

Bei jüngeren Kindern kann es zwei bis acht Tage nach Ansteckung zu einer Erkrankung mit hohem Fieber, einem roten, symmetrischen und juckenden Ausschlag mit Bläschenbildung an Händen (Handinnenflächen und Finger) und Füßen (bes. Fersen, Fußsohlen und Großzehen) kommen. Um Mund und Nase sowie in der Mundhöhle treten gleichzeitig Bläschen und kleine, oft schmerzende Geschwüre (Aphten) auf. Die Bläschen, die die Viren enthalten, heilen nach acht bis zwölf Tagen ohne Krustenbildung ab. Selten kommt es zur Bläschenbildung der Lippen, des Gaumens oder der Rachenmandeln.

Die Krankheit kann jedoch auch milde mit nur flüchtigem Fieber auftreten oder unbemerkt verlaufen. Die Infektion hinterlässt eine lebenslange Immunität.

Wie kann man sich anstecken?

Eine Übertragung der Erreger der Hand-Fuß-Mund-Krankheit erfolgt von Mensch zu Mensch durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten (Nasen- und Rachensekreten, Speichel, Sekreten aus Bläschen) oder Stuhl und durch Kontakt mit Oberflächen, die durch die Viren verunreinigt sind. Eine Übertragung durch die Hände spielt hier eine wesentliche Rolle. Das Virus kann in den ersten Tagen nach Infektion auch durch sog. „Tröpfcheninfektion“ beim Husten und Niesen übertragen werden. Da die Bläschen Viren enthalten sind sie ferner durch direkte Berührung zu übertragen.

Wie lange besteht Ansteckungsgefahr?

Während der ersten Woche der Krankheit sind infizierte Personen sehr ansteckend, insbesondere die Bläschen platzen. Die Viren können nach dem Abklingen der Symptome über mehrere Wochen im Stuhl weiter ausgeschieden werden. Daher können die Patienten sehr lange ansteckend sein. Zudem ist der Anteil der infizierten Personen, die keine Symptome aufweisen (zumeist Erwachsene) sehr hoch.

Welche Komplikationen können auftreten?

In Einzelfällen kann es zu Komplikationen wie Lungenentzündung, Hirnhautentzündung mit Kopfschmerzen, Krämpfen, Lichtempfindlichkeit und Bewusstseinstörung sowie zur Herzmuskelentzündung kommen. Alle auch weiter oben beschriebenen Symptome können einzeln oder in Kombination auftreten.

In jedem Falle ist ein Arzt aufzusuchen.

Wie wird die Diagnose gestellt?

In der Praxis reicht es aus, die Diagnose anhand der Symptome („Blickdiagnose“) und von ggf. vorhandenen Erkrankungen im sozialen Umfeld zu stellen. Der exakte Virusnachweis kann nur durch spezielle Blutuntersuchungen geführt werden, was nur in Ausnahmefällen erforderlich ist.

Ein Kinderarzt sollte aufgesucht werden, um andere, schwerer verlaufende Krankheiten auszuschließen bzw. Komplikationen zu behandeln.

Behandlung

Medikamente, die gegen das Hand-Fuß-Mund-Virus wirksam sind, gibt es bisher nicht. Schmerzen beim Essen und Trinken können mit schmerzlindernden Mundgels und kalten Speisen behandelt werden. Wichtig ist es, ein Aufkratzen der Bläschen zu verhindern, um eine zusätzliche bakterielle Infektion zu vermeiden.

Wie kann die Verbreitung der Hand-Fuß-Mund-Krankheit verringert werden?

Eine Impfung gegen die Hand-Fuß-Mund Krankheit gibt es nicht.

Das strikte Einhalten der persönlichen Händehygiene ist die entscheidende Maßnahme, um das Risiko einer Ansteckung zu vermindern. Hierzu zählt vor allem gründliches Händewaschen nach der Toilettenbenutzung und vor dem Zubereiten von Speisen.

Enger Kontakt mit Erkrankten sollte vermieden werden (Küssen, Umarmen, Besteck oder Tassen etc. teilen).

Verschmutzte Oberflächen und Gegenstände (einschließlich Spielzeug und Türgriffe) müssen besonders gründlich gereinigt und mit einem gegen Viren wirkenden Mittel desinfiziert werden.

Meldepflicht

Bei gehäuftem Auftreten (zwei oder mehr Fälle) der Erkrankung in einer Gemeinschaftseinrichtung ist die Einrichtungsleitung nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, dies dem Gesundheitsamt zu melden.

Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen

Kinder im akuten Stadium der Erkrankung sollten bis zum Eintrocknen der Bläschen möglichst keine Kindergemeinschaftseinrichtung besuchen. Alle Erkrankten sollten einem Arzt vorgestellt werden; dieser entscheidet, ob eine häusliche Betreuung erforderlich ist und wann ein Patient die Einrichtung wieder besuchen kann. Für Familienangehörige und sonstige Kontaktpersonen, die gesund sind, bestehen keine Einschränkungen. Auf sorgfältige Händehygiene ist zu achten.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4

23909 Ratzeburg

Tel 04541 / 888 380

Quelle und weitere Informationen auf der Homepage der Robert Koch-Instituts:

www.rki.de

Infektionskrankheiten_A-Z

Hand-Fuß-Mund-Krankheit

Stand: 01.04.2016

2 von 2

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Keuchhusten in Kindergemeinschaftseinrichtungen



Dieses Merkblatt richtet sich an Eltern und Beschäftigte in Krippen, Kitas und Schulen, in denen Keuchhustenerkrankungen aufgetreten sind.

Welche Konsequenzen haben Keuchhusten

Neben der unten beschriebenen, langwierigen Erkrankung ist Keuchhusten vor allem für kleine Kinder, wegen der in diesem Alter besonders häufig auftretenden Komplikationen mit Lungen- und Mittelohrentzündung, problematisch. Auch können selten neurologische Komplikationen wie z.B. Epileptische Anfälle auftreten. Ältere können von diesen Komplikationen ebenso betroffen sein.

Wie äußert sich die Erkrankung?

Obwohl Keuchhusten oft als Kinderkrankheit aufgefasst wird, kann er Menschen jeden Alters betreffen und ist immer häufiger Ursache langwieriger Hustenerkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen. An Keuchhusten kann man mehrmals im Leben erkranken. Keuchhusten kann sehr vielgestaltig sein.

In der Regel dauert die Erkrankung mehrere Wochen bis Monate. Der Namen gebende typische Husten tritt bei älteren Kindern und Erwachsenen häufig nicht auf, oft ist lediglich ein uncharakteristischer Husten („Reizhusten“) zu verzeichnen.

Die typische Erstinfektion wird in drei Stadien eingeteilt:

- **Stadium catarrhale** (Dauer 1–2 Wochen): Es ist durch grippeähnliche Symptome wie Schnupfen, leichten Husten, Schwäche und kein oder nur mäßiges Fieber gekennzeichnet.
- **Stadium convulsivum** (Dauer 4–6 Wochen): In diesem Stadium kommt es zu anfallsweise auftretenden Hustenstößen (Stakkatohusten). Die Hustenattacken gehen häufig mit Hervorwürgen von zähem Schleim und anschließendem Erbrechen einher. Die Attacken können sehr zahlreich sein und treten gehäuft nachts auf. Das typische Keuchen wird bei ca. der Hälfte der kindlichen Fälle beobachtet; es kommt durch die plötzliche Einatmung gegen den geschlossenen Kehlkopfdeckel am Ende des Anfalles zustande. Fieber fehlt oder ist nur geringfügig ausgeprägt. Wenn es vorhanden ist, deutet es in der Regel auf eine bakterielle Sekundärinfektion hin.
- **Stadium decrementi** (Dauer 6–10 Wochen) Es kommt zum allmählichen Abklingen der Hustenanfälle.

Bei Säuglingen findet man häufig kein ganz charakteristisches Bild, hier stehen als Symptomatik nicht selten Atemstillstände im Vordergrund.

Wie wird die Erkrankung übertragen?

Die Übertragung von Keuchhusten erfolgt durch Tröpfcheninfektion, die durch einen Kontakt mit einer infektiösen Person, innerhalb eines Abstandes bis zu ca. 1 Meter durch Husten, Niesen oder Sprechen erfolgen kann.

Wie wird die Erkrankung behandelt?

Keuchhusten ist durch Antibiotika zu behandeln. Dies und die geschilderten Maßnahmen sollten in jedem Einzelfall durch den behandelnden Kinder- bzw. Hausarzt erwogen werden.

Bietet die Impfung vollständigen Schutz vor der Keuchhustenerkrankung?

Die Keuchhustenimpfung ist eine wichtige Maßnahme, um möglichst viele Erkrankungen zu verhindern oder den Erkrankungsverlauf abzumildern. Mit Einführen der Keuchhustenimpfung sind die Erkrankungsfälle um deutlich über 90% gesunken.

Einen vollständigen Schutz gegen die Keuchhustenerkrankung bietet die Impfung jedoch leider nicht. Auch Geimpfte können an Keuchhusten erkranken. Ebenso hinterlässt eine früher durchgemachte Keuchhustenerkrankung keinen lebenslangen Immunschutz. Daher sollten sich auch Erwachsene gegen Keuchhusten impfen lassen.

Was sind „enge Kontaktpersonen“?

Als enge Kontaktpersonen werden auch solche Personen bezeichnet, die mit dem Erkrankten einen sehr engen Kontakt hatten, wie beispielsweise:

- alle Haushaltsmitglieder,
- Personen, bei denen der begründete Verdacht besteht, dass sie mit Nasen-Rachen-Sekret des Patienten in Berührung gekommen sind,
- enge Freunde, evtl. feste Banknachbarn in der Schule, medizinisches Personal,

- Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren – bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe,
- enge Kontaktpersonen in sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter, z.B. Internaten, Wohnheimen.

Enge Kontaktpersonen haben ein erhöhtes Risiko, an Keuchhusten zu erkranken.

Können Keuchhustenkranke Kindertageseinrichtungen oder Schulen besuchen?

Personen, die an Keuchhusten erkrankt oder dessen verdächtig sind, ist es gesetzlich verboten, Gemeinschaftseinrichtungen zu besuchen oder als Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichtspersonen dort zu arbeiten oder sonstige Tätigkeiten auszuüben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Diese dürfen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Keuchhustenkranke dürfen, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist, frühestens jedoch 5 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie, die Einrichtung wieder betreten. Ein ärztliches Attest ist hierzu nicht erforderlich.

Was ist bei engen Kontaktpersonen zu beachten?

- Alle in der Einrichtung sollten bei dieser Gelegenheit durch ihren behandelnden Arzt überprüft lassen, ob Impfschutz vollständig ist. Wenn nicht => **Impfen!**
- Bei den angeführten engen Kontaktpersonen ist eine **vorbeugende Antibiotikatherapie**, die **Chemoprophylaxe**, empfohlen, wenn kein ausreichender Impfschutz besteht. Die Chemoprophylaxe muss schnellstmöglich durchgeführt werden. Sinnvoll ist eine solche Maßnahme maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten.
- **Geimpfte Kontaktpersonen** sind vor der Erkrankung weitgehend geschützt, können aber vorübergehend mit Keuchhustenerregern besiedelt sein und damit eine Infektionsquelle darstellen. Daher sollten auch geimpfte enge Kontaktpersonen vorsichtshalber eine Chemoprophylaxe erhalten, wenn sich in ihrer Umgebung gefährdete Personen, wie z. B. ungeimpfte oder nicht vollständig geimpfte Säuglinge oder Kinder mit chronischen Herz- oder Lungenkrankheiten, befinden.
- Im Zusammenhang mit **Keuchhusten-Häufungen** kann auch bei vollständig geimpften Kindern und Jugendlichen mit engem Kontakt zu Erkrankten im Haushalt oder in Kindertagesgemeinschaftseinrichtungen eine Impfung erwogen werden, wenn die letzte Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt.

Bei Kontaktpersonen, die husten, besteht der begründete Verdacht, dass sie auch an Keuchhusten erkrankt sind. Daher dürfen auch sie, bis nach ärztlichem Ermessen die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht zu befürchten ist, eine Kindertagesgemeinschaftseinrichtung nicht betreten. Um den Erkrankungsverdacht auszuschließen oder zu bestätigen ist eine spezielle Abstrichuntersuchung im Nasen-Rachenraum (sog. "nasopharyngealer Abstrich"), manchmal auch eine Blutuntersuchung (sog. "IgG-Antikörper gegen Pertussistoxin") erforderlich.

Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen besteht gemäß § 34 Abs. 6 IfSG die Pflicht, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über das Auftreten einer Keuchhustenerkrankung in ihrer Einrichtung zu benachrichtigen und dazu krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Wenn Keuchhusten bei Kindern oder Jugendlichen, die eine Kindertagesgemeinschaftseinrichtung besuchen auftritt, haben die Erziehungsberechtigten der Leitung der Einrichtung hiervon unverzüglich Meldung zu machen (§ 34 (5) IfSG). Gleiches gilt für die Beschäftigten der Einrichtung.

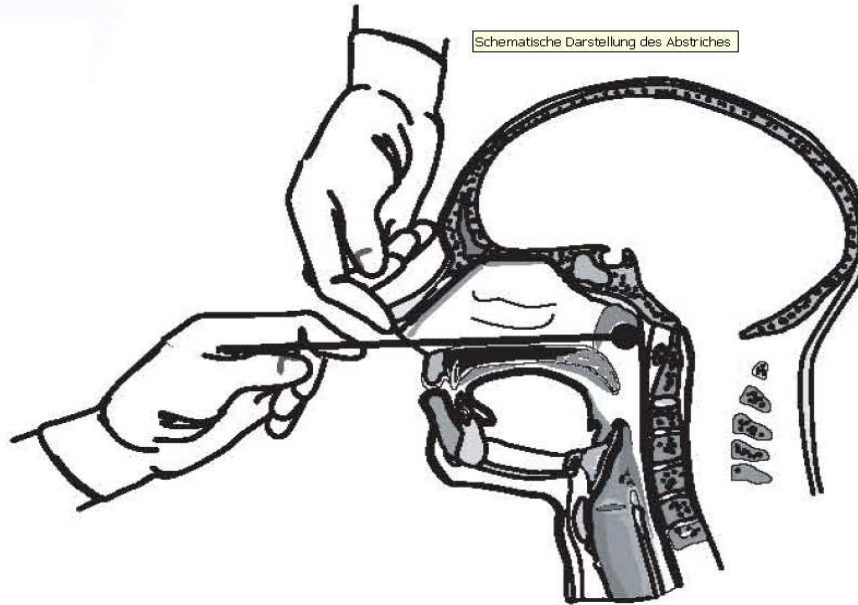
Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380

Weitere Informationen auf der Homepage der Robert Koch-Instituts:
www.rki.de \ Infektionskrankheiten_A-Z \ Pertussis

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Hinweise zur Entnahme, Lagerung und Transport von Nasopharyngealabstrichen für die Pertussis-Diagnostik mittels PCR-Verfahren



Rayon-, Nylon- oder Polyester-Tupfer
(kein Kalziumalginat- oder Baumwolltupfer!)

Quelle: CDC: VPD Surveillance Manual, 5th Edition, 2011, Pertussis: Chapter 10-4

- Die Serologie kann den kürzlichen Kontakt mit *Bordetella pertussis* identifizieren, jedoch weder die Kontagiösität eines Patienten noch seine Immunität bestimmen!
- Zum Nachweis einer therapiebedürftigen Infektion oder der Ansteckungsfähigkeit ist die PCR-Diagnostik aus Abstrichen oder Sekreten die Methode der Wahl.
- Geeignet sind Nasopharyngeal-Abstriche und abgesaugte Nasen- oder Lungensekrete, hingegen sind Abstriche vom Rachen oder den Nasenvorhöfen ungeeignet.*¹
- Die Entnahmetechnik ist in einem Video des CDC, Atlanta: „Pertussis Testing – Collecting a nasopharyngeal swab“ im Internet dargestellt.
 - Zum praktischen Vorgehen empfiehlt sich zu beachten:
 - Es sollte ein dünner, sogenannter trockener (ohne Transportmedium) Tupfer mit flexiblem Stiel verwendet werden.
 - Zur Erhöhung der Compliance sollte der Tupfer mit sterilem NaCl 0,9% oder sterilem Wasser angefeuchtet werden,
 - der Patient aufgefordert werden, ruhig durch den geöffneten Mund und nicht durch die Nase zu atmen und
 - darauf hinzuweisen, dass die Entnahme häufig zum Tränenfluss führt, so dass ein Taschentuch bereit zu halten ist.
- Nach Entnahme wird der Abstrich in die leere, mit Patientennamen und Datum beschriftete Hülle ohne Transportmedium zurückgesteckt. In dieser Form kann er bei Raumtemperatur ins Labor transportiert, bei Verzögerung bei 4° bis 8°C gelagert werden.
- Das Ergebnis liegt innerhalb eines Werktages nach Eingang im Labor vor – ggf. ist die Probe vorab telefonisch anzukündigen (LADR 04152-803-0)

Quellen:*¹ ECDC (European centre for disease prevention and control): „Guidance and protocol for the use of real-time PCR in laboratory diagnosis of human infection with *Bordetella pertussis* or *Bordetella parapertussis*“

„Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Pertussis im Freistaat Sachsen“

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Kopfläuse – was tun?



Sehr geehrte Eltern,

leider sind Kopfläuse in der Kita oder Schule Ihres Kindes aufgetreten.

Jeder kann, auch bei guter Körperpflege und täglicher Haarwäsche, Kopfläuse bekommen und muss sich nicht dafür schämen. Wichtig ist es jedoch, die lästigen Blutsauer möglichst schnell und nachhaltig wieder loszuwerden.

Der Einzelne kommt in einer Kindergemeinschaftseinrichtung allein gegen die Kopflaus nicht nachhaltig an, daher ist ein gemeinsames und zeitlich abgestimmtes Vorgehen gegen diese Plage wichtig. Offene und informierte Zusammenarbeit zwischen Eltern, Kindergarten/Schulen und Gesundheitsamt steht hierbei im Mittelpunkt. Mit diesem Merkblatt möchten wir Sie über den Kopflausbefall und die notwendig werdenden Maßnahmen informieren.

Erfolgreich gegen die Kopflaus

Um der Kopflausplage erfolgreich Herr zu werden, ist folgendes zeitlich und sachlich abgestimmte Vorgehen notwendig:

1. Sorgfältiges Untersuchen aller Kinder durch ihre Eltern.
2. Sorgfältiges Untersuchen der Familie und Freunde von von Kopfläusen betroffenen Kindern.
3. Bei festgestelltem Kopflausbefall Behandeln mit einem zugelassenem Mittel und nasses Auskämmen wie unter „Behandlungsschema“ dieses Merkblatts beschrieben.
4. Schriftliche Rückmeldung an die Einrichtungsleitung über die Untersuchung und eventuell notwendig werdende Behandlung auf dem unten angefügten Formular „Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Kopflaus-Erstbehandlung“.
5. Zudem wird die Einrichtungsleitung für die in diesem Merkblatt unter „ergänzende Hygienemaßnahmen“ beschriebene Reinigung in der Schule sorgen.

Dieses hier skizzierte Vorgehen möchten wir Ihnen im Folgenden darlegen.

Zeitlich und inhaltlich abgestimmtes Vorgehen

Kopfläuse sind ein Gruppenphänomen. Da Kopfläuse sehr flink sind und sich schnell verbreiten, ist es wichtig, dass alle Familien einer Schulklasse oder Kitagruppe gemeinsam und zeitlich abgestimmt gegen sie vorgehen.

Hierzu bitten wir Sie, die in diesem Infoblatt beschriebenen Maßnahmen zu befolgen und hernach die ausgefüllte und unterzeichnete Erklärung der Klassenlehrerin bzw. dem Klassenlehrer bzw. der Kitaleitung innerhalb von drei Werktagen zurückzugeben.

Die Leitung der Kindergemeinschaftseinrichtung wird die Vollständigkeit der Rückmeldungen nachvollziehen.

Übertragungswege der Kopflaus

Springen und fliegen können Kopfläuse zwar nicht, krabbeln jedoch schnell bei direktem Kontakt von Kopf zu Kopf. Überall wo im Umgang in der Familie oder mit Freunden die Köpfe zusammengesteckt werden, wo gekuschelt und geschmust wird können sie übertragen werden. So ist es neben der Behandlung Ihres Kindes wichtig, auch in der Familie und im Freundeskreis nach Kopfläusen zu suchen und wenn nötig zu behandeln.

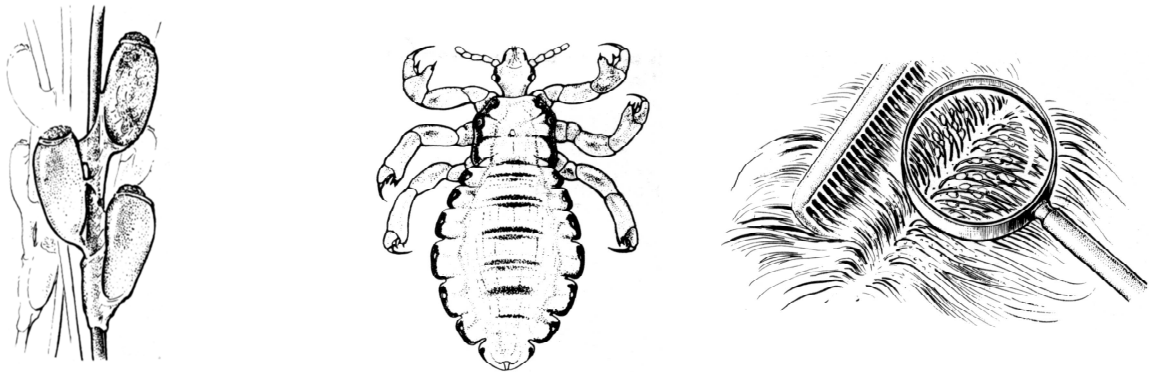
Der indirekte Weg der Übertragung über gemeinsam benutzte Käämme, Bürsten und Textilien ist eher die Ausnahme, denn Kopfläuse sind alle 2 - 3 Stunden auf eine Blutmahlzeit angewiesen, sonst trocknen sie aus. Ohne eine Blutmahlzeit sterben sie spätestens nach 55 Stunden. Durch Kopfläuse werden in Deutschland keine Krankheitserreger übertragen. Kopfläuse verursachen lästigen Juckreiz und - infolge des Kratzens - entzündete Wunden auf der Kopfhaut.

Lebenszyklus der Kopflaus

Kopfläuse sind flügellose Insekten. Sie sind in Europa seit jeher heimisch. Sie leben auf dem behaarten Kopf von Menschen und ernähren sich von Blut, das sie - nach einem Stich - aus der Kopfhaut saugen. Lausweibchen legen täglich mehrere Eier. Diese befinden sich in durchsichtigen Hüllen, die am Haaransatz festkleben und Nissen genannt werden. Aus den Eiern schlüpfen binnen 7 Tagen Larven. Danach werden die Nissen heller und besser sichtbar. Mit dem Wachstum des Haars entfernen sie sich ca. 1 cm pro Monat von der Kopfhaut und können noch Monate nach erfolgreicher Behandlung am Haar kleben. Nissen, die weiter als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, sind immer leer. Die Larven können in den ersten 10 Tagen den Kopf ihres Wirts noch nicht verlassen und keine Eier legen.

Untersuchung auf Kopflausbefall

Wir bitten Sie, die Haare Ihres Kindes innerhalb von drei Werktagen nach Erhalt dieses Merkblattes gründlich auf das Vorhandensein von Kopfläusen zu untersuchen. Am besten scheiteln Sie das Haar mit einem feinen Kamm und suchen unter guter Beleuchtung streifenweise die Kopfhaut und den Kamm mit einer Lupe ab. Besonders gründlich sollten Sie die Stellen an der Schläfe, um die Ohren und im Nacken nachsehen.



Läuse sind meist grau und werden bis zu 3,5 mm groß. Sie sind ziemlich flink. Deshalb findet man die Nissen leichter. Sie zeigen an, dass auf diesem Kopf Läuse waren oder noch sind. Nur wenn diese Nissen weniger als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, können sie noch lebende Läuseeier enthalten. Beweisend für einen Kopflausbefall ist das Auffinden lebender Läuse.

Empfohlenes Behandlungsschema bei Kopflausbefall

- **Tag 1**
Mit einem *zugelassenem Mittel* wie in der Packungsbeilage beschrieben behandeln und anschließend nass auskämmen.
- **Tag 5**
Nass auszukämmen, um früh nachgeschlüpfte Larven zu entfernen, bevor sie mobil sind.
- **Tag 8, 9 oder 10**
Erneut mit dem *zugelassenem Mittel (Zweitbehandlung)* behandeln, um spät geschlüpfte Larven abzutöten.
- **Tag 13**
Kontrolluntersuchung durch nasses Auskämmen.
- **Tag 17**
Evtl. letzte Kontrolle durch nasses Auskämmen.

Zugelassene Mittel gegen Kopfläuse

Es stehen zwei Substanzarten zur Verfügung:

- Arzneimittel mit den Wirkstoffen Allethrin, Permethrin und Pyrethrum
- Medizinprodukte mit dem Wirkstoff Dimeticon

Nur zugelassene Mittel, die diese Substanzen enthalten sind ausreichend gegen Kopfläuse wirksam. Informationen hierzu gibt Ihnen Ihr Apotheker und sind unter www.bvl.bund.de > Bedarfsgegenstände > Mittel zur Schädlingsbekämpfung zu finden.

Bei Kopflausbefall bei schwangeren oder stillenden Frauen, Säuglingen und Kleinkindern, dem „MCS-Syndrom“ und Chrysantemenallergie sowie bei starken Kopfhautentzündungen sollte ein Arzt zu Rate gezogen werden. Ansonsten spricht nichts gegen eine Behandlung in alleiniger elterlicher Regie. Entscheidend ist, dass die Gebrauchsanweisung des Läusemittels genau befolgt wird.

Die genannten Arzneimittel sind rezeptfrei in Apotheken erhältlich. Sie können sich die Mittel auch vom Arzt verordnen lassen; in diesem Fall trägt die Krankenkasse die Kosten. Bitte bestehen Sie auf einem der oben genannten wirksamen Arzneimittel.

Nasses Auskämmen

Das „Nasse Auskämmen“ erfolgt mit Haarpflegespülung und Läusekamm. Es sind vier Sitzungen an den Tagen 1, 5, 9 und 13 erforderlich. Dies ist sicherlich zeitaufwändig und erfordert viel Geduld von „Behandlern“ und Betroffenen ist jedoch gut wirksam. In Kombination mit einer Anwendung der „zugelassenen Mittel“ sichert es eine hohe Erfolgsquote.

Die Technik des nassen Auskämmens ist auf der Internethomepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (kindergesundheit-info.de\Themen\Krankes Kind\Kopfläuse\Kopfläuse behandeln) beschrieben.

„Alternative“ Mittel

Shampoos die nicht Dimeticon enthalten, Homöopathische Mittel, Öle, Teere, Heißlufthauben, Saunabesuche und „Hausmittel“ sind nicht wirksam und daher nicht zugelassen.

Zweitbehandlung mit einem zugelassenen Mittel

Da die Läuseeier eine korrekte Behandlung mit Läusemitteln überleben ist eine zweite Behandlung mit einem zugelassenen Mittel nach 8 - 10 Tagen unbedingt nötig, um die Läuseplage sicher loszuwerden. Dadurch werden alle Larven getilgt, bevor sie mobil und geschlechtsreif geworden sind.

Untersuchung der Familie und Freunde

Bei Kopflausbefall ist es wichtig, alle Familienmitglieder zu untersuchen und Freundinnen und Freunden Bescheid zu geben. Bestand enger „Haar-zu-Haar“-Kontakt zum betroffenen Kind, so ist eine Behandlung zu erwägen, auch wenn keine Kopfläuse gesehen wurden.

Vorbeugende Maßnahmen vor Kopfläusen

Mittel, mit denen man dem Kopflausbefall vorbeugen kann, gibt es nicht, auch wenn dies gerne behauptet wird. Vorbeugung ist allein durch häufiges Untersuchen und dem offenen Umgang mit dem Thema möglich.

Reinigungsmaßnahmen im (häuslichen) Umfeld (begleitende Hygienemaßnahmen)

Kopfläuse sind abseits vom Menschen kaum lebensfähig und nicht besonders übertragbar, dennoch werden im (häuslichen) Umfeld eines festgestellten Läusebefalls folgende Reinigungsmaßnahmen empfohlen:

- Gründliche Reinigung von Kämmen, Haar und Kleiderbürsten durch Einlegen in heißes (nicht kochendes) Wasser für 10 Minuten.
- Wechseln von Handtüchern und aktuell genutzter Leib- und Bettwäsche die dann bei mind. 60° C gewaschen werden muss.
- Gründliche Reinigung von Wohn- und Schlafräumen (Bodenbelag, Teppiche, Polstermöbel, Decken und Autositze) mit einem Staubsauger.
- Oberbekleidung einschließlich Kopfbedeckung, Schals, sonst. Kleidung und Plüschtieren durch eins der folgenden Verfahren:
 - Waschen bei mind. 60° C, oder
 - Lagern in einem gut verschlossenem Plastikbeutel für 2 Wochen (so werden die Läuse und Larven ausgehungert), oder
 - Anwenden warmer trockener Luft im Trockner (mind. 45° C für 60 Minuten), oder
 - Unterkühlen im Gefrierschrank (mind. -15° C über mind. einen Tag).

Läuse sterben nach spätestens 55 Stunden, wenn sie vom Menschen getrennt sind. So ist es nicht erforderlich, alle Kleiderschränke bis in die tiefsten Tiefen auszuräumen und die gesamte vorhandene Wäsche zu waschen.

Eben so wenig sind Desinfektionsmittel oder Insektizide angezeigt!

Meldeverpflichtungen

Bei Kopflausbefall sind Sie als Erziehungsberechtigte zur unverzüglichen Mitteilung an den Kindergarten, die Schule oder sonstige Gemeinschaftseinrichtung verpflichtet. Hieraus erwachsen Ihnen keine Nachteile, im Gegenteil: aufgrund Ihrer Information werden Maßnahmen ergriffen, um den Kopflausbefall in der Gruppe oder Klasse Ihres Kindes zu tilgen und die Kinder vor einem erneuten Befall zu schützen.

Die Leitung der Kita oder Schule ist durch das Infektionsschutzgesetz verpflichtet, den Läusebefall dem Gesundheitsamt zu melden.

Das Besuchsverbot von Kindergemeinschaftseinrichtungen

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) verbietet, dass Personen, die von Kopfläusen befallen sind, Kindergärten, Schulen oder andere Gemeinschaftseinrichtungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche besuchen oder in ihnen tätig sind.

Nur nach einer einmaligen Behandlung mit einem wirksamen und zugelassenen Mittel dürfen sie am folgenden Tag die Schule wieder betreten. Die korrekten Folgebehandlungen sind unabdingbare Voraussetzung zum weiteren Besuch der Schule oder Kita.

Selbstverständlich gilt diese Regel auch für Mitarbeiter der Einrichtung.

Der Nachweis von Nissen allein ist kein Grund, dem Kind den Besuch der Kindergemeinschaftseinrichtung zu verwehren.

Wiederzulassung zur Kita oder Schule

Da Läuse bei korrekter Behandlung mit den zugelassenen Arzneimitteln sicher abgetötet werden, und die danach geschlüpften Larven noch nicht mobil sind, ist eine Weiterverbreitung des Kopflausbefalls in den ersten 10 Tagen nach richtiger Behandlung nicht zu befürchten. Deshalb können Kinder den Kindergarten, die Schule oder sonstige Gemeinschaftseinrichtungen direkt nach der ersten Behandlung mit einem wirksamen Arzneimittel ohne ärztliches Attest wieder besuchen. Ein ärztliches Attest ist nur bei einem erneuten Kopflausbefall notwendig.

Wichtig ist an dieser Stelle nochmals an die Zweitbehandlung 8-10 Tage nach der ersten Behandlung zu erinnern, um die Läuseplage sicher loszuwerden.

Bei weiteren Fragen wenden sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt. Auch das Gesundheitsamt steht Ihnen gerne beratend zur Seite.

Kein Ärztliches Attest zur Wiederzulassung zur Schule oder Kita

Ein ärztliches Attest nach Kopflausbefall ist zur Wiederzulassung in eine Kindergemeinschaftseinrichtung in der Regel nicht erforderlich, da

- der Nachweis von Kopfläusen zwar einige Grundkenntnisse erfordert, aber
- keine spezielle medizinische Sachkunde notwendig macht,
- die Mehrzahl der Diagnosen von Eltern gestellt wird,
- die Mehrzahl der Behandlungen ohne ärztliche Konsultation geschieht und die
- zugelassenen Mittel bei korrekter Anwendung zuverlässig wirken.

Das IfSG verpflichtet die Ärzte auch nicht zur Meldung des Kopflausbefalls an das Gesundheitsamt.

Verantwortung der Eltern

Das IfSG schreibt vor, dass Eltern von Kindern die von Kopfläusen befallen sind dies unverzüglich der Kindergemeinschaftseinrichtung mitteilen müssen.

Die Eltern sind beim Auftreten von Kopfläusen in der Klasse oder Kitagruppe in der Pflicht, ihre Kinder auf Kopflausbefall zu untersuchen und ggf. zu behandeln. Weiterhin ist es erforderlich, dass die Eltern dies der Einrichtungsleitung schriftlich auf dem hier beigefügten Rückmeldebogen bestätigen.

Verantwortung der Einrichtungsleitung

Die Einrichtungsleitung wird alle in diesem Merkblatt beschriebenen Maßnahmen mit Information der Eltern und Mitarbeiter, zeitgleichem Untersuchen und ggf. Behandeln aller Betroffenen, Nachverfolgen der Vollständigkeit der Elternrückmeldungen und ergänzenden Hygienemaßnahmen koordinieren und soweit erforderlich kontrollieren.

Das Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt nimmt alle Meldungen der Einrichtungsleitungen über den aufgetretenen Kopflausbefall entgegen.

Wird der Kopflausbefall in der Einrichtung ein Problem, da viele Kinder betroffen sind, nimmt die Einrichtungsleitung mit dem Gesundheitsamt direkt Kontakt auf. Bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der Kopflausmeldungen des Kreisgebiets ist dies jedoch nicht der Fall.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4, 23909 Ratzeburg, Tel 04541 / 888 380

Weitere Informationen

www.kindergesundheit-info.de

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Kopflaus-Erstbehandlung

Schule / Kita _____

Kind _____

Bitte die zutreffenden Abschnitte ankreuzen

- Ich habe den Kopf meines Kindes sorgfältig inspiziert (insbesondere an den Schläfen, in Nacken und um die Ohren) und keinerlei Anhalt für das Vorliegen eines Kopflausbefalles festgestellt.
- Ich habe den Kopf meines Kindes am _____ (bitte Datum eintragen) mit einem zugelassenen Arzneimittel gegen Kopfläuse (bitte Handelsname eintragen: _____) behandelt.
- Ich versichere, die weitere Behandlung wie im Abschnitt „Empfohlenes Behandlungsschema bei Kopflausbefall“ des Merkblatts des Gesundheitsamtes durchführen werde.
- Alle weiteren Familienmitglieder wurden auf Kopfläuse untersucht / behandelt.
- Ich habe die im Informationsblatt „Kopfläuse – was tun?“ genannten Gegenstände in unserer Wohnung und sonstigem Lebensumfeld wie unter „ergänzende Hygienemaßnahmen“ des Merkblattes des Gesundheitsamtes beschrieben behandelt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Krätze in Kindergemeinschaftseinrichtungen



Was Krätze ist

Der Ausdruck Krätze, auch Scabies genannt, kommt von „sich kratzen“. Sie ist eine Hautkrankheit, die durch eine Besiedelung der Haut und Hornhautschicht durch „Krätzemilben“, winzige Spinnentiere verursacht wird. Bis zu sechs Wochen nach Krätzebefall kommt es zu Hautproblemen und teils starkem, unerträglichem Jucken. Absolut typische Symptome gibt es nicht. Die Krätze kann viele andere Hauterkrankungen vortäuschen, was die Diagnose immer wieder schwierig macht.

Diagnose der Krätze durch einen Dermatologen (Hautarzt)

Da die Krätze oft allgemeine, nicht typische Hautprobleme macht und zur Untersuchung spezielle Gerätschaften erforderlich sind, ist die Diagnose der Krätze in aller Regel durch einen Dermatologen (Hautarzt) zu stellen.

Wie Krätze übertragen wird

Körperkontakt, der über ein flüchtiges Händeschütteln hinausgeht, kann zur Übertragung der Krätze von Mensch zu Mensch führen. Sie hat nichts mit der eigentlichen Körperhygiene zu tun, es gibt auch die sog. „gepflegte Krätze“. Besonders Kontakt wie gemeinsames Spielen, Körperpflege und Liebkosen von Kleinkindern, „Händchenhalten“, Schlafen in einem Bett, „Kuscheln“, fördert die Weiterverbreitung.

Personen, die einen derartigen Kontakt zu Kranken, die an gewöhnlicher Krätze leiden, hatten, werden als enge Kontaktpersonen bezeichnet.

Besonders schwere Formen der Krätze (*Scabies crustosa*) breiten sich schneller aus.

Das besondere an Kontaktpersonen ist, dass sie

- bis zu 6 Wochen infiziert sein können, ohne Symptome zu zeigen,
- Reservoir der Milben-Infektion sein können,
- Milben, obwohl sie noch keine Symptome haben („unbemerkt“), an Dritte weitergeben können,
- Ursache für erneute Infektionen von erfolgreich behandelten Krätze-Patienten sein können.

Oft auch Behandlung von Kontaktpersonen erforderlich

Krätze breitet sich in Kindergemeinschaftseinrichtungen oft unerkannt aus. Der Zeitraum, bevor eine infizierte Person Symptome entwickelt kann bis zu sechs Wochen dauern. In dieser Zeit kann sie die Milben weitergeben, bevor die Erkrankung bei ihr ausbricht! So sind die Infektionswege oft nicht mehr nachzuverfolgen. Auch außerhalb der Einrichtung, bei anderen Familienangehörigen, die nicht in der Einrichtung arbeiten oder dorthin gehen, kann sich die Krätze so festsetzen.

Oft ist daher, auch wenn keine Symptome bestehen, die gleichzeitige Behandlung von engen Kontaktpersonen, je nach Fall auch aller Nutzer einer Einrichtung, also des Personals, der Besucher und deren Angehörigen der beste Weg, die Erkrankung aus der Einrichtung zu beseitigen.

Therapie der Krätze

Krätze kann durch Cremes oder Sprays und durch Tabletten behandelt werden. Unterschiede in der Wirksamkeit sind nicht bekannt, wobei die Anwendung von Cremes oder Spray besondere Sorgfalt erfordert und aufwendig ist. Die Anwendungshinweise des Herstellers („Beipackzettel“) sind genau einzuhalten, um den Erfolg der Behandlung zu erreichen.

Die Tabletten sind ein sehr sicheres Medikament. Da im Falle von mehreren gleichzeitig in einer Einrichtung auftretenden Erkrankungen die erforderliche zeitgleiche Behandlung einer größeren Personengruppe mit Tabletten deutlich zuverlässiger ist, hat die Tabletteneinnahme deutliche Vorteile.

Besuchs- und Tätigkeitsverbote

Die gesetzlichen Bestimmungen hierzu sind in § 34 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) festgelegt. Personen mit Skabies (bzw. Personen mit Verdacht auf Skabies) dürfen in Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben. Diese Tätigkeiten sind gesetzlich verboten, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Skabies nicht mehr zu befürchten ist.

Sind dort betreute Personen, also Kinder und Jugendliche erkrankt oder dessen verdächtig, so dürfen auch diese die Räume der Gemeinschaftseinrichtung nicht betreten und nicht an Veranstaltungen der Einrichtung teilnehmen.

Behandlungserfolg und Wiedenzulassung

Es wird davon ausgegangen, dass 24 Stunden nach einer richtig durchgeführten Behandlung keine Ansteckungsgefahr mehr besteht (Ausnahme: *Scabies crustosa*).

Der Einsatz der genannten Arzneimittel bewirkt zwar das Abtöten der Krätzemilben. Durch die unter der Haut verbleibenden abgetöteten Milben und durch den Milbenkot ist jedoch mit einem Abklingen der Symptome oft erst nach vielen Tagen bzw. Wochen zu rechnen. Dies ist nicht mit einem Versagen der Behandlung zu verwechseln.

Die Durchführung der Behandlung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Umgebungshygiene

Vom Menschen getrennte Milben können, abhängig von den vorherrschenden Umweltbedingungen, einige Tage infektiös bleiben.

Die Übertragung der Krätze erfolgt in der Regel über direkten Hautkontakt (s.o.). Eine Übertragung über Textilien, Kleidung, Schuhe, Matratzen Polstermöbel etc. ist möglich, jedoch nicht häufig. Eine Ausnahme bilden schwere Formen (*Scabies crustosa*).

Kleider, Bettwäsche, Handtücher und weitere Gegenstände mit längerem Körperkontakt (z.B. Blutdruckmanschette, Pantoffeln, Stofftiere, etc.) sollen bei mindestens 50°C für wenigstens 10 Minuten gewaschen werden oder sind, in Plastiksäcke eingepackt oder in Folie eingeschweißt, für 72 Stunden bei mindestens 21°C zu lagern.

Alternativ können möglicherweise kontaminierte Gegenstände auch für 2 Stunden bei - 25°C gelagert werden (gilt nicht bei *Scabies crustosa*). Achtung: Handelsübliche Gefriereinrichtungen kühlen oft nur auf -18°C! Betten sollen frisch bezogen werden. Polstermöbel, Sofakissen oder textile Fußbodenbeläge (wenn Erkrankte mit bloßer Haut darauf gelegen haben) sind mit einem starken Staubsauger abzusaugen (Filter und Beutel danach entsorgen) oder für mindestens 48 Stunden lang nicht zu benutzen.

Gegenstände, mit denen der Patient nur kurzen Kontakt hatte, müssen nicht dekontaminiert werden (Ausnahme: *Scabies crustosa*).

Die Anwendung von Schädlingsbekämpfungsmitteln (Pestiziden) ist im Einzelfall weder sinnvoll, noch notwendig.

Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für die Leitung einer Kindergemeinschaftseinrichtung besteht schon bei Verdacht auf das Vorliegen von Krätze eine gesetzliche Meldepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt. Die Leitung der Einrichtung muss unverzüglich das Gesundheitsamt benachrichtigen (§ 34 Abs. 6 IfSG).

Auch die Eltern haben der Leitung der Gemeinschaftseinrichtung unverzüglich mitzuteilen, wenn bei Ihren Kindern Krätze oder auch nur ein Krätzeverdacht vorliegt.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4, 23909 Ratzeburg, Tel 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Masern in Kita und Schule



In der Gemeinschaftseinrichtung, die Ihr Kind besucht oder in der Sie arbeiten, ist eine Person an Masern erkrankt.

Welche Konsequenzen hat eine Masernerkrankung - warum sind die Masern so gefährlich?

Masern sind keine harmlose Kinderkrankheit. Bei Masern handelt es sich um eine der ansteckendsten Krankheiten des Menschen überhaupt, die in manchen Fällen zu weitreichenden Komplikationen (z. B. Mittelohr-, Lungen- oder Hirnentzündungen, in seltenen Fällen Tod) führen kann. In Deutschland stirbt von 1.000 Masernkranken etwa 1 Mensch an der Erkrankung.

Wie äußert sich die Erkrankung?

Masern sind eine Viruserkrankung mit zweiphasigem Verlauf, die den ganzen Körper befällt. Sie beginnen mit Fieber, Augenbindehautentzündung, Schnupfen, Husten und einem Ausschlag am Gaumen. Typisch für die Erkrankung sind die oft nachweisbaren sogenannten Koplik-Flecken (kalkspritzerartige weiße Flecken an der Mundschleimhaut).

Der für Masern charakteristische knotig-fleckige Hautausschlag entsteht am 3.–7. Tag nach Auftreten der ersten Symptome. Er beginnt im Gesicht und hinter den Ohren und bleibt 4–7 Tage bestehen. Beim Abklingen ist oft eine kleieartige Schuppung zu beobachten. Am 5.–7. Krankheitstag kommt es zum Temperaturabfall. Eine Masernerkrankung hinterlässt lebenslange Immunität.

Erkranken Erwachsene an Masern?

Auch Erwachsene können an Masern erkranken. Dies gilt insbesondere für Erwachsene, die nach 1973 geboren wurden, da Anfang der 70er Jahre die Impfung eingeführt wurde und seither die Erkrankung nicht mehr flächendeckend vorkam. Bitte kontrollieren Sie daher auch Ihren eigenen Impfschutz und den der übrigen Personen Ihres Haushaltes anhand der persönlichen Impfausweise. Für eine Impfung gibt es keine Altersbeschränkung auch selbst wenn unwissentlich früher eine Erkrankung durchgemacht wurde kann geimpft werden.

Wie wird die Erkrankung behandelt?

In jedem Fall ist ein Arzt zu Rate zu ziehen. Erkrankte sollten in der akuten Krankheitsphase Bettruhe einhalten. Eine spezifische Therapie gibt es nicht. Neben fiebersenkenden Medikamenten und Hustenmitteln ist bei bakteriellen Superinfektionen, wie beispielsweise Mittelohrentzündung oder Lungenentzündung, eine antibiotische Therapie erforderlich.

Wie wird die Erkrankung übertragen?

Masern sind eine der ansteckendsten Krankheiten des Menschen überhaupt - hierbei reichen auch schon flüchtige Kontakte. Außerdem kann eine erkrankte Person auch dann schon andere anstecken, wenn noch keine eindeutigen Symptome vorliegen.

Masern werden durch das Einatmen infektiöser Tröpfchen die der Erkrankte durch Sprechen, Husten, Niesen von sich gibt sowie durch Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nase oder Rachen übertragen.

Die Möglichkeit, weitere Personen anzustecken, besteht bereits 5 Tage vor Auftreten des Hautausschlages und hält nach dem Auftreten bis zu 4 Tage an.

Das Masernvirus führt bereits bei kurzem Kontakt zu einer Ansteckung. Nach 8 - 18 Tagen kommt es bei über 95 % der ungeschützten Kontaktpersonen zum Ausbruch der Krankheit.

Schutz vor Masernerkrankungen

Eine Impfung kann Ihr Kind vor der Ansteckung schützen und eine Verbreitung der Krankheit verhindern!

In der Regel werden Kinder im Alter von 11 - 14 Monaten gegen Masern geimpft. Es handelt sich meistens um eine Kombination mit der Mumps- und Röteln-Impfung (MMR genannt).

Um zu gewährleisten, dass das Kind sicher vor einer Ansteckung geschützt ist, wird es im Alter von 15 - 23 Monaten noch einmal geimpft. Hierdurch sind die Geimpften zwischen 92-99% vor Masern geschützt.

Auch noch nach Kontakt zu einem Masernkranken kann die Impfung als sogenannte "Post-expositionsprophylaxe" oder "Riegelungsimpfung" schützen. Ungeimpfte ab dem Alter von 9 Monaten bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus mit Kontakt zu Masernkranken sollten möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Kontakt zum Masernkranken geimpft werden.

Etwa 5-15% der Impflinge zeigen sog. "Impfmasern" meist zwei Wochen nach der Impfung. Hierbei handelt es sich um eine milde Symptomatik, die nicht ansteckend ist.

Was sind Kontaktpersonen?

Auf Grund der hohen Ansteckungsfähigkeit der Masern ist der Kreis der Kontaktpersonen meist nur schwer eingrenzbar. So ist zunächst davon auszugehen, dass alle Personen, die während der infektiösen Phase eines an Masern Erkrankten auch nur flüchtigen Kontakt mit ihm hatten, als Kontaktpersonen zu betrachten sind. Diese sind Ansteckungsverdächtige.

Aufgaben des Gesundheitsamts

Unmittelbar nach Bekanntwerden des Erkrankungsfalls nehmen Mitarbeiter des Gesundheitsamts Kontakt zur Leitung der Kita oder Schule auf und besprechen das weitere Vorgehen. Spätestens am folgenden Tag kommen sie in die Einrichtung und kontrollieren den Impfstatus der Kinder und Bediensteten anhand der Impfpässe.

Was ist bei engen Kontaktpersonen zu beachten?

Hatte Ihr Kind Kontakt zu einem Masernkranken und ist gar nicht oder nur ein Mal geimpft, darf es die Gemeinschaftseinrichtung vorerst nicht mehr besuchen. Lassen Sie Ihr Kind durch Ihren Hausarzt oder Kinderarzt impfen! Ihr Kind darf die Gemeinschaftseinrichtung erst wieder besuchen, wenn Sie eine aktuelle Impfung nachweisen können oder durch ärztliches Attest bestätigen können, dass Ihr Kind schon einmal eine Masernerkrankung durchgemacht hat. Eine Impfung ist auch möglich, wenn das Kind schon Kontakt zu einer erkrankten Person hatte und sich möglicherweise angesteckt hat.

All dies gilt sinngemäß auch für die Beschäftigten in der Einrichtung.

Dürfen Masernkranke oder enge Kontaktpersonen Kindertageseinrichtungen oder Schulen besuchen?

Jeder, der an Masern erkrankt oder dessen verdächtig ist, darf die Einrichtung oder deren Veranstaltungen **nicht** besuchen. Personen aus deren Wohngemeinschaft (enge Kontaktpersonen), also beispielsweise Geschwisterkinder, dürfen ebenfalls keine Gemeinschaftseinrichtung besuchen, solange zu befürchten ist, dass sie die Erkrankung weiter verbreiten können. Tritt in einer Einrichtung ein Masernfall auf, dürfen Personen, die nicht ausreichend geimpft sind oder nicht durch ärztliche Bescheinigung nachweisen können, dass sie gegen Masern immun sind, die Einrichtung nicht betreten.

Das Besuchsverbot gilt so lange, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht zu befürchten ist. Eine Weiterverbreitung ist dann nicht zu befürchten, wenn die Personen zwei Mal gegen Masern geimpft sind, Blutuntersuchungen einen Schutz gegen Masern nachweisen oder eine früher durchgemachte Masern-Erkrankung durch den damals behandelnden Arzt bestätigt werden kann.

Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Eltern

Ist Ihr Kind bereits an Masern erkrankt oder besteht der Verdacht dazu, sind Sie verpflichtet, diese Erkrankung der Gemeinschaftseinrichtung unverzüglich zu melden (§ 34 Infektionsschutzgesetz) und Ihr Kind nicht dorthin zu schicken.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4

23909 Ratzeburg

Tel 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Meningokokken in Kindergemeinschaftseinrichtungen



Dieses Merkblatt richtet sich an Eltern und Beschäftigte in Krippen, Kitas und Schulen, in denen Erkrankungen mit Meningokokken-Meningitis aufgetreten sind.

Warum ist die Meningokokken-Meningitis so gefährlich?

Schon bei einem Verdacht auf das Vorliegen einer Meningitis muss umgehend ein Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht werden.

Die Erkrankung kann sich rasch und dramatisch innerhalb von wenigen Stunden entwickeln. Bei 10 bis 20% aller Betroffenen kommt es zu Komplikationen.

Dabei kann es durch eine Hirnhautentzündung (Meningitis) zu Hirnnervenlähmungen, Halbseitenlähmungen, Krampfanfällen, Wasserkopf, Einschränkungen des Intellekts, Lernschwierigkeiten, psychosomatischen Entwicklungsstörungen sowie Schädigungen des Innenohrs mit resultierender Taubheit kommen.

Bei einer isolierten Meningokokken-Meningitis liegt die Sterblichkeit in Deutschland bei ca. 3%.

Die Meningokokken-Meningitis kann zu „generalisierte Blutvergiftung“ führen, die in bis zu 10% der Fälle tödlich verläuft.

Werden die Nebennieren von der Erkrankung betroffen führt dies zum Waterhouse-Friderichsen-Syndrom“, das mit Hauteinblutungen und Kreislaufchock einher geht, ca. 35% dieser Patienten sterben.

Wie äußert sich die Erkrankung?

Bei Meningokokken-Infektionen kommt es häufig zunächst zu uncharakteristischen Beschwerden im Nasen-Rachen-Raum, zu plötzlich auftretenden Symptomen wie Kopfschmerzen, Fieber, Hautausschlag, Schüttelfrost, Schwindel und schwerstem Krankheitsgefühl.

Bei einer Meningitis kommen Erbrechen und Nackensteifigkeit hinzu, weitere Symptome wie Reizbarkeit, Schläfrigkeit, Bewusstseinsveränderung bis zum Koma sowie Krampfanfälle oder Hirnnervenlähmungen können auftreten. Die Komplikationen der Erkrankung sind im vorigen Abschnitt beschrieben.

Bei **Säuglingen und Kleinkindern** sind die Symptome oft weniger charakteristisch. Es können Fieber, Erbrechen, Reizbarkeit oder auch Schläfrigkeit, Krämpfe, Aufschreien sowie eine vorgewölbte oder harte Fontanelle auftreten. Die Nackensteifigkeit kann fehlen.

Wie wird die Erkrankung übertragen?

Die Keime werden über eine Tröpfcheninfektion von Nasen-Rachen-Sekret übertragen.

Welche Verhaltensregeln bestehen in der gegenwärtigen Situation?

- Schon bei **Verdacht** auf eine Meningokokken-Erkrankung muss eine **sofortige Krankenhauseinweisung** erfolgen!
- **Enge Kontaktpersonen** sollten sich in ärztliche Behandlung begeben, da unverzüglich eine **vorbeugende Antibiotikatherapie** (Chemoprophylaxe) und ggf. eine vorbeugende **Impfung** erforderlich sein können.

Was sind „enge Kontaktpersonen“?

Als Kontaktpersonen werden auch solche Personen bezeichnet, die bis zu maximal 7 Tage vor Ausbruch der Erkrankung mit dem Erkrankten einen sehr engen Kontakt hatten, wie beispielsweise:

- alle Haushaltsmitglieder
- Personen, bei denen der begründete Verdacht besteht, dass sie mit Nasen-Rachen-Sekreten des Patienten in Berührung gekommen sind,
- enge Freunde, evtl. feste Banknachbarn in der Schule, medizinisches Personal,
- Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren – bei sicherer räumlicher Trennung der Gruppen nur die betroffene Gruppe,
- enge Kontaktpersonen in sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter, z.B. Internaten, Wohnheimen.

Enge Kontaktpersonen haben ein z.T. stark erhöhtes Risiko, an einer Meningokokken-Infektion zu erkranken.

Was ist bei engen Kontaktpersonen zu beachten?

Bei den angeführten engen Kontaktpersonen ist eine **vorbeugende Antibiotikatherapie**, die **Chemoprophylaxe**, dringend empfohlen, um diese vor der Erkrankung bestmöglich zu schützen. Hierzu ist in jedem Fall ein Arztbesuch erforderlich. Das Mittel der Wahl für Kinder ist **Rifampicin**. Für Erwachsene, Schwangere oder bei Rifampicin-Unverträglichkeit sind andere Antibiotika, nach Maßgabe des behandelnden Arztes, einzunehmen. Die Chemoprophylaxe muss schnellstmöglich durchgeführt werden. Sinnvoll ist eine solche Maßnahme maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten.

Weiterhin ist bei engen Kontaktpersonen, auch nach Kontakt zum erkrankten Kind, eine **Impfung zu erwägen**. Hierbei ist zu beachten, dass 12 verschiedene Meningokokkentypen auftreten und leider noch nicht gegen alle ein Impfstoff zur Verfügung steht. Das Gesundheitsamt wird mit Nachdruck die Aufklärung des vorliegenden Meningokokkentyps verfolgen.

Unabhängig von der Kenntnis des Meningokokkentyps ist eine frühzeitige Impfung zu empfehlen. In Deutschland wird die Impfung von der Ständigen Impfkommission (STIKO) seit Juli 2006, unabhängig von der jetzt in Ihrer Einrichtung bestehenden Situation, für alle Kinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres empfohlen. Bei allen Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist generell die Impfung gegen Meningokokken der Gruppe C zu empfehlen, sofern diese nicht schon hiergegen geimpft sind.

Können enge Kontaktpersonen Kindertageseinrichtungen oder Schulen besuchen?

Enge Kontaktpersonen dürfen die Kindertageseinrichtung oder Schule erst wieder besuchen, nachdem eine ärztlich dokumentierte, vorbeugende Antibiotikatherapie (Chemoprophylaxe), die in der Regel zwei Tage dauert, durchgeführt wurde.

Enge Kontaktpersonen, die keine Chemoprophylaxe erhalten, dürfen die Einrichtung erst wieder besuchen, wenn durch einen Laborbefund nachgewiesen wurde, dass in ihrem Nasen-Rachen-Raum der Meningokokkentyp des Erkrankten nicht siedelt.

Besuchs- und Tätigkeitsverbote

Personen, die an einer Meningokokken-Infektion erkrankt oder dessen Verdächtig sind, ist es unmittelbar gesetzlich verboten, in Gemeinschaftseinrichtungen Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten auszuüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Für die in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder und Jugendlichen gilt, dass sie, falls sie an einer Meningokokken-Infektion erkrankt oder dessen Verdächtig sind, die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen.

Diese Regelungen gelten auch für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf eine Meningokokken-Infektion aufgetreten ist.

Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Für Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen besteht gemäß § 34 Abs. 6 IfSG die Pflicht, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über das Auftreten einer Meningitis in ihrer Einrichtung zu benachrichtigen und dazu krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380

Weitere Informationen auf der Homepage der Robert Koch-Institut

www.rki.de \ Infektionskrankheiten A-Z \ Meningokokken-Erkrankungen

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Mumps in Kita und Schule



In der Gemeinschaftseinrichtung, die Ihr Kind besucht oder in der Sie arbeiten, ist eine Person an Mumps erkrankt. Dieses Merkblatt informiert über die Erkrankung und die nun in der Einrichtung erforderlichen Maßnahmen des Infektionsschutzes.

Wie äußert sich die Erkrankung?

Typisches Zeichen einer Mumpserkrankung ist die Schwellung der Ohrspeicheldrüsen („Hamsterbacken“).

Als allgemeine Symptome können Kopf-, Hals- oder Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, allgemeines Müdigkeitsgefühl, erhöhte Körpertemperatur oder Fieber auftreten. Aufgrund dieser Symptome kann Mumps mit einer gewöhnlichen fiebrigen Erkältung verwechselt werden. 30-40% der mit Mumps angesteckten Personen machen die Infektion durch, ohne Krankheitszeichen zu zeigen.

Wie wird die Erkrankung übertragen?

Mumps ist eine Viruserkrankung, die in der Regel durch die Luft durch Tröpfchen beim Sprechen, Husten oder Niesen vom Infizierten übertragen wird. Ca. 16-18 Tage nach Infektion kann die Krankheit ausbrechen.

Erkranken Erwachsene an Mumps?

Mumps ist keine reine Kinderkrankheit. Je nach Immunstatus können auch Erwachsene Mumps bekommen.

Welche Konsequenzen kann eine Mumpserkrankung haben?

In der Regel ist Mumps harmlos, bei Jugendlichen und Erwachsenen können zum Teil jedoch schwere Komplikationen auftreten.

Bei ca. 3-15% der Erkrankten kommt es zur Hirnhautentzündung, die meist keine bleibenden Schäden hinterlässt. Häufiger sind die Hodenentzündung, die selten zur Zeugungsunfähigkeit führen kann und die Brustentzündung bei der Frau. Selten kann es zu Entzündungen anderer Drüsen, bes. der Bauchspeicheldrüse kommen. Weiterhin tritt gelegentlich eine meist vorübergehende Schwerhörigkeit auf.

Wie wird die Erkrankung behandelt?

Spezielle Medikamente gegen Mumps gibt es nicht. Die Behandlung richtet sich auf das Lindern der Krankheitszeichen wie beispielsweise allgemein fiebersenkenden Maßnahmen.

Schutz vor Mumpserkrankungen

Wer an Mumps erkrankt war, ist in der Regel lebenslang immun. Auch die Impfung bietet eine guten, jedoch leider keinen vollständigen Schutz. Ein vollständiger Impfstatus besteht in zwei Impfungen. Die erste Impfung sollte im Alter von 11 bis 14 Monaten, die zweite im Alter von 15 bis 23 Monaten erfolgen. Meist erfolgt die Impfung mit einem Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln. Auch ältere Kinder und Erwachsene, die keinen Impfschutz haben, sollten sich impfen lassen.

Was sind Kontaktpersonen?

Wer in der infektiösen Phase, 7 Tage vor bis 9 Tage nach Ausbruch der Erkrankung, zu einem Mumpskranken Kontakt hatte, wird als Kontaktperson bezeichnet.

Dürfen Mumpskranke oder enge Kontaktpersonen Kindertageseinrichtungen oder Schulen besuchen?

Mumpserkrankte dürfen die Einrichtung erst nach Abklingen der Symptome, frühestens jedoch 5 Tage nach Beginn der Erkrankung (Drüsenschwellung), wieder besuchen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Kontaktpersonen dürfen erst wieder in die Kindergemeinschaftseinrichtung, wenn ihr Immunstatus überprüft ist und dies zulässt. In der Regel erfolgt dies durch das Gesundheitsamt. Die Wiederezulassung ist möglich, wenn

- durch eine Blutuntersuchung nachgewiesen wurde, dass sie bereits früher erkrankt waren und damit immun sind,
- sie früher vollständig geimpft wurden (2 Impfungen),
- bei nur einmal Geimpften aktuell die Gabe der 2. Dosis erfolgt,
- bei Ungeimpften eine Impfung innerhalb von 3 Tagen nach erstem Kontakt zu Mumpskranken erfolgt.

Ansonsten dürfen sie die Einrichtung erst 18 Tage nach dem letzten möglichen Kontakt zu einem infektiösen Mumpskranken wieder betreten.

Aufgabe des Gesundheitsamts

Die Aufgabe des Gesundheitsamts nach dem Infektionsschutzgesetz ist es, alle Maßnahmen, die das Weiterverbreiten von Infektionskrankheiten verhindern festzulegen und ggf. durchzuführen oder zu überwachen.

Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Eltern und Einrichtungsleitungen

Ist Ihr Kind bereits an Mumps erkrankt oder besteht der Verdacht dazu, sind die Eltern verpflichtet, diese Erkrankung der Gemeinschaftseinrichtung unverzüglich zu melden (§ 34 Infektionsschutzgesetz) und Ihr Kind nicht dorthin zu schicken.

Die Leitung der Schule oder Kita ist in der gesetzlichen Pflicht, die Erkrankung dem Gesundheitsamt zu melden und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380



Bei der Mundfäule (Stomatitis aphtosa), die vor allen Dingen Kinder zwischen 10 Monaten und 3 Jahren trifft, handelt es sich um die Erstinfektion mit Herpes-Viren.

Typisches Krankheitsbild

Oft beginnt die Mundfäule mit hohem Fieber und typischer Bläschenbildung um den Mund herum, auf den Lippen, der Mundschleimhaut, dem Zahnfleisch und dem Gaumen. Meist kommt es zu einer gleichzeitigen Entzündung der Mundschleimhaut. Diese entzündeten Stellen tun oft sehr weh, so dass die Kinder nicht mehr essen und oft auch nicht mehr trinken mögen. Die Kinder sind oft schlapp und sehr quengelig.

Wie kann man sich anstecken?

Die meisten Menschen (zwischen 85 und 95 %) tragen das Herpes-Virus in sich, ohne Beschwerden zu haben. Die Viren bleiben oft lebenslang im Körper und können zu Krankheitszeichen führen, wenn das Abwehrsystem des Menschen z. B. durch andere Infektionskrankheiten oder seelischen Stress geschwächt wird. Das typische Krankheitsbild ist dann die Bläschenbildung des sogenannten Lippenherpes. Die Ansteckung erfolgt über Speicheltröpfchen oder den Kontakt mit dem Inhalt der Bläschen, z. B. beim gemeinsamen Benutzen von Spielzeug, Geschirr, Besteck oder beim Schmusen.

Welche Komplikationen können auftreten?

In seltenen Fällen kann es zu schwer verlaufenden Infektionen, Hirnhautentzündung und Hornhautschäden bei Entzündung der Augen kommen. Meist dauert die Erkrankung ca. eine Woche an, die Bläschen trocknen aus, und die entzündeten Stellen heilen ab. Erst wenn alle Bläschen ausgetrocknet sind, besteht keine Ansteckungsgefahr mehr.

Behandlung

Die Behandlung der Mundfäule zielt meisten darauf, das Fieber zu senken, die Schmerzen durch lokal betäubende Gels und Cremes zu lindern und für eine ausreichende Nahrungs- sowie vor allen Dingen Flüssigkeitszufuhr zu sorgen. Bieten Sie Ihrem Kind ungewürzte, weiche und gekühlte Speisen wie schluckweise getrunkenen kalter Kamillentee, gekühlten Pudding oder Joghurt, Milchbrei, Gemüsebrei oder Eiscremes an. Wichtig ist es, für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu sorgen, da kleine Kinder sonst schnell einen gefährlichen Flüssigkeitsmangel erleiden.

Empfehlenswert ist das Aufsuchen eines Kinderarztes, der in seltenen Fällen Medikamente (Virusstatika) verordnet.

Vorbeugung

Eine Impfung gibt es nicht. Das strikte Einhalten der persönlichen Händehygiene ist die entscheidende Maßnahme, um das Risiko einer Ansteckung zu vermindern. Hierzu zählt vor allem gründliches Händewaschen nach der Toilettenbenutzung und vor dem Zubereiten von Speisen. Zudem sollte der Kontakt mit den Bläschen vermieden werden.

Meldepflicht

Eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz besteht bei einzelnen Erkrankungen nicht.

Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen

Die meisten Menschen tragen das Virus in sich, so dass eine Infektion oft nicht zu verhindern ist. Für Kindergärten und Schulen gibt es deshalb auch keine besonderen Regeln. Die kranken Kinder sollten jedoch zu Hause bleiben, bis das Fieber abgeklungen und die Bläschen eingetrocknet sind. Erwachsene sollten darauf achten, wenn sie selbst gerade „Lippenherpes“ haben, engen Kontakt (Küssen, Schmusen) auch zu den eigenen Kindern zu vermeiden. Ein Ausschluss von Familienangehörigen und Kontaktpersonen aus Gemeinschaftseinrichtungen ist in der Regel nicht zu begründen.

Gesundheitsamt
Kreis Herzogtum Lauenburg
Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Telefon 04541 / 888 380



Erreger

Noroviren, eine der häufigsten Ursachen für Magen-Darm-Infektionen, sind weltweit verbreitet mit einer Erkrankungshäufung in der kalten Jahreszeit. Das Virus ist sehr widerstandsfähig und bleibt auch außerhalb des menschlichen Körpers über Tage ansteckungsfähig. Das einzige bekannte Erregerreservoir ist der Mensch.

Wie äußert sich die Norovirus-Erkrankung?

Die Infektion mit Noroviren führt zu einer Brechdurchfallerkrankung, wobei oft schwallartiges Erbrechen im Vordergrund steht.

Wie werden Noroviren übertragen?

Noroviren sind extrem ansteckend. Schon wenige Viruspartikel können die Erkrankung auslösen. Vor allem beim Erbrechen werden die Erreger freigesetzt, die auch über die Luft (Aerosole) übertragen werden können. Weiterhin sind der Stuhl der Betroffenen, die Wäsche, die Umgebung (alle möglichen Flächen, wie Fußboden und der Sanitärbereich) und „Handkontaktflächen“ (z.B. Türklinken und Gegenstände, die der Erkrankte aufgefasst hat) mit Erregern belastet. Auf all diesen Wegen kann es zu sog. fäkal-oralen Schmierinfektionen und somit zu der Erkrankung kommen.

Auch mit Noroviren belastete Lebensmittel können Ursache von Norovirusinfektionen sein. Leider hinterlässt eine Norovirusinfektion nur eine kurzfristige Immunität, in der nächsten Saison kann man wieder hieran erkranken.

Wie wird die Erkrankung behandelt?

Ein spezifisches Medikament gegen Noroviren gibt es nicht.

In der Regel ist die Erkrankung unangenehm, aber nach kurzer Zeit verschwunden. Bei schweren Erkrankungen (starke Flüssigkeitsverluste durch Erbrechen, Durchfall) sollte vor allem bei Kleinkindern, älteren Patienten und Personen mit Grunderkrankungen frühzeitig ein Arzt aufgesucht werden, der bei Bedarf eine ausreichende Flüssigkeits- und Elektrolytversorgung sicherstellt.

Wie ist der Noroviruserkrankung vorzubeugen?

Gegen Noroviren gibt es keine Impfung. Wichtige Maßnahmen des Infektionsschutzes gegen Noroviren sind:

- eine sorgfältige Händehygiene (sorgfältiges Händewaschen mit Seife, mindestens 30 Sekunden, auch zwischen den Fingern, Einmalhandtücher benutzen),
- ggf. Anwenden eines sog. „viruziden“, noroviruswirksamen Händedesinfektionsmittels,
- Isolieren des Erkrankten in Schule und Kita in einem separaten Raum, bis die Eltern sie abholen,
- bei direktem Kontakt zum Erkrankten und bei Reinigungsmaßnahmen, Schutzkittel, Mundschutz und Handschuhe tragen. Auch wer virushaltige Tröpfchen, die beim Erbrechen entstehen, einatmet, kann sich infizieren, daher ist es wichtig sich durch ein Mundschutz (z. B. Staubmaske aus dem Baumarkt) oder einem Stofftuch zu schützen. Anschließend sollten die Innenräume gut gelüftet werden.
- eine adäquate Reinigung und Desinfektion, für die die Leitung der Einrichtung sorgen wird.

Entsorgung von Erbrochenem

Das Aufwischen des Erbrochenen sollte nur eine Person durchführen. Hierbei ist in Schule und Kita das sachgerechte Tragen von Einmalhandschuhen, eines Mundschutzes und Schutzkittel besonders wichtig. Das Erbrochene kann über die Toilette entsorgt werden. Vorsicht beim Spülen, hierbei können sich wieder feine Tröpfchen bilden, die zu Infektionen führen können. Die Schutzkleidung ist sachgerecht zu entsorgen. Die verschmutzten Flächen sollten sachgerecht unter Verwendung eines geeigneten Flächendesinfektionsmittels gereinigt werden. Bei der Entsorgung von Erbrochenem oder Reinigungsutensilien über den Abfall sind dies zunächst in eine Plastikbeutel zu verbringen, dieser ist zu verknoten und erst dann in den normalen Hausmüll zu werfen. All dies ist auch im Hygieneplan der Einrichtung als Anweisung für das Personal so festgehalten.

Ein genereller Einsatz von Desinfektionsmitteln ist im Privathaushalt in der Regel nicht unbedingt erforderlich jedoch auch nicht völlig von der Hand zu weisen.

Toilettenbenutzung

Der Kranke sollte – wenn möglich – eine eigene Toilette erhalten. Mehrere an Noroviren Erkrankte können die gleiche Toilette benutzen. Die Körperreinigung des Erkrankten führt sehr schnell zu einer Verschmutzung der Hände. Nach intensiver Lüftung soll die Toilette (einschließlich Türklinke) desinfizierend gereinigt werden. Anschließend auf sorgfältige Händedesinfektion achten.

Besuchs- und Tätigkeitsverbot für Schule und Kita

- Kinder unter 6 Jahren, die an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen. Die Einrichtung sollte erst zwei Tage nach dem Abklingen der klinischen Symptome wieder besucht werden.
- Erkrankte, Schüler und Mitarbeiter der Einrichtung sollten in der akuten Phase Bettruhe einhalten und mindestens 48 Stunden nach dem Ende der Durchfälle die Einrichtung nicht besuchen. Auch danach ist über mindestens zwei Wochen auf das strikte Einhalten der Händehygiene zu achten.

Meldepflichten für Eltern und Schulleitung

Eltern von erkrankten Kindern sollten Durchfallerkrankungen generell der Schulleitung mitteilen und ihre Kinder zuhause behalten.

Sollten Kinder unter sechs Jahren an Brechdurchfall erkranken oder sollte es zu mehreren Brechdurchfallerkrankungen in der Einrichtung kommen, ist die Schulleitung gesetzlich verpflichtet, dies dem Gesundheitsamt zu melden und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Ausbrüche von Brechdurchfallerkrankungen (mehr zwei oder mehr Fälle, bei denen ein Zusammenhang zu vermuten ist) hat die Einrichtungsleitung dem Gesundheitsamt zu melden.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Merkblatt Oxyuren - Madenwürmer



Der Erreger

Oxyuren, zu Deutsch Madenwürmer, sind die Eingeweidewürmer, die weltweit am stärksten verbreitet sind. Für den Madenwurm des Menschen ist dieser der einzige bekannte Wirt. Ein weiblicher Wurm legt im Laufe seines Lebens ca. 12-16.000 Eier in der Region um den Anus ab.

Typisches Krankheitsbild

Oft bleibt der Befall mit Madenwürmern ohne Symptome. Starker Juckreiz im Bereich um den Anus, vor allem nachts, ist ein typisches Zeichen des Oxyurenbefalls. Nicht selten kommt es zu Schlafstörungen, die sich beispielsweise in Tagesmüdigkeit und Konzentrationschwäche äußern können. Weiterhin kommt es zu Kratzeffekten und teilweise ekzematösen Hautdefekten, die sich bei besonders sensiblen Personen, auf den ganzen Körper ausbreiten können. Bei Mädchen und Frauen kann die Entzündung auf die Geschlechtsorgane übergehen, und es kann zu vaginalem Ausfluss kommen.

Wie kann man sich anstecken?

Die Eier können durch eine Anus-Finger-Mund-Schmierinfektion übertragen werden. Gerade Kinder stecken sich häufig selbst erneut an, indem sie sich am Po kratzen und dann Wurmeier über die Finger wieder in den Mund gelangen. Durch Kratzen gelangen diese an Hände und unter die Fingernägel und können von dort leicht weiter von Mensch zu Mensch bzw. auf Wäsche und Gegenstände übertragen werden. Auch über Lebensmittel, die mit Kot verunreinigt sind (zum Beispiel Salat), kann die Infektion weitergegeben werden. Die Ansteckung kann zudem durch so genannte „Staubeier“, wenn beispielsweise Bettwäsche aufgeschüttelt wird, erfolgen.

Welche Komplikationen können auftreten?

In schweren Fällen kann es zu starken Bauchschmerzen und Gewichtsabnahme kommen, zudem kann der weibliche Genitaltrakt befallen sein.

Inkubationszeit

Die Zeit zwischen Aufnahme der Eier und Eiablage der erwachsenen Weibchen liegt bei ca. 1 Monat.

Diagnose

Würmer können evtl. im Stuhl beobachtet werden. Da die Eier nicht in den Darm abgelegt werden, kann die Wurmerkrankung in der Regel jedoch nicht durch Stuhluntersuchungen diagnostiziert werden. Vielmehr wird auf den Bereich um den Anus morgens ein Klebefilmstreifen geklebt, der direkt wieder entfernt wird. Der Klebestreifen wird hernach unter einem Mikroskop auf Wurmeier untersucht. Speziallaboratorien können auch molekularbiologische Methoden zur Diagnostik (PCR) anbieten.

Behandlung

Die Therapie erfolgt mit der Einnahme eines Wurmmittels, das Mebendazol oder Albendazol enthält. Da das Mittel nur die Würmer, nicht jedoch die Eier abtötet, muss die Behandlung nach 10 bis 14 Tagen wiederholt werden.

Bei Madenwurmbefall ist die Mitbehandlung der häuslichen Gemeinschaft (Familie bzw. in Gemeinschaftseinrichtungen Kontaktpersonen der Gruppe und das Personal), deren Mitglieder gleichzeitig entwurmt werden sollten, oft entscheidend für den Therapieerfolg, da die Wurmerkrankung leicht übertragbar ist und so Reinfektionen vermieden werden können. Bei erneutem oder hartnäckigem Befall soll eine Behandlung an den Tagen 1, 14 und 28 wiederholt werden.

Meldepflicht

Eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz besteht nicht.

Hygienische Maßnahmen bei Madenwurmbefall

Mangelnde Hygiene begünstigt die Ausbreitung der Madenwürmer, besonders wichtig bei Befall mit Madenwürmern, nicht nur in Gemeinschaftseinrichtungen, ist es daher, sehr streng auf die Hygiene zu achten:

- Häufiges Händewaschen, vor allem nach jedem Stuhlgang und vor dem Essen.
- Kurzschneiden der Fingernägel.
- Täglich duschen.
- In den ersten 10 Tagen nach der Behandlung täglich Unterwäsche, Schlafanzüge, Handtücher und Bettwäsche wechseln. Ggf. zusätzlich nachts Unterwäsche tragen.
- Waschen der Unter- und Bettwäsche möglichst bei 60 Grad Celsius, eventuell sogar bei 90 Grad.
 - Wäsche bügeln
 - Wäsche, die nicht bei mindestens 60°C gewaschen werden kann, kann alternativ ca. vier Wochen in verschlossenen Plastiksäcken bei Raumtemperatur gelagert werden, um die Wurmeier abzutöten.
- Beim Bettenmachen Staubaufwirbeln vermeiden.
- Matratzen und Polstermöbel, Kuscheltiere sorgfältig mit einem Staubsauger, der über einen Auffangbeutel und Luftfilter verfügt, absaugen. Auffangbeutel und Luftfilter unmittelbar nach Benutzung, ohne erneut Staub aufzuwirbeln, in einem Plastikbeutel entsorgen.
- Glatte Oberflächen häufig feucht wischen. Die benutzten Wischtücher in Plastiktüten transportieren und unmittelbar nach der Benutzung bei mindestens 60°C waschen. Alternativ: Einmaltücher nutzen und diese in Plastiktüten verschlossen entsorgen.
- Bei allen Putzarbeiten Einmalhandschuhe benutzen und diese unmittelbar nach Benutzung entsorgen.

Vorgehen in Gemeinschaftseinrichtungen

Zusätzlich zu den im vorigen Abschnitt geschilderten hygienischen Maßnahmen ist zu bedenken, dass in der Regel, vor allem aber bei „hartnäckigen Fällen“, alle Mitglieder der sozialen Gruppe auf Madenwurmbefall untersucht werden sollten, da die Symptomatik von Fall zu Fall unterschiedlich sein kann. Oft ist bei „hartnäckigen Fällen“ eine andere Person (z.B. Gruppenmitglied, Familienmitglied) auch betroffen, was immer wieder zu Kreuzansteckungen führen kann – auch wenn die Person mit den stärksten Symptomen schon einmal erfolgreich behandelt wurde.

Die Untersuchungen sollten durch den jeweiligen Hausarzt, bei Personal durch den Betriebsarzt durchgeführt werden. Die Behandlung der gesamten sozialen Gruppe muss gleichzeitig erfolgen, um die Kreuzansteckungen zu unterbinden. Dies setzt voraus, dass alle behandelnden Ärzte der Betroffenen gleichzeitig die Behandlung durchführen. Hier kann eventuell die koordinierende Tätigkeit des Gesundheitsamts erforderlich werden. Setzen Sie sich bitte unter der unten genannten Nummer mit uns in Verbindung.

In Stichproben ca. vier Wochen nach der ersten Behandlung sollte der Erfolg der Maßnahmen und Behandlung nachvollzogen werden.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4, 23909 Ratzeburg, Telefon 04541 / 888 380

MB 180 KH - 18.03.2016

Seite 2 von 2

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Rotaviren in Kita und Schule



Erreger

Rotaviren sind eine der häufigsten Ursachen für Darm-Infektionen bei Kindern. Am häufigsten sind Kleinkinder von 6 Monaten bis zu 2 Jahren betroffen. An Rotaviren kann man mehrfach erkranken, erst durch wiederholte Infektionen wird, meist bis zum Schulalter eine Immunität aufgebaut.

Hauptreservoir für Rotaviren ist der Mensch, sie können jedoch auch bei Haus- und Nutztieren gefunden werden.

Wie äußert sich die Rotavirus-Erkrankung?

Die Infektion mit Rotaviren kann von leichten Symptomen bis zu schweren, im Krankenhaus zu behandelnden, Erkrankungen führen. Sie beginnt mit wässrigen Durchfällen und Erbrechen. Weiterhin kann es zu Schleimbeimengungen im Stuhl, Fieber und Bauchschmerzen kommen. Die Symptome halten in der Regel 2 bis 6 Tage an.

Die Erkrankung verläuft bei Säuglingen und Kleinkindern durchschnittlich schwerer als bei Durchfallerkrankungen durch andere Erreger. Kritisch wird sie, wenn es zu einem starken Flüssigkeitsmangel kommt.

Wie werden Rotaviren übertragen?

Rotaviren sind extrem ansteckend. Einerseits können schon wenige Viruspartikel die Erkrankung auslösen, Erkrankte können andererseits mehrere Millionen Rotaviren pro Gramm Stuhl ausscheiden.

Neben dem Stuhl der Betroffenen, können die Wäsche, die Umgebung (alle möglichen Flächen, wie Fußboden und der Sanitärbereich) und „Handkontaktflächen“ (z.B. Türklinken und Gegenstände, die der Erkrankte aufgefasst hat) mit Erregern belastet sein. Auf all diesen Wegen kann es zu sog. fäkal-oralen Schmierinfektionen und somit zu der Erkrankung kommen. Weiterhin können Rotaviren durch virusbelastetes Wasser oder Lebensmittel übertragen werden.

1 bis 3 Tage nach Aufnahme der Rotaviren bricht die Erkrankung aus. In der Regel erfolgt eine Virausscheidung nicht länger als 8 Tage.

Wie wird die Erkrankung behandelt?

Ein spezifisches Medikament gegen Rotaviren gibt es nicht.

Bei schweren Erkrankungen (starke Flüssigkeitsverluste durch Erbrechen, Durchfall) sollte vor allem bei Kleinkindern, älteren Patienten und Personen mit Grunderkrankungen frühzeitig ein Arzt aufgesucht werden, der bei Bedarf eine ausreichende Flüssigkeits- und Elektrolytversorgung sicherstellt. Bei schweren Krankheitsverläufen kann eine Krankenhausbehandlung notwendig werden.

Wie ist der Rotaviruserkrankung vorzubeugen?

Seit Juli 2013 ist die routinemäßige Impfung von Rotavirus-Impfung von Säuglingen unter sechs Monate alten Säuglingen von der STIKO (Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut) empfohlen.

Wichtige Maßnahmen des Infektionsschutzes gegen Rotaviren sind:

- eine sorgfältige Händehygiene (sorgfältiges Händewaschen mit Seife, mindestens 30 Sekunden, auch zwischen den Fingern, Einmalhandtücher benutzen),
- ggf. Anwenden eines sog. „viruziden“, rotaviruswirksamen Händedesinfektionsmittels,
- Isolieren der Erkrankten in Schule und Kita in einem separaten Raum, bis die Eltern sie abholen,

- bei direktem Kontakt zum Erkrankten und bei Reinigungsmaßnahmen Schutzkittel, Mundschutz und Handschuhe zu tragen,
- kontaminierte Wäsche in einem geschlossenen Plastikbeutel transportieren,
- eine adäquate Reinigung und Desinfektion, für die die Leitung der Einrichtung sorgen wird.

Toilettenbenutzung

Der Kranke sollte – wenn möglich – eine eigene Toilette erhalten. Mehrere an Rotaviren Erkrankte können die gleiche Toilette benutzen. Die Körperreinigung des Erkrankten führt sehr schnell zu einer Verschmutzung der Hände. Nach intensiver Lüftung soll die Toilette (einschließlich Türklinke) desinfizierend gereinigt werden. Anschließend auf sorgfältige Händedesinfektion achten.

Besuchs- und Tätigkeitsverbot für Schule und Kita

- Kinder unter 6 Jahren, die an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen. Die Einrichtung sollte erst zwei Tage nach dem Abklingen der klinischen Symptome wieder besucht werden.
- Erkrankte, Schüler und Mitarbeiter der Einrichtung sollten in der akuten Phase Bettruhe einhalten und mindestens 48 Stunden nach dem Ende der Durchfälle die Einrichtung nicht besuchen. Auch danach ist über mindestens zwei Wochen auf das strikte Einhalten der Händehygiene zu achten.

Meldepflichten für Eltern und Schulleitung

Eltern von erkrankten Kindern sollten Durchfallerkrankungen generell der Schulleitung mitteilen und ihre Kinder zuhause behalten.

Sollten Kinder unter sechs Jahren an Brechdurchfall erkranken oder sollte es zu mehreren Brechdurchfallerkrankungen in der Einrichtung kommen, ist die Schulleitung gesetzlich verpflichtet, dies dem Gesundheitsamt zu melden und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Scharlach in Kindergemeinschaftseinrichtungen



Bei Scharlach handelt es sich um eine Infektionskrankheit mit Streptokokken. Sie gehört zu den häufigsten bakteriellen Erkrankungen bei Kindern und sind besonders häufig in der Altersgruppe der 6- bis 12-Jährigen. Krankheitsausbrüche sind in Kindergemeinschaftseinrichtungen wie Kitas und Schulen nicht selten und treten besonders in den Wintermonaten auf.

Typisches Krankheitsbild

Meist tritt zunächst eine Halsentzündung auf, die von einem charakteristischen Hautausschlag begleitet wird. Der Hautausschlag, bestehend aus kleinfleckigen rötlichen Knötchen, beginnt am 1. oder 2. Krankheitstag am Oberkörper und breitet sich auf den ganzen Körper aus. Die Handinnenflächen und Fußsohlen werden meist ausgespart. Ein typisches Krankheitszeichen ist die „Himbeerzunge“. Der Ausschlag verschwindet nach ungefähr einer Woche. Einige Tage danach kommt es zur Abschuppung der Haut, insbesondere der Handinnenflächen und Fußsohlen.

Scharlach ist hoch ansteckend. Scharlach ist zunächst eine typische Kinderkrankheit. Die Bakterien bilden verschiedene Giftstoffe, gegen die der Patient in Zukunft geschützt ist. Da dieser Schutz jedoch nicht gegen die verursachenden Streptokokken wirkt, ist es möglich, mehrmals an Scharlach zu erkranken. Scharlach kann daher auch bei Erwachsenen auftreten.

In jedem Fall sollte ein Arzt aufgesucht werden.

Komplikationen

In Folge von Scharlach können Mittelohr-, Lungen- und Nasennebenhöhlenentzündungen auftreten. Bleibende Schäden können durch das zwar eher seltene, jedoch sehr ernst zu nehmende, akute rheumatische Fieber entstehen. Es geht mit Entzündungen der Nieren, des Herzens, der Herzklappen und der großen Gelenke einher. Die Komplikationen werden häufiger beobachtet, wenn die Erkrankung nicht oder nicht sachgemäß mit Antibiotika behandelt wird, beispielsweise wenn das Medikament nicht lange genug eingenommen wird.

Infektionsweg

Scharlach wird hauptsächlich durch sog. „Tröpfcheninfektion“ beim Husten, Niesen, Sprechen oder direkten Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen

Vorbeugende Maßnahmen

Eine Schutzimpfung gegen Scharlach existiert nicht.

Das Weiterverbreiten der Erkrankung kann durch Hygienemaßnahmen vermindert werden. Dazu gehört:

- Bei Halsschmerzen in Verbindung mit Hautausschlag immer den Arzt aufsuchen.
- Alle Betroffenen unverzüglich informieren.
- Eine gute „Hustenhygiene“ beachten: nicht in die Hand sondern die Ellenbeuge husten.
- Einmaltaschentücher benutzen, diese sofort entsorgen.
- Hände regelmäßig und gründlich mit Wasser und Seife waschen.
- Den Kontakt zu Erkrankten möglichst gering halten oder ganz vermeiden.
- Unbedingt die gesetzlichen Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kitas, Schulen und ähnliche Gemeinschaftseinrichtungen einhalten (s.u).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Ohne Antibiotikatherapie können Scharlachkranke drei Wochen ansteckend sein.

Nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie erlischt die Ansteckungsfähigkeit in der Regel nach 24 Stunden.

Therapie

Die Therapie der Wahl bei Scharlach ist die 10-tägige Gabe von Penicillin. Eine kürzere Tabletteneinnahme erhöht die Rückfallquote. Bei Penicillinallergie kommen andere Antibiotika zum Einsatz.

Tätigkeitsverbote für die Mitarbeiter und andere Personen in Gemeinschaftseinrichtungen

Nach § 34 des Infektionsschutzgesetz dürfen Personen, die an Scharlach erkrankt oder dessen verdächtig sind, in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Besuchsverbote von Gemeinschaftseinrichtungen wie Kita und Schule für die Kinder

Entsprechend dürfen auch die in Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten mit Streptokokken-Infektionen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Wann darf die Tätigkeit oder der Besuch in der Gemeinschaftseinrichtung wieder aufgenommen werden?

Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen:

- Bei einer Antibiotikatherapie und ohne Krankheitszeichen ab dem zweiten Tag.
- Ohne Antibiotika nach Abklingen der Krankheitssymptome, in der Regel nach zwei bis drei Wochen und wenn durch einen Rachenabstrich belegt wird, dass keine Streptokokken mehr nachzuweisen sind, erfolgen.

Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Was ist für Personen zu beachten, die Kontakt zu Scharlachkranken hatten?

Kontaktpersonen dürfen die Gemeinschaftseinrichtung weiter besuchen und in ihr tätig sein, solange sie gesund sind.

Sie sollten jedoch unverzüglich darüber informiert werden, dass Scharlach in der Gemeinschaftseinrichtung aufgetreten ist. Über die mögliche Symptomatik müssen sie aufgeklärt werden, um im Erkrankungsfall rechtzeitig zum Arzt gehen zu können und eine Therapie zu gewährleisten.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4

23909 Ratzeburg

Tel 04541 / 888 380

Quelle und weitere Informationen auf der Homepage der Robert Koch-Instituts:
[www.rki.de/Infektionskrankheiten_A-Z/Streptococcus pyogenes \(Scharlach\)](http://www.rki.de/Infektionskrankheiten_A-Z/Streptococcus_pyogenes_(Scharlach))



Erreger

Shigellen sind Bakterien, die zu schweren Durchfallerkrankungen führen können.

Wie äußert sich die Shigellenerkrankung?

Die Krankheit beginnt meist mit wässrigem Durchfall und Erbrechen. Bei schwereren Verlaufsformen kommen Fieber, Bauchkrämpfe und blutig-schleimige Durchfälle hinzu.

Welche Komplikationen können bei Shigellen-Infektionen auftreten?

Die Infektion durch Shigellen kann zu schwerwiegenden Krankheitsbildern und Komplikationen führen. Hierzu zählen starker Flüssigkeitsverlust durch sehr häufige Stuhlentleerungen, Dickdarmgeschwüre, die im Extremfall platzen können, das HUS, das mit Nieren und Blutschäden einhergeht, Gelenkentzündungen und begleitende Entzündung anderer Organe (Reiter-Syndrom). Einzelne Todesfälle sind zu beklagen. Die Shigellen-Entzündung wird so insgesamt zur ernst zu nehmenden Erkrankung.

Wie werden Shigellen übertragen?

Die Bakterien werden durch „Schmierinfektionen“ fäkal-oral, z.B. über die Hände von Mensch zu Mensch übertragen. Zu Infektionen kann es außerdem durch die gemeinsame Benutzung einer Toilette, verunreinigte Gegenstände, Lebensmittel oder Trinkwasser kommen. Die Erkrankung ist sehr ansteckend, schon wenige Erreger können sie auslösen. Einen halben bis vier Tage nach Aufnahme kommt es dann oft zu den ersten Symptomen.

Auch symptomlose Erreger-Ausscheider können die Erkrankung übertragen.

Die Behandlung von Durchfall durch Shigellen

Die Behandlung muss in jedem Fall durch einen Arzt erfolgen, der in der Regel Antibiotika einsetzen wird. Zudem ist auf Ausgleich des oft entstehenden Flüssigkeitsmangels zu achten.

Die Diagnose sichern

In jedem Fall von schweren Durchfallerkrankungen sind Laboruntersuchungen des Stuhls notwendig, um die Bakterien nachzuweisen.

Dies ist ebenso notwendig, um Kinder, Jugendliche und Mitarbeiter sowie Ausscheider wieder in die Schule oder Kita zuzulassen. Hierzu ist in der Regel der Nachweis erforderlich, dass sich keine Shigellen mehr im Stuhl befinden.

Hygienemaßnahmen bei Shigellen-Durchfall

Um eine Ansteckung zu vermeiden, muss auf eine sehr gute Hygiene in häuslichen Bereichen geachtet werden:

- Gründliche Händehygiene: Händedesinfektion nach jedem Toilettenbesuch mit einem geeigneten alkoholischen Desinfektionsmittel mindestens 30 Sekunden einreiben (Gebrauchsanweisung beachten).
- Bei grober Verschmutzung sollen die Hände vorher gründlich mit Wasser und Flüssigseife waschen.
- Täglich die Toilette mit einem geeigneten Desinfektionsmittel desinfizieren.
 - Möglichst getrennte Toilette für die Dauer der Erkrankung sowie Zeit der symptomlosen Erregerausscheidung.
- An Shigellen Erkrankte oder Shigellenausscheider dürfen keine Speisen für andere zubereiten.
- Handtücher, Wachlappen etc. regelmäßig bei mind. 60°C waschen.

Die entsprechenden Maßnahmen des Infektionsschutzes in der Schule oder Kita verantwortet die Einrichtungsleitung.

Besuchs- und Tätigkeitsverbot für Schule und Kita

Für an Shigellen Erkrankte und Krankheitsverdächtige bestehen gesetzliche Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kindergemeinschaftseinrichtungen.

Ebenso besteht auch für Gesunde (sog. Kontaktpersonen, z.B. Geschwisterkinder), in deren Wohngemeinschaft Shigellen-Durchfall aufgetreten ist, ein Tätigkeits- und Besuchsverbot, bis nach ärztlichem Urteil die Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Weiterhin dürfen symptomlose Shigellen-Ausscheider eine Schule oder Kita in der Regel nicht betreten und auch nicht an deren Veranstaltungen teilnehmen. Gelegentlich kann die Ausscheidung Wochen und Monate dauern.

Wiederezulassung von Shigellen-Erkrankten und Shigellen-Ausscheidern zu Schule und Kita

Die Wiederezulassung ist möglich, nachdem der Betroffene gesundet ist und drei Befunde einer bakteriologischen Stuhluntersuchung an mindestens drei aufeinander folgenden Tagen beweisen, dass keine Shigellen mehr mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Die erste Stuhlprobe darf frühestens 24 Stunden nach dem erstem geformten Stuhlgang bzw. 24 Stunden nach dem Ende der Antibiotikatherapie entnommen werden.

Bei Kontaktpersonen sind ebenso drei Stuhlproben, die die Shigellenfreiheit nachweisen, erforderlich. Ausnahmen hiervon kann das Gesundheitsamt im Einzelfall zulassen.

Gleiches gilt für symptomlose Shigellen-Ausscheider.

Ein schriftliches ärztliches Attest ist in jedem Fall erforderlich.

Mitteilungspflicht der Eltern

Eltern oder Sorgeberechtigte sind gesetzlich verpflichtet, der Einrichtungsleitung über Shigellen-Erkrankungen, den Erkrankungsverdacht oder das Ausscheidertum unverzüglich zu informieren.

Meldepflicht der Einrichtungsleitung

Einrichtungsleitungen müssen dem Gesundheitsamt unverzüglich über die vorgenannten Sachverhalte informieren und krankheits- und personenbezogene Angaben machen.

Rolle des Gesundheitsamts

Das Gesundheitsamt berät die Einrichtungsleitung und die Betroffenen zu hygienischen Maßnahmen und hat die erforderlichen Maßnahmen des Infektionsschutzes anzuordnen.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380



Was ist Tuberkulose?

Die Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit, die durch das langsam wachsende Tuberkulosebakterium verursacht wird. Sie ist meldepflichtig. Die häufigste Form ist die Lungentuberkulose. Eine hieran erkrankte Person kann ihre Familie und Menschen aus ihrem Umfeld anstecken. Die Tuberkulose ist heute eine in den meisten Fällen heilbare Krankheit.

Wie kann man sich anstecken?

Die Ansteckung erfolgt praktisch nur über die Atemwege von einem Menschen auf den anderen. Der an offener Tuberkulose Erkrankte gibt beim Husten, Sprechen und Niesen feinste Tröpfchen mit Tuberkulosebakterien in die Umgebung ab. Diese können von anderen Menschen eingeatmet werden. So gelangen die Erreger in die Lunge. Die Gefahr einer Ansteckung besteht bei Kontakt mit einer an Lungentuberkulose erkrankten Person. Die Gefahr ist unterschiedlich ausgeprägt und ist umso größer, je länger und intensiver der Kontakt war und je stärker die Tuberkulosebakterien in die Umgebung gegeben wurden.

Ausbreitung der Erkrankung im Körper

Nach dem Einatmen von Tuberkulosebakterien erkranken die meisten Menschen mit gesundem Immunsystem nicht (über 90%). Wenn es zur Infektion kommt, vermehren sich die Tuberkulosebakterien in der Regel nur sehr langsam, so dass die Erkrankung erst nach Wochen, Monaten oder Jahren in der Lunge (oder seltener auch in anderen Organen wie z.B. Nieren, Lymphknoten, Knochen und Hirnhaut) auftritt.

Erkrankungsrisiko der infizierten Person

Kleine Kinder (unter 5 Jahren) und Personen mit einer Immunschwäche erkranken häufiger und schwerer an Tuberkulose. Ein besonders hohes Risiko haben z.B.:

- Chronisch kranke Patienten (Staublung, Diabetes, Nierenkrankheiten),
- Menschen, die Cortison oder andere Medikamente einnehmen, die die körpereigene Abwehr dämpfen,
- HIV – Infizierte,
- Organtransplantierte.

Krankheitszeichen

Häufig beginnt die Erkrankung mit wenigen oder keinen Beschwerden. Symptome der Tuberkulose:

- Wochenlanges Husten oder Hüsteln,
 - manchmal mit Blutbeimengungen
- Nachtschweiß
- Müdigkeit
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsabnahme
- Manchmal leichtes Fieber
- Schmerzen in der Brust

Nicht alle Tuberkulosekranken fühlen sich schwerkrank.

Bei länger als 2-3 Wochen andauerndem Husten und Auftreten weiterer, oben erwähnter Beschwerden sollte ein Arzt aufgesucht werden.

Diagnose und Behandlung der Tuberkulose

Da das Krankheitsbild uncharakteristisch ausfallen kann, ist es sehr wichtig, die richtigen diagnostischen Mittel einzusetzen. Labor- und Röntgendiagnostik spielen hierbei eine entscheidende Rolle.

Die Tuberkulose lässt sich heutzutage meist mit Antibiotika erfolgreich behandeln. Wichtig ist, dass die verordneten Medikamente regelmäßig und lange genug eingenommen werden. Die Krankheit kann erneut ausbrechen, wenn die Medikamenteneinnahme nicht korrekt eingehalten wird. Dann können Kontaktpersonen in der Umgebung wieder angesteckt werden.

Die Umgebungsuntersuchung

Die Aufgabe des Gesundheitsamtes ist es, das Weiterverbreiten der Erkrankung möglichst zu verhindern. Das Gesundheitsamt ermittelt die Kontaktpersonen, mit denen der/die Erkrankte in den letzten Wochen oder Monaten häufigen und/oder engen Kontakt hatte und leitet die erforderlichen Untersuchungen ein. Je nach Einzelfall sind mehrere Untersuchungen durchzuführen. Die beim Gesundheitsamt im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung durchgeführten Untersuchungen sind im Folgenden aufgeführt.

Tuberkulintest (Tuberkulosehauttest)

Bei Kindern unter 5 Jahren sollte der Tuberkulintest durch den behandelnden Kinderarzt durchgeführt werden.

Bluttest (Interferon-Gamma-Test)

Diese Blutuntersuchung ist notwendig um Personen, die sich infiziert haben können herauszufinden und unnötige Röntgenaufnahmen zu vermeiden. Sie müssen für die Blutentnahme nicht nüchtern sein. Über das Ergebnis der Blutuntersuchung werden Sie von uns nach ca. 10 Tagen schriftlich informiert. Der Test zeigt an, ob einmal Kontakt mit Tuberkulosebakterien bestand oder nicht. Er muss nicht unbedingt eine aktuelle Infektion anzeigen. Mit Medikamenten kann verhindert werden, dass die Erkrankung ausbricht. Die Notwendigkeit einer präventiven Behandlung wird ein Arzt des Gesundheitsamtes mit Ihrem behandelnden Facharzt für Lungenerkrankungen abstimmen. In der Tuberkulosesprechstunde des Gesundheitsamtes besprechen wir alle Einzelheiten mit Ihnen.

Röntgenaufnahme der Lunge

Wenn der Tuberkulose-Hauttest und/oder der Bluttest eine Infektion anzeigen oder wenn der Verdacht auf eine Erkrankung besteht, wird eine Röntgenaufnahme der Lunge angefertigt. Dieses ist notwendig, um festzustellen, ob eine akute Erkrankung an Lungentuberkulose vorliegt. Zur Beobachtung können weitere Röntgenaufnahmen nach Monaten notwendig werden.

Sputumuntersuchung

Zusätzlich kann eine Untersuchung auf Tuberkulosebakterien im Auswurf notwendig sein. Diese weist ggf. die unmittelbare Ansteckungsfähigkeit nach.

Das Infektionsschutzgesetz legt fest, dass Personen, die Kontakt zu einem Menschen mit offener Lungentuberkulose hatten, verpflichtet sind die vom Gesundheitsamt angeordneten Untersuchungen durchführen zu lassen.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Tel 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Hepatitis A in Kindergemeinschaftseinrichtungen



Der Erreger

Bei der Hepatitis A handelt es sich um eine durch das Hepatitis A-Virus hervorgerufene, ansteckende Leberentzündung.

Wie äußert sich die Hepatitis A-Erkrankung?

Die Erkrankung verläuft bei Kindern in der Regel harmlos, bei Erwachsenen kann es jedoch zu schweren Erkrankungen kommen. Die Erkrankung beginnt oftmals uncharakteristisch mit allgemeinem Krankheitsgefühl und Magen-Darm-Beschwerden. Eine Gelbfärbung der Haut und der Schleimhäute (Gelbsucht bzw. Ikterus), die aber nicht immer auftreten muss, zeigt eine Leberbeteiligung an. Bei Kindern unter zehn Jahren verläuft die Infektion häufig ohne wesentliche Symptome: von allen, die sich mit dem Virus infiziert haben erkranken nur etwa fünf Prozent; bei Menschen älter als zehn liegt diese Quote deutlich höher, ca. 50 Prozent der Infizierten zeigen Symptome. Daher wird bei vielen der akut infizierten Kinder die Krankheit nicht bemerkt. In der Regel verläuft die Erkrankung komplikationslos und heilt vollständig aus. Chronische Verlaufsformen werden nicht beobachtet.

Alle Kontaktpersonen (z. B. Klassenkameraden) sollten bei typischen Krankheitserscheinungen (Übelkeit, Bauchschmerzen, Abgeschlagenheit, Gelbfärbung der Haut, heller Stuhl, dunkler Urin) umgehend den Arzt aufsuchen und die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung, die sie besuchen, informieren. In Zweifelsfällen steht der Hausarzt oder das Gesundheitsamt gern beratend zur Seite.

Wie wird Hepatitis A übertragen?

Die Übertragung erfolgt hauptsächlich fäkal/oral: infizierte Personen scheiden das Virus mit dem Stuhl aus, das dann über den Mund (oral) durch verunreinigte Speisen und Getränke aufgenommen oder als Schmierinfektion direkt über die Hände oder verunreinigte Gegenstände aufgenommen wird.

Die Zeit zwischen Ansteckung und Erkrankung (Inkubationszeit) beträgt ca. 15 - 50 Tage.

Auch Personen, die zwar mit Hepatitis A infiziert sind, jedoch keine Krankheitszeit zeigen, sind infektiös und können andere Personen anstecken, die dann unter Umständen schwer erkranken. Die Dauer der Ansteckungsfähigkeit beträgt 7 bis 14 Tage vor bis 14 Tage nach Auftreten der ersten Symptome bzw. bis 7 Tage nach Auftreten der Gelbfärbung der Haut.

Diagnose der Hepatitis A

Die Diagnose der Hepatitis A ist schnell und sicher möglich, sie erfolgt durch den Nachweis von Antikörpern im Blut. Zudem kann das Virus im Stuhl nachgewiesen werden.

Behandlung der Hepatitis A

Spezielle Medikamente gegen die Hepatitis A existieren nicht. Die Behandlung besteht vorwiegend in körperlicher Schonung.

Hygienemaßnahmen bei Hepatitis A

Eine Isolation des/der Erkrankten zu Hause ist nicht erforderlich, allerdings sollte in den ersten Tagen aus hygienischen Erwägungen eine **eigene Toilette** (falls vorhanden) benutzt werden. Zusätzlich ist unbedingt eine **sorgfältige Händehygiene** erforderlich, da die Übertragung der Hepatitis A-Viren durch hierdurch verhütet werden kann. Erkrankte und Kontaktpersonen sollten sich im häuslichen Bereich daher die Hände nach jedem Toilettenbesuch gründlich waschen und mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen. Optimal ist das Anwenden eines geeigneten „viruziden“ Händedesinfektionsmittels. Damit das Virus nicht durch Lebensmittel weiterverbreitet wird, muss auch der Küchenhygiene besondere Aufmerksam-

keit gewidmet werden. Patienten, die an Hepatitis A erkrankt sind, dürfen keine Speisen für andere zubereiten.

Impfungen gegen Hepatitis A

Eine einmal durchgemachte Hepatitis A bewirkt meist einen lebenslangen Schutz vor der erneuten Erkrankung.

Weil die Hepatitis A in südlichen Ländern verbreitet ist, werden Infektionen oft bei Reisen im Ausland erworben. Um sich vor einer Ansteckung zu schützen, sollte daher rechtzeitig vor einer solchen Reise (mindestens zwei Wochen vorher) eine aktive Schutzimpfung erfolgen.

Sollte die Erkrankung in einer Kindergemeinschaftseinrichtung auftreten, kann eine sog. „Riegelungsimpfung“ notwendig werden, um nach Kontakt zu Erkrankten möglichst die Weiterverbreitung zu unterbinden.

Enge Kontaktpersonen (Geschwister, Eltern, Betreuungspersonen, Freunde und Spielkameraden mit engem körperlichem Kontakt, usw.) sollten sich umgehend bei ihrem Arzt untersuchen lassen (Impfausweis mitbringen!) und ggf. eine Schutzimpfung erhalten. Erfolgt die Impfung innerhalb von zehn Tagen nach Kontakt, ist es in ca. 80% der Fälle noch möglich, eine Ansteckung zu verhindern, aber auch später durchgeführte Impfungen können in vielen Fällen eine Erkrankung an Hepatitis A verhindern

In Kindergemeinschaftseinrichtungen Beschäftigte sollten routinemäßig und unabhängig von einem Krankheitsausbruch in der Einrichtung einen Impfschutz gegen Hepatitis A erhalten.

Besuchs und Tätigkeitsverbote für Schulen und Kitas

Nach dem Infektionsschutzgesetz dürfen Personen, bei denen der Verdacht auf eine Hepatitis A besteht oder bei denen die Diagnose bestätigt wurde, eine Gemeinschaftseinrichtung wie z. B. eine Kindertagesstätte oder Schule nicht besuchen bzw. nicht in ihr tätig sein.

Dasselbe gilt für Personen, in deren häuslicher Wohngemeinschaft Hepatitis A-Verdachtsfälle oder -erkrankungen aufgetreten sind.

Personen, die an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind dürfen keine Lebensmittel herstellen, behandeln oder Inverkehrbringen.

Wiederzulassung zu Schule und Kita

Erkrankte dürfen frühestens 14 Tage nach Auftreten der ersten Symptome bzw. 7 Tage nach Auftreten der Gelbsucht die Einrichtung wieder besuchen.

Kontaktpersonen, die eine Schutzimpfung nach Kontakt zum Erkrankten erhielten, dürfen in der Regel für 14 Tage die Einrichtung nicht besuchen. Ohne Impfung beträgt dieser Zeitraum vier Wochen.

Geimpfte Personen (eine Impfung, die weniger als ein Jahr zurück liegt oder zweimalige Impfung) oder Personen, die nachweislich bereits eine Hepatitis A durchgemacht haben, können die Einrichtung auch bei gehäuftem Auftreten von Hepatitis A-Erkrankungen weiter besuchen.

Sollten Sie noch Fragen zur Hepatitis A haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder an Ihr Gesundheitsamt.

Gesundheitsamt
Kreis Herzogtum Lauenburg
Barlachstrasse 4
23909 Ratzeburg
Telefon 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Windpocken in Kindergemeinschaftseinrichtungen



Dieses Merkblatt richtet sich an Eltern und Beschäftigte in Krippen, Kitas und Schulen, in denen Windpockenerkrankungen aufgetreten sind.

Windpocken sind eine häufige, sehr ansteckende durch das Varicella-Zoster-Virus (VZV) verursachte Kinderkrankheit. Sie werden als Tröpfcheninfektion weiter gegeben und sind weit verbreitet. Bei 95% der Erwachsenen ist eine früher durchgemachte Infektion durch eine Blutuntersuchung nachweisbar.

Das Virus kann Jahrzehnte in Nervenzellen des menschlichen Körpers überdauern und dann, wenn Immunabwehr geschwächt ist, als Gürtelrose (Herpes Zoster) wieder ausbrechen. Ca. 20% der Bevölkerung erkranken ein Mal im Leben an einer Gürtelrose.

Welche Konsequenzen haben Windpocken

Windpocken können eine Reihe von teils schwerwiegenden Komplikationen haben.

Die bakterielle Entzündung der durch Windpocken verursachten Hautveränderungen ist, bei richtiger Pflege, in der Regel harmlos. Bei der Lungenentzündung durch das VZV handelt es sich um eine sehr schwerwiegende Komplikation. Auch eine Entzündung des Gehirns kann bei einem von tausend Fällen auftreten.

1-2% der Windpockenerkrankungen in der Schwangerschaft (bes. 5.-24 Schwangerschaftswoche) führen zu meist schweren Missbildungen bei dem Fetus. Auch Windpockenerkrankungen der Mutter unmittelbar um die Geburt sind für das Neugeborene besonders gefährlich.

Wie äußert sich die Erkrankung?

1-2 Tage vor dem juckenden Hautausschlag kommt es meist zu einem uncharakteristischen Krankheitsgefühl. Der Hautausschlag geht mit Fieber einher, das für 3-5 Tage anhält. Er ist auch als „Sternenhimmel“ beschrieben, da Papeln, Bläschen und Schorf in verschiedenen Entwicklungsstadien, die bei Gesunden in der Regel ohne Folgen abheilen, vorkommen.

Immer wieder sind auch schwere Krankheitsverläufe, besonders bei Neugeborenen, Abwehrgeschwächten und Patienten unter immunsuppressiver Therapie zu beklagen.

Wie wird die Erkrankung übertragen?

Windpocken sind äußerst ansteckend, die Übertragung erfolgt durch die Luft. Außerdem kann Schmierinfektion mit virushaltigem Bläschen- oder Krusteninhalt die Krankheit weiter verbreiten.

Bei der Gürtelrose ist die Ansteckungsfähigkeit deutlich geringer, da nur die virushaltige Bläschenflüssigkeit infektiös ist.

Wie wird die Erkrankung behandelt?

Windpocken werden symptomatisch ggf. durch fiebersenkende Maßnahmen und sorgfältige Hautpflege behandelt. Immungeschwächte Personen oder solche mit Komplikationen erhalten Medikamente.

Wie lange besteht Ansteckungsfähigkeit?

Windpockenranke können 1-2 Tage vor Auftreten des Ausschlags bis 5-7 Tage nach Auftreten der letzten Hautveränderungen andere Menschen anstecken.

Die Gürtelrose ist bis zur Verkrustung der letzten Bläschen (Schmierinfektion) infektiös.

Was sind "enge Kontaktpersonen"?

Als enge Kontaktpersonen werden auch solche Personen bezeichnet, die mit dem Erkrankten einen Kontakt hatten, wie beispielsweise:

- alle Personen, die sich eine Stunde oder länger mit einem Windpockenkranken, in dessen ansteckungsfähiger Zeit, in einem Raum aufhielten,
- enger, direkter sog. Face-to-face-Kontakt,
- alle Haushaltsmitglieder.

Enge Kontaktpersonen haben ein erhöhtes Risiko, an Windpocken zu erkranken, wenn sie nicht immun sind.

Was ist bei engen Kontaktpersonen zu beachten?

Ungeimpfte enge Kontaktpersonen, die noch keine Windpocken hatten und Kontakt zu Risikopatienten haben sollten schnellstmöglich (innerhalb von 5 Tagen nach Exposition oder innerhalb von 3 Tagen nach Ausbruch des Ausschlags beim Erkrankten) geimpft werden. Hierüber beraten alle niedergelassenen behandelnden Ärzte.

Besuchs- und Tätigkeitsverbote für Kita und Schule

Personen, die an Windpocken erkrankt oder dessen verdächtig sind, ist es gesetzlich verboten, Gemeinschaftseinrichtungen zu besuchen oder als Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichtspersonen dort zu arbeiten oder sonstige Tätigkeiten auszuüben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Diese dürfen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Windpockenranke dürfen die Einrichtung erst betreten, wenn nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist, bei unkompliziertem Verlauf frühestens jedoch eine Woche nach Ausbruch der Erkrankung. Ein ärztliches Attest ist hierzu nicht erforderlich.

Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Eltern und Sorgeberechtigte haben die Pflicht, den Leitungen der Kita oder Schule, die ihr Kind besucht, unverzüglich das Auftreten von Windpockenfällen oder Windpockenverdachtsfällen mitzuteilen.

Für Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen besteht die gesetzliche Pflicht, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über das Auftreten einer Windpockenerkrankung in ihrer Einrichtung zu benachrichtigen und dazu krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4, 23909 Ratzeburg, Tel 04541 / 888 380

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Wiederzulassung in Kita und Schule nach Infektionserkrankungen



Krankheit	Inkubationszeit*	Wiederzulassung	Attest?	Ausschluss von Kontaktpersonen?
Bakterielle Hirnhautentzündung	2 – 10 Tage	Nach Genesung**.	Nein	Ja. Wiederzulassung durch das Gesundheitsamt.
Borkenflechte (Impetigo contagiosa)	2-10 Tage	Mit Antibiotikum nach 24 Stunden, sonst nach Abheilung.	Ja	Nein
EHEC	2 – 10 Tage	Nach Genesung und 3 negativen Stuhlproben.	Ja	Ja. Wiederzulassung durch das Gesundheitsamt.
Hepatitis A und E	15-64 Tage	1 Woche nach Beginn der Gelbfärbung.	Nein	Ja, bei Wohn-gemeinschaft.
Keuchhusten	6 – 20 Tage	Mit Antibiotikum 5 Tage nach Beginn der Behandlung, sonst mindestens 3-5 Wochen nach Krankheitsausbruch.	Nein	Bei Husten: ja. Wiederzulassung durch das Gesundheitsamt.
Kopfläuse		Nach erster von zwei Behandlungen	Erstbefall: Nein	Nein
Krätze	14-35 Tage	Nach Erstbehandlung	Ja	Nein, aber Untersuchung erforderlich.
Masern	8-14 Tage	Frühestens 5 Tage nach Beginn des Ausschlags.	Nein	Ja. Wiederzulassung durch das Gesundheitsamt.
Magen-Darm-Erkrankungen		Frühestens 48 Stunden nach letzten Erbrechen oder Durchfall.	Nein	Nein
- Noroviren	6-50 Stunden			
- Rotaviren	1-3 Tage			
- Unbekannt				
- Camphylobakter	1-10 Tage			
- Salmonellen	6-72 Stunden	Nach Genesung.		
Mumps	12-25 Tage	Nach Genesung, frühestens 9 Tage nach Beginn der Drüsenschwellung.	Nein	Ja. Wiederzulassung durch das Gesundheitsamt.
Röteln	14-21 Tage	Nach Genesung	Nein	Nein
Scharlach, Streptokokken-A-Erkrankungen	1 – 3 Tage	Mit Antibiotikum nach 24 Stunden, sonst bei 3 Wochen nach Genesung.	Nein	Nein
Tuberkulose	6 – 8 Wochen	Durch das Gesundheitsamt.	Ja	Untersuchung durch das Gesundheitsamt.
Windpocken	8-28 Tage	Nach Genesung, frühestens 1 Woche nach Krankheitsbeginn.	Nein	Nein
Erkältung ohne Fieber		Kein Ausschlussgrund	Nein	Nein
Grippaler Infekt mit Fieber (>38°C)		Nach Fieberfreiheit für mindestens 24 Stunden.	Nein	Nein
Drei-Tage-Fieber	7-14 Tage		Nein	Nein
Ansteckende Bindehautentzündung	5-12 Tage	Nach Genesung (Augen nicht mehr gerötet).	Nein	Nein
Hand-Fuß-Mund-Krankheit	3-10 Tage	Nach Genesung	Nein	Nein
Pfeiffer'sches Drüsenfieber	7-30 Tage	Nach Genesung	Nein	Nein

Bemerkungen auf der Rückseite

Krankheit	Inkubationszeit*	Wiedenzulassung	Attest?	Ausschluss von Kontaktpersonen?
Ringelröteln	7-17 Tage	Nach Genesung	Nein	Nein

*** Inkubationszeit**

Zeitraum von der Aufnahme der Krankheitserreger bis zum Auftreten der ersten Symptome der Infektionskrankheit. Auch innerhalb der Inkubationszeit, also wenn der Angesteckte noch gesund erscheint und keine Krankheitszeichen zeigt, kann er oft schon andere Menschen anstecken!

**** Genesung aus Sicht des Infektionsschutzes**

Aus bevölkerungsmedizinischer und gesetzlicher Sicht bedeutet dies: bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung nicht mehr zu befürchten ist.

Impfschutz vervollständigen!

Treten Infektionskrankheiten in Kita oder Schule auf, ist dies immer ein Anlass, den eigenen Impfschutz und den der Kinder auf Vollständigkeit zu überprüfen!

Gesundheitsamt Kreis Herzogtum Lauenburg

Barlachstrasse 4

23909 Ratzeburg

Tel 04541 / 888 380