

Infektionsschutz und Hygiene in Kindertagesstätten

Ein Leitfaden des Gesundheitsamtes
des Kreises Heinsberg - Stand: Mai 2023



kreis heinsberg
bodenständig. weitsichtig.

Infektionsschutz und Hygiene in Kindertagesstätten

Ein Leitfaden des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg

Stand Mai 2023

- Leitfaden „Infektionsschutz und Hygiene in Kindertagesstätten“
- Herausgeber: Kreis Heinsberg - Gesundheitsamt – gesundheitsamt@kreis-heinsberg.de
- Mai 2023

Einleitung

Nach §36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie §17 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG NRW) obliegt die Hygieneüberwachung der Kindertagesstätten und Schulen dem Gesundheitsamt.

Die untere Gesundheitsbehörde überwacht hierbei insbesondere die Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene, soweit dies durch bundes- oder landesrechtliche Regelungen vorgeschrieben ist, vor allem bei Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche betreut werden, wie z.B. Kindertagesstätten, Schulen u.ä.

Daher sind regelmäßige Begehungen der Einrichtungen durch die untere Gesundheitsbehörde von besonderer Bedeutung.

Um den Ablauf zu vereinfachen, haben wir eine Informationsmappe zusammengestellt, in der alle relevanten Informationen und Rechtsgrundlagen zusammengefasst sind.

Auf aktuelle gesetzliche Neuerungen sollte selbstständig regelmäßig geprüft werden. Daher wäre es gut, diese Mappe griffbereit aufzubewahren, so dass in Zukunft lediglich die Änderungen ausgetauscht werden müssen.

Ihre Ansprechpartner/innen beim Gesundheitsamt:

➤ **Verwaltung:**

Tatjana Flaming Tel. 02452 13-5338 gesundheitsamt@kreis-heinsberg.de

➤ **Infektionsschutz:**

▪ **Hückelhoven, Wegberg:**

Norbert Franzke Tel. 02452 13-5333 norbert.franzke@kreis-heinsberg.de

▪ **Gangelt, Geilenkirchen, Übach-Palenberg:**

Dirk Südhausen Tel. 02452 13-5334 dirk.suedhausen@kreis-heinsberg.de

▪ **Erkelenz, Wassenberg:**

Janine Staack Tel. 02452 13-5336 janine.staack@kreis-heinsberg.de

▪ **Heinsberg, Selfkant, Waldfeucht:**

Guido Voßenkaul Tel. 02452 13-5337 guido.vossenkaul@kreis-heinsberg.de

➤ **Trinkwasser:**

Frank Tischendorf Tel. 02452 13-5332 frank.tischendorf@kreis-heinsberg.de

Heinsberg im Juli 2023

Heidrun Schößler
Leiterin Gesundheitsamt

Inhaltsverzeichnis

- 1** §34 IfSG Belehrung für Sorgeberechtigte
- 2** §35 IfSG Belehrung Mitarbeiter/innen inkl. Dokumentationsbogen
- 3** §43 IfSG Belehrung Mitarbeiter/innen bei Umgang mit Lebensmitteln inkl. Dokumentationsbogen
- 4** Informationen zu Erkrankungsbildern nach §34 und §43 IfSG
- 5** Meldebogen für meldepflichtige Erkrankungen nach §34 IfSG
- 6** Richtlinie des RKI für Wiederezulassung der Kinder nach Erkrankung
- 7** Muster Reinigungsplan
- 8** Muster Desinfektionsplan
- 9** Muster Hygieneplan
- 10** Rahmenhygieneplan des Landes NRW
- 11** Trinkwasserüberwachung
- 12** Raumlufthygiene und Schallschutzmaßnahmen
- 13** Masernschutzgesetz
- 14** Erregersteckbriefe
- 15** Schutzimpfungen
- 16** Elterninformation Sonnenschutz

Weitere Informationsquellen:

- www.sicherekita.de
Informationen der Unfallkasse zum Thema Sicherheit inklusive Verweis der Rechtsgrundlagen und DIN-Normen, relevant bei anstehenden Sanierungs- und Renovierungsarbeiten oder Baumaßnahmen, zudem Angabe der Intervalle von auszutauschenden Materialien (z.B. Sand), uvm.
- www.infektionsschutz.de
Erregersteckbriefe sind hier zu finden, können gut als Elterninformation verwendet werden
- [Bundesamt für Strahlenschutz](http://www.bundesaamt-strahlenschutz.de)
Broschüren und Unterrichtsmaterialien für Erzieher und Eltern rund um das Thema Sonnenschutz
- [Infektionsschutzgesetz](http://www.infektionsschutzgesetz.de)
Rechtsgrundlagen für die Aufklärungspflichten der Einrichtungen
- [Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW](http://www.gesundheitsamt-nrw.de)
Rechtsgrundlagen für die Überwachung der Hygiene durch das Gesundheitsamt

Anlage 1:

§34 IfSG Belehrung für Sorgeberechtigte

Stempel der Einrichtung

GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN

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

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern befinden sich viele Menschen auf engem Raum. Daher können sich dort 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 **Tabelle 1** 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**).
- 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**).
- Natürlich müssen Sie die genannten Erkrankungen nicht selbst erkennen können. Aber Sie sollten bei einer ernsthaften Erkrankung Ihres Kindes ärztlichen Rat einholen (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. Auch wir helfen Ihnen gerne weiter.

Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Besuchsregelungen bzgl. Gemeinschaftseinrichtungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes

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 • Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien • infektiöser, das heißt von Viren oder Bakterien verursachter, Durchfall und /oder Erbrechen (gilt nur für Kindern unter 6 Jahren) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keuchhusten (Pertussis) • 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 • 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) • Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderlähmung (Poliomyelitis) • Masern • Meningokokken-Infektionen • Mumps • Pest • Typhus oder Paratyphus • virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)
---	---

Anlage 2:

**§35 IfSG Belehrung
Mitarbeiter/innen inkl.
Dokumentationsbogen**

Belehrung für die Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen gem. § 35 IfSG

Vorbemerkung

§33 bis §36 des Infektionsschutzgesetzes enthält besondere Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen. Er trägt damit dem Umstand Rechnung, dass dort Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuenden Personal in engen Kontakt kommen. Enge Kontakte begünstigen die Übertragung von Krankheitserregern, die umso schwerere Krankheitsverläufe erwarten lassen, je jünger die betroffenen Kinder sind. Um Ihnen einen Überblick zu verschaffen, stellen wir Ihnen zuerst den Gesetzestext im Auszug vor und möchten anschließend Erläuterungen dazu abgeben, die als Leitfaden für den Alltag gedacht sind.

Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz:

6. Abschnitt Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen

§ 35

Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen

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

§ 33

Gemeinschaftseinrichtungen

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

§ 34

Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

(1) Personen, die an

1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
7. Keuchhusten
8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose

9. Masern
10. Meningokokken-Infektion
11. Mumps
12. Paratyphus
13. Pest
14. Poliomyelitis
15. Scabies (Krätze)
16. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen
17. Shigellose
18. Typhus abdominalis
19. Virushepatitis A oder E
20. Windpocken
21. Läuse
22. Salmonellen-Enteritis (nur Kinder bis zum 6. LJ.)

erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind, dürfen in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaustung durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Satz 1 gilt entsprechend für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen. Satz 2 gilt auch für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

(2) Ausscheider von

1. *Vibrio cholerae* O 1 und O 139
2. *Corynebacterium diphtheriae*, Toxin bildend
3. *Salmonella* Typhi
4. *Salmonella* Paratyphi
5. *Shigella* sp.
6. enterohämorrhagischen *E. coli* (EHEC)

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

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

1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische *E. coli* (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischem Fieber
5. *Haemophilus influenzae* Typ b-Meningitis
6. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose
7. Masern
8. Meningokokken-Infektion
9. Mumps

10. Paratyphus
11. Pest
12. Poliomyelitis
13. Shigellose
14. Typhus abdominalis
15. Virushepatitis A oder E

aufgetreten ist.

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

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

(6) Meldepflicht an das Gesundheitsamt:

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

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

(8) Aushangpflicht:

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

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

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

(11) Bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule hat das Gesundheitsamt oder der von ihm beauftragte Arzt den Impfstatus zu erheben und die hierbei

gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln.

§ 36

Einhaltung der Infektionshygiene

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

Prävention durch Information und Aufklärung

Erläuterungen zum §34 des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz hat zum Leitsatz „Prävention durch Information und Aufklärung“. In diesem Sinne will dieses Merkblatt Sie knapp und doch übersichtlich über die Anforderungen insbesondere des § 34 IfSG informieren.

- **Absatz 1 der Vorschrift**
umfasst Krankheiten (s.o.), für die alternativ eine der beiden folgenden Voraussetzungen zutrifft:
 - Es handelt sich um eine **schwere Infektionskrankheit**, die durch geringe Erregermengen u.a. auf den Weg der Tröpfchen- oder durch Schmierinfektion (fäkaloral) übertragen werden kann.
 - Es handelt sich um **häufige Infektionskrankheiten** des Kindesalters, die in Einzelfällen schwere Verläufe nehmen können.
- **Absatz 2**
der Vorschrift bestimmt, dass Ausscheider bestimmter Krankheitserreger nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes Gemeinschaftseinrichtungen betreten dürfen. Durch die infektionshygienische Beratung und Verfügung konkreter Schutzmaßnahmen kann das Gesundheitsamt dazu beitragen, dass der Besuch ohne Gefährdung der Kontaktpersonen erfolgen kann.
- **Absatz 3**
werden Krankheiten aufgezählt, die in der häuslichen Wohngemeinschaft im Einzelfall leicht auf andere Mitbewohner übertragen werden können. Es besteht dann die Gefahr, dass Krankheitserreger durch infizierte Personen auch in Gemeinschaftseinrichtungen hineingetragen werden. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit erfolgt im Gesetz eine Beschränkung auf im Regelfall schwer verlaufende Infektionskrankheiten und auf solche, bei denen das Übertragungsrisiko in den Gemeinschaftseinrichtungen größer ist als in der Allgemeinbevölkerung. Da es sich um eine mittelbare Gefährdung handelt, sollen Maßnahmen (z.B. Besuchsverbot) erst greifen, wenn eine ärztliche Aussage über die Erkrankung oder den Verdacht in der Wohngemeinschaft vorliegt.
- **Absatz 4**
besagt, dass bei minderjährigen oder geschäftsunfähigen Personen Eltern oder sonstige Betreuer für diese handeln und verantwortlich sind.

- **Absatz 5**
enthält die **wichtige Neuregelung**, dass bei Auftreten eines der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Tatbestandes die volljährigen Betroffenen sowie Sorgeberechtigte von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen diesen Umstand der betreuenden Gemeinschaftseinrichtung mitteilen, damit dort die erforderlichen Schutzmaßnahmen veranlasst werden können. Um dieser Informationspflicht nachkommen zu können, ist bei jeder Neuaufnahme eine Belehrung durch die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung durchzuführen.

- **Absatz 6**
Legt die Meldepflicht der Leitung der **Gemeinschaftseinrichtung an das Gesundheitsamt** fest, wenn einer der in Absatz 1 bis 3 genannten Tatbestände vorliegt.
Damit die Gesundheitsbehörde weitere Untersuchungen anstellen und Schutzmaßnahmen veranlassen kann, sind dazu krankheits- und personenbezogene Angaben erforderlich.

- **Absatz 7**
räumt der zuständigen Behörde die Befugnis ein, im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt **Ausnahmen** von den gesetzlichen Tätigkeitsbeschränkungen sowie den Betretungs-, Benutzungs- und Teilnahmeverboten für die Betreuten zuzulassen.

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

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

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

- **Absatz 9**
Nennt Personen (**Träger, sog. Carrier**), die weder Ansteckungsverdächtige noch Ausscheider im Sinne des Gesetzes sind. Sie stellen unter normalen Umständen keine Infektionsgefahr für andere dar. Unter bestimmten Umständen, z.B. bei erhöhter Verletzungsgefahr und gleichzeitig engem Kontakt zu anderen Personen, kann jedoch im Einzelfall die Gefahr einer Ansteckung bestehen. Es liegt im Ermessen der zuständigen Behörde, welche Schutzmaßnahmen anzuordnen sind.

- **Absatz 10**
ist eine Konkretisierung des Präventionsgedankens. Die Verbesserung des Impfschutzes und die Aufklärung über die Prävention übertragbarer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen kann nur durch gemeinsame Anstrengungen von **Gesundheitsämtern** und **Gemeinschaftseinrichtungen** insbesondere in Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgen. Das Hinwirken auf einen besseren Impfschutz dient dem Interesse des Einzelnen und der Allgemeinheit.

➤ **Absatz 11**

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

Die kurz dargestellten Regelungen sind **neu** und bedürfen sicherlich einiger Übung, bevor sie ohne größere Probleme umgesetzt werden können. Deshalb bitten wir Sie, sich wegen Details und insbesondere wegen medizinischer (infektiologischer) Fragestellungen mit Ihrem **Gesundheitsamt** in Verbindung zu setzen.

Folgende Punkte sind in der Übersicht besonders wichtig:

- 1.) *§§34 und 35 IfSG richten sich an Schüler, Kinder in weiteren Betreuungseinrichtungen (bzw. ihre Sorgeberechtigten) sowie Lehrer und sonstige Personen in der Kinderbetreuung.*
- 2.) *Zu den Pflichten der Eltern und anderen Sorgeberechtigten wurde ein besonderes Merkblatt verfasst, das in Ihrer Einrichtung vorliegt und bei Neuaufnahmen ausgehändigt werden muss gemäß §34 Abs. 5 IfSG.*
- 3.) *Arbeitnehmer*innen selbst müssen zu Hause bleiben,*
 - *wenn Sie an einer der in §34 Abs.1 IfSG genannten Erkrankung leiden oder zumindest der Verdacht besteht,*
 - *wenn Sie Ausscheider einer der in §34 Abs.2 IfSG genannten Krankheitserreger sind und keine Erlaubnis des Gesundheitsamtes vorliegt, dass Sie Ihrer Tätigkeit trotzdem nachgehen können*
 - *wenn in Ihrer Wohngemeinschaft eine der Erkrankungen ärztlich diagnostiziert wurde, die in §34 Abs.3 IfSG aufgeführt sind.*
 - *Außerdem haben Sie dies Ihrem Arbeitgeber oder Dienstherrn mitzuteilen.*
 - *Wann Sie in den Fällen von § 34 Abs. 1 und 3 IfSG Ihre Tätigkeit wieder aufnehmen dürfen, erfahren Sie von Ihrem behandelnden Arzt oder auch von Ihrem Gesundheitsamt.*
- 4.) *Der Arbeitgeber wird das Gesundheitsamt informieren, damit dieses die erforderlichen Schutzmaßnahmen innerhalb (oder auch außerhalb) Ihrer Einrichtung veranlassen kann.*

Die hier vorgestellten Paragraphen enthalten „Pflichten und Verbote“, die im Einzelfall zu unverhältnismäßigen Regelungen führen können. Deshalb ist vorgesehen, dass die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt Ausnahmen hiervon zulassen kann.

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer*in

Dokumentation der Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen gem. § 35 IfSG

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

Belehrungsinhalt:	Name:	Datum		Belehrt von:	Unterschrift des Belehreten:
		Erstbelehrung:	Weitere Belehrungen:		
Gesundheitliche Anforderungen und Mitwirkungspflichten gem. § 34 IfSG					

Anlage 3:

**§43 IfSG Belehrung
Mitarbeiter/innen bei Umgang
mit Lebensmitteln inkl.
Dokumentationsbogen**

Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Wer muss belehrt werden?

Vor erstmaliger Ausübung einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich benötigen folgende Personen eine Belehrung und Bescheinigung gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz durch ihr Gesundheitsamt. Diese darf nicht älter als 3 Monate sein.

1.) Personen, die gewerbsmäßig folgende Lebensmittel herstellen, behandeln oder in den Verkehr bringen:

- Fleisch, Geflügelfleisch und Erzeugnisse daraus,
- Milch und Erzeugnisse auf Milchbasis,
- Fische, Krebse oder Weichtiere und Erzeugnisse daraus,
- Eiprodukte,
- Säuglings- und Kleinkindernahrung,
- Speiseeis und Speiseeishalberzeugnisse
- Backwaren mit nicht durchgebackener oder durcherhitzter Füllung oder Auflage,
- Feinkost-, Rohkost- und Kartoffelsalate, Marinaden, Mayonnaisen, andere emulgierte Soßen, Nahrungshefen,
- Sprossen und Keimlinge zum Rohverzehr sowie Samen zur Herstellung von Sprossen und Keimlingen zum Rohverzehr,

und dabei mit ihnen direkt (mit der Hand) oder indirekt (über Bedarfsgegenstände, z.B. Geschirr, Besteck und andere Arbeitsmaterialien) in Berührung kommen,

ODER

2.) Personen, die in Küchen von Gaststätten, Restaurants, Kantinen, Cafés oder sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung tätig sind.

Warum müssen besondere Vorsichtsmaßnahmen beachtet werden?

In den oben genannten Lebensmitteln können sich **Krankheitserreger** besonders leicht vermehren. Durch den Verzehr von mit Krankheitserregern verunreinigten Lebensmitteln können Menschen an Lebensmittelinfektionen oder -vergiftungen schwer erkranken. In Gaststätten oder Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung kann davon eine große Anzahl von Menschen betroffen sein.

Aus diesem Grund muss von jedem Beschäftigten zum Schutz des Verbrauchers und zum eigenen Schutz ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Beachtung von Hygieneregeln verlangt werden.

Die wichtigsten Hygieneregeln in Kürze:

- Waschen Sie sich vor Arbeitsantritt, vor jedem neuen Arbeitsgang und selbstverständlich nach jedem Toilettenbesuch GRÜNDLICH die Hände mit Seife unter fließendem Wasser. Verwenden Sie zum Händetrocknen Einwegtücher
- Legen Sie vor Arbeitsbeginn Fingerringe und Armbanduhr ab
- Tragen Sie saubere Schutzkleidung (Kopfhaube, Kittel, Handschuhe, Schuhe für Innenräume)
- Husten und Niesen Sie in Ihre Ellenbeuge und NIEMALS auf Lebensmittel
- Decken Sie kleine, saubere Wunden an Händen und Armen mit wasserundurchlässigem Pflaster ab

Wann dürfen die oben genannten Tätigkeiten NICHT ausgeübt werden?

1.) Wenn bei Ihnen Krankheitszeichen (Symptome) auftreten, die auf eine der folgenden Krankheiten hinweisen oder die ein Arzt bei Ihnen festgestellt hat, dürfen Sie gemäß Infektionsschutzgesetz nicht in diesem Bereich tätig sein oder beschäftigt werden:

- Akute infektiöse Gastroenteritis (plötzlich auftretender, ansteckender Durchfall), ausgelöst durch Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Rotaviren, Noroviren oder andere Durchfallerreger,
- Cholera,
- Typhus oder Paratyphus,
- Hepatitis A oder E (Leberentzündung),
- Infizierte Wunden oder Hautkrankheiten, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel auf andere Menschen übertragen werden können.

2.) Wenn die Untersuchung einer Stuhlprobe von Ihnen den Nachweis eines der folgenden Krankheitserreger ergeben hat:

- Salmonellen,
- Shigellen,
- enterohämorrhagische Escherichia-coli -Bakterien (EHEC),
- Cholerabakterien,

besteht ein Tätigkeitsverbot oder Beschäftigungsverbot im Lebensmittelbereich. Das Tätigkeits- oder Beschäftigungsverbot besteht auch, wenn Sie diese Erreger ausscheiden, ohne dass Sie Krankheitszeichen (s.u.) aufweisen.

Hinweis:

Das Gesundheitsamt kann Ausnahmen von den Verboten nach dieser Vorschrift zulassen, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung der aufgeführten Krankheiten und Krankheitserreger verhütet werden kann.

Folgende Krankheitszeichen weisen auf die genannten Krankheiten hin:

- Durchfall (mindestens 3 ungeformte Stühle in 24 Stunden), ggf. mit Übelkeit, Erbrechen oder Bauchschmerzen
 - Milchigweiße Durchfälle mit hohem Flüssigkeitsverlust sind typisch für Cholera
- Fieber (Körpertemperatur $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)
 - hohes Fieber mit schweren Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen und Verstopfung sind Zeichen für Typhus und Paratyphus; erst nach Tagen folgt schwerer Durchfall
- Gelbfärbung der Haut und der Augäpfel
 - mit Schwäche und Appetitlosigkeit weisen u.a. auf eine Hepatitis A oder E hin
- Wunden oder offene Stellen von Hauterkrankungen
 - Können infiziert sein, wenn sie gerötet, schmierig belegt, nässend oder geschwollen sind.

Wer muss bei diesen Krankheitszeichen informiert werden?

- Wenn bei Ihnen eines oder mehrere der genannten Krankheitszeichen auftreten, nehmen Sie unbedingt den Rat Ihres Haus- oder Betriebsarztes in Anspruch.
- Sagen Sie dem Hausarzt auch, dass Sie in einem Lebensmittelbetrieb arbeiten.
- Außerdem sind Sie verpflichtet, unverzüglich Ihren Vorgesetzten über die Erkrankung zu informieren.

Nachweispflicht über die erfolgten Belehrungen nach §43 – s. Anlage I und Anlage II

- Anlage I
Erklärung des Arbeitnehmers, dass er durch den Arbeitgeber über den §43 IFSG aufgeklärt worden ist. Die Folgeaufklärung hat alle 2 Jahre zu erfolgen.
 - Der AN bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er mündlich sowie schriftlich auf die Tätigkeitsverbote gemäß Infektionsschutzgesetz hingewiesen worden ist und die Belehrung verstanden hat und dass bei ihm keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind.
- Anlage II
Musterbescheinigung, die der Arbeitnehmer nach der ersten Hygienebelehrung durch das Gesundheitsamt erhält und dem Arbeitgeber aushändigen muss. Sie darf nicht älter als 3 Monate sein

Besondere Hinweise für Arbeitgeber/Dienstherren

- Auch Arbeitgeber haben die in Anlage I niedergelegte Erklärung abzugeben, sofern sie zu dem auf Seite 1 des Merkblattes ausgeführten Personenkreis gehören.
- Sie dürfen die auf Seite 1 des Merkblattes beschriebenen Tätigkeiten nur ausüben, wenn Sie eine Bescheinigung gemäß Anlage II erhalten haben oder im Besitz eines Gesundheitszeugnisses gemäß § 18 Bundesseuchengesetz sind.
 - Bei erstmaliger Ausübung der Tätigkeit darf die Bescheinigung des Gesundheitsamtes nicht älter als drei Monate sein.
- Sie haben Personen, die die auf Seite 1 des Merkblattes genannten Tätigkeiten ausüben, nach Aufnahme ihrer Tätigkeit alle zwei Jahre über die auf Seite 2 aufgeführten Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes zu belehren und die Teilnahme an der Belehrung zu dokumentieren.
- Diese Belehrung ersetzt nicht die regelmäßige Belehrung nach der Lebensmittelhygiene-Verordnung.
- Sie haben Ihre eigene Bescheinigung und die Ihrer Beschäftigten, sowie die Dokumentation über die letzte Belehrung an der Arbeitsstätte verfügbar zu halten und den Mitarbeitern der zuständigen Behörde alle genannten Bescheinigungen auf Verlangen vorzulegen. Bei Tätigkeiten an wechselnden Standorten genügt die Vorlage einer beglaubigten Kopie.
- Haben Sie selbst oder einer Ihrer Beschäftigten eine der auf Seite 2 dieses Merkblattes genannten Krankheitszeichen (Symptome), ist eine der dort genannten Krankheiten oder die Ausscheidung einer der aufgezählten Krankheitserreger ärztlich festgestellt worden, so müssen Sie Hygienemaßnahmen ergreifen, die geeignet sind, eine Weiterverbreitung der Krankheitserreger an der Arbeitsstätte zu verhindern. Auskunft hierzu erteilt die zuständige Behörde für Lebensmittelüberwachung und Ihr Gesundheitsamt.

Weitere Quellen bei Informationsbedarf zu den Krankheiten und Hygienemaßnahmen finden Sie auf folgenden Webseiten:

- 1.) Robert Koch-Institut
www.rki.de > Infektionskrankheiten A-Z
- 2.) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
www.infektionsschutz.de
- 3.) Bundesinstitut für Risikobewertung:
www.bfr.bund.de>Publikationen>Merkblätter>Merkblätter für weitere Berufsgruppen

Folgebescheinigung durch den Arbeitgeber
Erklärung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz

Frau/Herr

geboren am

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz mündlich und schriftlich aufgeklärt wurde und dass bei mir keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind.

Ort/Datum

Unterschrift

Anlage 4:

Informationen zu Erkrankungsbildern nach §34 und §43 IfSG

Hintergrundinformationen meldepflichtiger Erkrankungsbilder

Die mehrfach erwähnten „**Pflichten und Verbote**“ können Sie eigenverantwortlich nur wahrnehmen und einhalten, wenn Sie zu den Erkrankungen der §34 Abs.1 und Abs.3 sowie über die besonderen Vorkehrungen bei Ausscheidung bestimmter Krankheitserreger informiert werden.

Im Folgenden sollen daher die Erkrankungen aus den beiden genannten Absätzen kurz und mit den wissenswerten Fakten dargestellt werden:

1. Cholera

Die letzte Choleraepidemie in Deutschland liegt mehr als hundert Jahre zurück und unter den gegebenen hygienischen Bedingungen ist es nicht vorstellbar, dass sich der Erreger bei uns wieder ausbreiten könnte. Epidemien wurden zuletzt vom indischen Subkontinent, Südamerika und Zentralafrika berichtet. Die Erkrankung tritt fast ausschließlich in Gegenden auf, in denen schlechte hygienische Voraussetzungen und mangelhafte Trinkwasserversorgung gegeben sind. Deshalb ist allenfalls vorstellbar, dass Personen nach einem beruflichen oder privaten Auslandsaufenthalt in den genannten Infektionsgebieten erkranken.

Dies trifft auch noch auf andere im IfSG genannte Erreger zu und wird im folgenden Text als „**importierte Infektion**“ kenntlich gemacht.

Die Cholera ist eine durch Vibrionen (Bakterien) verursachte Durchfallerkrankung. Häufig erfolgt die Aufnahme durch kontaminiertes (mit Erregern verunreinigtes) Trinkwasser oder kontaminierte Nahrungsmittel. **Übertragungen** von Mensch zu Mensch sind bei ungenügender Händehygiene möglich. Die Erreger werden mit dem Stuhlgang ausgeschieden. Die **Diagnose** wird meist anhand des typischen klinischen Bildes gestellt. Der Erregernachweis erfolgt mikrobiologisch. Werden nach dem Toilettenbesuch die Hände nicht gewaschen und desinfiziert, bleiben Erreger, die sich in nicht sichtbaren Mengen Stuhlgang befinden, haften und gelangen auf Nahrungsmittel oder auch über soziale Kontakte direkt in den Verdauungstrakt Dritter. Dies nennt man **fäkal-orale** Übertragung und spielt ebenfalls bei weiteren, später noch vorgestellten Erkrankungen eine Rolle.

Die **Inkubationszeit** (das ist die Zeit von der Erregeraufnahme bis zum Auftreten der ersten Krankheitssymptome) beträgt bei der Cholera 3 bis 6 Tage.

Die **Behandlung** besteht im Ersatz des immensen Flüssigkeitsverlustes und der frühzeitigen Gabe von Antibiotika. Schwere Krankheitsverläufe sind eher selten. Meist verläuft die Cholera unter dem Bild eines nicht besorgniserregenden Durchfalls.

Eine **Impfung** mit dem in Deutschland zugelassenen Impfstoff wird nicht empfohlen. Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie** selbst **oder** eine **Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Cholera erkrankt sind.

2. Diphtherie

Die Diphtherie ist eine **weltweit verbreitete bakterielle Infektionskrankheit**. Seit Einführung der Schutzimpfung ist sie in Europa deutlich zurückgegangen. In Deutschland sind zuletzt unzureichend geimpfte Erwachsene und nicht geimpfte Kinder an Diphtherie gestorben. Am häufigsten ist die Rachen- und Kehlkopfdiphtherie. Die erhebliche Schwellung in diesem Bereich kann dann zum Ersticken führen. Außerdem sondern die Bakterien Giftstoffe ab, die andere Organe (z.B. den Herzmuskel oder auch motorische Nerven) schädigen können. Auch aufgrund dieser Komplikation endet die Krankheit nicht selten tödlich.

Als Erregerreservoir gelten z.Z. meist asymptomatische Bakterienträger. Die **Übertragung** erfolgt durch feinste Tröpfchen in der Atemluft durch Husten, Niesen oder auch Sprechen bei nahem Kontakt zu einem Träger, selten durch Gegenstände.

Die **Inkubationszeit** beträgt 2 bis 5 (selten 1 bis 7) Tage.

Wegen der anfänglich uncharakteristischen Symptome wird die Diagnose häufig erst so spät gestellt, dass eine **antibiotische Therapie** oder auch eine **Antitoxingabe** nicht mehr rechtzeitig erfolgt und das Leben des Patienten trotz Intensivtherapie nicht zu retten ist.

Der beste Schutz ist daher die mindestens dreimalige **Impfung** bereits im Säuglingsalter mit Auffrischimpfungen vor Schulantritt, einer weiteren ab dem 11.Lebensjahr und danach alle 10 Jahre.

Bitte achten Sie sorgfältig auf Ihren **eigenen Impfschutz**, er ist im wahrsten Sinne des Wortes lebensrettend.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Diphtherie erkrankt sind.

3. Enteritis durch enterohämorrhagisches E.coli (EHEC)

Infektionen des Menschen durch Enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC)- Bakterien führen im Dickdarm des Menschen zu entzündlichen Prozessen und sie können in bestimmten Fällen lebensbedrohliche Krankheitsbilder auslösen.

Als Reservoir für EHEC-Bakterien des Menschen gelten landwirtschaftlich genutzte Tiere (vor allem Rinder, aber auch kleine Wiederkäuer, wie Schafe und Ziegen) sowie von diesen gewonnene Lebensmittel, besonders Fleisch- und Milchprodukte. Spezielle Bedeutung besitzen rohes oder nicht ausreichend erhitztes Fleisch und Fleischprodukte sowie nicht pasteurisierte Milch- und Rohmilchprodukte.

Ursachen für EHEC-Infektionen beim Menschen können also sein:

- . Intensiver Tierkontakt zu EHEC-ausscheidenden Tieren (z.B. durch Streicheln, Tierpflege, Speichelkontakt etc.).
- . Verzehr von rohem oder unzureichend gegartem Rindfleisch.
- . Genuß von roher oder unzureichend erhitzter Milch, bzw. Frischkäse oder Sauermilchquark aus nicht erhitzter Milch.
- . Von großer Bedeutung ist allerdings auch die direkte Übertragung von Mensch zu Mensch, von Infizierten auf Gesunde durch Schmierinfektion. Dieser Übertragungsweg durch kleinste, unsichtbare Kotspuren auf Wasserhähnen oder Gegenständen (z.B. Spielzeug, Handtücher), spielt innerhalb von Toilettengemeinschaften (z.B. in Familien) eine große Rolle, da für eine Infektion des Menschen nur sehr geringe Keimmengen (weniger als 100 Bakterien) ausreichen. In Frankreich heißt diese Infektion deshalb die Krankheit der schmutzigen Hände.

Krankheitsbild: Die meisten Infektionen mit EHEC-Bakterien verlaufen leicht und bleiben deshalb häufig unerkant. Bei Kleinkindern, Säuglingen, alten Menschen oder abwehrgeschwächten Personen kann dieses Krankheitsbild allerdings eine dramatische Entwicklung nehmen.

Die **Inkubationszeit** beträgt in der Regel 1 bis 3 Tage, maximal bis zu 8 Tagen. Die Erkrankung beginnt mit wässrigen Durchfällen, die zunehmend wässrig-blutig werden können. Selten tritt Fieber auf, oft jedoch Übelkeit, Erbrechen und zunehmende Bauchschmerzen. In ca. 5 bis 10% der Fälle können sich lebensbedrohliche Krankheitsbilder entwickeln, die allerdings mit heutigen intensivmedizinischen Methoden behandelt werden können. Die Krankheit kann im Extremfall allerdings auch zum Tode führen.

Bei normalem Verlauf der Erkrankung ist eine **Antibiotika-Behandlung nicht angezeigt**, sie verlängert eher die Bakterienausscheidung und kann zur verstärkten Bildung der von den Bakterien produzierten Giftstoffe (Toxine) führen. In der Regel erfolgt bei einer EHEC-Infektion nur eine symptomatische Behandlung.

Die Vorbeugung von EHEC-Infektionen hat eine ganz wesentliche Bedeutung. Dazu gehören konsequente Hygienemaßnahmen durch die Verbraucher und die Vermeidung des Verzehrs nicht ausreichend erhitzter tierischer Lebensmittel. Für Garzeiten bei Speisen sind mindestens 70°C für zehn Minuten einzuhalten. Dies ist besonders beim Kochen in der Mikrowelle zu beachten. Rohe Lebensmittel sollten grundsätzlich bei Kühlschranktemperatur gelagert werden. Personen, die individuell durch eine Infektion besonders gefährdet sind, sollten Lebensmittel tierischer

Herkunft generell nicht roh verzehren. Beim Auftauen von tiefgefrorenen Lebensmitteln ist die Kontamination der unmittelbaren Umgebung durch Auftauwasser zu beachten. Da eine Übertragung von Mensch zu Mensch durch Schmierinfektion unter anderem auch in Einrichtungen der **Gemeinschaftsverpflegung** möglich ist, sind besondere Vorsorgemaßnahmen hinsichtlich der persönlichen Hygiene zu treffen. Dazu gehören neben ständiger sorgfältiger Reinigung der Hände auch der Gebrauch sauberer Arbeitskleidung und die regelmäßige gründliche Reinigung aller Gebrauchsgegenstände mit heißem Wasser.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Enteritis durch EHEC erkrankt sind.

4. Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)

Hinter dieser Bezeichnung verbergen sich eine Reihe von Virusinfektionen, denen gemeinsam ist, dass die Krankheitserreger Blutgefäße zerstören, in deren Folge es zu inneren Blutungen kommt, die auch mit modernen Medikamenten und Intensivtherapie nicht aufzuhalten sind. Der Verlauf ist häufig tödlich. Bekannt durch Spielfilme und Fernsehserien sind Lassa-, Ebolafeber und Marburgviruskrankheit. Damit wird auch deutlich, dass es sich um Krankheitserreger handelt, die in Afrika, manche auch in Südostasien oder auch im asiatischen Teil der GUS vorkommen (**importierte Infektion**).

Das Dengue-Fieber gehört ebenfalls zu den VHF und ist die Infektion, die hin und wieder nach einer Reise bei uns diagnostiziert wird. Durch rasant wachsende Städte mit Slumgebieten vor allem in Südostasien verbreitet sich eine Moskitoart, die Überträger dieses Virus ist. Während die o.g. gefürchteten VHF auch von **Mensch zu Mensch übertragbar** sind, ist das beim Dengue-Fieber praktisch nicht möglich; nur die **Stechmücken** können das Virus weitergeben.

Wird in den Medien von einem Krankheitsverdacht (z.B. Lassa-Fieber) berichtet, sind Panikreaktionen an der Tagesordnung. Wichtig ist aber im Gegenteil besonnenes und schnelles Handeln durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Deshalb sollten alle Rückkehrer aus den Tropen oder Subtropen mit schweren und besorgniserregenden Krankheitssymptomen unverzüglich das nächste Krankenhaus aufsuchen und Patienten selbst oder Begleiter dafür sorgen, dass das Gesundheitsamt benachrichtigt wird.

Die **Übertragung** der Viren erfolgt entweder durch Tröpfchen, Blutkontakte oder (wie geschildert) durch Stechmücken; eine genaue Aussage ist erst nach der Diagnostik in einem Speziallabor möglich. Aus diesem Grunde ist stets und zunächst einmal die strikte Isolierung der Patienten in einer besonders gesicherten Infektionsstation vorgeschrieben.

Eine eher nicht lebensbedrohliche Form der VHF ist die Nephropatia epidemica durch Hantaviren. Hier sind auch einige Infektionen **in Deutschland** beschrieben, die - meist vorübergehend - zu einer Nierenfunktionsstörung führen können.

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

Die **Inkubationszeit** der meisten VHF beträgt etwa eine Woche, beim Ebola-Fieber 2 bis 21 und beim Lassa-Fieber 6 bis 17 Tage.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn Sie selbst oder eine Person in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an virusbedingtem hämorrhagischen Fieber erkrankt sind.

5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis

Das Haemophilus influenzae b-Bakterium (HiB) ist ein bei uns häufig vorkommender Krankheitserreger. Die Weiterverbreitung erfolgt über **Tröpfcheninfektion** (z.B. durch Anhusten oder Anniesen). Das Bakterium kann die Schleimhäute der Atemwege besiedeln ohne Krankheitszeichen zu verursachen. Ob es im Krankheitsfall bei Erkältungs-Symptomen bleibt oder zu schwerwiegenden Verläufen kommt, kann nicht vorausgesagt werden. Vor allem Säuglinge und Kleinkinder bis zum 5. Lebensjahr (bis zum 6. Geburtstag) sind gefährdet, an einer eitrigen Hirnhautentzündung oder Kehledeckelentzündung zu erkranken.

Kehlkopfdeckelentzündung (Epiglottitis): Krankheitssymptome sind akut einsetzende Atemnot mit ziehender Einatmung, Schluckbeschwerden, Speichelfluss, kloßige Stimme und hohes Fieber.
Hirnhautentzündung (Meningitis): Krankheitszeichen sind unter anderem Benommenheit, Kopfschmerzen, Erbrechen, Fieber, z.T. Gliederschmerzen, Hals-schmerzen, in fortgeschrittenem Stadium auch Bewußtlosigkeit und Krampfanfälle. Die genaue Zeitdauer vom Erstkontakt mit dem Erreger bis zum Auftreten von Kehlkopfdeckel- oder Hirnhautentzündung (**Inkubationszeit**) ist nicht genau bekannt.

Ansteckungsfähigkeit: Ansteckungsfähigkeit besteht, solange die Erreger auf den Schleimhäuten der Atemwege nachweisbar sind. Bei antibiotischer Therapie ist nach 24 Stunden Behandlung keine Ansteckungsfähigkeit mehr gegeben.

Sofern Kontakt zu einer an Hib-Meningitis oder -Epiglottitis erkrankten Person bestanden hat und dieser nicht länger als 7 Tage zurückliegt, ist eine antibiotische Prophylaxe angezeigt.

Vor einer schwerwiegenden Hib-Infektion schützt die frühzeitige Hib-Impfung, die bei allen Kindern bis zum 5. Lebensjahr empfohlen wird.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an HiB-Meningitis erkrankt sind.

6. Impetigo contagiosa

Die Impetigo contagiosa (Borkenflechte) ist eine sehr ansteckende oberflächliche **Hautinfektion** und tritt vorwiegend bei Kindern auf. Typisch sind eitrige Hautbläschen, die bald nach Entstehen platzen und eine honiggelbe Kruste hinterlassen. In 80 Prozent aller Fälle wird sie durch A-Streptokokken hervorgerufen, in etwa 20 Prozent durch Staphylokokkus aureus. Es können sich auch beide Erreger in den Herden finden.

Die **Übertragung** der Erreger erfolgt durch berühren der betroffenen Hautareale oder Kontakt mit Kleidung auf der die Erreger haften.

Die **Inkubationszeit** ist sehr variabel und kann von einem Tag bis zu mehreren Wochen und Monaten reichen, da eine Verzögerung zwischen Besiedlung und Infektion eintreten kann.

Die Erkrankung ist nicht zu verwechseln mit Akne, superinfizierter Neurodermitis oder Psoriasis. Auch nicht jeder Furunkel ist hochinfektiös.

Je nach Schwere der Erkrankung ist eine lokale bzw. eine systemische **Antibiotikatherapie** notwendig.

Der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ist nach Abheilen aller infizierten Haut-areale wieder möglich. Bakteriell verunreinigte Kleidung sollte möglichst bei 60-90°C gewaschen werden.

Die Erkrankung ist regelmäßig nicht Folge mangelnder Körperhygiene. Meist liegen prädisponierende Faktoren in der Haut der Patienten zugrunde.

Zur Prävention von Neuinfektionen ist eine sorgfältige Hautpflege zu beachten.

7. Keuchhusten

Keuchhusten ist eine hoch ansteckende Erkrankung der Atemwege. Verursacht wird der Keuchhusten durch das Bakterium Bordetella pertussis.

Erste Krankheitszeichen treten 7 - 14 Tage nach Ansteckung mit dem Keuchhusten- Bakterium auf (**Inkubationszeit**). Über 1 - 2 Wochen husten die Kinder wie bei üblichen Erkältungskrankheiten. Für weitere 4 - 6 Wochen treten die typischen anfallsartigen Hustenanfälle (insbesondere nachts) auf. Bei sehr jungen Säuglingen kann es anstelle der Hustenanfälle auch zu lebensbedrohlichen Atempausen kommen. Nach dieser Akutphase husten die Kinder oft noch über Wochen.

Als Komplikation des Keuchhustens können Lungenentzündung, Mittelohrentzündungen sowie Gehirnentzündung auftreten; letztgenannte kann Krampfanfälle und bleibende neurologische Schäden verursachen.

Keuchhusten ist bereits wenige Tage **vor** Auftreten der ersten **Krankheitszeichen ansteckend**. Ohne Behandlung endet die Ansteckungsfähigkeit etwa drei Wochen nach Auftreten der ersten Krankheitssymptome.

Hat bei einem ungeimpften oder nicht vollständig geimpften Kind ein Keuchhusten- Kontakt stattgefunden, kann eine **frühzeitige Behandlung** mit einem Antibiotikum das Auftreten des Keuchhustens verhindern. Sind bereits Keuchhustensymptome aufgetreten, lässt sich durch Antibiotikagabe der Erkrankungsverlauf nicht mehr stoppen, die Ansteckungszeit kann jedoch deutlich verkürzt und der Schweregrad der Hustenanfälle vermindert werden.

Es ist belegt, dass mehr als die Hälfte aller Ersterkrankten in Familien Erwachsene sind. Das liegt daran, dass man mehrfach an Keuchhusten erkranken kann und der Impfschutz wahrscheinlich kaum länger als zehn Jahre anhält. Pertussis ist also nicht unbedingt eine „Kinderkrankheit“, und gerade **Personal in Gemeinschaftseinrichtungen** sollte bei entsprechenden Symptomen zur Abklärung eines Keuchhustens immer einen Arzt aufsuchen.

Einen wirksamen Schutz vor Keuchhusten bietet die schon im Säuglingsalter mögliche viermalige Schutzimpfung und eine Auffrischimpfung zwischen dem 11. Und 18. Lebensjahr.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie** selbst an Keuchhusten erkrankt sind.

8. Ansteckungsfähige Lungentuberkulose

Allgemeine Information: Die Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit, die durch langsam wachsende Mykobakterien hervorgerufen wird. Diese Bakterien werden durch Tröpfcheninfektion übertragen, wenn eine an offener Lungentuberkulose erkrankte Person beim Husten, Niesen oder Sprechen Krankheitserreger ausscheidet und diese von einer gesunden Person eingeatmet werden. Das ist insbesondere bei längerem häufigem Kontakt mit einer erkrankten Person in geschlossenen Räumen möglich. Die Ansteckungsgefahr bei Tuberkulose ist bei weitem nicht so groß wie bei Viruserkrankungen (z.B. Masern oder Windpocken). Neueste Untersuchungen zeigen auch, dass bei der Tuberkulose von erkrankten Kindern eine weitaus geringere Ansteckungsgefahr ausgeht als von erkrankten Erwachsenen!

Da es sich bei den Tuberkulosebakterien um langsam wachsende Erreger handelt, kann bei **Ansteckung** mit einer ersten Reaktion des infizierten Organismus frühestens 6 - 8 Wochen nach Kontakt mit den Bakterien gerechnet werden. Ob eine Infektion stattgefunden hat, kann man mit einem **Tuberkulin-Hauttest** überprüfen. Fällt dieser Test positiv aus (deutliche Rötung und tastbare Knötchenbildung), so bedeutet dies zunächst nur, dass sich das Immunsystem der Testperson mit den Tuberkulose-Bakterien auseinandergesetzt hat. Es muss nicht unbedingt eine aktive Tuberkulose-Erkrankung vorliegen! Ob dies der Fall ist, wird individuell nach Absprache mit dem Gesundheitsamt durch weitere Untersuchungen, z.B. Röntgenaufnahmen der Lunge, weiter abgeklärt. Die positive Testreaktion bei nicht geimpften oder zuvor negativ getesteten Personen ohne Nachweis einer aktiven Tuberkulose-Erkrankung, bezeichnet man als Tuberkulinkonversion.

Krankheitszeichen: Die Tuberkulose kann krankhafte Veränderungen in verschiedenen Organen hervorrufen, am häufigsten in der Lunge und besonders bei Kindern auch in den Halslymphknoten. Der Krankheitsbeginn ist immer uncharakteristisch und daher nur schwer zu erkennen. Krankheitszeichen sind z.B. auffallende Müdigkeit, Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit, Husten, Nachtschweiß, leichtes Fieber, hartnäckige tastbare Knoten im Halsbereich.

Behandlung: Die Tuberkulose lässt sich heute mit Medikamenten erfolgreich behandeln, wenn die erkrankte Person die verordnete Tabletten-Kombination regelmäßig und lange genug einnimmt. Nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist 4 Wochen nach Beginn einer korrekten Behandlung keine Ansteckungsgefahr mehr zu erwarten, wenn die Medikamente weiterhin regelmäßig eingenommen werden.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie** selbst **oder** eine **Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an ansteckungsfähiger Lungentuberkulose erkrankt sind.

Das Tätigkeitsverbot gilt nicht für alle **anderen Formen der Tuberkulose**, da diese nicht bzw. nur sehr selten übertragbar sind!

9. Masern

Erkrankung: Masern sind eine weit verbreitete Erkrankung, die durch Infektion mit dem Masernvirus hervorgerufen wird. Sie tritt vorwiegend im Kindesalter auf, aber auch bei Erwachsenen - und dann oft mit besonders schweren Krankheitszeichen. Durch Tröpfcheninfektion (z.B. Anhusten, Anniesen) werden die Masernviren leicht von Mensch zu Mensch übertragen. Die **Inkubationszeit** beträgt 8 bis 12 Tage bzw. 14 Tage bis zum Ausbruch des grobfleckigen und im Gesicht beginnenden Hautausschlags. Wenn die Masernerkrankung ohne Komplikationen verläuft, klingt sie nach 14 Tagen vollständig ab. **Krankheitszeichen** sind hohes Fieber und deutliches Krankheitsgefühl, starker Husten, Schnupfen und Bindehautentzündung der Augen mit auffallender Lichtscheu, manchmal schwere Durchfälle sowie ein typischer Hautausschlag, der hinter den Ohren beginnt und sich innerhalb weniger Tage über den ganzen Körper ausbreitet. Ansteckungsfähigkeit besteht 5 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Hautausschlags. Gegen die Erkrankung mit dem Masernvirus gibt es keine wirksame Therapie. Somit können auch mögliche Komplikationen nicht verhindert werden.

Komplikationen bei Masern sind sehr häufig und entstehen entweder durch das Masernvirus selbst oder durch zusätzliche Infektionen mit Bakterien, die sich ausbreiten können, weil das Masernvirus eine allgemeine Abwehrschwäche des Körpers bewirkt. Möglich sind schwere Lungenentzündungen, eitrige Ohrentzündungen, bleibende Schädigung des Hörnerven durch das Virus selbst, schwerer Pseudokrapp, Fieberkrämpfe, Entzündung des Gehirns (Enzephalitis) mit möglicher bleibender geistiger und körperlicher Schädigung und die gefürchtete SSPE (subakute sklerosierende Panenzephalitis), ein Spätschaden durch das Masernvirus mit langsamem Verlust aller Hirnfunktionen bis zum Tode.

Impfung als Vorbeugung und Verhinderung von Erkrankung und Komplikationen: Die wirksamste Vorbeugung ist die Masern-Impfung. Sie ist sehr gut verträglich und sollte in Form des Kombinationsimpfstoffs gegen Masern, Mumps und Röteln gegeben werden. Im Kinderimpfplan wird für Deutschland die zweimalige Impfung empfohlen. Die 1. Impfung sollte beim Kleinkind im Alter von 12 - 15 Monaten durchgeführt werden, die 2. Impfung kann bereits 4 Wochen später erfolgen und sollte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verabreicht worden sein. Auch ältere Kinder und Erwachsene, die keinen Masern-Impfschutz haben, können sich jederzeit gegen Masern impfen lassen. Durch die Impfung schützt man einerseits sich selbst gegen die Masernerkrankung und ihre Komplikationen, andererseits schützt man auch ungeimpfte Personen in der näheren Umgebung, insbesondere chronisch kranke oder immungeschwächte Menschen, die wegen ihrer Grunderkrankung nicht geimpft werden dürfen und bei Ansteckung lebensgefährlich erkranken können.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Masern erkrankt sind.

(Ausnahme siehe Anmerkungen zu § 34 Abs.7 IfSG).

10. Meningokokken-Infektion

Allgemeine Informationen: Meningokokken sind Bakterien, die sich vor allem während der Winter- und Frühlingsmonate im Rachen vieler Menschen befinden, ohne jedoch Krankheitszeichen hervorzurufen. Die Träger von Meningokokken können aber die Bakterien durch Husten und Niesen auf andere Personen weitergeben (sog. **Tröpfcheninfektion**). Die Ansteckungsgefahr nach Kontakt mit einer erkrankten Person ist erfahrungsgemäß gering. Die **Inkubationszeit** beträgt 1 bis 10 Tage, meistens weniger als 4 Tage. Es sind verschiedene Meningokokken-Typen bekannt, die ähnliche Krankheitsbilder hervorrufen. Gegen die in Deutschland am häufigsten vorkommende Meningokokkenform Typ B gibt es noch keinen Impfstoff. Gegen die Typen A und C kann **mit Erfolg geimpft** werden.

Bei der schweren Meningokokken-Erkrankung sind zwei Verlaufsformen möglich, von denen die zweitgenannte wesentlich seltener auftritt:

Hirnhautentzündung (Meningitis): Hier stehen Fieber, Benommenheit, starke Kopfschmerzen mit Nackensteifigkeit und Erbrechen im Vordergrund.

Überschwemmung des Körpers durch die Bakterien mit Bildung von Giftstoffen (Sepsis): Dieses lebensbedrohliche Krankheitsbild kann sich innerhalb von Stunden entwickeln, auch aus völligem Wohlbefinden heraus. Fieber und die rasche Verschlechterung des Allgemeinbefindens stehen im Vordergrund. Alarmzeichen sind Kreislaufkollaps und Sichtbarwerden von Einblutungen in der Haut. Kleinste rote Punkte in der Haut, später dann größere Blutergüsse am ganzen Körper sind bereits gefährlichste Anzeichen der fortgeschrittenen Erkrankung.

Wird die Infektion frühzeitig antibiotisch behandelt, ist eine Heilung möglich. Allerdings kommt die **Therapie** gerade bei Sepsis wegen des **rasanten Verlaufs** der Erkrankung oft zu spät und Organschädigungen sind so weit fortgeschritten, dass trotz Intensivtherapie das Leben des Patienten nicht zu retten ist.

Kontaktpersonen zu Patienten erhalten deshalb eine antibiotische Prophylaxe für einige Tage.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an einer Meningokokken-Infektion erkrankt sind.

11. Mumps

Illegeme Information: Mumps (Ziegenpeter, Parotitis epidemica) ist eine weit verbreitete Erkrankung, die durch das Mumpsvirus hervorgerufen wird und sowohl Kinder als auch Erwachsene befallen kann. Das Mumpsvirus wird vorwiegend über den Speichel erkrankter Personen leicht von Mensch zu Mensch übertragen. Die **Inkubationszeit** beträgt 12 bis 25 Tage, im Mittel 16 bis 18 Tage. Dabei ist der Speichel eines an Mumps erkrankten Menschen aber bereits 7 Tage vor sichtbarer Schwellung der Ohrspeicheldrüsen schon hochansteckend. Die Infektion mit dem Mumpsvirus bewirkt im Körper eine Entzündung fast aller Drüsen-Organen (Speicheldrüsen, Bauchspeicheldrüsen, auch Hodengewebe, Eierstöcke) und auch eine Entzündung im Bereich des Nervensystems fast immer in Form einer Hirnhautentzündung. Krankheitszeichen einer unkomplizierten Mumpsinfektion sind hohes Fieber und Kopfschmerzen, eine schmerzhaftige Schwellung der Speicheldrüsen (dicke Backe, abstehendes Ohrläppchen) und Bauchschmerzen wegen der Entzündung der Bauchspeicheldrüse. Gegen die Mumpserkrankung gibt es keine wirksame Therapie. Auch Komplikationen können somit nicht verhindert werden.

Komplikationen: Die Hirnhautentzündung (Mumps-Meningitis), die in der Regel gut ausheilt, kann in eine Entzündung des ganzen Gehirns (Enzephalitis) übergehen und bleibende Schäden hinterlassen. Eine häufige Komplikation ist die Entzündung der Hörnerven mit der Folge bleibender Schwerhörigkeit oder sogar völliger Ertaubung. Die häufigste Ursache einer kindlichen bleibenden Hörschädigung ist heute die durchgemachte Mumpserkrankung. Nach der Pubertät bewirkt die Mumpserkrankung bei Männern nicht selten eine sehr schmerzhaftige Entzündung des Hodengewebes und analog bei Frauen eine Entzündung der Eierstöcke.

Die wirksamste Vorbeugung ist die **Mumps-Impfung**. Sie ist sehr gut verträglich und sollte in Form des Kombinationsimpfstoffs gegen Masern, Mumps und Röteln gegeben werden. Im aktuellen Kinder-Impfplan wird in Deutschland die 2-malige Impfung empfohlen.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Mumps erkrankt sind.

(Ausnahme siehe Anmerkungen zu § 34 Abs.7 IfSG).

12. Paratyphus/Typhus abdominalis

Die Erreger sind Salmonella typhi und paratyphi. Sie sind weltweit verbreitet und in Ländern mit unzureichenden hygienischen Bedingungen sind besonders hohe Erkrankungszahlen zu verzeichnen, z.B. in Afrika, Südamerika und Südostasien. Etwa 80 % aller in Deutschland gemeldeten Typhus- und Paratyphuserkrankungen sind **importierte Infektionen** nach Reisen oder beruflichen Auslandsaufenthalten. Die **Übertragung** erfolgt vorwiegend durch die Aufnahme von Wasser und Lebensmitteln, die durch Exkremate von Ausscheidern kontaminiert wurden. Eine fäkalorale Übertragung (siehe oben bei Cholera) von Mensch zu Mensch ist selten. Die **Inkubationszeit** beträgt im Mittel 10 Tage. Die Ansteckungsfähigkeit beginnt in der ersten Krankheitswoche und endet, wenn keine Erreger mehr mit dem Stuhl ausgeschieden werden.

Die **Symptome** von Typhus und Paratyphus sind ähnlich, jedoch bei Paratyphus leichter ausgeprägt. Die Erkrankung beginnt mit Fieber, das über mehrere Tage ansteigt und unbehandelt wochenlang anhalten kann. Weitere Symptome sind Kopf-, Bauch- und Gliederschmerzen. Es kann zunächst Verstopfung auftreten, später bestehen häufig erbsbreiartige Durchfälle.

Die spezifische **Therapie** erfolgt antibiotisch und ist im frühen Stadium der Erkrankung sehr erfolgreich.

Sollte in Ihrer Einrichtung oder zu Hause eine Typhus-(Paratyphus-) Erkrankung diagnostiziert werden, ist eine gute Händehygiene (mit Verwendung eines Hände-desinfektionsmittels) die wichtigste Maßnahme, um eine Weiterverbreitung zu verhindern.

Es steht ein **Impfstoff** zur Verfügung und vor Reisen z.B. nach Indien, Pakistan, Indonesien, Ägypten, Türkei und Marokko ist eine **Schutzimpfung** zu erwägen.

Sie dürfen Ihre Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Typhus oder Paratyphus erkrankt sind.

13. Pest

Keine Infektionskrankheit hat im Laufe der Geschichte so viel Angst und Schrecken verbreitet wie die Pest. Man geht davon aus, dass durch sie im 14. Jahrhundert in Europa und im nahen Osten 25 Millionen Menschen starben. Die letzte große Pandemie, die auch Europa erreichte, begann 1855 in Asien.

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

An den Beispielen wird deutlich, dass der **Import des Erregers** nach einer Reise nicht ganz unwahrscheinlich ist.

Die **Inkubationszeit** beträgt bei der Beulenpest 2 bis 6 Tage und bei der Lungenpest Stunden bis 2 Tage.

Eine antibiotische **Behandlung** ist möglich; nur durch die frühzeitige Therapie kann allerdings die Rate tödlicher Verläufe entscheidend gesenkt werden.

Jeder Erkrankungs- und Verdachtsfall ist in einer Isolierstation abzusondern. Die frühe antibiotische Therapie ist lebensrettend. Auch Kontaktpersonen erhalten - ob der Gefährlichkeit der Erkrankung - eine prophylaktische Antibiotikabehandlung und müssen zumindest zu Hause isoliert werden.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Pest erkrankt sind.

14. Poliomyelitis

Die Geschichte der Kinderlähmung in Deutschland ist gleichzeitig die Erfolgsgeschichte einer Impfung. 1961 erkrankten in Deutschland noch 4673 Menschen an Poliomyelitis, dann wurde die Schluckimpfung angeboten und 1962 waren es „nur“ 276 Neuerkrankungen. Seit 1990 hat sich hierzulande ganz sicher kein Mensch mehr mit diesem Virus infiziert. Vereinzelt erkrankungen wurden noch bei unzureichend geimpften Personen nach Auslandsaufenthalten beobachtet (**importierte Infektion**).

Da das Virus nur beim Menschen vorkommt und weltweit große Anstrengungen unternommen werden, alle Kinder zu impfen, besteht die Hoffnung, dass die Kinderlähmung bald völlig verschwinden wird. Der amerikanische Kontinent ist seit 1994 poliofrei. Im Moment kommt es noch zu Neuerkrankungen in einigen Gegenden Indiens, in Kriegsgebieten Afrikas und in Afghanistans (weil Kriege Impfkampagnen nicht zulassen).

Die **Übertragung** erfolgt fäkal-oral (s.o. bei Cholera). Das Virus wird von infizierten Personen **massiv im Stuhl ausgeschieden**. Die Kontamination von Händen, Lebensmitteln und Gegenständen sind die Hauptursache für die Virusausbreitung.

Die **Krankheit** beginnt mit Fieber, Übelkeit und Muskelschmerzen. Nach einigen Tagen können Lähmungen an Armen, Beinen, Bauch-, Thorax- oder Augenmuskeln auftreten. Die Mehrzahl der Infektionen (über 90%) verläuft ohne Symptome!

Die **Inkubationszeit** beträgt in der Regel 7 bis 14 Tage.

Die **Therapie** besteht in sorgfältiger Pflege, Bettruhe, Lagerung und Kranken-gymnastik; bei Schluck- oder Atemlähmung kann nur Behandlung auf einer Intensivstation helfen.

Obwohl Neuerkrankungen an Poliomyelitis in Deutschland ganz unwahrscheinlich sind, muss **jede akute schlaffe Lähmung sofort dem Gesundheitsamt mitgeteilt werden**, das weitere Untersuchungen veranlasst.

Die Schluckimpfung führte in seltenen Fällen durch die Mutation der Impfviren im Darm zu Lähmungen wie bei einer „echten“ Poliomyelitis. Aus diesem Grund wird seit 1998 die Impfung mit inaktiviertem Impfstoff empfohlen, der diese **Nebenwirkung nicht** hat.

Sie sind sicher gegen diese Erkrankung geschützt, wenn für Sie mindestens drei Polioimpfungen dokumentiert sind.

Sie dürfen ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Poliomyelitis erkrankt sind.

15. Scabies (Krätze)

Erreger, Krankheitszeichen: Die Krätze (Scabies) des Menschen ist eine durch Krätzmilben hervorgerufene Hauterkrankung. Die Milbenweibchen legen in der Hornschicht der Haut ihre Eier ab und fressen dabei typische zentimeterlange Milbengänge in die Haut. Aus den Eiern entwickeln sich über ein Larvenstadium die geschlechtsreifen Tiere.

Krankheitszeichen bei Befall mit Krätzmilben sind starker Juckreiz (besonders bei Bettwärme), Bildung mückenstichartiger kleiner roter Punkte und/oder strichförmige Hautrötungen, die sich durch Jucken zu Eiterpusteln entzünden können und die oft den Verlauf der Milbengänge anzeigen. Bevorzugt befallen werden die Hautstellen zwischen den Fingern, die Beugeseiten von Handgelenken und Ellenbogen, die Achselhöhlen und alle Hautstellen im Bereich der Unterwäsche.

Typisch ist ein starker Juckreiz in der Nacht, da die Milben besonders durch die Bettwärme aktiv werden. Außerhalb der Haut überleben die Milben nur 2 - 3 Tage. Bei einer Temperatur bis zu 200 Celsius sind sie nur wenig beweglich, bei 500 Celsius sterben sie innerhalb von wenigen Minuten ab. Die **Übertragung** erfolgt hauptsächlich durch engen körperlichen Kontakt in der Familie, z.B. beim Schlafen im selben Bett oder bei gemeinsamer Benutzung von Handtüchern, seltener über sonstige Kleidungsstücke, sehr selten beim Spielen im selben Raum oder über gemeinsam angefasste Gegenstände.

Die **Inkubationszeit** beträgt 20 - 35 Tage.

Findet eine erneute Ansteckung statt bei einer bereits vorliegenden Erkrankung, die noch nicht ganz abgeklungen ist und nicht richtig ausbehandelt wurde (sog. Reinfektion), erkrankt die Haut

schon nach wenigen Tagen von neuem, und es besteht erneute Ansteckungsgefahr für nahe Kontaktpersonen.

Behandlung: Die Behandlung der Krätze erfolgt durch Auftragen von Medikamenten (z.B. Emulsionen) auf die Haut. Die Behandlung muss individuell nach den Empfehlungen des behandelnden Arztes in Abhängigkeit vom Alter der erkrankten Person durchgeführt und überwacht werden.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie** selbst an Scabies erkrankt sind.

Besondere Empfehlungen für Gemeinschaftseinrichtungen:

Durch Waschen der Wäsche bei 600 Celsius oder durch chemische Reinigung werden Milben aus Wäsche und Kleidung abgetötet. Ist dies nicht möglich, können Kleidungsstücke z.B. in Plastiksäcke eingepackt werden. Nach einer Woche sind evtl. vorhandene Milben dann abgetötet. Polster, Möbel und Teppiche sollten gründlich mit dem Staubsauger gereinigt werden. Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen oder Spielsachen ist nicht notwendig.

Die Familie des erkrankten Kindes sollte eindringlich dahingehend beraten werden, dass sich **alle** Mitglieder der Wohngemeinschaft ärztlich untersuchen und bei Krankheitszeichen mitbehandeln lassen sollten! Alle Personen sollten dabei zum selben Zeitpunkt behandelt werden. Dies ist wichtig, da bei ungenügender Behandlung anderer erkrankter Familienmitglieder mit häufigen Rückfällen und weiterer Ausbreitung der Erkrankung zu rechnen ist. Ein Ausschluss aus der Gemeinschaftseinrichtung von Kontaktpersonen, die nicht erkrankt sind, ist jedoch nicht notwendig.

16. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen

Allgemeine Information: Scharlach ist eine durch Bakterien (β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A) verursachte Infektionskrankheit. Es gibt verschiedene Bakterienstämme, von denen jeder Einzelne alle Scharlachsymptome verursachen kann. Da durchgemachter Scharlach nur eine Immunität gegen bestimmte Stämme hinterlässt, kann es mehrfach zu Scharlachinfektionen kommen.

Die **Übertragung** des Scharlachs erfolgt durch **Tröpfcheninfektion**. Neben der Übertragung von Mensch zu Mensch ist auch eine Übertragung durch Scharlachbakterien auf Gegenständen (z.B. über in den Mund genommenes Spielzeug) möglich.

Die **Inkubationszeit** beträgt im Mittel 3-5 Tage, sie kann auf wenige Stunden verkürzt und bis zu 20 Tage verlängert sein.

Der **Verlauf** des Scharlachs kann unterschiedlich schwer ausgeprägt sein. Der Beginn kann akut sein mit Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost, hohem Fieber und Halsschmerzen. Die Rachenmandeln sind in der Regel gerötet und angeschwollen, meist mit gelben Stippchen belegt, der Gaumen kann fleckig gerötet sein, die Zunge ist anfänglich dick weißlich belegt. Der Zungenbelag stößt sich innerhalb von 3 Tagen ab und hinterläßt eine himbeerartig aussehende Zunge. Das Gesicht ist meist - bei Ausparung der Haut um den Mund herum (blasses Munddreieck) - gerötet. Es entwickelt sich ein feinfleckiger Ausschlag, der meist am Brustkorb beginnt und sich über den Stamm auf Arme und Beine ausbreitet. Nach Abklingen des Ausschlags (meist nach 6 - 9 Tagen) schält sich in der Regel die Haut an Händen und Füßen. Neben diesem typischen Scharlachverlauf kann es auch zu sehr symptomarmen Verläufen kommen.

Komplikationen des Scharlachs können ausgelöst werden durch das Bakterium selbst, durch von ihm gebildete Toxine (Stoffwechselprodukte der Bakterien, die Krankheitssymptome verursachen) sowie durch allergische Reaktionen. Es kann kommen zu: Mittelohr- und Nebenhöhlenentzündung, Lungenentzündung, Abszeßbildungen, Sepsis, Erbrechen, Durchfällen, Blutungen im Bereich innerer Organe, Herz- und Nierenschädigungen, Schädigung im Bereich des Zentralnervensystems und rheumatischem Fieber.

Zur Vermeidung Komplikationen sollte bei jeder Scharlacherkrankung eine **antibiotische**

Behandlung durchgeführt werden. Erfolgt diese, ist ein Patient 24 Stunden später nicht mehr infektiös.

Unbehandelt ist der Scharlach **3 Wochen** ansteckend.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie** selbst an Scharlach erkrankt sind.

17. Shigellose

Die Shigellose, auch **bakterielle Ruhr** genannt, ist charakterisiert durch akuten Durchfall, der schleimig oder blutig sein kann und hohes Fieber. Im typischen Fall beginnt die Shigellose abrupt mit hohem Fieber, Kopfschmerzen und ausgeprägtem Krankheitsgefühl sowie krampfartigen Bauchschmerzen. Allerdings sind auch milde Verlaufsformen bekannt, sodass eine sichere Diagnose nur durch Nachweis des Erregers im Stuhl gestellt werden kann.

Die Infektion erfolgt fäkal-oral (s.o. bei Cholera), in den meisten Fällen durch **Personenkontakt**. Andere Infektionswege sind die Aufnahme von kontaminierter Nahrung oder Wasser.

Die Inkubationszeit beträgt 1 bis 7 Tage (gewöhnlich 2 bis 4 Tage).

Shigellen sind **hochinfektiös**. Die Aufnahme von nur 10 Bakterien kann eine Erkrankung auslösen. Nach dieser Schilderung wird verständlich, warum Gruppen-erkrankungen in Kindergemeinschaftseinrichtungen immer wieder vorkommen. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und der häufigen Übertragung von Mensch zu Mensch sollte ein Ausbruch dieser Durchfallerkrankung besonders beachtet und auf Einhaltung von Hygienemaßnahmen gedrungen werden.

Die **Therapie** der Erkrankung besteht in erster Linie in der Gabe oraler Elektrolytlösungen. Auch der Nutzen einer antibiotischen Therapie ist belegt.

Die **beste Prophylaxe** ist die Beachtung **hygienischer Grundregeln**, häufiges Händewaschen trägt wesentlich zur Begrenzung der Erregerausbreitung bei.

Wird bei einem Kind eine Shigellose diagnostiziert, sollte für eine Woche (Dauer der Inkubationszeit) die Zubereitung von Gemeinschaftsverpflegung in der Einrichtung eingestellt werden. Treten keine weiteren Erkrankungen auf, kann es dann wieder aufgenommen werden, weil davon auszugehen ist, dass keine weiteren Personen infiziert wurden. Jedenfalls sollten nicht die selben Personen Essen zubereiten oder verteilen und Windeln wechseln.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie** selbst **oder** eine **Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Shigellose erkrankt sind.

18. Typhus abdominalis (siehe Punkt 12)

19. Virushepatitis A oder E

Allgemeine Information: Bei der Hepatitis A handelt es sich um eine durch ein Virus hervorgerufene Leberentzündung. Die Hepatitis A ist eine weltweit verbreitete Infektionskrankheit, die nicht nur für die Entwicklungsländer von Bedeutung ist, sondern auch in den Industrieländern eine Rolle spielt. Untersuchungen von Personen unter 30 Jahren zeigen, dass auch in Mitteleuropa etwa 5 % des untersuchten Personenkreises eine Hepatitis A durchgemacht hat. Die Erkrankung beginnt häufig mit uncharakteristischen Erscheinungen wie allgemeinem Unwohlsein, Kopf-, Glieder- und Oberbauchschmerzen, Durchfall und Fieber, nach wenigen Tagen, manchmal auch nach 1 - 2 Wochen, Gelbfärbung der Augen und der Haut (**"Gelbsucht"**). Gelegentlich macht man die Hepatitis A aber auch unbemerkt durch. Die **Inkubationszeit** beträgt 15 - 45 Tage (im Mittel 25 - 30 Tage). Die Ansteckungsfähigkeit einer erkrankten Person beginnt bereits 1 - 2 Wochen vor Auftreten von Krankheitszeichen und dauert bis zu 1 Woche nach Auftreten der Gelbsucht an. Die **Übertragung** der Hepatitis A-Erreger erfolgt fäkal-oral, d. h. über Weiterverbreitung durch Schmierinfektion z.B. nach Kontakt mit Erregern im Stuhl und mangelhafter Händedesinfektion oder durch Genuß von kontaminierten Lebensmitteln wie Meeresfrüchten oder kontaminiertem Wasser. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht in

vielen südlichen Ländern. In unseren Gemeinschaftseinrichtungen muss mit Erkrankungsfällen vermehrt nach den Sommerferien gerechnet werden, wenn die Hepatitis A von ungeimpften Personen als Reisehepatitis aus südlichen Urlaubsorten eingeschleppt wird (importierte Infektionen).

Die Hepatitis A-Impfung: Es gibt einen gut verträglichen aktiven Impfstoff gegen die Hepatitis A, der für Kinder ab dem 2. Lebensjahr zugelassen ist. Die Hepatitis A-Impfung ist für Kinder empfohlen bei Auftreten einer Hepatitis A-Erkrankung im Umfeld mit gleichzeitigem engem Kontakt zum Erkrankten, wie er z.B. im Haushalt, in Kindertageseinrichtungen, in Kinderheimen und vereinzelt auch in der Schule vorkommt. Auch vor Reisen in Länder mit erhöhtem Hepatitis A-Risiko sollte geimpft werden. Für Erwachsene gibt es neben den allgemeinen Impfempfehlungen vor Auslandsreisen auch Empfehlungen für einzelne Berufsgruppen, die sich gegen Hepatitis A impfen lassen sollten, nämlich solche, die vermehrtem Kontakt zu möglicherweise kontaminiertem Wasser und Fäkalien ausgesetzt sind. Hierzu gehört auch das Personal von Kindertageseinrichtungen!

Empfehlungen für Gemeinschaftseinrichtungen: Nach Bekanntwerden eines Erkrankungsfalles an Hepatitis A in einer Gemeinschaftseinrichtung sollten die Eltern der anderen Kinder und das gesamte Personal der Einrichtung über den Erkrankungsfall informiert werden. Alle Kontaktpersonen im Kindergarten und alle Familienmitglieder des Erkrankten sollten umgehend ärztlich untersucht werden und bei fehlenden Krankheitszeichen und fehlendem Impfschutz eine Hepatitis A-Impfung erhalten.

Die wichtigste vorbeugende Maßnahme zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Hepatitis A-Erreger in einer Gemeinschaftseinrichtung ist die Einhaltung strenger Hygiene-Regeln!

Notwendig ist vor allem eine gründliche Händedesinfektion nach jedem Toilettengang zur Verhinderung der Virus-Übertragung durch weitere fäkal-orale Schmierinfektion.

Für die Dauer der Inkubationszeit sollen sich Kontaktpersonen daher die Hände nach jedem Stuhlgang und auch vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel einreiben.

In der Überschrift ist auch die **Virushepatitis E** genannt. Der Erreger kommt praktisch nur außerhalb Westeuropas vor. Der Verlauf, die Übertragungswege und die Prognose sind mit der Hepatitis A vergleichbar. Es handelt sich in der Regel um eine **importierte Infektion** nach beruflichem oder Urlaubsaufenthalt in wenig entwickelten Ländern.

Die Diagnostik ist nur in Speziallaboratorien möglich.

Eine **Schutzimpfung** steht nicht zur Verfügung.

Es gelten die gleichen **Präventionsmaßnahmen** wie bei Hepatitis A.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn **Sie selbst oder eine Person** in Ihrer häuslichen Gemeinschaft an Hepatitis A oder E erkrankt sind.

20. Windpocken

Allgemeine Information : Windpocken sind eine hochansteckende Viruserkrankung. An Windpocken oder an Gürtelrose erkrankte Personen (Gürtelrose wird durch Windpockenviren ausgelöst) können die Windpocken weiterverbreiten. Es handelt sich um eine sogenannte **„fliegende Infektion“**. (Die Viren können durch Luftzug über mehrere Meter Entfernung weitertransportiert werden).

Die **Inkubationszeit** beträgt in der Regel 14 - 16 Tage, sie kann auf 8 Tage verkürzt oder bis zu 28 Tagen verlängert sein.

Erste **Krankheitszeichen** können leichtes Fieber und Erkältungssymptome sein. Dann treten schubweise Bläschen am gesamten Körper auf. Die Bläschen füllen sich zunehmend mit

Flüssigkeit, trocknen dann ein; es bilden sich Krusten, die unter Hinterlassung einer kleinen Narbe abfallen. Da über mehrere Tage schubweise neue Bläschen auftreten, kann man zeitgleich mit Flüssigkeit gefüllte Bläschen, eingetrocknete Bläschen, Krusten und Narben erkennen.
Der Krankheitsverlauf kann unterschiedlich schwer sein.

Als Komplikationen sind bekannt: Eitrige Haut- und Schleimhautentzündung, Entzündungen im Bereich von Gehirn- und Rückenmark sowie der Hirnhäute, Lungenentzündungen, Blutungen im Magen-Darmbereich und Gerinnungsstörungen. Windpockenkontakt kann eine Gürtelrose aktivieren.

Einen besonders schweren Verlauf können Windpocken bei Patienten nehmen, die an einer Immunschwäche oder einer schweren Hauterkrankung (z.B. Neurodermitis) leiden. Diese Personen und auch ihre im Haushalt lebenden Familienangehörigen sollen, sofern sie noch keine Windpocken durchgemacht haben, gegen Windpocken geimpft werden.

Besonders gefährlich ist die Windpockeninfektion einer Schwangeren, sofern sie selbst noch keine Windpocken durchgemacht hat und nicht gegen Windpocken geimpft ist. In der Frühschwangerschaft kann es zu Fehlbildungen oder Fehlgeburt kommen. Bei einer Erkrankung 4 Wochen oder kürzer vor der Entbindung oder in den ersten zwei Tagen nach der Entbindung kann es beim Neugeborenen zu einer lebensbedrohlich verlaufenden Windpockenerkrankung kommen.

Ansteckungsfähigkeit: Die Windpocken sind ansteckend 2 Tage vor Auftreten des Ausschlags bis 7 Tage nach Auftreten der ersten Bläschen. Dies bedeutet, dass Patienten ca. eine Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung die Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen dürfen.

Kindergartenpersonal, insbesondere Frauen mit Kinderwunsch, sollten – sofern sie selbst noch keine Windpocken durchgemacht haben – gegen Windpocken geimpft werden.

Sie dürfen Ihrer Tätigkeit nicht nachgehen, wenn Sie selbst an Windpocken erkrankt sind.

Zusätzliche Informationen zu bestimmten Erkrankungsbildern

▪ Kopflausbefall

Kopfläuse sind Parasiten des Menschen; haben aber als potenzielle Überträger von Krankheitserregern in unseren Breiten keine Bedeutung. Deshalb sind sie in § 34 IfSG nicht im Katalog der Infektionskrankheiten aufgeführt, sondern im fortlaufenden Text abgesetzt als „Lästlinge“ genannt.

Der Stich der Läuse zur Aufnahme von Blut verursacht Juckreiz, Kratzwunden können sich sekundär entzünden. Bei entzündlichen oder eiternden Herden an den Rändern der Kopfbehaarung ist stets auch an Kopflausbefall zu denken.

Infektionsweg Läuse neigen von ihrer Natur her nicht dazu, ihren Lebensraum, den behaarten Kopf, zu verlassen! Wenn eine Übertragung erfolgt, so hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt durch Überwandern der Parasiten von Haar zu Haar („Haar-zu-Haar-Kontakt“). Gelegentlich ist die Übertragung aber auch **indirekt** möglich über Gegenstände, die mit dem Haupthaar in Berührung kommen und **die innerhalb einer kurzen Zeitspanne gemeinsam benutzt** werden (Kämme, Haarbürsten, Schals, Kopfbedeckungen – u.U. bis hin zum Fahrradhelm, Kopfunterlagen u.a.). Läuse können mit ihren Klammerbeinen nicht springen oder größere Strecken außerhalb des Wirtes zurücklegen. – Haustiere sind keine Überträger von Kopfläusen.

3 Therapieoptionen:

Eine optimale Behandlung besteht nach heutiger Auffassung in der Kombination chemischer, mechanischer und physikalischer Wirkprinzipien, so dass synergistische Effekte genutzt werden können:

1. Topische Behandlung mit pedikuloziden Substanzen

Am Tag der Diagnose (Tag 1) soll unter genauer Beachtung aller Hinweise der Hersteller mit einem Insektizid behandelt werden. Mit pedikuloziden Substanzen wurden bei Kopflausbefall in verschiedenen Studien Erfolgsraten von über 90% erzielt. Da Kopflausmittel nicht zuverlässig alle Eier abtöten und in Abhängigkeit vom Mittel und dessen Anwendung Larven nach der **Erstbehandlung** nachschlüpfen können, muss innerhalb eines engen Zeitfensters unbedingt eine **Wiederholungsbehandlung** mit dem Kopflausmittel durchgeführt werden (am Tag 8, 9 oder 10, **optimal: Tag 9 oder 10**). Dieser enge zeitliche Rahmen ergibt sich, weil bis zum 7. bzw. 8. Tag noch Larven nachschlüpfen und ab dem 11. Tag junge Weibchen bereits neue Eier ablegen können.

Gegenwärtig sind **Präparate mit den Wirkstoffen Allethrin, Permethrin bzw. Pyrethrum** als Arzneimittel für eine Kopflausbehandlung zugelassen.

Mögliche Fehler in der Behandlung, die das Überleben nicht nur von Eiern, sondern auch von Larven oder Läusen begünstigen, sind

- zu kurze Einwirkzeiten,
- zu sparsames Ausbringen des Mittels,
- eine ungleichmäßige Verteilung des Mittels,
- eine zu starke Verdünnung des Mittels in triefend nassem Haar,
- das Unterlassen der Wiederholungsbehandlung!

2. Nasses Auskämmen

„Nasses“ Auskämmen mit Haarpflegespülung und Läusekamm in 4 Sitzungen an den Tagen 1, 5, 9 und 13 führte in einer Studienbeobachtung bei 57% der behandelten Kinder zur Entlausung und hat somit nicht nur einen diagnostischen, sondern auch einen therapeutischen Wert. Während die erste Sitzung die Entfernung adulter Läuse zum Ziel hat, sollen die folgenden dazu dienen, nachgeschlüpfte Larven zu entfernen. Am Tag 17 sollte der Behandlungserfolg nochmals überprüft werden (detaillierte Informationen zu dieser Vorgehensweise finden sich z.B. unter www.pediculosis.de). Das Verfahren ist zeitaufwändig und erfordert viel Geduld von „Behandlern“ und Betroffenen, in Kombination mit einer topischen Behandlung sichert es aber eine hohe Erfolgsquote.

3. Empfohlenes Behandlungsschema bei Kombination beider Verfahren:

Tag 1: Mit einem Insektizid 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 Insektizid behandeln, um spät geschlüpfte Larven abzutöten,

Tag 13: Kontrolluntersuchung durch nasses Auskämmen,

Tag 17: evtl. letzte Kontrolle durch nasses Auskämmen.

Weitere Hinweise zur Therapie: Bezüglich der Anwendung und der möglichen Nebenwirkungen sind die Angaben der Hersteller sorgfältig zu beachten. Bei fehlender Erfahrung sollte ganz besonders bei der Behandlung von Kleinkindern ärztlicher Rat eingeholt werden. Während der Schwangerschaft und in der Stillzeit, bei MCS-Syndrom (multiple Überempfindlichkeit gegen chemische Substanzen) und Chrysantemenallergie wird empfohlen, Kopfläuse rein mechanisch durch nasses Auskämmen mit dem Läusekamm zu entfernen.

Das mitunter empfohlene Abtöten von Läusen und Nissen durch die Anwendung von Heißluft, z.B. mittels eines Föhns, ist unzuverlässig und kann zu erheblichen Kopfhautschädigungen führen, so dass grundsätzlich davon abzuraten ist. Ebenso ist ein Saunaaufenthalt zur Abtötung der Läuse ungeeignet. – Bakterielle Superinfektionen bedürfen der ärztlichen Behandlung.

Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen

A. Präventive Maßnahmen

Besonders in Gemeinschaftseinrichtungen und im Kindes- und Jugendalter muss immer mit dem Auftreten von Kopfläusen gerechnet werden. Ihrer Ausbreitung kann dann durch entsprechende Aufmerksamkeit und geeignete Maßnahmen verlässlich entgegengewirkt werden. Erzieher und Betreuer sollten über ein Grundwissen bezüglich der notwendigen Maßnahmen der Verhütung und Bekämpfung verfügen. Informationsmaterial sollte vorrätig sein.

B. Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen

Festgestellter Kopflausbefall erfordert ohne Zeitverzug (möglichst am Tage der Feststellung – Tag 1):

- bei den **Personen mit dem Befall** eine sachgerecht durchgeführte **Behandlung** mit einem zugelassenen Arzneimittel oder einem Medizinprodukt, das zur Tilgung von Kopflausbefall nachweislich geeignet ist, ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des mit Wasser und Haarpflegespülung angefeuchteten Haars (s. Abschnitt Therapie);
- bei den betroffenen **Kontaktpersonen** in Familie, Kindereinrichtungen, Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen (gleiche Gruppe oder Klasse) eine **Information** mit dem Ziel, eine **Untersuchung** und ggf. Behandlung zu veranlassen;
- im Haushalt und Kindergarten/Kinderhort ergänzende Hygienemaßnahmen.

Nach der sachgerechten Anwendung eines zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels, ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des mit Wasser und Pflegespülung angefeuchteten Haars mit einem Läusekamm, ist eine Weiterverbreitung auch bei noch vorhandenen vitalen Eiern mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu befürchten.

C. Hygienemaßnahmen in Haushalt, Kindergarten und Kinderhort:

Da Kopfläuse sich nur auf dem menschlichen Kopf ernähren und vermehren können, sind Reinigungs- und andere Maßnahmen von untergeordneter Bedeutung und dienen vorsorglich der Unterbrechung eventuell möglicher Übertragungsvorgänge:

- Käämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollen in heißer Seifenlösung gereinigt werden,
- Schlafanzüge und Bettwäsche, Handtücher und Leibwäsche sollen gewechselt werden,
- Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollen für **3 Tage** in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden. Insektizid-Sprays sind nicht nötig.

Dass diese Maßnahmen das Untersuchen und Behandeln der Personen im näheren Umfeld des zuerst erkannten Trägers von Kopfläusen lediglich ergänzen, ergibt sich aus der Tatsache, dass Kopfläuse mehrfach täglich Blut saugen müssen, um nicht auszutrocknen, und dass sie ohne Nahrung nach spätestens 55 Stunden abgestorben sind.

D. Maßnahmen bei Ausbrüchen

Gehäuftes Auftreten von Kopflausbefall in einer Gemeinschaftseinrichtung ist ein gesundheitliches Problem, dessen Lösung in besonderer Weise den medizinischen Sachverstand des zuständigen Gesundheitsamtes erfordert. Prinzipiell sind die gleichen Maßnahmen wie bei einem einzelnen Fall erforderlich, jedoch in größerem Umfang und mit besonders zuverlässigen Kontrollmechanismen. Alle Eltern oder Angehörigen sollten umfassend informiert werden. Das Gesundheitsamt legt in Abhängigkeit von der Situation und im Einvernehmen mit der betroffenen Einrichtung und den Eltern die notwendigen

Maßnahmen fest; es unterstützt die Einrichtung ggf. bei deren Durchführung. In Kindereinrichtungen oder Schulen können zusätzlich zur Ausgabe von Informationsmaterial Elternabende dazu beitragen, die Mitwirkung vieler Eltern in kurzer Zeit zu gewährleisten.

Nicht nur Besucher, sondern auch Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen dürfen diese nicht betreten, wenn bei ihnen Kopflausbefall festgestellt wurde.

In diesem Merkblatt können nur die wichtigsten Informationen wiedergegeben werden. Ausführliche Hinweise enthält der Ratgeber Kopflausbefall des Robert Koch-Institutes, der im Internet unter www.rki.de > Rubrik Infektionskrankheiten A – Z > Stichwort Kopflausbefall eingesehen werden kann. Er enthält auch Empfehlungen zur Kooperation von Elternschaft, Einrichtungen und Gesundheitsämtern.

▪ **Infektiöse Gastroenteritis, Besonderheit für Kinder im Vorschulalter**

§ 34 Abs.1 Satz 3 bestimmt, dass **Kinder, die das 6.Lebensjahr noch nicht vollendet haben** und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, die Gemeinschaftseinrichtung nicht besuchen dürfen, bis nach dem Urteil des behandelnden Arztes eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht mehr zu befürchten ist.

Diese altersabhängige Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres eine erheblich höhere Inzidenz (Rate an Neuerkrankungen) an Salmonellen und sonstigen infektiösen Gastroenteritiden besteht, die im Vorschulalter häufiger von Kind zu Kind übertragen werden können. Schulkinder sind in der Lage durch Waschen der Hände, ggf. deren Desinfektion, eine Weiterverbreitung der Erreger durch Schmierinfektion zu verhindern.

Die Benutzung von Gemeinschaftstoiletten stellt kein besonderes Risiko dar, wenn sie mit Toilettenpapier, Seifenspendern, Waschbecken und Einmalhandtüchern ausgestattet sind und regelmäßig gereinigt werden.

Damit wird eine infektionsepidemiologisch wie sozial verträgliche Regelung für Schulkinder erreicht. Diese müssen mit einer unspezifischen Durchfallerkrankung nicht zu Hause bleiben, da bei Beachtung einfacher Hygieneregeln eine Übertragung in der Gemeinschaftseinrichtung nicht zu befürchten ist. Die erwähnten unspezifischen Durchfallerkrankungen machen im Kindesalter den Großteil aller Gastroenteritiden aus. Viele Erreger können die Ursache sein. Die wichtigsten Bakterien sind Salmonellen, bestimmte Staphylokokkenstämme Yersinien und Campylobacter. Bei den Viren sind in erster Linie Rotaviren, Adenoviren und Noroviren zu nennen. Da beim unkomplizierten Durchfall eine aufwendige und teure Diagnostik unterbleiben kann, lassen sich kaum Prozentzahlen über die Häufigkeit der einzelnen Erregerzahlen benennen.

Wichtig ist, dass die allseits bekanntesten Salmonellen NICHT der häufigste Erreger sind und die **Übertragung** von Mensch zu Mensch bei Beachtung einfacher Händehygiene wirksam unterbunden werden kann.

Die **Inkubationszeit** beträgt manchmal nur Stunden (z.B. bei Staphylokokken), bei den anderen Erregern meist 2 – 7 Tage, nur selten länger.

Die **Behandlung** besteht in der Regel im Ersatz des Flüssigkeits- und Elektrolytverlustes.

Wichtig:

Noch einmal sei daran erinnert, dass bestimmte schwere, auch lebensbedrohliche Durchfallerkrankungen bei uns nur sehr selten oder sporadisch auftreten. Bitte helfen Sie mit, dass Kinder, Jugendliche, Kolleginnen und Kollegen und Sie selbst bei einer schweren Erkrankung unbedingt ärztlichen Rat in Anspruch nehmen. Es ist dann Aufgabe des behandelnden Arztes, die Diagnose zu stellen und darüber zu informieren, wann eine Tätigkeit in oder ein Besuch der Kindergemeinschaftseinrichtung wieder möglich ist. Sind Sie im Zweifel, was zu tun ist, sollte das Gesundheitsamt um Information gebeten werden.

Besonderheiten für Ausscheider

Nicht selten werden Krankheitserreger mit dem Stuhlgang oder durch Tröpfchen aus den Nasen-Rachenraum noch ausgeschieden, wenn die Erkrankung bereits überstanden ist und der Patient sich subjektiv wieder gesund fühlt. Dies kann sich über Wochen und Monate hinziehen und in diesen Fällen ist es nicht verhältnismäßig, Personen, die in der Gemeinschaftseinrichtung tätig sind, dort Betreute, aber auch weitere Personen vom Besuch auszuschließen.

In den meisten Fällen kann durch geeignete persönliche Schutzmaßnahmen (z.B. Händehygiene) und durch Schutzmaßnahmen der Einrichtung selbst (z.B. Verwendung von Einmalhandtüchern) eine Weiterverbreitung der Krankheitserreger verhindert werden.

Bei Ausscheidern entscheidet über die Wiedenzulassung das Gesundheitsamt. Anders als im Erkrankungsfall genügt hier nicht die Einschätzung des behandelnden Arztes. Dies ist gerechtfertigt, da regelmäßig nur das Gesundheitsamt Kenntnisse über die Gegebenheit in der Einrichtung hat und Schutzmaßnahmen verfügen und überwachen kann.

Die Regelung betrifft **nur** die Ausscheider von Krankheitserregern

- der Cholera
- des Typhus und Paratyphus
- der Shigellenruhr (schwerwiegende Durchfallerkrankung)
- und der Diphtherie - hier ist zu bedenken, dass auch geimpfte Personen den Erreger in sich tragen und ausscheiden können

Anlage 5:

Meldebogen für meldepflichtige Erkrankungen nach §34 IfSG

FAX

Empfänger

Kreis Heinsberg
Gesundheitsamt
Abteilung Infektionsschutz
52523 Heinsberg

Fax: 02452 13-5395
Tel. 02452 13-5338

Absender

--

Datum:

Meldung von Krankheiten gemäß § 34 IfSG

Erkrankungen	Datum des Auftretens	Anzahl der Fälle	Klasse / Gruppe
Cholera			
Diphtherie			
Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)			
Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber			
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis			
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)			
Keuchhusten			
Ansteckungsfähige Lungentuberkulose			
Masern			
Meningokokken-Infektion			
Mumps			
Paratyphus			
Pest			
Röteln			
Poliomyelitis			
Scabies (Krätze)			
Scharlach			
Shigellose			
Typhus abdominalis			
Virushepatitis A oder E			
Windpocken			
Hand Mund Fuß			
Virale Konjunktivitis (ansteckende Bindehautentzündung)			

Läuse		
1) Name:		Geb.-Datum:
2) Name:		Geb.-Datum:
3) Name:		Geb.-Datum:
4) Name:		Geb.-Datum:
5) Name:		Geb.-Datum:

Anlage 6:

Richtlinie des RKI für Wiederzulassung der Kinder nach Erkrankung

Kurzübersicht Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Erkrankung	Inkubationszeit	Wiederzulassung nach Krankheit	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss Ausscheider	Ausschluss Kontaktpersonen	Hygienemaßnahmen
HUS-assoziierte EHEC-Stämme	5-12 Tage, i.d.R. 7 Tage	<ul style="list-style-type: none"> Klinische Genesung und 2 negative Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen und mindestens 2 Tage Antibiose 	ja	ja, 2 negative Stuhlproben im Abstand von 48 Std.	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome für asymptom. Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft mit Erkranktem: in jedem Fall 1 negative Stuhlprobe 	effektive Händehygiene
<u>nicht</u> HUS-assoziierte EHEC-Stämme	2-10 Tage, i.d.R. 3-4 Tage	<ul style="list-style-type: none"> frühestens nach 48 Std. nach Abklingen der Symptome Stuhlproben nur im Einzelfall 	ja	nein	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome 	effektive Händehygiene
Hämophilus influenzae Typ B Meningitis (HIB)	nicht genau bekannt	<ul style="list-style-type: none"> frühestens 24 Std. nach Beginn der antibiotischen Therapie und Abklingen der Symptome 	nein	<ul style="list-style-type: none"> nein, solange keine Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> 24-48 Std. nach Beginn der medikamentösen Prophylaxe, sonst ärztliches Attest 	Impfung laut STIKO; Chemoprophylaxe bei Kontaktpersonen
Hand-Fuß-Mundkrankheit	3-7 (14) Tage	<ul style="list-style-type: none"> nach Abtrocknen der Bläschen 	nein	nein	nein	bei Ausbrüchen evtl. Desinfektionsmaßnahmen in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt
Impetigo contagiosa	2- 10Tage	<ul style="list-style-type: none"> 24 Std. nach Beginn einer antibiotischen Therapie, sonst nach Abklingen der eitrigen Hautareale 	nein	entfällt	nein	Effektive Händehygiene, Wäschebehandlung bei 60-90 Grad
Keuchhusten	6-20 Tage, i.d.R. 9-10 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 5 Tage nach Beginn einer antibiotischen Behandlung; ansonsten frühestens 3 Wochen nach Auftreten des Hustens 	nein	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn kein Husten 	Impfung laut STIKO, ggfs. Antibiotika bei Kontaktpersonen nach Rücksprache mit Hausarzt/ärztin
Ansteckungsfähige Lungentuberkulose	Wochen bis viele Monate	<ul style="list-style-type: none"> 3 mikroskopisch negative Befunde von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft 	ja	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome Kontrollmaßnahmen sind zu dulden 	nach Infektionsquelle suchen
Meningokokken	2- 10 Tage, i.d.R. 3-4 Tage	<ul style="list-style-type: none"> nach der Genesung, frühestens 24 Std. nach Beginn wirksamer Antibiose 	nein	nein	<ul style="list-style-type: none"> 24 Std. nach der Chemoprophylaxe sonst 10 Tage nach letztem Kontakt Information und Beratung 	medikamentöse Prophylaxe; Impfung nach STIKO gegen B,C, A,W,Y möglich

(entsprechend den aktuell gültigen Wiederzulassungsbestimmungen veröffentlicht in RKI Ratgeber für Ärzte, Stand 09.03.2023)

Kurzübersicht Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Erkrankung	Inkubationszeit	Wiederzulassung nach Krankheit	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss Ausscheider	Ausschluss Kontaktpersonen	Hygienemaßnahmen
Mumps	12-25 Tage i.d.R. 16-18 Tage	<ul style="list-style-type: none"> nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 Tage nach Beginn der Erkrankung 	nein	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nicht erforderlich bei nachgewiesener Immunität (2 Impfungen, 1 Impfung + Riegelungsimpfung oder Antikörpernachweis im Blut) sonst nach 18 Tage 	Impfung nach STIKO, Riegelungsimpfung bei ungeimpften oder nur 1x geimpften Kontaktpersonen
Röteln	14-21 Tage	<ul style="list-style-type: none"> nach Abklingen der Symptome, frühestens 8 Tage nach Exanthembeginn 	nein	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn ausreichende Immunität besteht, sonst 21 Tage nach letztem Kontakt Riegelungsimpfung für nicht Immune empfohlen (KEIN sicherer Schutz) Vorsicht bei nicht immunen Schwangeren 	Impfung nach STIKO; Riegelungsimpfung bei ungeimpften bzw. ungenügend geimpften Kontaktpersonen
Scabies (Kratze)	2 bis 6 Wochen, bei wiederholtem Befall 1-4 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 24 Std. nach Abschluss der ersten ordnungsgemäß durchgeführten Behandlung 	ja, aber nur nach einer ordnungsgemäß durchgeführten Behandlung	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome Untersuchung aller Mitglieder der Wohngemeinschaft ggfs. zeitgleiche Behandlung enger Kontaktpersonen 	effektive Behandlung der Haut, Vermeidung von engem Hautkontakt bei Ansteckungsfähigkeit, Umgebungsmaßnahmen
Scharlach	1-3 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 24 Std. nach Beginn der Antibiotikatherapie UND ohne Krankheitszeichen, sonst nach Abklingen der Krankheitssymptome 	nein	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nicht erforderlich, nur Aufklärung über die Erkrankung 	Kontaktvermeidung zu Erkrankten <i>Wäsche bei > 60°C waschen, wenn möglich</i>
Shigellose (bakterielle Ruhr)	12-96 Std.	<ul style="list-style-type: none"> nach klinischer Genesung und 2 negativen Stuhlproben, früh. 24 Std. nach Ende der Symptome bzw. 48 Std. nach Ende der Antibiose 	ja	ja, 2 negative Stuhlproben	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome IMMER Nachweis einer negativen Stuhlprobe 96 Std. nach letztem Kontakt 	effektive Händehygiene
Virushepatitis A	15- 50 Tage i.d.R. 25-30 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 2 Wochen nach Auftreten erster Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus 	nein	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nicht erforderlich nach durchgemachter Krankheit oder Impfschutz bzw. 2 Wochen nach Riegelungsimpfung sonst 4 Wochen 	effektive Händehygiene; Impfeempfehlungen nach STIKO
Virushepatitis E	15- 64 Tage	<ul style="list-style-type: none"> nach Genesung 	nein	entfällt	nein	gute Händehygiene

(entsprechend den aktuell gültigen Wiederzulassungsbestimmungen veröffentlicht in RKI Ratgeber für Ärzte, Stand 09.03.2023)

Kurzübersicht Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Erkrankung	Inkubationszeit	Wiederzulassung nach Krankheit	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss Ausscheider	Ausschluss Kontaktpersonen	Hygienemaßnahmen
Windpocken	8-28 Tage i.d.R. 14-16 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 1 Woche nach Krankheitsbeginn bei unkompliziertem Verlauf und vollständigem Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen 	nein	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn Immunschutz sonst 16 Tage nach dem letzten Kontakt oder Riegelungsimpfung für nicht Immune durchgeführt Vorsicht bei Schwangeren und Personen mit gestörter Immunitätslage 	Impfungen nach STIKO; Riegelungsimpfung bei ungeimpften bzw. ungenügend geimpften Kontaktpersonen
Kopflausbefall	sofort	<ul style="list-style-type: none"> nach einer von zwei erforderlichen Behandlungen und Haare auskämmen mit Läusekamm 	nur bei wiederholtem Befall innerhalb 4 Wochen, aber elterliche/schriftliche Erklärung über Behandlung	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, aber Kontrolluntersuchungen und ggf. Behandlung 	Informationen zu Befall und zu effektiven Bekämpfungsmaßnahmen
Orthopocken = Affenpocken	1 -21 Tage	<ul style="list-style-type: none"> nach Abklingen der Symptome und wenn Haut abgeheilt ist frühestens jedoch 21 Tage nach Symptombeginn 	nein	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, solange keine Symptome 	Postexpositionsprophylaxe für engste Kontaktpersonen
Nur für Kinder bis zum 6. Lebensjahr: Virusertertiden						
Rotaviren	1-3 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 48 Std. nach erstem geformtem Stuhl und nach Abklingen der Symptome 	nein, ggfs. bei Ausbrüchen nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome 	Händehygiene und Durchführung anderer effektiver Hygienemaßnahmen Neu: Impfstoff gegen Rota-Viren für Kd. <24 Wochen
Noroviren	6-50 Std.	<ul style="list-style-type: none"> 48h nach erstem geformtem Stuhl und nach Abklingen der Symptome 	nein, ggfs bei Ausbrüchen nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	entfällt	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome 	Händehygiene und Durchführung anderer effektiver Hygienemaßnahmen
Adenoviren	5-8 Tage	<ul style="list-style-type: none"> nach Abklingen der Symptome und Erregerausscheidung i.d.R. 2-3 Wochen 	ja, bei Augenbefall: Augenarzt möglichst vorab telefonisch informieren	Wiederzulassung erst nach Beendigung der Ausscheidung von Erregern	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome 	Händehygiene und Durchführung anderer effektiver Hygienemaßnahmen

(entsprechend den aktuell gültigen Wiederzulassungsbestimmungen veröffentlicht in RKI Ratgeber für Ärzte, Stand 09.03.2023)

Kurzübersicht Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Erkrankung	Inkubationszeit	Wiederzulassung nach Krankheit	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss Ausscheider	Ausschluss Kontaktpersonen	Hygienemaßnahmen
Nur für Kinder bis zum 6. Lebensjahr: Bakterielle Enteritiden						
Salmonellen	6-72 Std.	<ul style="list-style-type: none"> 48 Std. nach Abklingen des Durchfalls 	nein	nein	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome 	Effektive Händehygiene; Lebensmittelhygiene
Campylobakter	1-10 Tage i.d.R. 2-5 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 48 Std. nach Abklingen des Durchfalls 	nein	nein	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome 	Effektive Händehygiene; Lebensmittelhygiene
Yersinia enterocolitidis	3-10 Tage i.d.R. 3-7 Tage	<ul style="list-style-type: none"> 48 Std. nach Abklingen des Durchfalls 	nein	nein	<ul style="list-style-type: none"> nein, wenn keine Symptome 	Effektive Händehygiene; Lebensmittelhygiene
Seltene Erkrankungen						
Cholera						
Diphtherie						
Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)						
Paratyphus/ Typhus						
Pest						
Poliomyelitis						

in Deutschland selten, schwere Erkrankungen, deshalb sollten alle Maßnahmen in Absprache mit dem Gesundheitsamt erfolgen

(entsprechend den aktuell gültigen Wiederzulassungsbestimmungen veröffentlicht in RKI Ratgeber für Ärzte, Stand 09.03.2023)



STAND: 09.03.2023

Empfehlungen für die Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Inhaltsverzeichnis

1.	Hintergrund.....	2
2.	Rechtliche Aspekte.....	2
3.	Struktur des Dokuments.....	6
4.	Aktualisierungen	7
5.	Wiedenzulassungsempfehlungen Infektionskrankheit/Erreger.....	7
	Cholera	8
	Diphtherie.....	9
	EHEC-Enteritis und HUS (Hämolytisch-Urämisches Syndrom)	11
	Infektiöse Gastroenteritis bei Kindern unter 6 Jahren.....	13
	<i>Haemophilus-influenzae</i> -Typ-b-Meningitis	15
	Hepatitis A.....	16
	Hepatitis E.....	18
	Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	19
	Keuchhusten (Pertussis/Parapertussis)	20
	Kopflausbefall.....	22
	Masern.....	23
	Meningokokken-Infektion	25
	Mumps	26
	Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten (z. B. Mpox/Affenpocken)	28
	Pest.....	29
	Poliomyelitis.....	30
	Röteln	31
	Scharlach oder sonstige <i>Streptococcus-pyogenes</i> -Infektionen.....	33
	Shigellose (bakterielle Ruhr).....	34
	Skabies (Krätze)	35
	Tuberkulose (ansteckungsfähige Lungentuberkulose)	37
	Typhus (abdominalis)/Paratyphus.....	39
	Virale hämorrhagische Fieber (VHF)	40
	Windpocken (Varizellen)	41

1. Hintergrund

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen und Kitas kommen Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuenden Personal in engen Kontakt. Enge Kontakte begünstigen die Übertragung von Krankheitserregern. Außerdem verursachen bestimmte Krankheiten bei Kindern teilweise besonders schwere Krankheitsverläufe. Daher sieht das Infektionsschutzgesetz (IfSG) besondere Regelungen für die in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder und betreuenden Erwachsenen vor.

Das Robert Koch-Institut (RKI) erstellt auf der Grundlage des § 4 IfSG Empfehlungen für die Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen. Zielgruppen dieser Empfehlungen sind in erster Linie der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und die medizinische Fachöffentlichkeit.

Die Auswahl der Krankheiten und Erreger für dieses Dokument erfolgte auf Basis des § 34 Abs. 1 bis 3 IfSG. Das Dokument wurde mit den jeweils zuständigen Fachexperten und Fachexpertinnen am RKI und in den Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboren erarbeitet sowie durch Vertreterinnen und Vertreter ausgewählter Gesundheitsämter in der ÖGD-Feedbackgruppe und zuständiger Landesbehörden kommentiert. Der Fokus liegt hierbei auf den Aspekten der Wiedenzulassung. Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Infektionskrankheiten finden sich in anderen RKI-Publikationen, z. B. den RKI-Ratgebern (www.rki.de/ratgeber).

Die Aktualisierung der RKI-Ratgeber und der Empfehlungen für die Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 IfSG erfolgt parallel.

2. Rechtliche Aspekte

In § 33 IfSG wird definiert, welche Einrichtungen zu den Gemeinschaftseinrichtungen zählen, das sind u. a. Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden.

In § 34 IfSG werden besondere Regelungen für Einrichtungen gemäß § 33 IfSG im Bereich Infektionsschutz festgelegt. Das Ziel der Regelungen in § 34 IfSG ist die Unterbrechung der Kontaktmöglichkeiten in der Gemeinschaftseinrichtung, sodass keine weitere Übertragung von Infektionskrankheiten erfolgen kann. Die Regelung betrifft sowohl die betreuten Kinder als auch die betreuenden Erwachsenen. Es wurden die Krankheiten in der Regelung berücksichtigt, die z. B. durch Schmier- oder Tröpfcheninfektion leicht übertragen werden und schwer verlaufen können.

In § 34 Abs. 1 IfSG wird geregelt, dass Personen, die an einer der genannten Infektionskrankheiten erkrankt sind bzw. bei denen der Verdacht auf das Vorliegen der Krankheit besteht, bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben dürfen, wenn sie in einer Gemeinschaftseinrichtung tätig sind. Das betrifft insbesondere Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben. Gleiches gilt für die in der Gemeinschaftseinrichtung betreuten Personen, die die Gemeinschaftseinrichtung weder betreten, benutzen noch an Veranstaltungen der Einrichtung teilnehmen dürfen.

Die Einschränkung der Tätigkeit bzw. des Besuchs der Gemeinschaftseinrichtung dauert fort, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist. Das ärztliche Urteil kann das Urteil der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder einer

Ärztin/eines Arztes des zuständigen Gesundheitsamtes sein. Das ärztliche Urteil kann mündlich erfolgen. § 34 IfSG fordert keine schriftliche Bescheinigung über das ärztliche Urteil, dennoch kann diese zur Absicherung aller Beteiligten zweckmäßig sein.

In § 34 Abs. 3 IfSG werden die Regelungen aus Abs. 1 für bestimmte Krankheiten auf Personen ausgeweitet, die mit den an diesen Krankheiten erkrankten Personen bzw. mit Personen, bei denen der Verdacht auf diese Krankheit besteht, in einer Wohngemeinschaft zusammen leben. Dies gilt nur, wenn die Erkrankung bzw. der Krankheitsverdacht von einer Ärztin/ einem Arzt festgestellt worden ist.

§ 34 Abs. 7 IfSG sieht die Möglichkeit vor, dass durch die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt Ausnahmen zugelassen werden. Voraussetzung ist, dass Maßnahmen durchgeführt wurden oder werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann. Der Regelung liegt eine Güterabwägung zwischen dem Anspruch der Allgemeinheit, vor Ansteckung geschützt zu werden, und dem Recht des Einzelnen auf Bildung unter Beachtung der Grundsätze der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu Grunde. Bei ihrer Entscheidung hat die Behörde insbesondere zu berücksichtigen:

- Schwere, Behandelbarkeit und Prognose der zu verhütenden Krankheit,
- das konkrete Risiko einer Weiterverbreitung durch die betroffene Person unter den Bedingungen in der jeweiligen Einrichtung,
- die Eignung der getroffenen Maßnahmen, die Übertragung zuverlässig zu verhüten,
- die mit der Dauer zunehmende Belastung für die betroffene Person durch das Tätigkeits- bzw. Betretungsverbot.

In § 34 Abs. 2 IfSG wird ein Betretungsverbot auch für Personen geregelt, die bestimmte Erreger ausscheiden, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein. Das Verbot besteht so lange, bis nach ärztlicher Feststellung die Person den betreffenden Erreger nicht mehr ausscheidet. Da die Erregerausscheidung über einen längeren Zeitraum anhalten kann, gewinnt hier die vorzeitige Wiedenzulassung durch das Gesundheitsamt unter der Voraussetzung, dass die von diesem gegenüber dem Ausscheider und der Gemeinschaftseinrichtung verfügbaren Schutzmaßnahmen beachtet werden, besondere Bedeutung.

Gemäß § 34 Abs. 5 IfSG muss der Gemeinschaftseinrichtung unverzüglich mitgeteilt werden, wenn einer der in Absatz 1 bis 3 genannten Sachverhalte auftritt. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung muss wiederum gemäß § 34 Abs. 6 IfSG das Gesundheitsamt unverzüglich benachrichtigen und krankheits- und personenbezogene Angaben machen, damit die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen eingeleitet werden können. Die Benachrichtigungspflicht besteht auch für das Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Tabelle 1: Übersicht über Besuchs- und Tätigkeitsverbote gemäß § 34 IfSG

	Erkrankung oder -verdacht*	Ausscheider#	Erkrankung oder -verdacht in WG°
Ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Bakterielle Ruhr (Shigellose)/ <i>Shigella</i> spp.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Borkenflechte (Impetigo contagiosa)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cholera / <i>Vibrio cholerae</i> O 1 und O 139	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diphtherie / <i>Corynebacterium</i> spp., Toxin bildend	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EHEC-Enteritis und HUS^x / Enterohämorrhagische <i>Escherichia coli</i> (EHEC)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Haemophilus-influenzae-Typ-b-Meningitis	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis E	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Keuchhusten (Pertussis/Parapertussis)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Kopflausbefall	<input checked="" type="checkbox"/>		
Masern	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Meningokokken-Infektion	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Mumps	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten	<input checked="" type="checkbox"/>		
Pest	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Röteln	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Scharlach oder andere Infektionen mit <i>Streptococcus pyogenes</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Skabies (Krätze)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Typhus oder Paratyphus / <i>Salmonella</i> Typhi oder <i>Salmonella</i> Paratyphi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Windpocken (Varizellen)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Infektiöser Durchfall oder Erbrechen (bei Kindern < 6 Jahren)	<input checked="" type="checkbox"/>		

* **Besuchs- und Tätigkeitsverbot** in Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten (§ 34 Abs. 1 IfSG)

Besuch von und Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger (§ 34 Abs. 2 IfSG)

° **Besuchs- und Tätigkeitsverbot** in Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft** (WG) (§ 34 Abs. 3 IfSG)

*HUS=Hämolytisch-Urämisches Syndrom

3. Struktur des Dokuments

Die Empfehlungen für die Krankheiten sind einheitlich aufgebaut und umfassen die Informationen, die für die Abwägung hinsichtlich einer Wiedezulassung notwendig sind.

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

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

Ausreichende Immunität: Unter diesem Stichpunkt ist definiert, unter welchen Voraussetzungen bei impfpräventablen Infektionskrankheiten eine ausreichende Immunität anzunehmen ist. Auf diesen Punkt wird bei Infektionskrankheiten verzichtet, bei denen die Empfehlungen unabhängig vom Impfstatus zu sehen sind, z. B. wenn die Impfung nicht ausreichend sicher schützt.

Wiedezulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige zu einer Gemeinschaftseinrichtung: Bei Betreuten ist die (Wieder-)Zulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, beim Personal die Zulassung zur Ausübung von Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben, gemeint (siehe § 34 Abs. 1 IfSG). Gemäß § 2 Nr. 5 IfSG ist ein Krankheitsverdächtiger eine Person, bei der Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen.

Wiedezulassung von Ausscheidern zu einer Gemeinschaftseinrichtung: Bei Betreuten ist die (Wieder-) Zulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, beim Personal die Zulassung zur Ausübung von Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben, gemeint (siehe § 34 Abs. 2 IfSG). Gemäß § 2 Nr. 6 ist ein Ausscheider eine Person, die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein. Die Wiedezulassung darf nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen erfolgen.

Wiedezulassung von Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft: Hierunter fallen Personen, die mit einem Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen in einer Wohngemeinschaft (§ 34 Abs. 3 IfSG) leben und infektionsrelevante Kontakte hatten. Gemäß § 2 Nr. 7 IfSG ist ein Ansteckungsverdächtiger eine Person, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein.

Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung: Unter diesem Punkt werden Empfehlungen für den Umgang mit Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung aufgeführt, wenn sie nicht bereits unter anderen Punkten (z. B. Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen) dargestellt werden konnten.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen: Unter diesem Punkt werden allgemeine Empfehlungen aufgeführt, die im Kontext der Gemeinschaftseinrichtung gemäß § 33 IfSG zu einer Vermeidung von Folgeinfektionen beitragen können. Die in den Hygieneplänen gemäß § 36 Abs. 1 IfSG vorgesehenen routinemäßigen Maßnahmen zur Verhütung von Infektionen sollen durch die hier aufgeführten Empfehlungen ergänzt werden. Weiterführende spezielle Maßnahmen sind ausführlich in den RKI-Ratgebern aufgeführt. Die Empfehlungen beziehen sich auf gesunde

Personen, besonders gefährdete Personen, z.B. Immunsupprimierte werden in der Regel nicht thematisiert.

Postexpositionsprophylaxe: Hierunter werden Maßnahmen aufgeführt, die nach möglichem Kontakt mit Infektionserregern verhindern sollen, dass die Person erkrankt oder der Verlauf der Erkrankung zumindest abgemildert wird. Die Maßnahmen können in einer medikamentösen Behandlung (Chemoprophylaxe) oder der Gabe von postexpositionellen Impfungen bestehen. Sie ist zu unterscheiden von einer präemptiven Therapie, bei der nach einer Infektion die Behandlung begonnen wird, um den Ausbruch der Krankheit zu verhindern (z. B. präventive Therapie der latenten tuberkulösen Infektion).

Benachrichtigungspflicht: Gemäß § 34 Abs. 6 IfSG ist die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung gemäß § 33 dazu verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, wenn Sachverhalte gemäß § 34 Abs. 1-3 IfSG bekannt werden. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen: Unter diesem Punkt werden weitere wichtige, hilfreiche und sachdienliche Hinweise z. B. auf gesetzliche Verpflichtungen gemäß IfSG aufgeführt.

Weitere Informationen: Unter diesem Punkt finden sich Links zu wichtigen weiterführenden Informationen.

4. Aktualisierungen

In der Aktualisierung vom 09.03.2023 wurden die Wiedezulassungsempfehlungen zu Hepatitis A, Kopflausbefall, Scharlach oder sonstige Streptococcus-pyogenes-Infektionen und Windpocken überarbeitet. [Die gesamte aktualisierte Empfehlung ist abrufbar auf der RKI-Internetseite unter \[www.rki.de/ratgeber\]\(http://www.rki.de/ratgeber\).](#)

5. Wiedezulassungsempfehlungen Infektionskrankheit/Erreger

Cholera**(*Vibrio cholerae* O1 oder O139)****Inkubationszeit** Wenige Stunden bis 5 Tage, selten länger**Dauer der Ansteckungsfähigkeit** Theoretisch solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind. Praktisch spielt eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung von Cholera in Deutschland keine Rolle (bei 26 reiseassoziierten und einem mit dem Verzehr privat importierter Lebensmittel assoziierten Fällen in Deutschland seit 2001 keine dokumentierte autochthone Übertragung sowie keine asymptomatisch infizierten Kontaktpersonen).**Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)****Erkrankte/ Krankheitsverdächtige**
§ 34 Abs. 1 IfSG Wiederzulassung nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen möglich. Wenn eine Antibiotikatherapie erfolgt ist, sollte die erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach deren Ende genommen werden.**Ausscheider**
§ 34 Abs. 2 IfSG Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen.
Nach Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden (zu entnehmen im Abstand von 1–2 Tagen) ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzulassen.**Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft**
§ 34 Abs. 3 IfSG Wiederzulassung nach Vorliegen eines negativen Stuhlbefundes, zu entnehmen 5 Tage nach der letzten möglichen Ansteckung, möglich.**Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen**
Information der Erkrankten, der Krankheits- und der Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über Übertragungswege und das Krankheitsbild.
Auf krankheitsspezifische Symptome für den Zeitraum von 5 Tagen achten. Bei Verdacht sollte frühzeitig ein Arzt/ eine Ärztin aufgesucht werden.
Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.**Benachrichtigungspflichten**
§ 34 Abs. 6 IfSG Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Cholera erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen *Vibrio cholerae* O1 oder O139 ausscheiden *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Cholera aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.**Anmerkungen**

- Serogruppen O1 und O139 sind in der Regel toxinbildende *Vibrio cholerae*-Isolate.
- Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Cholera erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* Choleravibrionen ausscheiden.
- Übermittlung gemäß § 12 IfSG

Weitere Informationen www.rki.de/cholera

Diphtherie**(*Corynebacterium* spp., Toxin bildend)****Inkubationszeit**

Gewöhnlich 2-5 Tage, selten bis zu 10 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange der Erreger in Sekreten und Wunden nachweisbar ist. Bei Unbehandelten gewöhnlich 2-4 Wochen. Patienten mit chronischen Hautläsionen (z.B. Ulcera im Rahmen einer Diabeteserkrankung oder chronisch venöser Insuffizienz) können 6 Monate und länger mit dem Erreger kolonisiert sein. Eine wirksame antibiotische Therapie führt normalerweise nach 48-96 Stunden zur Beendigung der Erregerausscheidung.

Ausreichende Immunität

Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn

- Impfungen gegen Diphtherie entsprechend den STIKO-Empfehlungen belegt werden können (vorliegender Impfpass) *oder*
- ein schriftlicher positiver Laborbefund eine Immunität gegen Diphtherie belegt.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)**Erkrankte/ Krankheitsverdächtige**

§ 34 Abs. 1 IfSG

Wiederzulassung möglich, wenn

- das Ergebnis eines Abstrichs (entnommen vor Beginn der spezifischen Antibiotikatherapie) kein Bakteriennachweis oder den Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes ergibt *oder*
- 2 negative Abstrichergebnisse vorliegen (kein Bakteriennachweis oder Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes aus 2 Abstrichpaaren (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich) abgenommen frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Antibiotikatherapie im Abstand von mindestens 24 Stunden zueinander):
 - im Falle eines initial positiven Nachweises eines toxigenen *Corynebacterium*-Stammes im Abstrich (entnommen vor Beginn der spezifischen Antibiotikatherapie) *oder*
 - bei nicht erfolgter Abstrichentnahme vor Beginn der spezifischen Antibiotikatherapie.

Ausscheider

§ 34 Abs. 2 IfSG

Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen.

Nach Vorliegen von 2 negativen Abstrichergebnissen (kein Bakteriennachweis oder Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes aus 2 Abstrichpaaren (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich), abgenommen frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Antibiotikatherapie im Abstand von mindestens 24 Stunden zueinander, ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzulassen.

Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft

§ 34 Abs. 3 IfSG

Wiederzulassung möglich, wenn

- das Ergebnis eines Abstrichs (entnommen vor Beginn der antibiotischen Postexpositionsprophylaxe) kein Bakteriennachweis oder den Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes ergibt *oder*
- bei nicht erfolgter Abstrichentnahme vor Beginn der antibiotischen Postexpositionsprophylaxe ein negatives Abstrichergebnis vorliegt (kein Bakteriennachweis oder Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes aus einem Abstrichpaar (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich), abgenommen frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Postexpositionsprophylaxe.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen in der Umgebung des Erkrankten (Flächen- und Händedesinfektion). Information über das Krankheitsbild der Diphtherie und Aufforderung zur Selbstbeobachtung bzgl. des Auftretens klinischer Symptome über einen Zeitraum von 10 Tagen, beginnend mit dem Datum des letzten Kontaktes mit dem Erkrankten. Impfbuchkontrolle und ggf. Impfstatus vervollständigen gemäß RKI-Ratgeber.
Postexpositionsprophylaxe	Antibiotische Postexpositionsprophylaxe (Chemoprophylaxe) in der Gemeinschaftseinrichtung und im persönlichen Umfeld für enge Kontaktpersonen (siehe RKI-Ratgeber) nach Entscheidung des zuständigen Gesundheitsamtes auf der Basis einer Einzelfallprüfung.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	<p>Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,</p> <ul style="list-style-type: none">• wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Diphtherie erkrankt oder dessen verdächtig sind <i>oder</i>• wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen Ausscheider von toxischen <i>Corynebacterium</i> spp. sind <i>oder</i>• wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Diphtherie aufgetreten ist. <p>Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 bereits erfolgt ist.</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none">• Gemäß § 42 IfSG besteht ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Wunddiphtherie erkrankt sind.
Weitere Informationen	www.rki.de/diphtherie

EHEC-Enteritis und HUS (Hämolytisch-Urämisches Syndrom)

(Enterohämorrhagische *Escherichia coli*)

HUS-assoziierte EHEC-Stämme: Stämme, die über die Gene für Shigatoxine der Subtypen *stx2a*, *stx2c* oder *stx2d* verfügen

Sofern bzw. solange keine Subtypisierung erfolgt ist, sind alle *stx2*-positiven EHEC-Stämme als HUS-assoziierte EHEC-Stämme anzusehen. EHEC-Stämme mit Shigatoxin(gen)nachweis ohne Differenzierung zwischen *stx1* und *stx2* sind ebenfalls als HUS-assoziierte EHEC-Stämme einzustufen. Eine Differenzierung sollte angestrebt werden.

Nicht-HUS-assoziierte EHEC-Stämme: *stx2*-negativ bzw. anderer *stx2*-Subtyp als 2a, 2c oder 2d. Nicht-HUS-assoziierte EHEC-Stämme können vom Gefahrenpotenzial wie Salmonellen (siehe „Infektiöse Gastroenteritis“) eingestuft werden.

Inkubationszeit

2-10 Tage; gewöhnlich 3-4 Tage

EHEC-assoziierte HUS-Erkrankungen (Hämolytisch-Urämisches Syndrom) beginnen ungefähr 7 Tage (5-12 Tage) nach Beginn des Durchfalls.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange EHEC-Bakterien im Stuhl kulturell nachweisbar sind. Die Dauer der Keimausscheidung variiert stark. In Studien wurden bei Kindern Medianwerte von 13-31 Tagen gefunden. Mit einer Ausscheidungsdauer von über einem Monat bei klinisch unauffälligem Bild muss daher gerechnet werden. Allgemein gilt, dass der Erreger bei Kindern länger als bei Erwachsenen im Stuhl nachgewiesen werden kann. Mit zunehmender Ausscheidungsdauer geht die Keimzahl und damit die Ansteckungsfähigkeit in der Regel deutlich zurück.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG

Personen mit klinischem Bild eines **HUS** oder Nachweis (bzw. fehlendem Ausschluss) eines **HUS-assoziierten EHEC-Stammes**

- Wiederzulassung nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 aufeinanderfolgenden Stuhlproben (im Abstand von mindestens 24 Stunden und frühestens 48 Stunden nach ggf. erfolgter Antibiotikabehandlung) mit negativem Befund möglich.

Personen mit Nachweis eines **nicht-HUS-assoziierten EHEC-Stammes:**

- Wiederzulassung unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen und frühestens 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome möglich. Nur im Einzelfall mikrobiologische Stuhlkontrollen und Überwachung im Ermessen des Gesundheitsamtes.

Ausscheider § 34 Abs. 2 IfSG

Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen.

HUS-assoziierte EHEC-Stämme: Nach Vorliegen von 2 Stuhlproben (im Abstand von mindestens 24 Stunden und frühestens 48 Stunden nach ggf. erfolgter Antibiotikabehandlung) mit negativem Befund ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzulassen.

Nicht-HUS-assoziierte EHEC-Stämme: Wiederzulassung unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen ohne weitere Stuhlkontrollen möglich.

Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG

Kontakt zu Personen mit klinischem Bild eines **HUS** oder Nachweis eines **HUS-assoziierten EHEC-Stammes:**

- Wiederzulassung bei Vorliegen einer negativen Stuhlprobe unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen möglich. Wiederholte Stuhluntersuchungen sind nicht erforderlich, solange die Kontaktperson asymptomatisch bleibt.

	<p>Kontakt zu Personen mit Nachweis eines nicht-HUS-assoziierten EHEC-Stammes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederzulassung möglich, solange keine Symptome einer akuten Gastroenteritis auftreten. <p>Ausnahmen im Ermessen des Gesundheitsamtes. Dabei sollte die Art der Gemeinschaftseinrichtung und die Tätigkeit der Kontaktperson berücksichtigt werden.</p>
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	<p>Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, nach dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfizieren mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel). Keine eigene Toilette erforderlich.</p> <p>Desinfizieren von Gegenständen und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Erkrankten in Berührung gekommen sein können.</p>
Postexpositionsprophylaxe	<p>Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.</p>
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	<p>Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an EHEC-Enteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind <i>oder</i> • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen EHEC ausscheiden <i>oder</i> • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf EHEC-Enteritis aufgetreten ist. <p>Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Typisierung im Nationalen Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger anstreben. • Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die EHEC ausscheiden.
Weitere Informationen	<p>www.rki.de/ehec</p>

Infektiöse Gastroenteritis bei Kindern unter 6 Jahren

Durchfallerkrankungen ohne Erregernachweis oder durch ausgewählte Erreger, z.B.:

Bakterien wie:

- *Campylobacter*-Enteritis (*Campylobacter* spp.)
- Salmonellose (*Salmonella* spp. außer *S. Typhi* und *S. Paratyphi*)
- Yersiniose (*Yersinia* spp., darmpathogen)

Parasiten wie:

- Giardiasis (*Giardia lamblia*)
- Kryptosporidiose (*Cryptosporidium* spp., humanpathogen)

Viren wie:

- Norovirus-Gastroenteritis (Norovirus)
- Rotavirus-Gastroenteritis (Rotavirus)

Der Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis besteht bei mehrmaligem Erbrechen oder Durchfall, sofern andere Gründe, z.B. Allergien, Unverträglichkeiten oder Grunderkrankungen, als Auslöser ausgeschlossen werden können.

Inkubationszeit

***Campylobacter*-Enteritis:** 1-10 Tage; gewöhnlich 2-5 Tage

Giardiasis: 3-25 Tage; gewöhnlich 7-10 Tage

Kryptosporidiose: 1-12 Tage; gewöhnlich 7-10 Tage

Norovirus-Gastroenteritis: 6-50 Stunden

Rotavirus-Gastroenteritis: 1-3 Tage

Salmonellose: 6-72 Stunden; gewöhnlich 12-36 Stunden

Yersiniose: 3-10 Tage; gewöhnlich 3-7 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

***Campylobacter*-Enteritis:** Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden. Die mittlere Ausscheidungsdauer beträgt 2-4 Wochen. Bei Kleinkindern und immungeschwächten Personen ist mit einer Langzeitausscheidung zu rechnen.

Giardiasis: Mit Ausscheidung von Zysten im Stuhl besteht Ansteckungsfähigkeit. Diese können noch Wochen bis Monate nach Rückgang der Symptome im Stuhl ausgeschieden werden.

Kryptosporidiose: Mit Ausscheidung von Oozysten im Stuhl besteht Ansteckungsfähigkeit. Diese können noch mehrere Wochen nach Rückgang der Symptome im Stuhl ausgeschieden werden.

Norovirus-Gastroenteritis: Das Virus wird in der Regel noch 7-14 Tage, in Ausnahmefällen aber auch noch über Wochen nach einer akuten Erkrankung über den Stuhl ausgeschieden.

Rotavirus-Gastroenteritis: Eine Ansteckungsfähigkeit besteht während des akuten Krankheitsstadiums und solange das Virus mit dem Stuhl ausgeschieden wird. In der Regel erfolgt eine Virusausscheidung nicht länger als 8 Tage, in Einzelfällen (z.B. bei Frühgeborenen, immungeschwächten Personen) wurde jedoch auch eine wesentlich längere Virusausscheidung beobachtet.

Salmonellose: Bei Erwachsenen im Durchschnitt einen Monat, bei Kindern unter 5 Jahren 7 Wochen oder länger. Eine Erregerausscheidung für mehr als 6 Monate wurde beschrieben und tritt nicht selten bei Kindern mit schweren Erkrankungsverläufen auf.

Yersiniose: Solange die Symptome andauern und die Erreger im Stuhl ausgeschieden werden, in der Regel 2-3 Wochen. Eine längere Ausscheidungsdauer ist möglich.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/Krankheitsverdächtige

§ 34 Abs. 1 IfSG

Wiederzulassung für an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankte/krankheitsverdächtige Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome möglich.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	<p>Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, nach dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern).</p> <p>Desinfizieren von Gegenständen und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Erkrankten in Berührung gekommen sein können.</p> <p>Giardiasis und Kryptosporidiose: Auf das Schwimmen in Schwimmbädern und Badegewässern sollte für mindestens 14 Tage nach Abklingen der Durchfallssymptome verzichtet werden.</p>
Postexpositionsprophylaxe	Es wird keine postexpositionelle Prophylaxe empfohlen.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	<p>Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,</p> <ul style="list-style-type: none">• wenn in ihrer Einrichtung betreute Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind. <p>Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.</p>
Anmerkungen	<p>Eine Wiederzulassung ist 48 Stunden nach Beendigung der klinischen Symptome (Durchfall, Erbrechen) möglich, auch wenn der Erreger noch länger mit dem Stuhl ausgeschieden werden kann. Eine Kontamination von Händen und der Umgebung durch geformte Stühle ist deutlich weniger wahrscheinlich als durch flüssigen Stuhl. Geformte Stühle, die von asymptomatischen infizierten Personen oder von genesenen, nicht mehr symptomatischen Personen ausgeschieden werden, können zwar noch Erreger enthalten, eine Übertragung der Infektion wird aber als unwahrscheinlich angesehen, solange die empfohlenen Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Darüber hinaus geht mit zunehmender Ausscheidungsdauer die Keimzahl im Stuhl und damit die Ansteckungsfähigkeit in der Regel deutlich zurück.</p>
Weitere Informationen	<ul style="list-style-type: none">• www.rki.de/campylobacter• www.rki.de/giardiasis• www.rki.de/kryptosporidiose• www.rki.de/noroviren• www.rki.de/rotaviren• www.rki.de/salmonellen• www.rki.de/yersiniose• S2k-Leitlinie akute infektiöse Gastroenteritis im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/o68-003.html

Haemophilus-influenzae-Typ-b-Meningitis**(Haemophilus influenzae Typ b, Hib)****Inkubationszeit** Nicht genau bekannt, möglicherweise 2-4 Tage**Dauer der Ansteckungsfähigkeit** Bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie**Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)****Erkrankte/ Krankheitsverdächtige**
§ 34 Abs. 1 IfSG Wiederzulassung nach klinischer Genesung, frühestens 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie möglich.**Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft**
§ 34 Abs. 3 IfSG Bei Kontaktpersonen, die keine Chemoprophylaxe eingenommen haben, sollte das ärztliche Urteil zur Wiederzulassung vom zuständigen Gesundheitsamt oder dem behandelnden Arzt getroffen werden.
Bei Kontaktpersonen die Postexpositionsprophylaxe eingenommen haben (siehe Postexpositionsprophylaxe), kann eine Wiederzulassung 24-48 Stunden nach Beginn der Chemoprophylaxe erfolgen.**Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen** Information der Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Überprüfung des Impfschutzes gegen *Haemophilus influenzae* Typ b für alle Kinder unter 5 Jahren im Umfeld und ggf. Nachholen fehlender Impfungen. Auf Fieber und unspezifische Allgemeinsymptome (Müdigkeit, Gliederschmerzen, Unwohlsein) für den Zeitraum von ca. 5 Tagen achten.**Postexpositionsprophylaxe** Gemäß den aktuellen **STIKO-Empfehlungen** wird nach engem Kontakt zu Erkrankten eine Chemoprophylaxe empfohlen:
1. für alle Haushaltsmitglieder ab einem Alter von 1 Monat, *wenn*
• sich dort ein ungeimpftes oder unzureichend geimpftes Kind unter 5 Jahren *oder*
• aber eine Person mit relevanter Immundefizienz bzw. -suppression befindetet,
2. für ungeimpfte exponierte Kinder unter 5 Jahren in Gemeinschaftseinrichtungen
3. für alle Kinder unabhängig von Impfstatus und Alter und für Betreuende derselben Gruppe einer Gemeinschaftseinrichtung für Kleinkinder (unter 5 Jahren), wenn dort innerhalb von etwa 2 Monaten ≥ 2 Fälle aufgetreten sind und in der Einrichtung nicht oder nicht ausreichend geimpfte Kinder betreut werden.**Bei Erkrankungen durch andere *Haemophilus-influenzae*-Typen wird keine Postexpositionsprophylaxe empfohlen.****Benachrichtigungspflichten**
§ 34 Abs. 6 IfSG Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,
• wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an *Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Meningitis erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
• wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf *Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Meningitis aufgetreten ist.
Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.**Weitere Informationen**
• www.rki.de/hib
• [Schutzimpfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b \(Hib\): Häufig gestellte Fragen und Antworten](#)
• www.rki.de/stiko

Hepatitis A (Hepatitis-A-Virus)

Inkubationszeit	15-50 Tage; gewöhnlich 25-30 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	1-2 Wochen vor und bis zu 1 Woche nach Auftreten des Ikterus oder der Transaminasenerhöhung ist die Ansteckungsfähigkeit am höchsten. Die meisten Erkrankten sind wahrscheinlich eine Woche nach Symptombeginn nicht mehr ansteckend. Infizierte Kleinkinder und Kinder können das Virus länger (bis zu 6 Monate) ausscheiden.
Ausreichende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • eine vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis A entsprechend den <u>STIKO-Empfehlungen</u> belegt werden kann (vorliegender Impfpass) <i>oder</i> • ein schriftlicher positiver Laborbefund eine Immunität gegen Hepatitis A belegt <i>oder</i> • eine durchgemachte Hepatitis-A-Erkrankung ärztlich attestiert wurde.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung 2 Wochen nach Auftreten der ersten klinischen Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus möglich. Bei Kindern und Kleinkindern sollte bei Wiederzulassung die entsprechende Hygienekompetenz berücksichtigt werden, da das Virus auch länger ausgeschieden werden kann.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG	Wiederzulassung möglich, wenn die Personen <ul style="list-style-type: none"> • über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen <i>oder</i> • eine postexpositionelle Schutzimpfung erhalten haben und der Einrichtung für wenigstens 2 Wochen nach der Impfung ferngeblieben sind <i>oder</i> • im Falle einer fehlenden Immunität 30 Tagenach letztem infektionsrelevanten Kontakt in der Wohngemeinschaft der Einrichtung ferngeblieben sind. <p>Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).</p>

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen

Eine Übertragung kann wirksam durch das Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit Händedesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung) verhütet werden.

Postexpositionsprophylaxe Gemäß den aktuellen STIKO-Empfehlungen.

Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Hepatitis A aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen

Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Weitere Informationen

www.rki.de/hav

Hepatitis E (Hepatitis-E-Virus)

Inkubationszeit 15-64 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit Die Dauer der Ansteckungsfähigkeit ist nicht abschließend geklärt. Das Virus kann im Stuhl etwa 1 Woche vor bis 4 Wochen nach Beginn des Ikterus nachgewiesen werden. Im Falle von chronischen Infektionen muss davon ausgegangen werden, dass das Virus ausgeschieden wird, solange die Infektion besteht.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG Wiederzulassung nach klinischer Genesung und unter Beachtung der allgemeinen Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen (s.u.) möglich.

Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft
§ 34 Abs. 3 IfSG Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung (im Sinne einer fäkal-oralen Schmierinfektion) des Virus findet nach aktuellem Kenntnisstand nicht statt. Dies gilt für importierte und autochthone Fälle und unabhängig vom Genotyp. Insofern können Haushaltskontakte von Erkrankten in der Regel bei Wahrung guter persönlicher Hygiene (einschließlich gründliches Händewaschen mit Seife) wiederzugelassen werden.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung (im Sinne einer fäkal-oralen Schmierinfektion) des Virus findet nach aktuellem Kenntnisstand nicht statt. Vorsorglich sollte in den Wochen nach einer Erkrankung auf eine gute persönliche Hygiene (einschließlich gründliches Händewaschen mit Seife) geachtet werden.
Die Reinigung der Wäsche kann in einer handelsüblichen Waschmaschine erfolgen.
Vor der Zubereitung von Lebensmitteln sollten die Hände gründlich mit Wasser und Seife gewaschen und mit einem Händedesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung desinfiziert werden.

Postexpositionsprophylaxe Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.

Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Hepatitis E erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Hepatitis E aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Hepatitis E erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Weitere Informationen www.rki.de/hev

Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)*(Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus)***Inkubationszeit** 2-10 Tage; nicht selten länger

Dauer der Ansteckungsfähigkeit Personen mit einer akuten Streptokokken- bzw. Staphylokokken-Infektion, die nicht spezifisch behandelt wurden, können bis zu 3 Wochen kontagiös sein, solche mit eitrigen Ausscheidungen auch länger.

Bei Staphylokokkeninfektionen insbesondere während der Dauer der klinisch manifesten Syndrome, Übertragung aber auch von klinisch Gesunden mit einer Staphylokokkenbesiedlung möglich

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG

Wiederzulassung bei einer wirksamen Antibiotikatherapie nach 24 Stunden möglich; bei noch eiternden Hautveränderungen unter der Therapie erst nach deren Abklingen.

Sofern keine antibiotische Therapie erfolgt, ist eine Wiederzulassung erst nach Abheilung der betroffenen Hautareale angezeigt.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen

Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und die mögliche Symptomatik einer Impetigo bzw. einer septischen Hautinfektion.

Effektive Händehygiene (gründliches Händewaschen mit Seife) (ggf. Händedesinfektion); Wäsche möglichst bei mindestens 60°C waschen.

Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Anmerkungen

Bei Impetigo, die durch Streptokokken verursacht wird, kann es zu Sekundär- bzw. Ko-Infektionen mit *Staphylococcus aureus* kommen.

Weitere Informationen www.rki.de/streptococcus-pyogenes

Keuchhusten (Pertussis/Parapertussis)*(Bordetella (B.) pertussis, B. parapertussis)***Inkubationszeit**

6-20 Tage; gewöhnlich 9-10 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und kann bis zu 21 Tage nach Beginn des Stadium convulsivum andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit je nach angewendetem Antibiotikum auf etwa 3-7 Tage nach Beginn der Therapie. Die Elimination der Mikroorganismen ist insbesondere für Personen, die näheren Kontakt zu Hochrisikopatienten haben (Säuglinge, Gesundheitspersonal, Schwangere im letzten Monat vor der Geburt) von entscheidender Relevanz.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)**Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG**Eine Wiederzulassung ist für **Erkrankte** möglich:

- in der Regel 5 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie (bei Gabe von Azithromycin ggf. nach 3 Tagen) *oder*
- 21 Tage nach Beginn des Hustens, wenn keine antibiotische Behandlung durchgeführt wurde

Eine Wiederzulassung ist für **Krankheitsverdächtige** möglich:

- nach Vorliegen eines negativen Befundes mittels Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) aus einem nasopharyngealen Abstrich, es sei denn, der behandelnde Arzt kommt aufgrund der Gesamtbewertung aller vorliegenden klinischen und labordiagnostischer Befunde zu der Einschätzung, dass der Patient dennoch infektiös sein könnte (falsch negativer Befund) *oder*
- in der Regel 5 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie (bei Gabe von Azithromycin ggf. nach 3 Tagen) *oder*
- 21 Tage nach Beginn des Hustens, falls kein negativer labordiagnostischer Befund vorliegt bzw. keine antibiotische Behandlung durchgeführt wurde.

Als krankheitsverdächtig gelten Personen mit Keuchhusten-typischen Symptomen, wenn sie engen Kontakt zu einer Person mit einer bestätigten Keuchhusten-Erkrankung durch *B. pertussis* oder *B. parapertussis* während der Dauer der Ansteckungsfähigkeit hatten.

Insbesondere bei einer Symptomatik, die nicht Keuchhusten-typisch ist, sollte die Einschätzung und Bewertung zu einer Weiterverbreitung von *B. pertussis* und *B. parapertussis* und der Aussprache von Tätigkeitsbeschränkungen und Betretungsverboten individuell durch das Gesundheitsamt getroffen werden. Eine solche schwächere Symptomatik tritt besonderes häufig bei Jugendlichen, Erwachsenen bzw. geimpften Kindern auf.

Die Maßnahmen bei Krankheitsverdächtigen zur Unterbrechung von Infektionsketten sind unabhängig vom Impfstatus einzuleiten, da die Impfung nicht zu 100% vor Pertussis schützt und die Impfung keinen Schutz vor Parapertussis bietet.

**Allgemeine Empfehlungen zur
Verhütung von Folgeinfektionen**

Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und die Symptomatik von Keuchhusten. Eine Auffrischimpfung sollte insbesondere im Umfeld von *mutmaßlich* gefährdeten Personen (z.B. Kontakt zu Säuglingen, Kindern mit kardialen oder pulmonalen Grunderkrankungen oder Schwangeren im letzten Trimester) angestrebt werden.

Postexpositionsprophylaxe**Erkrankung durch *B. pertussis* (Pertussis):**

Für ungeimpfte enge Kontaktpersonen von Erkrankten mit Nachweis von *B. pertussis*, z.B. in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen, besteht die *Empfehlung* einer Chemoprophylaxe mit Makroliden. Diese sollte so früh wie möglich nach dem Kontakt zur erkrankten Person verabreicht werden. Geimpfte Kontaktpersonen sind vor der Erkrankung durch *B. pertussis*, überwiegend geschützt (jedoch nicht vor Erkrankungen durch *B. parapertussis*), können aber dennoch vorübergehend mit Bordetellen besiedelt sein und damit eine Infektionsquelle für dritte Personen darstellen. Daher sollten auch geimpfte enge Kontaktpersonen von Erkrankten vorsichtshalber eine Chemoprophylaxe erhalten, wenn sich in ihrer Umgebung mutmaßlich gefährdete Personen befinden (z.B. ungeimpfte oder nicht vollständig geimpfte Säuglinge, Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundleiden oder Schwangere im letzten Trimester).

Erkrankung durch *B. parapertussis*:

Bei Infektionen durch *B. parapertussis*, die in der Regel mit einem leichteren Verlauf einhergehen, ist eine Chemoprophylaxe in der Regel nur für enge Kontaktpersonen empfohlen werden, wenn es sich um Säuglinge im Alter von < 6 Monaten handelt oder um Kontaktpersonen, in deren Haushalt ein Säugling im Alter von < 6 Monaten lebt. Ein labordiagnostischer Nachweis mittels PCR zur Entscheidung, ob eine Chemoprophylaxe durchgeführt werden sollte, ist bei asymptomatischen Kontaktpersonen nicht empfohlen.

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Keuchhusten erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Weitere Informationen

www.rki.de/pertussis

Kopflausbefall**(Kopflaus *Pediculus humanus capitis*)**

Inkubationszeit Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht. Vermehrung im Kopfhaar nach ca. 3 Wochen.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht. Massenhafte Vermehrung im Kopfhaar nach ca. 3 Wochen.
Ohne Wiederholungsbehandlung mit einem zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels kann die Ansteckungsfähigkeit nach kurzer Unterbrechung weiterbestehen.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG Wiederzulassung nach der sachgerechten Anwendung eines zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels (siehe weitere Informationen), ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des Haars mit einem Läusekamm, möglich.

Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung Information der Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung (gleiche Gruppe oder Klasse) über den Kopflausbefall. Untersuchung und ggf. Behandlung veranlassen.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen Wiederholungsbehandlungen mit einem Kopflausmittel sind zwingend erforderlich.

Enge Kontaktpersonen (z.B. Haushaltsmitglieder, Spielkameraden) sollten (möglichst synchron) mitbehandelt werden.

- Kämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollten in heißer Seifenlösung gereinigt werden.
- Schlafanzüge und Bettwäsche, Handtücher und Leibwäsche sollten nach der Behandlung gewechselt werden.
- Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollten für 3 Tage in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden, falls sie nicht gewaschen werden können.

Postexpositionsprophylaxe Siehe Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Übertragungen

Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen Kopflausbefall haben.

Weitere Informationen

- www.rki.de/kopflaeuse
- [Liste der geprüften und anerkannten Mittel und Verfahren zur Bekämpfung von tierischen Schädlingen gemäß § 18 IfSG: https://www.umweltbundesamt.de/dokument/liste-ss-18-infektionsschutzgesetz](https://www.umweltbundesamt.de/dokument/liste-ss-18-infektionsschutzgesetz)

Masern**(Masernvirus)****Inkubationszeit**

7-21 Tage, gewöhnlich 10-14 Tage von der Exposition bis zu ersten Symptomen, 14-17 Tage bis Ausbruch des Exanthems

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

4 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems

Anzunehmende Immunität

Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

- Impfungen gegen Masern, entsprechend den STIKO-Empfehlungen, können belegt werden (vorliegender Impfpass) *oder*
- ein schriftlicher positiver Laborbefund belegt eine Immunität gegen Masern

Vor 1970 Geborene haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Immunität erworben, dennoch kann eine individuelle Prüfung des Risikos einer fehlenden Immunität sinnvoll sein.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)**Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG**

Wiederzulassung nach ärztlicher Beurteilung der vorliegenden Infektions- oder Ansteckungsgefahr am 5. Tag nach Auftreten des Exanthems möglich.

**Kontaktpersonen in
Wohngemeinschaft
§ 34 Abs. 3 IfSG**

Wiederzulassung möglich, wenn die Personen

- über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder*
- im Falle einer fehlenden Immunität 21 Tage nach letztem infektionsrelevantem Kontakt in der Wohngemeinschaft der Gemeinschaftseinrichtung ferngeblieben sind.

Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungsempfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).

**Personen ohne ausreichende
Immunität in betroffener
Gemeinschaftseinrichtung
§ 28 Abs. 2 IfSG**

Wiederzulassung möglich, wenn die Personen

- über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder*
- bereits über eine einmalige vorangegangene Impfung verfügen und eine weitere postexpositionelle Impfung nach erstem infektionsrelevantem Kontakt möglichst innerhalb von 3 Tagen erhalten haben *oder*
- mindestens über eine einmalige postexpositionelle Impfung nach erstem infektionsrelevantem Kontakt verfügen.
 - Die erste postexpositionelle Impfung muss innerhalb von 3 Tagen nach erster Exposition gegeben worden sein. Kann dieses Zeitintervall von 3 Tagen nicht eingehalten werden, ist das Betreten der Einrichtung erst 21 Tage (maximale Inkubationszeit) nach letztem infektionsrelevantem Kontakt wieder möglich.
 - Auf eine notwendige zweite Impfung nach 4 Wochen und die besondere Aufmerksamkeit auf beginnende typische Masernsymptome (aufgrund einer Masernerkrankung oder aufgrund der Impfung) ist hinzuweisen *oder*
- 21 Tage nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt der Einrichtung ferngeblieben sind und in der Zwischenzeit in der Einrichtung keine Erkrankung mehr aufgetreten ist
- Auf eine notwendige zweite Impfung nach 4 Wochen und die besondere Aufmerksamkeit auf beginnende typische Masernsymptome (aufgrund einer Masernerkrankung oder aufgrund der Impfung) ist hinzuweisen.

Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungsempfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).

Erläuterung: Die Unterscheidung im Hinweise zu Kontaktpersonen der Wohngemeinschaft und der Gemeinschaftseinrichtung beruht auf der Annahme, dass für Personen in der Wohngemeinschaft in der Regel das erforderliche Zeitintervall von 3 Tagen für die postexpositionelle Impfung nicht eingehalten werden kann (möglicher Kontakt zum selben Indexfall, Kontakt zum Erkrankungsfall bereits in der Prodromalphase 4 Tage vor Exanthembeginn).

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen

Information der Erkrankten, der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Bereits kurz vor Ausbruch der unspezifischen Symptomatik zu Beginn der Erkrankung höchste Infektiosität. Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden.

Auf krankheitsspezifische Symptome achten für den Zeitraum von 7 bis maximal 21 Tage nach dem letzten (infektionsrelevanten) Kontakt mit Masern, in der Regel Krankheitsbeginn am 10.-14. Tag. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren.

Masernviren konnten noch für einen Zeitraum von 2 Stunden in der Raumluft nachgewiesen werden.

Sofern eine Händedesinfektion erforderlich ist, müssen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener begrenzt viruzider Wirksamkeit angewendet werden.

Postexpositionsprophylaxe

Gemäß den aktuellen Empfehlungen der STIKO wird Personen ab einem Alter von 6 Monaten mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit nach Kontakt zu an Masern erkrankten Personen eine Impfung mit MMR-Impfstoff möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition empfohlen.

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Masern erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Masern aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen

Typisierung der Masernviren im NRZ anstreben, kostenlose Entnahmesets verfügbar.

Weitere Informationen

- www.rki.de/masern
- Generischer Leitfaden für das Management von Masern- und Rötelfällen und-ausbrüchen in Deutschland der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen

Meningokokken-Infektion

(*Neisseria meningitidis*)

Inkubationszeit	2-10 Tage; gewöhnlich 3-4 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Bis zu 7 Tage vor Beginn der Symptome bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung nach klinischer Genesung, frühestens 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG	Wiederzulassung 24 Stunden nach Beginn einer Chemoprophylaxe möglich. Ohne Chemoprophylaxe ist eine Wiederzulassung frühestens 10 Tage nach einem Kontakt angezeigt. <i>Die Maßnahmen sind unabhängig vom Impfstatus der Kontaktperson einzuleiten, da die Impfung nicht immer vor einer Besiedelung durch invasive Meningokokken-Stämme schützt.</i>
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild, ggf. sind bei Kindern und Jugendlichen sowie gesundheitlich gefährdeten Personen Impflücken zu identifizieren (siehe STIKO-Empfehlungen) und umgehend zu schließen. Auf krankheitsspezifische Symptome (Kopfschmerz, Fieber, Schüttelfrost, Schwindel, Übelkeit, Nackensteifigkeit und Lichtempfindlichkeit) für den Zeitraum von 10 Tagen achten und ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren, um im Erkrankungsfall einen umgehenden Arztbesuch und eine rasche Therapie zu gewährleisten.
Postexpositionsprophylaxe	Chemoprophylaxe für Personen in der Wohngemeinschaft und enge Kontakte (Definition siehe RKI-Ratgeber) maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten, wenn der Kontakt innerhalb dessen ansteckungsfähiger Phase erfolgt ist. Erkrankte sind in der Regel 7 Tage vor Symptombeginn bzw. bis zu 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie ansteckungsfähig (s.o.). Wenn die Erkrankung durch eine impfpräventable Serogruppe verursacht wurde, sollten enge Kontaktpersonen zusätzlich eine postexpositionelle Meningokokken-Impfung erhalten.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Meningokokken-Infektion erkrankt oder dessen verdächtig sind <i>oder</i> • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Meningokokken-Infektion aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Weitere Informationen	www.rki.de/meningokokken

Mumps**(Mumpsvirus)****Inkubationszeit**

12-25 Tage; gewöhnlich 16-18 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Nachweis im Speichel 7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Parotisschwellung; im Urin 6 Tage vor bis 15 Tage danach
Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten.
Auch stumme und klinisch nicht in Erscheinung tretende Infektionen sind ansteckend.

Ausreichende Immunität

Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn

- die Person vor 1970 geboren wurde und in Deutschland aufgewachsen ist *oder*
- eine zweimalige Mumpsimpfung entsprechend den STIKO-Empfehlungen im Alter <18 Jahren im Impfpass dokumentiert ist *oder*
- eine einmalige Mumpsimpfung im Alter von ≥ 18 Jahren im Impfpass dokumentiert ist *oder*
- eine durchgemachte Mumps-Erkrankung ärztlich attestiert wurde *oder*
- ein schriftlicher positiver Laborbefund (positiver Mumps-IgG-Antikörpertiter) eine Immunität gegen Mumps belegt.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)**Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG**

Wiederzulassung nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens 5 Tage nach dem Beginn der Mumps-Erkrankung möglich.

**Kontaktpersonen in
Wohngemeinschaft
§ 34 Abs. 3 IfSG**

Eine Wiederzulassung möglich, wenn die Personen:

- zum Zeitpunkt des Kontakts zu der an Mumps erkrankten Person über eine ausreichende anzunehmende Immunität (s.o.) verfügen *oder*
- im Fall von 1 dokumentierten Impfung im Alter von < 18 Jahren, eine 2. Impfung (Nachholimpfung) erhalten haben *oder*
- im Falle einer nicht ausreichenden Immunität (s.o.) 18 Tage (mittlere Inkubationszeit) nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt**oder*
- nachdem sie bei bisher nicht ausreichender Immunität eine MMR-Impfung erhalten haben (Ausnahme: bei Kontakt zu Schwangeren und immunsupprimierten Personen ohne Mumps-Immunität kann die Wiederzulassung erst 18 Tage nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt erfolgen*).

**Lassen sich die Expositionszeitpunkte eindeutig festlegen, kann der Zeitraum des Ausschlusses begrenzt werden auf die Zeit vom 10. Tag nach dem ersten Kontakt bis zum 18. Tag nach dem letzten Kontakt.*

Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungsempfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).
Empfehlungen zum Kontaktmanagement sind umfassend im RKI-Ratgeber dargestellt.

**Allgemeine Empfehlungen zur
Verhütung von Folgeinfektionen**

Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Die Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor Erkrankungsbeginn bis 4 Tage danach am größten. Impflücken im Umfeld sollten identifiziert und umgehend geschlossen werden.

Auf krankheitsspezifische Symptome (Fieber, Kopfschmerz, Unwohlsein, Myalgien, Appetitverlust, Parotisschwellung) im Zeitraum vom 10. Tag nach dem 1. Kontakt bis zum 18. Tag nach dem letzten Kontakt achten. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren.

Unter Raumbedingungen bleiben Mumpsviren auf Oberflächen und Gegenständen nur wenige Stunden infektiös.

Postexpositionsprophylaxe

Die postexpositionelle Impfung kann eine Infektion nicht verhindern, bietet aber einen Schutz bei zukünftigen Expositionen und ist eine wichtige Maßnahme, um die weitere Ausbreitung zu verhindern. Eine postexpositionelle Immunglobulingabe wird aufgrund der fehlenden Effektivität nicht empfohlen.

**Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG**

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Mumps erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Mumps aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Weitere Informationen

- www.rki.de/mumps
- Empfehlungen zum Kontaktmanagement sind umfassend im [RKI-Ratgeber](#) dargestellt.

Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten (z. B. Mpox/Affenpocken) (Orthopockenviren, z. B. Affenpockenvirus/Monkeypoxvirus/MPXV)

Inkubationszeit	1-21 Tage bei Mpox/Affenpocken
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Erst wenn alle Läsionen einschließlich des Schorfs, abgeheilt und die Krusten abgefallen sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat, ist die betroffene Person nicht mehr ansteckend. Dies kann mehrere Wochen (meist zwei bis vier Wochen) dauern.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn alle Läsionen, einschließlich des Schorfs, abgeheilt sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat, jedoch frühestens 21 Tage nach Symptombeginn.
---	--

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Infizierte sollten u. a. jede Art von engem Kontakt, auch geschützten sexuellen Kontakt (oral, anal, vaginal), mit anderen Menschen vermeiden, bis der Ausschlag abgeklungen und der letzte Schorf abgefallen ist. Dieser Prozess kann bis zu vier Wochen dauern. Nach einer Erkrankung sollte nach Abheilen aller Läsionen acht Wochen lang beim Sex ein Kondom benutzt werden, da das Virus auch noch eine Zeit lang in der Samenflüssigkeit vorhanden sein könnte.
---	---

Postexpositionsprophylaxe	Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt Personen nach Affenpockenexposition eine postexpositionelle Prophylaxe (PEP) mit dem Impfstoff Imvanex/Jynneos. Die Impfung soll möglichst frühzeitig in einem Zeitraum von bis zu 14 Tagen nach Exposition verabreicht werden, aber nur solange die exponierte Person keine Symptome aufweist.
----------------------------------	---

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an einer durch Orthopockenviren verursachten Krankheit erkrankt oder dessen verdächtig sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
---	--

Weitere Informationen	<ul style="list-style-type: none"> www.rki.de/affenpocken FAQ zu Mpox/Affenpocken
------------------------------	---

Pest (<i>Yersinia pestis</i>)	
Inkubationszeit	Beulenpest: 2-7 Tage, primäre Lungenpest: 1-3 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	72 Stunden nach Beginn einer klinisch wirksamen Therapie ist nicht mehr von einer Ansteckungsfähigkeit auszugehen. Der Leichnam eines an Pest Verstorbenen kann bis zu 2 Monate kontagiös sein.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Eine Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG	Eine Wiederzulassung für Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft kann 72 Stunden nach Beginn einer geeigneten Postexpositionsprophylaxe erfolgen. Alle Maßnahmen sollten nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Postexpositionsprophylaxe	Ausgewählte Antibiotika sind zur postexpositionellen Prophylaxe geeignet. Die individuelle Risikoabwägung der Indikation und Kontraindikationen sind im Einzelfall durch das zuständige Gesundheitsamt und den behandelnden Arzt zu klären. Eine Beratung durch Fachexperten/-innen wird empfohlen.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Pest erkrankt oder dessen verdächtig sind <i>oder</i> wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Pest aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> Gemäß § 30 Abs. 1 IfSG hat die zuständige Behörde anzuordnen, dass Personen, die an Lungenpest erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung abgesondert werden. Übermittlung gemäß §12 IfSG
Weitere Informationen	<ul style="list-style-type: none"> www.rki.de/pest Ständiger Arbeitskreis der „Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger“ (STAKOB)

Poliomyelitis (Poliovirus)

Inkubationszeit

3-35 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange das Virus ausgeschieden wird. Das Poliovirus ist nachweisbar im

- **Rachensekret:** frühestens 36 h nach Infektion mit Persistenz für 7 Tage,
- **im Stuhl:** 2-3 Tage nach Infektion; Ausscheidung kann bis zu 6 Wochen anhalten, bei Immunkompromittierten auch Monate und Jahre.

95% der Infektionen verlaufen asymptomatisch.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG

Eine Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG

Eine Wiederzulassung für Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen

Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden.

Postexpositionsprophylaxe

Bei Kontaktpersonen sollte unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich eine Impfung mit IPV-Impfstoff erfolgen. Ein Sekundärfall ist Anlass für Riegelungsimpfungen mit IPV. Siehe auch aktuelle [STIKO-Empfehlungen](#).

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Poliomyelitis erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Poliomyelitis aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen

- Jeder klinische oder labordiagnostische Verdacht auf eine Poliomyelitis sollte am Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren labordiagnostisch untersucht werden.
- Übermittlung gemäß § 12 IfSG

Weitere Informationen

- www.rki.de/polio
- www.rki.de/poliokommission

Röteln**(Rötelnvirus)****Inkubationszeit**

14-21 Tage; gewöhnlich 14-17 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

7 Tage vor und 7 Tage nach Ausbruch des Exanthems
Kinder mit konnataler Rötelnembryofetopathie (CRS) können das Rötelnvirus aus dem Respirationstrakt und über den Urin bis zu einem Alter von 1 Jahr in hohen Mengen ausscheiden.

Ausreichende Immunität

Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn

- die nach STIKO-Empfehlungen altersgemäß empfohlenen Standard- oder Indikationsimpfungen gegen Röteln dokumentiert worden sind (vorliegender Impfpass) oder
- ein schriftlicher positiver Laborbefund die Immunität gegen Röteln belegt.

Vor 1970 Geborene haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Immunität erworben, dennoch kann eine individuelle Prüfung des Risikos einer fehlenden Immunität sinnvoll sein.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)**Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG**

Wiederzulassung nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens am 8. Tag nach Exanthembeginn möglich.

**Kontaktpersonen in
Wohngemeinschaft
§ 34 Abs. 3 IfSG**

Wiederzulassung möglich, wenn die Personen

- über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder*
- im Falle einer fehlenden Immunität 21 Tage nach letztem infektionsrelevanten Kontakt in der Wohngemeinschaft der Gemeinschaftseinrichtung ferngeblieben sind.

Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungsempfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).

**Kontaktpersonen in der
Gemeinschaftseinrichtung**

Empfehlungen zum Umgang mit schwangeren und nicht-schwangeren Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung sind umfangreich im RKI-Ratgeber dargestellt.

**Allgemeine Empfehlungen zur
Verhütung von Folgeinfektionen**

Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Bei etwa der Hälfte der Erkrankten liegt ein unspezifisches Krankheitsbild oder gar keine Symptomatik vor. Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden.

Empfehlung für alle nicht immunen Schwangeren, die betroffene Einrichtung sowie dort Betreute oder dort tätige Personen für den Zeitraum von 42 Tagen nach Auftreten des letzten Falles zu meiden.

Auf mögliche Symptome für den Zeitraum von 14 bis maximal 21 Tage nach dem letzten (infektionsrelevanten) Kontakt mit Röteln achten. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren.

Postexpositionsprophylaxe

Eine postexpositionelle Impfung von Kontakten im Umfeld des Erkrankten kann eine Erkrankung der Kontakte nicht sicher verhindern. Ihr diesbezüglicher Nutzen ist nicht ausreichend belegt.

Zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Infektionsketten sollten jedoch bei Kontaktpersonen mit unzureichendem oder unbekanntem Impfstatus so schnell wie möglich noch fehlende MMR(V)-Impfungen nach STIKO-Empfehlungen nachgeholt werden, sofern keine Kontraindikationen (wie z.B. eine Schwangerschaft) vorliegen.

Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Röteln erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Röteln aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Weitere Informationen

- www.rki.de/roeteln
- [RKI-Ratgeber Röteln](#)
- [Generischer Leitfaden für das Management von Masern- und Rötelfällen und-ausbrüchen in Deutschland](#) der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen

Scharlach oder sonstige *Streptococcus-pyogenes*-Infektionen

(z.B. Tonsillopharyngitis (eitrige „Angina“), Streptokokken-Toxic-Shock-Syndrom (STSS), Sepsis, nekrotisierende Fasziiitis)

(*Streptococcus pyogenes*)

Inkubationszeit	1-3 Tage; selten länger
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Für Racheninfektionen bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. Personen mit einer akuten Streptokokkeninfektion, die nicht spezifisch behandelt wurden, können bis zu 3 Wochen kontagiös sein; solche mit eitrigen Ausscheidungen auch länger.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie und dem Abklingen der Symptome möglich, bei fortbestehenden Symptomen unter der Therapie erst nach deren Abklingen. Ohne antibiotische Therapie ist eine Wiederzulassung frühestens 24 Stunden nach dem Abklingen der spezifischen Symptome angezeigt.
--	--

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild einer akuten Streptokokken-Infektion, um bei Symptombeginn einen rechtzeitigen Arztbesuch zu gewährleisten. Effektive Händehygiene, ggf. Händedesinfektion. Wäsche möglichst bei mindestens 60°C waschen.
---	---

Postexpositionsprophylaxe	Für Personen in der Wohngemeinschaft mit Kontakt zu schwerwiegend Erkrankten (Sepsis, STSS, nekrotisierende Fasziiitis) sollte eine Chemoprophylaxe empfohlen werden. Oft wird die Chemoprophylaxe unter dem initialen Verdacht einer Meningokokken-Infektion begonnen. Sie sollte bei Streptokokken-Nachweis regulär zu Ende geführt werden. Bei gezielter Chemoprophylaxe und kulturellem Erregernachweis kann bei Empfindlichkeit der dann nachgewiesenen Streptokokken auch Clindamycin weiter eingesetzt werden.
----------------------------------	---

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Scharlach oder einer sonstigen <i>Streptococcus-pyogenes</i>-Infektion erkrankt oder dessen verdächtig sind.
---	---

Weitere Informationen	www.rki.de/scharlach
------------------------------	--

Shigellose (bakterielle Ruhr)

(*Shigella* spp.)

Inkubationszeit	12-96 Stunden
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Solange der Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden wird; bis zu 1-4 Wochen nach Abklingen der Krankheitssymptome.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung nach Abklingen der Krankheitssymptome sowie Vorliegen von 2 negativen Befunden einer bakteriologischen Stuhluntersuchung (Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen) möglich. Die erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 Stunden nach Abklingen der Durchfallsymptome bzw. 48 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie erfolgen.
Ausscheider § 34 Abs. 2 IfSG	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen. Nach Vorliegen von 2 negativen Befunden einer bakteriologischen Stuhluntersuchung (Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen; frühestens 48 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie) ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzulassen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG	Wiederzulassung nach Vorliegen einer negativen Stuhlprobe (zu entnehmen 96 Stunden nach letztem Kontakt zum Erkrankten/ Krankheitsverdächtigten) möglich. Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel). Während der gesamten Erkrankungsdauer sollte eine Desinfektion aller Gegenstände und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Erkrankten in Berührung gekommen sein können, erfolgen.
Postexpositionsprophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Shigellose erkrankt oder dessen verdächtig sind <i>oder</i> • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Shigellose aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Shigellose erkrankt oder dessen verdächtig sind oder Shigellen ausscheiden.
Weitere Informationen	www.rki.de/shigellose

Skabies (Krätze)**(Krätzmilbe *Sarcoptes scabiei*)****Inkubationszeit****Erstinfestation:** 2-6 Wochen**Reinfestation:** 1-4 Tage**Dauer der Ansteckungsfähigkeit**

Eine Ansteckung ist bereits vor Symptombeginn und während der gesamten Krankheitsdauer möglich.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)**Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG**

Wiederzulassung bei immunkompetenten Erkrankten/ Krankheitsverdächtigen direkt nach abgeschlossener Behandlung mit topischem Antiskabiosum bzw. 24 Stunden nach Einnahme von Ivermectin möglich (dies gilt nicht für Patienten mit *Scabies crustosa*).
Umfassende Empfehlungen zum Vorgehen bei Patienten mit *Scabies crustosa* sind im [RKI-Ratgeber](#) zu finden.

**Allgemeine Empfehlungen zur
Verhütung von Folgeinfektionen**

Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und die Symptomatik (siehe auch Postexpositionsprophylaxe). Intensive Hautkontakte sollten von diesem Personenkreis für die Dauer der Inkubationszeit (Erstinfektion) vermieden werden.

Bei der gewöhnlichen Skabies sollten Dekontaminationsmaßnahmen vor allem auf Textilien (z.B. Leibwäsche, Bettwäsche) und Gegenstände (z.B. Hausschuhe, Kuscheltiere) fokussiert werden, zu denen die Erkrankten längeren/großflächigen Hautkontakt hatten. Detaillierte Empfehlungen zu Umgebungsmaßnahmen finden sich im [RKI-Ratgeber](#). Die Durchführung soll während bzw. direkt nach der Behandlung der Erkrankten und Kontaktpersonen erfolgen. Erweiterte Empfehlungen gelten bei *Scabies crustosa* (siehe [RKI-Ratgeber](#)).

Postexpositionsprophylaxe

Bei engen Kontaktpersonen besteht ein erhöhtes Infestationsrisiko.

Als enge Kontaktpersonen gelten alle Personen, die zu Erkrankten engen, großflächigen Haut-zu-Haut-Kontakt über einen längeren Zeitraum hatten (länger als 5-10 Minuten), z.B. Kuschneln, Liebkosen von Kleinkindern und Körperpflege. Distanzierte soziale Kontakte sowie Händeschütteln oder eine Umarmung zur Begrüßung stellen keinen engen Körperkontakt dar. Ausnahmen betreffen die *Scabies crustosa*.

Enge Kontaktpersonen sollen darüber informiert werden, dass sie bereits in der Inkubationszeit, d.h. noch bevor Symptome vorliegen, andere Personen anstecken können. Intensive Hautkontakte sollten sie deswegen für die Dauer der Inkubationszeit, in der Regel 5-6 Wochen, vermeiden, sich auf skabiestypische Symptome hin beobachten und sich beim Auftreten entsprechender Krankheitszeichen umgehend in dermatologische Behandlung begeben.

In Gemeinschaftseinrichtungen sollen enge Kontaktpersonen ohne Symptome möglichst zeitgleich mit Erkrankten behandelt werden, wenn durch sie das Risiko einer Wiedereinschleppung gegeben ist. Dies gilt für enge Kontaktpersonen, die längeren Haut-zu-Haut-Kontakt zu weiteren Personen haben, z.B. für Menschen, die Kleinkinder betreuen (siehe [einrichtungsspezifische Maßnahmen](#)).

Weitere Kontaktpersonen, die nicht unter die Definition enge Kontaktperson fallen, sind in der Regel nicht gefährdet. Es wird jedoch eine Selbstbeobachtung für die nächsten 5-6 Wochen empfohlen. Bei Auftreten von skabiestypischen Symptomen sollten sich die Betroffenen in dermatologische Behandlung begeben.

Erweiterte Empfehlungen gelten bei *Scabies crustosa* oder anderen Krankheitsformen mit hoher Milbenlast.

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung (gemäß § 33 IfSG) hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none">• wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Benachrichtigungspflichten § 36 Abs. 3a IfSG	Die Leitung einer Einrichtung gemäß § 36 Abs. 1 Nr. 2-6 IfSG, z. B. von Pflegeeinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern und Flüchtlingen oder sonstigen Massenunterkünften, hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none">• wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Weitere Informationen	<ul style="list-style-type: none">• www.rki.de/skabies• Flussdiagramm: Maßnahmen bei Skabies

Tuberkulose (ansteckungsfähige Lungentuberkulose)

(*Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex außer BCG)

Inkubationszeit	Von der Erstinfektion bis zur Erkrankung Wochen bis Monate/Jahre
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Ansteckungsfähigkeit bei mikroskopischem Nachweis säurefester Stäbchen in respiratorischem Material (Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft), geringer bei lediglich kulturellem oder molekularbiologischem Erregernachweis. Dauer 2-3 Wochen nach Beginn einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie. Kann länger bei ausgedehntem pulmonalen Befunden und Vorliegen einer resistenten Tuberkulose sein.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige
§ 34 Abs. 1 IfSG

Wiederzulassung ist immer eine Einzelfallentscheidung (siehe Anmerkungen) und ohne Hinweis auf Medikamentenresistenz, bei klinischem Ansprechen auf die Therapie und bei Therapieadhärenz in der Regel 3 Wochen nach Beginn der Behandlung möglich. Bei initial mikroskopisch positivem Befund gelten als Anhalt 3 mikroskopisch negative Sputen (Abstand der Proben mind. 8 Stunden) bzw. bei Kindern alternativ klinisches Ansprechen und mindestens 21 Tage adäquate Therapie. Bei MDR-TB wird mindestens eine negative Kultur empfohlen.

Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft
§ 34 Abs. 3 IfSG

Kontaktpersonen unterliegen den im Rahmen der Umgebungsuntersuchungen erforderlichen üblichen Kontrollmaßnahmen. Es ist auf tuberkuloseverdächtige Symptome, insbesondere auf Husten unklarer Ursache, zu achten. Kontaktpersonen, bei denen eine latente tuberkulöse Infektion (LTBI) diagnostiziert wurde [d.h. positive Immunreaktion durch IGRA (Interferon-Gamma-Release-Assay) oder THT (Tuberkulin-Hauttest) ohne Nachweis einer Tuberkulose] sind nicht krank und damit nicht ansteckungsfähig.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen

Tuberkulose ist eine respiratorisch übertragbare Krankheit, es gelten die Maßnahmen der Standardhygiene (Isolierung, Raumlüftung, Atemschutz etc.).

Postexpositionsprophylaxe

Chemoprophylaxe: Medikamentöse Therapie bei Kindern < 5 Jahren baldmöglichst nach Exposition mit dem Ziel, eine Infektion zu verhindern bzw. eine bereits bestehende, noch nicht nachweisbare Infektion zu behandeln, um das Fortschreiten in eine Tuberkulose zu verhindern.

Chemoprävention: Medikamentöse Therapie bei Kontaktpersonen mit nachgewiesener LTBI mit dem Ziel, eine Manifestation der Erkrankung zu verhindern.

Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn bei in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf ansteckungsfähige Lungentuberkulose aufgetreten ist *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf ansteckungsfähige Lungentuberkulose aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen

Die genannten Kriterien sind als Entscheidungshilfen zu verstehen. Grundsätzlich muss die ärztliche Entscheidung über die Wiederzulassung zu Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen bzw. zu beruflicher Tätigkeit in Gesamtschau aller klinischen, bakteriologischen und ggf. radiologischen Befunde sowie der Therapieadhärenz für jeden an ansteckungsfähiger Lungentuberkulose Erkrankten individuell getroffen werden. Unter wirksamer Behandlung nimmt die Sputumproduktion in der Regel rasch ab, daher ist gerade im Kindesalter, wo sich die Materialgewinnung häufig aufwendig und belastend gestaltet, der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen.

Weitere Informationen

www.rki.de/tuberkulose

Typhus (abdominalis)/Paratyphus

(*Salmonella* Typhi/*Salmonella* Paratyphi)

Inkubationszeit	Typhus abdominalis: 3-60 Tage; gewöhnlich 8-14 Tage Paratyphus: 1-10 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Ansteckungsgefahr durch Erregerausscheidung im Stuhl ab ungefähr einer Woche nach Erkrankungsbeginn Ausscheidung auch Wochen nach Abklingen der Symptome möglich; in 2-5% der Fälle lebenslange symptomlose Ausscheidung.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden (erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Abschluss der antimikrobiellen Therapie, Abstand der Proben 1-2 Tage) möglich.
Ausscheider § 34 Abs. 2 IfSG	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen. Bei Ausscheidern von <i>S. Typhi</i> oder <i>S. Paratyphi</i> ist eine Belehrung über hygienische Verhaltensregeln und die Vermeidung von Infektionsrisiken erforderlich; eine Sanierung sollte angestrebt werden. Nach Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzulassen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG	Wiederzulassung nach Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen möglich. Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Die Übertragung kann wirksam durch das Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang, nach dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel), verhütet werden.
Postexpositionsprophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Typhus abdominalis/Paratyphus erkrankt oder dessen verdächtig sind <i>oder</i> • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen <i>Salmonella</i> Typhi oder <i>Salmonella</i> Paratyphi ausscheiden <i>oder</i> • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Typhus abdominalis/Paratyphus aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Gemäß § 42 Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Typhus abdominalis/Paratyphus erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Weitere Informationen	<ul style="list-style-type: none"> • www.rki.de/typhus • www.rki.de/paratyphus

Virale hämorrhagische Fieber (VHF)

(VHF, die von Mensch zu Mensch übertragen werden können, z.B. Ebola-/ Lassa-/ Krim-Kongo-/ Marburgfieber)

(Ebola-, Lassa-, Krim-Kongo-, Marburgvirus)

Inkubationszeit

Ebolafieber: 2-21 Tage, gewöhnlich 8-9 Tage

Lassafieber: 3-21 Tage

Krim-Kongo-Fieber: 1-12 Tage

Marburgfieber: 2-21 Tage

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Solange Viren im Blut, Speichel oder Ausscheidungen nachweisbar sind

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG

Eine Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG

Eine Wiederzulassung für Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen

Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

Postexpositionsprophylaxe

Meist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt. Eine Beratung durch Fachexperten/-innen und das zuständige Gesundheitsamt wird empfohlen.

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an VHF erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf VHF aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen

- Gemäß § 30 Abs. 1 IfSG hat die zuständige Behörde anzuordnen, dass Personen, die an von Mensch zu Mensch übertragbarem hämorrhagischen Fieber erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung abgesondert werden
- Eine Beratung durch die STAKOB-Zentren (s.u.) wird empfohlen
- Übermittlung gemäß §12 IfSG

Weitere Informationen

- www.rki.de/VHF
- [Ebolfieber; Lassafieber; Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber; Marburgfieber](#)
- [Ebola-Rahmenkonzept](#)
- [Ständiger Arbeitskreis der „Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger“ \(STAKOB\)](#)

Windpocken (Varizellen) (Varicella-Zoster-Virus)

Inkubationszeit	8-28 Tage; gewöhnlich 14-16 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	1-2 Tage vor Auftreten des Exanthems bis zum vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen (gewöhnlich 5-7 Tage nach Exanthembeginn)
Ausreichende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • die Person vor 2004 geboren wurde und in Deutschland aufgewachsen ist <i>oder</i> • 2 Impfungen gegen Varizellen im Mindestabstand von 4 Wochen belegt werden können (z.B. durch Impfpass) <i>oder</i> • ein Nachweis von positivem VZV-IgG-Antikörpertiter vorliegt <i>oder</i> • eine durchgemachte Windpockenerkrankung ärztlich attestiert wurde.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)

Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung eine Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung, d. h. mit dem vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen, möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG	Eine Wiederzulassung ist für Kontaktpersonen möglich, wenn sie <ul style="list-style-type: none"> • über eine anzunehmende Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen <i>oder</i> • im Falle einer fehlenden Immunität 16 Tage (mittlere Inkubationszeit) nach letztem infektionsrelevanten Kontakt in der Wohngemeinschaft der Gemeinschaftseinrichtung ferngeblieben ist. Ausnahmen durch die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt sind möglich, <ul style="list-style-type: none"> • wenn mindestens 1 dokumentierte Impfung gegen Windpocken vorliegt und kein Kontakt zu Risikopersonen (ungeimpfte Schwangere ohne Varizellenanamnese, immunkompromittierte Patienten mit fehlender oder unsicherer Varizellenimmunität) in der Einrichtung besteht <i>oder</i> • bei sofortiger Inkubationsimpfung ≤ 5 Tage nach dem Erstkontakt (siehe Empfehlungen zum Kontaktmanagement im RKI-Ratgeber) Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungsempfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild; Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden. Auf krankheitsspezifische Symptome für den Zeitraum von maximal 42 Tagen achten. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren. Da das Ansteckungsrisiko in der Gemeinschaftseinrichtung für Kontaktpersonen mit nicht ausreichender Immunität sehr hoch ist und Windpocken bereits vor Auftreten des Exanthems übertragen werden können, sollte im Einzelfall geprüft werden, ob diese Personen der Gemeinschaftseinrichtung für den Zeitraum der mittleren Inkubationszeit (16 Tage) fernbleiben können, um insbesondere die weitere Ansteckung von Risikopersonen zu verhindern.
---	---

Postexpositionsprophylaxe	Gemäß den aktuellen STIKO-Empfehlungen <ul style="list-style-type: none"> • Postexpositionelle Impfung für Ungeimpfte oder Personen mit negativer Windpockenanamnese und Kontakt zu Risikopersonen innerhalb von 5 Tagen nach Exposition oder innerhalb von 3 Tagen nach Beginn des Exanthems beim Indexfall
----------------------------------	---

- Postexpositionelle Gabe von Varicella-Zoster-Immunglobulin (VZIG) so bald wie möglich und nicht später als 96 Stunden nach Exposition für Personen mit erhöhtem Risiko von Komplikationen und Kontraindikation für eine Impfung.

Benachrichtigungspflichten
§ 34 Abs. 6 IfSG

Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Windpocken erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*
- wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Windpocken aufgetreten ist.

Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen

Die Gürtelrose ist nicht im § 34 IfSG aufgeführt und wird daher auch nicht in den Empfehlungen zur Wiederzulassung berücksichtigt. Da die Übertragung ausschließlich über Kontakt mit dem Bläscheninhalt erfolgt, kann durch eine vollständige Abdeckung der Läsionen und bei strenger Einhaltung der Basishygiene das Übertragungsrisiko minimiert werden.

Weitere Informationen

- www.rki.de/varizellen
- Empfehlungen zum Kontaktmanagement sind umfassend im [RKI-Ratgeber](#) dargestellt.

Anlage 7:

Muster Reinigungsplan

Muster eines Reinigungsplanes für Gemeinschaftseinrichtungen

Reinigungsplan				
Was?	Wann?	Womit?	Wer?	
Gruppen-/Klassenräume, Eingangsbereich, Flure, Tische in Kindertages- einrichtungen	täglich	Nassreinigung Neutralreiniger (Name des Produktes)	Reinigungspersonal, Hausmeister	
Mobiliar (Tische, Stühle, Regale, Schränke)	wöchentlich	feuchtes Tuch	Lehr- und Kindergartenpersonal, Schüler/innen, Reinigungspersonal	
Toiletten, Nasszellen, Küchen, Mensen	täglich	Nassreinigung Neutralreiniger (Name des Produktes)	Reinigungspersonal, Hausmeister	
Arbeitsplatte im Küchenbereich	täglich, nach Gebrauch	Nassreinigung Neutralreiniger (Name des Produktes)	Lehr- und Kindergartenpersonal, Schüler/innen	
Abfallbehälter	täglich	Entleeren, Abfallsortierung und Abfallsammlung nach Satzung der Stadt oder Gemeinde Entsorgung nach Abfallart und Satzung der Gemeinde oder Stadt, in flüssigkeitsdichten Müllsäcken	Lehr- und Kindergartenpersonal, Schüler/innen, Hausmeister, Reinigungspersonal	

Anlage 8:

Muster Desinfektionsplan

Muster eines Desinfektionsplanes für Gemeinschaftseinrichtungen

Desinfektionsplan				
Was?	Wann?	Womit?	Wer?	
Gruppen-/Klassenräume, Eingangsbereich, Flure	Sofort bei Kontamination mit Erbrochenem, Blut und Stuhl fachgerechte Entsorgung (z.B. flüssigkeitsdichter Müllsack)	Desinfektionsreiniger nach vorheriger grober Reinigung mit Einmaltücher (Name des Produktes)	Reinigungskraft, Hausmeister	
Mobiliar (Tische, Stühle, Regale, Schränke)	Sofort bei Kontamination mit Erbrochenem, Blut und Stuhl (z.B. flüssigkeitsdichter Müllsack)	Desinfektionsreiniger nach vorheriger grober Reinigung mit Einmaltücher (Name des Produktes)	Reinigungskraft, Hausmeister	
Toiletten, Nasszellen	bei Ausscheiden von Krankheitserregern gem. § 34 Abs. 2 IfSG nur nach Anordnung des Gesundheitsamts	Flachendesinfektionsmittel (Name des Produktes)	Reinigungskraft	
Arbeitsplatten im Küchenbereich	nach Verarbeitung von Geflügel/Eiern*	Desinfektionsreiniger (Name des Produktes)	Küchenpersonal/ Erzieher/innen	
Hände				
Lehrpersonal, Schüler/innen Erzieherinnen, Kindergartenkinder	Als Ausscheider gem. § 34 (2) IfSG	Händedesinfektionsmittel nach Anordnung des Gesundheitsamtes (Name des Produktes)	Lehrer/innen bzw. Schüler/innen, Erzieher/innen	
Küchenpersonal, Schüler/innen, Lehrer/innen nach Tätigkeiten mit Lebensmittel gemäß § 43IfSG	nach Verarbeitung von Geflügel/Eiern	Händedesinfektionsmittel (Name des Produktes)	Küchenpersonal, Lehrer/innen, Schüler/innen, Erzieher/innen	

Bei "unreinen" Arbeiten ist ein Kontakt mit Keimen, die an den Lebensmitteln haften möglich, z.B. auf nicht gewaschenen Feldfrüchten oder rohen, d. h. nicht gebratenen oder gekochten, tierischen Lebensmitteln.

Anlage 9:

Muster Hygieneplan

Hygienepläne in Schulen/Kindergarten

Hygienepläne ergänzen die Reinigungspläne und geben Regelungen sowie Hinweise zur persönlichen Hygiene vor, um das Auftreten von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen zu vermeiden. Das unten angeführte Muster gibt beispielhaft Lösungsvorschläge für in Schulen häufig vorhandene Bereiche mit Regelungsbedarf.

Infektionsgefährdete Bereiche/ Tätigkeiten	Hygienische Maßnahmen	Durchführung	Zeitpunkt	Kontrolle
Toilettenbesuch	<ul style="list-style-type: none"> Handreinigung mit Seife und Einmalhandtüchern 	alle	<ul style="list-style-type: none"> nach jedem Toilettengang 	Eigenkontrolle, Kindergartenpersonal
Pausenspeisung	<ul style="list-style-type: none"> Handreinigung mit Seife und Einmalhandtüchern Reinigung des Ausgabebereiches <u>Beachten:</u> Keine Lagerung von z.B. Werkzeugen, Abfällen im Ausgabebereich 	zuständiges Personal	<ul style="list-style-type: none"> vor der Essenabgabe 	Schul- und Kindergartenleitung
Schulküche / Kindergartenküche	<ul style="list-style-type: none"> Handreinigung mit Seife und Einmalhandtüchern saubere Berufskleidung einschl. Schürzen Trennung von "reinen" und "unreinen" Arbeiten Handreinigung nach "unreinen" Arbeiten* lebensmittelgerechte Aufbewahrung der Nahrungsmittel 	Schüler/innen, Lehr- und Kindergartenpersonal	<ul style="list-style-type: none"> vor Arbeitsbeginn vor Speisenzubereitung und Speisenverteilung nach „schmutzigen“ Tätigkeiten (z.B. Salatputzen, Arbeiten mit Geflügel, rohem Fleisch) nach Toilettengang bei Bedarf 	Eigenkontrolle, verantwortliches Küchenpersonal
Raumlufthygiene	<ul style="list-style-type: none"> 3-minütiges Stoßlüften bei geöffneten Fenstern - sofern keine Absturzgefahr besteht 	Lehr- und Kindergartenpersonal	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Unterrichtsstunde 	Schul- und Kindergartenleitung
Infektionskrankheiten				
Grippale Infekte	<ul style="list-style-type: none"> Handreinigung mit Seife und Einmalhandtüchern Anhusten vermeiden 	erkrankte Person	<ul style="list-style-type: none"> nach Sekretkontakt, Hustenreiz 	
Durchfallerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> intensivierte Handreinigung, evtl. mit Händedesinfektionsmittel evtl. Nutzung einer separaten Toilette 	erkrankte Person	<ul style="list-style-type: none"> nach jedem Toilettengang 	Lehrpersonal
Meldepflichtige Erkrankungen (§ 34 IfSG)	<ul style="list-style-type: none"> Maßnahmen in Absprache mit dem Gesundheitsamt treffen 	Schulleitung, Kindergartenleitung	<ul style="list-style-type: none"> nach Bekanntwerden der Erkrankung 	Schul- und Kindergartenleitung
Kontamination mit Erbrochenem, Blut, Stuhl	<ul style="list-style-type: none"> Flächenreinigung mit einem geeigneten Desinfektionsmittel (VAH-gelistet) Verwendung von Schutzhandschuhen bei der Reinigung fachgerechte Entsorgung (z.B. flüssigkeitsdichter Müllsack) 	Lehr- und Kindergartenpersonal	<ul style="list-style-type: none"> unverzüglich nach der Verunreinigung 	Schul- und Kindergartenleitung

* Bei "unreinen" Arbeiten ist ein Kontakt mit Keimen, die an den Lebensmitteln haften, möglich, z.B. auf rohen oder nicht-gewaschenen Feldfrüchten, d.h. nicht gebratenen oder gekochten tierischen Lebensmitteln.

Anlage 10:

**Rahmenhygieneplan
des Landes NRW**



Rahmen-Hygieneplan für Kinder- und Jugendeinrichtungen

In Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche befinden sich oftmals viele Personen auf engem Raum. Dadurch können sich unter Umständen Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten. Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Infektionsschutzgesetz) verfolgt den Zweck übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Aus dem Gesetz ergeben sich für Gemeinschaftseinrichtungen bzw. deren Leitungen insbesondere in den §§ 33-36 Verpflichtungen. Nach § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Kinder- und Jugendeinrichtungen verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Einhaltung der Infektionshygiene festzulegen. Mit den Hygieneplänen wird der Zweck verfolgt, Infektionsrisiken in den betreffenden Einrichtungen zu minimieren. Der Hygieneplan muss hinsichtlich seiner Aktualität regelmäßig überprüft und ggf. verändert oder ergänzt werden und auf organisatorische und baulich-funktionelle Gegebenheiten der Einrichtung abgestimmt sein. Außerdem muss er für Beschäftigte jeder Zeit zugänglich und einsehbar sein. Die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendeinrichtung müssen regelmäßig über die festgelegten Hygienemaßnahmen belehrt und dies schriftlich festgehalten werden.

Bei der Erstellung des Hygieneplans sollen alle hygienerlevanten Bereiche der Einrichtung Beachtung finden. Dabei sind insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Risikoanalyse
 - im Aufenthaltsbereich
 - im Küchenbereich
 - im Sanitärbereich
 - im Schwimm-/Badebereich etc.
- Risikobewertung
 - Abhängig von den zu betreuenden Personen der Einrichtung (Abwehr- und Immunsituation, Impfstatus, Alter), Erreger und Übertragungswege
 - hinzunehmende geringe Risiken
 - hohes Risiko (muss zu Minimierungsmaßnahmen führen)
- Risikominimierung
 - Festlegung von Reinigungs-/Desinfektionsmaßnahmen
 - Einwegpapierhandtücher oder Einmalstoffhandtücher aus Retraktivspendern
 - Flüssigseife
 - separate Toiletten etc.
- Festlegung von Überwachungsmaßnahmen
 - regelmäßige Kontrolle durch die beauftragte Person der Einrichtung
 - schriftliche Dokumentation anhand von Checklisten



- Aktualisierung des Hygieneplans
 - in vorher festzulegenden Zeitabschnitten
- Dokumentation und Schulung
 - Einzelheiten des Hygieneplans schriftlich festlegen
 - Informationen beziehungsweise Schulung der Beteiligten festlegen

Das Gesundheitsamt hat in Zusammenarbeit mit der Bezirksregierung und dem Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) einen Rahmen-Hygieneplan erarbeitet, der für die Einrichtung als Muster dienen soll, um einen Plan nach den eigenen Erfordernissen und Gegebenheiten zu erstellen. Da das Gesundheitsamt zur Überwachung der Einrichtung (einschließlich des Hygieneplans) verpflichtet ist, sollte es bereits im Vorfeld bei Erstellung der Hygienepläne einbezogen werden.

Sofern bestimmte Bereiche des Rahmen-Hygieneplans in einer Kinder-/Jugendeinrichtung nicht vorhanden sind, werden diese Abschnitte gestrichen. Andererseits ist der Hygieneplan um die jeweiligen Besonderheiten zu erweitern, die im Rahmen-Hygieneplan nicht enthalten sind.

In der Einrichtung sollten ergänzend zum Hygieneplan für alle Bereiche Reinigungs- und Desinfektionspläne erstellt werden, die Festlegungen zur Reinigung und Desinfektion beinhalten und beschreiben wer, wann, welche Tätigkeit wie und mit welchen Mitteln durchzuführen hat (siehe auch Teil B).

Der im Rahmen-Hygieneplan genannte Begriff „regelmäßig“ ist nach eigenem Ermessen und Bedarf (im Anschluss an die Risikobewertung) durch die zuständige beauftragte Person für Hygiene der Einrichtung selbst festzulegen.

Für Rückfragen steht das Gesundheitsamt gern zur Verfügung.
Ansprechperson und Tel.:



Inhaltsverzeichnis

Rahmen-Hygieneplan für Kinder- und Jugendeinrichtungen	1
1. Hygiene in Aufenthaltsräumen	5
1.1. Lufthygiene	5
1.2. Garderobe	5
1.3. Reinigung der Flächen, Gegenstände und Fußböden	5
1.4. Bettwäsche	5
1.5. Umgang mit Spielzeugen und Beschäftigungsmaterialien.....	5
2. Hygiene im Sanitärbereich	6
2.1. Ausstattung	6
2.2. Händereinigung	6
2.3. Flächenreinigung	7
3. Persönliche Hygiene der Kinder / Zahn- und Mundhygiene	8
4. Küchenhygiene	8
4.1. Allgemeine Anforderungen.....	8
4.2. Händedesinfektion	9
4.3. Flächenreinigung und -desinfektion	9
4.4. Lebensmittelhygiene	10
4.5. Lebensmittelhygiene für Eltern	10
4.6. Tierische Schädlinge	10
5. Trinkwasserhygiene	11
5.1. Legionellenprophylaxe entsprechend DVGW-Arbeitsblatt W551	11
5.2. Vermeidung von Stagnationsproblemen.....	11
6. Tierhaltung	11
7. Erste Hilfe	11
7.1. Versorgung von Bagatellwunden	11
7.2. Behandlung kontaminierter Flächen.....	12
7.3. Überprüfung des Erste-Hilfe-Kastens.....	12
7.4. Notrufnummern	12
8. Belehrungs- und Meldepflichten, Tätigkeits- und Aufenthaltsverbote	12
8.1 Belehrungen des Betreuungs-, Aufsichts- und Erziehungspersonals	12
8.2. Belehrungen der Eltern, Jugendlichen und Kinder.....	13



8.3. Meldepflicht und Sofortmaßnahmen.....	14
8.4. Wiedenzulassungen in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	15
9. Spezielle Hygienemaßnahmen beim Auftreten übertragbarer Erkrankungen	15
9.1. Durchfallerkrankungen	15
9.2. Kopflausbefall	16
10. Abkürzungen, Bezugsadressen, Literatur.....	17
Haftungsausschluss	19
Ansprechperson im LZG.NRW:.....	19



1. Hygiene in Aufenthaltsräumen

1.1. Lufthygiene

Mehrmals täglich, zum Beispiel 1 x pro Stunde, ist eine Stoßlüftung beziehungsweise Querlüftung durch vollständig geöffnete Fenster über mehrere Minuten vorzunehmen.

1.2. Garderobe

Die Ablage für die Kleidung ist so zu gestalten, dass die Kleidungsstücke der Kinder und der Beschäftigten keinen direkten Kontakt untereinander haben, da sonst die Gefahr der Übertragung von z.B. Läusen bestehen kann. In Krippen können Kleiderkörbe oder Beutel bereitgestellt werden. Es empfiehlt sich in einer Einrichtung mit Kindern im Krabbelalter im Aufenthaltsbereich Hausschuhe zu tragen. Dafür sind geeignete Schuhablagen zur Verfügung zu stellen.

1.3. Reinigung der Flächen, Gegenstände und Fußböden

Eine gründliche und regelmäßige Reinigung der Fußböden sowie häufig genutzter Flächen und Gegenstände ist wesentlich für einen guten Hygienestatus in der Einrichtung. Fußböden (glatte Oberflächen, aber auch textile Bodenbeläge) müssen feucht zu reinigen und zu desinfizieren sein. Grundsätzlich ist in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Desinfektion nur dann erforderlich, wenn Verunreinigungen durch Ausscheidungen, Erbrochenes, Blut, etc. auftreten, Krankheitserreger in der Einrichtung bekannt werden und die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht. Tische, Fußböden oder sonstige oft benutzte Gegenstände sind täglich nass zu reinigen. Teppichböden sind täglich mit Staubsauger zu reinigen. Eine Grundreinigung sollte regelmäßig erfolgen (zum Beispiel monatlich).

1.4. Bettwäsche

Wird regelmäßiger Mittagsschlaf angeboten, sollte die Bettwäsche, um eine Übertragung von Krankheitskeimen, Läusen etc. zu vermeiden, personengebunden verwendet werden. Zur Aufbewahrung ist die Bereitstellung eines Bettenregals mit abgetrennten Fächern empfehlenswert. Bettwäsche, Schlafbekleidung, Kissen und Decken müssen bei mindestens 60°C gewaschen und regelmäßig gewechselt werden.

1.5. Umgang mit Spielzeugen und Beschäftigungsmaterialien

In den Entspannungszonen sind Textilien wie Decken, Bezüge, Stofftiere etc. in regelmäßigen Abständen (zum Beispiel wöchentlich) bei mindestens 60°C zu waschen.

Gegenstände, wie Spielzeuge bzw. Beschäftigungsmaterialien sind regelmäßig (zum Beispiel wöchentlich oder bei Säuglingsbetreuung täglich) nass zu reinigen, zu waschen (mindestens 60°C) oder zu wechseln.



2. Hygiene im Sanitärbereich

2.1. Ausstattung

In Sanitärbereichen müssen Oberflächen von Fußböden und Wänden feucht zu reinigen und zu desinfizieren sein. An den Waschplätzen sind Einmalhandtücher bevorzugt zu verwenden. Als Alternative zu Einmalpapierhandtüchern können Einmalstoffhandtücher aus retraktiven Systemen mit automatischem Vorschub verwendet werden. Eine mögliche (versehentliche) Benutzung des gleichen Handtuchs durch nachfolgende Personen sollte ausgeschlossen sein. Dies ist unter anderem der Fall bei Einmalstoffhandtüchern aus retraktiven Systemen. Die Funktionalität muss regelmäßig überprüft werden. Personengebundene Handtücher und Waschlappen müssen mit einem ausreichenden Abstand zueinander aufgehängt werden. Die gemeinschaftliche Benutzung von Handtüchern ist - unabhängig vom Material - aus hygienischer Sicht bedenklich und daher abzulehnen. Aus hygienischen Gründen sollte Flüssigseife aus Seifenspendern mit integriertem Auffangbecken bereitgestellt werden. Papierabwurfbehälter sind mit einem Beutel zu versehen und täglich zu entleeren. Eine Reinigung der Abfallbehälter innen und außen sollte wöchentlich durchgeführt werden. Toilettenbürsten sind regelmäßig zu reinigen und auszutauschen. Sie dürfen nur außerhalb des Zugriffsbereiches der Kinder und Jugendlichen aufbewahrt werden.

Toilettenpapier, Handtuchpapier, Einmalstoffhandtuchrollen und Flüssigseife sind grundsätzlich vorzuhalten.

Windeleimer sind ebenfalls täglich zu entleeren. Werden die Eimer ohne Müllbeutel verwendet, ist nach der Entleerung eine desinfizierende Reinigung durchzuführen. In Einrichtungen, die Kinder (zum Beispiel unter 3 Jahren) betreuen, sind außerdem Wickelkommoden erforderlich. Werden beim Wickeln keine Einwegunterlagen verwendet, ist nach jeder Benutzung eine prophylaktische Wischdesinfektion mit Mitteln der Liste des Verbundes für angewandte Hygiene (VAH) empfehlenswert, zumindest jedoch nach Entfernung der Kontamination mit einem mit Desinfektionsmittel getränkten Einmaltuch. Dabei sind Einmalhandschuhe zu tragen.

Fieberthermometer müssen nach jeder Benutzung gereinigt werden, nach rektaler Messung hat eine Desinfektion des Thermometers zu erfolgen.

2.2. Händereinigung

Händewaschen und ggf. Händedesinfektion sind die wichtigsten Maßnahmen zur Infektionsverhütung und Infektionsbekämpfung. Das Waschen der Hände ist der wichtigste Bestandteil der Hygiene, denn hierbei wird die Keimzahl auf den Händen erheblich reduziert. Die hygienische Händedesinfektion bewirkt eine Abtötung von Infektionserregern wie Bakterien oder Viren. Für die korrekte Durchführung der Händehygiene, sollten Uhren und Schmuck abgelegt sowie Fingernägel nicht lackiert und kurz getragen werden.



Händereinigung ist daher durchzuführen:

- zum Dienstbeginn,
- nach jedem Toilettengang,
- vor und nach dem Umgang mit Lebensmitteln, und dem Essen,
- bei Bedarf,
- nach Tierkontakt.

Händedesinfektion ist zusätzlich durchzuführen:

- nach Kontakt mit Stuhl, Urin, Erbrochenem, Blut oder anderen Körperausscheidungen,
- nach dem Wickeln,
- nach Ablegen von Schutzhandschuhen,
- nach Verunreinigung mit infektiösem Material,
- nach dem Kontakt mit erkrankten Kindern,
- bei Kindern oder Erwachsenen, die Ausscheider von Krankheitserregern (zum Beispiel Salmonellen) sind. Eine Rücksprache mit dem Gesundheitsamt ist in diesen Fällen erforderlich.
- nach Schmutzwäsche-Entsorgung.

Durchführung: Eine ausreichende Menge (3-5 ml) des Desinfektionsmittels in die trockenen Hände geben und einreiben. Dabei Handgelenke, Fingerkuppen, Fingerzwischenräume, Daumen und Nagelfalz berücksichtigen und die vom Hersteller angegebene Einwirkzeit beachten. Während der Einwirkzeit müssen die Hände von der Desinfektionslösung feuchtgehalten werden.

Bei vorhersehbarem Kontakt mit Ausscheidungen, Blut oder Ähnlichem ist das Tragen von Einmalhandschuhen zu empfehlen.

2.3. Flächenreinigung

Toilettensitze, Urinale, Armaturen, Waschbecken, Duschbereiche, Fußböden und Türklinken sind täglich beziehungsweise nach Bedarf feucht zu reinigen. Bei Verschmutzung mit Fäkalien, Blut oder Erbrochenem ist nach Entfernung der Kontamination eine prophylaktische Wisch-Desinfektion mit einem in Desinfektionsmittel (VAH-Liste) getränktem Einmaltuch erforderlich. Eine effektive Desinfektion wird erreicht, wenn ein geeignetes Desinfektionsmittel in der vorgeschriebenen Konzentration und unter Beachtung der Einwirkzeit angewendet wird, hierzu müssen die Herstellerangaben des Desinfektionsmittels beachtet werden. Bei der Desinfektion ist geeignete Schutzkleidung, wie Arbeitsgummihandschuhe und/oder Schürze, zu tragen.



3. Persönliche Hygiene der Kinder / Zahn- und Mundhygiene

Die Kinder und Jugendlichen sollten im Sinne der Gesundheitsförderung und -erziehung über die Notwendigkeit eines hygienischen Verhaltens unterrichtet werden und eine korrekte Händehygiene erlernen. Eine Händereinigung sollte nach dem Spielen, bei Verschmutzung, nach Toilettenbenutzung, nach Kontakt mit Tieren und vor dem Essen erfolgen.

Um eine gute Zahnpflege sicherzustellen, sollten im Sanitärbereich Halterungen/Regale verfügbar sein, um Zahnputzutensilien unterzubringen in der Weise, dass ein Kontakt der Zahnbürsten der Kinder vermieden wird und sie für die Kinder durch personenbezogene Motive erkennbar sind. Zahnbürsten und Zahnputzbecher sind personenbezogen zu nutzen, zu reinigen und regelmäßig zu wechseln.

Wegen der Gefahr der Läuse- beziehungsweise Nissenübertragung ist kein Gemeinschaftskamm zu verwenden. Käämme und Bürsten sind personenbezogen zu verwenden.

4. Küchenhygiene

4.1. Allgemeine Anforderungen

Durch das Kochen und Hauswirtschaften mit den Kindern und Jugendlichen sollen diese in den Umgang mit Lebensmitteln eingeführt werden. Beim Umgang mit Lebensmitteln kann eine erhöhte Infektionsgefahr durch Krankheitserreger bestehen, die direkt oder indirekt auf den Menschen übertragen werden können. Vor jedem gemeinsamen Kochen ist deshalb darauf zu achten, dass die Hände gründlich gewaschen werden, lange Haare zusammengebunden werden, eine Schürze getragen wird und beim Umgang mit rohem Fleisch dünnwandige, flüssigkeitsdichte Einmalhandschuhe getragen werden. Auf Lebensmittel und Speisen darf nicht gehustet oder geniest werden.

Es dürfen nur saubere Geschirr und Besteckteile benutzt werden. Die benutzten Geschirr- und Besteckteile müssen nach jeder Mahlzeit heiß gereinigt werden. Tische, Tablett und Platzdeckchen, etc. sind nach der Mahlzeit feucht abzuwischen, um Essensreste zu entfernen. Die dafür genutzten Geschirrtücher und Lappen sind regelmäßig zu reinigen und zu wechseln.

Die Abfallentsorgung in Küchenbereichen ist so vorzunehmen, dass eine Belästigung durch Gerüche, Insekten oder Schädlinge vermieden wird. Daher sollten Abfälle in gut verschließbaren Behältern aufbewahrt, täglich entleert und gereinigt werden.

Personen, die an einer Infektionskrankheit im Sinne § 42 IfSG oder an infizierten Wunden oder an Hautkrankheiten erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können, dürfen in der Küche nicht beschäftigt werden.



Das Küchenpersonal ist gemäß § 43 IfSG bei Aufnahme der Tätigkeit und dann regelmäßig alle zwei Jahre über die in § 42 beschriebenen Tätigkeitsverbote und Verpflichtungen zu belehren. Das Küchenpersonal ist regelmäßig lebensmittelhygienisch zu schulen. Die Belehrung ist schriftlich zu dokumentieren.

Einige Lebensmittel sind besonders empfindlich und können leicht verderben. Auf kritische Lebensmittel (rohes Tatar, Mett, rohen Fisch, Rohmilchkäse) sollte daher verzichtet werden. Die Ausgabe von Lebensmitteln wie Speisen mit rohen Eiern, selbstgemachte Mayonnaise, Tiramisu, Rohmilch und Vorzugsmilch an Kinder ist verboten.

4.2. Händedesinfektion

Eine Händedesinfektion mit Mitteln der Liste des VAH für die in der Küche Beschäftigten (Personal) ist in folgenden Fällen erforderlich:

- bei Arbeitsbeginn,
- nach Husten, Niesen in die Hand, nach jedem Gebrauch des Taschentuchs,
- nach Pausen,
- nach dem Toilettenbesuch,
- nach Schmutzarbeiten,
- nach Arbeiten mit kritischer Rohware zum Beispiel rohes Fleisch, Geflügel.

Durchführung: Die Durchführung der hygienischen Händedesinfektion hat sorgfältig zu erfolgen unter Einbeziehung aller Innen- und Außenflächen einschließlich der Handgelenke, Fingerzwischenräume, Fingerspitzen, Nagelfalz und Daumen. Bitte die Menge des Desinfektionsmittels, 3-5 ml, und Einwirkungszeit pro Händedesinfektion nach Herstellerangaben beachten. Für Händedesinfektionsmittel sollten Wandspender vorhanden sein.

4.3. Flächenreinigung und -desinfektion

Die Fußböden im Küchenbereich sind täglich zu reinigen. Flächen, die mit Lebensmitteln in Berührung kommen, sind danach mit klarem Wasser abzuspülen.

Eine Flächendesinfektion ist erforderlich:

- bei Arbeiten mit kritischen Rohwaren wie rohes Fleisch, Geflügel,
- nach Arbeitsende auf Oberflächen, auf denen Lebensmittel verarbeitet werden.

Für eine Flächendesinfektion in Küchenbereichen dürfen nur Mittel aus der Liste der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft (DVG) verwendet werden.

Durchführung: Das Flächendesinfektionsmittel wird gebrauchsfertig geliefert oder ist vor der Verwendung mittels geeigneter Dosierhilfe (Messbecher) als Gebrauchsverdünnung anzusetzen. Die Flächendesinfektion wird als



Wischdesinfektion durchgeführt. Bei allen routinemäßigen Desinfektionsarbeiten kann eine Fläche wieder benutzt werden, sobald sie sichtbar trocken ist. Bei Desinfektionsmaßnahmen im Lebensmittelbereich muss die angegebene Einwirkzeit vor Wiederbenutzung der Fläche abgewartet werden.

4.4. Lebensmittelhygiene

Bei der Anlieferung von Lebensmitteln und Speisen, die kühl gelagert werden müssen, ist es wichtig, dass Kühlketten nicht unterbrochen werden. Warme Speisen müssen bis zur Essensausgabe Temperaturen von $> 65^{\circ}\text{C}$ aufweisen.

Um einem Qualitätsverlust von Lebensmitteln durch den Befall von Schädlingen (zum Beispiel Mehlwürmern) vorzubeugen, sind Lebensmittel sachgerecht zu verpacken (zum Beispiel Umverpackungen, Eimer) und die Verpackungen mit dem Anbruchsdatum/ Verarbeitungsdatum und einer Inhaltskennzeichnung zu versehen.

Folgende betriebseigene Kontrollen der Lebensmittel sind durchzuführen:

- Wareneingangskontrolle auf Verpackung, Haltbarkeit, diverse Schäden an Waren.
- Tägliche Temperaturkontrolle in Kühleinrichtungen. Die Temperatur darf im Kühlschrank nicht über 7°C , in Gefriereinrichtungen nicht über -18°C ansteigen.
- Regelmäßige Überprüfung der Mindesthaltbarkeitsdaten.
- In Küchen, in denen regelmäßig gekocht wird, sind Rückstellproben in Absprache mit dem Lebensmittelüberwachungsamt zu nehmen.
- Die Betriebskontrollen sind schriftlich zu dokumentieren.

4.5. Lebensmittelhygiene für Eltern

Eltern bzw. Sorgeberechtigte sollten vor ehrenamtlichen Tätigkeiten auf Kindergarten,- Schulfesten, oder anderen Feierlichkeiten in der Einrichtung (zum Beispiel Kuchenausgabe, Getränkeausgabe, Kuchen-, Salatpenden), über Hygieneregeln im Umgang mit Lebensmitteln und Speisen aufgeklärt werden, um eine gesundheitlich unbedenkliche Herstellung, Versorgung und Abgabe von Nahrungsmitteln gewährleisten zu können. Ein Leitfaden für Eltern kann dabei eine Orientierungshilfe sein.

4.6. Tierische Schädlinge

Die Küche ist regelmäßig auf Schädlingsbefall zu kontrollieren und dies zu dokumentieren. Bei Befall sind Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen durch eine Fachfirma zu veranlassen. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt bei Schädlingsbefall ist zu empfehlen.

Lebensmittelabfälle müssen zum Schutz vor Ungeziefer in verschließbaren Behältern gelagert werden. Die Behälter sind nach jeder Leerung zu reinigen.



Küchenfenster, die ins Freie geöffnet werden können, sind mit Insektengittern auszustatten.

5. Trinkwasserhygiene

5.1. Legionellenprophylaxe entsprechend DVGW-Arbeitsblatt W551

Sofern die Einrichtung durch zentrale Warmwasserspeicher mit Warmwasser versorgt wird, ist einmal jährlich eine orientierende Untersuchung auf Legionellen entsprechend der aktuellen Trinkwasserverordnung (Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch - Trinkwasserverordnung - TrinkwV* in der Fassung vom 10.03.2016) und DVGW-Arbeitsblatt W 551 / April 2004 (Deutscher Verein des Gas- und Wasserfaches e.V.) (Trinkwassererwärmungs- und Trinkwasserleitungsanlagen-technisch Maßnahmen zur Vermeidung des Legionellenwachstums, Planung, Errichtung, Betrieb und Sanierung von Trinkwasserinstallationen) erforderlich. Kalkablagerungen an den Duschköpfen sind regelmäßig zu entfernen.

5.2. Vermeidung von Stagnationsproblemen

Am Wochenanfang und nach den Ferien ist das Trinkwasser, sofern es dem menschlichen Genuss dienen soll, ca. 5 Minuten beziehungsweise bis zum Erreichen der Temperaturkonstanz ablaufen zu lassen, um die Leitungen zu spülen.

6. Tierhaltung

Ein enger Kontakt mit dem Gesundheits- Veterinär- und Jugendamt ist bei der Planung und Umsetzung einer Tierhaltung dringend anzuraten. Jede Tierhaltung in Gemeinschaftseinrichtungen kann ein gesundheitliches und hygienisches Risiko darstellen (Allergien, Parasitenbefall, Biss- und Kratzverletzungen, Infektionen, etc.). Auf gezielte Hygienemaßnahmen wie beispielsweise die Sauberkeit der Käfige und Räume und eine gründliche Händehygiene, sowie auf tierärztliche Kontrollen muss ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Zuständigkeiten (regelmäßige Reinigung, Fütterung und Pflege) sowie Verantwortlichkeiten (seitens der Betreuungspersonen) müssen klar geregelt und festgelegt sein. Der richtige Standort des Käfigs und eine artgerechte Haltung der Tiere sind erforderlich (siehe auch Teil C).

7. Erste Hilfe

Leitungen von Kinder- und Jugendeinrichtungen müssen dafür sorgen, dass eine ausreichende Anzahl an Personen Erste-Hilfe-Kenntnisse vorweist und zur Verfügung steht. Diese Kenntnisse sollten regelmäßig aufgefrischt und Verbandsmaterialien zu jeder Zeit zur Verfügung gestellt werden (§ 26 Deutsche gesetzliche Unfallversicherung DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“).

7.1. Versorgung von Bagatellwunden

Bei Bagatellwunden ist die Wunde vor dem Verband mit Leitungswasser (Trinkwasser) zu reinigen. Die Ersthelferin oder der Ersthelfer trägt dabei Einmalhandschuhe und desinfiziert sich vor und nach der Hilfeleistung die Hände.



7.2. Behandlung kontaminierter Flächen

Mit Blut oder sonstigen Exkreten kontaminierte Flächen sind unter Tragen von Einmalhandschuhen mit einem mit Desinfektionsmittel getränktem Einmaltuch zu reinigen. Die betroffene Fläche ist anschließend regelrecht zu desinfizieren.

7.3. Überprüfung des Erste-Hilfe-Kastens

Gemäß Unfallverhütungsvorschrift DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ enthalten folgende Verbandkästen geeignetes Erste-Hilfe-Material:

- Großer Verbandkasten nach DIN 13169 oder „Verbandkasten E“,
- Kleiner Verbandkasten nach DIN 13157 oder „Verbandkasten C“.

Zusätzlich sind ein alkoholisches Händedesinfektionsmittel und ein Flächendesinfektionsmittel bereitzustellen.

Verbrauchte Materialien (zum Beispiel Einmalhandschuhe, Pflaster) sind umgehend zu ersetzen, regelmäßige Bestandskontrollen der Erste-Hilfe-Kästen sind durchzuführen. Insbesondere ist das Ablaufdatum des Händedesinfektionsmittels zu überprüfen und dieses erforderlichenfalls zu ersetzen.

7.4. Notrufnummern

Polizei: 110

Feuerwehr: 112

Kinderarzt:

Notarzt:

Informationszentrale gegen Vergiftungen am Zentrum für Kinderheilkunde,
Universitätsklinikum Bonn

<https://gizbonn.de/>

Tel.: 0228 19240

8. Belehrungs- und Meldepflichten, Tätigkeits- und Aufenthaltsverbote

Nach Abschnitt 6 des IfSG (§§ 34-36) bestehen eine Reihe von Tätigkeits- und Aufenthaltsverbote, Verpflichtungen und Meldungsvorschriften für Personal und Betreute bzw. deren Sorgeberechtigte in Gemeinschaftseinrichtungen, die dem Schutz vor Übertragung infektiöser Erkrankungen dienen. Bei einem Auftreten von Infektionskrankheiten ist das Gesundheitsamt direkt hinzuzuziehen.

Bei Rückfragen hierzu wenden Sie sich bitte an das zuständige Gesundheitsamt.

8.1 Belehrungen des Betreuungs-, Aufsichts- und Erziehungspersonals

Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung für Kinder und Jugendliche Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts-, oder andere Tätigkeiten ausüben, sind vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeiten und darauffolgend mindestens alle zwei Jahre



von ihrem Arbeitgeber über gesundheitliche Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 IfSG zu belehren.

- Betreuungspersonen oder andere in der Einrichtung Beschäftigte, die an den in § 34 (1) genannten Erkrankungen erkrankt oder dessen verdächtig sind sowie zu (in §34 (3) genannten) Kontaktpersonen gehören, dürfen ihre Tätigkeit nicht ausüben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung oder Verlausung nicht mehr zu befürchten ist.
- Ausscheider von in §34 (2) benannten Erregern dürfen nur nach Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung von Schutzmaßnahmen die Gemeinschaftseinrichtung betreten.
- Die Gemeinschaftseinrichtung muss über das Auftreten dieser Erkrankung unverzüglich informiert werden.

Personen, die in Küchen, in Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung tätig sind oder bei der Herstellung und dem Inverkehrbringen von Lebensmitteln wie Fleischprodukten, Milchprodukten, Säuglings- und Kleinkindernahrung, Backwaren, Fein- oder Rohkost beteiligt sind, müssen über Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote und Verpflichtungen gemäß § 43 (IfSG) belehrt werden.

- Der Arbeitgeber hat, gemäß § 43, Personen die eine der genannten Tätigkeiten ausüben, nach Aufnahme der Tätigkeit und folgend alle zwei Jahre über Tätigkeitsverbote und Verpflichtungen zu belehren.
- Voraussetzung für eine Beschäftigung in dem genannten Bereich ist eine weniger als drei Monate alte Bescheinigung des Gesundheitsamtes über die stattgefundene Belehrung und Erklärung, dass keine Anhaltspunkte vorliegen, dass Erkrankungen oder Verdachtsmomente gemäß § 42 Abs. 1 bestehen.

Teilnahmen an Belehrungen sind grundsätzlich zu dokumentieren.

8.2. Belehrungen der Eltern, Jugendlichen und Kinder

Laut § 34 IfSG ist jede Person die in einer Einrichtung für Kinder und Jugendliche neu betreut wird, oder deren Sorgeberechtigte, von der Leitung der Gemeinschaftseinrichtung über Mitwirkungspflichten § 34 Satz 1-4 zu belehren.

- Betreute oder Sorgeberechtigte sollen die Einrichtung unverzüglich über das Auftreten (§34 Absatz 1-3) der genannten Krankheitsfälle informieren.
- Kinder und Jugendliche die an den genannten Krankheiten erkrankt, dessen verdächtig, Ausscheider oder Kontaktpersonen sind, dürfen die Räume der Gemeinschaftseinrichtung nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Einrichtung nicht teilnehmen.



Tritt in der Einrichtung eine genannte Erkrankung oder ein entsprechender Verdacht auf, so müssen nicht nur die Sorgeberechtigten der betroffenen Person, sondern auch die der anderen Kinder und Jugendlichen darüber anonym informiert werden. Dies kann über Informationsveranstaltungen, persönliche Gespräche, Merkblätter oder Aushänge erfolgen.

Im Sinne der Infektionsprävention sollen Leitungen von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche die betreuten Personen oder deren Sorgeberechtigte gemäß § 34 (10) IfSG über die Bedeutung eines vollständigen Impfschutzes (Empfehlungen der Ständigen Impfkommission Deutschlands STIKO) und über die Vorbeugung übertragbarer Krankheiten aufklären. Dies kann über Informationsveranstaltungen, persönliche Gespräche, Merkblätter oder Aushänge erfolgen.

8.3. Meldepflicht und Sofortmaßnahmen

Die Leitung von Gemeinschaftseinrichtungen ist gemäß Infektionsschutzgesetz dazu verpflichtet, das Auftreten bzw. den Verdacht der in § 34 Absatz 1-3 genannten Erkrankungen beim Personal oder bei den betreuten Personen, unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Inhalte dieser Meldung sind:

- Angaben zur meldenden Einrichtung (Adresse, Telefonnummer, Fax, Art der Einrichtung),
- Angaben zur meldenden Person,
- Angaben zu(r) betroffenen Person(en) (Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer, Geschlecht, Funktion (betreute Person oder Mitarbeiter),
- die Art der Erkrankung bzw. des Verdachtes,
- Erkrankungsbeginn,
- Meldedatum an das Gesundheitsamt,
- Meldedatum des Meldeeingangs in der Einrichtung,
- Name, Anschrift und Telefonnummer des behandelnden Arztes.

Wird in der Einrichtung eine der genannten Erkrankung bzw. der Verdacht festgestellt, so werden Sofortmaßnahmen in der Einrichtung eingeleitet. Diese können zum Beispiel folgende sein:

- Isolierung der erkrankten Kinder von den anderen,
- Betreuung durch eine zuständige Betreuungsperson,
- Verständigung der Erziehungsberechtigten,
- Sicherstellung möglicher Infektionsquellen,
- Verstärkung der Händehygiene (Personal, Kinder und Jugendliche).

Die getroffenen und geplanten Maßnahmen sind mit dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen. Beispiele zu speziell festgelegten



Hygienemaßnahmen beim Auftreten von übertragbaren Krankheiten sind unter 9. „Spezielle Hygienemaßnahmen beim Auftreten übertragbarer Erkrankungen“ aufgeführt.

8.4. Wiederzulassungen in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

In den §§ 34 des IfSG ist festgelegt, bei welchen Erkrankungen oder Verdachtsfällen ein Besuchsverbot einer Gemeinschaftseinrichtung für Betreuungspersonen, Kinder und Jugendlichen besteht. Eine Wiederzulassung ist erst nach Abklingen der Symptome, ärztlichem Urteil bzw. Zustimmung des Gesundheitsamtes möglich.

Ein Merkblatt zur Wiederzulassung in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche kann eine Orientierungshilfe sein.

9. Spezielle Hygienemaßnahmen beim Auftreten übertragbarer Erkrankungen

Bei einem Verdacht oder Auftreten übertragbarer Krankheiten, sind unter Umständen spezielle und zu den genannten auch ergänzende Hygienemaßnahmen in der Einrichtung erforderlich, die mit dem Gesundheitsamt abgestimmt oder von diesem veranlasst werden.

9.1. Durchfallerkrankungen

Bei einem Auftreten von Brech-Durchfallerkrankungen sind unter anderem folgende Maßnahmen zu beachten:

- Eltern des Kindes informieren.
- Das betroffene Kind ist bis zur Abholung durch die Eltern von den anderen Kindern getrennt zu betreuen.
- Bei der pflegerischen Versorgung von erkrankten Kindern sollte das Personal Einmalhandschuhe, Schutzkittel und einen geeigneten Atemschutz tragen.
- Nach Beenden der Tätigkeit wird die Schutzkleidung sofort in einem geschlossenen Müllbeutel entsorgt.
- Nach dem Umgang mit dem erkrankten Kind und nach Ablegen der Einmalhandschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. Auch auf die Händehygiene der Kinder (erkrankte und nicht erkrankte Kinder) sollte intensiv geachtet werden.
- Nach jeder Toilettenbenutzung durch ein Kind, das an Durchfall erkrankt ist, sind Toilettenbecken und WC-Sitz gründlich zu reinigen und zu desinfizieren.
- Töpfchen sind personengebunden zu nutzen.
- Auch weitere Oberflächen, mit denen das Kind intensiven Kontakt hatte, sind zu desinfizieren (Viruswirksamkeit des Desinfektionsmittels beachten: zum Beispiel bei Rota- und Norovirus).
- Die Betreuungsperson des erkrankten Kindes sollte nicht an der Essensausgabe oder Speisenzubereitung beteiligt sein.
- Die Eltern aller Kinder sind über vermehrt aufgetretene Durchfallerkrankungen zu informieren.



9.2. Kopflausbefall

Bei einem Auftreten von Kopflausbefall sind unter anderem folgende Maßnahmen zu beachten:

- Eltern des betroffenen Kindes informieren.
- Kind bis zur Abholung durch die Eltern getrennt betreuen.
- Eltern der anderen Kinder über Kopflausbefall in der Einrichtung informieren und sensibilisieren.
- Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen sind verpflichtet, das Gesundheitsamt über den mitgeteilten oder festgestellten Kopflausbefall namentlich zu benachrichtigen.
- Käämme, Haarspangen, -gummis in heißer Seifenlösung reinigen oder entsorgen.
- Leibwäsche, Schlafanzug, Bettwäsche, Handtücher etc. wechseln.



10. Abkürzungen, Bezugsadressen, Literatur

InfSG Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - InfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist

DVG Deutsche Veterinärmedizinische Gesellschaft
Geschäftsstelle Friedrichstr. 17, 35392 Gießen
Tel.: 0641 24466,
Fax: 0641 25375
www.dvg.net (Abruf: 12.08.2022)

DVGW Deutscher Verein des Gas- und Wasserfaches e. V.
Josef-Wirmer-Str. 1-3, 53123 Bonn
Tel.: 0228 91 88-5
E-Mail: info@dvgw.de
www.dvgw.de (Abruf: 12.08.2022)

LMHV Verordnung über Anforderungen an die Hygiene beim Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln (Lebensmittelhygiene-Verordnung - LMHV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Juni 2016 (BGBl. I S. 1469), die durch Artikel 2 der Verordnung vom 3. Januar 2018 (BGBl. I S. 99) geändert worden ist

VAH Verbund für angewandte Hygiene e. V.
Desinfektionsmittel-Liste des VAH zu beziehen bei:
mhp Verlag GmbH
Kreuzberger Ring 46, 65205 Wiesbaden
Telefon: 0611 50593-31
E-Mail: info@mhp-medien.de
Onlineshop: www.mhp-medien.de
oder online unter <https://vah-online.de/de> (Abruf: 12.08.2022),
Zugangsdaten erforderlich

Bundesinstitut für Risikobewertung
Postfach 12 69 42, 10609 Berlin
Tel.: 030 18412-0
Fax: 030 18412-4741
www.bfr.bund.de (Abruf: 12.08.2022)



Ministerium für Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes
Nordrhein-Westfalen

Schwannstr. 3, 40476 Düsseldorf

Tel.: 0211 4566-0

Fax: 0211 4566-388

E-Mail: poststelle@mulnv.nrw.de

www.umwelt.nrw.de (Abruf: 12.08.2022)

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Unfallverhütungsvorschrift

Grundsätze der Prävention. DGUV Vorschrift 1, 11/2013, unter

<https://publikationen.dguv.de/regelwerk/vorschriften/2909/grundsaeetze-der-praevention> (Abruf: 12.08.2022)

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Umgang mit Reinigungs- und
Pfleagemitteln. DGUV Regel 101-018, 10/2001, unter

<https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-regeln/976/umgang-mit-reinigungs-und-pfleagemitteln?c=14> (Abruf: 12.08.2022)

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (Hrsg.) und aid infodienst e. V.:

Hygieneregeln in der Gemeinschaftsgastronomie. 14.04.2020, unter:

www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2013/12/kochen_in_grosskuechen_speisen_sicher_zubereiten-186725.html (Abruf: 12.08.2022)

Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz des
Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Sauber is(s)t gesund. Hygienische

Anforderungen an die Schulverpflegung. 2008, unter: <http://www.kreis->

[unna.de/fileadmin/user_upload/Kreishaus/53/pdf/broschuere_sauber_isst_gesund.pdf](http://www.kreis-unna.de/fileadmin/user_upload/Kreishaus/53/pdf/broschuere_sauber_isst_gesund.pdf)
(Abruf: 12.08.2022)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Kopfläuse... was tun?,
10/2019, in fünf Sprachen als Download verfügbar unter:

<https://www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/kopflaeuse-was-tun/> (Abruf: 12.08.2022)

Robert Koch-Institut (RKI): Ratgeber für Ärztinnen und Ärzte, unter:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/merkblaetter_node.html
(Abruf: 12.08.2022)



Haftungsausschluss

Die Informationen in dieser Handreichung wurden mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch kann keinerlei Gewähr für Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen und Daten übernommen werden. Haftungsansprüche gegen die Autoren bzw. Verantwortlichen dieses Druckerzeugnisses für Schäden materieller oder immaterieller Art, die auf ggf. fehlerhaften oder unvollständigen Informationen und Daten beruhen, sind, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt, ausgeschlossen.

Ansprechperson im LZG.NRW

Anika Kemper

Fachgruppe Infektiologie und Hygiene

Tel.: 0234 91535-2302

E-Mail: anika.kemper@lzg.nrw.de

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
poststelle@lzg.nrw.de

Anlage 11:

Trinkwasserüberwachung

Informationsschreiben – Teil 1

Trinkwasserhygiene in Schulen und Kindergärten

Gemäß § 37 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) muss Trinkwasser so beschaffen sein, dass durch seinen Genuss oder Gebrauch eine Schädigung der menschlichen Gesundheit insbesondere durch Krankheitserreger nicht zu besorgen ist.

Wichtig für Sie als Träger öffentlicher Einrichtungen sind die Untersuchungspflichten in Bezug auf den Parameter Legionella spec.

Der Betreiber einer Gebäudewasserversorgungsanlage hat das Trinkwasser, sofern es im Rahmen einer gewerblichen oder öffentlichen Tätigkeit abgegeben wird, durch eine systemische Untersuchung der Wasserversorgungsanlage nach den in der Trinkwasserverordnung genannten Bedingungen auf den Parameter Legionella spec. untersuchen zu lassen, wenn

1. sich in der Wasserversorgungsanlage eine Anlage zur Trinkwassererwärmung befindet mit
 - a. einem Speicher-Trinkwassererwärmer oder einem zentralen Durchfluss-Trinkwassererwärmer, jeweils mit einem Inhalt von mehr als 400 Litern, oder
 - b. einem Inhalt von mehr als 3 Litern in mindestens einer Trinkwasserleitung zwischen dem Abgang des Trinkwassererwärmers und der Entnahmestelle für Trinkwasser, wobei der Inhalt einer Zirkulationsleitung nicht berücksichtigt wird,
2. sich in der Wasserversorgungsanlage Duschen oder andere Einrichtungen befinden, in denen es zu einer Verneblung des Trinkwassers kommt, befindet.

Entnahmestellen die durch Kleinspeicher (elektrische Unter- und Übertischgeräte) mit Warmwasser versorgt werden, müssen nicht beprobt und untersucht werden.

Die Untersuchungen auf Legionellen sind bei Trinkwasser-Installationen, die Trinkwasser im Rahmen einer öffentlichen Tätigkeit abgeben, mindestens **einmal jährlich durchzuführen.**

Der Träger/Besitzer der Immobilie (Schule, Kindergarten) ist verantwortlich für die Beauftragung der Probenahme und trägt die Kosten für die Entnahmen und Untersuchungen von Wasserproben.

Zugelassene und akkreditierte Untersuchungsstellen sind u.a.

Eurofins Hygiene Institut Berg GmbH
Zieglerstraße 11a
52078 Aachen
Telefon: 0241/9908940

IWA GmbH, Institut
für Wasser- und Abwasseranalytik
Jülicher Straße 336
52070 Aachen
Telefon: 0241 / 55946-12

WLN Wasserlabor
Niederrhein GmbH
Voltastraße 2
41061 Mönchengladbach
Telefon: 02161 / 299559-3443

HyGES Gesellschaft für
Hygieneberatung und-
Analytik mbH
Tomphecke 45
41169 Mönchengladbach

Weitere Untersuchungsstellen finden Sie auf der Internetseite des Landesamtes für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW (Lanuv):

www.lanuv.nrw.de/umwelt/umweltanalytik/ringversuche/trinkwasserringversuche/untersuchungsstellen-fuer-trinkwasser

Die Untersuchungsbefunde sind anschließend entweder postalisch oder alternativ per E-Mail zu senden an:

Postalisch:

Kreis Heinsberg
Gesundheitsamt
Valkenburger Str. 45
52525 Heinsberg

E-Mail:

Infektionsschutz@Kreis-Heinsberg.de
Frank.Tischendorf@Kreis-Heinsberg.de

Zur Info: Die Untersuchungsstellen sind nicht verpflichtet die Endbefunde einer Trinkwasseranalyse dem Gesundheitsamt zu senden. Diese Verpflichtung besteht nur im Zusammenhang bei einer Überschreitung des Parameters Legionella spec.

Für die Übermittlung der Endbefunde ist gemäß § 59 Abs. 3 – Trinkwasserverordnung der Betreiber zuständig.

Die Probenahme und Untersuchung dürfen nur durch für Trinkwasseruntersuchungen akkreditierte und zugelassene Untersuchungsstellen erfolgen.

In jeder Trinkwasser-Installation sind im Rahmen der systemischen Untersuchung auf Legionellen am Abgang der Leitung vom Trinkwassererwärmer, sowie am Wiedereintritt in den Trinkwassererwärmer (Zirkulationsleitung) Proben zu entnehmen. Zusätzlich sind Proben in der Peripherie zu entnehmen. Die Probenahmestellen sind so zu wählen, dass jeder Steigstrang erfasst wird. Bei Trinkwasser-Installationen mit vielen Steigsträngen sind primär die Bereiche zu wählen, in denen es zu einer Verneblung bzw. Aerosolbildung von Trinkwasser kommen kann (Duschräume). Die jeweiligen Untersuchungsstellen können Sie bei der Auswahl der Probenahmestellen beraten, gegebenenfalls können Sie gerne jederzeit Kontakt zu uns aufnehmen.

Zusätzlich wird das Trinkwasser in öffentlichen Gebäuden, wie z.B. in Kindergärten oder in Schulen, ebenfalls durch sogenannte Netz-Routineuntersuchungen der zentralen Wasserwerke im Kreis Heinsberg kontrolliert. Hierbei wird das abgegebene Wasser unter anderem auf die Parameter E.Coli, Enterokokken und weitere Parameter untersucht.

WICHTIG hierbei ist, dass der Parameter Legionella spec. bei diesen Probenahmen **NICHT** mit analysiert wird.

Daher muss die Untersuchungspflicht auf den Parameter Legionella spec., wie oben beschrieben, durch den Träger/Betreiber der Einrichtung durchgeführt werden.

Bei Fragen stehen Ihnen die Hygieneaufseher*innen des Gesundheitsamtes unter folgenden Rufnummern zur Verfügung: 02452/1353-41, -33, -34, -36 und -37. Ebenfalls können Sie Ihre Frage auch per E-Mail an Infektionsschutz@Kreis-Heinsberg.de senden.

Informationsschreiben – Teil 2

Trinkwasser-Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 54 Trinkwasserverordnung

Das Gesundheitsamt überwacht die Qualität der Trinkwasser-Hausinstallationen in öffentlichen Gebäuden, wenn das Wasser im Rahmen einer öffentlichen Tätigkeit zur Verfügung gestellt wird.

Hierbei sind gemäß § 55 der Trinkwasserverordnung diejenigen Parameter untersuchen zu lassen, von denen anzunehmen ist, dass sie sich in Hausinstallationen nachteilig verändern können und ein gesundheitliches Risiko darstellen können.

Für eine amtsärztliche Beurteilung der Wasserqualität sind die folgenden Parameter aus den Anlagen der Trinkwasserverordnung untersuchen zu lassen:

- Koloniezahl bei 22°C
- Koloniezahl bei 36°C
- E.Coli
- Enterokokken
- Coliforme Keime
- Blei, Kupfer, Nickel und Cadmium
- Pseudomonas aeruginosa
- pH-Wert
- Elektrische Leitfähigkeit

Die Probenahme und Untersuchung dürfen nur durch für Trinkwasseruntersuchungen akkreditierte und zugelassene Untersuchungsstellen erfolgen. Eine Übersicht aller in Nordrhein-Westfalen zugelassene Untersuchungsstellen finden Sie auf der Internetseite des Landesamtes für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW (Lanuv).

www.lanuv.nrw.de/umwelt/umweltanalytik/ringversuche/trinkwasserringversuche/untersuchungsstellen-fuer-trinkwasser

Die Untersuchungen sind alle vier Jahre durchzuführen!

Die Untersuchungsbefunde sind anschließend entweder postalisch oder alternativ per E-Mail zu senden an:

Postalisch:

Kreis Heinsberg
Gesundheitsamt
Valkenburger Str. 45
52525 Heinsberg

E-Mail:

Infektionsschutz@Kreis-Heinsberg.de

Frank.Tischendorf@Kreis-Heinsberg.de



Informationen über Krankheitserreger beim Menschen

Was sind Legionellen?

Legionellen sind Bakterien, die beim Menschen unterschiedliche Krankheitsbilder verursachen, von grippeartigen Beschwerden bis zu schweren Lungenentzündungen. Sie sind weltweit verbreitete Umweltkeime, die in geringer Anzahl natürlicher Bestandteil von Oberflächengewässern und Grundwasser sind.

Legionellen vermehren sich am besten bei Temperaturen zwischen 25 °C und 45 °C. Oberhalb von 60 °C werden sie meistens abgetötet und unterhalb von 20 °C vermehren sie sich kaum noch. Besonders in künstlichen Wassersystemen wie Wasserleitungen in Gebäuden finden die Erreger bei entsprechenden Temperaturen gute Wachstumsbedingungen. In Ablagerungen und Belägen des Rohrsystems können sich die Legionellen besonders gut vermehren.

Wie werden Legionellen übertragen?*Über erregerhaltige Wassertröpfchen*

Die Erreger werden durch zerstäubtes, vernebeltes Wasser übertragen. Die erregerhaltigen Tröpfchen können sich in der Luft verbreiten und eingeatmet werden. Mögliche Ansteckungsquellen sind beispielsweise Duschen, Whirlpools, Luftbefeuchter oder Wasserhähne, ebenso Kühltürme. Daneben gibt es viele weitere mögliche Ansteckungsquellen.

Beim Trinken ist eine Ansteckung in seltenen Fällen möglich, wenn Wasser beim Verschlucken versehentlich über die Luftröhre in die Lunge gelangt.

Wichtig: Legionellen werden nicht von Mensch zu Mensch übertragen.

Welche Krankheitszeichen haben Erkrankte?*Legionellen lösen beim Menschen zwei unterschiedliche Krankheitsbilder aus:**Legionärskrankheit / Legionellen-Pneumonie*

Die Legionärskrankheit, oder Legionellen-Pneumonie, ist eine Form der Lungenentzündung. Sie kann sich durch Husten, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, schweres Krankheitsgefühl und hohes Fieber äußern. Dabei kann es auch zu Durchfall oder Verwirrheitszuständen kommen. Die unbehandelte oder falsch behandelte Lungenentzündung verläuft häufig schwer, bei korrekter Behandlung bestehen gute Heilungsaussichten.

Pontiac-Fieber

Eine andere und nicht gut verstandene Krankheit, die ebenfalls durch Legionellen verursacht ist, ist das sogenannte Pontiac-Fieber. Sie äußert sich in grippeähnlichen Beschwerden wie Fieber, Unwohlsein, Kopf- und Gliederschmerzen, aber nicht in einer Lungenentzündung. Die Erkrankung heilt meist von selbst innerhalb einer Woche aus.

Wann bricht die Krankheit aus und wie lange ist man ansteckend?

2 bis 10 Tage nach dem Kontakt mit dem Erreger zeigen sich die ersten Beschwerden der Legionärskrankheit.

Zwischen der Ansteckung und Ausbruch des Pontiac-Fiebers liegen 5 Stunden bis knapp 3 Tage, im Mittel 1 bis 2 Tage.

Unabhängig vom Krankheitsbild sind die Betroffenen nicht ansteckend.

Wer ist besonders gefährdet?

Gefährdet sind vor allem Menschen mit einer geschwächten Immunabwehr, Senioren oder Raucher. Zu einer geschwächten Immunabwehr können auch Medikamente beitragen, welche das Abwehrsystem des Körpers unterdrücken. Männer erkranken häufiger als Frauen, Kinder nur selten.





Informationen über Krankheitserreger beim Menschen

Was muss ich bei einer Erkrankung beachten?

- ▶ Eine Lungenentzündung durch Legionellen muss immer mit wirksamen Antibiotika und häufig im Krankenhaus behandelt werden.
- ▶ Beim Pontiac-Fieber ist ähnlich wie bei anderen grippeähnlichen Erkrankungen auch eine Behandlung, die die Krankheitszeichen lindert, in der Regel ausreichend.
- ▶ Bei Ausbrüchen ist es wichtig, die Ansteckungsquelle schnell zu erkennen und zu beseitigen, um weitere Infektionen zu verhindern.

Wie kann ich mich schützen?

Wichtig ist, die Vermehrung von Legionellen im Leitungssystem der Trinkwasser-Installation zu vermeiden.

Für Errichtungen und Wartungen von Trinkwasser-Installationen gelten spezielle technische Regelwerke. Von Großanlagen und öffentlichen Gebäuden sowie Anlagen zu gewerblichen Zwecken werden laut Trinkwasserverordnung regelmäßig Wasserproben untersucht. Wird eine bestimmte Konzentration von Legionellen nachgewiesen, muss dies dem Gesundheitsamt angezeigt werden.

Folgende Sicherheitsmaßnahmen können helfen, um einer massenhaften Vermehrung von Legionellen im Warmwassersystem eines Wohngebäudes vorzubeugen:

- ▶ Grundsätzlich sollten die Wasserleitungen regelmäßig genutzt werden und Totstränge im Leitungssystem vermieden werden, damit kein Wasserstillstand in den Leitungen auftritt.
- ▶ In einem Haus mit zentraler Wassererwärmung und zentralem Warmwasser-Speicher sollte die Regler-Temperatur am Trinkwasser-Erwärmer auf mindestens 60 °C eingestellt sein. Die Wassertemperaturen im Leitungssystem sollten an keiner Stelle Temperaturen unter 55 °C aufweisen.

Eine Impfung gegen Legionellen ist nicht verfügbar.

Wo kann ich mich informieren?

Das örtliche Gesundheitsamt steht Ihnen für weitere Beratung zur Verfügung. Da Legionellen gemeldet werden müssen, liegen dort Informationen zur aktuellen Situation und große Erfahrung im Umgang mit der Krankheit vor.

Weitere (Fach-) Informationen finden Sie auch im Internet auf den Seiten des Robert Koch-Institutes (www.rki.de/legionellen).

Weitere Informationen zum Thema Infektionsschutz durch Hygiene finden Sie auf den Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.infektionsschutz.de).



STEMPEL

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. und in Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage www.infektionsschutz.de kostenlos zum Download angeboten.



Anlage 12:

Raumlufthygiene und Schallschutzmaßnahmen



Informationsschreiben

Raumlufthygiene und Schallschutzmaßnahmen

►► Raumlufthygiene

Nicht erst seit Beginn der Coronapandemie im Jahr 2020 ist es von hoher Wichtigkeit, dass in umschlossenen Räumen eine gesundheitlich zuträgliche Atemluft in ausreichender Menge vorhanden ist. Ein angenehmes Raumklima hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Personen, die sich in diesen Innenräumen aufhalten.

Die Innenraumlufthtqualität kann durch verschiedene Lasten wie z.B. Stoff-, Feuchte- und Wärmelasten, die unter anderem durch die Personenanzahl beeinflusst werden, beeinträchtigt werden.

Um ein gesundes Raumklima und eine gesunde Luftqualität zu erzielen, sollte die Raumluftht kontinuierlich erneuert werden. Die einfachste Maßnahme, um dies zu erreichen ist die sogenannte freie Lüftung. Sollte eine freie Lüftung nicht ausreichend sein, sind unter Umständen Raumlufthttechnische Anlagen (RLT-Anlagen) erforderlich. Gründe dafür können u.a. sein:

- Die Lage und Abmessung der Räume
- Eine besondere Nutzung (z.B. Lackierung, Kühlräume, ...)
- Innere und äußere Lasten, die mit der freien Lüftung nicht beherrscht werden können (Emittenten in unmittelbarer Nachbarschaft, z.B. Kompostieranlage)
- Fenster dürfen nicht ausreichend lange geöffnet werden

Für RLT-Anlagen existieren spezielle Hygieneanforderungen hinsichtlich der Planung, des Betriebes und der Wartung einer solchen Anlage. Sollte eine Raumlufthttechnische Anlage (RLT-Anlage) vorhanden sein und in Betrieb sein, da eine freie Lüftung nicht ausreichend ist, sind die Anforderungen der VDI 6022 zu beachten.

Die freie Lüftung von Räumen kann als Stoßlüftung oder kontinuierliche Lüftung erfolgen. Unter der Stoßlüftung wird der kurzzeitige (ca. 3 bis 10 Minuten), intensive Luftaustausch zur Beseitigung von Lasten aus Räumen verstanden. Die kontinuierliche Lüftung kann durch das Kippen eines oder mehrere Fenster realisiert werden. Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass eine ausreichend gleichmäßige Durchlüftung stattfindet und eine Zugluft möglichst vermieden wird.

Eine Stoßlüftung ist in regelmäßigen Abständen nach Bedarf durchzuführen. Als Anhaltswerte werden die Angaben aus der ASR A3.6 empfohlen:

- Büroraum nach 60 min
- Besprechungsraum nach 20 min

Die Mindestdauer der Stoßlüftung ist von der Temperaturdifferenz zwischen innen und außen und dem Wind abhängig. Es kann von folgenden Orientierungswerten ausgegangen werden:

- Sommer: bis zu 10 min (Außentemperatur beachten)
- Frühling/Herbst: 5 min
- Winter: 3 min

► Schallschutzmaßnahmen

Schallschutz in Kindertageseinrichtungen ist ein wichtiges Thema für die Kinder und Erzieher/innen. Insbesondere kann der Lärmpegel über Schallschutzmaßnahmen an Decken und Wänden deutlich reduziert werden, und die Mitarbeiter/innen und Kinder dadurch entlastet werden. Daher finden Sie im Anschluss eine Broschüre der Unfallkasse NRW mit vielen Informationen rund um dieses Thema.

Für die technische Beratung ist die für Sie zuständige Fachkraft für Arbeitssicherheit ein möglich guter Ansprechpartner.

Weitere Informationen zum Thema Bau- und Raumakustik finden Sie auch auf der Homepage der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen:

- www.sichere-kita.de
(Menü/Gruppenraum/Allgemeine Anforderungen/Bau- und Raumakustik)
- [Bau- und Raumakustik - Sichere Kita \(sichere-kita.de\)](http://www.sichere-kita.de/Bau-und-Raumakustik)

Lärmprävention

in Kindertageseinrichtungen



Inhalt

- 3 Vorbemerkung
- 5 Kapitel 1
Lärm als Belastungsfaktor
- 6 Auswirkungen von Lärm
- 7 Forschungsergebnisse
- 9 Kapitel 2
Wodurch entsteht Lärm in Kindertageseinrichtungen?
10 Schallentwicklung in Kindertageseinrichtungen
12 Lärmquellen in Kindertageseinrichtungen
- 15 Kapitel 3
Auswirkungen von Lärm in Kindertageseinrichtungen
16 Erkenntnisse aus der Psychoakustik
- 21 Kapitel 4
Maßnahmen zur Reduzierung von Lärm
22 Raumakustische Verbesserungen
26 Organisatorische Maßnahmen
28 Pädagogische Maßnahmen
- 31 Materialien und Informationen
- 32 Rechtliche Aspekte
- 33 Rechtliche Grundlagen, Internetadressen, Literatur
- 34 Autoren und Ansprechpartner
- 35 Impressum

Vorbemerkung

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben den Auftrag, arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen mit allen geeigneten Mitteln zu verhindern. Alle Institutionen sind auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes tätig und sehen es als ihre Aufgabe an, das Thema »Lärm« in Bildungseinrichtungen im Sinne der Prävention aufzugreifen.

Die Minimierung von Gesundheitsgefährdungen ist eine Verpflichtung, die Arbeitgeber und Träger von Kindertageseinrichtungen gleichermaßen betrifft. Die Belastung durch Lärm für das pädagogische Personal und die Kinder in Kindertageseinrichtungen ist dabei lange Zeit unterschätzt worden. In der Diskussion um die Qualität der Bildung sollten auch die Bedingungen berücksichtigt werden, in der Lernen stattfindet.

Die vorliegende Broschüre beschreibt die akustisch-ergonomischen Rahmenbedingungen, Auswirkungen von Lärm und Möglichkeiten der Lärmreduzierung.

Entscheidend für eine sinnvolle Lärmprävention- bzw. -reduzierung sind dabei:

- die Optimierung der Raumakustik
- eine gesundheitsförderliche Struktur und Organisation der Kindertageseinrichtung
- wirksame pädagogische Interventionen

Diese Broschüre soll hierzu eine erste Hilfestellung bieten und Betroffene sowie Verantwortliche für die Thematik sensibilisieren. Sie richtet sich an das pädagogische Personal in Kindertageseinrichtungen, Fachberaterinnen und Fachberater, Eltern und Trägerinstitutionen sowie an alle Personen und Institutionen, die am Bau und der Sanierung von Kindertageseinrichtungen beteiligt sind.

Ziel ist es, den Einfluss akustischer Bedingungen auf Arbeits- und Lernprozesse zu verdeutlichen und Wege zu einer lebenswerteren Hörumwelt aufzuzeigen.



Lärm als Belastungsfaktor

5

Auswirkungen von Lärm

Durch Lärm gestörte Kommunikation ist reduziert, das Vokabular ist eingeschränkt, die Sprache wird eintönig. Der Sprachrhythmus und die Sprachmelodie verschwinden. Lärm beeinflusst die Aufmerksamkeit und das Konzentrationsvermögen, Lärm stört durch Überlagerung die Kommunikation und beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit, Lärm schädigt das Gehör und die Gesundheit.

Die durchschnittlich gemessenen Lärmpegel in Kindertageseinrichtungen lassen zwar keine dauerhaften Gehörschäden befürchten, jedoch verlangen erhöhte Geräuschpegel im Raum den Erzieherinnen und Erziehern eine angehobene Stimmstärke bis hin zum Schreien ab. Stimmbandreizungen treten bei Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen und Schulen entsprechend häufig auf.

Lärm hat auch Auswirkungen auf vegetative und hormonelle Funktionen sowie das Immunsystem. Dies erklärt sich so, dass akustische Reize eine Mobilisierungsfunktion haben. Akustische Ereignisse enthalten Informationen über die Umwelt, sie lenken die Aufmerksamkeit und steuern das Verhalten. Lärm ist nicht nur ein physikalischer Reiz, Lärm ist immer ein Signal mit individueller Bedeutung. Typische Messgrößen für diesen körperlichen Prozess, der sich als Aktivierung bezeichnen lässt, sind z.B. Stresshormone wie Adrenalin und Cortisol, die Pulsfrequenz sowie der Blutdruck.

Das Aktivierungsniveau nimmt mit dem Informationsgehalt von Schalleignissen zu. Ein höheres Aktivierungsniveau mobilisiert körperliche Energien und steigert die körperliche Leistungsfähigkeit, stellt dabei aber zugleich erhöhte Anforderungen an die Steuerung. Bei einer Überaktivierung sinkt die Leistungsfähigkeit aufgrund erhöhter Steuerungsanforderungen wieder.

Je komplexer eine Anforderung, um so niedriger liegt der Bereich der optimalen Aktivierung. Ständige Überaktivierung kann schließlich zu Regulationsstörungen führen und dann krankhafte Prozesse auslösen.

Lärm in Kindertageseinrichtungen ist ein Lern- und Gesundheitsproblem



6

Forschungsergebnisse

Bereits 1975 beschrieben Bronzaft und McCarty, dass die Lesefähigkeit von Kindern durch Verkehrslärm beeinträchtigt wird. Kindern, die an der lauten Frontseite des Schulgebäudes unterrichtet werden, weisen eine schlechtere Lesefähigkeit auf als Kinder auf der lärmarmen Rückseite des Schulgebäudes. Nach entsprechenden Schalldämmungsmaßnahmen sind die beobachteten Unterschiede in der Lesefähigkeit nicht mehr nachzuweisen. Auch andere Studien bestätigen die nachteilige Wirkung von Umweltlärm auf schulische Leistungen.

Mitte der 90er Jahre untersuchten McKenzie und Airey von der Heriot-Watt-Universität die Akustik in 70 englischen und schottischen Grundschulen. Sie konnten zeigen, dass durch eine raumakustische Behandlung die Sprachverständlichkeit deutlich verbessert und der Geräuschpegel um 9 bis 10 dB gesenkt wurde. Die Ergebnisse der Studie unterstützen die Folgerungen aus früheren Studien dahingehend, dass die Hauptgründe für schlechte Sprachverständlichkeit in Klassenzimmern in den hohen Hintergrund-Geräuschpegeln und den langen Nachhallzeiten liegen.

In einer Untersuchung von 2003 zu psychophysiologischen Belastungen von Lehrerinnen und Lehrern an Bremer Schulen zeigten Schönwälder und Kollegen, dass die subjektiv scheinenden Klagen über »Lärm in der Schule« eine objektive Grundlage haben. Auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) veröffentlichte 2004 Untersuchungsergebnisse in »Lärm in Bildungsstätten – Ursachen und Minderungen – Fb 1030«, dass die akustischen Arbeitsbedingungen in Bildungseinrichtungen zu Recht beklagt werden.

Eine Analyse des Arbeitswissenschaftlichen Instituts der Gesamthochschule Kassel aus dem Jahr 2001 untersuchte die physikalischen, organisatorischen und sozialen Belastungsfaktoren bei Erzieherinnen und Erziehern. Es zeigte sich ein deutlich erhöhter Spitzenpegel des Lärms, der über alle Phasen des Arbeitstages über 80 dB(A) lag. Darüber hinaus wurde eine um zwölf Prozent erhöhte Rate an Zeiten der Arbeitsunfähigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Beschäftigten ermittelt.

2004 untersuchte Rudow die Belastungen von 947 Erzieherinnen und Erziehern aus Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg. Abgefragt wurden die Belastungen durch: Lärm, die große Zahl der Aufgaben, Zeitdruck, Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, Personalmangel oder die fehlenden Möglichkeiten zur Entspannung im Laufe eines Arbeitstages. 50 Prozent der Befragten schätzen den Lärm in Kindertageseinrichtungen als ziemlich bis sehr stark belastend ein.

In den Jahren 2010 bis 2012 befragten Viernickel und Voss in der Studie »Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen (STEGE)« 2.744 Fach- und Leistungskräfte aus 809 Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Ihre Analyse zeigt, dass 94 Prozent der pädagogischen Fachkräfte und 88 Prozent der Leitungskräfte Lärm als dominanten Belastungsfaktor angeben. Mit den Berufsjahren und dem Alter steigt die Zahl der pädagogischen Fachkräfte an, die sich von Lärm stark bis sehr stark belastet fühlen. Die Ergebnisse der Studie wurden 2014 in der Broschüre Prävention in NRW Nr. 55 – »Gesundheit am Arbeitsplatz Kita« – der Unfallkasse NRW veröffentlicht.



Wodurch entsteht Lärm in Kindertages- einrichtungen?

Schallentwicklung in Kindertageseinrichtungen

Erzieherinnen, Erzieher und Kinder in Kindertageseinrichtungen sind Schallereignissen aus einer Vielzahl verschiedener Quellen ausgesetzt.

An erster Stelle stehen dabei die Kinder selbst, die durch ihr Rufen, Schreien, Singen, Springen, Laufen und den Umgang mit Spielgeräten erheblich zum Schallpegel beitragen. Außerdem gibt es in der Einrichtung viele weitere Schallquellen, wie z. B. die Heizungs- und Lüftungsanlagen, sanitäre Einrichtungen, zufallende Raum- und Schranktüren, das Rücken von Tischen und Stühlen bis hin zu lärmenden Handwerkern. Auch von außerhalb des Gebäudes dringen Geräusche nach innen, u. a. Verkehrslärm und Lärm von Bauarbeiten, Rasenmähern, Laubbläsern usw. Schließlich führt auch das für die Kommunikation unumgängliche Sprechen der Erzieherinnen, Erzieher und Kinder zu einem Anstieg des Schallpegels.

Der Schall aus allen diesen Quellen kann in der Summe zu einer erheblichen Lautstärke in der Einrichtung führen, die zwar im Allgemeinen keine gehörschädigenden Ausmaße erreicht, von den Betroffenen aber oft als belastend empfunden wird.

Es hat sich dabei als zweckmäßig erwiesen, zwischen zwei verschiedenen Arten des Schalls zu differenzieren:

Schall kann erwünscht und notwendig oder störend sein!

Ersteres gilt für den Schall, der im Rahmen der sprachlichen Kommunikation, des gemeinsamen Singens und – innerhalb gewisser Grenzen – auch im Zusammenhang mit lebhaften Spielsituationen erzeugt wird.

Alle anderen Schallereignisse, die störend auf die Kommunikation in Spiel- und Lernsituationen einwirken, werden als Lärm empfunden.

Eine wichtige Rolle spielt hier die Schallübertragung. Bei einem Gespräch im Freien werden die Schallwellen von den Stimmbändern durch die Luft im Wesentlichen direkt zu den Ohren der Zuhörer übertragen, weshalb man diesen Schall als Direktschall bezeichnet. In Räumen hingegen tritt zusätzlich noch eine indirekte Schallausbreitung mittels Reflexion an Wänden, Decken und Fußböden auf.



Wege der Schallausbreitung im Raum



Spiel in kleinen Gruppen und in unterschiedlichen Räumen vermindert störenden Schall

Dieser Reflexionsschall wird wegen des längeren Übertragungsweges zeitlich verzögert als Nachhall wahrgenommen, was zu einer erheblichen Störung der Sprachverständigung führen kann. Außerdem steigt durch diesen zusätzlichen Nachhall die Schallenergie unnötig an.

Schallereignisse lassen sich in zwei Gruppen zusammenfassen:

1. Den für die Lern- und Spielsituation, insbesondere die sprachliche Kommunikation, notwendigen und nützlichen Schall.

2. Den die Arbeit der Erzieherinnen und Erzieher, insbesondere die Sprachverständigung, behindernden Störschall. Dieser Lärm wird durch vielfältige Aktivitäten im Raum erzeugt und durch Schallreflexion verstärkt. Hinzu kommt noch der aus Nachbarräumen und von außerhalb des Gebäudes eindringende Lärm.

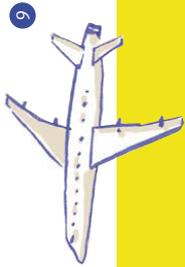
Das Ziel lärmpräventiver Maßnahmen besteht darin, den unter Gruppe 2 zusammengefassten Lärm auf ein für die betroffenen Erzieherinnen, Erzieher und Kinder gut erträgliches Niveau zu reduzieren.

Lärmquellen in Kindertageseinrichtungen

- 1 Kinderlieder oder Geschichten von Kassette oder CD können störende Hintergrundgeräusche verursachen. Sie sollten grundsätzlich nur in Situationen laufen, in denen die Kinder wirklich zuhören.
- 2 Im Gruppenraum entsteht Lärm durch schabende Stuhlbeine, Quietschen, Reden, Lachen und Rufen. Die offene Gruppenarbeit in Kindertageseinrichtungen bedingt, dass viele Kinder gleichzeitig im Raum reden, sich bewegen, streiten, spielen etc.
- 3 Insbesondere auf Holz- und Steinfußböden entsteht Lärm durch Trittschall. Bei schlecht isolierten Tragekonstruktionen kann der Schall zudem leicht in darunter liegende Räume vordringen.
- 4 Lärm aus Werk- und Bewegungsräumen dringt über Wände und Decken in die Gruppenräume.
- 5 Die Aktivitäten der Kinder auf den angrenzenden Außenspielflächen erzeugen Lärm, der von außen in die Gruppenräume dringt.
- 6 In Fluren oder Mehrzweckräumen kann es sehr laut werden. Der Schall breitet sich aus und stört, begünstigt durch schlecht dämmende Abtrennungen, Türen und tragende Gebäudeteile, als dumpfes Geräusch in angrenzenden Räumen.
- 7 Straßen- und Gartenarbeiten in der Umgebung können störende Lärmquellen sein.
- 8 Ungepolsterte Holzkisten in Bauecken und Spielbereichen erzeugen ungewollten Lärm.

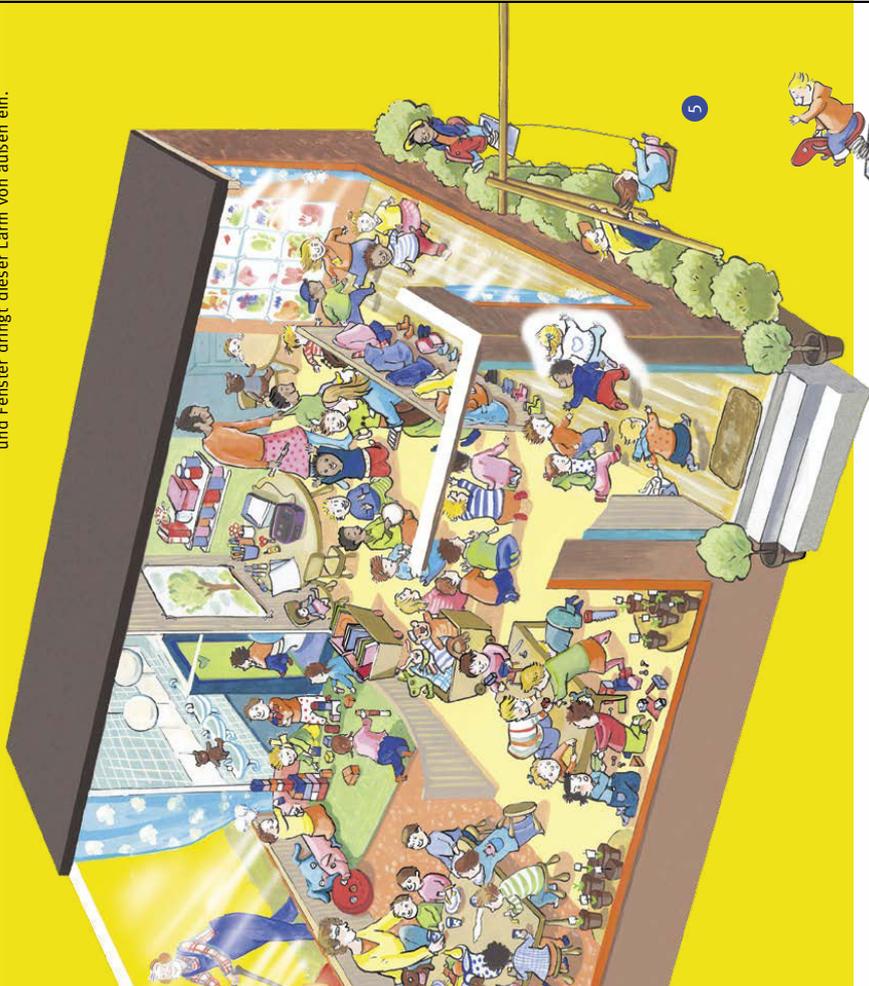


9



9

9 Viel befahrene Straßen oder Bahnlinien, ein nahe gelegener Flughafen sind für Kindertageseinrichtungen und andere Bildungseinrichtungen keine ideale Umgebung. Über schlecht isolierende Türen und Fenster dringt dieser Lärm von außen ein.



13



14

Auswirkungen von Lärm in Kindertages- einrichtungen

Erkenntnisse aus der Psychoakustik

Leistungsbeeinträchtigungen durch Lärm lassen sich schon bei geringen bis mittleren Lärmpegeln feststellen. Sie zeigen sich auf verschiedenen Stufen der Informationsverarbeitung: Bei der Informationsaufnahme (Sprachwahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsprozesse) und bei der weitergehenden Informationsverarbeitung (Gedächtnis- und Entscheidungsprozesse). Die betroffenen Funktionen sind für die kognitive Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Störungen dieser Funktionen sind daher bei Kindern grundsätzlich anders zu bewerten als bei Erwachsenen.

Wirkungen von Lärm und Nachhall auf das Sprachverstehen

Sprachliches Lernen erfolgt durch sprachliche Kommunikation. Das Verstehen von Sprache unter ungünstigen akustischen Bedingungen erfordert, dass Hintergrundgeräusche ausgeblendet und fehlende Informationen kontinuierlich ergänzt werden. Dies stellt erhebliche Anforderungen an die auditiven und sprachlichen Funktionen sowie die damit verbundenen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse.

Kinder werden durch ungünstige Hörbedingungen wesentlich stärker beeinträchtigt als Erwachsene.

Sprachlaute stellen an unser auditives Wahrnehmungssystem besondere Anforderungen. Um beispielsweise ein /ba/ von einem /da/ zu unterscheiden, müssen extrem schnell ablaufende Frequenzänderungen im Sprachsignal erkannt und ausgewertet werden. Damit wir dies leisten können, müssen wir phonetische Kategorien bilden, d. h., wir lernen uns bei der Analyse von Sprachlauten auf die in unserer Muttersprache bedeutenden zu konzentrieren. Erst diese Datenreduktion erlaubt eine schnelle und effiziente Verarbeitung. Die phonetischen Kategorien werden bereits im ersten Lebensjahr durch das Hören der Muttersprache erworben; die »Feinabstimmung« dauert noch bis weit ins Schulalter an.

In der Regel zeigen sich beim Nachsprechen von Silben zwischen Erwachsenen und Kindern verschiedener Altersgruppen nur geringe Leistungsunterschiede, wenn die Hörbedingungen optimal gestaltet werden. Werden jedoch Störgeräusche eingespielt und/oder »verhallte« Sprachreize präsentiert, so werden die Leistungen der Kinder

Auf Kinder, die Deutsch als zweite Sprache lernen, wirken sich Störgeräusche besonders gravierend aus





Gute Raumakustik erleichtert die Kommunikation

deutlich schlechter – je jünger die Kinder sind, desto ausgeprägter der Leistungsunterschied.

Das Erkennen von Sprachlauten ist daher bei jüngeren Kindern aufwändiger und stör anfälliger als bei älteren Kindern und Erwachsenen.

Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und Kinder aus einer Kontrollgruppe unterscheiden sich beim Verstehen von Silben in Ruhe und im Rauschen deutlich. In einer Untersuchung betrug der Leistungsunterschied zugunsten der Kontrollgruppe in der Ruhebedingung nur fünf Prozent, in der Störgeräuschbedingung dagegen fast 25 Prozent.

Besonders gravierend wirken sich Störgeräusche auch auf das Verstehen der Zweitsprache aus.

Selbst wenn die zweite Sprache sehr gut beherrscht und bei Testung ohne Störgeräusch eine perfekte Leistung erreicht wird, führen Störgeräusche zu erheblichen Verstehensproblemen. Kinder mit nichtdeutscher Muttersprache werden aus dem kommunikativen Geschehen in der Gruppe ausgegrenzt, wenn die Sprachverständlichkeit im Raum durch Lärm und Nachhall reduziert ist.

Kinder mit Hörstörungen, Lernbehinderungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Sprachentwicklungsverzögerungen oder einer anderen Muttersprache werden durch Hintergrundgeräusche stärker beeinträchtigt.

In Alltagssituationen werden natürlich sehr viel höhere Anforderungen an die »Zuhörkompetenz« der Kinder gestellt als in den genannten Studien.



Raumakustik und Sprachverstehen

Die offene Gruppenarbeit führt dazu, dass viele Kinder im Raum gleichzeitig reden und lachen, spielen und sich bewegen, streiten und lachen. Eine hallige Akustik setzt einen Kreislauf der

Rückkopplung in Gang: Wegen der schlechteren Sprachverständlichkeit wird es bei gleicher Personenzahl immer lauter. Eine Verbesserung der Raumakustik führt deshalb gerade im Gruppenraum zu deutlichen Effekten.

Das Verstehen eines vorgelesenen Bilderbuchs erfordert, dass sprachliche Informationen nicht nur aufgenommen, sondern auch im Arbeitsgedächtnis gespeichert, verarbeitet und in die vorhandene Wissensstruktur integriert werden. Werden Sätze »verhallt« oder mit Störgeräuschen präsentiert, zeigen sich bei Grundschulkindern auch dann signifikante Verschlechterungen beim Satzverstehen, wenn das Identifizieren von Einzelwörtern noch recht gut gelingt. Diese Befunde sind dadurch zu erklären, dass bei ungünstigen Hörbedingungen mehr kognitive Kapazität aufgewendet werden muss, um die Sprache richtig zu verstehen – man muss sehr konzentriert und genau hinhören. Durch die erhöhten Anforderungen bei der Informationsaufnahme verbleibt weniger Kapazität für das Behalten und Verarbeiten der Information.

Ungünstige Hörbedingungen wirken sich bei komplexen Höranforderungen besonders negativ aus.

Wirkungen von Lärm bei nicht-auditiven Aufgaben

Auch geistige Tätigkeiten, bei denen es nicht um Hören und Zuhören geht, können durch Lärm beeinträchtigt werden. Plötzlich eintretende, laute und/oder ungewohnte Geräusche ziehen die Auf-

merksamkeit automatisch auf sich, lenken von der aktuellen Tätigkeit ab und unterbrechen Denkvorgänge.

Kinder sind weit weniger als Erwachsene in der Lage, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren und irrelevante Hörreize zu unterdrücken.

Besonders empfindlich für Störungen durch Lärm ist das Kurzzeitgedächtnis. Wenn wir beispielsweise einen langen Satz lesen oder hören, müssen wir den Satzanfang im Kurzzeitgedächtnis verfügbar halten, um ihn mit dem Satzende in Beziehung setzen zu können. Wenn wir eine Rechenaufgabe lösen, müssen wir die Operatoren und Teilergebnisse im Kurzzeitgedächtnis bereithalten, um damit die notwendigen Berechnungen durchführen zu können. Unregelmäßige Hintergrundscha-le wie Sprache oder flotte Musik führen schon bei geringen bis mittleren Lautstärken zu einer Störung der Kurzzeitgedächtnisleistung. Diese Störung tritt auch auf, wenn eine völlig unverständliche Fremdsprache eingespielt wird. Gleichmäßige, »glatte« Schalle wie Meererauschen, das Geräusch einer entfernten Autobahn oder auch sehr langsame, getragene Instrumentalmusikstücke beeinträchtigen die Leistung dagegen nicht.

Zweiklässler zeigten Verschlechterungen der Kurzzeitgedächtnisleistung um etwa 30 Prozent, wenn im Hintergrund gesprochen wurde; die Erwachsenen verschlechterten sich »nur« um etwa zehn Prozent.

Unregelmäßige, zeitlich strukturierte Schalle beeinträchtigen die Leistungen des Kurzzeitgedächtnisses bei Kindern wesentlich stärker als bei Erwachsenen.

Das sprachliche Kurzzeitgedächtnis ist für die laut- und schriftsprachliche Entwicklung von maßgeblicher Bedeutung. Sprachentwicklungs- und Les-/Rechtschreibstörungen sind meist mit erheblichen Defiziten des Kurzzeitgedächtnisses verbunden. Die Kurzzeitgedächtniskapazität wird daher bei der Diagnostik der Sprachentwicklung, der Lesefähigkeit und der Lernausgangslage von Vorschulkindern zunehmend berücksichtigt (das gängige Verfahren besteht im Nachsprechen von Pseudowörtern). Tatsächlich wurden in verschiedenen Feldstudien negative Wirkungen chronischer Lärmbelastung durch extremen Fluglärm auf die Sprachwahrnehmungs- und Lesentwicklung nachgewiesen.

Über die langfristigen Wirkungen von Umweltlärm mittlerer Intensitäten auf die kindliche Entwicklung ist bislang wenig bekannt. Die nach Wissen der Verfasserin einzige Studie zu chronischen Wirkungen des Innenlärms in Bildungseinrichtungen auf Kinder wurde in einer Vorschuleinrichtung durchgeführt, in der aufgrund raumakustischer Mängel durchschnittliche Lärmpegel von etwa 76 dB(A) vorherrschten.

Nach der akustischen Sanierung der Räume untersuchte Kinder zeigten bessere Leistungen beim Benennen von Buchstaben und einfachen Schriftwörtern. Auch die Beurteilungen der sprachlichen Fertigkeiten der Kinder durch die pädagogischen Fachkräfte verbesserten sich signifikant.

Aufgrund dieser Zusammenhänge muss vermutet werden, dass das Sprechen-, Lesen- und Schreibenlernen durch eine zu »lärmige« Umwelt erschwert wird.

Viele Faktoren weisen darauf hin, dass dauerhafte Lärmbelastung in der frühen Kindheit die Sprachentwicklung beeinträchtigen und dadurch den späteren Schriftspracherwerb erschweren kann. Schon die frühe Phase des Schriftspracherwerbs basiert maßgeblich auf dem mentalen Operieren mit Lauten. Wörter müssen in Laute zergliedert und Einzellaute zu Wörtern verbunden werden; Buchstabe-Laut-Beziehungen müssen erlernt und automatisiert werden. Diese Prozesse erfordern gut ausgebildete, robuste Lautrepräsentationen (Gedächtniseinträge) und eine intakte Kurzzeitgedächtnisfunktion.

Subtile, im Alltag nicht auffällige Störungen der Sprachwahrnehmung können zu Schwierigkeiten im Lesen- und Schreibenlernen führen.

Eine gute »Hörumwelt«, verbunden mit adäquaten Angeboten zur Hör- und Sprachförderung, kann wesentlich dazu beitragen, den Prozess der Lautrepräsentation bei den Kindern zu fördern.

Vollständiger Text von Prof. Dr. Maria Klante „Erkenntnisse aus der Psychoakustik“ finden Sie unter http://www.sichere-kita.de/gruppenraum/allgemeine_anforderungen/bau_raumakustik/03.htm



Maßnahmen zur Reduzierung von Lärm

Raumakustische Verbesserungen

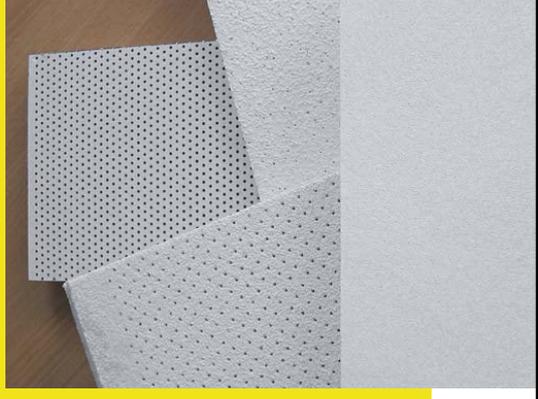
Wie in Kapitel 2 beschrieben, können sowohl Schall von außen (z. B. aus angrenzenden Räumen oder der Nachbarschaft der Einrichtung) als auch die Reflexion von Schall an der Decke und den Wänden erheblich zur Lärmbelastung in einer Kindertageseinrichtung beitragen. Das Ausmaß dieses Beitrags zur gesamten Lärmbelastung wird wesentlich durch die akustischen Eigenschaften der Räume und der Einrichtungsgegenstände bestimmt. Hier kann durchaus Optimierungsbedarf bestehen. Ziel raumakustischer Verbesserungsmaßnahmen ist es, die Entstehung und Ausbreitung störender Schallwellen zu vermindern.

Beginnen wir zunächst mit den Maßnahmen zur Schallsolisierung. Die Ausbreitung von Schallwellen soll reduziert werden. Je massiver die Wände, Türen oder Fenster gestaltet sind, umso besser werden Schallwellen gedämmt. Deshalb sind Schallschutzfenster mehrfach verlast.

Aber auch Kleinigkeiten, wie der Zustand von schalldichtenden Gummiprofilen beeinflussen die Schallsolisierung maßgeblich. Bevor die vorhandene Tür durch eine schwere ausgetauscht wird, was in Kindertageseinrichtungen nachteilig hinsichtlich der Bedienbarkeit durch Kinder sein kann, empfiehlt sich daher zunächst die Kontrolle und Nachbesserung der Dichtungsummris. Gleiches gilt für die fehlende Abdichtung von Mauerdurchbrüchen. Hier gilt es also zuerst Abhilfe zu schaffen, bevor eventuell eine Wand oder die Decke verstärkt werden.

Textile Gehbeläge absorbieren den Schall i. d. R. lediglich bei hohen Frequenzen und reichen als alleinige raumakustische Maßnahme nicht aus. Das Schallschluck-Vermögen von Vorhängen oder anderen textilen Dekorationsstoffen ist stark von der Anordnung, dem gewählten Material und von der wirksamen Fläche abhängig.

Die Gestaltung der Oberfläche von Absorberelementen (Größe, Anzahl und Struktur der Lochungen) ist vielfältig und u.a. abhängig vom Einsatzbereich



Decken- und Wandabsorber aus Naturmaterial



Beispielhafter Aufbau eines Schallsabsoberers





Schallabsorbierende Decke in einem Mehrzweckraum

Wenn man an bauliche Maßnahmen denkt, dann darf man das Problem des Nachhalls nicht unbeachtet lassen; die raumbegrenzenden Flächen sollten so ausgewählt werden, dass sie möglichst gute schallschluckende Eigenschaften aufweisen. Hierzu eignen sich beispielsweise porige Materialien. Der Luftschall dringt in die Hohlräume des Materials ein und wird nicht reflektiert. Die Industrie bietet zahlreiche schallabsorbierende Materialien an, angefangen von aufgeschäumten Kunststoffen bis hin zu faserförmigen Materialien.

Schallabsorbierende Wandfläche

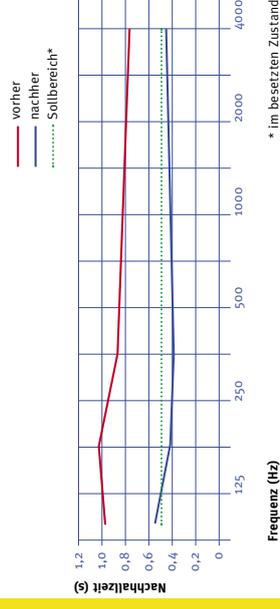


Schallschluck-Maßnahme, schön anzusehen, jedoch ohne große Wirkung



Der Aspekt der ausreichenden Schallsorption der Raumflächen spielt in vielen vorhandenen Räumen eine große Rolle. Wenn dieser Problematik beim Bau der Einrichtung zu wenig Beachtung geschenkt wurde, spüren die darin beschäftigten Erzieherinnen und Erzieher und die sich dort aufhaltenden Kinder die negativen Auswirkungen durch hohe Nachhallzeiten sehr deutlich. Eine Abhilfe ist dann durch nachträgliche Anbringung von schallschluckenden Flächen möglich.

Verringerung der Nachhallzeiten am Beispiel eines Gruppenraumes



Die Nachhallzeit ist das Maß für die Halligkeit eines Raumes

Über die Menge der einzubringenden schallschluckenden Flächen geben die einschlägigen Normen Auskunft. Als Grundsatz gilt, dass ca. 30 Prozent der Raumbegrenzungsflächen eine hohe Schallsorption aufweisen sollten:

- In einem Raum, der über keine oder wenige Einbauten, wie Regale, Tische, Stühle, raumteilende Elemente o. ä. verfügt, sollte die gesamte Decke mit hochwertigem schallabsorbierendem Material verkleidet werden. Dies trifft z. B. auf Mehrzweckräume in Kindertageseinrichtungen zu.
- In einem normal ausgestatteten Raum mit Tischen, Stühlen und anderen Schall streuenden Gegenständen genügt meist die Verkleidung von zwei Dritteln der Deckenfläche mit hochwertigem schallabsorbierendem Material.



Raumakustische Maßnahme in einem Gruppenraum

Kriterien für schallabsorbierende Auskleidung

Raumart	» normaler Raum « mit Einbauten (Regale, Stühle, Tische ...)	leerer niedriger Raum	leerer hoher Raum
auszukleidende Fläche	mindestens 2/3 der Deckenfläche	gesamte Decke	gesamte Decke und Teil der oberen Wandflächen
Material	muss offenporig bleiben, also nicht überkleben, nicht überstreichen, möglichst hoher Schallabsorptionsgrad » alpha «, entsprechend deklarierte Erzeugnisse verwenden, Fachplaner für Akustik einschalten, Vorhangstoffe, Gardinen, Spielteppiche haben nur eine geringe Wirkung		
Brandschutz	Rücksprache mit Brandschutzbehörde nehmen, Imprägnierungen können gefährlich für Kinder sein		
Mechanische Festigkeit	im Greifbereich der Kinder problematisch, also hoch genug anbringen, Ballwurfstabilität in Sporthallen gewährleisten		
Beleuchtung	Anordnung der Lampen berücksichtigen, möglichst helle Materialoberflächen auswählen		
Belüftung	bei der Planung berücksichtigen, keine » Staubsammler « einbauen		

Für höhere Ansprüche an die zielgenaue akustische Auskleidung eines Raumes, insbesondere auch zur Beurteilung von mehr oder weniger fachkundig ausgeführter Wand- und Deckenverkleidung sind Messungen der sogenannten Nachhallzeit hilfreich.

Hinweise auf raumakustisch gut gestaltete Räume in Kindertageseinrichtungen sind der DIN »8041:2016-03 *Hörsamkeit in Räumen* zu entnehmen.

Zur Verbesserung der Raumakustik bieten sich viele Flächen an

Vorher

Nachher



25

Organisatorische Maßnahmen

Die Lärmbelastung in einer Kindertageseinrichtung wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst.

Um Lärm wirksam zu reduzieren, ist eine Kombination aus bauakustischen, organisatorischen und pädagogischen Maßnahmen erforderlich. Diese müssen auf die jeweiligen Gegebenheiten der Kindertageseinrichtung abgestimmt sein. Erst das Zusammenwirken der unterschiedlichen Maßnahmen ermöglicht eine optimale Verbesserung der Verhältnisse.

Eine genaue Analyse der Raumnutzung und des Tagesablaufes machen Lärmquellen sowie deren Ursachen deutlich und einer Bearbeitung zugänglich. Sind die organisatorischen Einflussfaktoren erst einmal ermittelt, können darauf aufbauend Lösungsstrategien erarbeitet werden.

Voraussetzung für einen erfolgreichen Veränderungsprozess ist die Bereitschaft, » Traditionelles und Bewährtes « kritisch zu hinterfragen und ggf. durch Neues zu ersetzen. Deshalb sollten alle in der Kindertageseinrichtung Beschäftigten mitarbeiten, um einen möglichst großen Erfolg zu erzielen.

Folgende Hinweise, die selbstverständlich noch situationsbezogen ergänzt werden müssen, helfen dabei, die Lärmquellen zu identifizieren:

- Größere Personenansammlungen erzeugen meist einen erhöhten Geräuschpegel. Alle geeigneten Flächen sollten genutzt werden, um die Personenzahl in einzelnen Räumen gering zu halten.
- Für einen Wechsel von ruhigen und bewegten Zeiten im Tagesablauf sorgen. Erst durch den Wechsel von laut und leise lässt sich ein Unterschied wahrnehmen und die ruhigere Zeit bekommt eine besondere Bedeutung.
- Durch eine räumliche Auslagerung von lauten Aktivitäten z. B. in Bewegungs- oder Werkräume lässt sich der Geräuschpegel effektiv senken. Dabei sollte aber beachtet werden, dass Schall durch Gebäudeteile, Decken oder Versorgungseinrichtungen in angrenzende Räume geleitet werden kann.
- Potentiale lassen sich auch über eine Optimierung der Tagesstruktur mobilisieren. Die Entzerrung von Stoßzeiten und eine Verteilung von Freispielphasen kann wirksam dazu beitragen, dass es in der Kindertageseinrichtung erheblich leiser wird.

Geeignete Fragestellungen zu den Bedingungen vor Ort finden Sie auf der folgenden Seite.

26

Räumlichkeiten

Wie werden die vorhandenen Flächen genutzt?

- Werden die zur Verfügung stehenden Räume und Flächen der Einrichtung umfassend genutzt?
- Kommt es in einzelnen Bereichen zu besonderen Ansammlungen von Kindern?
- Werden Flure als zusätzliche Aktions- und Bewegungsräume genutzt?
- Gibt es Bereiche mit einer schlechten oder einer guten Akustik?
- Sind geräuscharme und geräuschintensive Bereiche in der Einrichtung räumlich getrennt?
- Gibt es Bereiche oder Räume, die besonders attraktiv bzw. unattraktiv für die Kinder sind?

Wie werden die einzelnen Räume genutzt?

- Sind alle Gruppenräume identisch ausgestattet oder gibt es Funktionsräume oder -ecken, in denen Kinder angemessene Tätigkeitsbereiche finden?
- Stehen für die verschiedenen pädagogischen Angebote spezielle Räume zur Verfügung (Nebenräume, Bewegungsraum, Werkraum)?
- Ist das Raum- und Materialangebot attraktiv für die Kinder?
- Beeinflusst die Akustik einzelner Räume das Verhalten der Kinder positiv oder negativ?
- Wird darauf geachtet, dass sich nicht zu viele Kinder im Raum befinden und eine Enge entsteht, die zu sozialen Auseinandersetzungen führt?

Arbeitsabläufe

Wie gestaltet sich der Tagesablauf?

- Schwankt die Zahl der anwesenden Kinder im Tagesverlauf stark?
- Gibt es ruhigere bzw. lautere Phasen im Tagesverlauf?
- Gibt es Stoßzeiten, zu denen es besonders laut ist?
- Gibt es ausreichend Freispielfasen im Verlauf des Tages?
- Gibt es Bewegungs- oder Entspannungspausen?
- Passen die pädagogischen Angebote und zeitlichen Abläufe zu den Bedürfnissen oder Fähigkeiten der Kinder in Bezug auf Ruhe, Bewegung, Konzentrationsfähigkeit?
- Beeinflusst »lautes Spielmaterial« durch die Art des Einsatzes den Gesamtgeräuschpegel wesentlich?

Wie sind die Arbeitsabläufe organisiert?

- Sind die Arbeitsabläufe in Bezug auf Stoßzeiten und Ruhephasen im Verlauf des Tages abgestimmt?
- Ist der Personaleinsatz den Anforderungen (Stoßzeiten, Ruhephasen) angepasst?
- Werden die technischen Möglichkeiten zur Lärmreduzierung von Abläufen genutzt z. B. Geschirrttransport auf Teewagen genutzt mit Gummirädern und Körperschalldämpfung?

Pädagogische Maßnahmen

Die raumakustischen Bedingungen liefern den notwendigen Rahmen für die pädagogischen Aktivitäten im Alltag einer Kindertageseinrichtung. Daneben sind organisatorische und vor allem die persönlichen Beiträge der einzelnen Erzieherin oder des einzelnen Erziehers für eine effiziente Lärmreduzierung unverzichtbar. Erfolg versprechend können pädagogische Maßnahmen allerdings nur dann sein, wenn ein Konzept und ein gemeinschaftlich handelndes Team dahinter stehen.

Erzieherinnen und Erzieher können mit den Kindern Strategien entwickeln, wie dem Lärm in der Kindertageseinrichtung wirksam und nachhaltig begegnet werden kann. Bedingung ist, dass den Kindern die Ursachen von Lärm und die Belastungen durch Lärm verständlich gemacht werden. Das setzt voraus, dass sich die pädagogischen Fachkräfte selbst mit dem Thema auseinandersetzen und dann die Kinder einbeziehen. Wichtig ist, dass die Kinder selbst Erfahrungen machen und nach Möglichkeit die Eltern eingebunden werden. Nur dadurch kann langfristig eine Sensibilisierung aller Beteiligten für die Lärmproblematik erreicht werden.

Erzieherinnen und Erzieher haben eine Vorbildfunktion für die Kinder; sie schaffen also Umgebungsformen, die das Kommunizieren und Zuhören erleichtern und möglich machen. Sie sind Modelle für aufmerksames Zuhören:

- Auch wenn es selbstverständlich erscheint: Verbindliche Regeln der Kommunikation wie »Wenn einer redet, hören die anderen ihm zu« und »dem anderen nicht ins Wort fallen« gehören ebenso zum Miteinander, wie nicht »durch Wände zu sprechen« oder zu schreiben, wenn sich die angesprochene Person nicht im selben Raum befindet.
- Kinder können sich heute in der Regel zu wenig bewegen. Zu kleine Wohnungen, zu wenig Kinderspielflächen und zu viel Medienkonsum schränken die Bewegungsmöglichkeiten der Kinder ein. Daher ist es wichtig, Bewegungsräume und Bewegungsanlässe in der Kindertageseinrichtung zu schaffen. Dies trägt dazu bei, dass in den anderen Räumen nicht getobt wird und der Lärmpegel niedrig gehalten wird.

Spielflächen für Kinder sollten möglichst über mehrere Räume verteilt sein



CDs und Kassetten sollten nur eingesetzt werden, wenn Kinder aktiv zuhören



- Wenn Rückzugsmöglichkeiten fehlen, sind die Kinder ständig gezwungen aktiv zu sein, das bringt Unruhe und erhöht den Lärmpegel. Gelegenheiten zum Rückzug tragen zu einer ruhigeren Atmosphäre bei. Ruheräume und entsprechende Angebote zur Entspannung sind ebenso wichtig wie Bewegungsräume.

- Kinderlieder oder Geschichten von einer Kassette oder CD sollten grundsätzlich nicht »im Hintergrund« laufen, sondern nur in Situationen, in denen die Kinder wirklich zuhören.

- Einige Kinder können spielerisch als »Lärmdetektive« eingesetzt werden, um zunächst innerhalb und dann außerhalb der Kita Lärmquellen aufzuspüren.

- Bei zunehmender Unruhe und Unaufmerksamkeit der Kinder ist es ratsam, ein kurzes Sing- und Bewegungsspiel durchzuführen, bei dem es ruhig laut werden darf. Dieses trägt dazu bei, dass Ruhe und Aufmerksamkeit wiederhergestellt wird.

- Die Einführung eines Ruhezeichens hat sich auch in Kindertageseinrichtungen bewährt; z.B. kann eine Handpuppe für ein entsprechendes Zeichen sorgen.



Der Einsatz von sogenannten »Lärmampeln« ist nur mit pädagogischer Begleitung sinnvoll

- Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Thema »Lärm« können Messgeräte mit optischer Anzeige z. B. in Form einer Lärmampel in Kindertageseinrichtungen unterstützend eingesetzt werden. Hierbei handelt es sich um technische Geräte, die bei zu hohen Lärmpegeln zunächst von Grün auf Gelb, schließlich auf Rot schalten. Der Einsatz ist aber nur dann effektiv und nachhaltig, wenn diese Geräte innerhalb eines pädagogischen Konzeptes gezielt eingesetzt werden.



Experimentieren fördert die Konzentrationsfähigkeit und bindet die Aufmerksamkeit

Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten entschärfen die Lärmsituation



Materialien und Informationen

Es gibt mittlerweile viele gute Materialien, die Erzieherinnen und Erzieher zur eigenen Vorbereitung und Bearbeitung des Themas heranziehen können, um die Kinder zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit ihrem Gehör zu motivieren und sie für das Umweltproblem »Lärm« zu sensibilisieren.

- **UPSI und der laute Seebär**

Bilderbuch der Unfallkasse Berlin und der Aktion Das Sichere Haus (DSH) zum Thema Lärm. Kostenfrei zu beziehen bei der Unfallkasse NRW unter der Bestellnummer S 62-4.

- **www.umweltbundesamt.de**

Da Lärm nicht nur stört, sondern auch krank machen kann, sollten Kinder frühzeitig an das Thema herangeführt werden. Deshalb hat das Umweltbundesamt eine Mitmachbrochure für Kinder und eine Handreichung für Lehrkräfte erstellt. Sie enthält viele kleine Experimente, Spiele und Aufgaben. Die Brochure ist zwar für den Unterricht in der Grundschule gedacht, die Anregungen können aber auch schon zum Teil in der Kindertageseinrichtung aufgegriffen und umgesetzt werden. Die Publikationen »Akustik & Lärm: Eine Mitmachbrochure für Kinder« und »Akustik & Lärm: Lehrhandreichung zur Mitmachbrochure« können kostenlos bestellt bzw. heruntergeladen werden.

- **www.ufu.de**

Unabhängiges Institut für Umweltfragen, Untersuchungen auch im Bereich der Lärmprävention, die sich insbesondere auf Freizeitlärm von Kindern und Jugendlichen beziehen.

Aufzeigen gesundheitlicher Gefahren sowie altersgemäße Aufklärung und Prävention.

- **www.schule-des-hoerens.de**

»Prävention durch Faszination« ist das Leitziel des Medienpakets »Olli Ohrwurm«, das vom Kölner Projektkreis »Schule des Hörens« im Auftrag der Landeszentrale für Gesundheit Bayern e.V. entwickelt wurde. Es bietet umfangreiche Ideen und Materialsammlungen für den Einsatz im Kindergarten. Das Paket für jüngere Kinder (Kindergarten bis 2. Klasse) besteht aus einer Broschüre mit Sachinformationen, Spiel- und Gestaltungsideen, Geschichten zum Vorlesen und Nachspielen und Anleitungen zu kleinen Experimenten sowie zwei CDs mit Hörspielen, Geräuschrätseln, Klanggeschichten, Geräuschrezepten, Liedern und akustisch umgesetzten Sachinformationen. Durch das Material führen die Leitfiguren Olli Ohrwurm, ein »Ohrhöhlenforscher«, und seine Freunde Leo Leise und Lola Laut. Der zweite Band »Neue Abenteuer mit Olli Ohrwurm und seinen Freunden« richtet sich an Kinder der Klassenstufen 3 bis 4. Er besteht aus einer Broschüre und einer CD und enthält umfangreiche Anregungen zur altersgerechten Auseinandersetzung mit Themen wie »Lärm und Akustik«, »Hörschäden«, »Sprache und Sprechen«, »Geräusche« und Wege zu mehr Ruhe und Konzentration. Bezug über: www.auditorix.de/kinder

- **www.earaction.de**

Projekt zur Aufklärung über Lärmbelastungen durch Information und Interaktion (Fachhochschule München mit Unterstützung des Bayerischen Gesundheitsministeriums).

Rechtliche Aspekte

Zum Schutz gegen die gehörschädigende Wirkung von Lärm werden in der Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung – LärmVibrationsArbSchV Mindestanforderungen für den Schutz der Beschäftigten gegen tatsächliche oder mögliche Gefährdungen durch Lärm festgelegt. Die LärmVibrationsArbSchV gilt – wie alle anderen staatlichen Arbeitsschutzvorschriften – auch für die Versicherten der Unfallversicherungsträger (z.B. Kinder in Tageseinrichtungen, SchülerInnen und Schüler). Zum Schutz gegen die störenden Wirkungen von Lärm hat der Arbeitgeber nach der Verordnung über Arbeitsstätten (ArbStättV) dafür Sorge zu tragen, dass der Schalldruckpegel so niedrig wie betriebstechnisch möglich ist.

Hinsichtlich der Gesundheitsgefährdung durch Lärm wird zwischen auralen (auf das Gehör bezogene) und extraauralen Lärmwirkungen unterschieden.

Die neue Technische Regel für Arbeitsstätten »Lärm« – ASR A3-7 von Mai 2018 konkretisiert die Anforderungen der ArbStättV. Extraaurale Lärmwirkungen im Sinne dieser ASR sind physiologische, psychische und soziale Wirkungen von Schall auf den Menschen, mit Ausnahme der Wirkungen, die das Hörorgan betreffen.

Explizit werden hier die raumakustischen Anforderungen an Räume in Bildungseinrichtungen (Kindertageseinrichtungen und Schulen) erläutert sowie die Ermittlung der Nachhallzeiten beschrieben. Ein Hinweis auf das Bundesgleichstellungsgesetz verdeutlicht, dass für eine inklusive Nutzung der Räume eine weitere Reduzierung der Nachhallzeiten notwendig ist.

In der Unfallverhütungsvorschrift *Kindertageseinrichtungen*, DGUV Vorschrift 82, werden im § 6 für Bildungseinrichtungen im Elementarbereich bau- und raumakustische Maßnahmen gefordert: »In Räumen sowie in innenliegenden Aufenthaltsbereichen von Kindertageseinrichtungen sind entsprechend der Nutzung bau- und raumakustische Anforderungen einzuhalten.«

Ein akustisches Beurteilungskriterium in Kindertageseinrichtungen ist die Sprachverständlichkeit. Die Sprachverständlichkeit wird wesentlich von der Nachhallzeit beeinflusst. Diese hängt wiederum von der Größe und der schallabsorbierenden Ausstattung des Raumes ab. Empfehlungen zu sinnvollen Nachhallzeiten finden sich in der DIN 18041 *Hörsamkeit in Räumen*. Die Beachtung dieser Empfehlungen sichert eine optimale Qualität der Sprachverständlichkeit und ist damit Voraussetzung für Bildung und Erziehung in Kindertageseinrichtungen.

Bei Neubauten, wesentlichen Erweiterungen, Umbauten und Nutzungsänderungen von Kindertageseinrichtungen müssen diese Anforderungen aus der Unfallverhütungsvorschrift erfüllt werden. In allen Einrichtungen sind regelmäßig Gefährdungsbeurteilungen für alle Versicherten durchzuführen. In diesem Rahmen ist durch den Träger zu prüfen, ob Nachbesserungsmaßnahmen erforderlich sind, um Gefährdungen zu minimieren.

Neihen Sie die umfangreiche Beratung und Hilfeleistung der Unfallversicherungsträger zur Lärmprävention in Anspruch.

Rechtliche Grundlagen, Internetadressen und Literatur

Rechtliche Grundlagen

Arbeitsschutzgesetz
(ArbSchG)

Arbeitsstättenverordnung
(ArbStättV)

Technische Regel für Arbeitsstätten „Lärm“
(ASR A3.7)

Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung
(LärmVibrationsArbSchV)

Unfallverhütungsvorschrift
Kindertageseinrichtungen
(DGUV Vorschrift 82)

Regel
Kindertageseinrichtungen
(DGUV Regel 102-002)

DIN 18041
Hörsamkeit in Räumen
Berlin, Beuth Verlag 2016-03

Internetadressen

www.bgw-online.de

www.unfallkasse-nrw.de

www.sichere-kita.de

www.baua.de

www.inqa.de

Literatur

G. Tiesler, M. Oberdörster:
Lärm in Bildungsstätten
1. Auflage, Dortmund, 2006 (ISBN: 3-88261-508-7)

H.-G. Schönwalder, J. Berndt, F. Ströver, G. Tiesler:
Lärm in Bildungsstätten – Ursachen und Minderung
Schriftenreihe der BAuA Fb 1030, Dortmund, 2004

M. Oberdörster, G. Tiesler:
Akustische Ergonomie der Schule
Schriftenreihe der BAuA 1071, Dortmund, 2006

Petra Küspert, Wolfgang Schneider:
Hören, lauschen, lernen. Sprachspiele für
Vorschulkinder. Arbeitsbuch und Arbeitsmaterial
Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen,
2006 (ISBN 3-525-49088-7)

Schriftenreihe der Unfallkasse NRW,
Prävention in NRW:
Nr. 55 *Gesundheit am Arbeitsplatz Kita.*
Ressourcen stärken, Belastungen mindern
Nr. 62 *Gefährdungsbeurteilung für Kindertages-*
einrichtungen. Handlungshilfe

Die Schriftenreihen können Sie kostenfrei bei
der Unfallkasse NRW beziehen.

Autoren und Ansprechpartner

Diese Broschüre wurde erarbeitet vom
Kooperationskreis »Lärmprävention in
Bildungseinrichtungen«.

Unfallkasse NRW

- **Regionaldirektion Rheinland**
Gabriele Pielsticker 0211 2808-1326
g.pielsticker@unfallkasse-nrw.de
- Uwe Hellhammer 0211 2808-1274
u.hellhammer@unfallkasse-nrw.de
- **Regionaldirektion Westfalen-Lippe**
Ralf Huihsen 0251 2102-3293
r.huihsen@unfallkasse-nrw.de

Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW

Wilhelm Theo Peters 0211 3101-2234
wilhelm-theo.peters@lia.nrw.de

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Jörg Schmengler 04221 913-4240
joerg.schmengler@bgw-online.de

Besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Maria Klätte
von der Technischen Universität Kaiserslautern
für den Textbeitrag in Kapitel 3 »Erkenntnisse
aus der Psychoakustik«. Ferner danken wir
Herrn Dr. Becker (BAuA) für die freundliche
Unterstützung.

Impressum

Herausgeber

Unfallkasse NRW
Sankt-Franziskus-Str. 146
40470 Düsseldorf
Telefon 0211 9024-0
Telefax 0211 9024-1355
E-Mail info@unfallkasse-nrw.de
Internet www.unfallkasse-nrw.de

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW (LIA)

Redaktion

Gabriele Pielsticker, Unfallkasse NRW
Theo Peters, Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW

Gestalterisches Konzept

Claudia Grönebaum, Kommunikationsdesign, Köln

Satz und Layout

saga werbeagentur GmbH, Münster

Illustration

Friederike Rave, Wuppertal

Bildnachweis

Gabriele Pielsticker, Unfallkasse NRW
Theo Peters, Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW

Druck

F&D, Lichtenfels

7. aktualisierte Auflage April 2019

3.500 Exemplare



Herausgeber



Unfallkasse
Nordrhein-Westfalen



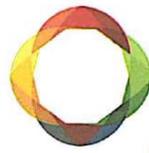
BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Landesinstitut für
Arbeitsgestaltung
des Landes Nordrhein-Westfalen



Anlage 13:

Masernschutzgesetz



kreis heinsberg
bodenständig. weitsichtig.

Kreisverwaltung · 52523 Heinsberg

Einrichtungsleiter*innen
der Kindergärten
des Kreises Heinsberg

Der Landrat

Gesundheitsamt
Geschäftszeichen: 53

Fr. Dr. Wegmann, Fr. Dewitte

Tel.: 0 24 52 – 13 53 66/-79
Fax: 0 24 52 – 13 53 95
E-Mail: kjgd@kreis-heinsberg.de

Sprechstunden:
mo – fr 08.30 – 12.00 Uhr
di u. do 14.00 – 17.00 Uhr

Datum

Fehlender Nachweis einer Immunität gegen Masern

Sehr geehrte Einrichtungsleiter*innen,

seit dem 01.03.2020 besteht für alle in Gemeinschaftseinrichtungen Tätigen oder Betreuten gemäß Infektionsschutzgesetz § 20 (8) die Pflicht, die Immunität gegen Masern nachzuweisen; dieser Nachweis ist nach Fristverlängerung bis spätestens zum 31.07.2022 zu erbringen.

Als entsprechende Nachweise gelten

- die Vorlage des Impfpasses **oder**
- einer entsprechenden Impfbescheinigung des behandelnden Arztes **oder**
- der Nachweis einer Antikörperbestimmung **oder**
- ein Attest der/des behandelnden Ärztin/Arztes darüber, dass eine medizinische Kontraindikation gegen eine Impfung vorliegt.

Spätestens nach diesem Zeitpunkt bitten wir als Gesundheitsamt Sie um die Übermittlung der folgenden Daten für diejenigen Kinder und Mitarbeiter/innen, für die kein Immunitätsnachweis vorgelegt wurde.

- Name, Vorname des Kindes bzw. der/des Mitarbeiter/in
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Telefonnummer (möglichst Handy und Festnetz)

Anschließend werden die Eltern bzw. der/die Mitarbeiter/in von uns als Gesundheitsamt erneut schriftlich aufgefordert, innerhalb einer Frist von 4 Wochen einen Immunitätsnachweis bei uns vorzulegen, alternativ mit den Impfungen zu beginnen. Ebenso wird ein Informations-Flyer der BZgA über die Masern-Impfung mitgesendet.

Kreishaus Heinsberg
Valkenburger Straße 45
52525 Heinsberg
Tel.: 0 24 52 – 13 0
Fax: 0 24 52 – 13 11 00
E-Mail: info@kreis-heinsberg.de
Internet: www.kreis-heinsberg.de

Kontoverbindungen
Kreissparkasse Heinsberg
IBAN: DE76 3125 1220 0000 0002 73
BIC: WELADED1ERK
Postbank Köln
IBAN: DE97 3701 0050 0025 4405 03
BIC: PBNKDEFF

Sollten die Eltern in diesem Zeitraum keine Bescheinigung vorlegen, erfolgt eine 2. Aufforderung, in der die Eltern zu einem Beratungsgespräch mit Terminvorgabe aufgefordert werden, so dass Bedenken und Fragen auch in einem persönlichen Gespräch geklärt werden können.

Nach diesem Beratungsgespräch wird ggf. eine erneute Frist von 8 Wochen gesetzt, um einen Immunitätsnachweis zu erbringen oder die zwei Masernimpfungen durchzuführen (die zweite Impfung erfolgt im Abstand von 4 Wochen).

Sollte dies erneut nicht erfolgen bzw. die Eltern nicht zu dem Beratungsgespräch erscheinen, erfolgt eine Weiterleitung der übermittelten Daten an das zuständige Ordnungsamt. Dieses leitet ein entsprechendes Verfahren ein, ein Bußgeld von 150,00 bis max. 2.500,00 € kann (auch mehrmals hintereinander) verhängt werden.

Zudem erhält das betreffende Kindergartenkind ein Betretungs-/ Betreuungsverbot für die Einrichtung; dieses wird durch das Gesundheitsamt ausgesprochen. Es tritt in Kraft, wenn der Termin zum Beratungsgespräch nicht wahrgenommen wurde oder der Nachweis der Masernimmunität nachhaltig verweigert wird.

Für die Mitarbeiter/innen kann analog ebenfalls bei fehlendem Immunitätsnachweis ein Betretungs-/ Tätigkeitsverbot durch das Gesundheitsamt ausgesprochen werden.

Für weitere Informationen verweisen wir Sie auf die Internetseite www.masernschutz.de -> Fragen und Antworten für Einrichtungsleiter*innen. Auf dieser Seite wurden für Sie sehr ausführlich alle relevanten Fragen aufgearbeitet und auch juristische Grundlagen erläutert. Es gibt dort ebenfalls eine Rubrik für die Eltern, so dass diese Informationsquelle auch diesen genannt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Dr. Britta Wegmann
Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes

Carmen Dewitte
Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin



Masernschutzgesetz

Wie weise ich Masern-Impfungen oder Masern-Immunität nach?

Wie finde ich die Angaben zu Masern-Impfungen im Impfausweis?

Der Impfausweis bietet Ihnen eine Übersicht, wann Sie gegen was von wem geimpft wurden.

- 1 Schlagen Sie zuerst die Seite auf, wo die Impfungen für Masern bzw. für Masern, Mumps und Röteln eingetragen sind (meist Seite 5).
 - 2 Prüfen Sie, ob Sie in der Spalte für Masern bzw. Masern, Mumps und Röteln zwei Kreuze (bei einjährigen Kindern vor dem 2. Geburtstag: 1 Kreuz) finden.
- Kontrollieren Sie, ob in den Zeilen mit den Kreuzen eine Unterschrift der Ärztin oder des Arztes und ein Praxisstempel vorhanden sind.
 - Wenn beide Impfungen (bei einjährigen Kindern vor dem 2. Geburtstag: 1 Impfung) mit Unterschrift und Praxisstempel in Ihrem Impfausweis stehen, können Sie das Dokument bei dem Leiter bzw. der Leiterin der Einrichtung zur Prüfung vorlegen. Alternativ kommt eine Bestätigung in elektronischer Form in Betracht.

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Manufacturer and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin et numéro du lot	Tollwut	Diphtherie	Pertussis	Polioomyelitis	MM (Masernschubstoffs (influenzae B))	Hepatitis B	Masern, Mumps Röteln (MMR)	Varizellen
6.10.2010	Prevenar 13 [®] Ch.-B.: AZ1CA851A Lot/Ch.-B.: E 83116 EXP/Date del.: 09 2012 PAAD13291		X	X	X	X	X	1	
5.11.2010	Prevenar 13 [®] Ch.-B.: AZ1CA8298 Lot/Ch.-B.: E 44943 EXP/Date del.: 09 2011 PAAD12842		X	X	X	X	X		
27.1.2011	Prevenar 13 [®] Ch.-B.: E 91503 Lot/Ch.-B.: PAAD12842 Infanrix Ch.-B.: AZ1CA853A		X	X	X	X	X		
15.06.11	Prioria-Tetra Ch.-B.: A71CA316A							2	
29.01.2011	HelsVac-C Ch.-B.: VNS1K11A								
24.8.2011	Prevenar 13 [®] Ch.-B.: F22933 Lot/Ch.-B.: PAAD12842 Infanrix Ch.-B.: AZ1CB085B		X	X	X	X	X		
12.6.2012	Prioria-Tetra Ch.-B.: A71CA31A							2	

Copyright: Y.B.

TIPPS

Wenn Sie die Einträge zu den Impfungen nicht finden können:

- In älteren Impfausweisen sind die Masern-Impfungen häufig alleine dokumentiert, in neueren Impfausweisen finden Sie meist einen gemeinsamen Eintrag für Masern, Mumps und Röteln (MMR).
- Die Kreuze können sich auch auf unterschiedlichen Seiten befinden, wenn z.B. noch andere Impfungen zwischen den Einträgen notiert sind.

Wenn Sie keine Einträge zu Masern finden oder nur den Eintrag zur ersten Impfung, machen Sie einen Impftermin bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin.

Fehlt Ihnen eine Unterschrift und/oder der Praxisstempel, kann Ihr Arzt/Ihre Ärztin diese eventuell ergänzen, da alle Impfungen in dieser Praxis auch in Ihrer Patientenakte dokumentiert werden.

Welche Angaben muss das ärztliche Zeugnis über Masernschutz enthalten?

Ein ärztliches Zeugnis bescheinigt das Vorliegen eines Masernschutzes oder einer Kontraindikation zur Masern-Impfung und sollte daher Folgendes enthalten:

Nachweis über einen ausreichenden Masern-Impfschutz

Ein ausreichender Masern-Impfschutz besteht, wenn ab einem Alter von 12 Monaten mindestens eine Schutzimpfung gegen Masern und ab einem Alter von 24 Monaten zwei Schutzimpfungen gegen Masern durchgeführt wurden.

oder

Nachweis über ausreichende Masern-Immunität

Ein ausreichender Masernschutz besteht auch, wenn eine Immunität gegen Masern vorliegt, zum Beispiel aufgrund einer zurückliegenden Infektion mit Masern. Die Immunität kann durch eine Blutuntersuchung im Labor festgestellt werden.

oder

Nachweis über medizinische Kontraindikationen

Manche Personen können sich aufgrund bestimmter Umstände, wie z. B. Schwangerschaft oder Beeinträchtigungen des Immunsystems, nicht impfen lassen. Personen, bei denen eine sogenannte medizinische Kontraindikation (dauernd oder vorübergehend) vorliegt, müssen dies durch ein ärztliches Zeugnis bescheinigen. Bei einer vorübergehenden Kontraindikation muss die Dauer, während der nicht geimpft werden kann, mit angegeben sein.

Wie belegen Sie, dass Sie Ihren ausreichenden Masernschutz schon einmal nachgewiesen haben?

Personen, die ihren Impfschutz oder ihre Immunität schon einmal nachgewiesen haben, können sich dies von einer staatlichen Stelle oder der Leitung der Einrichtung, in der sie betreut oder beschäftigt waren, bestätigen lassen und bei der neuen Prüfung (z. B. bei einem Wechsel der Einrichtung) vorlegen.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut sowie dem Paul-Ehrlich-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage www.masernschutz.de kostenlos zum Download angeboten.



Masernschutzgesetz

> Für Leitungen von Einrichtungen

Häufige Fragen zum Masernschutzgesetz

1. Für wen gilt das Masernschutzgesetz?

Das Gesetz erfasst alle nach dem 31. Dezember 1970 geborenen Personen, die mindestens ein Jahr alt sind und

1. in einer der folgenden Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden: Kindertageseinrichtungen und Horte, bestimmte Formen der Kindertagespflege, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden
2. die bereits vier Wochen
 - a) in einem Kinderheim betreut werden oder
 - b) in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und Flüchtlinge bzw. Spätaussiedler untergebracht sind
3. die in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Arztpraxen oder in Gemeinschaftseinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften (Einrichtungen nach Nummer 1 und 2) tätig sind.

Alle betroffenen Personen, die mindestens ein Jahr alt sind, müssen eine Masernschutz-Impfung oder eine Masern-Immunität aufweisen. Alle Personen, die mindestens zwei Jahre alt sind, müssen zwei Masernschutzimpfungen oder ausreichende Immunität gegen Masern nachweisen.

Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation (Gegenanzeige) nicht geimpft werden können und einen entsprechenden Nachweis vorlegen, sind von den Regelungen ausgenommen.

2. Welche Aufgaben haben die Leitungen von erfassten Einrichtungen im Zusammenhang mit dem Masernschutzgesetz?

Die Leitungen der oben genannten Einrichtungen haben folgende Aufgaben:

1. die Prüfung der vorgelegten Nachweise über Masern-Impfschutz, Masern-Immunität oder Kontraindikationen bei allen o.g. Personen vor Aufnahme in die Betreuung bzw. der Tätigkeit. Bei Personen, die am 1. März 2020 bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden oder tätig waren,

mussten die Nachweise bis zum 31. Juli 2022 vorgelegt und kontrolliert werden;

2. die Benachrichtigung an das für die Einrichtung zuständige Gesundheitsamt mit personenbezogenen Angaben über
 - a) Personen, die keinen Nachweis vorlegen oder ihren Impfschutz erst zu einem späteren Zeitpunkt erbringen oder vervollständigen können und aufgrund der Schulpflicht trotzdem in die Einrichtung aufgenommen werden dürfen
 - b) Personen, die am 1. März 2020 bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden oder tätig waren und den Nachweis nicht bis zum 31. Juli 2022 vorlegen konnten oder ihren Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt nachholen oder vervollständigen können;
3. ggf. die Ausstellung einer Bestätigung von bereits vorgelegten Nachweisen über den Masernschutz.

3. Wie kann der Masernschutz gemäß Masernschutzgesetz nachgewiesen werden?

Das Gesetz sieht drei Möglichkeiten vor den Masernschutz nachzuweisen:

1. durch **Impfausweise**, in denen zwei Masern-Impfungen (bei einjährigen Kindern vor dem 2. Geburtstag: eine Masern-Impfung) eingetragen sind (Wie die Angaben z.B. im Impfpass zu finden sind, wird in einem gesonderten Merkblatt (www.masernschutz.de/materialien) erläutert);
2. durch ein **ärztliches Zeugnis** über einen altersgerechten Impfschutz oder eine durch Labornachweis bestätigte bestehende Masern-Immunität oder eine Befreiung von der Masern-Impfung wegen einer Kontraindikation. Bei einer vorübergehenden Kontraindikation ist die Dauer, während der nicht gegen Masern geimpft werden kann, mit anzugeben;
3. durch die **Bestätigung einer zuvor besuchten Einrichtung**, dass ein entsprechender Nachweis dort bereits vorgelegt wurde.

Dokumente in einer anderen Sprache oder offensichtlich gefälschte Dokumente oder offensichtliche Gefälligkeitsatteste müssen nicht anerkannt werden. In diesen Fällen ist das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

4. Wann müssen die Nachweise vorgelegt werden?

Das Gesetz trat am 1. März 2020 in Kraft. Alle Personen, die neu in einer Einrichtung betreut oder tätig werden, müssen die Nachweise vor Beginn der Betreuung oder Tätigkeit erbringen. Alle, die am 1. März 2020 bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden oder tätig waren, mussten den Nachweis bis spätestens 31. Juli 2022 vorlegen.

5. Was passiert, wenn ein Nachweis nicht vorgelegt wird?

Wer keinen Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz vorlegt, darf weder in den betroffenen Einrichtungen betreut, noch in diesen tätig werden. Personen, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegen, sind von dieser Regelung ausgenommen. Bei schulpflichtigen Personen kann das Gesundheitsamt Geldbußen bis zu 2.500 EUR bzw. Zwangsgelder aussprechen, wenn auf dessen Anforderung kein Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorgelegt wird.

Bei Personen, die bereits am 1. März 2020 in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden oder tätig waren, muss die Einrichtungsleitung das Gesundheitsamt informieren, wenn bis einschließlich 31. Juli 2022 keine Nachweise über den Masernschutz vorgelegt werden konnten. Das Gesundheitsamt kann die nachweispflichtige Person zu einer Beratung einladen. Unabhängig davon, kann das Gesundheitsamt Geldbußen bis zu 2.500 EUR bzw. Zwangsgelder aussprechen, wenn auf dessen Anforderung kein Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorgelegt wird. Das Gesundheitsamt entscheidet im Einzelfall, ob alternativ Tätigkeits- oder Betretensverbote ausgesprochen werden.

6. Sind auch ehrenamtlich Tätige und Praktikanten vom Masernschutzgesetz erfasst?

Ja, auch ehrenamtlich Tätige und Praktikanten fallen unter das Masernschutzgesetz, wenn sie regelmäßig (nicht nur für wenige Tage) und über einen längeren Zeitraum (nicht nur jeweils wenige Minuten) in der Einrichtung tätig sind.

7. Wer ist für die Nachweiskontrolle von Beschäftigten von Fremdfirmen, z. B. Reinigungsfirmen, verantwortlich, die in einer Gesundheits- oder Betreuungseinrichtung tätig sind?

Die Leitungen von Einrichtungen sind auch für die Nachweiskontrolle von Beschäftigten von Fremdfirmen zuständig, die in der betroffenen Einrichtung tätig sind. Können diese keinen Nachweis vorlegen, ist das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

8. Gilt das Masernschutzgesetz auch für Kurse bzw. Gruppen, die in den betroffenen Einrichtungen stattfinden oder sich dort treffen?

Gruppen und Kurse sind vom Masernschutzgesetz erfasst, wenn sie sich regelmäßig (nicht nur für wenige Tage) und über einen längeren Zeitraum (nicht nur für jeweils wenige Minuten) in der Einrichtung aufhalten.

9. In welchen Fällen ist auch die Kindertagespflege betroffen?

Einrichtungen der Kindertagespflege fallen unter das Masernschutzgesetz, wenn es sich um eine erlaubnispflichtige Kindertagespflege handelt.

Die Kindertagespflege ist erlaubnispflichtig, wenn Tagespflegepersonen ein oder mehrere Kinder außerhalb des Haushalts des Erziehungsberechtigten während eines Teils des Tages und mehr als 15 Stunden wöchentlich länger als drei Monate gegen Entgelt betreuen.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut sowie dem Paul-Ehrlich-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage www.masernschutz.de kostenlos zum Download angeboten.



Masernschutzgesetz

> Eltern und Erziehungsberechtigte

Häufige Fragen zum Masernschutzgesetz

1. Warum gibt es ein Gesetz zum Schutz vor Masern?

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten beim Menschen. Gerade bei Kindern unter 5 Jahren und Erwachsenen können Masern zu schweren Komplikationen führen. Dazu gehören Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen und Durchfälle, seltener auch eine Gehirnentzündung und es kann zu Spätfolgen kommen. Insgesamt sterben in Industrieländern etwa 1 bis 3 von 1.000 an Masern erkrankte Menschen. Auch in Deutschland gab es in den vergangenen Jahren Maserntodesfälle.

Die bisherigen Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten haben noch nicht dazu geführt, dass sich ausreichend viele Menschen in Deutschland impfen lassen. Es gibt immer noch Impflücken, sodass jährlich weiterhin mehrere hundert bis wenige Tausend Menschen in Deutschland an Masern erkranken. Die Elimination der Masern ist möglich, wenn 95 Prozent der Bevölkerung gegen Masern geschützt sind. Durch das Gesetz soll der Impfschutz dort erhöht werden, wo eine Masernübertragung sehr schnell stattfinden kann, wenn nicht genügend Personen gegen Masern immun sind und dort vor allem die Personen schützen, die nicht selbst gegen Masern geimpft werden können, z. B. weil sie noch zu jung sind für die Impfung (Kinder < 9 Monate), schwanger sind oder ein sehr schwaches Immunsystem haben. Sie sind darauf angewiesen, dass sich andere solidarisch verhalten und sich impfen lassen.

2. Ab wann gilt das Masernschutzgesetz?

Das Gesetz zum Schutz vor Masern trat am 1. März 2020 in Kraft.

Alle Kinder, die zu diesem Zeitpunkt bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden, mussten bis zum 31. Juli 2022 einen Nachweis vorlegen.

3. Welche Kinder sind vom Masernschutzgesetz erfasst?

Das Gesetz erfasst alle Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind und

1. in einer der folgenden Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden: Kindertageseinrichtungen und Horte, bestimmte Formen der Kindertagespflege, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden.
2. die bereits vier Wochen
 - a) in einem Kinderheim betreut werden oder
 - b) in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und Flüchtlinge bzw. Spätaussiedler untergebracht sind.

Alle Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind, müssen eine Masern-Schutzimpfung oder eine Masern-Immunität aufweisen. Alle Kinder, die mindestens zwei Jahre alt sind, müssen mindestens zwei Masern-Schutzimpfungen oder ausreichende Immunität gegen Masern nachweisen.

Kinder, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation (Gegenanzeige) nicht geimpft werden können und einen entsprechenden Nachweis vorlegen, sind von den Regelungen ausgenommen.

4. Wie weise ich nach, dass mein Kind gegen Masern geimpft wurde?

Als Nachweis gilt die Vorlage des Impfausweises oder eines ärztlichen Zeugnisses über die entsprechend dokumentierten Impfungen gegen Masern – in der Regel als MMR-Impfung, auch in Form einer Anlage zum Untersuchungsheft für Kinder.

5. Ich habe den Impfpass meines Kindes verloren. Muss es jetzt noch einmal gegen Masern geimpft werden?

Ist der Impfpass verloren gegangen, gibt es drei Möglichkeiten:

1. Wenn sich die Masern-Impfung aus den ärztlichen Unterlagen ermitteln lässt, kann ein neuer Impfpass ausgestellt und die Impfung nachgetragen werden.

2. Ein ärztliches Zeugnis kann bestätigen, dass eine Immunität gegen Masern (festgestellt z.B. durch eine Blutuntersuchung) bereits vorliegt oder die Schutzimpfungen stattgefunden haben.
3. Bleibt der Impfstatus unklar, empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die Schutzimpfungen nachzuholen. Eine Blutuntersuchung wird nicht empfohlen.

6. Mein Kind hatte bereits die Masern. Ist eine Impfung dann noch notwendig?

An Masern kann man nur einmal erkranken. Wer sie bereits hatte, ist dagegen geschützt und benötigt keine Impfung mehr. Ob Masern durchgemacht wurden, kann man mit einer Blutuntersuchung nachweisen.

7. Welche Masern-Impfstoffe stehen zur Verfügung?

Für die Impfung gegen Masern stehen in Deutschland aktuell ausschließlich Kombinationsimpfstoffe (Mumps-Masern-Röteln (MMR) bzw. Mumps-Masern-Röteln-Varizellen (MMRV) Impfstoffe) zur Verfügung. Bei dem Masern-Anteil der Impfstoffe handelt es sich um einen Lebendvirusimpfstoff, hergestellt aus abgeschwächten Masernviren. Bei den Antigenen gegen Mumps, Röteln und Windpocken handelt es sich ebenfalls um abgeschwächte Virusstämme der Erreger.

Die Verwendung von Kombinationsimpfstoffen wird von der STIKO generell empfohlen, um die Anzahl der Injektionen bei Kindern gering zu halten. Das Immunsystem des gesunden Kindes ist sehr gut in der Lage, auf den Impfstoff zu reagieren. Ein Kombinationsimpfstoff gilt insgesamt als nicht schlechter verträglich als ein Einzelimpfstoff.

8. Was passiert, wenn für ein Kind ab einem Jahr kein Nachweis vorgelegt wird?

Kinder für die kein ausreichender Nachweis über den Masernschutz vorliegt, dürfen in den betroffenen Einrichtungen nicht betreut werden. Das gilt jedoch nicht für Kinder, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegen.

Eine allgemeine Ausnahme vom gesetzlichen Aufnahmeverbot kann zugelassen werden, wenn das Paul-Ehrlich-Institut auf seiner Internetseite einen Lieferengpass für alle Impfstoffe mit einer Masernkomponente (die für das Inverkehrbringen in Deutschland zugelassen oder genehmigt sind) bekannt gemacht hat.

Besondere Regelungen gelten für Kinder, die bei Inkrafttreten des Gesetzes am 1. März 2020 bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden. Bei diesen Kindern kann das Gesundheitsamt nach Ablauf der Übergangsfrist zum 31. Juli 2022 im Einzelfall entscheiden, ob ein Betretensverbot ausgesprochen wird (außer bei schulpflichtigen Kindern).

9. Wie geht es weiter, wenn das Gesundheitsamt benachrichtigt wurde?

Wenn der erforderliche Nachweis dem Gesundheitsamt nicht innerhalb einer angemessenen Frist (mindestens zehn Tage und etwa bis zu drei Monate, um die Nachholung einer zweimaligen Masernschutz-Impfung zu ermöglichen) vorgelegt wurde oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist, kann das Gesundheitsamt die Eltern des Kindes zu einer Beratung laden und zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern auffordern.

Unabhängig davon kann das Gesundheitsamt entscheiden, ob nach Ablauf einer angemessenen Frist ein Betretensverbot ausgesprochen wird oder ob alternativ eine Geldbuße und Zwangsgeld ausgesprochen werden.

10. Widerspricht die Masernimpfpflicht nicht dem Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz?

Nein. Wenn der Träger der öffentlichen Jugendhilfe einen bedarfsgerechten Betreuungsplatz nachweist, ist der Anspruch auf Förderung in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege bereits durch diesen Nachweis erfüllt. Das gilt auch, wenn das Kind wegen des fehlenden Nachweises über die Masern-Schutzimpfung nicht betreut werden kann.

11. Werden Geldbußen verhängt werden?

Für die zuständigen Behörden besteht keine Pflicht zur Verhängung einer Geldbuße. Es liegt in ihrem pflichtgemäßen Ermessen. Laut Infektionsschutzgesetz handelt es sich ausdrücklich um eine „Kann-Regelung“.

Die Leitung einer Einrichtung, die entgegen der gesetzlichen Verbote eine Person betreut oder im Falle einer Benachrichtigungspflicht die Gesundheitsämter nicht informiert sowie Personen, die trotz Nachweispflicht und Anforderung des Gesundheitsamtes keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist erbringen, müssen mit einer Geldbuße bis zu 2.500 EUR rechnen. Neben oder alternativ zum Bußgeld kann auch ein Zwangsgeld in Betracht kommen, wenn der vollstreckbaren Pflicht, einen Nachweis vorzulegen, nicht nachgekommen wird.

12. Kann die Impfpflicht durch Zwang durchgesetzt werden?

Eine Zwangsimpfung kommt in keinem Fall in Betracht.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut sowie dem Paul-Ehrlich-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage

www.masernschutz.de kostenlos zum Download angeboten.



Masernschutzgesetz

> Für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen

Häufige Fragen zum Masernschutzgesetz

1. Warum gibt es ein Gesetz zum Schutz vor Masern?

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten beim Menschen. Gerade bei Kindern unter 5 Jahren und Erwachsenen können Masern zu schweren Komplikationen führen. Dazu gehören Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen und Durchfälle, seltener auch eine Gehirnentzündung und es kann zu Spätfolgen kommen. Insgesamt sterben in Industrieländern etwa 1 bis 3 von 1.000 an Masern erkrankte Menschen. Auch in Deutschland gab es in den vergangenen Jahren Maserntodesfälle.

Die bisherigen Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten haben noch nicht dazu geführt, dass sich ausreichend viele Menschen in Deutschland impfen lassen. Es gibt immer noch Impflücken, sodass jährlich weiterhin mehrere hundert bis wenige Tausend Menschen in Deutschland an Masern erkranken. Die Elimination der Masern ist möglich, wenn 95 Prozent der Bevölkerung gegen Masern geschützt sind. Durch das Gesetz soll der Impfschutz dort erhöht werden, wo eine Masernübertragung sehr schnell stattfinden kann, wenn nicht genügend Personen gegen Masern immun sind und dort vor allem die Personen schützen, die nicht selbst gegen Masern geimpft werden können, z. B. weil sie noch zu jung sind für die Impfung (Kinder < 9 Monate), schwanger sind oder ein sehr schwaches Immunsystem haben.

2. Für wen gilt das Masernschutzgesetz?

Das Gesetz gilt für alle nach 1970 geborenen Personen, die mindestens ein Jahr alt sind und

1. in einer der folgenden Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden: Kindertageseinrichtungen und Horte, bestimmte Formen der Kindertagespflege, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden.
2. die bereits vier Wochen
 - a) in einem Kinderheim betreut werden oder
 - b) in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und Flüchtlinge bzw. Spätaussiedler untergebracht sind.

3. die in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Arztpraxen oder in Gemeinschaftseinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften (Einrichtungen nach Nummer 1 und 2) tätig sind.

Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation (Gegenanzeige) nicht geimpft werden können und einen entsprechenden Nachweis vorlegen, sind von den Regelungen ausgenommen.

3. In welchen Fällen gilt das Gesetz auch für die Kindertagespflege?

Einrichtungen der Kindertagespflege fallen unter die Neuregelungen, wenn es sich um eine sogenannte erlaubnispflichtige Kindertagespflege handelt. Darunter fallen Tagespflegepersonen, die ein Kind oder mehrere Kinder außerhalb des Haushalts des Erziehungsberechtigten während eines Teils des Tages und mehr als 15 Stunden wöchentlich über einen längeren Zeitraum als drei Monate gegen Entgelt betreuen. Alle Personen, die in diesen Einrichtungen betreut werden oder tätig sind, müssen die Impfungen nachweisen.

4. Gilt das Gesetz auch für ehrenamtlich Tätige und Praktikanten?

Ja, auch ehrenamtlich Tätige und Praktikanten fallen unter das Masernschutzgesetz, wenn sie regelmäßig (nicht nur für wenige Tage) und nicht nur zeitlich vorübergehend (nicht nur jeweils wenige Minuten, sondern über einen längeren Zeitraum) in der Einrichtung tätig sind.

5. Ab wann gilt das Gesetz?

Das Gesetz gilt seit 1. März 2020. Alle Personen, die zu diesem Zeitpunkt bereits in den entsprechenden Einrichtungen betreut wurden oder tätig waren, mussten bis zum 31. Juli 2022 einen Nachweis vorlegen.

6. Was genau muss nachgewiesen werden?

Personen, für die das Gesetz gilt und die mindestens ein Jahr alt sind, müssen eine Masern-Schutzimpfung oder eine Masern-Immunität nachweisen. Personen, die nach 1970 geboren und mindestens zwei Jahre alt sind, müssen zwei Masern-Schutzimpfungen oder ein ärztliches Zeugnis über eine ausreichende Immunität gegen Masern nachweisen. Die Immunität kann durch einen Bluttest (sog. Titerbestimmung) festgestellt werden. Die Kosten für ein ärztliches Attest müssen in der Regel selbst getragen werden.

Die gesetzlichen Vorgaben orientieren sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Wenn der Impfstatus unklar ist, sollten die Impfungen nachgeholt werden. Eine Antikörperkontrolle (Titerbestimmung) wird von der STIKO nicht empfohlen.

Liegt eine medizinische Kontraindikation vor, muss diese durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

7. Wie wird der Masernschutz kontrolliert?

Die betroffenen Personen müssen der Leitung der jeweiligen Einrichtung gegenüber vor Beginn ihrer Tätigkeit oder Betreuung folgenden Nachweis vorlegen:

1. einen Impfausweis oder ein ärztliches Zeugnis über den Masern-Impfschutz.
2. ein ärztliches Zeugnis über eine Immunität gegen Masern oder darüber, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden konnte.
3. eine Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen Einrichtung, dass ein Nachweis nach Nummer 1 oder 2 bereits vorgelegen hat.

Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann bestimmen, dass der Nachweis nicht bei der Leitung der jeweiligen Einrichtung, sondern beim Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle vorgelegt werden muss. Die Behörde, die für die Erteilung der Erlaubnis für die Kindertagespflege zuständig ist, kann bestimmen, dass vor dem Beginn der Tätigkeit der Nachweis ihr gegenüber zu erbringen ist.

8. Was passiert, wenn Beschäftigte keinen Nachweis vorlegen?

Wer keinen Nachweis vorlegt, darf nicht in den genannten Einrichtungen tätig werden. In diesem Fall muss das Gesundheitsamt nicht informiert werden.

Personen, die bereits bei Inkrafttreten des Gesetzes in entsprechenden Einrichtungen tätig waren, mussten den Nachweis bis spätestens 31. Juli 2022 erbringen. Erfolgte dies nicht oder ist dies erst später möglich, muss die Leitung das Gesundheitsamt informieren.

Regelung für schulpflichtige Personen: Wenn der Nachweis nicht vorgelegt wird oder es sich ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder die landesseitig bestimmte Stelle das örtliche Gesundheitsamt darüber

zu informieren, sofern es sich um Personen handelt, die trotzdem in die Einrichtung aufgenommen werden dürfen (Schulpflichtige).

9. Wie geht es weiter, wenn das Gesundheitsamt benachrichtigt wurde?

Wenn der erforderliche Nachweis nicht innerhalb einer angemessenen Frist (mindestens zehn Tage und etwa bis zu drei Monate, um Vervollständigung des Masern-Impfschutzes zu ermöglichen) vorgelegt wurde, kann das Gesundheitsamt die nachweispflichtige Person zu einer Beratung einladen.

Unabhängig davon kann das Gesundheitsamt im Einzelfall entscheiden, ob nach Ablauf einer angemessenen Frist Tätigkeits- oder Betretensverbote ausgesprochen werden (außer bei schulpflichtigen Personen sowie im Falle eines Lieferengpasses der Impfstoffe) oder ob Geldbußen und Zwangsgelder ausgesprochen werden.

10. Welche dienst- und arbeitsrechtlichen Folgen sind möglich?

Das Gesundheitsamt kann gegenüber einem einzelnen Beschäftigten ein Tätigkeitsverbot aussprechen. Die Folgen für das Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis richten sich nach den jeweiligen vertrags-, dienst- oder arbeitsrechtlichen Grundlagen. Eine zumutbare Schutzimpfung gegen Masern in den genannten Einrichtungen ist gesetzlich vorgesehen und bildet den Rahmen für die möglichen individuellen Konsequenzen.

11. Werden Bußgelder verhängt werden?

Es liegt im Ermessen der zuständigen Behörde, ob sie ein Bußgeld verhängt. Die Leitung einer Einrichtung, die entgegen der gesetzlichen Verbote eine Person betreut oder beschäftigt oder im Falle einer Benachrichtigungspflicht die Gesundheitsämter nicht informiert, muss mit einem Bußgeld bis zu 2.500 EUR rechnen.

Das gilt auch für Personen, die den Nachweis trotz Anforderung des Gesundheitsamtes nicht innerhalb einer angemessenen Frist vorlegen. Das Bußgeld kann in der Regel nur einmal verhängt werden.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut sowie dem Paul-Ehrlich-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage www.masernschutz.de kostenlos zum Download angeboten.

Anlage 14:

Erregersteckbriefe



Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Hygiene schützt!

Was sind Noroviren?

Noroviren kommen weltweit vor und bewirken meist Magen-Darm-Erkrankungen. Die Erreger werden von Erkrankten massenhaft mit dem Stuhl und dem Erbrochenen ausgeschieden und sind hoch ansteckend. Deshalb kommt es häufig zu größeren Ausbrüchen von Brechdurchfällen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Altenheimen oder Krankenhäusern. Die meisten Erkrankungen ereignen sich von Oktober bis März.

Wie werden Noroviren übertragen?

Von Mensch zu Mensch

Noroviren werden meist über eine Schmierinfektion von Mensch zu Mensch übertragen. Dabei werden die Erreger in kleinsten Spuren von Stuhlresten oder Erbrochenem von Erkrankten an den Händen weitergetragen. Von der Hand gelangen die Viren leicht in den Mund. Sehr ansteckend sind auch winzigste virushaltige Tröpfchen in der Luft, die während des Erbrechens entstehen.

Über verunreinigte Gegenstände

Die Erreger können auch an Gegenständen wie Türgriffen, Handläufen oder Armaturen haften und über die Hände leicht in den Mund gelangen.

Über Nahrungsmittel

Rohe Lebensmittel wie Salate, Obst (auch z. B. tiefgekühlte Beeren), Krabben oder Muscheln können mit Noroviren belastet sein und ebenso zu einer Ansteckung führen wie verunreinigtes Wasser oder andere Getränke.

Welche Krankheitszeichen haben Erkrankte?

Die Erkrankung beginnt zumeist plötzlich mit heftigem Durchfall, Übelkeit und schwallartigem Erbrechen. Dazu kommt häufig ein starkes Krankheitsgefühl mit Bauch- und Muskelschmerzen, gelegentlich mit leichtem Fieber und Kopfschmerzen. Die starken Brechdurchfälle können rasch zu einem Flüssigkeitsmangel im Körper führen, welcher sich durch ein ausgeprägtes Schwächegefühl oder Schwindel bemerkbar machen kann. Die Beschwerden klingen meist nach 1 bis 2 Tagen vollständig ab.

Wann bricht die Krankheit aus und wie lange ist man ansteckend?

Nach der Ansteckung bricht die Erkrankung meist schnell aus, in der Regel zwischen 6 Stunden und 2 Tagen. Die Betroffenen sind mit dem Auftreten der Krankheitszeichen hoch ansteckend. Bis etwa 48 Stunden nach Abklingen der Beschwerden werden relativ viele Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden. Aber auch bis zu 2 Wochen oder in Einzelfällen sogar noch länger können Erkrankte die Viren ausscheiden und noch ansteckend sein, auch wenn Erbrechen und Durchfall bereits abgeklungen sind.

Wer ist besonders gefährdet?

Grundsätzlich kann jeder an Noroviren erkranken. Besonders häufig trifft es Kinder unter 5 Jahren und Senioren über 70 Jahren. Sie reagieren auch besonders empfindlich auf den Flüssigkeitsverlust, der durch Erbrechen und Durchfall entstehen kann.

Was muss ich bei einer Erkrankung beachten?

- ▶ Erkrankte sollten sich körperlich schonen und den Kontakt mit anderen Personen möglichst einschränken.
- ▶ Bei Durchfall und Erbrechen ist es wichtig, viel zu trinken.
- ▶ Um den Verlust von Salzen auszugleichen, kann gegebenenfalls der Einsatz von sogenannten Elektrolyt-Ersatzlösungen aus der Apotheke sinnvoll sein.
- ▶ Achten Sie auf leicht verdauliche Nahrung mit ausreichender Salzzufuhr.
- ▶ Vor allem Kleinkinder, Schwangere, Senioren oder geschwächte Menschen sollten ärztlich behandelt werden, insbesondere, wenn Durchfälle oft auftreten und/oder länger als 2 bis 3 Tage anhalten und zusätzlich Fieber oder Erbrechen hinzukommen.
- ▶ Es können nur die Beschwerden gelindert werden. Antibiotika sind gegen Noroviren unwirksam.
- ▶ Benutzen Sie, wenn möglich, eine eigene Toilette bis zu 2 Tage nach Genesung. Achten Sie besonders in den 2 Wochen nach der Erkrankung darauf, sich nach jedem Toilettengang gründlich die Hände mit Wasser und Seife zu waschen und auch die Toilette sauber zu halten!
- ▶ Beseitigen Sie immer sehr zügig die Reste von Erbrochenem oder Stuhl, da diese sehr ansteckend sind. Achten Sie danach auf gründliche Händehygiene!
- ▶ Bereiten Sie im Erkrankungsfall keine Speisen für andere zu. Geschirr kann wie üblich gereinigt werden.





Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Hygiene schützt!

Was muss ich bei einer Erkrankung beachten?

- ▶ Wechseln Sie im Krankheitsfall Leib- und Bettwäsche, Waschlappen und Handtücher häufig und waschen Sie diese mit einem Vollwaschmittel bei mindestens 60°C.
- ▶ Vermeiden Sie auch nach Abklingen der Beschwerden mindestens für zwei Tage den Besuch von Altenheimen oder Krankenhäusern, um eine Ansteckung dort zu verhindern.
- ▶ Achten Sie auch im Anschluss grundsätzlich immer auf sorgfältige Hände- und Sanitärhygiene. Bei einem Ausbruch im Krankenhaus wird das Personal besondere Hygienemaßnahmen ergreifen.
- ▶ Bei Noroviren gelten die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes. Kinder unter 6 Jahren, bei denen ansteckendes Erbrechen und/oder Durchfall festgestellt wurde bzw. der Verdacht darauf besteht, dürfen Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten vorübergehend nicht besuchen. Eltern müssen die Gemeinschaftseinrichtung über die Erkrankung ihres Kindes informieren. In der Regel kann die Einrichtung erst 2 Tage nach Abklingen der Beschwerden wieder besucht werden. Den genauen Zeitpunkt bestimmt das zuständige Gesundheitsamt. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.
- ▶ Wer beruflich mit bestimmten Lebensmitteln zu tun hat, darf bei ansteckendem Erbrechen und/oder Durchfall frühestens 2 Tage nach Abklingen der Beschwerden wieder arbeiten. Das gilt auch für den Verdachtsfall.

Wie kann ich mich schützen?

Händehygiene

Waschen Sie sich die Hände immer sorgfältig mit Wasser und Seife, insbesondere nach jedem Toilettengang sowie vor der Zubereitung von Speisen und vor dem Essen. Trocknen Sie die Hände anschließend sorgfältig mit einem sauberen Tuch ab. Dadurch wird verhindert, dass Krankheitserreger aus dem Darm über verunreinigte Hände in den Mund gelangen.

Sonstige Hygienemaßnahmen

- ▶ Meiden Sie nach Möglichkeit den direkten Kontakt mit Erkrankten bis 2 Tage nach Abklingen der Krankheitszeichen.
- ▶ Benutzen Sie ausschließlich eigene Hygieneartikel und Handtücher.
- ▶ Reinigen Sie Flächen im Umfeld des Erkrankten wie Waschbecken, Türgriffe und Böden regelmäßig am besten mit Einmaltüchern und entsorgen Sie diese anschließend in den Hausmüll. Das gilt auch für sichtbar verschmutzte Flächen wie Toiletten. Dabei kann das Tragen von Einmalhandschuhen einen zusätzlichen Schutz vor Infektionen bieten.
- ▶ Eine Reinigung mit Wasser und gängigen Reinigungsmittel ist in der Regel ausreichend.
- ▶ Der Einsatz von speziellen Desinfektionsmitteln kann erforderlich sein, sofern dies vom Gesundheitsamt oder von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlen wurde.

Richtiger Umgang mit Lebensmitteln

- ▶ Zur Vermeidung einer Ansteckung über mit Noroviren belastete Speisen sollten insbesondere Gerichte mit Meeresfrüchten gut durchgegart sein.

Eine Impfung gegen Noroviren gibt es bislang nicht.

Wo kann ich mich informieren?

Das örtliche Gesundheitsamt steht Ihnen für weitere Beratung zur Verfügung. Da bei ansteckenden Durchfallerkrankungen die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes gelten, liegen dort Informationen zur aktuellen Situation und große Erfahrung im Umgang mit der Krankheit vor. Weitere (Fach-) Informationen finden Sie auch im Internet auf den Seiten des Robert Koch-Institutes (www.rki.de/noroviren). Weitere Informationen zum Infektionsschutz durch Hygiene finden Sie auf den Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.infektionsschutz.de).



STEMPEL

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. und in Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage www.infektionsschutz.de kostenlos zum Download angeboten.



HAND-FUSS-MUND-KRANKHEIT

Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Hygiene schützt!

Was ist die Hand-Fuß-Mund-Krankheit?

Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit wird durch Viren ausgelöst und geht mit einem Ausschlag im Mund sowie an den Handflächen und Fußsohlen einher. Gesäß, Genitalbereich, Knie oder Ellenbogen können auch betroffen sein. Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit kommt weltweit vor.

Wie wird die Hand-Fuß-Mund-Krankheit übertragen?

Von Mensch zu Mensch

Die Viren, die die Hand-Fuß-Mund-Krankheit verursachen, sind sehr ansteckend. Eine Übertragung durch die Hände spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Die Erreger werden von Mensch zu Mensch durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten übertragen. Hier ist besonders die Flüssigkeit aus den Bläschen des Ausschlags zu nennen. Kommen die Hände mit dieser Flüssigkeit in Kontakt, so können die Viren leicht von Hand zu Hand weitergereicht werden. Ebenso können die Erreger über den Stuhl Erkrankter, zum Beispiel beim Wechseln von Windeln, übertragen werden.

Auch eine Ansteckung über die Luft ist möglich. Beim Husten oder Niesen gelangen kleinste virushaltige Tröpfchen in die Luft und können von anderen Menschen in der Nähe aufgenommen werden.

Über verunreinigte Gegenstände

Die Erreger können auch über gemeinsam genutzte Gegenstände, wie beispielsweise Türgriffe, Haltegriffe oder Treppengeländer weitergereicht werden.

Welche Krankheitszeichen haben Erkrankte?

Mehr als 80 Prozent der Menschen, die sich mit dem Virus angesteckt haben, zeigen keine Krankheitszeichen, können das Virus aber trotzdem weiterverbreiten.

Wenn sich eine Hand-Fuß-Mund-Krankheit entwickelt, sind die ersten Krankheitszeichen üblicherweise Fieber, verminderter Appetit und Halsschmerzen. Ein bis zwei Tage nach Einsetzen des Fiebers zeigen sich kleine rote Flecken an der Mundschleimhaut, vor allem an Zunge und Zahnfleisch. Im Verlauf der Erkrankung entwickeln sich daraus schmerzhafte Bläschen. Nochmals ein bis zwei Tage später treten weitere rote Flecken vor allem an Handflächen und Fußsohlen auf. Auch Gesäß, Genitalbereich, Knie und Ellenbogen können betroffen sein. Ein Juckreiz geht mit dem Hautausschlag in der Regel nicht einher, ist aber möglich.

Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit verläuft normalerweise mild. Fast alle Betroffenen werden – auch ohne ärztliche Behandlung – innerhalb von fünf bis sieben Tagen wieder gesund.

Komplikationen, wie eine Hirnhautentzündung, Lähmungserscheinungen oder eine Entzündung des Gehirns, treten nur sehr selten auf. In Einzelfällen wurde ein Verlust der Finger- oder Zehennägel beobachtet.

Auch während der Schwangerschaft verlaufen Erkrankungen überwiegend sehr mild und schwere Komplikationen treten nur sehr selten auf. Dies gilt auch für Neugeborene, die durch ihre Mütter bei der Geburt angesteckt wurden. In sehr seltenen Fällen können bei Neugeborenen jedoch lebenswichtige Organe wie Leber oder Herz erkranken.

HAND-FUSS-MUND- KRANKHEIT

Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Hygiene schützt!

Wann bricht die Krankheit aus und wie lange ist man ansteckend?

Zwischen Ansteckung und Ausbruch der Hand-Fuß-Mund-Krankheit liegen in der Regel drei bis zehn Tage. Besonders die Flüssigkeit aus den Bläschen des Ausschlags ist hoch ansteckend. Daher ist die Ansteckungsgefahr während der Zeit des Ausschlags besonders hoch und sinkt erst mit dem Trocknen der Bläschen.

Nach Abklingen der Krankheitszeichen können die Viren jedoch noch wochenlang über den Stuhl ausgeschieden und weiterverbreitet werden.

Wer ist besonders gefährdet?

An der Hand-Fuß-Mund-Krankheit kann jeder erkranken, sie tritt aber vor allem bei Kindern unter zehn Jahren und gehäuft im Spätsommer und Herbst auf.

Was muss ich bei einer Erkrankung beachten?

Erkrankte sollten auf eine gute Händehygiene achten und möglichst Abstand zu anderen halten.

Kinder mit Hand-Fuß-Mund-Krankheit sollten Gemeinschaftseinrichtungen möglichst nicht besuchen, um das Ansteckungsrisiko für andere Personen zu verringern. Wenn die Bläschen eingetrocknet sind, können die Kinder in der Regel ohne schriftliches ärztliches Attest wieder in die Gemeinschaftseinrichtung gehen.

Eine gezielte Therapie der Hand-Fuß-Mund-Krankheit gibt es nicht. Nur die Krankheitszeichen können behandelt werden, zum Beispiel durch fieber- und schmerzsenkende Mittel und Mundspülungen.

Wie kann ich mich schützen?

Hygienemaßnahmen verringern das Ansteckungsrisiko:

- ▶ Achten Sie auf eine gute Händehygiene. Waschen Sie sich regelmäßig und sorgfältig die Hände mit Seife, besonders wenn Sie Ihrem Kind die Windeln gewechselt oder beim Toilettengang geholfen haben bzw. selbst die Toilette benutzt haben.
- ▶ Reinigen Sie Gegenstände wie Spielzeug, Türgriffe usw., mit denen Erkrankte in Kontakt waren, gründlich.
- ▶ Vermeiden Sie engen Kontakt mit Erkrankten wie Küssen und Umarmen.
- ▶ Benutzen Sie Essbesteck oder Trinkgefäße nicht gemeinsam.
- ▶ Ob der Einsatz von Hände- und Flächendesinfektionsmitteln sinnvoll ist, sollten Sie mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt oder dem Gesundheitsamt besprechen.

Wo kann ich mich informieren?

Für weitere Beratung und Information steht Ihnen das örtliche Gesundheitsamt zur Verfügung.

Weitere (Fach-) Informationen finden Sie auch im Internet auf den Seiten des Robert Koch-Institutes (www.rki.de/Hand-Fuss-Mund-Krankheit).

Informationen zum Thema Infektionsschutz durch Hygiene finden Sie auf den Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.infektionsschutz.de).



STEMPEL

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. und in Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage www.infektionsschutz.de kostenlos zum Download angeboten.



Kopfläuse erkennen, behandeln & vorbeugen

Ein Merkblatt

Die Kopflaus

Kopfläuse können

- nicht hüpfen
- nicht fliegen
- nicht von Mensch zu Mensch springen
- keine Krankheiten übertragen

Kopfläuse können bei allen Menschen auftreten, unabhängig von hygienischen Verhältnissen, sozialem Status oder ethnischer Herkunft. Sie verbreiten sich nur von Mensch zu Mensch, und zwar durch engen Körperkontakt („Haar-zu-Haar-Kontakt“) oder über gemeinsam benutzte Gegenstände, an denen sich Haare befinden (z. B. Bürsten, Mützen, Kissen). Sie leben fast ausschließlich auf dem Kopf des Menschen. Wenn sie sich nicht an behaarten Körperstellen befinden, können Kopfläuse maximal 2-3 Tage überleben.

Symptome bei Kopflausbefall:

- Krabbeln im Haar
- Kleine Schnüre von kugeligen, graubraunen Partikeln, die sich beim Kämmen aus dem Haar lösen (Läusekot)
- Beim Kämmen fallen gelbliche Partikel von 1 - 3 mm Länge aus dem Haar, die versuchen, wegzulaufen (Larven bzw. Läuse)
- Weiße Kügelchen von ca. 1 mm Größe (Läuseeier/Nissen), die zumeist dicht an der Kopfhaut sitzen
- Juckreiz
- Ekzeme, Krusten (die durch eine Entzündung an der Stichstelle entstehen können)
- Geschwollene Lymphknoten am Hals durch entzündete Stiche
- Haare verkleben leicht durch den Kot der Läuse bzw. das Wundsekret
- Modriger Geruch der Haare (Eigengeruch des Wundsekrets)
- Kinder sind unausgeschlafen/unruhig

Nicht jedes Symptom muss bei jedem Betroffenen auftreten!

Kopflausbefall erkennen:

Wenn es in der Schule oder im Kindergarten Ihres Kindes Kopfläuse gibt, ist es zunächst wichtig für Sie festzustellen, ob Ihr Kind überhaupt betroffen ist. Dazu suchen Sie mit Hilfe einer **guten Lichtquelle** den Kopf Ihres Kindes ab, denn Läuse und Nissen sind mit bloßem Auge erkennbar (ggf. nehmen Sie eine Lupe zu Hilfe)

Kopfläuse bevorzugen **warme und dunkle Areale nahe der Kopfhaut**, z. B. **im Nacken, am Haaransatz und hinter den Ohren**.

Der bloße Blick auf den Kopf Ihres Kindes genügt nicht, um einen Kopflausbefall zuverlässig auszuschließen!

Scheiteln Sie das Haar und suchen Sie Strähne für Strähne am Haaransatz nach eingeklebten hellen Eiern (Nissen) oder Läusen. Kämmen Sie anschließend die Haare über einer Schale oder einem weißen Tuch mit einem speziellen **Nissenkamm** gründlich aus.

Die **Nissen** sind kleine Pünktchen, die eine helle, manchmal weißliche Farbe haben und oft mit **Schuppen** verwechselt werden, da sie sich ebenfalls am Haaransatz befinden (Unterschied: Schuppen lassen sich leicht entfernen, Nissen nicht). Wenn sich noch eine Larve in der Nisse befindet, kann diese auch dunkler (bräunlich) aussehen.

Kopfläuse sind kleine Parasiten, die bis zu 3,5 Millimeter groß werden können. Sie haben keine Flügel und sechs Beine, die an den Enden kleine Haken haben. Mit diesen halten sie sich an den Haaren fest. Ihre Farbe kann variieren und von hellbraun über grau bis hin zu dunkelbraun reichen.

Kopflausbefall behandeln:

Wenn Sie einen Kopflausbefall entdeckt haben, sollten Sie umgehend mit der Behandlung beginnen. Zwei Maßnahmen sind dafür notwendig:

1. Behandeln Sie mit einem Wirkstoff, dessen Wirksamkeit belegt ist (z.B. Permethrin oder Dimeticon).
2. Kämmen Sie die Haare mit einem geeigneten Nissenkamm aus.

Von der Fachgesellschaft für Kinderheilkunde (DGPI) werden folgende Arzneimittel gegen Läuse empfohlen:

1. InfectoPedicul (Wirkstoff Permethrin)
2. Dimet20 (Wirkstoff Dimeticon) oder ein anderes Präparat mit demselben Wirkstoff

Unabhängig davon, welches Präparat Sie einsetzen – halten Sie sich genau an die Anwendungsbeschreibung – sonst werden die Läuse und Nissen nicht sicher abgetötet. Deshalb:

- Die vom Hersteller **angegebene Einwirkzeit** einhalten!
- Eine **ausreichende Menge** an Wirkstoff auftragen!
- Das Mittel **gleichmäßig** auf dem Kopf verteilen!
- Einen **hochwertigen Nissenkamm** verwenden!
- Die Behandlung **nach 8 bis 10 Tagen** wiederholen!

Behandlungsschema:

Tag 1: Mit dem Läusemittel behandeln und anschließend nass auskämmen (siehe unten);
Tag 5: nass auszukämmen, um früh nachgeschlüpfte Larven zu entfernen, bevor sie mobil sind;
Tag 8, 9 oder 10: erneut mit dem Läusemittel behandeln, um spät geschlüpfte Larven abzutöten;
Tag 13: Kontrolluntersuchung durch nasses Auskämmen;
Tag 17: evtl. letzte Kontrolle durch nasses Auskämmen.

So kämmen Sie richtig mit Kamm und Nissenkamm:

- Feuchten Sie zunächst die Haare an.
- Legen Sie ein helles Handtuch über die Schultern und kämmen Sie das Haar mit einem normalen Kamm durch, um Knötchen zu entfernen.
- Nun benötigen Sie **einen Nissenkamm**: Nehmen Sie eine Haarsträhne zwischen Daumen und Zeigefinger und spannen Sie diese vom Kopf weg. Setzen Sie den Nissenkamm vorsichtig direkt am Haaransatz an und ziehen Sie ihn durch die Strähne bis zu den Haarspitzen durch. Wiederholen Sie dies so oft, bis Sie im Nissenkamm keine Läuse, Eier und Nissen mehr entdecken.
- Klemmen Sie die behandelte Strähne mit einer Haarspange zur Seite und fahren Sie mit der nächsten fort.

Wischen Sie den Nissenkamm zwischendurch an einem hellen Tuch ab oder spülen Sie ihn unter fließendem Wasser aus. Ein Auskochen des Nissenkamms am Ende der Behandlung ist nicht notwendig.

Nehmen Sie sich ausreichend Zeit: Das Auskämmen dauert i.d.R. mindestens 30 Minuten. Das **Entfernen der Eier und Nissen aus dem Haar ist aufwändig** und erfordert Geduld. Sie werden auch in den Tagen nach dem ersten sorgfältigen Kämmen noch einzelne Nissen finden. Kämmen Sie daher die Haare **in regelmäßigen Abständen (möglichst täglich)** durch.

Wichtig ist, dass Sie einen **geeigneten Nissenkamm** mit eng beieinanderstehenden, stabilen Metallzinken verwenden. Die Nissen sind im Durchmesser nur 0,3 mm groß. Daher sollten die Zinken des Kamms nur 0,1 mm voneinander entfernt stehen. Metallzinken haben dabei den Vorteil, dass sie starr und wenig beweglich sind, während die Zinken bei Kunststoffkämmen biegsamer sind und so die Nissen einfach durchrutschen können.

Nach sorgfältig durchgeführter Behandlung mit einem wirksamen Läusemittel dürfen die Kinder/Jugendlichen **schon am nächsten Tag** die Kita oder Schule wieder besuchen!

Alternative Therapien

Es gibt außer den oben genannten Behandlungen mit Medizinprodukten keine alternativen, wirksamen Therapien!

Die komplette Rasur des Kopfes ist zwar wirksam, in heutigen Zeiten jedoch nicht mehr angemessen.

Behandlungen mit Hausmitteln (Mayonnaise, Olivenöl) oder Heißluft (z. B. Fön) sind nicht nur unwirksam, sondern im Falle der Heißluft auch gefährlich!

Shampoos, die in Drogerien gekauft werden können, sind nicht wirksam (sie führen höchstens zu saubereren Läusen), da der „Kleber“ der Läuse nicht wasserlöslich ist!

Maßnahmen nach der Behandlung:

- Haben Sie etwas Geduld, denn Kopfläuse können nach der Behandlung manchmal noch mehrere Stunden bewegungsfähig sein und sterben erst dann. Nachgeschlüpfte Larven unterscheiden sich deutlich in der Größe (1 mm) von den erwachsenen Kopfläusen (bis zu 3,5 mm).
- Eine zweite Behandlung mit dem Kopflausmittel muss nach 8-10 Tagen durchgeführt werden.
- Wenn Sie in den Tagen nach der ersten Anwendung erwachsene, flinke Kopfläuse auf dem Kopf entdecken, so deutet dies auf eine erneute Ansteckung hin. Dann muss sofort erneut behandelt werden.

- Kämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollen in heißer Seifenlösung gereinigt werden.
- Schlafanzüge und Bettwäsche, Handtücher und Leibwäsche sollen gewechselt und einmalig bei 60 ° gewaschen werden.
- Einmaliges Absaugen von Polstermöbeln (z. B. Sofas).
- Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollen für 3 Tage in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden. Insektizid-Sprays sind nicht nötig!
- **Die Ansteckungsquelle finden!**
Es ist wichtig herauszufinden, woher der Kopflausbefall kommt. Es muss in der Umgebung einen Kopflausträger geben. Veranlassen Sie gegebenenfalls eine Untersuchung und/oder Behandlung der Kontaktpersonen. Gehen Sie mit Hilfe des Elternbeirats oder der Elternpflegschaft diplomatisch vor. Zur Vermeidung einer "Pingpong-Infektion" ist es häufig ratsam, alle Familienmitglieder zu untersuchen und ggf. gleichzeitig zu behandeln.

Kopflausbefall vorbeugen

Es gibt zurzeit leider keine wirksame Vorbeugung gegen einen Kopflausbefall. Die Wirkung der zurzeit erhältlichen Repellentien (abwehrenden Mittel) ist nicht belegt. Einzig die Vermeidung der Infektionsquelle (meist Kita oder Schule) wäre eine Möglichkeit, das Ansteckungsrisiko zu minimieren. Dies ist praktisch jedoch meist nicht umsetzbar.

Informieren Sie Ihr Kind über den Verbreitungsweg der Kopflaus. Erklären Sie ihm altersgemäß die Vorgänge, so wird Ihr Kind bei der Behandlung geduldiger kooperieren. Außerdem können so ältere Kinder, die betroffen sind, versuchen, einen Haar-zu-Haar Kontakt zu vermeiden.

Wann zum Arzt?

Einen Arzt sollten Sie hinzuziehen, wenn ...

- der erste Behandlungsversuch misslungen ist.
- ein Säugling oder Kleinkind sowie Schwangere oder Stillende betroffen sind.
- die Haut bereits stark aufgekratzt oder entzündet ist.
- bereits eine andere Hauterkrankung vorliegt.
- eine Chrysanthemen-Allergie vorliegt.
- Überempfindlichkeiten gegen andere Arzneimittel bekannt sind.

Quellen: www.rki.de; www.kopflaus.info; www.kopflausratgeber.de



Kopfläuse ...

... was tun?

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Impressum

Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Projektleitung BZgA: Ursula Münstermann

Text: Daniela Böhmler, Köln

Druck: Warlich Druck Meckenheim GmbH,
Am Hambach 5, 53340 Meckenheim

Auflage: 15.400.11.19

Fotonachweis:

Titel © Stockbyte, S. 5 © imagesource, S. 6 © iStockphoto, S. 8 © fotolia, jerome signoret, S. 9 © fotolia, Hallgerd, S. 12 © fotolia, Michal Miasko, S. 13 © Photodisc, S. 14 © BananaStock, S. 16 © PhotoAlto, S. 19 © brandXpictures, Andersen Ross,

Mit freundlicher Genehmigung:

S. 7 © Gesundheitsamt Bremen,

S. 8, 10, 11 © www.pediculosis-gesellschaft.de

Stand: Oktober 2019

Bestelladresse



BZgA, 50819 Köln oder per

E-Mail: order@bzga.de

Bestell-Nr.: 60020000

Die Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Der Text wird vom Herausgeber laufend aktualisiert.

Inhalt

Ein Wort zu Beginn	4
Wie bekommt man Kopfläuse?	5
Woran erkennt man, dass man Kopfläuse hat?	6
Wie wird man die Kopfläuse wieder los?	9
Was ist sonst noch zu tun?	12
Welche Reinigungsmaßnahmen sind nötig?	13
Wie wirken Läusemittel? Können sie meinem Kind schaden?	14
Helfen auch Hausmittel gegen Kopfläuse?	17
Wie lange besteht Übertragungsgefahr und wann darf mein Kind wieder in die Schule oder Kindertagesstätte gehen?	17
Kann man sich vor Kopfläusen schützen?	19
Läusealarm: Wie Sie die Läuse schnell wieder loswerden – Das Wichtigste auf einen Blick	20
Behandlungsschema für den erfolgreichen Kampf gegen Kopfläuse	22



Ein Wort zu Beginn

Seit jeher sind Kopfläuse in Europa heimisch. Sie übertragen bei uns keine Krankheiten, verbreiten sich aber sehr leicht weiter.

Daran haben auch die heute so hohen hygienischen Standards nichts geändert, denn Kopfläuse zu bekommen, ist keine Sache der persönlichen Sauberkeit. Auch auf einem bestens gepflegten Kopf können sich Läuse wohl fühlen und vermehren – sie sollen sogar frisch gewaschenes Haar bevorzugen.

Jeder kann also Kopfläuse bekommen und keiner muss sich dafür schämen. Wichtig ist jedoch, dass man die lästigen Blutsauger möglichst schnell wieder loswird und ihre weitere Verbreitung verhindert.



Wie bekommt man Kopfläuse?

Springen oder fliegen können Kopfläuse zwar nicht, aber sie sind flinke Krabbler. Da kann es leicht passieren, dass die ungebetenen Gäste beim vertrauten Umgang in der Familie oder unter Freunden, beim Schmusen, Kuschneln und Köpfe zusammen stecken von einem Kopf zum nächsten wandern. In der Auswahl des Haarschopfes sind sie dabei nicht wählerisch – jeder Kopf ist als neue Nahrungsquelle willkommen.



Bei jedem Menschen können sich Kopfläuse niederlassen – trotz bester Körperpflege und täglicher Haarwäsche!



Der direkte Übertragungsweg von Kopf zu Kopf ist bei weitem der häufigste – eine Übertragung über Gegenstände kommt nur äußerst selten vor und kann nur über Gegenstände stattfinden, die innerhalb kurzer Zeit gemeinsam benutzt werden. Das liegt daran, dass die Kopflaus relativ schnell austrocknet, wenn sie nicht mehrmals täglich eine kleine Blutmahlzeit aus der Kopfhaut saugen kann. Ohne Nahrung ist sie nach spätestens 55 Stunden abgestorben. Deshalb würde eine Kopflaus auch niemals von sich aus ihre Nahrungsquelle – den Kopf – verlassen.

Eine Übertragung über Kopflauseier, die sich auf Gegenständen befinden, ist noch viel unwahrscheinlicher. Denn außerhalb des Kopfes fehlt dem Ei die nötige Brutwärme und Feuchte, um sich weiterzuentwickeln.

Übrigens: Haustiere sind keine Überträger von Kopfläusen.

Woran erkennt man, dass man Kopfläuse hat?

Spätestens, wenn die Kopfhaut stark juckt, sollte nachgeschaut werden, ob die kleinen Blutsauger Sie als neues Opfer auserkoren haben. Aber auch wenn sich noch nichts bemerkbar macht: Sobald Ihnen ein Kopflausbefall in Ihrem näheren Umfeld, der Schule oder der Kindertagesstätte Ihres Kindes bekannt wird, sollten Sie unbedingt die Köpfe aller Familienmitglieder genau kontrollieren.

Juckt der Kopf bei Läusebefall?

Auch ohne Juckreiz kann man Kopfläuse haben! Nicht jeder Mensch reagiert auf den Speichel der Kopflaus mit Juckreiz auf der Kopfhaut, und nicht selten entsteht dieser erst nach ein paar Wochen. So gelingt es den Läusen, sich unbemerkt zu vermehren.

Bei Juckreiz fängt man meist unwillkürlich an sich zu kratzen. Es können kleine Hautwunden entstehen, die sich entzünden können. Dies kann zu bakteriellen Hautinfektionen und in schweren Fällen sogar zu Schwellungen der Lymphknoten führen. In diesem Fall ist ein Besuch in der Arztpraxis fällig.



Zur Untersuchung des Kopfes tragen Sie am besten ins nasse Haar eine handelsübliche Pflegespülung auf (nicht auswaschen!) und kämmen das Haar mit einem Läusekamm ausgehend vom Haaransatz sorgfältig Strähne für Strähne bis zu den Haarspitzen durch. Die Pflegespülung erleichtert das Durchkämmen mit dem feinen Kamm und hindert gleichzeitig die Läuse am Weg-

laufen. Streichen Sie den Kamm zwischendurch auf einem Küchenpapier aus. Bei Befall finden sich darauf Kopfläuse und/oder ihre etwas kleineren Nymphen (also die noch nicht ausgewachsenen Läuse).



Was ist ein Läusekamm?

Sogenannte Läusekämme sind spezielle Kämmen, deren Zinken nicht mehr als 0,2 mm voneinander entfernt sind. Deshalb eignen sie sich sehr gut, um Läuse in allen Stadien zu erfassen. Einen Läusekamm bekommen Sie in der Apotheke oder im Sanitätshaus.

Die sechsbeinigen Kopfläuse sind höchstens 3 mm groß und normal von grauer Farbe; wenn sie gerade Blut gesaugt haben, bekommen sie einen rötlichen Farbton. Sie sind mit bloßem Auge gut erkennbar. Jungläuse sind etwas kleiner – um sie zu entdecken, kann eine Lupe hilfreich sein.

Wenn sich nur wenige Läuse auf dem Kopf befinden, kann es passieren, dass sie bei der Kontrolluntersuchung entweichen und nicht entdeckt werden. Fast immer findet man bei Kopflausbefall hingegen Läuseeier auf dem Kopf. Die 0,8 mm kleinen tropfenförmigen Gebilde kleben fest an den Haaren und lassen sich weder ausschütteln noch auswaschen. Bei der Untersuchung des Kopfes können sowohl die bräunlich-gräulichen Eier gefunden werden, aus denen noch Läuse schlüpfen können, als auch die weißlich schimmern- den leeren Eihüllen (Nissen).

Wenn auf dem Kopf lebende Läuse, Nymphen oder Läuseeier gefunden werden, die weniger als ein Zentimeter von der Kopfhaut entfernt am Haar kleben, weist dies eindeutig auf einen Kopflausbefall hin. Weißliche Nissen (Eihüllen), die weiter als 1 cm von der Kopfhaut entfernt gefunden werden, sind in der Regel leer und es geht keine Übertragungsgefahr mehr von ihnen aus.

Leere Eihüllen können unter Umständen noch lange nach einem erfolgreich bekämpften Kopflausbefall an den Haaren haften, weil sie sich relativ schwer entfernen lassen (zur Entfernung der Nissen siehe [S. 11](#) unten).

Der Lebenslauf der Laus ...

... verläuft über verschiedene Stadien vom Ei über die Nympe bis zur erwachsenen, geschlechtsreifen Laus. Die Eier (**A**) werden von den Läuseweibchen in der Nähe der Kopfhaut wasserunlöslich ans Haar geklebt. 8 bis 10 Tage nach der Eiablage schlüpfen aus den Eiern Nymphen (**B**). Diese entwickeln sich innerhalb von 9 bis 11 Tagen zu erwachsenen, geschlechtsreifen Läusen (**C**) – der Kreislauf beginnt von Neuem.



Größenvergleich Streichholz/1 Cent Münze

Vom Ei bis zur ersten Eiablage des Weibchens dauert es etwa 17 bis 22 Tage. Befruchtete Läuseweibchen legen täglich mehrere Eier (insgesamt während ihres etwa vierwöchigen Lebens ca. 90 bis 140). Die Behandlung des Kopflausbefalls muss genau auf den Lebenslauf der Laus abgestimmt sein, um Erfolg zu haben. Deshalb ist es so wichtig, bei den folgenden Behandlungshinweisen die Zeitangaben genau zu beachten.

Wie wird man die Kopfläuse wieder los?

Die optimale Behandlung besteht nach heutiger Auffassung in einer Kombination aus der Anwendung eines zugelassenen Läusemittels und dem sorgfältigen Auskämmen mit Haarpflegespülung und einem Läusekamm. Wenn Sie beide Methoden gemeinsam anwenden, können Sie davon ausgehen, dass Sie die Läuse mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit loswerden.



1. Behandlung mit einem zugelassenen Läusemittel

Mit der ärztlichen Verordnung oder auch ohne Rezept können Sie Mittel zur Läusebehandlung in Ihrer Apotheke bekommen. Wenn Ihr Kind jünger als 12 Jahre ist und Sie über ein Rezept eines Kinderarztes oder einer Kinderärztin verfügen, übernehmen die Krankenkassen für die meisten zugelassenen Läusemittel die Kosten. Die Behandlung kann dann zu Hause erfolgen.

Zur Behandlung von Kopflausbefall steht eine recht große Auswahl äußerlich anzuwendender Mittel zur Verfügung, die auf unterschiedlichen Wirkstoffen und Wirkungsweisen beruhen (siehe auch [S. 14 f.](#)). Lassen Sie sich bei der Auswahl eines geeigneten Mittels am besten in Ihrer Apotheke beraten und besprechen Sie dort auch direkt, was bei der Anwendung des Mittels zu beachten ist.

Für welches Läusemittel Sie sich auch entscheiden: Gehen Sie im Hinblick auf die angegebene Menge, Verteilung und Einwirkzeit des Präparats immer streng nach der Gebrauchsanweisung vor, da sonst der Erfolg der Behandlung gefährdet ist.

Mit der einmaligen Behandlung ist es jedoch nicht getan. **Am Tag 8, 9 oder 10** nach der Erstbehandlung (= Tag 1) muss eine **Wiederholungsbehandlung** mit Läusemittel durchgeführt werden.

Die Wiederholungsbehandlung ist notwendig, weil die meisten zugelassenen Läusemittel zwar sehr gut gegen erwachsene Läuse und Jungläuse wirken, aber leider nicht oder nur eingeschränkt gegen die Läuseeier. Deshalb können an den Tagen nach der Erstbehandlung mit Läusemittel noch Nymphen nachschlüpfen. Bei der zweiten Behandlung werden die Läuse vernichtet, die seit der ersten Kopfwäsche geschlüpft sind.



Achtung! Anwendungsfehler können den Erfolg der Behandlung stark beeinträchtigen!

Zum Beispiel:

- zu kurze Einwirkzeiten
- zu sparsames Ausbringen des Mittels
(Das gesamte Haar sollte mit dem Läusemittel bedeckt sein!)
- eine ungleichmäßige Verteilung des Mittels
- eine zu starke Verdünnung des Mittels auf nassem Haar
- das Unterlassen der Wiederholungsbehandlung
- eine zu frühe oder zu späte Wiederholungsbehandlung



2. Nasses Auskämmen mit Pflege- spülung und Läusekamm

Zusätzlich zur Behandlung mit Läusemittel sollte das Haar alle vier Tage (an den Tagen 1, 5, 9 und 13) nass ausgekämmt werden, um eventuell nachgeschlüpfte Läuse zu entfernen. Tragen Sie hierzu eine handelsübliche Haarpflege-
spülung auf und kämmen Sie das

Haar sorgfältig Strähne für Strähne mit einem Läusekamm vom Ansatz bis in die Haarspitzen aus. Streichen Sie den Kamm nach jedem Durchkämmen auf einem Küchenpapier aus. Wenn Sie darauf Nymphen oder Läuse finden, kämmen Sie dieselbe Strähne noch einmal aus.

Tipp: Auf Seite 22/23 dieser Broschüre finden Sie die notwendigen Behandlungsschritte noch einmal in Tabellenform zum Ankreuzen. Das erleichtert Ihnen die erfolgreiche Behandlung!

Personen, die keine Läusemittel anwenden sollten, wie z.B. Schwangere, Stillende oder Menschen mit bestimmten Allergien (z.B. Chrysanthemenallergie), können das nasse Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm auch als alleinige Behandlungsmethode anwenden. Die Wirksamkeit des reinen Auskämmens ohne die Anwendung von Läusemittel ist jedoch deutlich niedriger als bei der kombinierten Methode.

Bedenken Sie, dass die Läuse, Nymphen und Eier durch das Auftragen der Pflegespülung nicht abgetötet werden, sondern nur das Auskämmen erleichtert wird. Das reine Auskämmen kann nur dann erfolgreich sein, wenn es äußerst sorgfältig und wie hier beschrieben durchgeführt wird.



Wie wird man die Nissen wieder los?

Auch nach erfolgreicher Behandlung finden sich oft noch leere Nissen auf dem Kopf, da diese sehr fest am Haar kleben. Keine Angst – von ihnen geht keine Übertragungsfahr mehr aus. Aber natürlich möchte man sie trotzdem gerne loswerden. Wenn selbst das Herauskämmen mit dem engzinkigen Läusekamm nicht klappt, hilft nur, die Nissen mit den Fingernägeln einzeln herauszuziehen – hier und da muss vielleicht sogar auch ein einzelnes Haar abgeschnitten werden.

Was ist sonst noch zu tun?

Wenn Sie auf dem Kopf eines Familienmitglieds Läuse, Nymphen oder entwicklungsfähige Eier gefunden haben, sollten Sie gleich auch alle anderen Familienmitglieder sorgfältig untersuchen. Denn möglicherweise haben sich die Kopfläuse innerhalb der Familie auch auf anderen Köpfen bereits häuslich niedergelassen.

Werden Kopfläuse entdeckt, sind meist schon mehrere Kinder eines Freundeskreises, einer Kita-Gruppe oder einer Schulklasse betroffen. Deshalb kann man sich als Einzelner noch so sorgfältig um die Beseitigung der Blutsauger bemühen – wenn die Gruppe nicht gemeinsam gegen die Kopfläuse vorgeht, können alle Bemühungen umsonst bleiben.



Deshalb: Rufen Sie die Freundinnen und Freunde Ihres Kindes an und informieren Sie Ihr persönliches Umfeld sowie die Leitung von Schule oder Kindertagesstätte, wenn Sie bei Ihrem Kind Kopfläuse feststellen. Die Leitung von Schule oder Kita benachrichtigt dann das Gesundheitsamt, welches in Fragen des Kopflausbefalls informiert, berät und sich darum bemüht, eine gute und effektive Zusammenarbeit zwischen Eltern und Einrichtung zu gewährleisten. Schamhaftes Verschweigen begünstigt die Ausbreitung von Kopfläusen, kann zu einem Teufelskreis der Neuansteckung führen und schadet damit allen!

Welche Reinigungsmaßnahmen sind nötig?

Dass Kopfläuse über Gegenstände übertragen werden, ist zwar äußerst unwahrscheinlich, aber hundertprozentig ausschließen lässt es sich nicht. Wandert z.B. die Mütze eines befallenen Kindes von Kinderkopf zu Kinderkopf, dann kann es passieren, dass auch einmal unfreiwillig eine Laus mit auf Wanderschaft geht.



Doch so etwas passiert sehr selten. Deshalb sind Wäschewaschen und Putzen immer zweitrangig gegenüber der raschen und sorgfältigen Behandlung des betroffenen Kindes sowie der Untersuchung der Köpfe aller anderen Familienmitglieder. Erst wenn das erledigt ist, können Sie:

- Käämme und Haarbürsten in heißer Seifenlösung gründlich reinigen (z.B. mit einer Handwaschbürste oder einer alten Zahnbürste) – am besten ist es, wenn jedes Familienmitglied erst mal seine eigene Bürste bekommt,
- Handtuch, Leib- und Bettwäsche sowie den Schlafanzug der Person, die vom Kopflausbefall betroffen ist, wechseln,

- Mützen, Schals, Decken, Kopfkissen, Kuscheltiere und weitere Gegenstände, die mit dem Kopfhair des Betroffenen in Berührung gekommen sind, für drei Tage in einer verschlossenen Plastiktüte aufbewahren – länger überleben Kopfläuse ohne Blutmahlzeit nicht.

Größere Reinigungsaktionen in der Wohnung, wie etwa das Desinfizieren von Polstermöbeln oder die Behandlung von Teppichen mit Insektiziden, sind absolut unnötig. Sie kosten nur Zeit und Energie und sind – da es sich um Gifte handelt – eher schädlich.



Wie wirken Läusemittel? Können Sie meinem Kind schaden?

Um den Kopflausbefall zu beseitigen, werden äußerlich anzuwendende Arzneimittel oder Medizinprodukte empfohlen, die auf unterschiedlichen Wirkstoffen und Wirkungsweisen beruhen.

Schon seit vielen Jahren werden zur Bekämpfung von Kopflausbefall Mittel angewandt, die auf das Nervensystem der Läuse einwirken. Sie enthalten Stoffe auf chemischer oder pflanzlicher Basis (Extrakt aus der Chrysanthenblüte), welche bei den Läusen zu Lähmungen und schließlich zum Tod führen. In Deutschland sind aus dieser Gruppe Mittel zugelassen, die die Wirkstoffe Pyrethrum, Allethrin oder Permethrin enthalten.

Daneben gibt es eine Reihe von sogenannten Medizinprodukten gegen Kopflausbefall. Aus dieser Gruppe sind in Deutschland verschiedene Mittel zugelassen, die auf der Basis von Dimeticon (einem dünnflüssigen Silikonöl) oder anderen Ölen wirken. Diese Mittel dringen rasch in das Atemwegssystem der Läuse ein und verdrängen den Sauerstoff, was die Laus verenden lässt.

Bei allen vom Umweltbundesamt zugelassenen Mitteln gegen Kopfläuse (in der Apotheke nachfragen!) können Sie sicher sein, dass sie gründlich auf ihre Wirksamkeit und speziell auf ihre Verträglichkeit und Unschädlichkeit hin untersucht wurden. Bei vorschriftsmäßiger Anwendung fügen diese Arzneimittel und Medizinprodukte Menschen im Normalfall keinen Schaden zu und können auch bei Kindern angewandt werden. Dennoch sollten Sie bei **Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter** vor der Behandlung ärztlichen Rat einholen, denn nicht alle Präparate sind für diese Altersgruppe geeignet. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann Ihnen ein geeignetes Mittel empfehlen und verschreiben.

In Einzelfällen können die Substanzen bei besonderer Empfindlichkeit allergische Reaktionen oder Reizerscheinungen hervorrufen. Sollte Ihr Kind unter einer Erkrankung der Kopfhaut, dem seltenen **MCS-Syndrom** (mehrfache Überempfindlichkeit gegen chemische Substanzen) oder einer **Chrysanthemallergie** leiden, sollten Sie sich ärztlich oder in der Apotheke beraten lassen oder ausschließlich die Methode des „nassen Auskämmens“ mit Pflegespülung und einem Läusekamm anwenden (siehe **S. 10 f.**).

Während der **Schwangerschaft und Stillzeit** dürfen einige Präparate nicht verwendet werden. Bitte wenden Sie auch in diesem Fall ausschließlich die Methode des „nassen Auskämmens“ an oder holen Sie ärztlichen Rat ein.



Bitte beachten Sie außerdem: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) warnt vor der **leichten Entflammbarkeit** einiger Kopflausmittel und der damit verbundenen Verbrennungsgefahr. Deshalb sollte man sich nach Auftragen des Mittels nicht in der Nähe von offenen Flammen (z. B. Kerzen, brennende Zigaretten) oder starken Wärmequellen (z. B. heißer Haartrockner) aufhalten.

Auf mögliche Gefahren und Risiken bei der Anwendung von Kopflausmitteln wird in der Regel in der Gebrauchsanweisung hingewiesen, die deshalb sorgfältig gelesen werden sollte. Zum sicheren Umgang mit Präparaten zur Bekämpfung von Kopflausbefall können Sie sich außerdem in der Apotheke beraten lassen.

Helpfen auch Hausmittel gegen Kopfläuse?

Grundsätzlich gilt: Die Behandlung von Kopfläusen mit den unterschiedlichsten Hausmitteln (z. B. Haushaltsölen o. Ä.) führt trotz gelegentlicher Erfolge nicht zuverlässig dazu, dass man die Kopfläuse loswird.

Hin und wieder wird auch empfohlen, die Läuse mit Heißluft, z. B. mittels eines Föhns, abzutöten. Diese Maßnahme ist unzuverlässig und kann aufgrund zu großer Hitze zu Kopfhautschäden führen. Spezielle „Läuseföhns“, die vereinzelt angeboten werden, sind noch nicht ausreichend getestet, um zuverlässige Aussagen über ihre Wirksamkeit machen zu können. Auch ein Saunaaufenthalt ist zur Abtötung der Läuse ungeeignet.

Die Haare extrem zu kürzen oder gar eine Glatze zu schneiden, ist nicht nötig und gerade für Kinder aus verständlichen Gründen eher belastend. Wie in dieser Broschüre dargestellt, gibt es andere Möglichkeiten, des Problems Herr zu werden, ohne die Betroffenen einer solchen „Radikalkur“ zu unterziehen.

Hausmittel zur Bekämpfung von Kopfläusen sind unzuverlässig. Sie bringen selten den gewünschten Erfolg!



Wie lange besteht Übertragungsgefahr ?

... und wann darf mein Kind wieder in die Schule oder Kindertagesstätte gehen?

Von Kopfläusen befallene Kinder (und Erwachsene) sollten möglichst rasch behandelt werden. Vor der oben beschriebenen Behandlung (Seite 9 ff.) dürfen sie Kindertagesstätten oder Schulen nicht besuchen. Da sich Kopfläuse innerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen so schnell verbreiten, müssen die Eltern der Kinder, die die gleiche Gruppe oder Klasse besuchen,

schnellstmöglich von dem Kopflausbefall informiert und dazu aufgefordert werden, die Köpfe ihrer Kinder sorgfältig zu untersuchen und der Einrichtung das Ergebnis mitzuteilen.

Betroffene dürfen nach den Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes erst wieder in die Einrichtung zurück, wenn eine Weiterverbreitung der Läuse durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Die Frage, wann von einem Kind, bei dem Kopflausbefall festgestellt wurde, keine Übertragungsgefahr mehr ausgeht und es wieder in die Einrichtung zurück darf, führt jedoch in der Praxis gelegentlich zu Konflikten zwischen Eltern, der Einrichtungsleitung und sogar Kinderärztinnen und -ärzten. Das Robert Koch-Institut (RKI), das in Deutschland für Fragen des Infektionsschutzes zuständig ist und intensiv mit Expertinnen und Experten zusammenarbeitet, geht davon aus, dass nach der sachgerechten Behandlung mit einem geeigneten Mittel, möglichst in Kombination mit nassem Auskämmen (siehe Seite 9 ff.), mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Weiterverbreitung von Läusen zu befürchten ist. Wurde Ihr Kind sorgfältig behandelt, kann es also schon am nächsten Tag wieder die Kindertagesstätte oder die Schule besuchen.



Fehltage in Schule oder Kita sind nicht nötig, wenn Sie Ihr Kind sofort und sachgerecht behandeln!

Wichtig ist aber, dass die Zweitbehandlung mit Läusemittel nach acht Tagen nicht vergessen wird. Denn sonst besteht erneut Übertragungsgefahr, da in der Zwischenzeit Läuse nachgeschlüpft sein können.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass die Bedingungen für eine Rückkehr in die Schule oder Kindertagesstätte örtlich unterschiedlich geregelt sein können. Die Gesundheitsämter entscheiden hier gemeinsam mit der Schul- oder Kita-Leitung in Abhängigkeit von der konkreten Situation und den örtlichen Gegebenheiten.



Übrigens ...

Was in Sachen Kopfläuse für Schulen und Kindertagesstätten gilt, hat nach §33 Infektionsschutzgesetz auch für andere Einrichtungen Gültigkeit, in denen Kinder oder Jugendliche betreut werden, wie z. B. Heime, Kinderhorte, Ferienlager u. Ä.

Kann man sich vor Kopfläusen schützen?

Wirklich schützen kann man sich vor Kopflausbefall nicht – theoretisch kann es jederzeit jeden treffen, der näheren Kontakt zu anderen Menschen hat. Die beste „Vorbeugung“ ist eine regelmäßige Kontrolle von Haaren und Kopfhaut – auf diese Weise ist zumindest eine frühe Entdeckung möglich, die das eigene Kind vor Komplikationen (einer Entzündung der Kopfhaut) und andere vor einer Übertragung schützt.

Läusealarm: Wie Sie die Läuse schnell wieder loswerden – Das Wichtigste auf einen Blick

Untersuchung/Diagnose

1

- Bei starkem Jucken der Kopfhaut oder Kopflausbefall im näheren Umfeld den Kopf genau untersuchen.
- Hierzu eine Haarpflegespülung auftragen und das Haar mit einem Läusekamm Strähne für Strähne vom Haaransatz bis in die Spitzen durchkämmen.
- Den Kamm nach jedem Durchkämmen auf einem Küchenpapier abwischen.
- Kreuzen Sie nach erfolgter Behandlung jeweils das entsprechende Feld in der Tabelle an.
- Werden Läuse, Nymphen und/oder kopfhautnahe Eier gefunden, auch die übrigen Familienmitglieder kontrollieren und alle Betroffenen sofort behandeln.

Behandlung mit Läusemittel

2

- Bei Kopflausbefall den Kopf mit einem für die Tilgung von Kopflausbefall zugelassenen Arzneimittel oder Medizinprodukt behandeln, das Sie in Ihrer Apotheke bekommen. Packungsbeilage durchlesen und genau danach verfahren.
- Die Behandlung an **Tag 8, 9 oder 10** nach der Erstbehandlung (= Tag 1) wiederholen.
- Vorsicht bei der Anwendung von Läusemitteln in der Schwangerschaft und Stillzeit, bei bestimmten Allergien und Überempfindlichkeiten sowie bei offenen Stellen auf der Kopfhaut. Ausschließlich nach der Methode des Auskämmens mit Pflegespülung und einem Läusekamm (siehe **Pkt. 3**) verfahren oder ärztlichen Rat einholen.

- Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter nur nach Rücksprache mit einer Ärztin oder einem Arzt behandeln.

Auskämmen mit Pflegespülung und einem Läusekamm

3

- Direkt nach der Erstbehandlung mit Läusemittel das Haar sorgfältig Strähne für Strähne vom Ansatz bis in die Spitzen durchkämmen. Den Kamm auf einem Küchenpapier abstreifen.
- Nasses Auskämmen zwei Wochen lang alle vier Tage wiederholen (Tag 1, Tag 5, Tag 9, Tag 13).

Information und Kontrolle des Umfelds

4

- Bei Kopflausbefall sofort die Schule oder Kinderbetreuungseinrichtung, die Ihr Kind besucht, sowie Ihr sonstiges näheres Umfeld benachrichtigen.
- Alle Personen, zu denen näherer Kontakt bestand (Familie, Kindergartengruppen, Schulklasse), sollten sorgfältig untersucht und ggf. behandelt werden.

Begleitmaßnahmen

5

- Textilien und Gebrauchsgegenstände, die mit Haupthaar in Berührung kommen (z.B. Käämme, Bürsten, Mützen, Schals), reinigen oder für drei Tage in verschlossenem Plastikbeutel aufbewahren.
- Kein Einsatz von Desinfektionsmitteln oder Insektiziden.

Behandlungsschema für den erfolgreichen Kampf gegen Kopfläuse

- Behandeln Sie den Kopflausbefall entsprechend dem Schema in nebenstehender Tabelle.
- Die blau eingefärbten Felder in der Tabelle zeigen Ihnen an, wann Sie welche Behandlungsschritte durchführen müssen.
- Tag 1 entspricht dem Tag der Entdeckung des Kopflausbefalls, an dem direkt die erste Behandlung erfolgen sollte.
- Kreuzen Sie nach erfolgter Behandlung jeweils das entsprechende Feld in der Tabelle an.
- Wenn alle blauen Felder angekreuzt sind, ist die Behandlung abgeschlossen.
- Kontrollieren Sie trotzdem noch einmal gründlich den Kopf. War der Befall sehr stark, ist es ratsam, mehrmals im Abstand einiger Tage nachzukontrollieren, um ganz sicher zu sein.

Bei Fragen wenden Sie sich am besten an eine Ärztin oder einen Arzt Ihres Vertrauens oder auch an Ihr örtliches Gesundheitsamt.

Über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, Diskussionen und Neuerungen zum Thema „Kopfläuse“ können Sie sich im Internetportal der BZgA zur Kinder- und Jugendgesundheit informieren:

■ www.kindergesundheit-info.de

Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts:

■ www.rki.de

Tag	Datum	Behandlung mit zugelassenem Arzneimittel/ Medizinprodukt	Auskämmen mit Haarpfle- gespülung und Läusekamm
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9 ¹			
10			
11			
12			
13 ²			

¹ Bitte beachten Sie: Die Zweitbehandlung kann auch an den Tagen 8 oder 10 stattfinden.

² Abschließende Kontrolle, zur zusätzlichen Sicherheit eventuell noch ein weiteres Auskämmen an Tag 17, besonders dann, wenn sehr viele Läuse auf dem Kopf waren.

Kopfläuse ... was tun in Kita oder Schule?

Für Fachkräfte und Leitungspersonal von Kitas, Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen bietet die BZgA in ihrem Internetportal www.kindergesundheit-info.de Informationen und praktische Arbeitshilfen, um Kopfläuse so schnell wie möglich wieder aus der Einrichtung zu verbannen.

www.kindergesundheit-info.de

[kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de)



Anlage 15:

Schutzimpfungen

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen im Kreis Heinsberg

Name, Vorname des Kindes: _____

Wohnort des Kindes: _____

Stempel Kindergarten:

Geburtsdatum:

T	T	M	M	J	J

Ausstellungsdatum:

T	T	M	M	J	J

Eine Beratung gem. § 34 Absatz 10 a IfSG ist erfolgt.

Relevante Krankheiten einschließlich vorangegangener Infektionskrankheiten:

Erfolgte **Vorsorgeuntersuchungen:** U5 U6 U7 U7a U8 U9
(empfohlen im Alter von): 6 Mo 1 J 2 J 3 J 4J 5J

Folgende **Schutzimpfungen** wurden gemäß STIKO-Empfehlung durchgeführt:
(bitte ankreuzen)

Impfungen gegen:	vollständig geimpft	unvollständig oder nicht geimpft	
Rotaviren	<input type="checkbox"/> (2x Rotarix oder 3x RotaTeq)	<input type="checkbox"/>	
Tetanus	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Diphtherie	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus influenzae b (Hib)	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Meningokokken C	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/>	
Varizellen	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Mumps	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Röteln	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Masern	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Grund, falls nicht oder unvollständig gegen Masern geimpft:			
<input type="checkbox"/> vergessen <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> medizinisch (Diagnose oder ICD-10):			

(Stempel bitte auch auf Blatt 2!)

Datum:

Blatt 1
(zum Verbleib in der Kindertageseinrichtung)

(Stempel / Unterschrift Ärztin/Arzt)

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen im Kreis Heinsberg

Name, Vorname des Kindes: [REDACTED]

Wohnort des Kindes: _____

Stempel Kindergarten:

Geburtsdatum:

T	T	M	M	J	J

Ausstellungsdatum:

T	T	M	M	J	J

Eine Beratung gem. § 34 Absatz 10 a IfSG ist erfolgt.

Relevante Krankheiten einschließlich vorangegangener Infektionskrankheiten:

Erfolgte **Vorsorgeuntersuchungen:** U5 U6 U7 U7a U8 U9
(empfohlen im Alter von): 6 Mo 1 J 2 J 3 J 4J 5J

Folgende **Schutzimpfungen** wurden gemäß STIKO-Empfehlung durchgeführt:
(bitte ankreuzen)

Impfungen gegen:	vollständig geimpft	unvollständig oder nicht geimpft	
Rotaviren	<input type="checkbox"/> (2x Rotarix oder 3x RotaTeq)	<input type="checkbox"/>	
Tetanus	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Diphtherie	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus influenzae b (Hib)	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> (3 x; Frühgeborene 4 x)	<input type="checkbox"/>	
Meningokokken C	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/>	
Varizellen	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Mumps	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Röteln	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Masern	<input type="checkbox"/> (2 x)	<input type="checkbox"/> (1 x)	<input type="checkbox"/> (keine)
Grund, falls nicht oder unvollständig geimpft:			
<input type="checkbox"/> vergessen <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> medizinisch (Diagnose oder ICD-10):			

Datum:

Blatt 2
(zur Weiterleitung an das Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg)

(Stempel / Unterschrift Ärztin/Arzt)

Anlage 16:

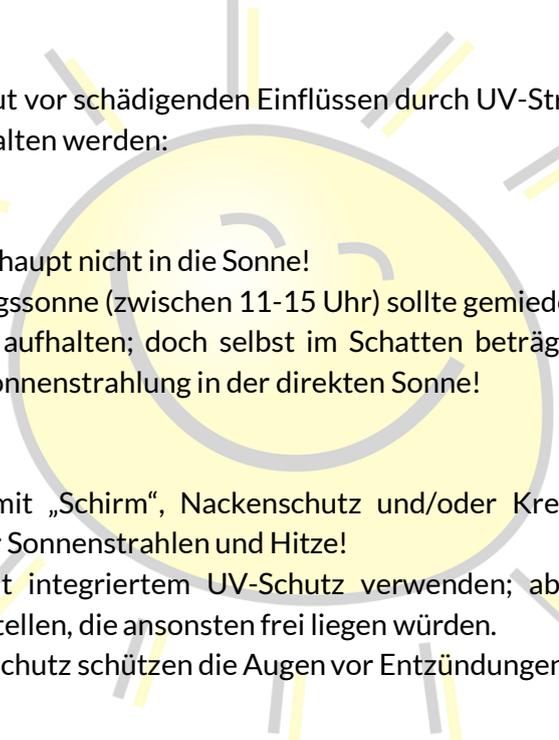
**Elterninformation
Sonnenschutz**

Sonnenschutz im Kindergarten

Kindliche Haut ist besonders empfindlich gegenüber direkter Sonneneinstrahlung, da sie durchlässiger für UV-Strahlen ist als die Haut Erwachsener und außerdem die Schutz- und Reparaturmechanismen noch nicht ausreichend ausgebildet sind. Kinderhaut muss daher in besonderem Maße vor Schäden durch UV-Strahlung und Sonnenbränden geschützt werden, denn Sonnenbrände im Kindesalter führen nachweislich zu einer erhöhten Hautkrebsgefahr im Erwachsenenalter.

Wichtig zu wissen: das „Alarmsignal Sonnenbrand“ tritt bei Kindern erst dann auf, wenn die Haut bereits erheblich geschädigt ist. Das heißt, die Haut von Kindern kann bereits durch Sonnenstrahlen geschädigt sein, ohne dass eine Rötung oder ein Sonnenbrand überhaupt sichtbar sind.

Um kindliche Haut möglichst gut vor schädigenden Einflüssen durch UV-Strahlung zu schützen, sollten folgende Regeln eingehalten werden:

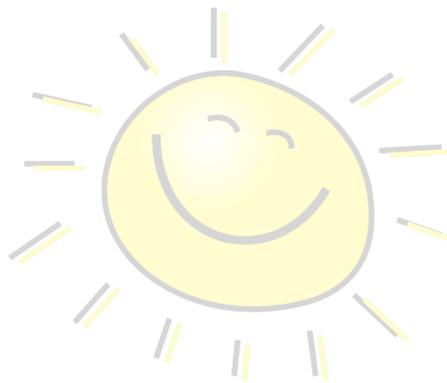
- 
- **Starke Sonne meiden!**
Säuglinge gehören überhaupt nicht in die Sonne!
Insbesondere die Mittagssonne (zwischen 11-15 Uhr) sollte gemieden werden.
Möglichst im Schatten aufhalten; doch selbst im Schatten beträgt die UV-Strahlung immer noch 50 % der Sonnenstrahlung in der direkten Sonne!
 - **Schutz durch Kleidung:**
Eine **Kopfbedeckung** mit „Schirm“, Nackenschutz und/oder Krempe schützt Kopf, Gesicht und Nacken vor Sonnenstrahlen und Hitze!
Möglichst Kleidung mit integriertem UV-Schutz verwenden; aber auch „normale“ Kleidung schützt Hautstellen, die ansonsten frei liegen würden.
Sonnenbrillen mit UV-Schutz schützen die Augen vor Entzündungen und anderen Erkrankungen.
 - **Sonnencreme:**
Kinder sollten mit einer Sonnencreme, die mindestens den **Lichtschutzfaktor 30** enthält, möglichst 30 Min. vor dem Aufenthalt in der Sonne eingecremt werden. Wichtig ist dabei, die Sonnencreme dick aufzutragen, gleichmäßig zu verteilen und in die Haut einzureiben. Besonders gründlich sollten dabei die sogenannten „**Sonnenterrassen**“ eingecremt werden: Ohren, Lippen (Lippenstift mit UV-Schutz), Schultern und Fußrücken.

Wichtig ist ein regelmäßiges **Nachcremen** nach Herstellerangaben. Zu beachten ist hierbei, dass Nachcremen die Zeit des Sonnenschutzes nicht verlängert, sondern den Sonnenschutz lediglich erhält.

Für das **Eincremen von Kindern in Kindertagesstätten** sollten folgende Gesichtspunkte beachtet werden:

- **Es gibt keine gesetzliche Grundlage, die das Eincremen durch Erzieher/innen in Kitas regelt!**
- Das Eincremen mit durch die Kita vorgehaltenen, für Kinder geeigneten Sonnenschutzmitteln ist nicht primär ein gesundheitliches, sondern ein juristisches Problem!
- Das Spielen im Freien ist für die Entwicklung der Kinder förderlich und sollte somit auch bei sonnigem Wetter ermöglicht werden; dabei ist auf einen ausreichenden Sonnenschutz durch die oben genannten Maßnahmen zu achten.
- Im Interesse der Kinder sollte eine einvernehmliche Lösung gefunden werden, inwieweit Erzieher/innen das Eincremen der Kinder übernehmen sollen bzw. dürfen. Im Zweifel sollten Einverständniserklärungen der Erziehungsberechtigten eingeholt oder diese Fragestellung im Betreuungsvertrag geregelt werden.

Ihr Gesundheitsamt
Kreis Heinsberg



Sonnenschutz für Kinder in Kindergarten und Grundschule Infobroschüre für Eltern



Impressum

Bundesamt für Strahlenschutz
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Postfach 10 01 49
D-38201 Salzgitter
Telefon: +49 (0)3018 333-0
Telefax: +49 (0)3018 333-1885
E-Mail: ePost@bfs.de
De-Mail: epost@bfs.de-mail.de
Internet: www.bfs.de

Redaktion: Melanie Bartholomäus
Gestaltung: Quermedia GmbH, Kassel
Druck: rewi druckhaus Reiner Winters GmbH, Wissen
Fotos: BFS und genannte Quellen
Stand: August 2019



Vorwort

Wie schön ist es, wenn die Sonne scheint! Und der Sonnenschutz? Er sollte eigentlich selbstverständlich sein, denn die Sonne tut nicht nur gut. Sonnenstrahlen enthalten ultraviolette Strahlung (kurz UV-Strahlung) und diese ist gefährlich für die Gesundheit.

UV-Strahlung kann Augen und Haut bleibend schädigen und ist krebserregend. Immer mehr Menschen – auch junge Leute – erkranken an Hautkrebs. Kinder sind besonders gefährdet. Effektiver Sonnenschutz ist gerade bei ihnen wichtig, da ihre Augen und ihre Haut sehr empfindlich auf UV-Strahlung reagieren. Mit jedem Sonnenbrand steigt das Risiko, später an Hautkrebs zu erkranken. Als Erwachsene tragen wir die Verantwortung dafür, unseren Kindern möglichst früh beizubringen, sich richtig vor der Sonne zu schützen. Hierbei sollten wir selbst ein gutes Vorbild sein.

Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) unterstützt Grundschulen und Kindergärten dabei, Kindern den bewussten Umgang mit der Sonne zu vermitteln. Zu diesem Zweck bietet das BfS kostenfrei Materialien für Schulen und Kindergärten an, die unter www.bfs.de/uv-unterrichtsmaterial heruntergeladen oder bestellt werden können. Wenn Grundschüler*innen und Kindergartenkinder die Materialien bearbeiten, lernen sie von klein auf, wie sie sich vor der schädlichen UV-Strahlung schützen können.

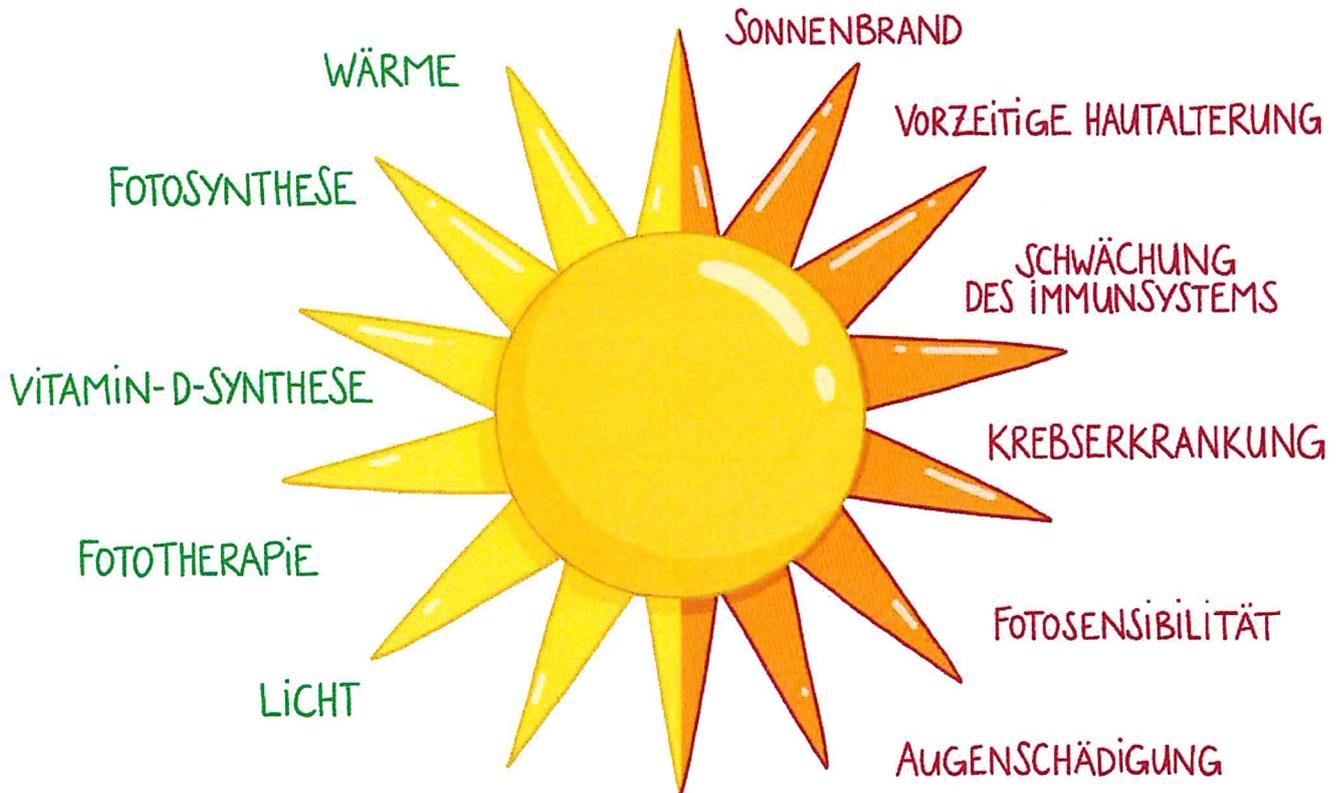
Sie halten diese Infobroschüre in den Händen, weil Sie ein Kind oder Kinder im Kindergarten- und/oder Grundschulalter haben. Die Broschüre liefert Ihnen die zentralen Fakten zum Thema Sonnenschutz und erklärt Ihnen, warum dieser gerade bei Ihren Kindern wichtig ist. Dieses Wissen ermöglicht es Ihnen, gemeinsam mit dem Kindergarten oder der Grundschule den Kindern richtiges Schutzverhalten beizubringen.

2019 hat das BfS die Materialien neu aufgelegt. Die Grundlage hierfür waren die UV-Unterrichtsmaterialien aus dem Jahr 2010. Diese wurden damals im Auftrag des BfS und in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention e.V. vom Zeitbild Verlag, teilweise in Anlehnung an Materialien der World Health Organisation (WHO), der Schweizer Krebsliga und von The Cancer Council Victoria, Australien, erstellt. In die aktuelle Überarbeitung der Materialien wurden Lehrkräfte und Schüler*innen einbezogen.

Vampir Valentin und Fledermaus Frederike sind Figuren im Unterrichtsmaterial und erklären den Kindern, wie sie sich gut vor der Sonne schützen.



Die zwei Seiten der Sonne



Sonne tut gut

Ohne die Sonne wäre Leben auf der Erde nicht möglich. Ihre Strahlung ermöglicht die Fotosynthese bei Pflanzen, sorgt für Licht und Wärme und fördert unser Wohlbefinden. Zusätzlich ist im Sonnenlicht ultraviolette Strahlung (UV-Strahlung) enthalten, welche wir nicht sehen und auch nicht fühlen. Ein Teil der UV-Strahlung, die UV-B-Strahlung, sorgt dafür, dass in unserem Körper Vitamin D gebildet wird. Vitamin D ist unter anderem für den Knochenaufbau wichtig.

UV-Strahlung kann schaden

UV-Strahlung kann uns Menschen aber auch schaden. Unsere Augen und die Haut sind davon betroffen. Sofort auftretende Schäden sind beispielsweise Hornhaut- und Bindehautentzündungen, Netzhautschäden, die Bräunung der Haut, Sonnenbrand oder eine Sonnenallergie. Zu den Langzeitfolgen zählen unter anderem Augenlinsentrübung (Grauer Star), vorzeitige Hautalterung und schlimmstenfalls Hautkrebs. Außerdem schwächt UV-Strahlung das Immunsystem.

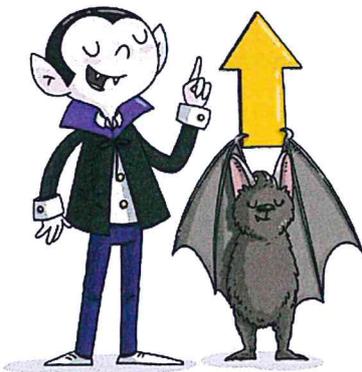
Es ist ganz gleich, ob es sich um natürliche UV-Strahlung von der Sonne oder um künstlich erzeugte UV-Strahlung im Solarium handelt. UV-Strahlung ist krebserregend. Häufige, lang anhaltende und intensive UV-Bestrahlungen sowie Sonnenbrände erhöhen das Hautkrebsrisiko. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen sind Sonnenbrände gefährlich, denn bei ihnen erhöhen schwere Sonnenbrände das Risiko für den schwarzen Hautkrebs um das 2- bis 3-fache.

Hautkrebs nimmt zu

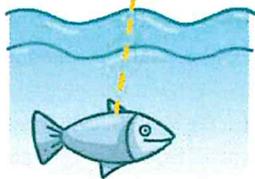
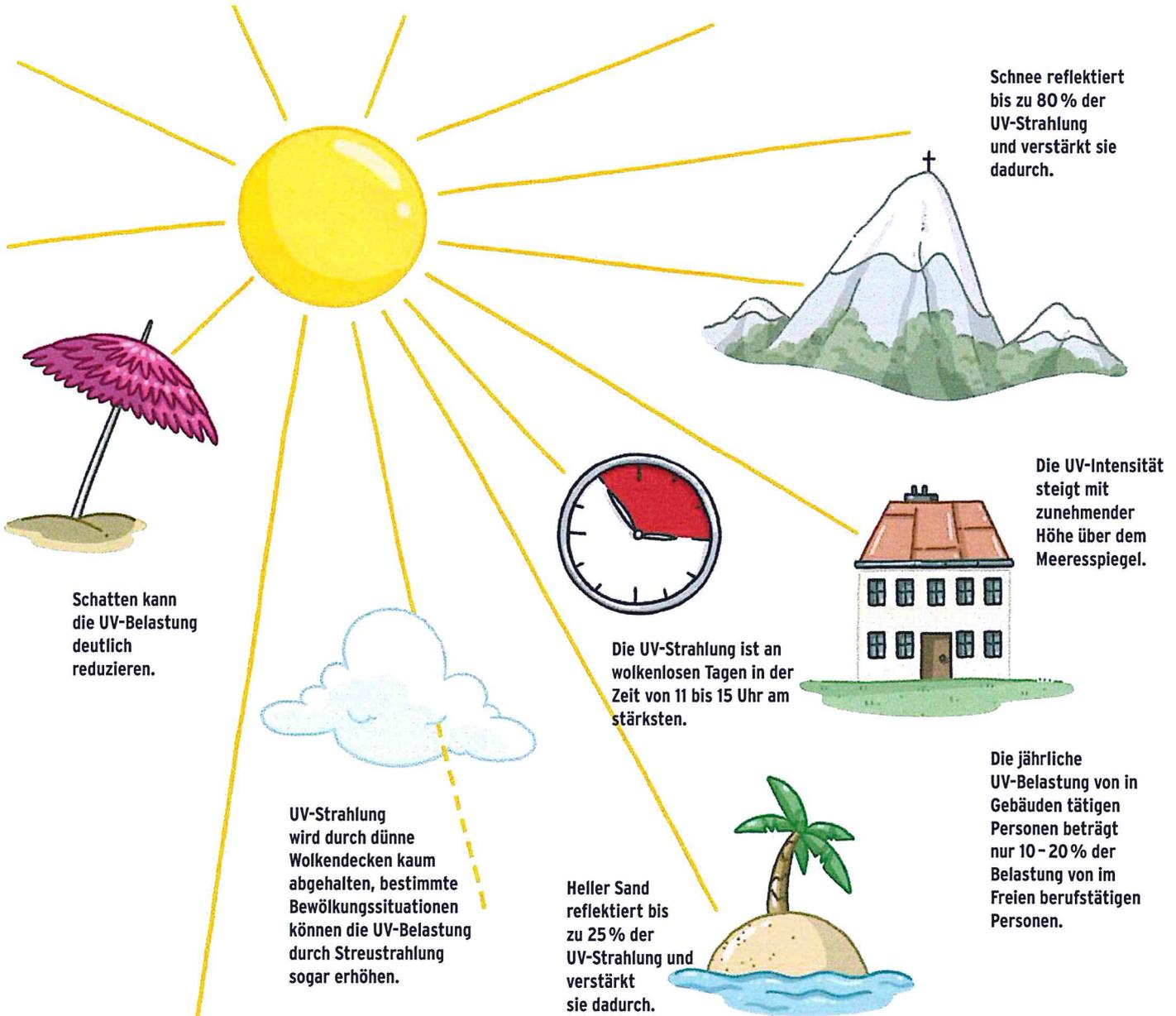
Jedes Jahr erkranken immer mehr Menschen in Deutschland an Hautkrebs. Derzeit geht man von rund 300.000 neuen Fällen pro Jahr aus. Alle 10 bis 15 Jahre verdoppelt sich die Anzahl der Neuerkrankungen. Ein Grund dafür ist, dass man sich unbedacht zu hohen UV-Belastungen aussetzt: im Garten, auf dem Balkon, beim mittäglichen Spaziergang, auf dem Spielplatz, beim Sport, beim Baden, im Kindergarten zur Freispielzeit, in der Schule zur Pausenzeit, bei der Arbeit im Freien oder in Solarien.

Bei circa 90 Prozent der Hautkrebserkrankungen handelt es sich um den sogenannten hellen Hautkrebs. Die restlichen 10 Prozent macht der schwarze Hautkrebs, das maligne Melanom, aus.

Jedes Jahr sterben in Deutschland knapp 4000 Menschen an Hautkrebs. Helle Hautkrebserkrankungen verlaufen selten tödlich. Schwarzer Hautkrebs dagegen immer, wenn er nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird, da diese Krebsart stark streut.



Die Einflussfaktoren auf die Stärke der UV-Strahlung



Selbst 0,5 m unter der Wasseroberfläche erreicht die UV-Strahlung immer noch 40% der Intensität wie an der Wasseroberfläche.

Auf dem Weg von der Sonne zur Erde wird ein großer Teil der UV-Strahlung durch die Ozonschicht der oberen Atmosphäre gefiltert. Verringert sich dort der Ozonanteil (Stichwort „Ozonloch“), steigt die UV-Belastung an der Erdoberfläche.

Auf der Erde hängt die Stärke der UV-Strahlung vom Breitengrad, von der Jahreszeit und von der Tageszeit ab. Je näher man dem Äquator kommt, desto intensiver wird die UV-Strahlung. Im Sommer ist UV-Strahlung stärker als im Winter und mittags ist sie intensiver als morgens oder abends. Auch die Bewölkung beeinflusst, wie intensiv die UV-Strahlung ist. Eine geschlossene, dicke Wolkenschicht kann bis zu 90 Prozent der UV-Strahlung abhalten.

Dagegen können leichte Bewölkung, bei der man die Sonne noch sehen kann, und Nebel die UV-Strahlung verstärken.

Eine wichtige Rolle spielt außerdem, wie hoch ein Ort liegt: UV-Strahlung nimmt um circa 10 Prozent pro 1000 Höhenmeter zu. Wasser, Sand und Schnee reflektieren UV-Strahlung und verstärken sie auf diese Weise. Hier ist konsequenter Sonnenschutz besonders wichtig!

Schatten verringert die UV-Strahlung – zum Beispiel unter einem Sonnenschirm um circa 10 bis 30 Prozent und unter einem Baum mit dichter, großflächiger Krone um circa 20 Prozent.

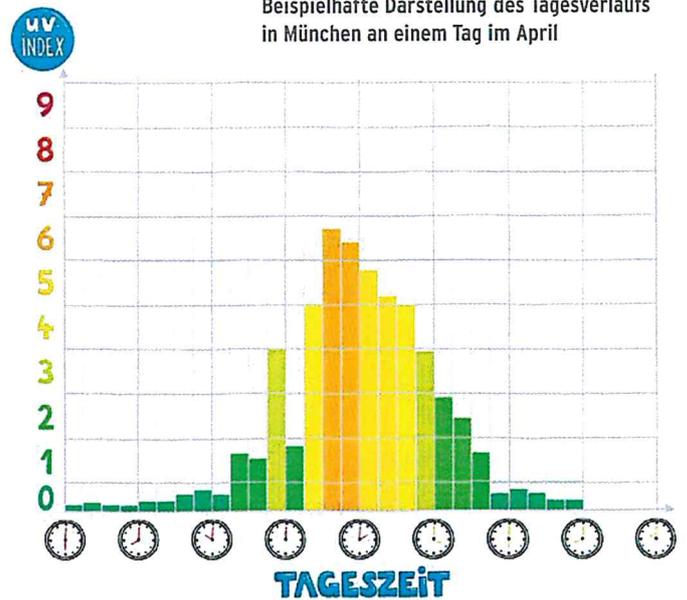
Der UV-Index als Maß für die Stärke der UV-Strahlung

Um zu wissen, wie stark die UV-Strahlung auf der Erde ist, wird sie gemessen und in Form des UV-Index veröffentlicht.

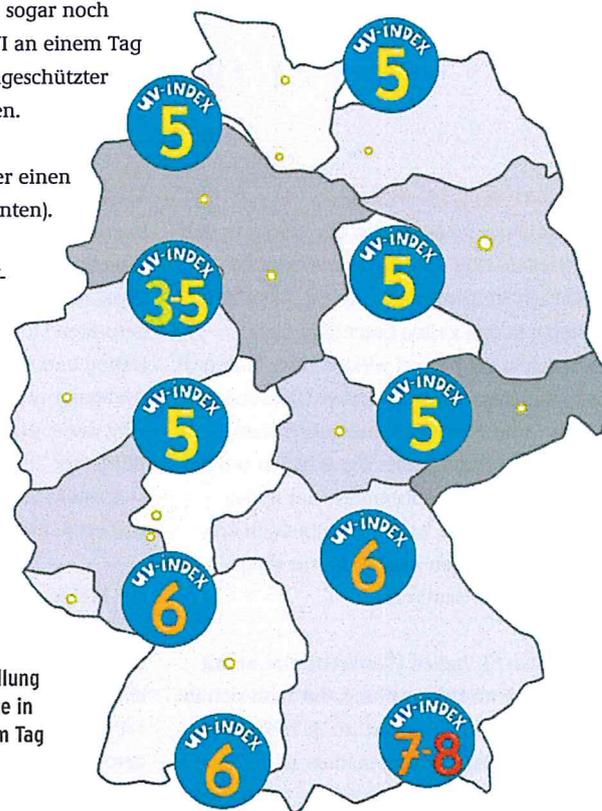
Der UV-Index (UVI) ist ein Maß für den Tages Spitzenwert der sonnenbrandwirksamen UV-Strahlung (siehe mittige Grafik). Der Index wird international einheitlich in ganzen Zahlen angegeben. Ein UVI 7 ist in Deutschland also genauso zu bewerten wie der gleiche Wert in Kenia oder Kanada. In Deutschland werden im Sommer durchschnittlich UVI-Werte bis 9 erreicht, in den Hochlagen der süddeutschen Gebirgsregionen sogar noch höhere Werte. Je höher der UVI an einem Tag ist, desto schneller kann bei ungeschützter Haut ein Sonnenbrand auftreten.

Ein höherer UVI erfordert daher einen besseren Schutz (siehe Grafik unten).

Um zu zeigen, dass sich die UV-Bestrahlungsstärke über den Tag deutlich ändert, wird der UV-Index auch im Tagesverlauf dargestellt (siehe Grafik rechts oben).



Beispielhafte Darstellung des Tagesverlaufs in München an einem Tag im April



Beispielhafte Darstellung der Tageshöchstwerte in Deutschland an einem Tag im April

Weitere Informationen zum UV-Index finden Sie im Internet beim Bundesamt für Strahlenschutz www.bfs.de/uv-index.

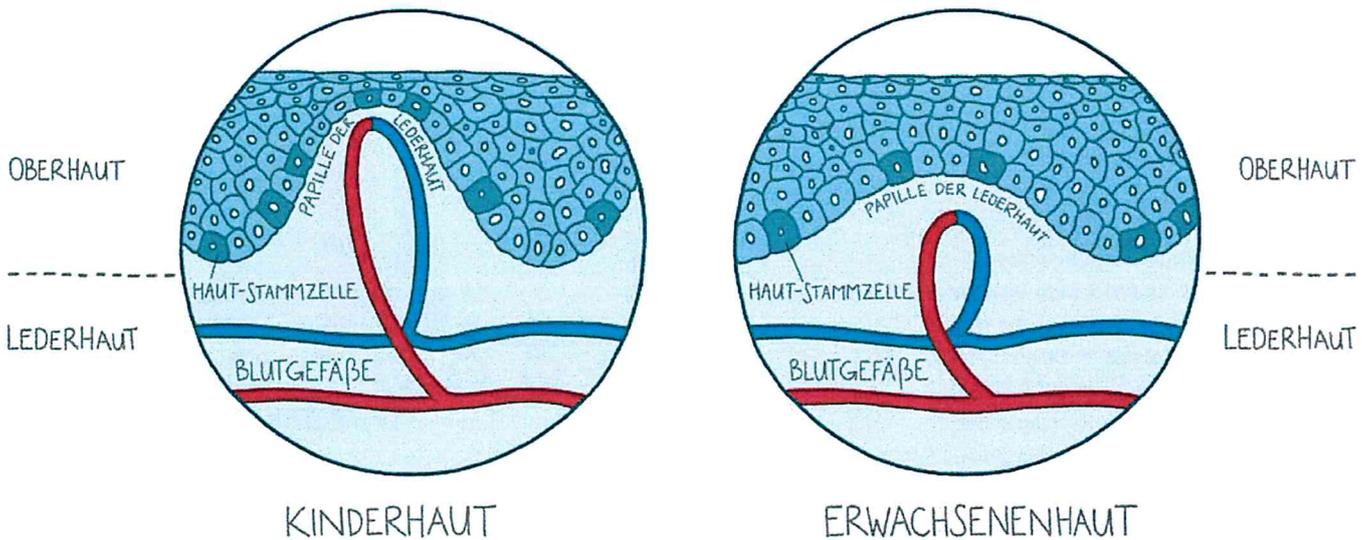
Außerdem können Sie unter www.bfs.de/uv-newsletter den UV-Newsletter abonnieren. Dieser informiert Sie von April bis September jeden Montag, Mittwoch und Freitag über die erwarteten UVI-Werte der kommenden drei Tage.



UV-Index mit Schutzmaßnahmen

UV-INDEX 1	UV-INDEX 2	UV-INDEX 3	UV-INDEX 4	UV-INDEX 5	UV-INDEX 6	UV-INDEX 7	UV-INDEX 8	UV-INDEX 9	UV-INDEX 10	UV-INDEX 11
NIEDRIG		MITTEL				HOCH		SEHR HOCH		EXTREM
Kein Schutz erforderlich		Schutz erforderlich				Schutz absolut erforderlich				
Gefahrloser Aufenthalt draußen möglich.		In der Mittagszeit Schatten suchen, entsprechende Kleidung, Hut und Sonnenbrille tragen, Sonnenschutzmittel mit ausreichendem Schutzfaktor auftragen.				In der Mittagszeit möglichst nicht draußen aufhalten! Unbedingt Schatten suchen! Entsprechende Kleidung, Hut, Sonnenbrille und Sonnencreme mit ausreichendem Schutzfaktor sind dringend nötig.				

Das Besondere der Kinderhaut



Es ist richtig und wichtig, dass Kinder sich viel an der frischen Luft bewegen. Dabei ist ein effektiver Sonnenschutz unverzichtbar.

Die Kinderhaut ist noch nicht voll entwickelt

Die Kinderhaut ist anders strukturiert als die Erwachsenenhaut. Bei Kindern reichen die sogenannten Papillen der Lederhaut (Ausbuchtungen der Lederhaut; siehe Grafik) weiter in die Oberhaut hinein. Dadurch wird die Zellschicht mit den Hautstammzellen in Richtung Hautoberfläche verschoben.

UV-Strahlung dringt in die Haut ein und schädigt das Erbgut in allen Hautzellen, auch in den Hautstammzellen. Da ein Teil der Hautstammzellen bei Kindern näher an der Hautoberfläche liegt, ist bei ihnen das Risiko, dass die Hautstammzellen geschädigt werden, höher als bei Erwachsenen.

Aus den Hautstammzellen entwickeln sich ein Leben lang neue Hautzellen. Stammzellen mit geschädigtem Erbgut geben diese Schäden an die neuen Hautzellen weiter. Kinder wachsen, bei ihnen ist Zellteilung daher sehr ausgeprägt. Die Schäden an Stammzellen werden folglich an sehr viele Hautzellen weitergegeben. Je mehr geschädigte Zellen es gibt, desto höher ist das Risiko, dass eine dieser Zellen zu einer Hautkrebszelle entartet.

Die Haut vergisst nichts

UV-Strahlung schädigt also das Erbgut in den Hautzellen. Dies geschieht bereits lange bevor ein Sonnenbrand entsteht. Reparatursysteme in den Zellen beseitigen diese Schäden in aller Regel wieder. Aber häufige, lang anhaltende und intensive UV-Bestrahlungen sowie Sonnenbrände überlasten diese Reparatursysteme. Die Schäden werden dann nicht mehr vollständig oder fehlerfrei repariert. Das kann zu bleibenden Erbgutveränderungen führen. Damit steigt das Risiko für Hautkrebs.

Das Risiko für hellen Hautkrebs nimmt mit der Menge an UV-Strahlung, der man sich im Laufe des Lebens aussetzt, zu. Je mehr man also schon als Kind ungeschützt in der Sonne ist, desto höher ist das Risiko.

Sonnenbrände und kurzzeitige, hohe UV-Belastungen erhöhen hingegen das Risiko für den schwarzen Hautkrebs. Dieses steigt auch mit der Anzahl der nach der Geburt erworbenen Muttermale. Kinder, die häufig ungeschützt der Sonne ausgesetzt sind, entwickeln mehr Muttermale als gut geschützte Kinder. Sonnenbrände verstärken diesen Effekt sogar noch. Sie sind daher unbedingt zu vermeiden. Übrigens: Auch eine leichte, bleibende Rötung der Haut ist bereits ein Sonnenbrand.

Vitamin D bildet sich ohne Extra-Sonne

In der Regel bildet sich ausreichend viel Vitamin D, ohne dass man sich dafür bewusst (zusätzlich) in die Sonne begeben muss. Bei gesunden Menschen reicht es aus, Gesicht, Hände und Arme unbedeckt und ohne Sonnenschutz zwei- bis dreimal pro Woche kurz der Sonne auszusetzen. „Kurz“ meint die Hälfte der Zeit, in der man ohne Schutz einen Sonnenbrand bekommen würde. Diese Zeit variiert je nach Hauttyp.

Für Menschen mit heller Haut, die fast immer einen schmerzhaften Sonnenbrand bekommen und kaum bräunen (Hauttyp II), bedeutet dies beispielsweise bei UV-Index 7 rein theoretisch circa 12 Minuten. Diese Zeitangabe beruht nur auf Durchschnittswerten und kann daher für jeden Einzelnen variieren. Mehr zu UV-Strahlung und Vitamin D erfahren Sie auf www.bfs.de/vitamin-d.

Die Kinderhaut besonders schützen

Kinderhaut muss besonders geschützt werden. Mittlerweile wissen wir viel über den Zusammenhang von UV-Strahlung und Hautkrebs. Das ist eine große Chance: Durch einen bewussten Umgang mit der Sonne können wir das Risiko, an Hautkrebs zu erkranken, vermindern. Das gilt für unser eigenes Risiko genauso wie für das unserer Kinder. Es ist wichtig, dass Ihre Kinder mit Ihrer Hilfe lernen, sich vor zu viel Sonne zu schützen.

Der richtige Schutz für Sie und Ihre Kinder

Beim Sonnenschutz gilt die Devise:

1. Vermeiden, 2. Bekleiden, 3. Eincremen

– genau in dieser Reihenfolge.

Sonnenentwöhnte Haut sollte immer langsam an einen längeren Aufenthalt in der Sonne gewöhnt werden. Bleiben Sie beispielsweise in den ersten Tagen Ihres Sonnenurlaubs lieber im Schatten. Vermeiden Sie unbedingt einen Sonnenbrand! Dies erreichen Sie am besten für sich und Ihre Kinder durch einen dem Hauttyp entsprechenden Sonnenschutz und indem Sie die Sonnenschutzregeln auf der letzten Seite beachten.

Kinder in Bildungseinrichtungen schützen

Damit Ihre Kinder auch im Kindergarten und der Grundschule gut geschützt sind, empfehlen wir Ihnen, sich mit dem Thema Sonnenschutz an die Erziehungs- und Lehrkräfte zu wenden.

Klären Sie beispielsweise folgende Fragen:

Wo kann Ihr Kind die eigene Sonnencreme und den Sonnenhut aufbewahren? Werden eventuell vom Kindergarten oder der Grundschule Sonnenhüte vorgehalten? Gibt es genug Schattenplätze bei längeren Aktivitäten im Freien wie den Freispielzeiten, Pausen oder bei Wandertagen, wo die Kinder sich aufhalten können?

Lange mit dem Auto fahren

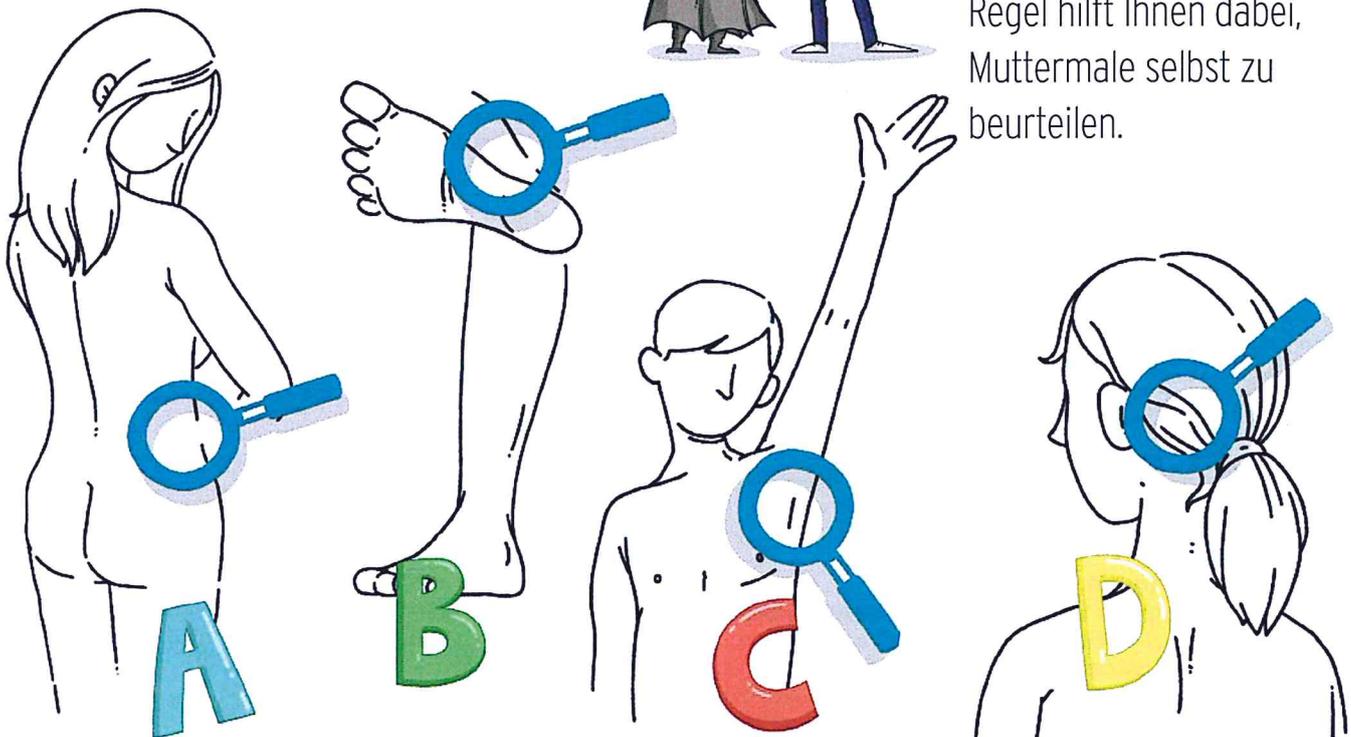
Wer mit dem Auto in den Urlaub fährt, sollte auch unterwegs an den Sonnenschutz denken. Im Auto ist man zwar gut vor UV-B-Strahlung geschützt und bekommt darum keinen Sonnenbrand, die Seitenscheiben lassen aber UV-A-Strahlung passieren. Auch diese ist krebserregend und lässt die Haut vorzeitig altern.

Die Haut kennen

Die Hautkrebs-Früherkennung ist wichtig. Ein rechtzeitig erkannter Hautkrebs lässt sich meist schonender behandeln und eher heilen. Nach dem Motto „Kenne Deine Haut“ sollten Sie sich und ihre Kinder einmal im Monat von Kopf bis Fuß ansehen. Wenn Sie nach der A-B-C-D-Regel (siehe unten) etwas Auffälliges entdecken, dann gehen Sie zu einer Hautärztin oder einem Hautarzt. Auch wenn ein Muttermal brennt, juckt oder blutet, sollten Sie es ärztlich kontrollieren lassen.

Ab dem 35. Lebensjahr können Sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung alle zwei Jahre eine kostenlose Früherkennungsuntersuchung, das Hautkrebs-Screening, in Anspruch nehmen (bei Privatkassen bitte Erstattungsfähigkeit abfragen). Dabei wird Ihre Haut systematisch von Kopf bis Fuß untersucht. Alle Informationen hierzu erhalten Sie unter www.hautkrebs-screening.de.

Die sogenannte A-B-C-D-Regel hilft Ihnen dabei, Muttermale selbst zu beurteilen.



A wie Asymmetrie:
Auffällig ist ein Mal, das in seiner Form nicht gleichmäßig rund oder oval ist.

B wie Begrenzung:
Die Begrenzung eines Pigmentmals sollte scharf und regelmäßig sein. Eine unscharfe Begrenzung sollte ebenso Anlass zur Vorsicht sein wie unregelmäßige Ausfransungen an einem Mal.

C wie Colour (Farbe):
Hat ein Muttermal mehrere Farbtonungen, muss es genau beobachtet werden.

D wie Durchmesser:
Ein Pigmentmal, dessen Durchmesser größer ist als zwei Millimeter, sollte in jedem Fall beobachtet werden.

Die Sonnenschutzregeln



Regel Nr. 1: Starke Sonne meiden!

Zur Mittagszeit, wenn die Sonne am höchsten steht, ist die UV-Strahlung deutlich intensiver als vor- und nachmittags. Richten Sie sich bei Aktivitäten im Freien nach dem UV-Index (UVI) und schützen Sie Ihre Kinder entsprechend. Den UVI für Ihre Region erfahren Sie beispielsweise über den Wetterbericht, Wetter-Onlinedienste, unter www.bfs.de/uv-index oder www.uv-index.de.

Beachten Sie, dass Schnee, Sand und Wasser die UV-Strahlung reflektieren und damit verstärken, so dass die UV-Belastung hier höher sein kann, als der UVI angibt.



Regel Nr. 2: Keine pralle Sonne für Säuglinge!

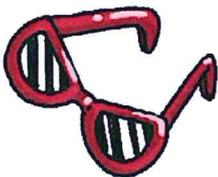
Säuglinge gehören nicht in die pralle Sonne. Suchen Sie mit ihnen einen schattigen Platz auf und ziehen Sie Ihre Kinder sonnengerecht an. Auf Sonnencreme sollte im ersten Lebensjahr verzichtet werden.



Regel Nr. 3: Anziehen!

Den besten und einfachsten Sonnenschutz erreichen Sie mit Kleidung, Kopfbedeckung und Schuhen.

Die Kleidung sollte leicht und weit sein, der Hut Ohren und Nacken schützen und die Schuhe den Fußrücken bedecken. Spezial-Kleidung mit UV-Schutz ist in manchen Fällen empfehlenswert.



Regel Nr. 4: Augen schützen!

Eine Sonnenbrille beugt Augenschäden wie Linsentrübung (Grauer Star) oder Netzhautschäden vor. Brillen mit dem Herstellerhinweis UV 400 filtern zuverlässig die UV-Strahlung. Die Tönung der Gläser sollte braun oder grau sein und die Brille gut am Gesicht anliegen.

Regel Nr. 5: Eincremen!

Cremen Sie alle unbedeckten Körperstellen großzügig mit einer Sonnencreme mit einem hohen Lichtschutzfaktor (LSF) ein. Bei sonnenempfindlicher Haut, im Hochsommer und in südlichen Ländern sollten Sie einen sehr hohen LSF wählen.

Verwenden Sie eine Sonnencreme mit UV-A- und UV-B-Filter. Cremen Sie sich eine halbe Stunde, bevor Sie in die Sonne gehen, ein. Erneuern Sie den Sonnenschutz mehrmals täglich. Nachcremen erhält nur die Schutzwirkung, aber verlängert sie nicht.



UVA



Regel Nr. 6: Besonderer Schutz beim Baden!

Wasser reflektiert die UV-Strahlung und verstärkt sie dadurch. Ein Sonnenbrand entsteht so viel schneller. Darum bedecken Sie Schultern, Brust und Rücken mit einem T-Shirt oder tragen Sie spezielle UV-Badekleidung. Cremen Sie alle unbedeckten Körperstellen ein. Im Anschluss an das Baden müssen Sie nachcremen, um die Schutzwirkung zu erhalten.

Regel Nr. 7: Vorsicht bei Medikamenten, Kosmetika und Sonne!

Achten Sie bei Medikamenten auf Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Sonnenlicht. Holen Sie sich vorsichtshalber ärztlichen oder pharmazeutischen Rat.



Verwenden Sie keine Kosmetika, Deodorants und Parfüms, wenn Sie in die Sonne gehen. Es besteht die Gefahr bleibender Pigmentstörungen.

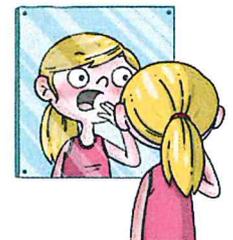
Regel Nr. 8: Nicht ins Solarium gehen!

Solarien zu nutzen, bedeutet eine zusätzliche UV-Belastung. Diese erhöht nachweislich das Hautkrebsrisiko. Sich im Solarium vorzubräunen, ist auch nicht sinnvoll, denn das erhöht den Eigenschutz der Haut nicht nennenswert.



Regel Nr. 9: Schutz für Kinder!

Bei Kindern ist die konsequente Anwendung aller Sonnenschutzregeln ein Muss. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre gehören auf keinen Fall in ein Solarium. Das ist in Deutschland gesetzlich verboten.



Regel Nr. 10: Vorbild sein!

Gehen Sie mit gutem Beispiel voran, damit sich Ihre Kinder von klein auf an den richtigen Umgang mit der Sonne gewöhnen.





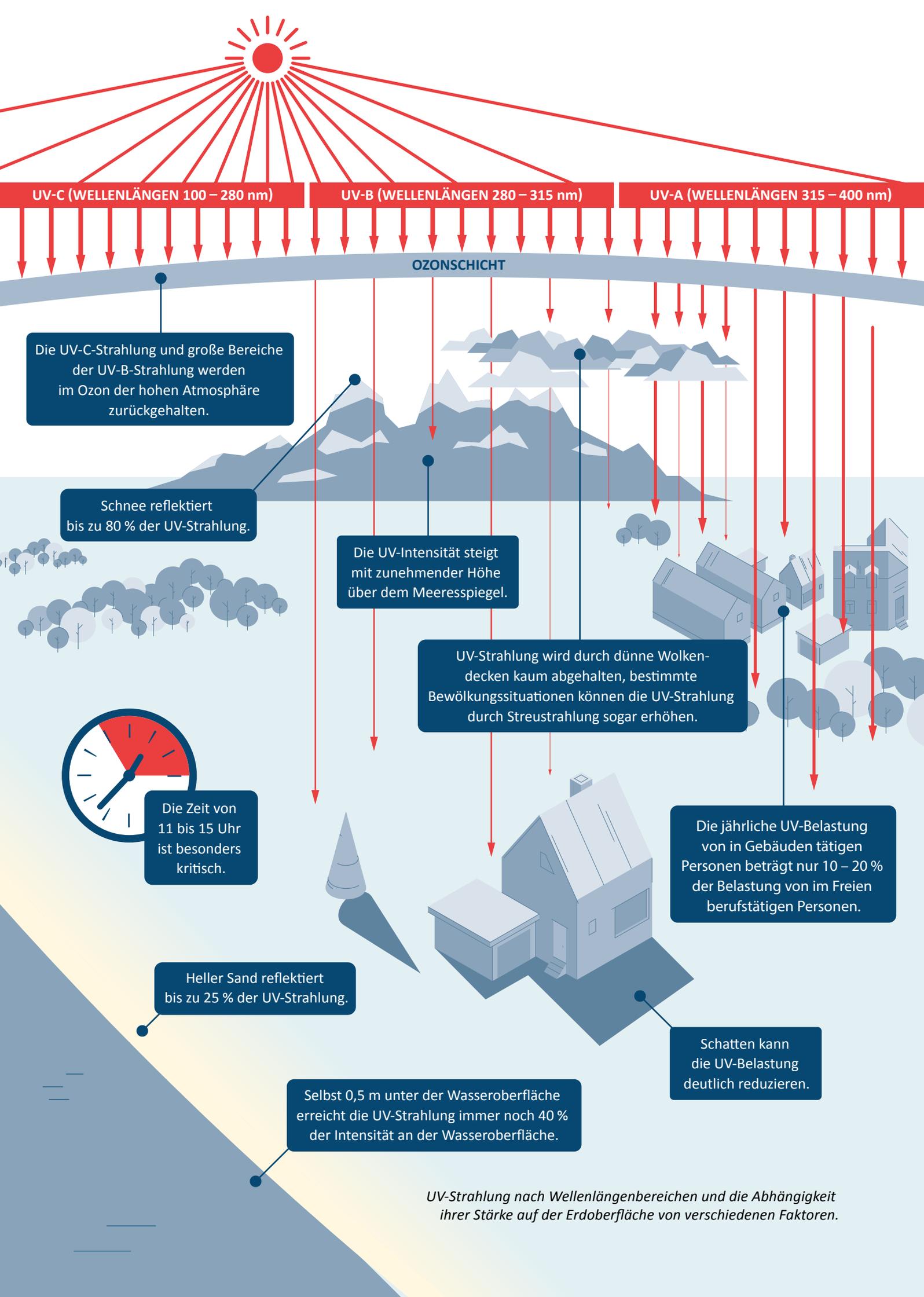
Bundesamt
für Strahlenschutz

Sonne und Sonnenschutz

UV-Strahlung und ihre Wirkung

STRAHLENSCHUTZ**KONKRET**





UV-C (WELLENLÄNGEN 100 – 280 nm)

UV-B (WELLENLÄNGEN 280 – 315 nm)

UV-A (WELLENLÄNGEN 315 – 400 nm)

OZONSCHICHT

Die UV-C-Strahlung und große Bereiche der UV-B-Strahlung werden im Ozon der hohen Atmosphäre zurückgehalten.

Schnee reflektiert bis zu 80 % der UV-Strahlung.

Die UV-Intensität steigt mit zunehmender Höhe über dem Meeresspiegel.

UV-Strahlung wird durch dünne Wolken-
decken kaum abgehalten, bestimmte
Bewölkungssituationen können die UV-Strahlung
durch Streustrahlung sogar erhöhen.



Die Zeit von
11 bis 15 Uhr
ist besonders
kritisch.

Die jährliche UV-Belastung
von in Gebäuden tätigen
Personen beträgt nur 10 – 20 %
der Belastung von im Freien
berufstätigen Personen.

Heller Sand reflektiert
bis zu 25 % der UV-Strahlung.

Selbst 0,5 m unter der Wasseroberfläche
erreicht die UV-Strahlung immer noch 40 %
der Intensität an der Wasseroberfläche.

Schatten kann
die UV-Belastung
deutlich reduzieren.

UV-Strahlung nach Wellenlängenbereichen und die Abhängigkeit ihrer Stärke auf der Erdoberfläche von verschiedenen Faktoren.

Die ultraviolette Strahlung (UV)

Ohne Sonne wäre Leben auf der Erde nicht möglich. Sonne sendet Licht, Wärme (Infrarotstrahlung, IR) und ultraviolette Strahlung (UV) aus. Insbesondere die UV-Strahlung kann Haut und Augen schädigen. Im Folgenden wird erklärt, was UV-Strahlung ist, welche Faktoren ihre Intensität beeinflussen, wie UV-Strahlung auf den Menschen wirkt und wie man sich vor ihren negativen Wirkungen schützen kann.

Die ultraviolette Strahlung (UV) mit Wellenlängen von 100 bis 400 Nanometern (nm) ist der energiereichste Teil der optischen Strahlung. Sie ist für den Menschen nicht wahrnehmbar. Die UV-Strahlung wird in drei Wellenlängenbereiche unterteilt: UV-A-Strahlung ist der längerwellige Bereich der UV-Strahlung und schließt im elektromagnetischen Spektrum direkt an den kurzwelligen Bereich des sichtbaren Lichts an. UV-B-Strahlung wird auch als „mittleres UV“ bezeichnet und UV-C-Strahlung, der kurzwellige Bereich der UV-Strahlung, grenzt im elektromagnetischen Spektrum unmittelbar an den Bereich der ionisierenden Strahlung an. Je kürzer die Wellenlänge, desto energiereicher ist die Strahlung und umso schädigender wirkt sie. Die Erdatmosphäre filtert die besonders energiereiche UV-C-Strahlung in den oberen Atmosphärenschichten vollständig aus, so dass sie die Erdoberfläche nicht mehr erreicht. Die UV-B-Strahlung

wird abhängig vom Zustand der Ozonschicht ebenfalls durch die Atmosphäre ausgefiltert. Aber nicht vollständig: Bis zu 10 Prozent erreichen noch die Erdoberfläche. Die längerwellige UV-A-Strahlung erreicht weitgehend ungehindert die Erde.

Was beeinflusst die Stärke der UV-Strahlung?

Die Stärke der natürlichen UV-Strahlung auf der Erdoberfläche hängt vor allem vom Breitengrad und dem Sonnenstand ab. Je näher man dem Äquator ist, desto stärker ist die UV-Strahlung. Im Sommer ist die Strahlung stärker als im Winter und im Tagesverlauf mittags stärker als morgens oder abends.

Auch die Höhenlage des Aufenthaltsortes spielt eine Rolle: Mit zunehmender Höhe, zum Beispiel in den Bergen, nimmt die Strahlung zu. Bei kräftiger Bewölkung ist die UV-Strahlung sehr viel schwächer als bei klarem Himmel. Bei leichter Bewölkung wird die Stärke der UV-Strahlung jedoch häufig unterschätzt. Wasser, Sand und Schnee streuen und reflektieren die Strahlung. Dadurch kann die Strahlenbelastung verstärkt werden.



Den besten Schutz bietet lange Kleidung.

Wirkung der UV-Strahlung

Natürliche wie künstlich erzeugte UV-Strahlung dringt in Auge und Haut ein, je nach Wellenlänge unterschiedlich tief: UV-A-Strahlung mit längeren Wellenlängen dringt tiefer in die Haut ein als die kurzwelligere UV-B-Strahlung und erreicht noch das Bindegewebe. Im Auge werden UV-A- und UV-B-Strahlung fast vollständig von der Augenlinse aufgenommen (absorbiert), aber ein kleiner Anteil an UV-A-Strahlung gelangt bis an die Netzhaut des Auges. UV-Strahlung bewirkt in den Zellen des Auges und der Haut unterschiedliche Veränderungen. Die wichtigste Veränderung ist die Schädigung des Erbguts (DNS). Reparatursysteme in den Zellen beseitigen die Schäden am Erbgut in aller Regel wieder. Aber häufige, lang anhaltende und intensive UV-Bestrahlungen sowie Sonnenbrände überlasten diese Systeme.

Die gesetzten Schäden werden dann nicht mehr vollständig beziehungsweise nicht fehlerfrei repariert und können zu bleibenden Erbgutveränderungen (Mutationen) werden. So geschädigte Zellen können zu Krebszellen entarten – Hautkrebs und Krebs an und in den Augen kann entstehen. Die Internationale Agentur für Krebsforschung (International Agency for Research on Cancer, IARC) hat daher im Jahr 2009 UV-Strahlung in die höchste Risikogruppe als „krebserrögend für den Menschen“ eingestuft.

Durch UV-Strahlung wird als einzig bekannte positive Wirkung die Bildung des körpereigenen Vitamin D angestoßen. Vitamin D spielt eine wesentliche Rolle bei der Regulierung des Kalzium-Spiegels im Blut und beim Knochenaufbau. Ein Vitamin-D-Mangel führt mittelfristig bei Kindern zu Rachitis und bei Erwachsenen zu Knochenerweichung (Osteomalazie).

Für diese körpereigene Vitamin-D-Bildung genügen im Sommer kurze tägliche Aufenthalte in der Sonne. Ausgiebiges Sonnenbaden ist dafür nicht notwendig.

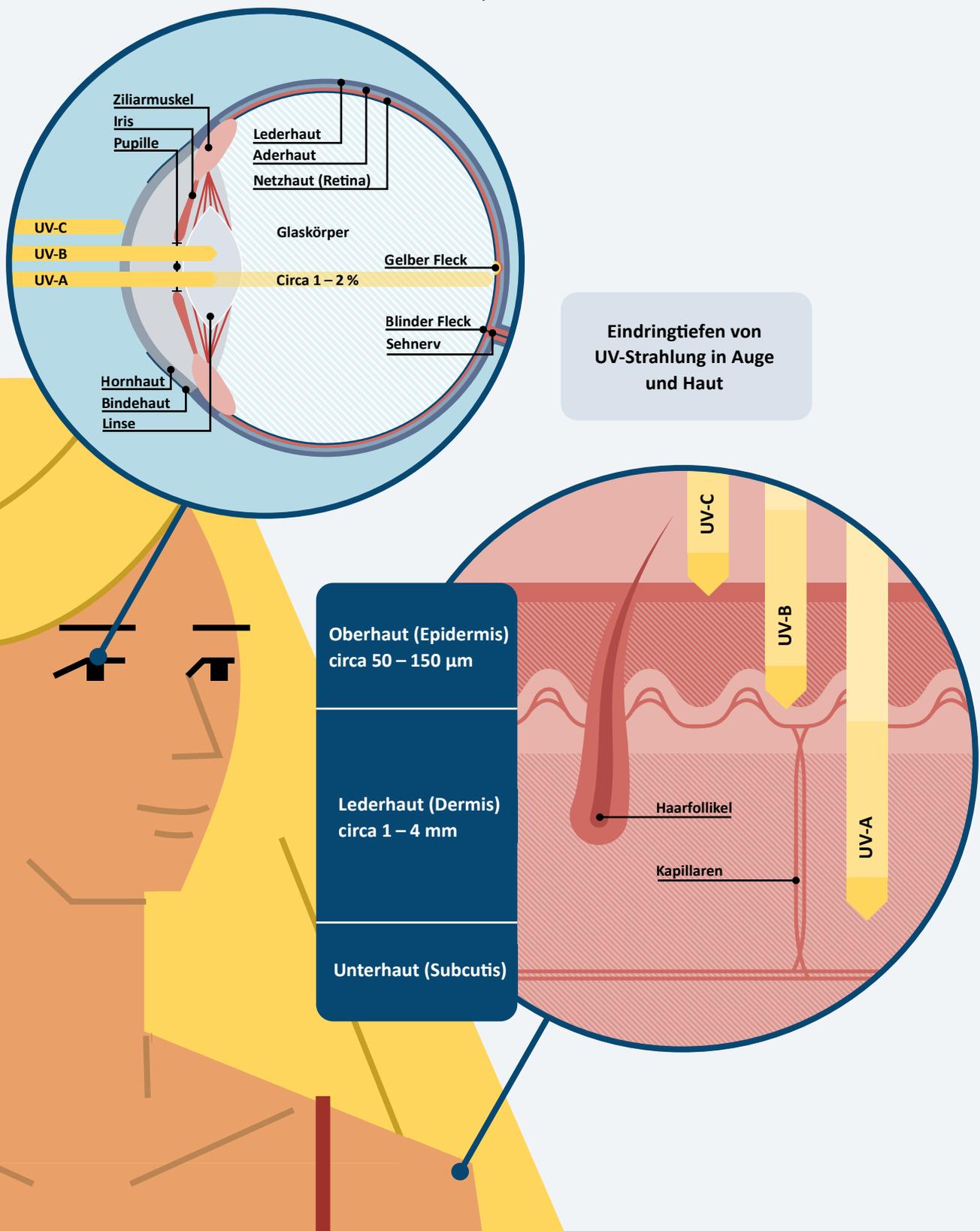
Die Folgen von zu langer und intensiver UV-Bestrahlung sind kurzfristige und langfristige Gesundheitsschäden an Auge und Haut. Sonnenbrand oder Bindehautentzündung der Augen sind sofort wahrnehmbare Folgen. An sonnigen Tagen im Frühjahr, Sommer und Herbst kann bei ungeschützter und nicht UV-gewohnter Haut bereits nach wenigen Minuten ein Sonnenbrand eintreten. Auch im Winter besteht zum Beispiel beim Skifahren ein Sonnenbrandrisiko.

Zu den Langzeitwirkungen der UV-Strahlung gehören vorzeitige Hautalterung und Hautkrebs. Eine langfristige Folge von UV-Bestrahlung an den Augen ist die Linsentrübung (Grauer Star, Katarakt). Da ein geringer Anteil der UV-A-Strahlung bis zur Augennetzhaut vordringen kann, wird UV-Strahlung auch als Mitursache für Netzhautveränderungen und Makuladegeneration (Makula = Gelber Fleck = Ort des schärfsten Sehens) diskutiert. Des Weiteren wird durch übermäßige UV-Bestrahlung das Immunsystem geschwächt. Dadurch wird die Fähigkeit des Körpers gemindert, sich gegen Infektionen und auch gegen auftretende Krebszellen zu wehren.

Hautkrebsrisiko steigt

Hautkrebserkrankungen haben in der hellhäutigen Bevölkerung weltweit stärkere Zuwachsraten als alle anderen Krebserkrankungen. In Deutschland erkrankt derzeit jeder siebte Mann und jede neunte Frau bis zum Alter von 75 Jahren an Hautkrebs (helle Hautkrebsarten und schwarzer Hautkrebs) – Tendenz steigend: Allein in Deutschland verdoppelt sich die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) alle 10 bis 15 Jahre. Für den schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom) nimmt die Inzidenz stärker zu als für alle anderen Krebsarten – und immer mehr jüngere Menschen, vor allem Frauen, erkranken daran. Am malignen Melanom sterben pro Jahr allein in Deutschland an die 4.000 Menschen. Risikofaktoren für UV-bedingte Hautkrebserkrankungen sind Sonnenbrände, wiederholt erfolgende hohe UV-Belastungen von Haut, die nicht an UV-Strahlung gewöhnt ist, die lebenslang erhaltene UV-Dosis und Solariennutzung. Der Grund für die steigende Zahl an Hautkrebserkrankungen wird vor allem in einer hohen UV-Belastung durch ein verändertes Freizeitverhalten der Menschen gesehen.

Zu lange Aufenthalte in der Sonne ohne entsprechenden Sonnenschutz sowohl während der Freizeitgestaltung als auch bei der Arbeit im Freien bedeuten eine übermäßige UV-Belastung vor allem UV-entwöhnter Haut. Insbesondere Kinder sind dabei besonders gefährdet. Häufige Sonnenbrände in der Kindheit und Jugend erhöhen das Risiko, am schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom) zu erkranken, um das Zwei- bis Dreifache!





Ihren Hauttyp können Sie selbst bestimmen. Nutzen Sie dazu den Hauttypentest (www.bfs.de/hauttypen). Eine Hauttypbestimmung kann auch der Hausarzt/die Hautärztin durchführen.

Unterschiedliche Hauttypen

Die Wirkung der UV-Strahlung ist unter anderem von der Empfindlichkeit der Haut gegenüber UV-Strahlung abhängig. Je nach UV-Empfindlichkeit werden sechs Hauttypen unterschieden:

- I** Hauttyp I ist besonders empfindlich. Er zeichnet sich durch eine sehr helle, extrem empfindliche Haut, blaue oder graue Augen, rötliches bis rötlich blondes Haar und durch sehr viele Sommersprossen aus. Hauttyp I bräunt nie und bekommt sehr schnell einen schmerzhaften Sonnenbrand.
- II** Hauttyp II zeichnet sich durch helle, empfindliche Haut, blaue, graue, grüne oder braune Augen, blonde bis braune Haare und durch viele Sommersprossen aus. Hauttyp II bräunt kaum bis mäßig und bekommt schnell einen schmerzhaften Sonnenbrand.
- III** Hauttyp III hat eine helle bis hellbraune Haut, graue oder braune Augen und dunkelblonde bis braune Haare. Sommersprossen sind selten. Hauttyp III bräunt fortschreitend und bekommt selten bis mäßig einen Sonnenbrand.
- IV** Hauttyp IV hat eine hellbraune bis olivfarbene Haut, braune bis dunkelbraune Augen, dunkelbraunes Haar und keine Sommersprossen. Hauttyp IV bräunt schnell und tief. Ein Sonnenbrand tritt bei diesem Hauttyp eher selten auf.
- V** Hauttyp V hat dunkelbraune Haut, dunkelbraune Augen, dunkelbraunes bis schwarzes Haar und keine Sommersprossen. Dieser Hauttyp bräunt nicht. Einen Sonnenbrand bekommt Hauttyp V sehr selten.
- VI** Hauttyp VI hat dunkelbraune bis schwarze Haut, dunkelbraune Augen, schwarze Haare und keine Sommersprossen. Dieser Hauttyp bräunt nicht. Einen Sonnenbrand bekommt Hauttyp VI extrem selten.



Mit einem Blick auf die Bfs UV-Prognose sollte man sich auf einen Ausflug vorbereiten.

Der UV-Index und seine praktische Anwendung

Der Mensch hat kein Frühwarnsystem für UV-Strahlung: Die Haut rötet sich erst, wenn die Haut bereits geschädigt ist. Der UV-Index (UVI) wurde von internationalen Fachgremien als Instrument zur Beurteilung der aktuellen UV-Belastung durch die Sonne entwickelt.

Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) betreibt zusammen mit dem Umweltbundesamt (UBA) und dem Deutschen Wetterdienst (DWD) sowie weiteren Institutionen ein bundesweites Messnetz mit insgesamt 34 Messstationen. An den Stationen wird die Stärke der sonnenbrandwirksamen, bodennahen UV-Strahlung gemessen. Die Messnetzzentrale im BfS München-Neuherberg ruft die UV-Daten von allen Stationen ab, wertet die Daten aus und stellt sie in Form der UV-Index-Werte der Öffentlichkeit im Internet zur Verfügung.

So wird der UVI angewendet

Der UV-Index ist eine Skala, die Richtwerte über die herrschende UV-Bestrahlungsstärke angibt. Die UV-Index-Skala ist in verschiedene Bereiche unterteilt, für die unterschiedliche Schutzempfehlungen gelten. Der UV-Index ist somit nicht nur eine Orientierungshilfe für die zu erwartende sonnenbrandwirksame Stärke der UV-Strahlung, sondern gibt auch Empfehlungen, ab welchen UV-Index-Werten welche Sonnenschutzmaßnahmen ergriffen werden sollten.

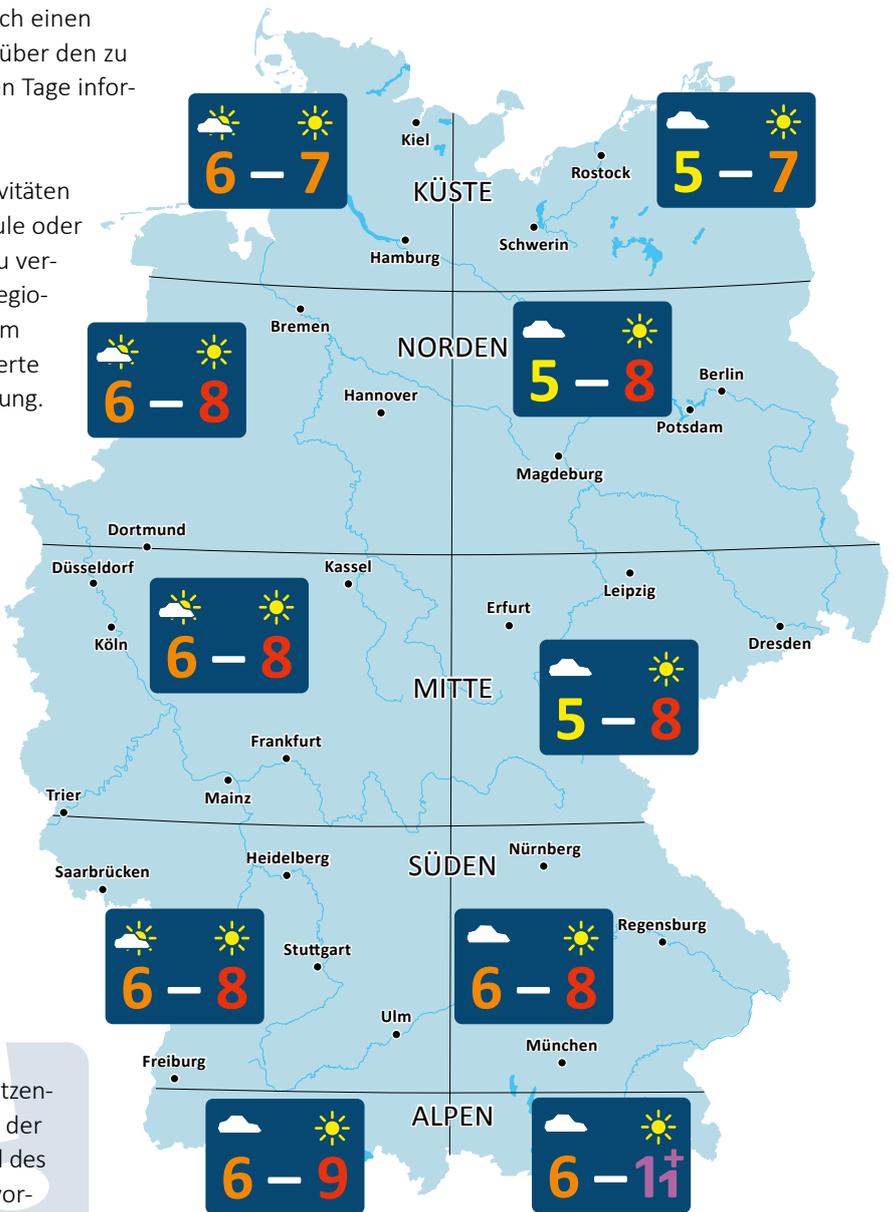
Prognosen über zu erwartende Tagesspitzenwerte des UV-Index werden vom Bundesamt für Strahlenschutz (www.bfs.de/uv-prognose) und anderen Institutionen im Internet veröffentlicht.

Das Bundesamt für Strahlenschutz bietet auch einen UV-Newsletter, der von April bis September über den zu erwartenden UV-Index-Wert der kommenden Tage informiert (www.bfs.de/uv-newsletter).

Somit ist es möglich, bei der Planung von Aktivitäten im Freien oder Tagesabläufen in Arbeit, Schule oder Kindergärten übermäßige UV-Belastungen zu vermeiden. Da die Prognosen für den UV-Index regional ermittelt werden und nicht direkt lokal am Aufenthaltsort einer Person, geben diese Werte nur einen Hinweis auf die mögliche UV-Belastung.

Sie sind keine exakten Messwerte der tatsächlichen UV-Belastung einer einzelnen Person (UV-Exposition). Sie sollten daher auch nicht verwendet werden, um Eigenschutzzeiten für einzelne Personen (die Zeit bis zur Ausbildung eines Sonnenbrandes) abzuleiten. Der UV-Index ist ausschließlich als allgemeiner Indikator für die Gefährdungslage bei ungeschütztem Aufenthalt im Freien zu verstehen.

So angewendet ist der UV-Index ein wertvolles Präventionsinstrument zum Schutz vor Schädigungen durch die UV-Strahlung der Sonne.



Der UV-Index ist ein Maß für den Tagesspitzenwert der sonnenbrandwirksamen Stärke der UV-Strahlung, die von der Sonne während des Tages auf einer horizontalen Fläche hervorgerufen wird. Aktuelle UVI-Werte finden Sie unter www.bfs.de/uv-aktuell.

Beispielhafte Darstellung für eine UVI-Prognose an einem Tag im Juni.

UV-INDEX



NIEDRIG

Normalerweise kein Schutz erforderlich



MITTEL

Schutz erforderlich – in den Mittagsstunden Schatten suchen, schützende Kleidung, Hut und Sonnenbrille tragen, Sonnenschutzmittel mit ausreichendem Schutzfaktor benutzen



SEHR HOCH

Extra Schutz erforderlich – in den Mittagsstunden möglichst nicht draußen aufhalten! Tagsüber unbedingt Schatten aufsuchen! Schützende Kleidung, Hut, Sonnenbrille und Sonnenschutzmittel mit ausreichendem Schutzfaktor sind ein Muss!



In Solarien künstlich erzeugte UV-Strahlung kann Krebserkrankungen auslösen.

Solarien sind keine gesunde Alternative zur Sonne

Künstliche UV-Strahlung schädigt

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass das Risiko, an schwarzem Hautkrebs (malignes Melanom) zu erkranken, bei Personen, die Solarien nutzen, um fast 30 Prozent höher ist als bei Personen, die keine Solarien nutzen. Wenn die Personen beim ersten Besuch im Solarium jünger als 35 Jahre sind, ist ihr Risiko um fast 60 Prozent höher als bei den Nichtnutzern. Dabei erhöht jede Solarium-Nutzung das Erkrankungsrisiko. Solarium-Nutzung verursacht in Europa schätzungsweise 5 Prozent der Melanom-Neuerkrankungen. Bei Frauen liegt dieser Anteil mit fast 7 Prozent höher als bei Männern, bei denen er knapp 4 Prozent beträgt. Solarien sind auch nicht zur

Bildung oder zum Erhalt eines optimalen Vitamin-D-Status geeignet. UV-A-Strahlung, die in Solarien um ein Vielfaches stärker ist als in der Sonnenstrahlung, trägt nichts zur körpereigenen Vitamin-D-Synthese bei. Im Gegenteil: Wissenschaftliche Ergebnisse weisen darauf hin, dass UV-A den Abbau von Vitamin D fördert.

Auch die in Solarien erreichbare Bräunung für die Hauttypen II, III und IV bietet keine Vorteile. Denn auch bei gebräunter Haut besteht das Risiko, an Hautkrebs zu erkranken. Zudem erfolgt der Aufbau des UV-Eigen-schutzes der Haut, wie zum Beispiel der Aufbau der sogenannten Lichtschwiele, in Solarien nur eingeschränkt. Somit kann keine wesentliche Verminderung der Sonnenbrandempfindlichkeit erreicht werden.

Rechtliche Regelungen zur Minimierung des gesundheitlichen Risikos

Rechtliche Regelungen sollen das gesundheitliche Risiko minimieren. Seit August 2009 gilt das „Gesetz zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen“ (NiSG). Seitdem dürfen Personen unter 18 Jahren Solarien nicht mehr nutzen. Die Betreiber von Solarien sind für die Einhaltung dieses Nutzungsverbots verantwortlich. Seit Januar 2012 ist die Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen künstlicher ultravioletter Strahlung“ (UV-Schutz-Verordnung, UVSV) in Kraft. Die Verordnung gilt für den kommerziellen Betrieb von UV-Bestrahlungsgeräten außerhalb der Heil- oder Zahnheilkunde.

Die UV-Schutz-Verordnung regelt die Anforderungen an den Betrieb von UV-Bestrahlungsgeräten, Einsatz, Aufgaben und Qualifikation von Fachpersonal in Solarien, Informationspflichten gegenüber den Nutzerinnen und Nutzern von Solarien sowie die Dokumentationspflichten derjenigen, die UV-Bestrahlungsgeräte betreiben. Bei Verstoß gegen diese Regeln drohen Geldbußen bis zu 50.000 €.

Empfehlungen

Das Bundesamt für Strahlenschutz rät wegen der gesundheitlichen Risiken generell davon ab, Solarien zu nutzen. Menschen, die ein Solarium nutzen wollen, obwohl sie die gesundheitlichen Risiken kennen, sollten unbedingt ausschließlich Solarien nutzen, die gemäß der UV-Schutz-Verordnung betrieben werden, und Selbstbedienungsstudios bzw. Münzsolarien meiden.

Bei der Auswahl hilft Ihnen der „Solarium-Check“ (www.bfs.de/solarium-check) des BfS.



Egal ob man sich natürlicher oder künstlich erzeugter UV-Strahlung aussetzt – ein regelmäßiges Hautkrebs-Screening ist ratsam.

Tipps für Ihren persönlichen UV-Schutz



Impressum

Bundesamt für Strahlenschutz
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Postfach 100149
38201 Salzgitter
Tel.: +40 3018 333-0
Fax: +49 3018 333-1885
E-Mail: ePost@bfs.de
www.bfs.de

Redaktion: Melanie Bartholomäus
Gestaltung: Zum goldenen Hirschen
Fotos: Titel (Adobe Stock)
Seite 2, 5, 6, 8, 9 (Adobe Stock)
Alle Weiteren BfS
Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock
GmbH & Co. KG
Stand: März 2023



**Mehr Informationen zum Sonnenschutz
finden Sie unter:**
www.bfs.de/sonnenschutz

