Gesundheitsamt Ortenaukreis

Gesundheit und Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen



Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Landratsamt Ortenaukreis
2012

Herausgeber:
Landratsamt Ortenaukreis
Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Badstr. 20
77652 Offenburg

Verfasser:
Dr. Evelyn Kraus
Dr. Andrea Bengel-Flach



Sehr geehrte Damen und Herren,

Kinder verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in Kindergärten und Schulen. Gruppen und Klassen ermöglichen nicht nur gemeinsames Spielen und Lernen, sondern ebenfalls die Stärkung der sozialen Kompetenzen. Ein gesundes Umfeld und das Wissen um Präventions- und Hygienemaßnahmen in Gemeinschaftseinrichtungen sind, neben der Pädagogik, wichtige Grundvoraussetzungen, damit Kinder diese Zeit fröhlich und sorgenfrei erleben können.

Wir freuen uns, Ihnen einen Informationsordner vorstellen zu können, der Gemeinschaftseinrichtungen hilft, vielfältige Fragen rund um die Themen Gesundheit und Hygiene zu beantworten. Neben einem Überblick über die gesetzlichen Grundlagen des Infektionsschutzgesetztes und häufig vorkommende Erkrankungen enthält der Ordner Hinweise zu allgemeinen Gesundheitsfragen, zur Zahngesundheit und zum Umgang mit chronisch kranken Kindern.

Er soll den Alltag in den Kindergärten und Schulen im Ortenaukreis begleiten und die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften erleichtern. Darüber hinaus stehen Ihnen die Kolleginnen und Kollegen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes bei Fragen zur Verfügung.

Wir wünschen Ihnen und den Kindern in Ihren Einrichtungen eine gute Gesundheit, sowie eine glückliche und erfolgreiche Zeit miteinander.

Frank Scherer
Landrat

Dr. Andrea Bengel-Flach
Amtsleiterin

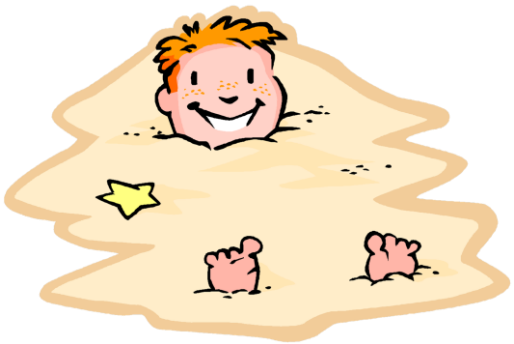
Inhalt

1. Allgemeine Gesundheitsfragen 6
   - 1.1 Impfen 7
   - 1.2 Zahngesundheit 11
   - 1.3 Umgang mit Lebensmitteln 14
   - 1.4 Sonnenschutz 16
   - 1.5 Spielsand 18
   - 1.6 Richtiges Sitzen 20
   - 1.7 Der richtige Schulranzen 23
2. Vorsorgemaßnahmen und Erste Hilfe 24
   - 2.1 Verbandskasten und Sanitätstaschen 25
   - 2.2 Ärztlich verordnete Medikamente 26
   - 2.3 Händehygiene 28
   - 2.4 Wunden 30
   - 2.5 Insekten- und Zeckenstiche 30
   - 2.6 Unfall mit Zahnbeteiligung 31
   - 2.7 Benutzte, weggeworfene Spritzen 32
3. Das Infektionsschutzgesetz 33
   - 3.1 Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz 34
   - 3.2 Belehrung für Eltern und Sorgeberechtigte 39
   - 3.3 Belehrung für die Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen gem. § 35 IfSG 43
   - 3.4 Cholera - meldepflichtig 47
   - 3.5 Diphtherie - meldepflichtig 48
   - 3.6 Enteritis durch enterohämorrhagisches E. coli (EHEC) - meldepflichtig 49
   - 3.7 Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF) - meldepflichtig 51
   - 3.8 Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis - meldepflichtig 52
   - 3.9 Impetigo contagiosa - meldepflichtig 53
   - 3.10 Keuchhusten - meldepflichtig 54
   - 3.11 Ansteckungsfähige Lungentuberkulose - meldepflichtig 55
   - 3.12 Masern - meldepflichtig 56
   - 3.13 Meningokokken- Infektion - meldepflichtig 58
   - 3.14 Mumps - meldepflichtig 60
   - 3.15 Paratyphus/Typhus abdominalis - meldepflichtig 61
   - 3.16 Pest - meldepflichtig 62
   - 3.17 Poliomyelitis – meldepflichtig 63
   - 3.18 Scabies (Krätze) - meldepflichtig 64
   - 3.19 Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen - meldepflichtig 66

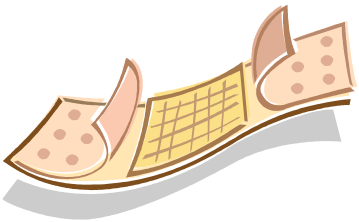
3.20 Shigellose - meldepflichtig 67
3.21 Virushepatitis A oder E - meldepflichtig 68
3.22 Windpocken - meldepflichtig 70
3.23 Kopflausbefall -meldepflichtig 71
3.24 Infektiöse Gastroenteritis, Besonderheit für Kinder im Vorschulalter – meldepflichtig für Kinder unter 6 Jahren 77
3.25 Besonderheiten für Ausscheider 79
3.26 Wiederzulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung 81
4. Informationen zu weiteren Krankheiten und Parasiten 89
4.1 Atemwegserkrankungen – nicht meldepflichtig 91
4.2 Flöhe – nicht meldepflichtig 92
4.3 Gingivostomatitis herpetica (Mundfäule) - nicht meldepflichtig 94
4.4 Hand-Fuß-Mund-Krankheit - nicht meldepflichtig 95
4.5 Hepatitis B – nicht meldepflichtig 96
4.6 Hepatitis C – nicht meldepflichtig 99
4.7 Infektiöse Bindehautentzündung, Keratokonjunctivitis epidemica (Sonderform Adenoviren) - nicht meldepflichtig 101
4.8 HIV-Infektion – nicht meldepflichtig 102
4.9 Ringelröteln – nicht meldepflichtig 103
4.10 Röteln – nicht meldepflichtig 104
4.11 Wurmbefall – nicht meldepflichtig 105
4.12 Durch Zecken verursachte Erkrankungen – nicht meldepflichtig 106
5. Chronische Erkrankungen 108
5.1 Epilepsie (Anfallsleiden) 109
5.2 Diabetes 112
5.3 Asthma bronchiale 114
6. Hygiene in der Gemeinschaftseinrichtung 118
6.1 Erstellung eines Hygieneplans 119
6.2 Tätigkeitsverbote und Belehrungen beim Umgang mit Lebensmitteln 121
7. Die Einschulungsuntersuchung 131

1. Allgemeine Gesundheitsfragen









1.1 Impfen

Impfungen sind das wirksamste Mittel, um Kinder gegen Krankheiten zu schützen. Säuglinge und Kleinkinder sind für Erreger aus der Lebensgemeinschaft und Umwelt anfällig und infizieren sich leicht. Sie bauen erst mit der Zeit ihr Abwehrsystem auf.
Schutz gegen Infektionen bietet der Körper, wenn er genau passende Abwehrstoffe oder Abwehrzellen als „Langzeitgedächtnis“ gegen einen bestimmten Erreger besitzt. Dieser Schutz kann auf verschiedenen Wegen erreicht werden:

1. Nach durchgemachter Erkrankung bildet der Körper selbst aktiv die Abwehrstoffe bzw. Zellen.

2. Nach Verabreichung abgeschwächter oder abgetöteter Erreger durch eine Impfung bildet der Körper ebenfalls aktiv Schutzstoffe. Der Impfstoff besteht aus abgetöteten ganzen Erregern oder nur Teilen davon bzw. aus abgeschwächten lebenden Erregern. Die Menge des Impfstoffes ist so berechnet, dass der Körper den Impfstoff als „fremd“ erkennt und sein Abwehrsystem aktiviert und spezielle Abwehrstoffe bildet, aber in der Regel dabei keine Krankheitssymptome hervorruft.

Die Schutzimpfungen werden in den ersten Lebensjahren vorbeugend vorgenommen. Ca. 2 Wochen nach der Impfung produziert der Körper nachweislich Abwehrstoffe. Je nach Erregerart benötigt der Körper mehrere Impfungen, damit genügend vor Krankheit schützende Abwehrstoffe gebildet werden (= Grundimmunisierung). Die Abwehrstoffe verringern sich mit der Zeit, wenn sie nicht gebraucht werden. Der Körper muss deshalb durch Auffrischimpfungen mit zunehmendem Lebensalter immer wieder an die Produktion von genau passenden Abwehrstoffen erinnert werden.

Für einen Teil der Infektionskrankheiten gibt es bei ihrem Auftreten keine wirksamen Medikamente (Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Hepatitis A und B). Sie können zu schweren Schäden oder sogar zum Tod führen, bevor eigene Abwehrstoffe gebildet worden sind. Auf bestimmte Erreger kann der Körper auch nach durchgemachter Erkrankung nicht genügend Abwehrstoffe aufbauen, die vor einer Neuerkrankung schützen (Diphtherie).
Zum anderen können Infektionskrankheiten trotz Behandlung sehr schwere und langdauernde komplizierte Verläufe zeigen, wodurch die Lebensqualität deutlich eingeschränkt ist.

In Deutschland werden die Impfempfehlungen von der STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) erarbeitet. Dabei wird berücksichtigt, ob es neue Impfstoffe gibt, neue Erkenntnisse über Krankheiten und deren Ausbreitung vorliegen oder bisher in Deutschland und Mitteleuropa wenig verbreitete Krankheiten zunehmend gehäuft auftreten. Die Empfehlungen werden deshalb, wenn erforderlich, ergänzt und aktualisiert.

Tabelle 1 zeigt, welche **Standardimpfungen** ein Kind **bis zum Alter von 23 Monaten** erhalten haben sollte (Impfkalender 2012 der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut). **Fehlende Impfungen** sollten zum frühest möglichen Zeitpunkt nachgeholt werden.
Im Alter von 5 bis 6 Jahren steht eine Auffrischung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten an.
Weitere Impfungen, zum Beispiel gegen FSME (Frühsommermeningoenzephalitis) können je nach Lebensumfeld eines Kindes angezeigt sein. Der Kinder- oder Hausarzt berät hierzu gerne.

Erläuterungen

G = Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1 – G4)

N = Nachholimpfung (Grundimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

Tabelle 1.: Impfkalender (Standardimpfungen, Stand Juli 2012) für Säuglinge und Kleinkinder bis 2 Jahre

Impfung	Alter in Monaten				
	2	3	4	11-14	15-23
Tetanus	G1	G2	G3	G4	N
Diphtherie	G1	G2	G3	G4	N
Pertussis	G1	G2	G3	G4	N
Haemophilus influenza Typ b	G1	G2 a)	G3	G4	N
Poliomyelitis	G1	G2 a)	G3	G4	N
Hepatitis B	G1	G2 a)	G3	G4	N
Pneumokokken	G1	G2	G3	G4	N
Meningokokken C				G1 (ab 12 Monaten)	
Masern, Mumps, Röteln				G 1	G2
Varizellen				G 1	G2

a) bei Anwendung eines Impfstoffes mit nur einer Wirksubstanz kann diese Dosis entfallen

Die STIKO spricht jährlich im Juli neue aktuelle Impfempfehlungen aus.

Erläuterungen zu den Krankheiten für die eine Impfung empfohlen wird

Diphtherie

Diphtherie ist eine schwerwiegende Infektion des Hals- und Rachenraumes mit Erstickungsgefahr. In den vergangenen Jahren traten wiederholt kleine Epidemien in Asien, Afrika und Osteuropa auf. Die Übertragung der Erreger erfolgt durch Tröpfcheninfektion. Eine Erkrankung kann als Spätfolge Schäden an verschiedenen Organen, z.B. am Herz, auslösen. Bei nicht rechtzeitig erkannten Fällen kann der Verlauf der Krankheit tödlich sein.

Tetanus (Wundstarrkrampf)

Der Tetanuserreger findet sich in unserer Umwelt, v.a. im Erdreich. Oft reicht für eine Infektion schon eine kleine Wunde aus. Bis zum Ausbruch der Krankheit kann es bis zu drei Wochen dauern. Es kommt zu Krämpfen und Lähmungen der Muskulatur. Die Behandlungsmöglichkeiten sind begrenzt. In 10 – 20% der Fälle verstirbt der Kranke trotz intensivmedizinischer Versorgung. Durch eine Impfung kann man sich sicher schützen.

Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Kinderlähmung ist eine mit Lähmungen einhergehende Erkrankung des Rückenmarks und Gehirns. Es ist lediglich eine Therapie der Symptome möglich, daher ist die Impfung ein wirksames Mittel die Krankheit zu verhindern.

Pertussis (Keuchhusten)

Pertussis ist in der Regel eine Erkrankung, die sich über mehrere Wochen bis Monate hinzieht. Typisch sind krampfartige, bellende Hustenanfälle. Mögliche Komplikationen sind Mittelohr- oder Lungenentzündungen, selten auch eine Schädigung des Gehirns. Die Krankheit ist über einen längeren Zeitraum ansteckend und ein Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist in dieser Zeit nicht möglich.

Hepatitis B

Die Hepatitis B ist eine ansteckende Form der Leberentzündung. 10 % der erkrankten Kinder entwickeln eine dauerhafte Infektion, die in einem späten Stadium zu schweren Folgen wie, Leberzirrhose oder Leberkrebs führen kann. Da es für einen Großteil der Patienten auch heute noch auf Dauer keine wirkungsvolle Therapie im Sinne einer Heilung gibt, ist es besonders wichtig, eine Infektion zu verhindern. Dies ist durch die Impfung möglich.

Pneumokokken

Pneumokokken sind weltweit verbreitet und können für Säuglinge, Kleinkinder und Menschen mit chronischen Erkrankungen gefährlich sein. Sie können Hirnhaut-, Lungen- und Mittelohrentzündungen sowie Blutvergiftungen verursachen.

Meningokokken

Meningokokken sind Bakterien, die Hirnhautentzündungen oder, bei einer Überschwemmung des Körpers durch diese Bakterien, ein lebensbedrohliches Krankheitsbild (Sepsis) auslösen können. Bei einer Meningokokkeninfektion können gefährliche Komplikationen und Spätfolgen wie Hörverlust und Krampfleiden auftreten.

Masern, Mumps, Röteln, Hämophilus influenzae Typ b und Windpocken

Auch gegen diese Erkrankungen wird eine Impfung empfohlen, da im Rahmen dieser Infektionen sehr schwerwiegende Komplikationen auftreten können, bzw. eine Gefahr für Dritte bei einer Ansteckung besteht.

Bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen, sollte daher auf einen vollständigen Impfschutz geachtet werden. Hierzu berät der Kinder- oder Hausarzt.

1.2 Zahngesundheit

„Gesund beginnt im Mund – je früher desto besser“ lautete der Slogan zum Tag der Zahngesundheit 2011. Eine gute Mundgesundheit ist die Voraussetzung für eine gesunde körperliche Entwicklung der Kinder und für gesunde Zähne bis ins hohe Lebensalter. Obwohl die Karies bei den 12-Jährigen in den vergangenen 25 Jahren um 80 % verringert werden konnte, gibt es nach wie vor eine Gruppe, die mit Karies und seinen Folgen zu kämpfen hat.

Fast die Hälfte der kariösen Zähne, die bei der Einschulung vorhanden sind, entsteht während der ersten drei Lebensjahre. Der falsche und ausdauernde Gebrauch von Nuckelflaschen mit gesüßten oder säurehaltigen Getränken ist der Hauptgrund hierfür.

Karies entsteht durch Zahnbelag (Plaque) der nicht von den Zähnen entfernt wird. Bakterien wandeln in der Plaque vorhandene Zucker in Säuren um und es entstehen Defekte zuerst im Zahnschmelz, später auch im Zahnbein (Dentin).

Es ist wichtig Karies bei Milchzähnen zu behandeln. Abgesehen von den Zahnschmerzen, die diese verursachen können, stellt ein entzündeter Zahn eine ständige Belastung für das Immunsystem dar. Bei einem frühzeitigen Verlust von Milchzähnen kommt es häufig zur Kippung oder Wanderung der Nachbarzähne in die Lücke. Die Folge ist meist eine aufwendige kieferorthopädische Behandlung, da die bleibenden neuen Zähne keinen Platz finden.

Fünf Faktoren beeinflussen die Zahngesundheit positiv:

1. Eine abwechslungsreiche und gesunde **Ernährung** ist wichtig. Vollkornbrot, Getreideprodukte, Obst und Gemüse regen den Speichelfluss an und fördern somit die Selbstreinigung der Zähne. Feste Kost bedeutet ebenfalls, dass Kau- und Kiefermuskulatur gefordert werden. Süßigkeiten sollten nicht generell verboten sein, sondern am besten nur einmal am Tag, z.B. nach dem Mittagessen, verzehrt werden. So bleibt es bei einem „Säureangriff“ auf die Zähne.

2. Regelmäßiges **Zähneputzen** ist für gesunde Zähne unerlässlich. Zweimal am Tag sollten die Zähne mit einer altersentsprechenden Kinderzahnpasta geputzt werden, immer nach dem Frühstück und vor dem Zubettgehen. Eine Zahnbürste sollte spätestens nach drei Monaten ausgetauscht werden.

3. **Fluoride** härten den Zahnschmelz. Sie können sogar kleine Defekte im Zahnschmelz reparieren. Daher sind Fluoride in Zahnpasten und der Ernährung, z.B. im Salz, eine wertvolle Ergänzung, um die Zahngesundheit zu fördern.

4. Ein **zweimaliger Zahnarztbesuch** im Jahr dient der Vorbeugung und Früherkennung von Zahnschäden oder Kieferanomalien. Der Zahnarzt kann individuell beraten. Für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen fällt keine Praxisgebühr an, sie sollten daher in Anspruch genommen werden.

5. **Prophylaktische Behandlungen** beim Zahnarzt oder Kieferorthopäden, wie z.B. die Versiegelung der bleibenden Backenzähne, die Fluoridierung der Zähne oder die Entfernung von Zahnstein dienen ebenfalls der Mundgesundheit. Durch eine frühzeitige Vorstellung beim Kieferorthopäden können Fehlstellungen der Zähne festgestellt werden und in einigen Fällen kann schon im Milchgebiss mit der Behandlung begonnen werden.

Schnuller

Häufig kommen kleine Kinder mit dem Schnuller in die Kindertagesstätte. Spätestens ab dem dritten Lebensjahr sollten die Kleinen ohne ihren Schnuller zurechtkommen. Bis zu diesem Zeitpunkt kann der Kiefer durch Wachstum etwaige Fehlstellungen selber korrigieren. Wird der Schnuller zu lange und ausdauernd benutzt, kann dies zu Fehlstellungen der Zähne und auch zu Fehlbildungen des Kiefers führen.



Es gibt verschiedene Ansätze und Möglichkeiten den Schnuller abzugewöhnen.

Wenn sich die Kleinen in der neuen Umgebung der Kindertagesstätte eingewöhnt haben, kann damit begonnen werden, den Schnuller immer mehr aus dem Tagesgeschehen zu entfernen. Man verabredet z.B. mit dem Kind den Schnuller im Kindergarten in der Tasche zu lassen. Dann sollte er auch tagsüber zu Hause weniger verwendet werden. Zum Schluss folgt die Abgewöhnung in der Nacht. Die Eltern können den Schnuller nach dem Einschlafen aus dem Mund ziehen, so wird die Verweildauer des Schnullers im Mund auf jeden Fall verringert.

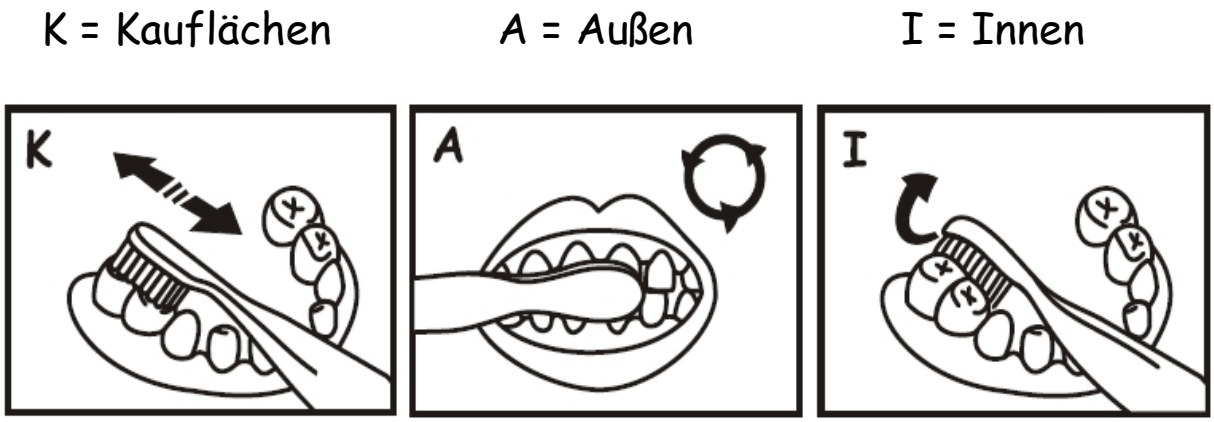
Für manche Kinder ist es einfacher, den Schnuller ganz bewusst abzugeben. Man kann die Schnuller-Fee bitten, den Schnuller gegen ein kleines Geschenk einzutauschen. Der Nikolaus, Weihnachtsmann und Osterhase bieten sich ebenfalls als Tauschpartner an.

Einige Kinder können auch verstehen, dass sie für den Schnuller zu groß sind und sind bereit ihn einem Baby zu schenken.

Die Methode muss individuell gewählt werden. Generell aber ist der Schnuller, gegenüber dem Daumen, das kleinere Übel.

Zähneputzen

Die KAI-Methode (systematisches Putzen der **K**auflächen, **A**ußenflächen und **I**nnenflächen der Zähne) ist speziell für Kinder ausgelegt. Die Feinmotorik der Kinder entwickelt sich bis in das Schulalter. Daher kann ein dreijähriges Kind am Anfang nur die schrubbende Bewegung auf den Kauflächen ausführen. Selbst die Schulanfänger haben noch Schwierigkeiten, die Innenflächen der Zähne richtig zu putzen. Die Eltern sollten daher die Zähne solange nachputzen, bis ihr Kind flüssig Schreibschrift schreiben kann.



Quelle: LZK Hessen

Zähneputzen in der Einrichtung

Das Zähneputzen sollte nur unter Aufsicht stattfinden. Die Zahnbürsten der Kinder sollten für diese unerreichbar aufbewahrt werden. Jedes Kind muss seine eigene Zahnbürste haben, die namentlich gekennzeichnet ist. Die Zahnbürsten sind so aufzubewahren, dass sich die Bürstenköpfe nicht berühren. Eine einfache Lösung hierfür sind z.B. Joghurtsteigen aus dem Supermarkt, in denen die Becher mit den Zahnbürsten mit ausreichend Abstand aufbewahrt werden können. Es ist wichtig, die Kinder bei den einzelnen Schritten des Zähneputzens anzuleiten, die Handhabung zu erklären und zu begleiten. Es sollten nur ein oder zwei Kinder an einem Waschbecken stehen. Falls die Zahnpasta für alle Kinder aus einer Tube entnommen wird, bietet es sich aus hygienischen Gründen an, diese auf einem Teller in kleinen Miniportionen aufzutragen. So kann jedes Kind seine kleine Portion mit der Zahnbürste aufnehmen. Ausführliche Informationen und viele Tipps zum Zähneputzen in Kindergärten findet man auf den Webseiten www.jugendzahnpflege.hzn.de, www.zahngesundheit-aktuell.de, www.daj.de, www.forum-zahngesundheit.de.

1.3 Umgang mit Lebensmitteln

Verantwortlich für die Lebensmittelhygiene ist der Leiter/die Leiterin der Einrichtung. Die Zuständigkeit für die lebensmittelrechtliche Überwachung liegt beim Landratsamt Ortenaukreis, Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung.
Zur Vermeidung lebensmittelbedingter Erkrankungen sind bei der Zubereitung von Mahlzeiten bestimmte Hygieneregeln einzuhalten. Hier sind exemplarisch die wichtigsten genannt:

- Alle Beschäftigten, die im Kindergarten regelmäßig mit Lebensmitteln in Berührung kommen und Speisen zubereiten, sind nach §§ 42/43 IfSG zu belehren. Die Belehrungen können beim Gesundheitsamt Ortenaukreis oder durch einen vom Gesundheitsamt beauftragten Arzt erfolgen. Auskünfte hierzu erteilt Ihnen das Gesundheitsamt. Telefon: 0781 805 9715

- Vor und nach der Zubereitung und Ausgabe von Speisen sind die Hände gründlich zu reinigen. Eine Desinfektion der Hände erhöht die Sicherheit. Wenn sie erfolgt, dann nach dem Händewaschen auf gut abgetrockneten Händen. Die Einwirkzeit des Desinfektionsmittels ist zu beachten und erforderlichenfalls (bei beabsichtigtem Kontakt mit Lebensmitteln) nochmals nachzuspülen (Geschmack!!).

- Nach Ausflügen, bei denen Kinder Kontakt mit Tieren hatten, insbesondere mit Kühen, Schafen und Ziegen, müssen sie sich unbedingt gründlich die Hände waschen, damit eine Übertragung von Erregern vom Tier auf den Menschen verhindert wird.

- Jeder, der Lebensmittel für andere zubereitet, muss auf seine persönliche Hygiene achten.
    - Uhren und Handschmuck sind abzulegen, denn darunter könnten Schmutzreste anhaften.
    - Es ist saubere Arbeitskleidung zu tragen.
    - Kleine, saubere Wunden an Händen und Armen müssen mit einem wasserundurchlässigen Pflaster abgedeckt werden.
    - Wenn die Wunde eitert, dürfen die betroffenen Personen nicht am Kochen teilnehmen.
    - Ebenso dürfen Personen, die an einer Durchfallerkrankung leiden oder an einer Gelbfärbung der Haut, nicht am Zubereiten der Speisen teilnehmen.

- Auf Lebensmittel darf nicht gehustet oder geniest werden.

- Alle benutzten Geschirr- und Besteckteile sind bei mindestens 60°C heiß zu reinigen. Nach Möglichkeit sollte außer dem Spülbecken auch eine Geschirrspülmaschine vorhanden sein.

- In der Küche muss ein separates Handwaschbecken vorhanden sein. Das Handwaschbecken muss mit Warm- und Kaltwasserzufuhr, Seifenspender und ggf. Desinfektionsmittelspender und einer Möglichkeit zum hygienischen Händetrocknen (z.B. Einmalhandtücher) ausgestattet sein. Für die Einmalhandtücher muss ein Abfallbehälter aufgestellt werden.

- Bei bestehenden Einrichtungen ist darauf zu achten, dass das Spülbecken nicht als Handwaschbecken benutzt wird.

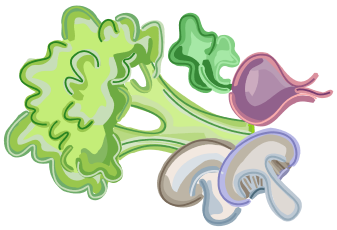
- Der Fußboden, die Wände und die Decken der Küche müssen wasserundurchlässig und leicht zu reinigen sein.

- Oberflächen von Arbeitsplatten, Schränken und Spülbecken müssen glatt, korrosionsbeständig, leicht zu reinigen und ggf. zu desinfizieren sein.

- Es sollte kein Verzehr von rohem oder unzureichend gegartem Fleisch, das innen noch blutig ist, stattfinden.

- Rohmilch sollte nicht ausgegeben werden, falls doch, nur in abgekochtem Zustand.

Bei Fragen zur Lebensmittelhygiene wenden Sie sich an das Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung.



1.4 Sonnenschutz

Wenn die Sonne scheint, ist die Haut besonders gefordert. Sie bildet Pigmente und wird braun. Sie bildet auch mehr Hornhaut, um sich zu schützen. Auf zu viel Sonne reagiert die Haut mit schmerzhaftem Sonnenbrand und sie altert schneller. Sonnenbrände im Kindesalter stellen ein besonders hohes Risiko dar. Kinderhaut ist gefährdet, weil die Hautschichten noch dünn und zart sind. UV-Strahlung dringt tief ein und verändert die Hautstrukturen. Tückischerweise entsteht Hautkrebs erst im Erwachsenenalter, wenn die Sonnenbrände längst vergessen sind. Erst mit 15 Jahren erreicht die Haut die vollständige Fähigkeit zur Eigenpigmentierung (Bräunung). Trotz aller gebotenen Vorsicht ist Sonne lebenswichtig für den Organismus, sie hilft dem Immunsystem, dem Hormonhaushalt und tut der Psyche wohl.

Folgende Hautzonen reagieren besonders empfindlich auf Sonnenbestrahlung: Stirn, Kopfhaut, Nase, Ohren, Lippen, Kinn, Nacken und Schultern, Rücken und Brust, Gesäß sowie Fußrücken. Auf sie muss besonders achtgegeben werden, falls Kinder sich in der Sonne aufhalten.

Nicht jede Haut reagiert gleich auf Sonneneinstrahlung. Man unterscheidet **4 Hauttypen**. Bei uns sind Typ I und II besonders häufig:

Hauttyp I: Haut auffallend hell, Sommersprossen stark, Haare blond oder rötlich, Augen grün oder blau, selten braun
reagiert auf Sonne immer mit schwerem, schmerzhaftem Sonnenbrand, niemals Bräunung

Hauttyp II: Helle Haut, selten Sommersprossen, Haare blond bis braun, Augen blau, grün oder grau
reagiert auf Sonne mit schwerem Sonnenbrand, schwache Bräunung

Hauttyp III: Haut hellbraun, keine Sommersprossen, Haare dunkelblond oder braun, Augen grau oder braun
mäßiger Sonnenbrand, gute Bräunung

Hauttyp IV: Braune Haut, keine Sommersprossen, Haare dunkelbraun oder schwarz, Augen dunkel
selten Sonnenbrand, bräunt schnell und tief

Wenn die Sonne scheint, sind Schatten und Kleidung der beste Schutz vor einem Sonnenbrand. Deshalb den Kindern Tuch, Kappe oder Hut als Kopfbedeckung aufsetzen und darauf achten, dass Gesicht und Nacken ausreichend Schatten bekommen. T-Shirts und Hosen sollten lang und weit sein, so dass sie auch bei Hitze angenehm kühl halten. Übrigens hat auch Körperschweiß hautschützende Bestandteile. Kinder sollten besonders viel trinken, um den Flüssigkeits- und Salzverlust auszugleichen. Barfuß laufen ist wenig empfehlenswert, auch nicht in Sandalen. Schuhe aus Stoff, die den Fußrücken bedecken, schützen ebenso vor heißem Sand oder Asphalt, wie vor Sonnenbrand. Bis zum Ende des 1. Lebensjahres sollten Kinder nach Möglichkeit der direkten Sonne überhaupt nicht ausgesetzt werden.

Die ersten sonnigen Tage sollten vermehrt im Schatten genutzt werden, um sich an die Sonne und ihre kraftvollen Strahlen zu gewöhnen. Für das Tagesprogramm können Unternehmungen draußen besser am Vormittag, bis 11:00 Uhr, oder späteren Nachmittag, ab 15:00 Uhr stattfinden, wenn die Sonnenstrahlung schwächer ist.



Verwenden Sie kindgerechte Sonnenschutzmittel ab Lichtschutzfaktor 30. Cremes und Lotionen sind besser geeignet als Gelees, die die Haut stärker austrocknen. Sonnenöl ist für Kinder ungeeignet.
Sonnenschutzmittel müssen neben UVB-Schutz, der sich im Lichtschutzfaktor ausdrückt, auch einen UVA-Filter beinhalten.

Das Eincremen sollte eine halbe Stunde vor Beginn der Sonnenexposition und großzügig erfolgen. (2 mg pro cm², als Faustregel: die Menge eines Kaffeelöffels reicht gerade für das Eincremen des Gesichtes).
Der Sonnenschutz ist auch an bedeckten Tagen wichtig, denn selbst eine geschlossene Wolkendecke hält höchstens 20 % der UV-Strahlung ab.

1.5 Spielsand

Hygienische Beurteilung von Spielsand

Merkblatt

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

Vielfältige Eintragspfade aus der Umwelt führen dazu, dass Spielsand in vielen Fällen belastet ist. Bei der systematischen Untersuchung von 148 Spielsandproben in den Jahren 2000 und 2001 durch das Landesgesundheitsamt konnten in ca. 40 % der Proben fäkale Verunreinigungen nachgewiesen werden. Parasiten wurden in insgesamt 38 Proben (26 %) nachgewiesen. In der Hälfte der Fälle handelte es sich dabei um Krankheitserreger, die für den Menschen bedeutsam sein können. Die Ergebnisse bestätigten damit weitgehend die Untersuchungen anderer Arbeitsgruppen.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Erfahrungen ist das Krankheitsrisiko durch verunreinigten Spielsand dennoch insgesamt als gering einzuschätzen. Um dieses geringe Risiko zu minimieren, ist aus Vorsorgegründen zu vermeiden, dass die Kinder verunreinigten Spielsand in größeren Mengen über den Mund aufnehmen. Diesem Ziel dienen die nachfolgenden Empfehlungen.
Den Trägern bzw. den Verantwortlichen für Kinderspielplätze wird empfohlen, unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit die Verunreinigung des Spielsandes durch folgende Maßnahmen zu unterbinden:

- Der Zulauf von Hunden und Katzen ist auf geeignete Weise, z. B. Einzäunung, zu unterbinden.
- Sandkästen in Einrichtungen sollen - wenn erforderlich - über Nacht bzw. über das Wochenende abgedeckt werden.

- Einfach durchzuführende und effektive Maßnahmen sind regelmäßige visuelle Kontrolle und mechanische Grobreinigung, sowie Entfernung von Fremdkörpern und organischen Verunreinigungen.
- Bei der Anlage von Sandkästen ist zu prüfen, ob zur ausreichenden Abflussmöglichkeit von Wasser vorsorglich eine Drainage angelegt werden sollte.

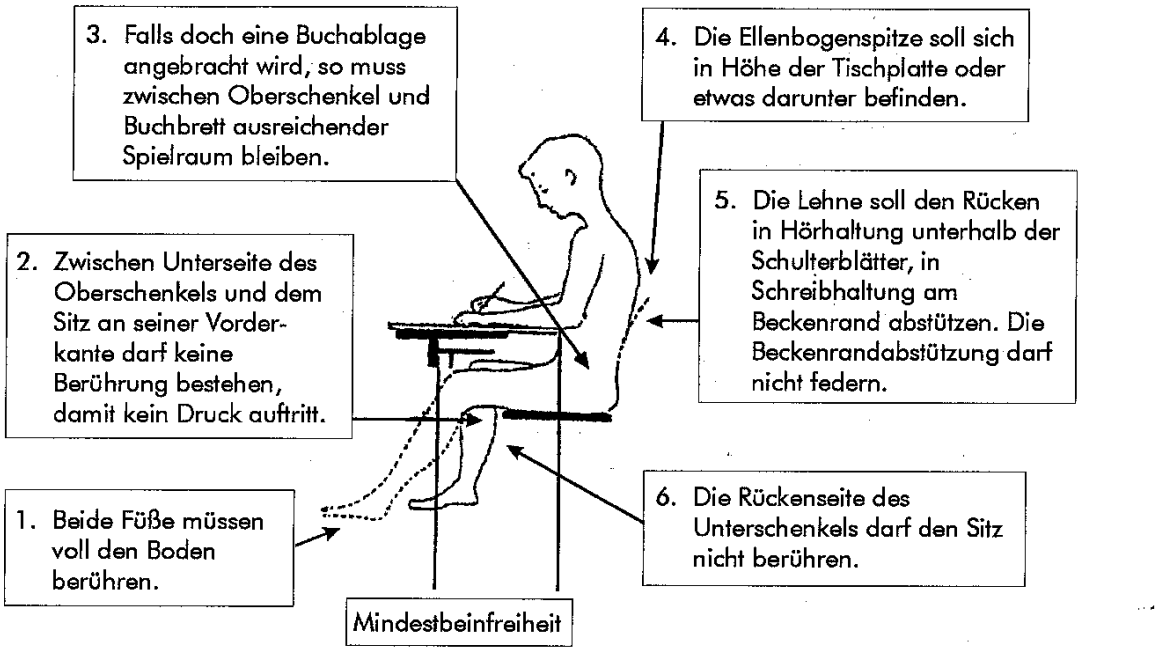
Bei Beachtung dieser Empfehlungen ist ein Sandaustausch alle zwei bis drei Jahre ausreichend.
Eltern und Aufsichtspersonal sollen auf die Einhaltung allgemeiner hygienischer Verhaltensmaßnahmen hingewiesen werden, um das Verschlucken von Spielsand durch die sog. Hand-zu-Mund-Bewegung, die für Kleinkinder typisch ist, zu vermeiden. Hierzu gehören insbesondere:

- Vermeidung der Nahrungsaufnahme während des Spielens im Sandkasten
- Reinigung der Spielsachen, die in die Wohnräume mitgenommen werden
- Gründliche Reinigung der Hände, vor allem vor einer Nahrungsaufnahme

Quelle: Landesgesundheitsamt, Merkblatt Hygienische Beurteilung von Spielsand, April 2005



1.6 Richtiges Sitzen



Kinder wachsen schnell. Ein Stuhl, der zu Beginn des Schuljahres passend war, kann nach den Weihnachtsferien schon zu klein sein. Deshalb muss mindestens jedes halbe Jahr eine Sitzprobe gemacht werden. Worauf kommt es an?

Der Stuhl:

- Die Sitztiefe wird durch die Oberschenkellänge bestimmt. Bei senkrecht gestelltem Unterschenkel und voll aufstehendem Fuß darf die Unterseite des Oberschenkels die Vorderseite des Stuhles nicht berühren.

- Der Sitz muss eine abgerundete Vorderkante haben, damit die Blutzirkulation in den Oberschenkeln nicht behindert wird.

- Die Sitzfläche sollte in einem Winkel von etwa 5 Grad von vorn nach hinten abfallen. Die Sitzmulde muss sich im hinteren Drittel der Sitzfläche befinden und eine Sitzneigung von 3 bis 4 Grad bieten. Die Sitzfläche soll für den normalen Unterricht nicht drehbar sein, es sei denn, sie ist zu fixieren.

- Der Stuhl soll bis zum Beckenrand eine nicht federnde Lehne haben, die alle Sitzhaltungen zulässt.

- Die Tischhöhe muss so gemessen sein, dass der Schüler die Unterarme voll auflegen kann, ohne die Schultern heben zu müssen.

- Die Bewegungsfreiheit für die Beine darf beim Schultisch keinesfalls durch ein Buch- oder Mappenfach oder durch Querverstrebungen eingeschränkt werden; auch dann nicht, wenn der Schüler wegen einer guten Schreibhaltung ganz an die Tischkante heranrücken muss. Die Tischhöhe darf durch das Buchfach nicht beeinträchtigt werden. Auch die Beinfreiheit darf durch die Mappenunterbringung nicht behindert werden.

- Die Tischplatte muss so bemessen sein, dass zwei nebeneinander sitzende Schüler sich bei der Arbeit nicht mit den Ellenbogen berühren.

Langandauerndes Sitzen ist eine körperliche Anstrengung, vor allem, wenn keine entspannte Körperhaltung möglich ist. Langfristig kann unbequemes Sitzen Haltungsschäden verursachen. Noch so gute Schulmöbel sind daher gesundheitsschädlich, wenn sie den Köpermassen des Schülers nicht entsprechen.

Größen	1	2	3	4	5	6	7
Farbkennzeichnung	orange	violett	gelb	Rot	Grün	Blau	Weiß
durchschnittliche Körperhöhe	105	120	135	150	165	180	188 +
Höhe der Sitzfläche	26	30	34	38	42	46	50
Tischhöhe	46	52	58	64	70	76	82

Auch verstellbare Stühle und Tische kommen in Frage. In vielen Fällen benötigen etwa zwei Drittel der Schüler einer Klasse die Möbel, die dem Jahrgangsdurchschnitt entsprechen. Nur wenige Schüler brauchen kleinere, die Mehrzahl größere Schulmöbel. Die Streuung der Körpergrößen der Schüler innerhalb der Klassen kann sehr unterschiedlich sein, schematische Festlegungen sind daher unmöglich.

Kinder sollten dynamisch sitzen. Dynamisches oder bewegtes Sitzen bedeutet, nicht ständig in einer bestimmten Sitzhaltung zu verharren, sondern vielfältig und abwechslungsreich zu sitzen: mal nach vorne gebeugt, mal nach hinten gelehnt, aber auch „lümmelnd“, mit angezogenen oder mit gestreckten Beinen, ja sogar verkehrt herum auf dem Stuhl sitzend.

Lehrkräfte sollten dies beherzigen, indem sie – natürlich im Rahmen der unterrichtlichen Möglichkeiten – wechselnde Sitzhaltungen tolerieren und Bewegung im Unterricht fördern und praktizieren (Bewegungspausen, Stehphasen, Sitzkreis am Boden usw.).

Die Sitzprobe:

Die Stühle müssen halbjährlich, entsprechend der Körpergröße des Kindes, unter aktiver Teilnahme der Schüler, angepasst werden. In allen Schulen sollten genügend Reservetische und– Stühle vorhanden sein.

Die Zuteilung der Möbel für die Schüler liegt in der Verantwortung des Schulleiters und des Klassenlehrers, in Zusammenarbeit mit dem Hausmeister der Schule.



1.7 Der richtige Schulranzen

Beim Einkauf sollten Sie bitte auf Folgendes achten:

- Der Schulranzen sollte unbedingt die Schulranzen-Norm DIN 58124 erfüllen. Sie gewährt, dass der Schulranzen sicher, praktisch und wasserdicht ist. Entsprechende Modelle tragen den Norm-Aufkleber bzw. ein TÜV-Siegel.
- Wählen sie ein leichtes, nicht zu großes Modell!
- Die Riemen sollten breit, gut gepolstert und auf keinen Fall zu lang sein.
- Eine ergonomisch geformte und gepolsterte Schulranzenrückseite sollte an mehreren Stellen am Körper anliegen und nicht über die Schultern hinausragen.
- Achten Sie auf Sicherheitsfarben und reflektierende „Katzenaugen“.



Helfen Sie Ihrem Kind in den ersten Tagen beim Packen!

- Bringen Sie Ihrem Kind bei, den Schulranzen immer mit zwei Gurten zu tragen und ihn keineswegs wie eine Umhängetasche zu gebrauchen. Dabei sollten die Tragegurte auf die gleiche Länge eingestellt sein und der Schulranzen insgesamt dicht am Rücken anliegen.
- Die alte Regel, dass das Ranzengewicht höchstens 1/10 des Körpergewichtes betragen darf, ist eine grobe Faustregel. Vielmehr sollte das Ranzengewicht dem Fitnessgrad und der Länge des Fußweges des Kindes angepasst sein.
- Spielzeug, schwere Getränkedosen und Freizeitartikel gehören nicht in den Ranzen.
- Achten Sie auf gleichmäßige Gewichtsverteilung!
- In den Turnbeutel gehören nur die Turnsachen.

2. Vorsorgemaßnahmen und Erste Hilfe







2.1 Verbandskasten und Sanitätstaschen

Die Gemeindeunfallversicherungsverbände und die Unfallkassen haben gemäß § 14, SGB VII mit allen geeigneten Mitteln für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Nach § 23 SGB VII haben sie für die erforderliche Aus- und Fortbildung der Personen in den Unternehmen zu sorgen, die mit der Ersten Hilfe beauftragt sind.
Inhalte und Ausbildungsangebote diesbezüglich können bei den zuständigen Trägern der Unfallversicherung erfragt werden.

In jeder Einrichtung muss ein verschließbarer Verbandskasten oder Verbandsschrank, deutlich gekennzeichnet mit einem grünen Kreuz, vorhanden sein.
Für Aktivitäten außerhalb des Kindergartens oder der Schule müssen Sanitätstaschen bereitstehen.

Um schnelle Hilfe zu gewährleisten, ist es empfehlenswert, alle Notrufnummern gut sichtbar am Telefon, in der Sanitätstasche und zusätzlich an der Innentür des Verbandkastens anzubringen.
Der Inhalt des Verbandkastens bzw. der Sanitätstasche muss der DIN 13157 Typ C entsprechen.

Wartung der Verbandskästen

Bringen Sie eine übersichtliche Inventarliste an gut sichtbarer Stelle an. Mindestens einmal jährlich (bei Sanitätstaschen nach jedem Gebrauch) muss der Inhalt auf Vollständigkeit geprüft werden. Dabei ist zu beachten, dass Verbandsmaterialien nach Ablauf des Verwendbarkeitsdatums nicht mehr benutzt werden dürfen.
Jede Erste- Hilfe- Behandlung eines Kindes sollte in einer Liste oder einem Verbandbuch protokolliert werden. Verbandbücher werden von den Unfallversicherungsträgern kostenlos zur Verfügung gestellt und sind nach der letzten Eintragung 5 Jahre aufzubewahren.



2.2 Ärztlich verordnete Medikamente

Es kommt immer wieder vor, dass Kinder mit ärztlich verordneten Medikamenten im Kindergarten oder der Schule versorgt werden müssen. Manche Kinder müssen regelmäßig ein Medikament einnehmen, andere sollen bei bestimmten Beschwerden ein Medikament erhalten. Wir empfehlen, dies schriftlich zu vereinbaren (siehe Musterbrief auf der nächsten Seite).

1. Die Eltern lassen den Bogen „Verordnung von Bedarfsmedikation“ in der Arztpraxis ausfüllen oder füllen ihn selber aus.

2. Dieser Bogen wird bei den Personalunterlagen des Kindes aufbewahrt.

3. Das Medikament wird gekennzeichnet mit dem Namen des Kindes, der Darreichungsform, der Einzeldosierung und bei welchen Beschwerden es angewendet werden soll. Die Medikamente sind in der Hausapotheke, für Kinder unzugänglich, aufzubewahren. Das Verfallsdatum muss beachtet werden.

4. Ist die Medikation nicht mehr erforderlich oder verlässt das Kind die Einrichtung, wird das Medikament den Eltern zurückgegeben.

Auf der folgenden Seite finden Sie einen Musterbrief zur Verordnung von Bedarfsmedikation.



Verordnung von Bedarfsmedikation

Liebe Kinderärztin,
Lieber Kinderarzt,

Sie haben Ihrer Patientin/Ihrem Patienten_____
Name des Kindes

ein Medikament zur Anwendung bei Bedarf verschrieben. Als ihr(e)/ sein(e) ErzieherIn/LehrerIn bin ich während des Aufenthalts im Kindergarten/der Schule für die Durchführung der Bedarfsmedikation verantwortlich. Deshalb bitte ich Sie um folgende Informationen:

Welches Medikament wurde verordnet?

_____

Bei welchen Beschwerden soll das Medikament angewendet werden?

_____

In welcher Darreichungsform wird es angewendet?

☐ Tabletten ☐ Zäpfchen ☐ sonstige

☐ Tropfen ☐ Dosier-Aerosol

Welche Anzahl/Dosierung haben Sie verordnet? _____

Wie muss das Medikament gelagert werden? _____

Muss etwas Besonderes im Umgang mit dem Medikament beachtet werden?

_____

_____ _____

Ort/Datum (Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt)

Für Ihre Bemühungen im Voraus besten Dank!
Mit freundlichen Grüßen

_____
(Unterschrift ErzieherIn/LehrerIn)

2.3 Händehygiene

Das selbstverständliche Händewaschen, nach dem Toilettenbesuch und vor dem Essen, ist eine der wichtigsten Hygienemaßnahmen in der täglichen Routine in einer Gemeinschaftseinrichtung, ebenso wie im Privathaushalt oder auf Reisen. Es stellt den Normalfall der Händehygiene dar und verhindert mit ausreichender Sicherheit Kontaktinfektionen, durch die im mitteleuropäischen Alltag am ehesten zu erwartenden Krankheitserreger, z. B. Salmonellen.

Durch das Waschen der Hände werden diese Erreger, die möglicherweise auf der Haut sitzen, abgespült. Selbst wenn einige wenige Erreger auf der Haut haften bleiben sollten, können diese keine Erkrankung auslösen. Für eine Erkrankung müssen in den meisten Fällen sehr viele (zum Teil Millionen) Keime aufgenommen werden. Solch hohe Keimzahlen werden nur dann erreicht, wenn die Krankheitserreger Zeit hatten, sich in einem geeigneten Lebensmittel zu vermehren. Mit anderen Worten: Krank wird ein Kind durch den Verzehr solcher Lebensmittel, nicht aber dadurch, dass es mit seinen Fingern, an denen noch einige wenige Erreger haften, sein Pausenbrot verzehrt oder den Apfel eines anderen Kindes berührt.

Bei einigen Krankheiten, wie virusbedingten Durchfallerkrankungen, reicht das alleinige Händewaschen aber nicht aus, weil hier schon eine geringe Zahl von Erregern die Erkrankung auslösen kann. Für eine virusbedingte Durchfallerkrankung sprechen folgende Fakten: relativ plötzlicher Ausbruch, Erbrechen und eine gemeinsame Mahlzeit als mögliche Ursache ist unwahrscheinlich.
Wenn im Kindergarten oder der Schule der Verdacht auf eine virusbedingte Durchfallerkrankungswelle besteht, ist dies meldepflichtig und dem Gesundheitsamt mitzuteilen. Es sollen in diesem Fall viruswirksame, RKI-gelistete Händedesinfektionsmittel von den ErzieherInnen/LehrerInnen verwendet werden, besonders nach jedem Toilettenbesuch, vor der Lebensmittelzubereitung und nach Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem.

Das Gesundheitsamt berät Sie hierzu gerne.

Händedesinfektion – so wird es gemacht:

Grundsätzliches: Legen Sie Ringe und Armbanduhr ab. Nehmen Sie sich 30 Sekunden Zeit, um das Desinfektionsmittel richtig zu verreiben. Die Hände müssen durch das Desinfektionsmittel komplett feucht sein. Trocknen Sie überschüssiges Desinfektionsmittel nicht ab. Verreiben Sie es oder lassen Sie es verdunsten.

6 Schritte für die richtige Händedesinfektion

1. Geben Sie 2 Hübe bzw. 3 - 5 ml Händedesinfektionsmittel in die hohle, trockene Hand und reiben Sie die Handflächen aneinander.
2. Reiben Sie mit der Handfläche der rechten Hand über den Handrücken der linken Hand und umgekehrt. Spreizen Sie dabei die Finger und fahren Sie in die Zwischenräume der Finger.
3. Reiben Sie nochmals die Handflächen mit gespreizten Fingern aneinander und benetzen Sie dabei die Fingerzwischenräume.
4. Reiben Sie die Außenseiten der Finger in der Handfläche der jeweils anderen Hand.
5. Umfassen Sie den rechten Daumen mit der linken Hand (und umgekehrt) und führen Sie Drehbewegungen durch.
6. Geben Sie noch etwas Desinfektionsmittel in die hohle Hand und tunken Sie die Fingerspitzen hinein. So erreichen Sie die Fingerkuppen und Fingernägel.

Welche Desinfektionsmittel sind in Gemeinschaftseinrichtungen erforderlich?

Flächendesinfektionsmittel: In der Putzkammer und im Kindergarten am Wickeltisch.
Händedesinfektionsmittel : am Wickeltisch (Pflicht), in der Küche und der Personaltoilette (Empfehlung).



2.4 Wunden

Bei der Versorgung von Wunden müssen immer Einmalhandschuhe getragen werden! Falls jemand keine Handschuhe getragen hat und deshalb mit Blut/Sekret in Berührung gekommen ist, muss das Blut/Sekret von den betroffenen Hautstellen abgewaschen werden und die Haut muss mit einem Händedesinfektionsmittel desinfiziert werden.

Kleine Schürfwunden werden mit fließendem Wasser gereinigt. Anschließend lassen Sie die Wunde an der Luft trocknen. Ein Pflaster ist nicht erforderlich. Eine Desinfektion der Wunden sollte in einer Gemeinschaftseinrichtung unterlassen werden.

Kleine blutende Wunden werden mit einem Heftpflaster abgedeckt. Hierbei stets auf eventuell vorhandene Allergien gegen Pflaster achten.

Platzwunden, Risswunden, Schnittwunden und größere Schürfwunden mit steriler Auflage abdecken und möglichst rasch ärztlich weiterbehandeln lassen!

Alle Kinder sollten beim Eintritt in den Kindergarten/die Schule über einen ausreichenden Tetanusimpfschutz verfügen.

2.5 Insekten- und Zeckenstiche



Ist ein Stachel erkennbar, sollte er entfernt werden. Einzelne Insektenstiche werden am besten durch sofortige Eisauflage oder durch eine Kältepackung behandelt. Man kann den Stich auch mit einem Insektenstift betupfen. Beobachten Sie das Kind anschließend. Stiche von Bienen und Wespen können bei entsprechender Allergie gefährlich werden. Die Gefährlichkeit hängt von der Lokalisation und von der Anzahl der Stiche ab, sowie der Reaktions- bzw. Allergiebereitschaft des Kindes. Die betreuende Person sollte wissen, ob bei einem Kind eine Bienen- oder Wespengiftallergie bekannt ist.

Wenn eine Zecke am Kind gefunden wird, sollte diese schnellstmöglich entfernt werden, siehe die Hinweise im entsprechenden Kapitel. Die Einrichtung sollte die Eltern umgehend informieren. Diese können die Zecke selber entfernen, oder eine Ärztin/einen Arzt zu Rate ziehen.

2.6 Unfall mit Zahnbeteiligung

Speziell im Alter zwischen neun und zwölf Jahren häufen sich beim Turnen, Sport, Schwimmen, Fahrradfahren und bei Raufereien Unfälle, bei denen ein bleibender Frontzahn herausgeschlagen wird. Die darauffolgenden Therapien (Kronen oder Implantate) sind nicht nur zeit- sondern auch kostenintensiv. Aus diesem Grund versorgte die Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit im Ortenaukreis im Jahr 2006 und 2010 die Grund- und Hauptschulen im Kreis mit Zahnrettungsboxen, damit im Notfall sofort richtig gehandelt werden kann.

Ein herausgeschlagener Zahn kann unter bestimmten Voraussetzungen wieder in den Mund zurückgesetzt und so gerettet werden. Bei einer zügigen Lagerung des betroffenen Zahnes in einer Zahnrettungsbox sind die Chancen den Zahn zu retten am größten.

Die Zahnrettungsbox besteht aus einem Glas mit einer Nährflüssigkeit, die es ermöglicht einen ausgeschlagenen, bleibenden Zahn maximal 24 h lebensfähig zu halten, damit dieser beim Zahnarzt oder in einer Zahnklinik wieder eingesetzt werden kann.
Die Handhabung dieser Box ist einfach und wird durch die beiliegenden Beipackzettel und zusätzliches Informationsmaterial erklärt. Der vollständig herausgeschlagene Zahn sollte ohne weitere Manipulation in die Nährlösung gegeben werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Zahnwurzel nicht berührt wird. Anschließend muss das Glas wieder fest verschlossen werden. Ein Zahnärztin/Zahnarzt oder eine Zahnklinik ist so schnell wie möglich aufzusuchen.

Sollte bei einem Unfall keine Zahnrettungsbox verfügbar sein, kann der Zahn alternativ auch in kalter H-Milch aufbewahrt werden. Das Überleben der wichtigen Zellen auf dem Zahn ist hierbei aber nur für drei bis vier Stunden gewährleistet. Im Notfall kann der Zahn auch durch Plastikfolie, z.B. einen Gefrierbeutel feucht gehalten werden. Am besten ist es, den Zahn dann möglichst bald in die Nährlösung einer Zahnrettungsbox umzulagern. Eine Lagerung des Zahnes in Speichel oder Leitungswasser sollte auf keinen Fall erfolgen, da im Speichel zu viele Bakterien und im Wasser ein ungünstiger pH-Wert vorliegt.

Sind Zähne nach einem Sturz stark gelockert oder verschoben, sollten Sie die Situation so belassen. Das Kind sollte nur vorsichtig zusammenzubeißen. Bei starker Blutung kann auf Gaze oder ein Stofftaschentuch gebissen werden. Bei jedem Unfall mit Zahnbeteiligung sollte eine Zahnärztin/ein Zahnarzt oder eine Zahnklinik aufgesucht werden.



2.7 Benutzte, weggeworfene Spritzen

Benutzte Spritzen werden seit Jahren auf öffentlichen Toiletten, Spiel- und Parkplätzen, in Hinterhöfen, Hauseingängen usw. gefunden, also dort, wo Kinder spielen und sich aufhalten.

Infektionsgefahr geht von benutzten Spritzen nur dann aus, wenn durch Stichverletzungen Blutreste in die Wunde gelangen. Folgen können Wundinfektionen sein. Möglich ist die Übertragung des Hepatitis B-Virus, gegen die aber heutzutage die meisten Kinder geimpft sind. Eine Infektion mit HIV oder Hepatitis C ist sehr unwahrscheinlich, aber nicht unmöglich. Weltweit ließ sich jedoch noch keine HIV-Infektion nachweisen, die durch eine herumliegende Spritze übertragen wurde. Bei Hepatitis C ist weltweit ein Fall beschrieben.

Wenn Sie gebrauchte Spritzen finden:

- Eine gebrauchte Spritze kann problemlos an ihrem Plastikkörper angefasst werden.
- Heben Sie die gebrauchte Spritze möglichst mit Handschuhen (es geht aber zum Beispiel auch ein Taschentuch) vorsichtig auf und werfen Sie diese in ein bruchsicheres Behältnis, z.B. eine leergetrunkene Cola-Dose oder gebrauchte Plastikflasche, die sie gut verschließen und in den Restmüll werfen.

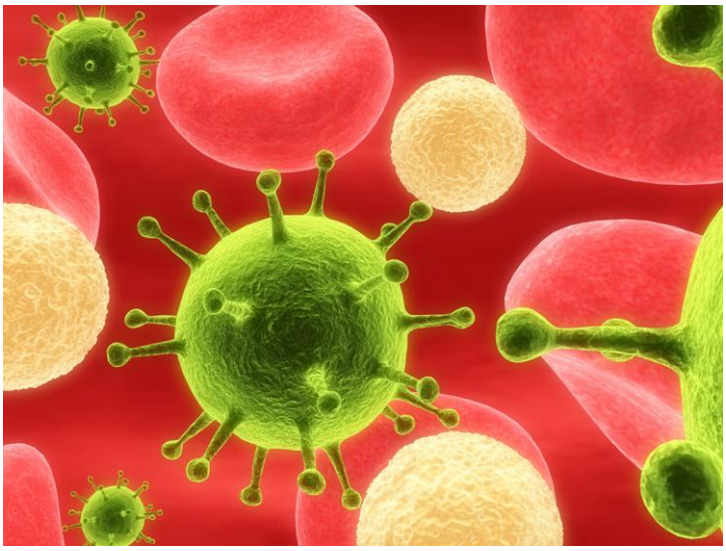
Was ist zu tun, wenn sich ein Kind an einer Nadel gestochen hat:

- Die Wunde gut ausbluten lassen, um die Erreger auszuschwemmen. Die Wunde nicht quetschen, damit die Erreger nicht in das Gewebe gedrückt werden, sondern höchstens umliegend leichten Druck ausüben, damit die Wunde etwas blutet.
- Die Wunde bei laufendem Wasser gut ausspülen.
- Die verletzte Stelle mit Desinfektionsmittel behandeln. Je gründlicher Sie die Wunde desinfizieren, desto besser. Die Tiefe der Desinfektion können Sie am Schmerz ablesen. Die Intensität des Schmerzes steigt mit der Tiefe der Desinfektion.
- Stellen Sie die Spritze sicher, sofern die in einem bruchsicheren Gefäß transportiert werden kann.

Das Kind baldmöglichst dem Kinderarzt vorstellen und Impfschutz gegen Hepatitis B und Tetanus überprüfen lassen! Kontrolluntersuchungen, um eine Hepatitis C Infektion auszuschließen, sollten durchgeführt werden.



3. Das Infektionsschutzgesetz, meldepflichtige Krankheiten und Parasiten



3.1 Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz

Das zum 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG) hat zur Aufgabe übertragbare Krankheiten beim Menschen möglichst zu verhindern, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

In den §§ 33-36 sind die Vorschriften für Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen aufgeführt.

Neben den Aufgaben für die zuständigen Behörden, setzt das Infektionsschutzgesetz in hohem Maße auf die Eigenverantwortung der Leiterinnen/Leiter und Träger von Gemeinschaftseinrichtungen und auch der jedes Einzelnen.

Im Folgenden finden Sie den Gesetzestext, im Anschluss daran Erläuterungen hierzu.

§ 33 IfSG 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 IfSG Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

(1) Personen, die an

1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
7. Keuchhusten
8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose
9. Masern
10. Meningokokken-Infektion
11. Mumps
12. Paratyphus
13. Pest
14. Poliomyelitis

15.Scabies (Krätze)

16.Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen

17.Shigellose

18.Typhus abdominalis

19.Virushepatitis A oder E

20.Windpocken

erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind, dürfen in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlausung 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 Gemeinschaftseinrichtungen 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 gegenüber dem Ausscheider und der Gemeinschaftseinrichtung verfügten Schutzmaßnahmen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung teilnehmen.

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

1.Cholera

2.Diphtherie

3.Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)

4.virusbedingtem hämorrhagischem Fieber

5.Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis

6.ansteckungsfähiger Lungentuberkulose

7.Masern
8.Meningokokken-Infektion
9.Mumps
10.Paratyphus
11.Pest
12.Poliomyelitis
13.Shigellose
14.Typhus abdominalis
15.Virushepatitis A oder E

aufgetreten ist.

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

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

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

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

eine Übertragung der aufgeführten Erkrankungen oder der Verlausung verhütet werden kann.

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

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

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

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

§ 35 IfSG 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 Dienstherren entsprechende Anwendung.

§ 36 Einhaltung der Infektionshygiene

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

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

Erläuterungen zu einzelnen Paragrafen:

§ 34 Absatz 5 führt aus, dass sowohl ErzieherInnen, als auch die Sorgeberechtigten die Leitung der Kindertageseinrichtung unverzüglich zu informieren haben, wenn ein Tatbestand oder Verdacht auf die in den Absätzen 1, 2 oder 3 genannten Krankheiten vorliegt. Die Einrichtungen haben die Eltern bei Anmeldung der Kinder hierüber zu belehren. Über die Form der Information macht das Infektionsschutzgesetz keine Aussage. Wir empfehlen eine schriftliche Dokumentation der Belehrung mit Unterschrift der Sorgeberechtigten.
Einen Vorschlag des Robert-Koch-Institutes zur Belehrung, sowie zur schriftlichen Dokumentation derselben, finden Sie auf den folgenden Seiten. Belehrungen in weiteren Sprachen finden Sie im E-Mail-Anhang.

§ 34, Absatz 6, regelt, dass die Kindergartenleitung/Schulleitung das Gesundheitsamt über eine Erkrankung oder deren Verdacht, die in den Absätzen 1, 2 oder 3 genannt werden, informieren muss. Gleiches gilt bei zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind.
Einen Vorschlag des Robert-Koch-Institutes zur Belehrung der Beschäftigten nach § 35 IfSG finden Sie auf den Seiten 34 ff.

Der im § 36 vorgeschriebene Hygieneplan sollte alle, für die Einrichtung relevanten, innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene enthalten. In diesem sollten neben den Reinigungsplänen auch Gesetze, Verordnungen und Vorschriften berücksichtigt werden.

3.2 Belehrung für Eltern und Sorgeberechtigte

Stempel der Einrichtung

BITTE LESEN SIE SICH DIESES MERKBLATT SORGFÄLTIG DURCH

Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gem. §34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Wenn Ihr Kind eine **ansteckende Erkrankung** hat und dann die Schule oder andere Gemeinschaftseinrichtungen (GE) besucht, in die es jetzt aufgenommen werden soll, kann es andere Kinder, Lehrer, Erzieher oder Betreuer anstecken. Außerdem sind gerade Säuglinge und Kinder während einer Infektionskrankheit abwehrgeschwächt und können sich dort noch **Folgeerkrankungen** (mit Komplikationen) zuziehen.

Um dies zu verhindern, möchten wir Sie mit diesem **Merkblatt** über Ihre **Pflichten, Verhaltensweisen und das übliche Vorgehen** unterrichten, wie sie das Infektionsschutzgesetz vorsieht. In diesem Zusammenhang sollten Sie wissen, dass Infektionskrankheiten in der Regel nichts mit mangelnder Sauberkeit oder Unvorsichtigkeit zu tun haben. Deshalb bitten wir Sie stets um **Offenheit und vertrauensvolle Zusammenarbeit.**

Das Gesetz bestimmt, dass Ihr Kind **nicht in die Schule oder andere Gemeinschaftseinrichtungen** gehen darf, wenn

1. es an einer **schweren** Infektion erkrankt ist, die durch **geringe Erregermengen** verursacht wird. Dies sind nach der Vorschrift: Diphtherie, Cholera, Typhus, Tuberkulose und Durchfall durch EHEC-Bakterien. Alle diese Krankheiten kommen bei uns in der Regel nur als Einzelfälle vor (außerdem nennt das Gesetz noch virusbedingte hämorrhagische Fieber, Pest und Kinderlähmung. Es ist aber höchst unwahrscheinlich, dass diese Krankheitserreger in Deutschland übertragen werden);

2. eine **Infektionskrankheit vorliegt, die in Einzelfällen schwer und kompliziert** verlaufen kann, dies sind Keuchhusten, Masern, Mumps, Scharlach, Windpocken, Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien, Meningokokken-Infektionen, Krätze, ansteckende Borkenflechte, Hepatitis A und bakterielle Ruhr;

3. ein **Kopflausbefall** vorliegt und die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist;

4. es vor Vollendung des 6. Lebensjahres an einer infektiösen **Magen-Darm-Erkrankung** erkrankt ist oder ein entsprechender Verdacht besteht.

Die **Übertragungswege** der aufgezählten Erkrankungen sind unterschiedlich.
Viele Durchfälle und Hepatitis A sind sogenannte **Schmierinfektionen**. Die Übertragung erfolgt durch mangelnde Händehygiene sowie durch verunreinigte Lebensmittel, nur selten durch Gegenstände (Handtücher, Möbel, Spielsachen). **Tröpfchen- oder „fliegende" Infektionen** sind z.B. Masern, Mumps, Windpocken und Keuchhusten. Durch **Haar-, Haut- und Schleimhautkontakte** werden Krätze, Läuse und ansteckende Borkenflechte übertragen.

Dies erklärt, dass in Gemeinschaftseinrichtungen besonders günstige Bedingungen für eine Übertragung der genannten Krankheiten bestehen. Wir bitten Sie also, bei **ernsthaften Erkrankungen** Ihres Kindes immer den **Rat** Ihres **Haus- oder Kinderarztes** in Anspruch zu nehmen (z.B. bei hohem Fieber, auffallender Müdigkeit, wiederholtem Erbrechen, Durchfällen länger als einen Tag und anderen besorgniserregenden Symptomen).

Er wird Ihnen - bei entsprechendem Krankheitsverdacht oder wenn die Diagnose gestellt werden konnte - darüber Auskunft geben, ob Ihr Kind eine Erkrankung hat, die einen Besuch der Gemeinschaftseinrichtung nach dem Infektionsschutzgesetz verbietet.

Muss ein Kind zu Hause bleiben oder sogar im Krankenhaus behandelt werden, **benachrichtigen Sie uns bitte unverzüglich** und teilen Sie uns auch die Diagnose mit, damit wir zusammen mit dem **Gesundheitsamt** alle notwendigen Maßnahmen ergreifen können, um einer Weiterverbreitung der Infektionskrankheit vorzubeugen.

Viele Infektionskrankheiten haben gemeinsam, dass eine Ansteckung schon erfolgt, bevor typische Krankheitssymptome auftreten. Dies bedeutet, dass Ihr Kind bereits Spielkameraden, Mitschüler oder Personal angesteckt haben kann, wenn es mit den ersten Krankheitszeichen zu Hause bleiben muss. In einem solchen Fall müssen wir die Eltern der übrigen Kinder **anonym** über das Vorliegen einer ansteckenden Krankheit **informieren**.

Manchmal nehmen Kinder oder Erwachsene nur Erreger auf, ohne zu erkranken. Auch werden in einigen Fällen Erreger nach durchgemachter Erkrankung noch längere Zeit mit dem Stuhlgang ausgeschieden oder in Tröpfchen beim Husten und durch die Ausatmungsluft übertragen. Dadurch besteht die Gefahr, dass sie Spielkameraden, Mitschüler oder das Personal anstecken. Im Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass die **„Ausscheider"** von Cholera-, Diphtherie-, EHEC-, Typhus-, Paratyphus- und Shigellenruhr- Bakterien

nur mit **Genehmigung und nach Belehrung des Gesundheitsamtes** wieder in eine GE gehen dürfen.

Auch wenn **bei Ihnen zu Hause** jemand an einer **schweren oder hochansteckenden Infektionskrankheit** leidet, können weitere Mitglieder des Haushaltes diese Krankheitserreger schon aufgenommen haben und dann ausscheiden, ohne selbst erkrankt zu sein. Auch in diesem Fall muss Ihr Kind zu Hause bleiben. Wann ein Besuchsverbot der Schule oder einer anderen GE für Ausscheider oder ein möglicherweise infiziertes aber nicht erkranktes Kind besteht, kann Ihnen Ihr behandelnder Arzt oder Ihr Gesundheitsamt mitteilen. Auch in diesen beiden genannten Fällen müssen Sie **uns benachrichtigen.**

Gegen **Diphtherie, Masern, Mumps, (Röteln), Kinderlähmung, Typhus und Hepatitis A** stehen **Schutzimpfungen** zur Verfügung. Liegt dadurch ein Schutz vor, kann das Gesundheitsamt in Einzelfällen das Besuchsverbot sofort aufheben. Bitte bedenken Sie, dass ein optimaler Impfschutz jedem Einzelnen sowie der Allgemeinheit dient.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Haus- oder Kinderarzt oder an Ihr Gesundheitsamt. Auch wir helfen Ihnen gerne weiter.

Stand: 01.02.2008 Bei diesen Belehrungsbögen handelt es sich um unverbindliche Vorschläge des RKI an die Landesbehörden.

Erklärung

Frau /Herr_____

geb. am_____

Straße/Hausnummer_____

Postleitzahl/Ort_____

Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 IfSG aufgeklärt wurde, soweit sie meinen Sohn/ meine Tochter _____betreffen.
Mir sind keine Tatsachen bekannt, die jetzt für ein Besuchsverbot nach § 34 IfSG sprechen. Treten während des Besuches der Gemeinschaftseinrichtung solche Tatsachen nach § 34 IfSG auf, bin ich verpflichtet, diese unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum_____

_____

Unterschrift

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

Vorbemerkung

Der 6. Abschnitt 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, haben wir Ihnen zuerst den Gesetzestext im Auszug vorgestellt und möchten nun Erläuterungen dazu abgeben, die als Leitfaden für die Praxis gedacht sind.

Prävention durch Information und Aufklärung

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.

In **§ 34 Abs.1 IfSG** sind Krankheiten genannt, für die alternativ eine der beiden folgenden Voraussetzungen zutrifft:

1. Es handelt sich um eine **schwere Infektionskrankheit**, die durch geringe Erregermengen u.a. auf den Weg der Tröpfchen- oder durch Schmierinfektion (fäkal-oral) übertragen werden kann.
2. 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.

In **Absatz 3** werden Krankheiten aufgezählt, die in der häuslichen Wohngemeinschaft im Einzelfall leicht auf andere Mitbewohner übertragen werden können. Es besteht dann die Gefahr, dass Krankheitserreger durch infizierte Personen auch in Gemeinschaftseinrichtungen hineingetragen werden. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit erfolgt im Gesetz eine

Beschränkung auf im Regelfall schwer verlaufende Infektionskrankheiten und auf solche, bei denen das Übertragungsrisiko in den Gemeinschaftseinrichtungen größer ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Da es sich um eine mittelbare Gefährdung handelt, sollen Maßnahmen (z.B. 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.

Liegt einer der in Absatz 1 bis 3 genannten Tatbestände vor, regelt **Absatz 6**, dass die Leitung der **Gemeinschaftseinrichtung** dies dem **Gesundheitsamt mitzuteilen** hat.
Damit die Gesundheitsbehörde weitere Untersuchungen anstellen und Schutzmaßnahmen veranlassen kann, sind dazu krankheits- und personenbezogene Angaben erforderlich.

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 Beschäftigen gelten muss, wenn er durch Impfung oder nach bereits durchgemachter Krankheit (und daraus resultierender Immunität) nicht infektiös für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten sein kann. Gerade bei dieser Fragestellung ist aber – wegen der schwierigen fachlichen Feststellungen – **der Rat des Gesundheitsamtes** unerlässlich.

Gemäß **Absatz 8** kann das Gesundheitsamt die Gemeinschaftseinrichtung verpflichten, das **Auftreten von Erkrankungen** in der Gemeinschaftseinrichtung ohne Hinweis auf eine Person **bekannt zu machen**. Dabei kann es sich, muss sich jedoch nicht um die in den Absät-

zen 1 bis 3 genannten Erkrankungen handeln. Die Information anderer Personen in der Gemeinschaftseinrichtung ist besonders dann von Bedeutung, wenn erkrankte Personen bereits vor Ausbruch der Erkrankung ansteckend waren und Dritte infiziert werden konnten. Eine solche Bekanntmachung kann geboten sein, um zum Beispiel ungeimpfte Kinder, Schwangere, oder solche mit besonderer Infektanfälligkeit vor einer übertragbaren Krankheit zu bewahren.

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

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

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

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 (§ 34 Abs. 5 IfSG).

3. Sie 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**
   - **und 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. Von dort wird das Gesundheitsamt informiert, damit dieses die erforderlichen Schutzmaßnahmen innerhalb (oder auch außerhalb) Ihrer Einrichtung veranlassen kann.

5. Die hier vorgestellten Paragrafen 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.

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:

3.4 Cholera - meldepflichtig

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 Auslandaufenthalt 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 im 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.

3.5 Diphtherie - meldepflichtig

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.

3.6 Enteritis durch enterohämorrhagisches E. coli (EHEC) - meldepflichtig

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 unerkannt. 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.

3.7 Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF) - meldepflichtig

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-, Ebolafieber 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.

3.8 Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis - meldepflichtig

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 Erkältungssymptomen 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 Kehldeckelentzündung 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, Halsschmerzen, 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.

3.9 Impetigo contagiosa - meldepflichtig

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 Hautareale 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.

3.10 Keuchhusten - meldepflichtig

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 Keuchhustenbakterium 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 Keuchhustenkontakt 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.

3.11 Ansteckungsfähige Lungentuberkulose - meldepflichtig

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!

3.12 Masern - meldepflichtig

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 Pseudokrupp, Fieberkrämpfe, Entzündung des Gehirns (Enzephalitis) mit möglicher bleibender geistiger und körperlicher Schädigung und die gefürchtete SSPE (subakut 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).

3.13 Meningokokken- Infektion - meldepflichtig

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.

Eine **Ansteckungsfähigkeit** besteht, solange Keime aus dem Mund- Rachen- Raum isoliert werden können. Patienten sind bis 24 Stunden nach Beginn einer antibakteriellen Therapie als infektiös zu betrachten.
Jede bakterielle Meningitis ist ein medizinischer Notfall und muss so frühzeitig wie möglich im Krankenhaus behandelt werden.

Maßnahmen im Kindergarten:

- Erkrankte Personen dürfen nach Abklingen der klinischen Symptome die Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen.

- Enge Kontaktpersonen haben ein erhöhtes Risiko ebenfalls an einer Meningokokken-Meningitis zu erkranken. Kontaktpersonen sollten deshalb über Frühsymptome (Fieber, Nackensteifigkeit, Schüttelfrost, Kopfschmerzen) informiert werden, bei denen unbedingt ein Arzt aufgesucht werden muss. Hierzu wird Ihnen vom Gesundheitsamt ein Merkblatt zur Information der Eltern zur Verfügung gestellt.

- Für Kontaktpersonen innerhalb der Wohngemeinschaft des Erkrankten besteht nach § 34 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ein gesetzliches Besuchsverbot von Gemeinschaftseinrichtungen, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Dies ist nach vorsorglicher Gabe eines Antibiotikums der Fall. Ansonsten müssen die Kinder 5 Tage lang zu Hause bleiben.

Enge Kontaktpersonen sind:

- alle Haushaltsmitglieder des Erkrankten, Intimpartner und enge Freunde,

- Kontaktpersonen in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter wie Internaten oder Kasernenstuben,

- im Kindergarten auch die Spielkameraden und die Kontaktpersonen in der Einrichtungen, bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe.

Sie erhalten vorsorglich ein Antibiotikum (z.B. Rifampicin) zur Abtötung der Erreger im Rachenbereich. Damit sind sie vor einer Erkrankung geschützt. Diese Prophylaxe im engeren Umfeld des Erkrankten hat den Sinn, bei gesunden Keimträgern die Meningokokken im Rachenraum abzutöten, so dass sie die Erreger nicht mehr auf andere übertragen können.
Desinfektionsmaßnahmen sind nicht erforderlich. Bei Unsicherheiten bezüglich der Definition der engen Kontaktpersonen, wenden Sie sich an das Gesundheitsamt.

3.14 Mumps - meldepflichtig

Allgemeine 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-Organe (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 schmerzhafte 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 schmerzhafte 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).

3.15 Paratyphus/Typhus abdominalis - meldepflichtig

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 Exkremente 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 erbsenbreiartige 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 Händedesinfektionsmittels) 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.

3.16 Pest - meldepflichtig

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.

3.17 Poliomyelitis – meldepflichtig

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. Vereinzelte 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 Afghanistan (weil Kriege Impfaktionen 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 Krankengymnastik; 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.

3.18 Scabies (Krätze) - meldepflichtig

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 20° Celsius sind sie nur wenig beweglich, bei 50° 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 60° 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.

3.19 Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen – meldepflichtig

Allgemeine Information: Scharlach ist eine durch Bakterien (ß-hämolysierende 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 Aussparung 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, Abszess Bildungen, Sepsis, Erbrechen, Durchfällen, Blutungen im Bereich innerer Organe, Herz- und Nierenschädigungen, Schädigung im Bereich des Zentralnervensystems und rheumatischem Fieber.

Zur Vermeidung von 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.

3.20 Shigellose - meldepflichtig

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, so dass 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 Gruppenerkrankungen 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 dieselben 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.

3.21 Virushepatitis A oder E - meldepflichtig

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.

3.22 Windpocken - meldepflichtig

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.

3.23 Kopflausbefall - meldepflichtig

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.

Therapie 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.

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

1. 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.

2. Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen

Festgestellter Kopflausbefall erfordert ohne Zeitverzug (möglichst noch 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.

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:

- Kämme, 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.

3. 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.

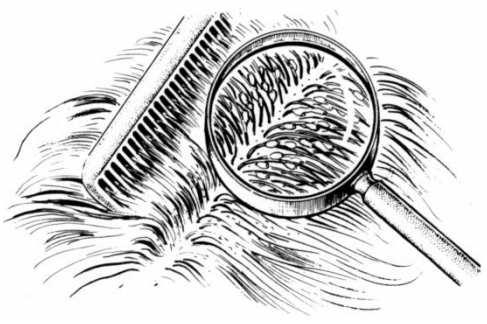
In diesem Merkblatt können nur die wichtigsten Informationen wiedergegeben werden. Ausführliche Hinweise enthält der Ratgeber Kopflausbefall des Robert Koch-Institutes, der im Internet unter www.rki.de > Rubrik Infektionskrankheiten A – Z > Stichwort Kopflausbefall eingesehen werden kann. Er enthält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

Auf den nachfolgenden Seiten und im Anhang finden Sie ein Merkblatt für die Eltern. Teilen Sie dieses bitte bei einem Lausbefall in Ihrer Einrichtung aus.

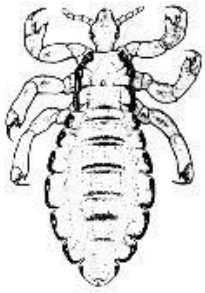
Sehr geehrte Eltern,

in der Gruppe / Klasse Ihres Kindes sind Kopfläuse festgestellt worden. Kopfläuse leben auf dem behaarten Kopf von Menschen und ernähren sich von Blut, das sie nach einem Stich aus der Kopfhaut saugen. Lausweibchen legen täglich mehrere Eier. Diese befinden sich in Hüllen (Nissen), die am Haar in der Nähe der Kopfhaut festkleben. Aus den Eiern schlüpfen in 7-10 Tagen junge Läuse, diese können in der ersten Woche den Kopf ihres Wirts noch nicht verlassen und entwickeln sich in 9-11 Tagen zu geschlechtsreifen Läusen.
Jeder Mensch kann Kopfläuse bekommen. Es spielt keine Rolle, wie oft man sich wäscht und die Wohnung reinigt, denn Kopfläuse leben nicht vom „Schmutz“, sondern allein vom menschlichen Blut. Kopfläuse können weder springen noch fliegen. Sie werden in der Regel bei direktem Haar-zu-Haar-Kontakt übertragen; der indirekte Weg über gemeinsam benutzte Kämme, Bürsten und Textilien ist eher die Ausnahme. Kopfläuse sind alle 2 - 3 Stunden auf das Saugen von Blut angewiesen, sonst trocknen sie aus und verenden spätestens nach 55 Stunden. Durch Kopfläuse werden keine Krankheitserreger übertragen. Allerdings verursachen Kopfläuse lästigen Juckreiz und - infolge des Kratzens - entzündete Wunden auf der Kopfhaut.

Wir bitten Sie, die Haare Ihres Kindes gründlich auf das Vorhandensein von Kopfläusen zu untersuchen. Feuchten Sie das Haar mit Wasser und normaler Haarspülung an und kämmen es bei gutem Licht systematisch mit einem Läusekamm durch. Besonders gründlich sollten Sie die Stellen an der Schläfe, um die Ohren und im Nacken durchkämmen. Sie können die Nissen auch mit den Fingernägeln entfernen.



Nissen



Kopflaus

Legen sie während des Auskämmens ein Handtuch über die Schulter, damit abgestreifte Nissen dadurch aufgefangen werden und geben Sie es anschließend in die Wäsche (60°C). Läuse sind meist grau und werden 3 mm groß. Sie sind ziemlich flink und lichtscheu. Deshalb findet man eher einmal Nissen. Sie zeigen an, dass auf diesem Kopf Läuse waren oder noch sind. Nissen sind ca. 0,8 mm groß und fühlen sich wie ein Sandkorn an. Nur wenn die Nissen weniger als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, können sie noch lebende Läuselarven enthalten. Beweisend für einen Kopflausbefall ist das Auffinden lebender Läuse.
Wenn Sie lebende Läuse oder Nissen in weniger als 1 cm Abstand vom Kopf finden, sollten Sie unverzüglich (am 1. Tag) eine Behandlung mit einem zugelassenen Arzneimittel gegen Kopfläuse durchführen. Läuse und junge Läuse (Larven) werden bei korrekter Behandlung mit wirksamen Mitteln sicher abgetötet.
Läuseeier können eine Behandlung jedoch überleben; aus ihnen schlüpfen wieder Läuse. Deshalb sind ein erneutes Auskämmen am 5. Tag und eine zweite Behandlung am 8.-10. Tag unbedingt notwendig, um die Läuseplage sicher loszuwerden. Dadurch werden alle jungen Läuse beseitigt, bevor sie mobil und geschlechtsreif geworden sind. Kinder, die auf diese Weise behandelt wurden, können den Kindergarten, die Schule oder sonstige Gemeinschaftseinrichtungen direkt nach der ersten Behandlung ohne ärztliches Attest wieder besuchen. Die Behandlung soll durch eine Kontrolluntersuchung am 13. Tag, ggf. noch einmal am 17. Tag, abgeschlossen werden.

Die geeigneten Arzneimittel sind nicht verschreibungspflichtig, also ohne Rezept in Apotheken erhältlich. Für Kinder unter 12 Jahren können Sie die Mittel auch vom Arzt verordnen lassen; in diesem Fall trägt die Krankenkasse die Kosten, für ältere Kinder nicht. Beachten Sie bei der Anwendung den Beipackzettel und folgen Sie den Anleitungen der Hersteller.

Behandlungsschema bei Kopflausbefall:

Tag 1:	mit einem Insektizid behandeln und mit einem Läusekamm nass auskämmen
Tag 5:	nass auskämmen
Tag 8-10:	mit einem Insektizid behandeln und nass auskämmen
Tag 13:	zur Kontrolle nass auskämmen
Tag 17:	noch einmal zur Kontrolle nass auskämmen

Ursachen für erfolglose Behandlung mit Arzneimitteln gegen Kopflausbefall

Zunächst ist zwischen einer vermeintlich erfolglosen (Punkt 1 und 2) und einer tatsächlich erfolglosen Behandlung zu unterscheiden.
1) Das Verbleiben von **Nissen** an den Haaren spricht nicht gegen den Erfolg einer Behandlung. Eier in weniger als 1 cm Entfernung von der Kopfhaut, sollen so weit wie möglich vom Haar gelöst und ausgekämmt werden; sie erfordern darüber hinaus eine zweite Behandlung. Nissen, die weiter als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, sind als leer zu betrachten und stellen allenfalls ein kosmetisches Problem dar.
2) Auch das Auftreten von **jungen Läusen (Larven)** nach der ersten medizinischen Kopfwäsche stellt den Erfolg der Behandlung nicht in Frage, begründet aber die Notwendigkeit weiteren nassen Auskämmens und einer zweiten Behandlung mit einem Arzneimittel gegen Kopflausbefall 8 – 10 Tage nach der ersten Behandlung.
3) Auch wenn nach einer oder zwei Behandlungen **ausgewachsene Läuse** gesichtet werden, muss das nicht unbedingt gegen den Erfolg einer Behandlung sprechen. Es kann sich auch um eine erneute Besiedlung mit Kopfläusen handeln, die von Familienmitgliedern oder Kindern der gleichen Gruppe oder Klasse, von Freunden oder Vereinskameraden übertragen wurden. Fehlgeschlagen ist in diesem Fall nicht die individuelle Behandlung, sondern das gruppenbezogene Vorgehen gegen einen Kopflausbefall.
4) Eine **fehlerhafte Anwendung** des Arzneimittels (Unterdosierung, zu kurze Einwirkzeit) kann zu einem tatsächlichen Misserfolg der Behandlung führen. Entweder wurde das Haar nicht ausreichend mit dem Mittel benetzt, oder das Mittel wurde in triefend nassem Haar zu stark verdünnt oder die empfohlene Einwirkzeit wurde nicht eingehalten. Auch das Unterlassen der zweiten Behandlung, 8 – 10 Tage nach der ersten, stellt einen häufigen Behandlungsfehler dar, denn der Inhalt der Lauseier wird beim ersten Mal meistens nicht komplett abgetötet.

Bei Kopflausbefall sind Sie zur unverzüglichen Mitteilung an die Gemeinschaftseinrichtung verpflichtet. Hieraus erwachsen Ihnen keine Nachteile, im Gegenteil: aufgrund Ihrer Information werden Maßnahmen ergriffen, um den Kopflausbefall in der Gruppe oder Klasse Ihres Kindes zu tilgen und die Kinder vor einem erneuten Befall zu schützen. Wir empfehlen, alle Familienmitglieder zu untersuchen und Freundinnen und Freunden Bescheid zu geben. Kämme, Haarbürsten, -spangen und –gummis sollen in heißer Seifenlauge gereinigt werden, Handtücher, Leib- und Bettwäsche sollen gewechselt und bei 60°C gewaschen werden soll. Sonstige Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, können durch Abschließen über 3 Tage in einem Plastiksack entlaust werden – dann sind alle Läuse vertrocknet. Regelmäßiges systematisches Durchsehen des mit Wasser und Spülung angefeuchteten Haars mit einem Läusekamm dient der Früherkennung beim eigenen Kind und damit dem Schutz aller Kinder in der Gruppe.

Gesundheitsamt Ortenaukreis, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Tel. 0781 805 9723

----------Bitte hier abtrennen und in Kindergarten, Schule etc. abgeben----------

Erklärung der Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes _____

[ ] Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht und keine Läuse oder Nissen gefunden.

[ ] Ich habe den Kopf meines Kindes untersucht, Läuse / Nissen gefunden und habe den Kopf mit einem wirksamen Mittel wie vorgeschrieben behandelt.
Ich versichere, dass ich die Haare am 5. Tag nass auskämmen werde und am 8. – 10.Tag eine zweite Behandlung durchführen werde.

_____
Datum, Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

3.24 Infektiöse Gastroenteritis, Besonderheit für Kinder im Vorschulalter – meldepflichtig für Kinder unter 6 Jahren

§ 34 Abs.1 Satz 3 bestimmt, dass **Kinder, die das 6.Lebenjahr 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 Salmonellosen und sonstigen infektiösen Gastroenteritiden besteht, die im Vorschulalter häufiger von Kind zu Kind übertragen werden können. Schulkinder sind in der Lage durch Waschen der Hände, ggf. deren Desinfektion, eine Weiterverbreitung der Erreger durch Schmierinfektion zu verhindern.

Die Benutzung von Gemeinschaftstoiletten stellt kein besonderes Risiko dar, wenn sie mit Toilettenpapier, Seifenspendern, Waschbecken und Einmalhandtüchern ausgestattet sind und regelmäßig gereinigt werden. Damit wird eine infektionsepidemiologisch wie sozial verträgliche Regelung für Schulkinder erreicht. Diese müssen mit einer unspezifischen Durchfallerkrankung nicht zu Hause bleiben, da bei Beachtung einfacher Hygieneregeln eine Übertragung in der Gemeinschaftseinrichtung nicht zu befürchten ist. Die erwähnten unspezifischen Durchfallerkrankungen machen im Kindesalter den Großteil aller Gastroenteritiden aus. Viele Erreger können die Ursache sein. Die wichtigsten Bakterien sind Salmonellen, bestimmte Staphylokokkenstämme Yersinien und Campylobacter. Bei den Viren sind in erster Linie Rotaviren, Adenoviren und 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 bekannten 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 anderen Erregern meist 2 – 7 Tage, nur selten länger.

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

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 Gemeinschaftseinrichtung wieder möglich ist. Sind Sie im Zweifel, was zu tun ist, bitten Sie das Gesundheitsamt um Informationen.

3.25 Besonderheiten für Ausscheider

Nicht selten werden Krankheitserreger mit dem Stuhlgang oder durch Tröpfchen aus dem 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 (in erster Linie Händehygiene) und durch Schutzmaßnahmen der Einrichtung selbst (z.B. Verwendung von Einmalhandtüchern) eine Weiterverbreitung der Krankheitserreger verhindert werden.

Bei Ausscheidern entscheidet über die Wiederzulassung 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.)

Bei den Belehrungsbögen, 3.1 bis 3.25, handelt es sich um unverbindliche Vorschläge des RKI an die Landesbehörden. Stand: 01.02.2008

Nachdem Sie diese gelesen und die „Pflichten und Verbote“ verstanden haben, bitten wir Sie, zu unterschreiben, wenn Ihnen keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind.
Eine Vorlage für eine entsprechende Erklärung finden Sie auf der nächsten Seite.

Wann ist eine Wiederzulassung in Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen möglich?
Merkblätter des Landesgesundheitsamtes bzw. des Robert-Koch-Institutes enthalten Kriterien für eine Wiederzulassung, z.B. nach einer Infektionskrankheit, sowie Angaben zum Umgang mit klinisch gesunden Ausscheidern. Darüber informiert sie das Gesundheitsamt.

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 35 Infektionsschutzgesetz (IfSG) über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 IfSG aufgeklärt wurde.
Mir sind keine Tatsachen bekannt, die für ein Tätigkeitsverbot nach § 34 IfSG sprechen.
Treten vor, bei oder nach der Aufnahme der Tätigkeit Hinderungsgründe nach § 34 IfSG auf, bin ich verpflichtet, diese unverzüglich meinem Arbeitgeber zu melden.

Ort , Datum	Unterschrift

3.26 Wiederzulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung

Aktualisierte Fassung vom Juli 2006. Erstveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 44 (2001): 830–843, Quelle: rki.de

Allgemeines

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

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

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

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

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

Am Entscheidungsprozess sind Fachpersonal und medizinische Laien beteiligt. Deshalb richtet sich dieses Merkblatt z.B. auch an Mitarbeiter der Schulverwaltung, der Flüchtlingsverwaltung, Träger von Kindergärten und Beherbergungsbetrieben. Weitere Handlungsanweisungen enthalten die Schulseuchenerlasse der Bundesländer. Zur Beurteilung des Einzelfalles

können weitere Ratgeber des Robert Koch-Instituts (RKI) herangezogen werden. Als Nachschlagewerk liefert wertvolle Hinweise: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: DGPI-Handbuch 4. Auflage. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. München: Futuramed-Verlag, 2003.

Erläuterung von Fachausdrücken:

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

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

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

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

5. Ausschluss von Kontaktpersonen: Hierunter sind alle Personen zu verstehen, mit denen der / die Erkrankte in seiner Wohngemeinschaft (§ 34 Abs. 3 IfSG) in dem Zeitraum infektionsrelevante Kontakte hatte, in dem er/sie Krankheitserreger ausschied. Ob ein irgendwie gearteter Kontakt der/des Erkrankten innerhalb dieses Zeitraums mit einer Person außerhalb des häuslichen Bereichs, z.B. in einer Gemeinschaftseinrichtung, Maßnahmen zur Infektionsverhütung oder Krankheitsfrüherkennung erfordert, ist nach den Umständen des Einzelfalles fachlich zu entscheiden.

Notwendigkeit eines schriftlichen Attestes

Die präzisierten Richtlinien des Robert-Koch-Institutes zur Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen sehen die Notwendigkeit eines schriftlichen Attestes für folgende Erkrankungen vor:

Diphtherie
Poliomyelitis
Shigellose
Cholera
Pest
Typhus
EHEC-Darminfektionen
Lungentuberkulose
Skabies (Krätze)
Impetigo Contagiosa (Borkenflechte)

Davon unberührt bleibt das Recht der Einrichtungen gegenüber den Eltern, die wiederholt klinisch kranke Kinder in die Einrichtung schicken, ein ärztliches Attest zu verlangen.

Im Einzelfall kann das Gesundheitsamt bei ansteckender Erkrankung von Familienmitgliedern eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung verlangen bzw. Maßnahmen anordnen.

Krankheit	Inkubations-zeit	Zulassung nach Krankheit	Aus-schluss von Aus-scheidern	Ausschluss von Kontakt-personen	Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen in der Gemeinschaftsein-richtung	Schriftliches Ärzt-liches Attest	Aus-hang
Keuchhusten	7 - 20 Tage	5 Tage nach Be-ginn einer antibio-tischen Therapie, sonst drei Wo-chen nach dem Auftreten der ers-ten Symptome (bellender Stakkato-husten und inspirato-risches Ziehen = stadium convulsivum)	Entfällt	Nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt. Hinweis: Impfung wird von der STIKO empfohlen	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	ja
Masern	8 - 10 Tage bis Ausbruch des katarrha-lischen Sta-diums, 14 Tage bis zum Exanthem Ausbruch, bis zu 21 Tage möglich	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frü-hestens 5 Tage nach Exanthem Ausbruch	Entfällt	Nicht erforderlich bei be-stehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder nach früher durchgemachter ärztlich bestätigter Erkran-kung. Sonstige Personen für die Dauer von 14 Ta-gen. Beratung schwangere Erzieherinnen	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt. Hinweis: Impfung wird von der STIKO empfohlen	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	ja
Meningokok-ken-Infektionen	1 – 10 Tage, in der Regel 3 – 4 Tage	Nach Abklingen der klinischen Symptome	Kein Aus-schluss gesunder Keimträ-ger	Bei häuslichem Kontakt Besuchsverbot (§ 34 Abs. 3 IfSG), Ausschluss asymptomatischer Perso-nen in Absprache mit dem Gesundheitsamt. (evtl. Chemoprophylaxe)	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt. Hinweis: Impfung gegen Meningokokken der Grup-pe C wird von der STIKO empfohlen	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	ja

Auszug aus den Wiederzulassungsempfehlungen für Gemeinschaftseinrichtungen des Robert-Koch-Institutes

Krankheit	Inkubations-zeit	Zulassung nach Krankheit	Ausschluss von Aus-scheidern	Ausschluss von Kontakt-personen	Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektio-nen in der Gemein-schaftseinrichtung	Schriftliches Ärzt-liches Attest	Aus-hang
Mumps	In der Regel 16 - 18 Tage, (12 - 25 Tage sind möglich)	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frü-hestens 9 Tage nach Ausbruch der Erkrankung (Parotisschwel-lung)	Entfällt	Nicht erforderlich bei bestehendem Impf-schutz, nach postexposi-tioneller Schutzimpfung oder nach früher durch-gemachter ärztlich bestä-tigter Erkrankung. Sons-tige Personen für die Dauer von 18 Tagen. Beratung schwangere Erzieherinnen	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt. Hinweis: Impfung wird von der STIKO empfoh-len	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	Nur bei mehre-ren Fällen in Absprache mit dem Gesund-sund-heitsamt
Scharlach	2 – 4 Tage	Bei antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszei-chen ab dem 2. Tag, ansonsten nach Abklingen der Krankheits-symptome (unbehandelt 3 Wochen anste-ckend)	Entfällt	Nicht erforderlich, aller-dings Aufklärung über das Infektionsrisiko und mögliche Symptomatik, damit bei Erkrankung ein Arztbesuch bzw. eine Therapie gewährleistet ist.	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt.	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	Nur bei mehre-ren Fällen in Absprache mit dem Gesund-sund-heitsamt
Windpocken	In der Regel 14 – 16 Ta-ge, kann 8 – 28 Tage be-tragen	Bei unkomplizier-tem Verlauf ist eine Wiederzu-lassung 1 Woche nach Krankheits-beginn möglich	Entfällt	Nicht erforderlich Beratung schwangere Erzieherinnen	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt.	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	Nur bei mehre-ren Fällen in Absprache mit dem Gesund-sund-heitsamt

Krankheit	Inkubations-zeit	Zulassung nach Krankheit	Ausschluss von Aus-scheidern	Ausschluss von Kontakt-personen	Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektio-nen in der Gemein-schaftseinrichtung	Schriftliches Ärzt-liches Attest	Aus-hang
Virushepatitis A und E	15 – 50 Ta-ge, im Mittel 25 – 30 Tage	Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symp-tome bzw. 1 Wo-che nach Auftre-ten des Ikterus	Einzelfall-entschei-dung des Gesund-heitsamtes	Nicht erforderlich nach früher durchgemachter Krankheit, bei bestehen-dem Impfschutz, bzw. 1 - 2 Wochen nach postex-positioneller Impfung, bzw. bei Gewährleistung der entsprechenden Hy-gienemaßnahmen, sonst 4 Wochen nach letztem Kontakt	Gründliche Händerein-igung nach jedem Stuhl-gang und vor der Zube-reitung von Essen, Nut-zung von Einmalhandtü-chern und anschließende Händedesinfektion. Impfempfehlung für eini-ge Personengruppen	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	
Enteritis durch enterohämorr-hagische E. Coli (EHEC)	2 - 10 Tage, durchschnitt-lich 3 - 4 Ta-ge	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinan-derfolgenden negativen Stuhl-proben im Ab-stand von 1 – 2 Tagen	Bei längerer Ausschei-dung Ein-zelfallent-scheidung durch das Gesund-heitsamt	Ausschluss von Kontakt-personen (§ 34 Abs. 3) (nicht) erforderlich, so-lange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung von Hygi-enemaßnahmen gewähr-leistet ist. Es sollen je-doch 3 Stuhlproben bei Kontaktpersonen durch-geführt werden.	Die Übertragung von EHEC-Bakterien kann vor allem durch Hände-hygiene vermieden wer-den. Wichtig: Gründli-ches Händewaschen nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Benut-zung von Einmalhandtü-chern	Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich	ja

Krankheit	Inkubations-zeit	Zulassung nach Krankheit	Ausschluss von Aus-scheidern	Ausschluss von Kontakt-personen	Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektio-nen in der Gemein-schaftseinrichtung	Schriftliches Ärzt-liches Attest	Aus-hang
Bakterielle En-teritiden, z.B. Salmonellen Campylobacter Yersinien	5 – 72 Stunden 2 - 7 Tage 7 – 10 Tage	Nach Abklingen des Durchfalls. Kinder unter 6 Jahren dürfen die Gemeinschafts-einrichtung nicht besuchen, wenn sie an einer infek-tiösen Gastroen-teritis erkrankt sind oder dessen verdächtig sind.	Es bestehen keine medi-zinischen Gründe asymptoma-tische Kin-der, die En-teritisbakte-rien aus-scheiden, den Besuch von Gemein-schaftsein-richtungen zu untersagen	Nicht erforderlich, solan-ge keine enteritischen Symptome auftreten	Gründliche Händehygie-ne nach dem Toiletten-besuch, nach Kontakt mit vermutlich kontaminier-ten Gegenständen (Win-deln), Nahrungsmitteln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten. Die Desinfektion der Toi-letten ist nicht nötig. Die Anwendung von WC-Reinigern, ggf. täglich, reicht aus.	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	ja
Virusenteritiden z.B. Rotaviren Noroviren Adenoviren	1 - 3 Tage 1 - 3 Tage 5 – 8 Tage	Nach Abklingen des Durchfalles bzw. des Erbre-chens, frühestens 2 Tage nach Ab-klingen der Symptomatik (Kinder unter 6 Jahren dürfen die Gemeinschafts-einrichtung nicht besuchen, wenn sie an einer infek-tiösen Gastroen-teritis erkrankt sind oder dessen verdächtig sind.)	Kein Aus-schluss gesunder Keimträger	Nicht erforderlich, solan-ge keine enteritischen Symptome auftreten	Die Übertragung von Enteritisviren kann vor allem durch Händehygi-ene vermieden werden. Wichtig: Gründliches Händewaschen nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Benutzung von Einmalhandtüchern,	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	Nur bei mehre-ren Fällen in Absprа-che mit dem Gesund-sund-heitsamt

Krankheit	Inkubations-zeit	Zulassung nach Krankheit	Ausschluss von Aus-scheidern	Ausschluss von Kontakt-personen	Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektio-nen in der Gemein-schaftseinrichtung	Schriftliches Ärzt-liches Attest	Aus-hang
Impetigo Contagiosa (Borkenflechte)	2 – 10 Tage	24 h nach wirk-samer antibioti-scher Therapie, sonst nach klini-scher Abheilung der befallenen Hautareale	entfällt	Nicht erforderlich	Die Desinfektion der Oberflächen und von Gebrauchsgegenständen ist nicht erforderlich. Hygieneberatung der Familie und Einrichtung	Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich	Nur bei mehre-ren Fällen in Absprache mit dem Gesund-sund-heitsamt
Röteln	14 – 21 Tage	1 Woche nach Exanthembeginn	Entfällt	Nicht erforderlich Beratung schwangerer Erzieherin-nen/Kontaktpersonen	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt.	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	ja
Ringelröteln	4 - 14 Tage	kein Ausschluss	entfällt	Nicht erforderlich Beratung schwangerer Erzieherinnen/Kontakt-personen	Wirksame Hygienemaß-nahmen sind nicht be-kannt.	Nicht erforderlich unter dem Ge-sichtspunkt, dass eine Weiterver-breitung nicht zu befürchten ist (siehe: Zulassung nach Krankheit)	ja

4. Informationen zu weiteren Krankheiten und Parasiten



Bei Häufungen von gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen (mehr als zwei Erkrankte), bei denen als Ursache ein Krankheitserreger anzunehmen ist, ist die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung verpflichtet, das Gesundheitsamt zu informieren. (IfSG § 34, Absatz 6)

Erläuterung von Fachausdrücken:

Inkubationszeit: Zeit zwischen Ansteckung und Ausbruch der Krankheit

Tröpfcheninfektion: Die Krankheitserreger werden durch die Atemluft übertragen, z.B. durch Husten und Niesen

Kontaktinfektion: Die Krankheitserreger werden durch körperliche Berührung oder durch von Kranken benutzte Gegenstände übertragen.

Viren sind die kleinsten bekannten Krankheitserreger, die sich nur in lebenden Zellen vermehren können. Bis auf Ausnahmefälle ist eine ursächliche Behandlung meist nicht möglich, eine vorbeugende Schutzimpfung ist aber oft möglich.

Bakterien sind einzellige Krankheitserreger, die in der Regel mit Antibiotika wirksam bekämpft werden können. Teilweise bilden sie Giftstoffe, deshalb ist in diesen Fällen auch vorbeugender Impfschutz wichtig (z.B. gegen Tetanus und Diphtherie).

4.1 Atemwegserkrankungen – nicht meldepflichtig

Sie sind die häufigsten Infekte im Kindergarten- und Grundschulalter und treten im Winter und im Frühjahr vermehrt auf. Sie gehören zum normalen Alltag. Hauptsächlich handelt es sich um Schnupfen, Rachenkatarrh, Bronchitis, Nasennebenhöhlen- und Mittelohrentzündungen.

Erreger sind meist **Viren**, bei längerer Dauer der Erkrankung kommen häufig Infektionen durch Bakterien hinzu.

Da die Schleimhaut von Nasen, Rachen, Luftröhre, Bronchien und Mittelohr ein zusammenhängendes Schleimhautsystem bildet, zieht die Infektion eines Bereiches häufig die Infektion eines anderen nach sich.

Verhalten bei Atemwegsinfektionen

Die Kinder sollten dazu angehalten werden, sich nicht gegenseitig anzuhusten und das Taschentuch richtig zu gebrauchen, d.h. das Papiertaschentuch sollte nach Gebrauch in den Papierkorb geworfen werden und sie sollten sich anschließend möglichst die Hände waschen. Ist bei einem Husten- oder Niesanfall kein Taschentuch in Reichweite, empfiehlt es sich in den Ärmel zu husten oder zu niesen.
Frische Luft bei zweckmäßig warmer Kleidung ist bei allen Atemwegsinfekten notwendig. Die Kinder sollten, bei unkomplizierten Infekten, genauso ins Freie gehen, wie die gesunden Kinder.
Die Kleidung im geheizten Zimmer sollte warm, aber auf keinen Fall zu warm sein.

Umgang mit Infektkindern

Ein Kind mit Schnupfen und leichtem Husten kann den Kindergarten oder die Schule besuchen, wenn es kein Fieber hat. Hat es zusätzlich Kopfschmerzen und fühlt sich abgeschlagen, sollte es im Interesse der Eltern und zur Genesung zu Hause bleiben.

Ein Kind, das bei einem Atemwegsinfekt Fieber oder anhaltend erhöhte Temperatur hat, ist krank. Es gehört nicht in den Kindergarten oder die Schule.

4.2 Flöhe – nicht meldepflichtig

Flöhe werden 2 - 4 mm groß, sind braun bis schwarz gefärbt und flügellos. Mit ihren spezialisierten, kräftigen Hinterbeinen können sie Sprünge von bis zu einem halben Meter durchführen.

Flöhe sind Parasiten, die auf Säugetieren (z.B. Hunde und Katzen) oder Vögeln bzw. in deren Nestern und Schlafstätten leben. Sie ernähren sich durch Blutsaugen. Die Eiablage erfolgt vorwiegend im Versteck. Aus diesem Grund findet man Eier, Larven und Puppen von Katzen- und Hundeflöhen hauptsächlich in den Schlafstätten der Tiere, sowie der Umgebung, wie in Teppichen, in Bodenritzen und auf Polstermöbeln. Sowohl Hund-, Katzen- als auch Rattenfloh können auf den Menschen überspringen.

Flöhe lösen durch ihre Stiche einen Juckreiz aus, der insbesondere im Schlaf zum Kratzen führt. Dadurch kann es zu Entzündungen der Haut kommen. Typisch für Flohstiche sind mehrere Stiche auf einer Linie hintereinander (Flohleiter). Sie entstehen, weil sich der Floh leicht stören lässt und immer wieder Probestiche durchführt, bevor er ein Blutgefäß getroffen hat und Blut saugen kann.
Aufgrund der guten hygienischen Bedingungen hat die Übertragung von Krankheiten durch Flöhe in Mitteleuropa heutzutage praktisch keine Bedeutung mehr. In tropischen Ländern werden verschiedene Krankheiten durch Flöhe übertragen, z. B. das murine Fleckfieber. Hunde- und Katzenflöhe sind Zwischenwirte des Gurkenkernbandwurms (Dipylidium caninum), der bei Hunden und Katzen vorkommt und selten auch bei Kindern durch die orale Aufnahme von Flöhen auftreten kann. Bei Hunden und Katzen stellen allergische Reaktionen auf Flohstiche (Flohallergie gegen Bestandteile im Flohspeichel) die häufigste Allergie dar. Bereits ein Floh kann ein allergisches Flohekzem auslösen. Auch beim Menschen können Flohbisse zu roten Papeln und allergischen Hautreaktionen führen.

Liegt ein Befall vor, sind primär die befallenen Tiere, mit einem vom Tierarzt empfohlenen Flohbekämpfungsmittel (Haarwaschmittel oder Puder), zu behandeln. Diese Mittel dürfen nicht am menschlichen Körper und nicht auf Möbeln und Teppichen angewendet werden.

Darüber hinaus müssen insbesondere die Schlafplätze von Haustieren intensiv gereinigt werden, denn hier kommen weit mehr Flöhe vor, als auf den Haustieren. Bewährt hat sich gründliches, mehrfach tägliches Staubsaugen, um auch Larven und Puppen zu entfernen. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf den Fußbodenschwellenbereich und vorhandene Dielenritzen gerichtet werden. Decken und andere waschbare Unterlagen sollten regelmäßig bei 60 °C gewaschen werden.

Um Flöhe zu fangen, kann abends eine Salatschüssel mit Wasser und etwas Spülmittel in den Raum gestellt werden, auf deren Wasseroberfläche ein Teelicht schwimmt. Die von der Feuchtigkeit und der entstehenden Wärme angelockten Flöhe springen in die Schüssel und werden so unschädlich. **Achtung: diese Variante bedarf wegen der Feuergefahr der ständigen Aufsicht.**

Wenn Anzeichen von Flohbefall in Außenbereichen festgestellt wurden, sollte eine gründliche Reinigung aller möglichen Befallsorte in Schuppen, Terrassen, Garagen, Hundehütten und anderen Plätzen durchgeführt werden. Nistkästen sollten vor dem Aufhängen im Frühjahr mit heißem Wasser gereinigt werden.
Bei nicht nachlassendem Flohbefall sollte die Flohbekämpfung nur durch einen Schädlingsbekämpfer durchgeführt werden. Er besitzt den erforderlichen Sachverstand.

4.3 Gingivostomatitis herpetica (Mundfäule) - nicht meldepflichtig

Bei Gingivostomatitis herpetica handelt es sich um eine schmerzhafte Entzündung im Mundraum, die durch Herpes-Viren verursacht wird. Meistens tritt diese, auch Mundfäule genannte, Krankheit bei Kleinkindern zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr auf. Nach einer Woche heilt die Mundfäule meist von selbst wieder ab.

Übertragen werden die Viren durch Tröpfchen-und Schmierinfektion.

Nach einer Inkubationszeit zwischen 3 und 7 Tagen kommt es zu einer ausgeprägten Entzündung der Schleimhaut von Mund und Rachen. Begleitend tritt meist hohes Fieber auf.

Als klinischer Befund imponieren zahlreiche Bläschen auf der Mundschleimhaut. Der Speichelfluss ist erhöht, es besteht starker Mundgeruch. Im Verlauf verändern sich die Bläschen, laufen z.T. ineinander und weisen einen blutigen Blasengrund auf. Die Lymphknoten in der Umgebung sind in der Regel schmerzhaft geschwollen.

Die Blasen im Mund sind sehr schmerzhaft und führen bei den Kindern zu Nahrungsverweigerung und hohem Leidensdruck bei Kind und Eltern.

Solange die Kinder Bläschen im Mund haben, sollten sie die Gemeinschaftseinrichtung nicht besuchen. Spielzeug, das erkrankte Kinder im Mund hatten sollte, möglichst in einer Geschirrspülmaschine, bei mindestens 60°C gewaschen werden.

Bei schweren Verläufen ist ein Arzt zu konsultieren.

4.4 Hand-Fuß-Mund-Krankheit - nicht meldepflichtig

Die Hand-Fuß-Mundkrankheit ist weltweit verbreitet. Sie ist in der Regel eine harmlose, mit leichtem Fieber, Aphthen im Mund-Rachenraum und Hautausschlägen an Händen und Füßen einhergehende **Virus**erkrankung. Sie betrifft hauptsächlich Kleinkinder, verläuft in der Regel gutartig und kann örtlich gehäuft auftreten.

Sie wird durch verschiedene Enterovirus-Serotypen, insbesondere Enterovirus 71 und Coxsackie-A-Viren, verursacht.

Ein Großteil der Infektionen, möglicherweise bis zu 70 %, verläuft asymptomatisch. Die klinische Manifestation beginnt nach einer **Inkubationszeit** von 3 – 6 Tagen mit etwa 2-tägigem Unwohlsein und Fieber. Danach entwickeln sich auf der Zunge, am Gaumen und in der Wangentasche Bläschen oder Geschwüre; auf den Handinnenflächen und den Fußsohlen wird ein Ausschlag sichtbar. Im Allgemeinen klingt die Erkrankung nach etwa einer Woche folgenlos ab.
Das Aufsuchen eines/r Kinderarztes/Kinderärztin ist angezeigt, um andere, ähnlich verlaufende Kinderkrankheiten auszuschließen. Komplikationen (Herzmuskel-, Lungen- und Hirnhautentzündung) treten nur selten auf.

Über den Speichel und Bläscheninhalt ist das Kind nur in der akuten Krankheitsphase ansteckend, über den Stuhl gelegentlich bis zu einem Monat.

Die Erkrankung kann nur symptomatisch behandelt werden, eine kausale Therapie oder eine Impfung gibt es nicht. Die Erkrankung hinterlässt eine typspezifische Immunität.

Solange das Kind Krankheitssymptome, wie offene Bläschen, hat, sollte es keine Gemeinschaftseinrichtung besuchen. Für Kontaktpersonen gelten keine Einschränkungen.

Eine Meldepflicht besteht nicht, es sei denn, es treten zwei oder mehr Fälle in Ihrer Gemeinschaftseinrichtung auf.

4.5 Hepatitis B – nicht meldepflichtig

Die Hepatitis B ist weltweit verbreitet. Sie wird durch das Hepatitis B-Virus hervorgerufen und ist eine ansteckende Leberentzündung. Im Jahr 2010 wurden in Deutschland 767 Fälle akuter Hepatitis B an das Robert-Koch-Institut gemeldet.

Übertragung

Virushaltiges Blut des Erkrankten stellt die Hauptinfektionsquelle dar. In geringer Menge sind Hepatitis B-Viren auch im Speichel, der Tränenflüssigkeit und in Samen- und Scheidenflüssigkeit nachweisbar.

Die Ansteckung erfolgt hauptsächlich über Blut und den Geschlechtsverkehr, durch Eindringen des Virus in die Blutbahn. Hierfür reichen schon kleine Haut- und Schleimhautverletzungen aus. Die überwiegende Zahl von Infektionen erfolgt durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit infizierten Personen.

Frauen, die das Virus in sich tragen, können vor oder während der Geburt ihr Kind anstecken, sofern das Neugeborene keine Prophylaxe, bestehend aus aktiver und passiver Impfung, erhält.

Die Gefahr einer Ansteckung durch Blutübertragungen oder Operationen ist in Deutschland sehr gering, weil alle Blutspender getestet werden und medizinische Instrumente sterilisiert oder Einmalinstrumente verwendet werden. Eine Übertragung ist aber beim Piercing und Tätowieren möglich, wenn mehrfach verwendete Instrumente nicht einwandfrei sterilisiert wurden.
Auch durch Nagelscheren, Zahnbürsten oder gemeinsamen Gebrauch von Injektionsnadeln (z.B. Drogenkonsum) können Hepatitis B-Viren übertragen werden.

Inkubationszeit

Von der Ansteckung bis zum Ausbruch der Krankheit vergehen 2 bis 6 Monate. Wegen dieser sehr langen Inkubationszeit, lässt sich der Zeitpunkt einer Ansteckung häufig nicht genau festlegen.

Ansteckungsfähigkeit

Solange im Blut Teile des Hepatitis B-Virus nachgewiesen werden können, ist ein Mensch ansteckend, d.h. durch sein Blut kann die Erkrankung auf Gesunde übertragen werden. Dies ist bereits kurz vor Ausbruch der Erkrankung der Fall und während der nächsten 2 – 3 Monate, bei chronischen Trägern (s.u.) lebenslang.

Krankheitsbild

Die Erkrankung beginnt mit uncharakteristischen grippeähnlichen Symptomen und Magen-Darm-Beschwerden. Erst danach kommt es häufig, aber nicht in jedem Fall, zur typischen Gelbfärbung der Augen und Haut, sowie einer Dunkelfärbung des Urins und einem hellen Stuhl. Ein Drittel der Infektionen verläuft ganz ohne Symptome. Im Normalfall heilt die Hepatitis B aus und die Viren sind nicht mehr im Blut nachweisbar. Etwa 10 % der Erkrankten behalten das Hepatitis B-Virus im Blut, man nennt das „Trägerstatus“. Diese Patienten können dabei gesund sein oder eine chronische Hepatitis B entwickeln. Im letzteren Fall kann es im Spätstadium zu einer Leberzirrhose oder zu Leberkrebs kommen.

Therapie

Die Behandlung der akuten Hepatitis B beschränkt sich auf die Linderung der Krankheitszeichen (Fieber, Bauchschmerzen).
Bei der chronischen Form der Hepatitis B kommen spezielle Medikamente, z.B. Interferone, oder andere spezielle Therapieformen zur Anwendung.

Impfung

Die Ständige Impfkommission in Deutschland (STIKO) empfiehlt seit November 1995 allen Kindern vom Säuglingsalter an die Impfung gegen Hepatitis B, weil sie damit wirksam vor dieser Leberentzündung geschützt werden können. Die Impfung besteht aus einer drei-oder vierfachen Immunisierung, abhängig vom verwendeten Impfstoff.
Ist ein sofortiger und dauerhafter Schutz notwendig, kann auch eine kombinierte aktive und passive Immunisierung erfolgen, d.h. es werden gleichzeitig Impfstoff und Antikörper verabreicht.

Hygiene als Vorbeugung

Neben der Impfung spielen die hygienischen Schutzmaßnahmen beim Umgang mit Blut eine große Rolle.

Folgenden Schutzmaßnahmen sind erforderlich:

- Das Blut von erkrankten Personen oder Personen mit „Trägerstatus“ darf weder direkt noch indirekt über Gegenstände mit der Haut oder Schleimhaut eines Anderen in Berührung kommen.

- Bei der Versorgung von offenen blutenden Wunden oder Nasenbluten sind Einmalhandschuhe zu tragen.

- Alle Gegenstände, die evtl. mit dem Blut in Berührung gekommen sind, sind anschließend zu desinfizieren.

- Da Erbrochenes häufig Blut enthält, ist auch hier in gleicher Weise zu verfahren.

- Ein geeignetes Flächendesinfektionsmittel und ein geeignetes Händedesinfektionsmittel müssen vorrätig sein.

Maßnahmen in der Gemeinschaftseinrichtung

Bei Beachtung der hygienischen Schutzmaßnahmen ist die Gefahr einer Weiterverbreitung der Hepatitis B im Kindergarten praktisch ausgeschlossen. Das Infektionsschutzgesetz führt deshalb die Hepatitis B auch nicht mehr als Erkrankung auf, bei der ein Kindergartenbesuch untersagt wäre – ebenso wenig wie bei Hepatitis C (nachfolgender Abschnitt).

Sobald es das Allgemeinbefinden gestattet und ein ärztliches Einverständnis vorliegt, darf ein an Hepatitis B erkranktes Kind den Kindergarten wieder besuchen.
Der Ausschluss von Kontaktpersonen vom Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist nicht erforderlich.

Vorgehen beim Vorliegen eines Hepatitis B-Trägerstatus

Im Blut eines Kindes kann, auch wenn es wieder gesund ist, noch einige Zeit das Hepatitis B-Virus nachgewiesen werden. Es gibt auch Kinder, bei denen das Virus lebenslang im Körper verbleibt. Diese Kinder können andere Kinder über die o.g. Ansteckungswege (siehe Übertragung) infizieren.

Daher sind folgenden Schutzmaßnahmen erforderlich:

HBV-Träger dürfen Gemeinschaftseinrichtungen besuchen bzw. ihrer Tätigkeit in diesen nachgehen. Bei HBV-infizierten Kindern mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten, mit Blutungen oder akuten, generalisierten Dermatitiden muss eine individuelle Entscheidung durch das Gesundheitsamt getroffen werden.
Mit großer Wahrscheinlichkeit gibt es Kinder, bei denen ein Hepatitis B-Trägerstatus vorliegt, ohne dass sie selbst, ihr Arzt oder die Familie es wissen. Deshalb muss mit Blut, Erbrochenem und der Versorgung von blutenden Wunden grundsätzlich wie oben erläutert verfahren werden.

Prinzipiell wird allen Beschäftigten in Gemeinschaftseinrichtungen zu einer Impfung gegen Hepatitis B geraten.

4.6 Hepatitis C – nicht meldepflichtig

Die Hepatitis C ist eine infektiöse Leberentzündung. Das Hepatitis C-Virus (HCV) ist weltweit verbreitet. In Deutschland rechnet man mit 5000 Neuinfektionen pro Jahr. Die Hepatitis C war früher unter dem Namen „Transfusionshepatitis“ bekannt. Vor 1991 kam es zur Ansteckung durch Bluttransfusionen mit infiziertem Blut. Seit April 1991 werden alle Blutkonserven in Deutschland auf HCV- Antikörper getestet.

Übertragung

Die Hepatitis C-Viren kommen nur beim Menschen vor. Sie sind im Blut und in geringen Mengen auch in anderen Körperflüssigkeiten nachweisbar (Speichel, Samen- und Scheidenflüssigkeit). Die Übertragung erfolgt durch das Eindringen von Blut oder anderen Körperflüssigkeiten einer infizierten Person in die Blutbahn oder das Gewebe des Empfängers. Das Hepatitis C-Virus wird nicht durch die Luft, auch nicht durch Niesen oder Husten übertragen und auch nicht über die gemeinsame Toilettenbenutzung.

Ein wichtiger Übertragungsweg ist der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und Kanülen unter i.v.- Drogenabhängigen (hier finden sich Infektionsraten bis zu 90 %). Auch durch die gemeinsame Benutzung von Nagelscheren, Zahnbürsten und Nassrasierern kann es aufgrund blutender Verletzungen zur Übertragung kommen. Bei unsachgemäßem Verhalten ist eine Virusübertragung auch beim Tätowieren, Piercing oder Ohrlochstechen möglich. Bei Operationen, Akupunktur und zahnärztlichen Eingriffen kann es ebenfalls zur Virusübertragung kommen, wenn die Hygieneregeln nicht eingehalten werden.

Die Übertragung vor und während der Geburt von der Mutter auf das Kind ist abhängig von der Viruskonzentration im mütterlichen Blut. Das Risiko ist wesentlich geringer, als bei der Hepatitis B. Es beträgt 3 – 5 %.
Sexuelle Übertragung kommt vor, ist aber nicht so bedeutend wie bei der Hepatitis B.

Die **Inkubationszeit** beträgt 1 – 6 Monate. Aufgrund der langen Inkubationszeit lässt sich bei 40 % der Hepatitis C-Erkrankten die Ansteckungsursache nicht mehr nachvollziehen.

Ansteckungsfähigkeit besteht, solange das Virus im Blut nachweisbar ist.

Krankheitsbild

Zu Beginn der Erkrankung finden sich Symptome eines grippalen Infektes und Magen-Darm- Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen. Nur bei 25 % der Infizierten kommt es anschließend zur akuten Hepatitis, die meist recht milde verläuft. Eine Gelbsucht ist eher selten. In 50 - 85% der Fälle geht die Hepatitis C in einen chronischen Verlauf über,

der über viel Jahre schleichend mit milder Symptomatik wie Müdigkeit, unspezifische Oberbauchbeschwerden und Leistungsinsuffizienz einhergeht. Gelegentlich treten auch Juckreiz und Gelenkbeschwerden auf. Bei Patienten mit einer chronischen Hepatitis C kann es nach 20 – 25 Jahren zur Leberzirrhose kommen. Patienten mit HCV-induzierter Zirrhose haben ein hohes Risiko, ein Leberzellkarzinom zu entwickeln. Häufig fehlen jegliche Krankheitszeichen und die Diagnose einer akuten, chronischen oder abgelaufenen Hepatitis C wird erst zufällig durch eine routinemäßige Blutuntersuchung gestellt.

Therapie

Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Therapie mit alpha- Interferon und anderen antiviralen Substanzen möglich. Sie führt aber nicht immer zum Erfolg.

Vorbeugung

Es gibt keine Impfung gegen Hepatitis C. Ob eine ausheilende Hepatitis C eine bleibende Immunität hinterlässt, kann z.Zt. noch nicht beantwortet werden. Der Nachweis von Antikörpern im Blut bedeutet nicht, dass eine schützende Immunität vorhanden ist. Eine Prophylaxe unmittelbar nach erfolgter Ansteckung steht bisher nicht zur Verfügung.

Wichtige vorbeugende Maßnahmen sind deshalb:
Beachtung der Hygieneregeln bei möglichem Kontakt zu virushaltigem Blut.
Nagelscheren, Zahnbürsten und Nassrasierer sollten nicht gemeinsam benutzt werden.

Maßnahmen in der Einrichtung

Das erkrankte Kind darf den Kindergarten wieder besuchen, sobald es das Allgemeinbefinden gestattet und der behandelnde Arzt keine Einwände hat. Bei HCV-infizierten Kindern mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten, mit Blutungen oder akuten, generalisierten Dermatitiden muss eine individuelle Entscheidung durch das Gesundheitsamt getroffen werden.

Der Ausschluss von Kontaktpersonen vom Kindergartenbesuch ist nicht erforderlich.

Die notwendigen Schutzmaßnahmen im Umgang mit Blut entsprechen denen im vorhergehenden Kapitel, zur Hepatitis B.

4.7 Infektiöse Bindehautentzündung, Keratokonjunctivitis epidemica (Sonderform Adenoviren) - nicht meldepflichtig

Die Bindehaut befindet sich auf der Innenseite der Augenlider und auf dem Augapfel. Auslöser der Bindehautentzündung können verschiedene Viren sein, meist sind es Adenoviren. Adenovirus-Infektionen sind weltweit verbreitet.

Die Keratokonjunctivitis epidemica wird überwiegend durch Schmier- oder (gelegentlich auch) Tröpfcheninfektion übertragen. Praktisch wichtige Übertragungsfaktoren sind kontaminierte Hände sowie kontaminierte Gegenstände wie z. B. Handtücher in Gemeinschaftswaschräumen. Die **Inkubationszeit** beträgt 5 – 12 Tage.

Eine Ansteckung ist möglich, solange das Virus in Sekreten nachweisbar ist, in der Regel während der ersten 2 Wochen der Erkrankung (in der Literatur werden auch Zeiten bis zu 3 Wochen beschrieben). Im Gegensatz dazu, sind bakteriell verursachte Entzündungen der Bindehaut, bereits nach wenigen Tagen Behandlung mit antibiotischen Augentropfen nicht mehr ansteckend.

Das klinische Bild der Keratokonjunktivitis epidemica ist durch einen plötzlichen Beginn mit Rötung, ringförmiger Bindehautschwellung sowie einer Lymphknotenschwellung vor den Ohren gekennzeichnet. Subjektive Beschwerden sind Fremdkörpergefühl, Lichtscheu, Juckreiz und Tränenfluss. Die Augenlider schwellen an. Die Konjunktivitis klingt in der Regel in der 2. bis 4. Woche ab.

Es sollte streng darauf geachtet werden, dass erkrankte Personen Handtücher und andere Hygieneartikel, wie z. B. Waschlappen usw. separat benutzen. Die Erkrankten sollten insbesondere angewiesen werden, jeglichen Hand-Augenkontakt (im Alltag etwa 14-mal pro Tag!) zu vermeiden und eine sorgfältige Händehygiene zu betreiben. Bei Bedarf sollten Papiertücher verwendet werden. Benutzte Tücher sind umgehend zu entsorgen

Auch Leiter von Kindergemeinschaftseinrichtungen i. S. des § 33 IfSG sind gemäß § 34 IfSG Abs. 6 verpflichtet, dem Gesundheitsamt Ausbrüche (mehr als zwei Erkrankungen) mit entsprechenden Konjunktivitiden anzuzeigen. Da wirksame Hygienemaßnahmen (s. oben) eine lückenlose Befolgung durch alle Betroffenen voraussetzen, ist ihre Einhaltung in Kindergärten und Schulen in der Regel nicht sicher zu gewährleisten. Als wirksame Präventionsmaßnahme kommt daher lediglich der Ausschluss aller manifest Erkrankten (solange eitriges Sekret aus den Augen läuft) in Betracht. Hat der Arzt eine Infektion mit Adenoviren nachgewiesen, sollte die Wiederzulassung von der Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attestes abhängig gemacht werden (Augenarzt möglichst vorab telefonisch informieren).

4.8 HIV-Infektion – nicht meldepflichtig

Jährlich kommt es laut Robert-Koch-Institut in Deutschland zu ca. 3000 Neuinfektionen mit dem HI-Virus, unter ihnen sind 25 Kinder unter 15 Jahren.

HIV wird durch Blut (z.B. bei gemeinsamen Gebrauch einer Spritze) und andere infektiöse Körperflüssigkeiten, im wesentlichen Sperma, Vaginalsekret und den Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut übertragen. Häufigster Übertragungsweg sind ungeschützte Sexualkontakte.
Übertragungen von der Schwangeren auf ihr Kind sind kurz vor, vor allem aber während der Geburt möglich. Nach der Geburt kann die Infektion durch Stillen übertragen werden.

Kein Infektionsrisiko stellen Körperkontakte im alltäglichen sozialen Miteinander, die gemeinsame Benutzung von Geschirr, Besteck u.ä., sowie die gemeinsame Benutzung sanitärer Einrichtungen dar. HIV wird nicht über Speichel, Tränenflüssigkeit, Tröpfcheninfektion, durch Insektenstiche oder über Nahrungsmittel oder Trinkwasser übertragen. Die Kontamination von intakter Haut mit virushaltiger (Körper-) Flüssigkeit führt ebenso wenig zu einer Übertragung.
Daher stellt nach den bisherigen Erfahrungen mit HIV- infizierten Kindern in Kindergärten der Kindergartenbesuch dieser Kinder kein Problem dar.

Maßnahmen gegen eine Virusübertragung bei der Versorgung blutender Wunden müssen aber immer beachtet werden.
Hinweise hierzu finden sich im Kapitel „Hepatitis B“.

4.9 Ringelröteln – nicht meldepflichtig

Es handelt sich um eine Viruserkrankung, die folgenlos abheilt. Einzig in der Schwangerschaft ist diese Infektion gefährlich.

Die Übertragung erfolgt durch **Tröpfcheninfektion.**

Die **Inkubationszeit** beträgt in der Regel 4 bis 20 Tage.

Ansteckungsfähigkeit

Die Krankheit ist bereits einige Tage vor Beginn des Hautausschlages ansteckend. Wenn der typische Ausschlag sichtbar ist (leuchtende Rötung der Wangen), besteht praktisch keine Ansteckungsgefahr mehr. Die Erkrankung hinterlässt vermutlich eine lebenslange Immunität. Ca. 50 % der Erwachsenen haben eine Infektion (meist unbemerkt) durchgemacht.

Eine Therapie ist bei dem milden Krankheitsverlauf kaum notwendig. Der in manchen Fällen juckende Hautausschlag bildet sich in der Regel innerhalb von einer Woche zurück.

Ringelröteln in der Schwangerschaft

Bei infizierten Schwangeren, die nicht immun sind, kann eine Infektion mit Ringelröteln während der Schwangerschaft das ungeborene Kind mitbetreffen. Daher sollte über einen Erkrankungsfall durch Aushang im Kindergarten informiert werden.
Hatten schwangere Frauen mit Kindern Kontakt, die an Ringelröteln erkrankt oder ansteckungsverdächtig sind, sollten sie sich sofort an ihren behandelnden Arzt wenden. Er bestimmt den Immunstatus und berät sie. Es ist ratsam bis zur Abklärung des Immunstatus den Kontakt zu Kindern, welche die Krankheit übertragen können, zu meiden.

Maßnahmen in der Gemeinschaftseinrichtung

Die erkrankten Kinder können nach Abklingen der Krankheitssymptome die Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen.

Der Ausschluss von Kontaktpersonen ist nicht erforderlich.

4.10 Röteln – nicht meldepflichtig

Röteln sind weltweit verbreitet und werden durch Viren hervorgerufen. Gefährlich können sie in der Schwangerschaft werden, wenn die Schwangere nicht durch überstandene Erkrankung oder Impfung geschützt ist.

Das **Rötelnvirus** wird durch **Tröpfcheninfektion** übertragen.

Die **Inkubationszeit** betrögt 14 bis 21 Tage.

Die **Ansteckungsfähigkeit** beträgt 7 Tage vor bis 7 Tage nach Ausbruch des Exanthems.

Etwa 50 % der Infektionen im Kindesalter verlaufen asymptomatisch. Die Erkrankung ist durch einen kleinfleckigen hellroten Ausschlag gekennzeichnet, der im Gesicht beginnt, sich über Körper und Extremitäten ausbreitet und nach 1 – 3 Tagen wieder verschwindet. Weiter können Kopfschmerzen, erhöhte Temperatur, Lymphknotenschwellungen (besonders im Nacken und hinter den Ohren), ein Katarrh der oberen Luftwege und eine Konjunktivitis auftreten.

Röteln in der Schwangerschaft

Bei fehlender Immunität kann eine Rötelnvirusinfektion der Schwangeren in den ersten Monaten zu Fehlgeburt, Totgeburt oder Missbildungen des Kindes führen. Die häufigsten sind Herzfehler, Innenohrschäden, Augenschäden, Schädigungen des Gehirns.

Vorbeugung

Die zweimalige Röteln-Schutzimpfung wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlen. Sie kann mit einem Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfstoff) durchgeführt werden.

Erkrankte Personen dürfen nach Abklingen der Krankheitssymptome die Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen.
Kontaktpersonen dürfen die Einrichtung gleich wieder besuchen.

4.11 Wurmbefall – nicht meldepflichtig

Die häufigste Wurmerkrankung beim Menschen ist der Befall mit Madenwürmern (Oxyuriasis), der besonders bei Kindern vorkommt. Die Madenwürmer sind länglich und weiß. Die Weibchen werden bis zu 13 Millimeter, die Männchen nur 3 Millimeter lang. Nach dem Verschlucken der Eier werden im oberen Darmabschnitt sog. Larven freigesetzt, die auf ihrem Weg in den Dickdarm in etwa zwei Wochen ausreifen.

Übertragung

Zur Eiablage wandern die Wurmweibchen nachts aus dem Enddarm heraus und legen ihre Eier (mehrere Tausend) außerhalb des Afters ab. Dort verursachen sie einen hartnäckigen Juckreiz. Durch das Kratzen gelangen die Wurmeier an die Hände des Erkrankten und werden in der Umgebung weiterverbreitet. Dies kann über Lebensmittel geschehen, aber auch über Spielsachen oder Kleidungsstücke (Schmierinfektion). Die Eier des Madenwurms sind bis zu drei Wochen lebensfähig. Es ist aber auch möglich, dass sich erkrankte Kinder selbst wieder anstecken (sog. Autoinfektion: Juckreiz – Hand – Mund). Auch eine Infektion durch im Staub aufgewirbelte Eier ist möglich.

Inkubationszeit

Das Zeitintervall zwischen Aufnahme der Eier und Eiablage durch das Weibchen beträgt ca. einen Monat.

Ansteckungsfähigkeit besteht etwa vier Wochen nach der Infektion über die gesamte Dauer des Wurmbefalls.

Krankheitsbild

Ganz häufig bleibt die Infektion unbemerkt. Anzeichen für einen Wurmbefall kann aber nächtlicher Juckreiz in der Aftergegend sein, der zu Schlafstörungen führt und zu Hautreizungen durch intensives Kratzen. Ein andauernder nächtlicher Juckreiz sollte Anlass sein, einen Arzt aufzusuchen.

Therapie und Hygienemaßnahmen

Der Arzt verordnet ein rezeptpflichtiges Medikament gegen Würmer. Gleichzeitig müssen allgemeine hygienische Maßnahmen durchgeführt werden, um eine Wiederansteckung zu verhindern. Dazu gehören täglicher Wechsel von Unter- und Bettwäsche, waschen der Wäsche möglichst bei 60 Grad Celsius oder höher, gründliches Händewaschen nach dem Stuhlgang und vor dem Essen, die Berührung der Aftergegend möglichst vermeiden und die Fingernägel kurz schneiden. Meist ist eine Wiederholung der Behandlung nach 2 bis 3 Wo-

chen erforderlich. Bei hartnäckigen Verläufen kann eine gleichzeitige Behandlung aller Familienmitglieder erforderlich sein.

Maßnahmen in der Gemeinschaftseinrichtung

Das erkrankte Kind darf in die Gemeinschaftseinrichtung, dennoch sollte die Einrichtung von den Eltern/Erziehungsberechtigten informiert werden. Es besteht kein Risiko der Weiterverbreitung, wenn vorgenannte Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Kleinkinder im Kindergarten sollten bei jedem Toilettengang von einer Erzieherin begleitet werden, um eine korrekte Händehygiene sicherzustellen.

4.12 Durch Zecken verursachte Erkrankungen – nicht meldepflichtig

Zecken (wichtigster Vertreter Ixodes ricinus, auch Holzbock genannt) leben in Bodennähe auf Gräsern, Sträuchern und im Unterholz. Wir streifen sie an Waldrändern, Wiesen, aber auch im Garten beim Vorbeigehen ab. Zecken können – in regional unterschiedlichem Maße – mit Krankheitserregern verseucht sein und diese beim Blutsaugen an den Menschen weitergeben. Sie übertragen in Mitteleuropa zwei bedeutende Infektionskrankheiten: Die Frühsommermeningoenzephalitis (FSME) und die Lyme- Borreliose. Beide Erkrankungen können zu Entzündungen der Hirnhäute, des Gehirns, der Nerven und des Rückenmarks führen.

Die **FSME** oder Hirnhautentzündung nach Zeckenstich wird durch ein Virus verursacht. Das Vorkommen des FSME-Virus ist auf Europa und Teile Asiens beschränkt. In den FSME-Endemiegebieten Deutschlands, zu denen auch der Ortenaukreis zählt, sind ca. 0,1 - 5 % der Zecken mit dem Virus infiziert. Gegen die FSME kann man sich durch eine Impfung schützen. Für einen kompletten Impfschutz sind drei Impfungen erforderlich - eine Grundimmunisierung, bestehend aus zwei Teilimmunisierungen sowie einer Boosterung (Angaben des Herstellers beachten). Auffrischimpfungen sind in Abständen zwischen 3 und 5 Jahren erforderlich. Diese Impfung wird vom Robert-Koch-Institut für Baden-Württemberg empfohlen.

Die **Borreliose** wird durch Bakterien verursacht, sie kommt weltweit vor (ca. 10 – 35 % der Zecken können mit Borrelien befallen sein). Neben den oben beschriebenen Krankheitserscheinungen können bei der Borreliose zusätzlich Erkrankungen der Gelenke, der Haut und des Herzens auftreten. Gegen die Borreliose gibt es keine Schutzimpfung. Da es sich um eine bakterielle Erkrankung handelt, kann sie aber mit einem Antibiotikum behandelt werden.

Vorbeugung

Wenn Sie mit den Kindern längere oder häufige Waldspaziergänge und Außenaktivitäten im freien Gelände planen muss mit den Eltern über die Möglichkeit des Zeckenbefalls gesprochen werden. Die Eltern können dann mit dem/ der Haus-/Kinderarzt/-ärztin abklären, ob für ihr Kind eine Schutzimpfung sinnvoll erscheint.

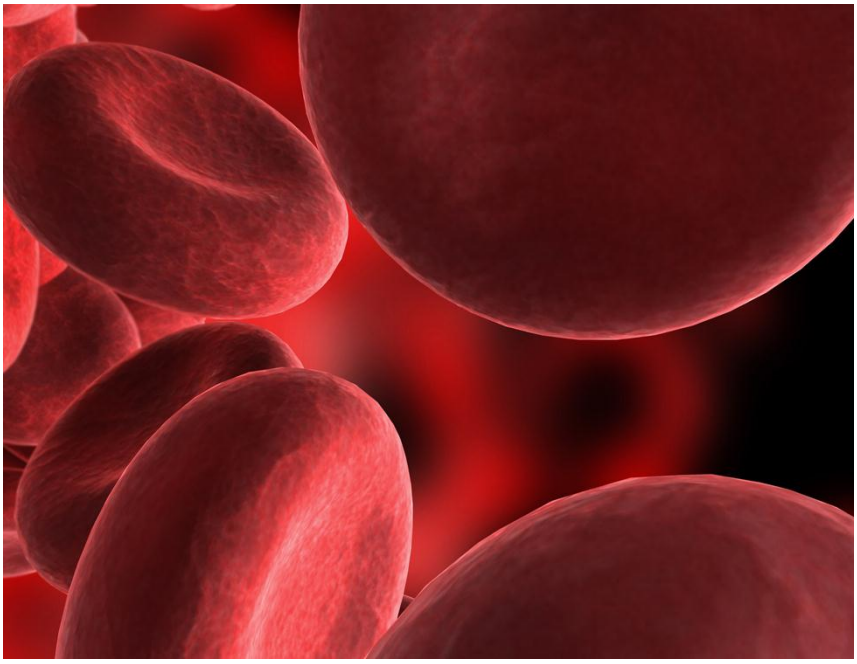
Bei Waldspaziergängen wird empfohlen, geschlossene, lange, helle Kleidung, z.B. Jeans und langärmelige Hemden zu tragen. Die Anwendung von Repellents bietet nur einen zeitlich begrenzten Schutz. Nach naturnahem Aufenthalt in zeckengefährdeten Gebieten wird ein sorgfältiges Absuchen des Körpers nach Zecken empfohlen.

Entfernen von Zecken

Bei Zeckenbefall muss die Zecke umgehend, durch die Eltern oder einen Arzt, möglichst mit einer Zeckenpinzette oder einer Zeckenkarte, entfernt werden. Fassen Sie die Zecke möglichst weit vorne, lockern sie diese vorsichtig und ziehen sie langsam, mit einer drehenden Bewegung, nach oben heraus. Wichtig ist, dass der Zeckenleib weder gequetscht noch beschädigt wird, da dies die Infektion durch vorhandene Erreger fördern kann. Es ist nicht angeraten, Zecken mit Öl, Cremes, Alkohol, Nagellackentferner oder ähnlichen Substanzen zu bedecken um die abzutöten. Bei solchen Maßnahmen besteht das Risiko, dass die Zecke verstärkt erregerhaltigen Speichel absondert. Nach Möglichkeit sollten die Hände und die Stichstelle anschließend desinfiziert werden. Der Hausarzt sollte informiert werden und sich die Stichstelle ansehen. Tritt eine Rötung – auch noch nach Tagen oder Wochen – im Bereich der Stichstelle auf, ist auf jeden Fall erneut der Hausarzt aufzusuchen, weil dies das Zeichen für eine Borreliose sein kann.

Bei Unsicherheit sollten Zecken vom Hausarzt entfernt werden.

5. Chronische Erkrankungen



5.1 Epilepsie (Anfallsleiden)

Die Epilepsie beruht auf einer Funktionsstörung der Nervenzellen im Gehirn und kann in jedem Lebensalter beginnen. Sie ist keine Erbkrankheit. Etwa 1 % aller Menschen erkrankt an einer Epilepsie. Die Krampfanfälle können sehr verschieden aussehen und unterschiedliche Ursachen haben. Durch eine medikamentöse Behandlung kann in den meisten Fällen erreicht werden, dass keine Anfälle mehr auftreten.

Die wichtigsten Formen sind:

- Grand mal-Anfälle – große generalisierte Krampfanfälle
  Symptome: Bewusstlosigkeit, Anspannung des ganzen Körpers, gefolgt von rhythmischen Zuckungen, die an Heftigkeit zunehmen, blass-blaue Hautverfärbung, häufig unwillkürlicher Urinabgang, Speichelaustritt aus dem Mund und Bissverletzungen der Zunge.
  Dauer: meist 1 - 3 Minuten

- „Kleine Anfälle“ – Absencen – d.h. Bewusstseinspausen
  Symptome: Das Kind ist für einige Sekunden „abwesend“ und nicht ansprechbar. Es unterbricht seine Tätigkeit und schaut starr auf einen Punkt. Diese Anfälle werden zu Beginn der Krankheit oft nicht erkannt oder als dumme Angewohnheit angesehen.

- Psycho-motorische Anfälle
  Symptome: Unmotivierte Schluck- und Leckbewegungen, Nesteln mit den Händen, unverständliches Reden, zielloses Umherlaufen bei getrübtem Bewusstsein.
  Dauer: einige Minuten

- Tonische Anfälle
  Symptome: Verkrampfung einer oder mehrerer Gliedmaßen ohne Zuckungen für ca. 1 - 30 Sekunden, wobei das Bewusstsein erhalten sein kann und Lautäußerungen möglich sind.

Es gibt zahlreiche andere Anfallsformen.
Bei jedem Verdacht auf ein noch nicht bekanntes Anfallsgeschehen, sollten die Eltern informiert werden. Wichtig für eine eventuelle Diagnosestellung ist eine exakte Beschreibung des Geschehens mit Zeitdauer. Die Diagnose wird von einem spezialisierten Kinderarzt und Neurologen gestellt.

Die Behandlung erfolgt hauptsächlich mit Medikamenten, die regelmäßig eingenommen werden müssen. Die Suche nach den richtigen Medikamenten unter denen Anfallsfreiheit besteht, kann manchmal Monate dauern. Die Medikamente wirken gezielt gegen Anfälle. Sie sind keine Beruhigungsmittel.

Wichtig ist die Information der Erzieherinnen und Erzieher durch die Eltern und evtl. den behandelnden Arzt. Die Leitung der Einrichtung sollte mit den Eltern besprechen:

- Wann und welche Medikamente nimmt das Kind – siehe hierzu auch den Musterbrief zur Verordnung von Bedarfsmedikation!

- Wie sehen mögliche Nebenwirkungen bei Über- oder Unterdosierung aus?

- Ist das Kind anfallsfrei?

- Wie sieht ein eventueller Anfall aus? Gezielt nach Vorboten (sog. Aura) oder evtl. Auslösern fragen (z.B. Lichtblitze).

- Was kann/soll der/die ErzieherIn/LehrerIn tun?

- Wann sollen die Eltern angerufen werden und wann der Arzt? (Name des behandelnden Arztes, Telefonnummer des Krankenwagens und des Rettungsdienstes)

- Wofür braucht das Kind Aufsicht bzw. Begleitung?

Anfallskranke Kinder dürfen am Sport teilnehmen, wenn aus Sicht der behandelnden Ärzte keine anderslautenden Empfehlungen gegeben wurden und einige Einschränkungen bei der Teilnahme am Sport beachtet werden, z.B. ausreichende Absicherung beim Geräteturnen (Hilfestellungen u.a.). Sportarten mit Absturzgefahr (Seile, Stangen) sind ungeeignet.

Schwimmen und Baden darf nur unter sorgfältiger und ständiger Aufsicht in Badeanstalten stattfinden. Offene Gewässer sind nicht geeignet.

Ungeachtet dieser allgemeinen Empfehlungen sollte in jedem Einzelfall mit den Eltern abgesprochen werden, inwieweit das Kind am Sport teilnehmen darf, gegebenenfalls sollte eine ärztliche Stellungnahme eingeholt werden.

Erste-Hilfe-Maßnahmen

In der Regel hört ein Anfall (Grand mal) nach 1 – 3 Minuten von selbst auf, er ist trotz seines bedrohlichen Aussehens nicht lebensgefährlich. Es sollte in jedem Fall ein Arzt hinzugezogen werden, wenn der Anfall länger als 2 Minuten dauert und sich die Lippen bläulich verfärben, oder es im Laufe des Anfallgeschehens zu einer Verletzung gekommen ist. Auch wenn das Anfallgeschehen nicht den bekannten Formen entspricht, ist ein Arzt hinzuzuziehen. Dauert ein großer Anfall länger als 3 – 5 Minuten, so müssen besondere Maßnahmen zur Unterbrechung des Anfallgeschehens ergriffen werden, so wie sie vorab mit den Eltern besprochen wurden.

Allgemeine Maßnahmen:

Das Kind sollte nach Möglichkeit flach auf den Boden, falls vorhanden, auf ein Bett oder eine Liege, gelegt werden. Die Kleidung soll besonders am Hals gelockert werden. Es soll aus einer möglichen Gefahrenzone gebracht werden (Straßenverkehr, Wasser, scharfe Gegenstände oder Kanten). Das Kind sollte während des Anfalls beobachtet werden, damit sorgfältig Angaben über Art und die Dauer anschließend dem Arzt geschildert werden können.

Bei starker Speichelabsonderung dreht man den Kopf nach einer Seite, damit das Kind sich nicht verschluckt. Falls es zum Erbrechen kommt: Stabile Seitenlage! (alles nur, wenn es ohne Mühe gelingt – keine Gewalt anwenden)!

Nach dem Anfall ist das Kind meist schlaff und schläfrig.

Kinder mit **kleinen** Anfällen bedürfen einer ruhigen beschützenden Begleitung und einer guten Beobachtung. Eine Unterbrechung des Anfallgeschehens ist in der Regel nicht erforderlich, auch wenn sich der Anfall über mehrere Minuten hinzieht.

Verschiedene Institutionen bieten für Erzieher und Lehrer Kurse an, in denen der Umgang mit epilepsiekranken Kindern geschult wird.

5.2 Diabetes

Nachstehend finden Sie ein Merkblatt zum Umgang mit diabetischen Schulkindern. Die darin gegebenen Hinweise gelten genauso für Kindergartenkinder.

Merkblatt für diabetische Schulkinder

Der Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine Erkrankung, die auch in frühen Lebensjahren auftreten kann. Die Zahl der Zuckererkrankungen bei Kindern stieg in den letzten Jahren an. Jede LehrerIn und ErzieherIn muss damit rechnen, irgendwann einmal mit den Problemen eines jungen diabetischen Menschen konfrontiert zu werden.

Die Eltern diabetischer Kinder werden von den Ärzten darauf hingewiesen, dass der Diabetes des Kindes für Lehrer und Mitschüler kein Geheimnis bleiben soll. Diabetes ist weder ansteckend noch - bei richtiger Behandlung - in geistiger und körperlicher Hinsicht leistungsmindernd. Diabetische Kinder und Jugendliche sind den Anforderungen der Schule in der Regel genauso gewachsen wie ihre Altersgenossen; sie sollten keine Sonderstellung genießen oder besonders nachsichtig behandelt werden. Die zweifellos vorhandenen Probleme der Erkrankung dürfen aber auch nicht bagatellisiert oder ignoriert werden.

Folgende Hinweise sollen dem Lehrpersonal die Aufgabe beim Umgang mit jungen Diabetikern erleichtern helfen:

• Wenn der Schule mitgeteilt wird, dass ein Kind zuckerkrank ist, sollen Gespräche mit den Eltern ergeben, inwieweit das Kind ärztlicherseits als voll belastbar angesehen wird.
In der Regel ist eine volle Belastbarkeit gegeben, einschließlich Teilnahme am Turnunterricht, Wandertagen und Ferienlagern.

• **Alle diabetischen Kinder und Jugendlichen müssen täglich, meist mehrfach, Insulin spritzen**, da der Diabetes auf einer Unfähigkeit der Bauchspeicheldrüse beruht, selbst genügend Insulin zu produzieren. Eine der Insulininjektionen (wenn nicht die einzige) erfolgt morgens zu Hause vor dem ersten Frühstück. Die **Hauptwirkung des Insulins**, die Senkung des Blutzuckers, macht sich zumeist im Laufe des Vormittags, also bevorzugt während der Schulzeit bemerkbar. Nicht immer gelingt es, Nahrungszufuhr und Insulinspritze so aufeinander abzustimmen, dass der Blutzuckerwert im Normalbereich oder im leicht erhöhten Bereich bleibt. Gelegentlich kann es vielmehr zu sogenannten Unterzuckerreaktionen kommen, die das Kind aber fast immer rechtzeitig bemerkt und bekämpfen kann.

• Die **Anzeichen für eine** solche **Unterzuckerung** sind unterschiedlich. Schweißausbruch, Zittern, Herzklopfen, Blässe, Kopfschmerzen und unkontrollierte Reaktionen können Ausdruck der Unterzuckerung sein. In einem solchen Fall soll das Kind **sofort** etwas (Kohlenhydrate), wie Brot, Zwieback oder Obst, zu sich nehmen oder - bei stärkeren Reaktionen - einige Stück Würfelzucker essen. Gelingt die Versorgung, sind die Symptome nach einiger Zeit vorbei. Das Kind sollte danach beobachtet werden. Lassen Sie es nur in Begleitung nach Hause gehen.

• Im Allgemeinen sind die beschriebenen, durch die Insulinwirkung hervorgerufenen Unterzuckerreaktionen harmlos und vermeidbar. Treten solche Reaktionen jedoch häufig auf, ist eine ärztliche bzw. klinische Überprüfung der verordneten Insulindosis angezeigt. Deswegen **sollten die Erzieher** diabetischer Kinder **die Eltern von derartigen Insulinreaktionen unbedingt unterrichten**. Für den seltenen Fall einer mit Bewusstlosigkeit einhergehenden Unterzuckerreaktion sind Benachrichtigungsmöglichkeiten (Telefonkontakt mit dem Elternhaus und dem Notarzt) zu vereinbaren.

• Die Klassenkameraden sollten wissen, warum ein Kind in der Gruppe außerhalb der Pausen oder der vereinbarten Regeln essen darf. Sie sollten das Kind unbehelligt messen und bei Bedarf injizieren lassen. Auch die Mitschüler sollten wissen, wann das Kind Hilfe braucht (Unterzuckerung).

• Die allgemein angestrebte Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Eltern ist im Falle des diabetischen Kindes und Jugendlichen von besonderer Bedeutung.

Quellen:

Merkblatt für bayerische Erzieher von Prof. Dr. Hellmut Mehnert, München, übernommen aus dem Buch: Stoffwechselerkrankungen - herausgegeben von Hellmut Mehnert - Thieme Verlag,
BzgA, chronische Erkrankungen im Kindesalter

5.3 Asthma bronchiale

Was ist Asthma bronchiale?

Asthma bronchiale ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege. Durch die erhöhte Entzündungsbereitschaft der Atemwege, die mit Schleimhautschwellungen, Verengung der Atemwege (Bronchialobstruktion) und Ansammlung von zähem Schleim einhergeht, kommt es zu anfallsweise auftretender Atemnot. Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter.

Ursachen

Man unterscheidet das allergische vom nicht allergischen Asthma sowie Mischformen. Bei Kindern kommt das allergische Asthma häufiger vor. Es wird bei entsprechender erblicher Veranlagung durch äußere Reize ausgelöst. Als Allergene spielen Hausstaubmilben, Tierhaare, Insektenstiche, Pollen, Schimmelpilze und Nahrungsmittelallergene eine entscheidende Rolle. Bei nicht allergischem Asthma können Atemwegsinfekte, Medikamentenunverträglichkeiten und die Einwirkung von giftigen bzw. reizenden Stoffen Asthmaanfälle auslösen.

Symptome

Bei einem Asthmaanfall kommt es zu akut auftretender Atemnot. Die Ausatmung ist erschwert, die Atmung pfeifend („Giemen“). Es tritt ein trockener Husten, z.T. Hustenanfälle auf. Begleitend können Unruhezustände und Angstgefühle auftreten.

Die Warnsignale eines Asthmaanfalls

Jedes Kind spürt eine beginnenden Atemnot, einen Infekt oder eine allergische Reaktion an unterschiedlichen körperlichen Veränderungen und Symptomen. Beispiel: **Eine beginnende Atemnot nimmt ein Kind als Bauchweh wahr**, ein **anderes** als einen **Druck oder Zugehen im Hals**, oder einen **Druck in der Brust und einen plötzlich beginnenden, zunehmenden Reizhusten.** Es ist wichtig, alle vom Kind genannten Warnsignale ernst zu nehmen, so befremdlich sie auch sein mögen und mit ihm bei sich ergebenden Gelegenheiten darüber zu sprechen. Kinder sind jedoch oft ängstlich, wütend oder enttäuscht, wenn sie eine Atemnot oder schon wieder einen Infekt oder eine Allergie spüren und tun dann so, als ob sie gar nichts hätten.

Asthma und Sport

Asthma und Sport schließen sich gegenseitig nicht aus. Das Asthmakind ist im beschwerdefreien Intervall genauso gut belastbar, wie gleichaltrige gesunde Kinder. Eine längerfristige Sportbefreiung sollte nach Möglichkeit vermieden werden. Durch die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten kann sogar eine Verbesserung der Lungenfunktion erzielt werden. Genaue

Absprachen und eine vernünftige Zusammenarbeit zwischen Erzieherinnen und Eltern sind erforderlich. Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen gibt es Phasen, in denen asthmakranke Kinder keinen Sport treiben sollten. Dies ist der Fall bei bestehender Atemnot, bei akuten Infekten, 2 bis 3 Tage nach einem starken Asthmaanfall sowie bei einer länger anhaltenden Verschlechterung der Lungenfunktion. Vorsicht ist auch bei starken Pollenallergikern während der Pollenflugzeit, bei Kindern mit erhöhter Überempfindlichkeit gegen Hausstaubmilben in verschmutzten und staubigen Sporthallen geboten. Personen, die das Kind beim Sport betreuen und beaufsichtigen, sollten sich auch mit entsprechender Handhabung und Indikation eines Dosieraerosols auskennen. Es empfiehlt sich teilweise, das Asthmaspray direkt bei der Erzieherin zu deponieren. **Während sportlicher Aktivitäten sollte das Kind immer die Möglichkeit haben individuelle Pausen einzulegen. Eine körperliche Überforderung sollte unbedingt vermieden werden.**

Was ist beim Sport zu beachten?

Körperliche Anstrengung führt bei etlichen Asthmatikern zu Atemproblemen. Durch die verstärkte Ein- und Ausatmung bei körperlicher Belastung, der damit verbundenen Kältereizung und dem folgenden Feuchtigkeitsentzug der Bronchien können die Bronchien zum Anschwellen und die Bronchialmuskulatur zur Verkrampfung gebracht werden: die Folge ist Atemnot. Diese Asthmaform nennt man **Anstrengungsasthma**. Die Beschwerden treten in der Regel **während** oder 10 bis 30 Minuten **nach** der körperlichen Belastung auf. Daraus ist nicht die Konsequenz zu ziehen, dass Belastung sowie Sport absolut zu vermeiden sind. Diese Art und Form der Belastung ist so zu gestalten, dass keine Atemnot entsteht. Bei regelmäßiger Belastung nimmt Anstrengungsasthma ab.

Um Atemnotsituationen auszuschließen sind folgende Vorbereitungen bzw. Sicherheitsvorkehrungen zu beachten:

Asthmakranke Kinder sollten von ihrem Arzt optimal medikamentös eingestellt werden.

Vor dem Sport kann, nach individueller Absprache mit dem behandelnden Arzt, eine regelmäßige Inhalation mit seinem **Dosieraerosol** notwendig sein.

Es soll eine allmählich steigenden Belastung ausgeübt werden, um Atmung und Herz-Kreislauf langsam auf „Betriebstemperatur“ zu bringen.

Beim **Aufwärmtraining sollten schnelle Laufintervalle möglichst vermieden werden**, da diese beim anstrengungsinduzierten Asthma häufig zu einer Verengung der Bronchien führen können. Um eine hohe Intensität bei Laufübungen während der Aufwärmphase zu ver-

meiden, empfiehlt es sich, Hindernisse einzubauen, einen Linienlauf durchzuführen bzw. Materialien wie große Bälle beim Einlaufen zu verwenden.

Auch zu Beginn des eigentlichen Sporttreibens ist eine allmähliche Belastungssteigerung sinnvoll. Das sogenannte Warming up wird fortgesetzt, schnelle abrupte Belastungen mit hoher Intensität sollte während der ersten 10 Minuten vermieden werden. Grundsätzlich sollte auf eine richtige Atemtechnik geachtet werden, mit **Nasenatmung, Lippenbremse**, und **Bauchatmung.**

Verhalten bei Atemnot während des Sports oder im Kindergarten:

- Ruhe bewahren
- Ruhepause einlegen
- Atmen mit Lippenbremse
- Atemerleichternde Haltung einnehmen, Torwartstellung, Kutschersitz, flache Lagerung vermeiden!
- Ablenken, nicht auf Atemnotzustand konzentrieren
- Dosieraerosol einsetzen (Technik beachten)
- Schutzkappe vom Mundstück entfernen
- Dosieraerosol kräftig schütteln
- Ausatmen
- Dosieraerosol mit dem Behälter nach oben halten
- Das Mundstück mit den Lippen und Zähnen umschließen
- Einen Hub des Dosieraerosols auslösen und dabei gleichzeitig langsam und tief einatmen, damit das Medikament mit dem Atemstrom in die Lunge gelangt



- Dosieraerosol absetzen und die Luft einige Sekunden anhalten, damit sich der Medikamentennebel in der Lunge absetzen kann, danach ausatmen

- Gegebenenfalls wiederholen

Falls auch nach zweiter Spraygabe nach 10 Minuten keine Besserung eintritt, sofort einen Arzt herbeiholen und die Eltern verständigen

Kooperation Elternhaus und Gemeinschaftseinrichtung

Der Dialog zwischen Gemeinschaftseinrichtung und Elternhaus muss aufgebaut und gepflegt werden. Oft sind es Kleinigkeiten, wie etwa die kurze Mitteilung, dass ein Kind schlecht geschlafen hat, die Information über ein neues Medikament, die helfen, ein verständnisvolles Umfeld in der Gemeinschaft aufzubauen. Eine Information der Erzieherinnen und Erzieher über Krankheitsbild und –verlauf, aber auch die pädagogische verantwortete Leistungsanforderung sind wichtig, um dem chronisch kranken Kind Normalität zu vermitteln, es aus dem Schonraum des Patienten herauszuholen, hin in das aktive Klima der Gemeinschaft. Asthma- und allergiekranke Kinder sind häufig durch eine ausgesprochene Leistungsorientiertheit auffallend. Trotzdem darf man nicht vergessen, dass die Kinder nur bedingt gesund sind und gesundheitlich gefährdet sind. Ein weiterer Teil der Kinder ist kompensiert chronisch krank. Die sind in der Gemeinschaftseinrichtung unauffällig, verfügen aber über geringere körperliche und seelische Reserven. Ein weiterer Teil der Kinder zeigt massive Probleme mit entsprechenden Auffälligkeiten bei ständig reduzierter Leistungsfähigkeit. Das chronisch kranke Kind und seine Familie bedürfen dringend adäquater Beratung und Betreuung.

Quelle: Informationsmappe der deutschen Asthmaklinik – Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang, CH-7265 Davos Wolfgang

6. Hygiene in der Gemeinschaftseinrichtung



6.1 Erstellung eines Hygieneplans

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetztes (IfSG) am 01.01.2001 müssen, gemäß § 36 Abs. 1, unter anderem auch Gemeinschaftseinrichtungen, wie Kindertagesstätten, einen Hygieneplan erstellen.
Das Ziel eines Hygieneplans ist es, die Kinder, ErzieherInnen und LehrerInnen vor Infektionen zu schützen bzw. das Infektionsrisiko zu minimieren.
Der Musterhygieneplan für Kindertagesstätten bzw. Schulen des Landesgesundheitsamts Baden- Württemberg (**www.gesundheitsamt-bw.de**) kann zur Erstellung eines eigenen Hygieneplans als Orientierungsrahmen dienen. Er muss aber detailliert ausgearbeitet und an die besonderen Situationen der jeweiligen Einrichtung angepasst werden, d.h. betriebsspezifische Inhalte aufweisen. Je nach Charakteristik der Einrichtung können dabei einzelne Gliederungspunkte ganz entfallen, andere müssen dagegen ausführlicher behandelt werden.

In Hygieneplänen werden bereichsbezogen Arbeitsanweisungen unter Berücksichtigung der Infektionsrisiken festgehalten. Im Hygieneplan sollten auch weitere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung festgehalten werden, die bessere Bedingungen schaffen, die das Wohlbefinden begünstigen (z.B. Innenraumlufthygiene, Beleuchtung, Lärm).

Auch den Kindern sollte dabei ein Grundverständnis von Hygiene vermittelt werden.

Laut dem IfSG ist der Leiter der Einrichtung für die Sicherung der Hygiene (Anleitung und Kontrolle) verantwortlich. Er kann diese Aufgabe delegieren, indem er einen Hygienebeauftragten ernennt, oder ein Hygieneteam.
Wichtig ist, dass der Hygieneplan jährlich überprüft und, falls notwendig, aktualisiert wird. Er muss jederzeit für Beschäftigte und Reinigungskräfte zugänglich und einsehbar sein.

Folgende Daten und Maßnahmen sind zur Erstellung eines Hygieneplans notwendig:

- Die Ist-Analyse möglicher Infektionsrisiken und Maßnahmen zur Risikominimierung (Ist- und Soll-Analyse)

- Die Überwachung auf Einhaltung der festgelegten Maßnahmen (Kontrollmaßnahmen) und die Schulungsmaßnahmen.

In einem Hygieneplan sollten auch Gesetzte, Verordnungen und Empfehlungen berücksichtigt werden.
Für den **Aufbau eines Hygieneplans für eine Kindertagesstätte** wird z.B. folgende Gliederung empfohlen:

- **Hygienemanagement** (z.B. Regelung der Verantwortung und Zuständigkeit, Fortschreibung des Hygieneplans, Überwachung der Einhaltung festgeschriebener Maßnahmen, Meldungen an das Gesundheitsamt gem. § 34 IfSG).

- Organisation der **laufenden Schulungen** der Mitarbeiter. Alle Beschäftigten müssen zu Beginn der Beschäftigung und dann alle zwei Jahre hinsichtlich der erforderlichen Hygienemaßnahmen und Infektionskrankheiten belehrt werden (§ 35 Infektionsschutzgesetz). Die Nachbelehrung im Lebensmittelbereich (falls Mahlzeiten bereitgestellt oder zubereitet werden) erfolgt ebenfalls alle zwei Jahre (§ 43 Infektionsschutzgesetz). Alle Belehrungen sind schriftlich zu dokumentieren.

- Maßnahmen der **Basishygiene**: Je nach Einrichtung bietet sich eine Unterteilung in verschiedene Bereiche an, z.B. Küchenbereich, Schlafbereich und Sanitärbereich. Es werden die Maßnahmen zur Risikominimierung festgelegt, wie z.B. Einmalhandtücher, flüssige Seifenpräparate, Reinigungsmaßnahmen nach den Mahlzeiten.

- Beschreibung des Standards der **Händehygiene**, die zu den wichtigsten Maßnahmen der Infektionsverhütung gehört. Die korrekte Vorgehensweise beim Händewaschen und bei der hygienischen Händedesinfektion muss im Hygieneplan detailliert beschrieben werden.

- Hygienisch richtiger **Umgang mit Lebensmitteln** gem. LMHV (Lebensmittelhygieneverordnung)

- **Wickeltischhygiene**

- **Maßnahmen**, die beim Auftreten bestimmter Erkrankungen oder hygienerelevanter Situationen (z.B. Durchfall, Läusebefall) zu ergreifen sind.

- **Desinfektions- und Reinigungspläne** sollen als Anlage angefügt werden.

Bei der Erarbeitung des Planes sollte eine einheitliche Gliederung angestrebt werden. Ein Hygieneplan ist somit nicht nur ein Reinigungs- und Abfallbeseitigungsplan.

6.2 Tätigkeitsverbote und Belehrungen beim Umgang mit Lebensmitteln

In den §§ 42 und 43 IfSG sind die gesundheitlichen Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln festgelegt. Sie finden den Gesetzestext nachstehend abgedruckt.

8. Abschnitt
Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln

§ 42
Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote

(1) Personen, die

1. an Typhus abdominalis, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose, einer anderen infektiösen Gastroenteritis oder Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig sind,
2. an infizierten Wunden oder an Hautkrankheiten erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können,
3. die Krankheitserreger Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagische Escherichia coli oder Choleravibrionen ausscheiden,

dürfen nicht tätig sein oder beschäftigt werden

a) beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in Absatz 2 genannten Lebensmittel, wenn sie dabei mit diesen in Berührung kommen, oder
b) in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung.

Satz 1 gilt entsprechend für Personen, die mit Bedarfsgegenständen, die für die dort genannten Tätigkeiten verwendet werden, so in Berührung kommen, dass eine Übertragung von Krankheitserregern auf die Lebensmittel im Sinne des Absatzes 2 zu befürchten ist. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den privaten hauswirtschaftlichen Bereich.

(2) Lebensmittel im Sinne des Absatzes 1 sind

1. Fleisch, Geflügelfleisch und Erzeugnisse daraus
2. Milch und Erzeugnisse auf Milchbasis
3. Fische, Krebse oder Weichtiere und Erzeugnisse daraus
4. Eiprodukte
5. Säuglings- und Kleinkindernahrung
6. Speiseeis und Speiseeishalberzeugnisse
7. Backwaren mit nicht durchgebackener oder durcherhitzter Füllung oder Auflage
8. Feinkost-, Rohkost- und Kartoffelsalate, Marinaden, Mayonnaisen, andere emulgierte Soßen, Nahrungshefen.

(3) Personen, die in amtlicher Eigenschaft, auch im Rahmen ihrer Ausbildung, mit den in Absatz 2 bezeichneten Lebensmitteln oder mit Bedarfsgegenständen im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 in Berührung kommen, dürfen ihre Tätigkeit nicht ausüben, wenn sie an einer der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Krankheiten erkrankt oder dessen verdächtig sind, an einer der in Absatz 1 Nr. 2 genannten Krankheiten erkrankt sind oder die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Krankheitserreger ausscheiden.

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

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Kreis der in Absatz 1 Nr. 1 und 2 genannten Krankheiten, der in Absatz 1 Nr. 3 genannten Krankheitserreger und der in Absatz 2 genannten Lebensmittel einzuschränken, wenn epidemiologische Erkenntnisse dies zulassen, oder zu erweitern, wenn dies zum Schutz der menschlichen Gesundheit vor einer Gefährdung durch Krankheitserreger erforderlich ist. In dringenden Fällen kann zum Schutz der Bevölkerung die Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden. Eine auf der Grundlage des Satzes 2 erlassene Verordnung tritt ein Jahr nach ihrem Inkrafttreten außer Kraft; ihre Geltungsdauer kann mit Zustimmung des Bundesrates verlängert werden.

§ 43
Belehrung, Bescheinigung des Gesundheitsamtes

(1) Personen dürfen gewerbsmäßig die in § 42 Abs. 1 bezeichneten Tätigkeiten erstmalig nur dann ausüben und mit diesen Tätigkeiten erstmalig nur dann beschäftigt werden, wenn durch eine nicht mehr als drei Monate alte Bescheinigung des Gesundheitsamtes oder eines vom Gesundheitsamt beauftragten Arztes nachgewiesen ist, dass sie

1. über die in § 42 Abs. 1 genannten Tätigkeitsverbote und über die Verpflichtungen nach den Absätzen 2, 4 und 5 in mündlicher und schriftlicher Form vom Gesundheitsamt oder von einem durch das Gesundheitsamt beauftragten Arzt belehrt wurden und
2. nach der Belehrung im Sinne der Nummer 1 schriftlich erklärt haben, dass ihnen keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bei ihnen bekannt sind.

Liegen Anhaltspunkte vor, dass bei einer Person Hinderungsgründe nach § 42 Abs. 1 bestehen, so darf die Bescheinigung erst ausgestellt werden, wenn durch ein ärztliches Zeugnis nachgewiesen ist, dass Hinderungsgründe nicht oder nicht mehr bestehen.

(2) Treten bei Personen nach Aufnahme ihrer Tätigkeit Hinderungsgründe nach § 42 Abs. 1 auf, sind sie verpflichtet, dies ihrem Arbeitgeber oder Dienstherrn unverzüglich mitzuteilen.

(3) Werden dem Arbeitgeber oder Dienstherrn Anhaltspunkte oder Tatsachen bekannt, die ein Tätigkeitsverbot nach § 42 Abs. 1 begründen, so hat dieser unverzüglich die zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheitserreger erforderlichen Maßnahmen einzuleiten.

(4) Der Arbeitgeber hat Personen, die eine der in § 42 Abs. 1 Satz 1 oder 2 genannten Tätigkeiten ausüben, nach Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren alle zwei Jahre über die in § 42 Abs. 1 genannten Tätigkeitsverbote und über die Verpflichtung nach Absatz 2 zu belehren. Die Teilnahme an der Belehrung ist zu dokumentieren. Die Sätze 1 und 2 finden für Dienstherren entsprechende Anwendung.

(5) Die Bescheinigung nach Absatz 1 und die letzte Dokumentation der Belehrung nach Absatz 4 sind beim Arbeitgeber aufzubewahren. Der Arbeitgeber hat die Nachweise nach Satz 1 und, sofern er eine in § 42 Abs. 1 bezeichnete Tätigkeit selbst ausübt, die ihn betreffende Bescheinigung nach Absatz 1 Satz 1 an der Betriebsstätte verfügbar zu halten und der zuständigen Behörde und ihren Beauftragten auf Verlangen vorzulegen. Bei Tätigkeiten an wechselnden Standorten genügt die Vorlage einer beglaubigten Abschrift oder einer beglaubigten Kopie.

(6) Im Falle der Geschäftsunfähigkeit oder der beschränkten Geschäftsfähigkeit treffen die Verpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und Absatz 2 denjenigen, dem die Sorge für die Person zusteht. Die gleiche Verpflichtung trifft auch den Betreuer, soweit die Sorge für die Person zu seinem Aufgabenkreis gehört. Die den Arbeitgeber oder Dienstherrn betreffenden Verpflichtungen nach dieser Vorschrift gelten entsprechend für Personen, die die in § 42 Abs. 1 genannten Tätigkeiten selbständig ausüben.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Untersuchungen und weitergehende Anforderungen vorzuschreiben oder Anforderungen einzuschränken, wenn Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft dies erfordern.

Wenn in Ihrer Einrichtung Kinder regelmäßig verpflegt werden (z.B. Mittagessen in einer Kindertagesstätte oder in einem Ganztageskindergarten), unabhängig davon, ob die Mahlzeiten selbst zubereitet werden oder ob sie fertig angeliefert und nur ausgegeben werden, so gilt nach § 42 Abs. 1 für das Küchenpersonal ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot bei Erkrankung oder Krankheitsverdacht an:

- Typhus abdominalis
- Paratyphus
- Cholera
- Shigellenruhr
- Salmonellose
- anderer infektiöser
- Gastroenteritis
- Virushepatitis A oder E

• infizierten Wunden
• übertragbaren Hautkrankheiten

sowie bei Ausscheidung von:
• Shigellen
• Salmonellen
• EHEC
• Choleravibrionen

(Krankheitsverdacht besteht bei Durchfall, Erbrechen oder geröteten Hautbezirken, ohne dass bereits ein Erreger nachgewiesen ist; Erkrankung besteht bei den entsprechenden Krankheitszeichen und Erregernachweis).

Außerdem muss das Küchenpersonal – auch wenn es sich um ehrenamtliche sog. „Kochmütter“ handelt – über eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes nach § 43 Abs. 1 verfügen. Bitte weisen Sie die betreffenden Personen darauf hin und bitten Sie sie, ggf. mit dem Gesundheitsamt einen Termin für die notwendige Erstbelehrung zu vereinbaren.
Nach Aufnahme ihrer Tätigkeit und in der Folgezeit sind die betreffenden Personen vom Arbeitgeber oder Dienstherrn im Weiteren alle zwei Jahre zu belehren. Die Belehrung muss dokumentiert werden.
Früher ausgestellte Zeugnisse nach §§ 17/18 Bundesseuchengesetz sind weiterhin gültig. Aber auch solche Personen müssen jetzt jährlich vom Arbeitgeber oder Dienstherrn belehrt

werden.
Nach einem Erlass des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 02.08.2001 gelten diese Bestimmungen auch für Erzieherinnen, die regelmäßig mit oder für die Kinder Lebensmittel oder Speisen zubereiten. Sie müssen also die Tätigkeitsverbote des § 42 IfSG beachten und benötigen vor erstmaliger Aufnahme einer solchen Tätigkeit eine Belehrung und Bescheinigung des Gesundheitsamtes nach § 43 Abs. 1 IfSG. Danach müssen sie vom Arbeitgeber oder Dienstherrn ebenfalls belehrt werden, wie oben beschrieben.
Entsprechendes gilt für Eltern und andere Personen, die regelmäßig, also nicht nur ab und zu bei einem Kindergartenfest oder dgl., für die Kinder oder für sonstige Dritte Lebensmittel herstellen.

Die Unterlagen für die alle zwei Jahre durchzuführende Nachbelehrung finden Sie ab der nächsten Seite.

Stempel der Einrichtung

Nachbelehrung (alle zwei Jahre)
gemäß § 43 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Gesundheitsinformationen für den Umgang mit Lebensmitteln

Personen, die folgende Lebensmittel herstellen, behandeln oder in Verkehr bringen:

1. Fleisch, Geflügelfleisch und Erzeugnisse daraus
2. Milch und Erzeugnisse auf Milchbasis
3. Fische, Krebse oder Weichtiere und Erzeugnisse daraus
4. Eiprodukte
5. Säuglings- oder Kleinkindernahrung
6. Speiseeis und Speiseeishalberzeugnisse
7. Backwaren mit nicht durchgebackener oder durcherhitzter Füllung oder Auflage
8. Feinkost-, Rohkost- und Kartoffelsalate, Marinaden, Mayonnaisen, andere emulgierte Soßen, Nahrungshefen

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

oder

in Küchen von Gaststätten, Restaurants, Kantinen, Cafés oder sonstigen Einrichtungen mit oder zur **Gemeinschaftsverpflegung** tätig sind,

dürfen diese Tätigkeiten **nicht ausüben**,

wenn bei ihnen **Krankheitserscheinungen** (Symptome) auftreten, die auf eine der folgenden Erkrankungen hinweisen oder ein Arzt diese bei ihnen festgestellt hat:

• akute infektiöse Gastroenteritis (plötzlich auftretender, ansteckender Brechdurchfall), ausgelöst durch Salmonellen, Shigellen, Cholerabakterien, Staphylokokken, Campylobacter, Rotaviren oder andere Durchfallerreger,

• Typhus oder Paratyphus,

• Virushepatitis A oder E (infektiöse Leberentzündung),

• sie eiternde Wunden oder Hautkrankheiten haben, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel auf andere Menschen übertragen werden können.

Dasselbe gilt, wenn

• die Untersuchung einer **Stuhlprobe** von ihnen den Nachweis einer der folgenden Krankheitserreger ergeben hat:
- Salmonellen,
- Shigellen,
- enterohämorrhagische Escherichia coli-Bakterien
- Choleravibrionen.

Wenn Personen diese Bakterien **ausscheiden** (ohne dass sie sich krank fühlen müssen), besteht ebenfalls ein **Tätigkeitsverbot** im Lebensmittelbereich.

Folgende Symptome weisen auf die genannten Erkrankungen hin:

• **Durchfall** mit mehr als zwei dünnflüssigen Stühlen pro Tag, gegebenenfalls mit Übelkeit, Erbrechen und Fieber.

• **Hohes Fieber** mit schweren Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen und Verstopfung (erst nach Tagen folgt schwerer Durchfall) können Zeichen für **Typhus** oder **Paratyphus** sein.

• Typisch für **Cholera** sind **milchig weiße Durchfälle** mit hohem Flüssigkeitsverlust.

• **Gelbfärbung der Haut und der Augäpfel** mit Schwäche und Appetitlosigkeit weisen 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**.**

Treten bei Ihnen die genannten Krankheitszeichen auf, nehmen Sie unbedingt den Rat Ihres Hausarztes in Anspruch! Sagen Sie ihm auch, dass Sie im Kindergarten Lebensmittel zubereiten. Außerdem sind Sie verpflichtet, unverzüglich Ihren Arbeitgeber oder Dienstherrn über die Erkrankung zu informieren.

Wenn Sie noch mehr über die beschriebenen Erkrankungen wissen möchten,
können Sie dies im Anhang nachlesen.

Anhang

Bei welchen Erkrankungen besteht ein gesetzliches Tätigkeitsverbot?

Typhus abdominalis, Paratyphus

Die Erreger sind Salmonella typhi und paratyphi. Ihre Aufnahme erfolgt vorwiegend durch Wasser und Lebensmittel, die damit verunreinigt sind. Die Erkrankung beginnt mit hohem Fieber, das über mehrere Tage ansteigt und unbehandelt wochenlang anhalten kann. Weitere Symptome sind Kopf-, Bauch- und Gliederschmerzen. Es kann zusätzlich Verstopfung auftreten, später bestehen häufig „erbsenbreiartige" Durchfälle. Aufgrund der guten Wasser- und Lebensmittelhygiene sind die beiden genannten Erreger bei uns nicht verbreitet.

Shigellose (Bakterielle Ruhr)

Die Erreger sind Shigellabakterien. Ihre Aufnahme erfolgt meist von Mensch zu Mensch bei mangelhafter Händehygiene, aber auch durch verunreinigte Lebensmittel und Trinkwasser. Shigellen sind hochinfektiös, d.h. um krank zu werden genügt die Aufnahme von nur wenigen Bakterien! In Kindereinrichtungen sind auch bei uns immer wieder Epidemien beschrieben worden. Die Erkrankung beginnt plötzlich mit hohem Fieber, Kopf- und krampfartigen Bauchschmerzen. Die anfänglich wässrigen Durchfälle sind bald blutig. Der Erreger ist in Deutschland selten.

Salmonellen-Infektionen

Erreger sind zahlreiche Salmonellenarten, die durch Nahrungsmittel aus infizierten Tieren (z.B. Fleisch, Milch, Eier) aufgenommen werden. Die häufigste Erkrankung durch Salmonellen ist der akute Brechdurchfall mit Bauchschmerzen und mäßigem Fieber. Allerdings können die Symptome erheblich schwanken. Diese Krankheitserreger sind weltweit verbreitet, mit einer Infektion ist jederzeit zu rechnen; häufig sind Erkrankungen in den Sommermonaten.

Cholera

Die Erreger sind Cholerabakterien. Ihre Aufnahme erfolgt durch verunreinigtes Wasser oder Lebensmittel; auch direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich. Die Infektion verläuft in der Regel als Durchfallerkrankung mit Erbrechen und Bauchschmerzen. Der Stuhl ist milchig weiß ohne Blutbeimengungen. Fieber ist nicht typisch. Bei schwerem Verlauf ist der Flüssigkeitsverlust hoch und der Körper trocknet aus (tiefliegende Augen, stehende Hautfalten). Dieser Erreger kommt nur in Gegenden mit schlechten hygienischen Voraussetzungen und mangelhafter Trinkwasserversorgung vor (Ostasien, Südamerika, Afrika).

Gastroenteritis durch andere Erreger

Auch andere Bakterienarten (z.B. Staphylokokken, bestimmte Colibakterien, Campylobacter, Yersinien) oder Viren (z.B. Rota-, Adeno-, Norwalkviren) können Durchfall, Erbrechen oder Bauchschmerzen verursachen.

Hepatitis A oder E

Die Erreger sind Viren. Ihre Aufnahme erfolgt durch Nahrungsmittel, die mit Hepatitis A- oder E-Viren behaftet sind. Auch Übertragungen von Mensch zu Mensch sind möglich, da das Virus bereits 1 - 2 Wochen vor Ausbruch der Erkrankung mit dem Stuhl ausgeschieden wird. Hauptsächlich Erwachsene erkranken an einer Gelbsucht mit Leberschwellung, Appetitlosigkeit und Abgeschlagenheit. Während der Hepatitis A-Virus auch bei uns zirkuliert, kommt das Hepatitis E-Virus hauptsächlich in Asien, Afrika und Zentralamerika vor (importierte Infektion nach Fernreisen!). Beide Erkrankungen verlaufen ganz ähnlich; die Übertragungswege sind gleich. Gegen Hepatitis A kann man sich durch Impfungen schützen. Vor Reisen in südliche Länder sollten Sie unbedingt an eine Schutzimpfung denken und Ihren Hausarzt oder Ihr Gesundheitsamt darauf ansprechen.

Teilnehmer an der Nachbelehrung nach § 43 Absatz 4 IfSG am _____

Name	Vorname	Unterschrift

Unterschrift der/des Belehrenden: _____

7. Die Einschulungsuntersuchung



Basisuntersuchung

Die Basisuntersuchung (Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung) findet im vorletzten Kindergartenjahr, ca. 15 - 24 Monate vor der Einschulung, statt.
Die Untersuchung wird im Ortenaukreis seit dem Herbst 2010 flächendeckend durch Assistentinnen im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Gesundheitsamtes durchgeführt.

Sie umfasst folgende Untersuchungen:

- Sehtest
- Hörtest
- Sprachtest (HASE-Screening, Sprachverständnis, Artikulation)
- Prüfung der Motorik
- Feststellung der Malentwicklung
- Überprüfung der Mengenerfassung
- Feststellung von Gewicht und Größe
- Dokumentation des Impfschutzes und der Vorsorgeuntersuchungen

Durch die Untersuchung in Schritt 1 sollen Kinder frühzeitig individuell und ihren Bedürfnissen entsprechend gefördert werden, um ihnen einen guten Start in die Schule zu ermöglichen.
In der Regel findet die Untersuchung in den Kindergärten oder Kindertagesstätten statt, in Ausnahmefällen auch in anderen Gebäuden oder Einrichtungen.

So läuft die Einschulungsuntersuchung organisatorisch ab:

Jeweils im Sommer bittet das Gesundheitsamt die Kindertagesstätten die Kinder für den Schuljahrgang des übernächsten Jahres namentlich und unter Angabe der Geburtstage zu melden.
Assistentinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nehmen Kontakt mit den Kindertagesstätten auf und vereinbaren die Termine für die Basisuntersuchung im Schritt 1.
Die Eltern bekommen durch den Kindergarten ein Einladungsschreiben zur Untersuchung überreicht. Dem Einladungsschreiben ist ein Elternfragebogen beigefügt. Der ausgefüllte Fragebogen gibt den Assistentinnen wichtige Informationen zur Gesundheit des Kindes. Alle Angaben sind freiwillig. Zudem erhalten die Eltern einen Vordruck, mit dem sie u.a. ihre Einwilligung geben können, dass die Assistentinnen im Öffentlichen Gesundheitsdienst mit den Erzieherinnen ihrer Kinder über die Ergebnisse der Untersuchung sprechen dürfen.
Die Untersuchung wird nach landeseinheitlichen Richtlinien durchgeführt und dauert ca. 45 Minuten. Die Eltern dürfen ihre Kinder gerne begleiten und werden dringend gebeten, das gelbe Vorsorgeheft und das Impfbuch ihres Kindes mitzubringen.

In besonderen Fällen werden die Ergebnisse der Untersuchung mit einer Ärztin des Gesundheitsamtes besprochen, die über das weitere Vorgehen entscheidet.

Die Erhebungsbögen mit den Ergebnissen der Untersuchungen werden den Eltern, und falls gewünscht, auch den Kindergärten/Kindertagesstätten schriftlich zur Verfügung gestellt.

Einschulungsuntersuchung Schritt 2

Schritt 2 der Einschulungsuntersuchung findet wenige Monate vor der Einschulung statt. Das Gesundheitsamt nimmt über die Schulen Kontakt mit den Kooperationslehrern auf. Falls von Seiten der Schule oder der Eltern medizinische Fragestellungen in Bezug auf die Einschulung zu klären sind, werden die Kinder gemeldet und zu einer ärztlichen Untersuchung in das Gesundheitsamt eingeladen.

Kontakt

Landratsamt Ortenaukreis

Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Badstraße 20
77652 Offenburg

Telefon: 0781 805 9723
FAX: 0781 805 9710
E-Mail: claudia.pesta@ortenaukreis.de