



IfSG-Leitfaden

(Ausgabe 2013)

für Kinderbetreuungsstätten und Schulen in Hessen

Anwendung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)
bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen in
Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen

Inhaltsverzeichnis

Die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche Ein Leitfaden für Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher

| | Seite |
|---|-------|
| Vorwort | 2 |
| Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz | 3 |
| Information für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz | 6 |
| Merkblatt „Elternbrief“ Seite 1: Mitteilungspflicht der Eltern und sonstiger Sorgeberechtigter gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz“ | 7 |
| Merkblatt „Elternbrief“ Seite 2: Übersicht über ansteckende Krankheiten und dabei zu beachtende Regelungen des IfSG | 8 |
| Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz | 9 |
| Information der Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 35 Infektionsschutzgesetz | 11 |
| Merkblatt für die Beschäftigten | 12 |
| Erklärung des/der Beschäftigten der Gemeinschaftseinrichtung | 14 |
| Prävention und Aufklärung gemäß § 34 Abs. 10 Infektionsschutzgesetz Die Bedeutung von Impfungen | 15 |
| Auszug aus den Empfehlungen für die Wiederezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen des Robert Koch-Institutes | 15 |
| Kopflausbefall (Pediculosis capitis) | 22 |

Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

Das seit 01.01.2001 geltende Infektionsschutzgesetz enthält im Abschnitt 6 (§§ 33 - 36) neue Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden.

Über die wichtigsten Inhalte möchten wir Sie mit der vorliegenden Broschüre informieren.

In Einrichtungen, in denen Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuten Personal in engem Kontakt stehen, bestehen besonders günstige Bedingungen für die Übertragung von Krankheitserregern.

Gemeinsames Ziel von Eltern, Kindergemeinschaftseinrichtungen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, die Übertragung von Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen durch möglichst umfassenden Impfschutz und die Einhaltung von Hygieneregeln zu vermeiden.

Daher fordert das Infektionsschutzgesetz die Gemeinschaftseinrichtungen und die Gesundheitsämter zu gemeinsamen Anstrengungen für die Verbesserung des Impfschutzes auf und stellt den KJGE die Aufgabe, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen, deren Überwachung dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt obliegt.

Ansteckungen sollen auch dadurch verhindert werden, dass Personen mit bestimmten ansteckenden Krankheiten, die im Infektionsschutzgesetz genannt sind, während der Dauer der Ansteckungsfähigkeit aus diesen Einrichtungen ausgeschlossen werden.

Neu ist auch, dass in Gemeinschaftseinrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche betreut werden, die Arbeitgeber verpflichtet sind, ihre Beschäftigten



vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und danach regelmäßig mindestens im Abstand von zwei Jahren

über gesundheitliche Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen (Besuchsverbote, Meldepflichten an das Gesundheitsamt, Aufklärungspflichten gegenüber den Eltern usw.) zu belehren. Das bisher benötigte „Gesundheitszeugnis“ entfällt damit.

Grundlegende Änderungen gibt es auch für das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln:

An Stelle der bisher vorgeschriebenen „Gesundheitsausweise“ muss eine Belehrung vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit erfolgen. Der Nachweis ist durch eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes oder eines vom Gesundheitsamt beauftragten Arztes zu erbringen. Diese Neuregelung gilt für alle Personen, die mit Lebensmitteln z. B. in Küchen von Gaststätten oder Einrichtungen mit Gemeinschaftsverpflegung in Berührung kommen.

Die Belehrung gilt auch für das Personal in Kindergemeinschaftseinrichtungen, das Säuglings- oder Kleinkindernahrung, Fleisch oder Fleischerzeugnisse, Milch oder Erzeugnisse auf Milchbasis und andere in § 42 (2) aufgeführte Lebensmittel im Rahmen der Berufstätigkeit herstellt, behandelt oder in Verkehr bringt.

Ausgenommen hiervon sind lediglich kurzfristig beschäftigte Praktikantinnen und Praktikanten und vergleichbare Personen.

Stefan Grüttner
Hessischer Sozialminister

6. Abschnitt

Zusätzliche Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen

§ 33

Gemeinschaftseinrichtungen

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

§ 34

Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

(1) Personen, die an

- | | |
|--|---|
| 1. Cholera | 11. Mumps |
| 2. Diphtherie | 12. Paratyphus |
| 3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC) | 13. Pest |
| 4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber | 14. Poliomyelitis |
| 5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | 15. Scabies (Krätze) |
| 6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | 16. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen |
| 7. Keuchhusten | 17. Shigellose |
| 8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose | 18. Typhus abdominalis |
| 9. Masern | 19. Virushepatitis A oder E |
| 10. Meningokokken-Infektion | 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 Verlaustung durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Satz 1 gilt entsprechend für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen. Satz 2 gilt auch für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

(2) Ausscheider von

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

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

(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 | 8. Meningokokken-Infektion |
| 2. Diphtherie | 9. Mumps |
| 3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC) | 10. Paratyphus |
| 4. virusbedingtes hämorrhagisches Fieber | 11. Pest |
| 5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | 12. Poliomyelitis |
| 6. ansteckungsfähige Lungentuberkulose | 13. Shigellose |
| 7. Masern | 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

Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen

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

§ 36

Einhaltung der Infektionshygiene

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

Information für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz

Mitwirkungspflichten

Die Einrichtung ist verpflichtet, die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten über ihre Mitwirkungspflichten zu unterrichten, wenn ihre Kinder neu aufgenommen werden sollen. Die Mitwirkungspflichten bestehen darin, dass Sorgeberechtigte die Gemeinschaftseinrichtung informieren müssen, wenn eine Erkrankung nach § 34 Abs. 1 beim Betreuten aufgetreten ist, wenn dieser Ausscheider von Erregern nach Abs. 2 ist oder wenn in der Wohngemeinschaft eine Erkrankung nach Abs. 3 vorliegt. Zudem hat die Gemeinschaftseinrichtung über Besuchsverbote und Verhaltensmaßnahmen bei Erkrankungen zu belehren. Sinnvoll und notwendig sind hierzu spezielle Elternbriefe. Ein Beispiel hierzu finden Sie auf Seite 7 - 8.

Meldepflicht der Gemeinschaftseinrichtung

Werden in den Einrichtungen Infektionskrankheiten nach Tabelle 1 bis 3, Seite 8 bekannt, so hat die Leitung das zuständige Gesundheitsamt sofort zu benachrichtigen, möglichst per Fax (Beispiel eines Meldeformulars Seite 9). Die Meldepflicht der Gemeinschaftseinrichtung gilt auch beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind, die nicht in der Liste der meldepflichtigen Krankheiten aufgeführt sind.

Für die Meldung sind personen- und krankheitsbedingte Angaben erforderlich.

Die Meldepflicht der Einrichtung entfällt, wenn der Leitung ein schriftlicher Nachweis darüber vorliegt, dass eine Meldung des Sachverhalts bereits durch einen Arzt erfolgt ist. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Meldepflicht der Ärzte nicht alle Krankheiten erfasst, die in der Liste der meldepflichtigen Krankheiten für Gemeinschaftseinrichtungen genannt sind. Dazu zählen insbesondere Mumps, Scharlach, Keuchhusten, Windpocken, Verlausion bzw. die einzelne Durchfallerkrankung bei Kindern unter 6 Jahren.

Beratungsangebot

Das Gesundheitsamt beantwortet Fragen zur aufgetretenen Infektionskrankheit und berät die Leitung der Einrichtung, welche Maßnahmen im Einzelfall zu ergreifen sind.

Anonyme Bekanntmachung über das Auftreten von Erkrankungen

Um z. B. ungeimpfte Kinder, Schwangere oder solche mit besonderer Infektanfälligkeit vor einer übertragbaren Krankheit zu bewahren, kann das Gesundheitsamt die Einrichtung verpflichten, das Auftreten von Erkrankungen in der Gemeinschaftseinrichtung ohne Hinweis auf eine Person bekannt zu machen.

Sehr geehrte Eltern,

das Infektionsschutzgesetz verpflichtet uns, Sie anlässlich der Aufnahme Ihres Kindes in unsere Einrichtung über die folgenden Punkte aufzuklären:

- Wenn Ihr Kind eine ansteckende Krankheit (s. Tabelle 1) hat, darf es die Einrichtung gemäß § 34 (1) erst wieder besuchen, wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht.

Ob ein Attest erforderlich ist oder nicht, können Sie anhand der nachfolgenden Übersicht sehen.

Wiederzulassung* nach Empfehlungen des RKI

| Attest erforderlich | Attest nicht erforderlich | | |
|--|--|---|--|
| | Wiederzulassung erfolgt nach | Intervall nach Krankheitsbeginn | Intervall nach Beginn einer leitungsartig durchgeführten Antibiotikabehandlung |
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ Scabies (Krätze) ◆ Impetigo (ansteckende Borkenflechte) ◆ Tuberkulose ◆ Diphtherie ◆ EHEC ** – Enteritis ◆ Shigellose ◆ Cholera ◆ Typhus ◆ Paratyphus ◆ Polio ◆ Pest ◆ VHF (virusbed. hämorrhagisches Fieber) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Hepatitis A 7 Tage nach Auftreten des Ikterus oder 14 Tage nach Auftreten der ersten Symptome ◆ Masern 5 Tage nach Auftreten des Ausschlags ◆ Mumps 9 Tage nach Anschwellen der Ohrspeicheldrüse ◆ Windpocken 7 Tage nach Auftreten der ersten Bläschen | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Keuchhusten 5 Tage ◆ Scharlach, ◆ Streptokokkenangina 24 Stunden ◆ Kopflausbefall Nach medizinischer Kopfwäsche | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Akute Gastroenteritis 2 Tage nach Abklingen des dünnflüssigen Durchfalls ◆ Meningitis Nach Abklingen der Symptome |

*) unter dem Gesichtspunkt, dass eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist

**) Entero-Haemorrhagische Escherichia Coli-Bakterien

- Bei Vorliegen einer dieser Krankheiten sind Sie nach § 34 (5) verpflichtet, uns unter Angabe der medizinischen Diagnose unverzüglich zu benachrichtigen.
- Wenn Ihr Kind nach ärztlicher Feststellung bestimmte Krankheitserreger (siehe Tabelle 2) im Körper trägt oder ausscheidet, ohne selbst krank zu sein, müssen Sie uns das laut § 34 (2) bitte ebenfalls mitteilen. Es ist dann vom Gesundheitsamt zu entscheiden, wann das Kind die Einrichtung - möglicherweise unter bestimmten Auflagen - wieder besuchen darf.
- Auch wenn jemand bei Ihnen zu Hause an einer ansteckenden Krankheit (siehe Tabelle 3) leidet, müssen Sie uns gemäß § 34 (3) umgehend informieren.
 - Eine Missachtung dieser Vorschriften kann mit Verhängung eines Bußgeldes geahndet werden.

Wenn Sie dazu weitere Fragen haben oder sich in Zweifelsfällen nicht sicher sind, sprechen Sie bitte uns, Ihr Gesundheitsamt oder Ihren Arzt an - man wird Ihnen gerne weiterhelfen.

Ihre Kindereinrichtung

Tabelle 1

Ansteckende Krankheiten, bei deren Vorliegen das Kind die Einrichtung so lange nicht besuchen darf, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung nicht zu befürchten ist :

| | |
|---|--|
| Cholera | Paratyphus |
| Diphtherie | Pest |
| Durchfallerkrankung durch EHEC-Bakterien | Poliomyelitis (Kinderlähmung) |
| Durchfallerkrankung (ausschließlich bei Kindern vor Vollendung des 6. Lebensjahres) | Scharlach- und bestimmte Streptokokken-Infektionen |
| Hämorrhagisches Fieber, viral bedingt | Shigellose (Ruhr) |
| Hirnhautentzündung (Meningitis) durch Meningokokken oder Haemophilus-B-Bakterien | Skabies (Krätze) |
| Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | offene Tuberkulose der Lunge |
| Keuchhusten | Typhus |
| Masern | Virushepatitis (infektiöse Gelbsucht) Typ A und E |
| Mumps | Windpocken |
| | Verlausung |

Tabelle 2

Krankheitserreger, bei deren Nachweis in Sekreten der Atemwege (Diphtherie-Bakterien) oder im Stuhl (alle übrigen Bakterien) eine Zustimmung des Gesundheitsamtes für die (Wieder-)Zulassung zur Kinder-einrichtung erforderlich ist :

| | |
|--|-------------------------|
| Cholera-Vibrionen | Paratyphus-Salmonellen |
| Diphtherie-Bakterien | Ruhrerreger (Shigellen) |
| EHEC (enterohämorrhagische Escherichia coli-Bakterien) | Typhus-Salmonellen |

Tabelle 3

Ansteckende Krankheiten, bei deren Vorliegen in der Wohngemeinschaft das Kind die Einrichtung so lange nicht besuchen darf, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung nicht zu befürchten ist :

| | |
|--|---|
| Cholera | Mumps |
| Diphtherie | Paratyphus |
| Durchfallerkrankung durch EHEC-Bakterien (enterohämorrhagische Escherichia coli) | Pest |
| Hämorrhagisches Fieber, viral bedingt | Poliomyelitis (Kinderlähmung) |
| Hirnhautentzündung (Meningitis) durch Meningokokken oder Haemophilus-B-Bakterien | Shigellose (Ruhr) |
| Masern | offene Tuberkulose der Lunge |
| | Typhus |
| | Virushepatitis (infektiöse Gelbsucht) Typ A und E |

Muster: Meldung nach § 34 Abs. 6 IfSG

Fax-Nr. des örtlich zuständigen Gesundheitsamtes:

Meldedatum

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Meldende Einrichtung | | Meldende Person | |
| _____ Adresse | | _____ Telefon | _____ Fax |
| <input type="checkbox"/> Krippe | <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Kinderhort | <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim |

| | |
|---|---|
| Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste !) Geb.Datum | |
| _____ | |
| _____ Adresse | _____ Telefon |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Kind | <input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?): |

| Erkrankung Kind oder Personal Zutreffendes bitte ankreuzen | Dauerausscheidung von Erregern | Krankheit in der Wohnge- meinschaft |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cholera* | <input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139 | <input type="checkbox"/> Cholera* |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie* | <input type="checkbox"/> Corynebact. diphtheriae, toxinbildend | <input type="checkbox"/> Diphtherie* |
| <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform) | <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E. Coli, EHEC | <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis |
| <input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren) | | |
| <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber* | | <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fie- ber* |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis | | <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa - Borkenflechte | | |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | | |
| <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen | | <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen |
| <input type="checkbox"/> Masern | | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis* | | <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis* |
| <input type="checkbox"/> Mumps | | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella paratyphi) | <input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi (Paratyphus | <input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella para- typhi) |
| <input type="checkbox"/> Pest* | | <input type="checkbox"/> Pest* |
| <input type="checkbox"/> Polio – Kinderlähmung | | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Krätze | | |
| <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen | | |
| <input type="checkbox"/> Shigellose – Ruhr | <input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri,...) | <input type="checkbox"/> Shigellose |
| <input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi) | <input type="checkbox"/> Salmonella typhi (Typhus)) | <input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi) |
| <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E | | <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E |
| <input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken | | |
| <input type="checkbox"/> Verlausung | | |

| | |
|---|--------------------------|
| Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik | Erkrankungsbeginn |
| _____ | _____ |
| Besondere Problemlage | |
| _____ | |

(Unterschrift)

Musterbeispiel des Gesundheitsamtes Frankfurt

| Name, Vorname | Geburtsdatum | ♀ ♂ w, m | Erkrankungsbeginn am: | Telefon | Adresse | Haus-/Kinderarzt |
|---------------|--------------|-------------|-----------------------|---------|---------|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Musterbeispiel des Gesundheitsamtes Frankfurt

Information

der Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 35 Infektionsschutzgesetz

In den §§ 35 und 43 hat der Gesetzgeber den Arbeitgeber verpflichtet, seine Beschäftigten alle zwei Jahre über die Inhalte des Infektionsschutzgesetzes zu informieren. Die Unterweisung muss protokolliert werden und ist drei Jahre aufzubewahren.

Dies gilt für:

das Personal in Gemeinschaftseinrichtungen, das regelmäßig Kontakt mit den dort betreuten Kindern und Jugendlichen hat, vor Aufnahme der Tätigkeit und dann in mindestens zwei-jährigem Turnus gemäß § 35 Infektionsschutzgesetz.

das Personal, das regelmäßig Säuglings- und Kleinkindernahrung zubereitet, als Nahrung reicht oder mit Lebensmitteln, die in § 42 (2) aufgeführt sind, direkt in Berührung kommt, alle zwei Jahre gemäß § 42 und 43 Infektionsschutzgesetz.

Ausgenommen sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die erstmals eine Tätigkeit bei der Lebensmittelzubereitung oder Lebensmittelausgabe aufnehmen werden. Diese benötigen eine Bescheinigung vom jeweils zuständigen Gesundheitsamt, das sie über Tätigkeitsverbote im Krankheitsfall belehrt hat. Anschließend gilt jedoch die Unterweisungspflicht des Arbeitgebers oder Dienstherren in zwei-jährigem Turnus.

Die früher routinemäßige Untersuchung der Lehrer, Lehramtsanwärter sowie Schulbedienstete vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit zum Ausschluss einer Lungentuberkulose ist entfallen. Das gleiche gilt für die Tuberkulintestung der Kinder.

Als Richtschnur (Vorlage) kann Ihnen das nachfolgende Merkblatt dienen.

Merkblatt für die Beschäftigten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen

Das Gesetz bestimmt, dass Sie, wenn Sie an den unten angeführten Krankheiten erkrankt oder dessen verdächtig sind oder wenn Sie verlaust sind, in der Schule oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben dürfen, bei denen Sie Kontakt mit den dort Betreuten haben, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaustung durch Sie nicht mehr zu befürchten ist.

| | |
|--|--|
| Cholera | Pest |
| Diphtherie | Poliomyelitis (Kinderlähmung) |
| Durchfallerkrankung durch EHEC-Bakterien | Scharlach- und bestimmte Streptokokken-Infektionen |
| Hämorrhagisches Fieber, viral bedingt | Shigellose (Ruhr) |
| Hirnhautentzündung (Meningitis) durch Meningokokken oder Haemophilus-Bakterien | Scabies (Krätze) |
| Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | offene Tuberkulose der Lunge |
| Keuchhusten | Typhus |
| Masern | Virushepatitis (infektiöse Gelbsucht) Typ A und E |
| Mumps | Windpocken |
| Paratyphus | Verlaustung |

Die Übertragungswege der aufgezählten Erkrankungen sind unterschiedlich.

Viele Brechdurchfälle und Hepatitis A und E kommen durch Schmierinfektionen und bei Erbrechen auch durch Bildung infektiöser Tröpfchen zustande oder es handelt sich um sogenannte Lebensmittelinfektionen. Die Übertragung erfolgt dabei durch mangelnde Händehygiene bzw. durch verunreinigte Lebensmittel, nur selten über Gegenstände (Handtücher, Möbel, Spielsachen). Durch Tröpfchen werden z. B. Masern, Mumps, Windpocken und Keuchhusten übertragen. Die Verbreitung von Krätzmilben, Läusen sowie der ansteckenden Borkenflechte erfolgt über Haar- und Hautkontakte.

Dies erklärt, dass in Gemeinschaftseinrichtungen besonders günstige Bedingungen für eine Übertragung der genannten Krankheiten bestehen.

Zu Ihrer Sicherheit und zum Schutz der Kinder bitten wir Sie deshalb, den Rat eines Arztes in Anspruch zu nehmen, wenn Sie folgende Krankheitszeichen bei sich feststellen:

- hohes Fieber mit schwerem Krankheitsgefühl, falls Genickstarre auftritt, unverzüglich den Arzt rufen!
- ungewöhnliche Müdigkeit
- Brechdurchfall länger als einen Tag
- Halsschmerzen mit auffallendem Mundgeruch
- starke Hautausschläge
- abnormer Husten
- auffällige Schwellungen von Lymphknoten oder Speicheldrüsen
- Gelbverfärbung der Augäpfel, gegebenenfalls der Haut
- dunkler Urin und heller Stuhl

Falls eine der o. g. Diagnosen gestellt wurde, sind Sie verpflichtet, unverzüglich die Leitung der Einrichtung zu benachrichtigen und die Diagnose mitzuteilen, damit in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden können, um einer Weiterverbreitung der Infektionskrankheit vorzubeugen.

Viele Infektionskrankheiten haben gemeinsam, dass eine Ansteckung z. B. durch Tröpfchen beim Reden schon möglich ist, bevor typische Krankheitssymptome auftreten. Dies bedeutet, dass Sie andere bereits angesteckt haben können, wenn bei Ihnen die ersten Krankheitszeichen auftreten. In einem solchen Fall kann es notwendig werden, das übrige Betreuungspersonal sowie die Eltern der Kinder anonym über das Vorliegen einer ansteckenden Krankheit zu informieren.

Manchmal nimmt man Erreger nur auf, ohne zu erkranken. Auch werden in einigen Fällen Erreger nach durchgemachter Erkrankung noch längere Zeit mit dem Stuhl ausgeschieden. Dadurch bestehen Ansteckungsgefahren für die Betreuten oder für das Personal. Im Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass **„Ausscheider“ von Cholera-, Diphtherie-, EHEC-, Typhus-, Paratyphus- und Shigellenruhr-Bakterien** nur mit Genehmigung durch das Gesundheitsamt die Einrichtung wieder betreten dürfen.

Auch wenn bei Ihnen zu Hause jemand an einer schweren oder hoch ansteckenden Infektionskrankheit leidet (siehe Tabelle 3, Seite 8), können Sie oder weitere Mitglieder des Haushaltes diese Krankheitserreger schon aufgenommen haben und andere gefährden, ohne selbst erkrankt zu sein. In diesem Fall sollten Sie sich an Ihr Gesundheitsamt wenden, um zu klären, ob Sie weiter mit Kontakt zu den Betreuten tätig sein dürfen.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihr Gesundheitsamt.

Erklärung des/der Beschäftigten der Gemeinschaftseinrichtung

Frau/Herr

geboren am

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 35 Infektionsschutzgesetz über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 Infektionsschutzgesetz aufgeklärt wurde.

Mir sind keine Tatsachen bekannt, die für ein Tätigkeitsverbot nach § 34 Infektionsschutzgesetz sprechen. Treten vor, bei oder nach der Aufnahme der Tätigkeit Hinderungsgründe nach § 34 Infektionsschutzgesetz auf, bin ich verpflichtet, diese unverzüglich meinem Arbeitgeber mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Prävention und Aufklärung gemäß § 34 Abs. 10 Infektionsschutzgesetz

Die Bedeutung von Impfungen

Für die Verhütung von Infektionen sind Impfungen von ganz besonderer Bedeutung. Kinder, die die empfohlenen Impfungen erhalten haben, sind gegen Erkrankungen an **Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung, Keuchhusten (Pertussis), Hepatitis B, Haemophilus influenzae b-Meningitis, Masern, Meningokokken der Serogruppe C, Mumps, Pneumokokken, Röteln und Windpocken** in der Regel geschützt. Deshalb sollen Gesundheitsämter und Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche gemeinsam über die Bedeutung eines ausreichenden Impfschutzes aufklären.

Die Zahl der Injektionen kann durch die Verwendung von Kombinationsimpfstoffen gering gehalten werden. Dazu erteilt der behandelnde Kinder- oder Hausarzt weitere Auskunft.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) gibt gemäß Infektionsschutzgesetzes Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen. Die Empfehlungen der STIKO werden in der Regel einmal jährlich im Epidemiologischen Bulletin des RKI und auf den Internetseiten des RKI veröffentlicht (http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html).

Auszug aus den Empfehlungen für die Wiedezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen des Robert Koch-Institutes: Zuletzt aktualisiert im Juli 2006. Erstveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 44 (2001): 830–843

Bestimmte Gesetzmäßigkeiten nach denen Infektionskrankheiten ablaufen, geben die Grundlage für diese Empfehlungen und geben den Zeitpunkt nach Krankheit an, ab dem eine Weiterverbreitung nicht mehr zu befürchten ist.

Die Empfehlungen enthalten Angaben zur Inkubationszeit, Dauer der Ansteckungsfähigkeit, Hygienemaßnahmen und Empfehlungen zur Zulassung von Personen nach überstandener Infektionskrankheit, Ausschluss von Personen, die Krankheitserreger ausscheiden oder von denen anzunehmen ist, dass sie sich mit Krankheitserregern angesteckt haben, die sie in der Einrichtung weiterverbreiten können.

Bei der Wiedezulassung ist eine Güterabwägung vorzunehmen:

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

Im nachfolgenden werden Empfehlungen von den im Kindergarten oder in der Schule häufig auftretenden Erkrankungen aufgeführt.

Sollten darüber hinaus auch zu anderen Infektionskrankheiten Fragen zur Wiedezulassung bestehen, wird Ihnen Ihr Gesundheitsamt weiterhelfen.

Keuchhusten Keuchhustenerkrankungen können durch eine rechtzeitig begonnene und vollständige Immunisierung verhindert werden.

| | |
|--------------------------------|---|
| Inkubationszeit | 7 bis 20 Tage |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und kann bis zu 3 Wochen nach Beginn des Stadium convulsivum andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit auf etwa 5 Tage nach Beginn der Therapie. |

| | |
|--|--|
| Zulassung nach Krankheit | Eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen kann frühestens 5 Tage nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Ohne antimikrobielle Behandlung ist eine Wiederzulassung frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome möglich. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Entfällt. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Ein Ausschluss von Personen aus Gemeinschaftseinrichtungen, die Kontakt zu Pertussis-Erkrankten hatten, ist nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt. Bei Husten sind Untersuchungen zur Feststellung oder zum Ausschluss von Pertussis angezeigt. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Für enge Kontaktpersonen ohne Impfschutz in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen besteht die Empfehlung einer Chemoprophylaxe mit Makroliden (Antibiotika). Geimpfte Kontaktpersonen sind vor der Erkrankung weitgehend geschützt, können aber vorübergehend mit Keuchhusten-Erregern besiedelt sein und damit eine Infektionsquelle darstellen. Daher sollten auch geimpfte enge Kontaktpersonen vorsichtshalber einen Hausarzt kontaktieren, da durch eine Chemoprophylaxe gefährdete Personen ihrer Umgebung, wie z.B. ungeimpfte oder nicht vollständig geimpfte Säuglinge oder Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundleiden, geschützt werden können. In Zusammenhang mit erkannten Pertussis-Häufungen sollte bei Kindern und Jugendlichen mit engem Kontakt zu Pertussis-Erkrankten im Haushalt oder in Gemeinschaftseinrichtungen die Komplettierung einer unvollständigen Immunisierung erfolgen bzw. eine Boosterimpfung erwogen werden, wenn die letzte Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt. |

Masern können durch eine rechtzeitig begonnene und vollständige Immunisierung verhindert werden

| | |
|--|--|
| Inkubationszeit | Gewöhnlich 8–10 Tage bis zum Beginn des katarrhalischen Stadiums, 14 Tage bis zum Ausbruch des Exanthems; im Einzelfall sind bis zu 21 Tage bis zum Exanthembeginn möglich. |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Fünf Tage vor bis vier Tage nach Auftreten des Exanthems, am höchsten vor Auftreten des Exanthems. |
| Zulassung nach Krankheit | Nach Abklingen der klinischen Symptome. Frühestens fünf Tage nach Exanthemausbruch. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Entfällt. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Für empfängliche Personen, die in der Wohngemeinschaft Kontakt zu einem Masernerkrankungsfall hatten, legt § 34 IfSG einen Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung für die Dauer von 14 Tagen nach der Exposition fest. Der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ist für diese Personen dann möglich, wenn ein Schutz vor Erkrankung durch Impfung oder durch eine früher abgelaufene Erkrankung ärztlich bestätigt – Dokumentation im Impfausweis oder ärztliches Attest - ist. Darüber hinaus sollten zur Verhütung der Weiterverbreitung der Masern gegebenenfalls auch Kontakte zu ärztlich bestätigten Masern, die sich an anderer Stelle als in der Wohngemeinschaft ereignet haben, Beachtung finden. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Die Ausbreitung in einer Einrichtung kann durch die postexpositionelle Immunisierung ungeimpfter bzw. nur einmal geimpfter Kontaktpersonen (Riegelungsimpfung), die möglichst innerhalb der ersten 3 Tage nach Exposition erfolgen sollte, verhindert werden. (In größeren Einrichtungen und Schulen ist eine Riegelungsimpfung meist auch noch zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll.) Bei abwehrgeschwächten Patienten und chronisch kranken Kindern ist eine postexpositionelle Prophylaxe von Masern auch als passive Immunisierung durch eine Gabe von spezifischem humanem Immunglobulin innerhalb von 2–3 Tagen nach Kontakt möglich. |

Mumps kann durch eine rechtzeitige Immunisierung verhindert werden.

| | |
|--|---|
| Inkubationszeit | 12 - 25 Tage, im Mittel 16 bis 18 Tage. |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Die Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten. Insgesamt kann ein Infizierter 7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Parotisschwellung ansteckend sein. Auch klinisch inapparente Infektionen sind ansteckend. |
| Zulassung nach Krankheit | Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 9 Tage nach Auftreten der Parotisschwellung. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Entfällt. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Personen, die in der Wohngemeinschaft Kontakt zu einer ärztlich bestätigten Mumpserkrankung (oder einem Verdachtsfall) hatten, dürfen eine Gemeinschaftseinrichtung für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 18 Tagen nicht besuchen oder nicht in ihr tätig sein (§ 34 Abs. 3 IfSG). Dies entfällt, wenn sie nachweislich früher bereits an Mumps erkrankt waren, früher bereits geimpft wurden (bei nur einmaliger Impfung wird aktuell die 2. Dosis gegeben) sowie nach postexpositioneller Schutzimpfung, falls diese innerhalb von 3 (maximal 5) Tagen nach erstmals möglicher Exposition erfolgte. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Ungeimpfte oder einmal geimpfte Kinder und Jugendliche sowie andere gefährdete Personen in Gemeinschaftseinrichtungen mit Kontakt zu Mumpskranken; möglichst innerhalb von 3 Tagen. |

Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen (Streptokokken-Angina)

| | |
|--|---|
| Inkubationszeit | 1–3 Tage, selten länger. |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Patienten mit einer akuten Streptokokken-Infektion, die nicht spezifisch behandelt wurde, können bis zu 3 Wochen kontagiös sein. Nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie erlischt die Ansteckungsfähigkeit nach 24 Stunden. |
| Zulassung nach Krankheit | Nach einer Erkrankung ist die Wiederzulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung unter antibiotischer Therapie und bei Fehlen von Krankheitszeichen ab dem 2. Tag möglich. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Nicht erforderlich. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht notwendig |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Im Regelfall nicht indiziert. |

Windpocken können durch eine rechtzeitige Immunisierung verhindert werden

| | |
|--------------------------------|---|
| Inkubationszeit | Gewöhnlich 14 bis 16 Tage; kann bis auf 8 Tage verkürzt bzw. bis auf 28 Tage verlängert sein. |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1–2 Tage vor Auftreten des Exanthems und endet 5–7 Tage nach Auftreten der letzten Effloreszenzen. |
| Zulassung nach Krankheit | Bei unkompliziertem Verlauf ist ein Ausschluss für eine Woche aus der Gemeinschaftseinrichtung in der Regel ausreichend. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich |

| | |
|--|---|
| Ausschluss von Ausscheidern | Entfällt. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Nicht erforderlich. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Wirksame Hygienemaßnahmen sind nicht bekannt. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | <p>Bei ungeimpften Personen mit negativer Varizellenanamnese und Kontakt zu Risikopersonen ist eine postexpositionelle Impfung innerhalb von 5 Tagen nach Exposition* oder innerhalb von 3 Tagen nach Beginn des Exanthems beim Indexfall zu erwägen. Auf Vermeidung von Kontakten zu Risikopersonen sollte strikt geachtet werden.</p> <p>Eine postexpositionelle Varizellenprophylaxe mittels Varicella-Zoster-Immunglobulin wird innerhalb von 96 Stunden nach Exposition* für Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellenkomplikationen empfohlen. Sie kann den Ausbruch einer Erkrankung verhindern oder deutlich abschwächen.</p> <p>Exposition wird hier wie folgt definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Stunde oder länger mit infektiöser Person in einem Raum • face-to-face-Kontakt • Haushaltskontakt |

Infektiöse Gastroenteritis Besonderheiten für Kinder im Vorschulalter

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

Diese altersabhängige Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass bis zur Vollendung des sechsten 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, gegebenenfalls 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 sozialverträgliche Regelung für Schulkinder erreicht. Nach Abklingen einer unspezifischen Durchfallerkrankung können die Schulkinder die Einrichtung wieder besuchen, wenn ihr Gesundheitszustand dies zulässt, 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.

Yersinia enterocolytica und andere bakterielle Gastroenteritiserreger (siehe auch Salmonellen, Campylobacter)

| | |
|--------------------------------|--|
| Inkubationszeit | Meist sieben bis zehn Tage. |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden. |
| Zulassung nach Krankheit | Nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl). Ein schriftliches ärztliches Attest |

| | |
|--|---|
| | ist nicht erforderlich. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Es gibt keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern, die Yersinien ausscheiden, den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen. Diese Praxis, Kinder aufgrund ihres klinischen Befundes, vor allem nach Abklingen des Durchfalls, ohne bakteriologische Kontrolluntersuchungen Gemeinschaftseinrichtungen wieder besuchen zu lassen, hat sich seit Jahren in verschiedenen Regionen Deutschlands und in vielen Ländern bewährt. Kontaminierte Nahrungsmittel, nicht aber asymptomatische Ausscheider sind die relevanten Infektionsquellen. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Die wichtigste Maßnahme zur Prophylaxe der Übertragung von Yersinien ist eine effektive Händehygiene vor allem nach jedem Besuch der Toilette, nach Kontakt mit vermutlich kontaminierten Gegenständen (Windeln), Nahrungsmitteln (z.B. Geflügel) und vor der Zubereitung von Mahlzeiten. Auf adäquate Entsorgung von Fäkalien und auf das Vorhandensein von Toilettenpapier ist zu achten. Eine Desinfektion der Toiletten von Ausscheidern ist nicht notwendig, die Anwendung von WC-Reinigern, ggf. täglich, reicht aus. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt. Anmerkung: Diese Empfehlungen gelten auch für weitere Erreger, die im Allgemeinen unkompliziert verlaufende Enteritiden (z.B. durch pathogene E. coli - außer EHEC) verursachen. |

Salmonellosen

| | |
|--|--|
| Inkubationszeit | 6–72 Stunden, in der Regel 12–36 Stunden |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden, bei Erwachsenen im Durchschnitt einen Monat, bei Kindern unter 5 Jahren 7 Wochen oder länger. Eine Erregerausscheidung für mehr als 6 Monate wurde schon beschrieben und tritt bei Kindern mit schweren Erkrankungsverläufen nicht selten auf. |
| Zulassung nach Krankheit | Nach § 34 Abs. 1 IfSG gilt für Lehrer, Schüler, Schulbedienstete und Beschäftigte in anderen Kindergemeinschaftseinrichtungen, die an Salmonellose erkrankt oder dessen verdächtig sind, keine Einschränkung mehr, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung zu benutzen und an deren Veranstaltungen teilzunehmen. Ansonsten ist eine Zulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) möglich. Die Vorlage eines schriftlichen ärztlichen Attests ist nicht erforderlich. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Es gibt keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern, die Enteritissalmonellen ausscheiden, den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen. Diese Praxis, Kinder aufgrund ihres klinischen Befundes, vor allem nach Abklingen des Durchfalls, ohne bakteriologische Kontrolluntersuchungen Gemeinschaftseinrichtungen wieder besuchen zu lassen, hat sich seit Jahren in verschiedenen Regionen Deutschlands und in vielen Ländern bewährt. Kontaminierte Nahrungsmittel, nicht aber asymptomatische Ausscheider sind die relevanten Infektionsquellen. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Die wichtigste Maßnahme zur Prophylaxe der Übertragung ist das Waschen der Hände vor allem nach jedem Besuch der Toilette, nach Kontakt mit vermutlich kontaminierten Gegenständen (z.B. Windeln), Nahrungsmitteln (z.B. Geflügel) und vor der Zubereitung von Mahlzeiten. Händewaschen führt zwar nicht zur Erregerelimination, wohl aber zur drastischen Reduzierung der Keimzahl an den Händen. In Säuglingsheimen ist besonders die Einhaltung der Hygienemaßnahmen durch das Per- |

| | |
|--|---|
| | sonal zu beachten. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt. |

Campylobacteriosen

| | |
|--|--|
| Inkubationszeit | In der Regel 2–5 Tage, in Einzelfällen 1–10 Tage. |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Die Patienten sind potenziell infektiös, solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden. Die mittlere Ausscheidungsdauer beträgt 2–4 Wochen. |
| Zulassung nach Krankheit | Während der Dauer ihrer Erkrankung sollten Patienten zu Hause bleiben und die erforderlichen Hygienemaßnahmen beachten. Nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) können Gemeinschaftseinrichtungen wieder besucht werden. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Bei Kleinkindern in Kindertagesstätten ist wegen der Möglichkeit einer direkten Übertragung von Mensch zu Mensch jedoch weiterhin Vorsicht geboten und die Durchführung der aufgeführten Hygienemaßnahmen sollte durch die Einrichtung selbst überwacht werden. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Es gibt keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern, die Campylobacter ausscheiden, den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen. Diese Praxis, Kinder aufgrund ihres klinischen Befundes, vor allem nach Abklingen des Durchfalls, ohne bakteriologische Kontrolluntersuchungen Gemeinschaftseinrichtungen wieder besuchen zu lassen, hat sich seit Jahren in verschiedenen Regionen Deutschlands und in vielen Ländern bewährt. Kontaminierte Nahrungsmittel, nicht aber asymptomatische Ausscheider sind die relevanten Infektionsquellen. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Allgemeine Maßnahmen zur Prophylaxe der Übertragung von Campylobacter-Infektionen sind das Waschen der Hände mit seifenhaltigen Mitteln nach jedem Toilettenbesuch, nach Kontakt mit vermutlich kontaminierten Gegenständen (z. B. Windeln), Arbeitsgeräten und -flächen in der Küche und vor der Zubereitung von Mahlzeiten. Händewaschen führt zwar nicht zur sicheren vollständigen Beseitigung, aber zur deutlichen Reduzierung der bakteriellen Keimkonzentration an den Händen. Wichtig zum Schutz vor Campylobacter-Infektionen ist eine konsequente Einhaltung der Küchenhygiene bei der Speisenzubereitung, insbesondere bei frischem oder tiefgefrorenem Geflügel, das gründliche Durchgaren von Fleisch, vor allem Geflügelfleisch, und das Abkochen von Rohmilch, die direkt vom Erzeuger abgegeben wird. Auf den Verzehr von rohen Lebensmitteln tierischer Herkunft (einschließlich Rohmilch als Hof- oder Vorzugsmilch) durch Säuglinge, Kleinkinder sollte verzichtet werden. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt. |

Noroviren

| | |
|--------------------------------|--|
| Inkubationszeit | 6–50 Stunden |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Personen sind insbesondere während der akuten Erkrankung und mindestens bis zu 48 Stunden nach Sistieren der klinischen Symptome ansteckungsfähig. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Virus in der Regel 7–14 Tage, in Ausnahmefällen aber auch über Wochen nach einer akuten Erkrankung über den Stuhl ausgeschieden werden kann. |

| | |
|--|---|
| Zulassung nach Krankheit | Kinder unter 6 Jahren, die an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen. Die Einrichtung kann erst 48 Stunden nach dem Abklingen der klinischen Symptome wieder besucht werden. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Allerdings sollte auch dann noch verstärkt Wert auf die Hygiene gelegt werden. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Entfällt. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Zur Vermeidung einer Übertragung auf fäkal-oralem Wege oder beim Erbrechen (Kontakt zu Stuhl, Erbrochenem, kontaminierten Flächen) sind, insbesondere in der symptomatischen Phase, die Hygienemaßnahmen auszuweiten. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt. |

Rotaviren

| | |
|--|---|
| Inkubationszeit | 1 - 3 Tage |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | Eine Ansteckungsfähigkeit besteht während des akuten Krankheitsstadiums und solange das Virus mit dem Stuhl ausgeschieden wird. In der Regel erfolgt eine Virusausscheidung nicht länger als 8 Tage, in Einzelfällen (z.B. Frühgeborene, Immundefiziente) wurden jedoch auch wesentlich längere Virusausscheidungen beobachtet. |
| Zulassung nach Krankheit | Kinder unter 6 Jahren, die an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen. Eine Wiederzulassung ist nach Abklingen der klinischen Symptome (geformter Stuhl) wieder möglich. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Entfällt. |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten. |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | Die Ausbreitung von Rotavirus-Infektionen in Kindergärten und ähnlichen Einrichtungen kann nur durch das strikte Befolgen konsequenter Hygienevorschriften verhindert werden. Ziel ist es, den fäkal-oralen Übertragungsweg zu unterbrechen. Die Händehygiene muss besonders beachtet werden. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt. |

Kopflausbefall

Zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Kopflausbefall hat das Robert Koch-Institut (RKI) ein Merkblatt herausgegeben, das alle wichtigen Hinweise enthält.

| | |
|--|---|
| Inkubationszeit | Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht. |
| Dauer der Ansteckungsfähigkeit | <p>Eine Ansteckungsfähigkeit ist gegeben, solange die Betroffenen mit geschlechtsreifen Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind.</p> <p>Aus Eiern, die bis zu einem Zentimeter von der Kopfhaut entfernt an den Haaren haften, können etwa 7–10 Tage nach der Eiablage Larven schlüpfen. Diese verlassen in den ersten 7 Tagen ihren Wirt nicht und werden nach etwa 10 Tagen geschlechtsreif. Falls also Eier nahe der Kopfhaut festgestellt werden, signalisiert das allenfalls eine später mögliche Ansteckungsgefahr (nach 2–3 Wochen, allerfrühestens nach 8 Tagen). Von Eihüllen (Nissen), die weiter als 1 cm von der Kopfhaut entfernt am Haar kleben, geht keine Gefahr aus, denn sie sind leer.</p> |
| Zulassung nach Krankheit | Direkt nach der ersten von zwei erforderlichen Behandlungen mit einem zugelassenen Mittel, das zur Tilgung von Kopflausbefall nachweislich geeignet ist, ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des mit Wasser und Haarpflegespülung angefeuchteten Haars. |
| Ausschluss von Ausscheidern | Entfällt |
| Ausschluss von Kontaktpersonen | Eine Kontaktperson ist erst dann auszuschließen, wenn bei ihr ausgewachsene Kopfläuse nachgewiesen wurden. Kopflausbefall betrifft in der Regel mehrere Personen in einer Gruppe. Alle Personen, die engen ("Haar zu Haar") Kontakt mit einem Indexfall hatten, und alle Mitglieder einer Gruppe oder Klasse einer Kinder-Gemeinschaftseinrichtung sollten sich umgehend untersuchen und – wenn Kopflausbefall festgestellt wurde – behandeln lassen |
| Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Infektionen | <p>Obwohl die Gefahr, dass Läuse abseits vom Wirt existieren und lebensfähig bzw. übertragbar bleiben, als gering einzuschätzen ist, werden folgende Reinigungsmaßnahmen im Umfeld eines festgestellten Befalls für sinnvoll gehalten:</p> <ul style="list-style-type: none">• Käme, 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. |
| Medikamentöse Prophylaxe nach Exposition | Siehe "Ausschluss von Kontaktpersonen" |

Muster: Kopflausbefall (Pediculosis capitis)

Ein Wort zum Geleit

Kopfläuse sind seit jeher in Europa heimisch. Sie sind auch noch heutzutage weit verbreitet und treten etwa bei 1 - 3 % der Kinder in den Industrieländern auf. So kommt es, dass sich Eltern von Kindergarten- oder Schulkindern, Erzieher/-innen und Lehrer/-innen immer wieder mit dem Thema „Kopfläuse“ befassen müssen. Nicht selten erhalten sie hierzu unterschiedliche, teilweise sogar widersprüchliche Informationen. Viele Kinder werden unnötig lange wegen Kopflausbefalls aus Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen. Gelegentlich kommt es zu emotional geführten Auseinandersetzungen, denn Kopflausbefall erweckt bei vielen Menschen immer noch zu Unrecht den Gedanken, dass er eine Folge mangelnder Hygiene sei. Dabei ist gerade beim Kopflausbefall gemeinsames Handeln gefordert. Kopfläuse haben sich meistens schon in einer Gruppe ausgebreitet, wenn sie entdeckt werden. Deshalb sind Erfolge gegen diese Plagegeister umso leichter zu erreichen, je rascher koordinierte zielgerichtete Maßnahmen ergriffen werden.

Mit diesem Informationsblatt möchten wir Eltern, Erzieherinnen und Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern, Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern Informationen zu verschiedenen Aspekten des Kopflausbefalls geben und damit zu Erfolgen im gemeinsamen Handeln gegen Kopfläuse beitragen.

Was sind Kopfläuse?

Kopfläuse sind 2 - 3 mm große flügellose Insekten. Sie übertragen keine Krankheitserreger. Sie leben auf dem behaarten Kopf von Menschen und ernähren sich von Blut, das sie nach einem Stich aus der Kopfhaut saugen. Kopfläuse sind alle 2 - 3 Stunden auf eine Blutmahlzeit angewiesen, sonst verenden sie im Laufe des zweiten Tages, spätestens nach 55 Stunden. Kopfläuse können also ein Wochenende in einem Kindergarten oder Schulgebäude nicht überleben! Sie können sich auch auf Haustiere oder auf unbelebte Gegenstände wie Mützen, Schals oder Plüschtiere „verirren“, ernähren und fortpflanzen können sie sich jedoch nur beim Menschen.

Geschlechtsreife befruchtete Lausweibchen legen täglich mehrere Eier, deren Hülle „Nisse“ genannt wird. Die Eier werden in unmittelbarer Nähe der Kopfhaut am Haaransatz festgeklebt, denn dort herrscht die optimale Temperatur für sie.

Aus den Eiern schlüpfen nach 7 – 10 Tagen junge Läuse, die auch Larven genannt werden. Die leeren Eihüllen (Nissen) bleiben am Haar kleben. Das Haar wächst ca. 1 cm im Monat. Nissen, die weiter als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, sind immer leer. Die Larven können in den ersten 7 - 10 Tagen den Kopf ihres Wirts noch nicht verlassen und entwickeln sich in diesem Zeitraum zu geschlechtsreifen Läusen. 2 - 3 Tage nach der Paarung legen die Weibchen Eier ab. Der Zyklus beginnt nach ca. 3 Wochen von Neuem.

Wie werden Kopfläuse übertragen?

Jeder Mensch kann Kopfläuse bekommen. Mangelnde Hygiene spielt beim „Erwerb“ von Kopfläusen keine Rolle. Kopfläuse kommen auch in den besten Familien und in den Schulen der besten Wohnviertel vor.

Kopfläuse können weder springen noch fliegen. Sie können sich aber mit ihren 6 Beinen sehr flink im Kopfhaar bewegen. Die Übertragung geschieht in der Regel durch direkten Kontakt „von Haar zu Haar“. Erwachsene Läuse benutzen parallel liegende Haare von benachbarten Köpfen, um auf einen neuen Wirt zu gelangen. Larven hingegen sind dazu noch nicht in der Lage.

Der indirekte Übertragungsweg über gemeinsam benutzte Käämme, Bürsten und Textilien ist eher die Ausnahme, denn dort können Kopfläuse nicht lange überleben. Zur Vorsicht sollten Kopfbedeckungen, Schals, Käämme und Bürsten nicht untereinander ausgetauscht werden.

Lauseier und ihre Hüllen („Nissen“) spielen bei Übertragung der Kopfläuse keine Rolle.

Wie wird Kopflausbefall festgestellt?

In den ersten 2 - 4 Wochen oder noch länger verläuft der erstmalige Befall mit Kopfläusen meistens unmerklich, bis – als Folge einer Sensibilisierung gegen Speichelantigene der Laus - Juckreiz am Kopf auftritt. Dann ist immer eine gründliche, ggf. wiederholte Untersuchung angezeigt; aber auch, wenn Kopfläuse in der gleichen Gruppe oder Klasse eines Kindes oder bei seinen Spielgefährten festgestellt wurden. Eine regelmäßige, alle 1 – 2 Wochen durchgeführte Untersuchung des Kopfhaares ist die beste Maßnahme zur Früherkennung und damit zur Vorbeugung der Übertragung von Kopfläusen auf Dritte.

In dem mit Shampoo gewaschenen, tropfnassen Haar wird eine reichliche Menge Pflegespülung verteilt. Das Haar wird erst mit einem groben Kamm gescheitelt, dann mit einem sehr feinen Kamm systematisch unter guter Beleuchtung Strähne für Strähne durchgekämmt, bis keine Spülung mehr im Kamm hängen bleibt. Dabei sollen die Zinken mit leichtem Druck über die Kopfhaut geführt werden. Die ausgekämmte Haarspülung wird an Küchenpapier abgestrichen und nach Läusen durchgemustert. Spezielle, engzinkige Läusekäämme sind in Apotheken, Drogerien, Sanitätshäusern oder bei der Deutschen Pediculosis - Gesellschaft e.V - www.pediculosis.de - erhältlich. Diese website enthält lehrreiche Abbildungen und Hinweise und ist allen betroffenen Eltern sowie Mitarbeiter/-innen von Kindergemeinschaftseinrichtungen zu empfehlen. Läuse sind meist grau und werden 3 mm groß. Sie sind ziemlich flink und können auch einem sorgfältigen Untersucher entgehen. Deshalb richtet sich die Aufmerksamkeit auch auf Eier, die weniger als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind. Sie sind so groß wie ein Sandkorn und von dunkler Farbe. Sie kleben fest an den Haaren und sind an ihnen wie Perlen an einer Schnur auf-

gereiht. Sie können im Gegensatz zu Schuppen nicht leicht abgestreift werden. Der Nachweis von Läusen, Larven, oder Eiern, die weniger als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, stellt einen behandlungsbedürftigen „Kopflausbefall“ dar.

Wie wird Kopflausbefall behandelt?

„Nasses“ Auskämmen

„Nasses“ Auskämmen mit Haarspülung und Läusekamm in 4 Sitzungen an den Tagen 1, 5, 9 und 13 führte bei 57 % der behandelten Kinder zur Entlausung [8] und hatte somit nicht nur einen diagnostischen, sondern auch einen therapeutischen Wert. Während die erste Sitzung die Entfernung adulter Läuse zum Ziel hat, dienen die folgenden dazu, nachgeschlüpfte Larven zu entfernen.

Mit Insekten abtötenden Substanzen (Insektiziden, hier speziell: Pedikuloziden) wurden in verschiedenen Studien Erfolgsraten von über 90 % bei Kopflausbefall erzielt. Deshalb sollte das Haar nicht nur nass ausgekämmt werden, sondern zusätzlich mit einem Kopflaus abtötenden Mittel behandelt werden. Das bedeutet:

- Tag 1: mit einem Insektizid behandeln und mit einem Läusekamm nass auskämmen
- Tag 5: nass auskämmen
- Tag 9: mit einem Insektizid behandeln und nass auskämmen
- Tag 13: zur Kontrolle nass auskämmen

Mittel gegen Kopflausbefall

Als zugelassene Arzneimittel stehen in Deutschland Präparate mit folgenden Wirkstoffen zur Verfügung:

- Permethrin (Infectopedicul ®)
- Pyrethrum + Piperonylbutoxid + 4-Chlor-3-Methyl-phenol (Chlorocresol) + Diethylenglykol (Goldgeist Forte Lösung ®)
- Allethrin + Piperonylbutoxid (Jacutin N Spray ®)

Das Umweltbundesamt führt eine Entwesungsmittelliste, in die Mittel aufgenommen werden, deren Wirksamkeit gegen Läuse im Laborversuch erwiesen ist. In dieser Liste werden neben den genannten Mitteln auch die Medizinprodukte „Mosquito Läuse Shampoo“, NYDA L“ und „Jacutin Pedicul fluid“ aufgeführt.

Die Arzneimittel und Medizinprodukte, die als „Läusemittel“ vermarktet werden, sind rezeptfrei in Apotheken erhältlich. Für vom Arzt verordnete Kopflausmittel für Kinder unter 12 Jahren übernehmen die Krankenkassen die Kosten, für ältere Kinder nicht. Wie diese Mittel richtig angewandt werden, erläutern Apotheker/-innen beim Kauf gerne; es wird auch auf den Beipackzetteln ausführlich erklärt. Die Gebrauchsanweisung sollte Punkt für Punkt beachtet werden; wenn das Mittel zu sparsam aufgetragen wird, in tiefend nassem Haar zu stark verdünnt wird oder die vorgeschriebene Einwirkzeit unterschritten wird, können Läuse überleben. Manche Insektizide wirken erst mehrere Stunden nach der Behandlung tödlich für Läuse.

Neben den oben genannten Mitteln sind noch weitere Medizinprodukte und Kosmetika erhältlich, deren Wirksamkeit nur in einzelnen Studien untersucht wurde oder überhaupt nicht nachgewiesen ist. Das bedeutet nicht, dass diese Mittel im Einzelfall wirkungslos oder gar schädlich sind; über ihre Effekte liegen jedoch nicht genügend belastbare Daten vor, um sie aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu empfehlen. Von Hitzeeinwirkung durch Föhns ist wegen der Verbrennungsgefahr abzuraten; in Saunen werden direkt an der Kopfhaut keine pedikuloziden Temperaturen erreicht.

Läuseeier können eine korrekte Behandlung mit Arzneimitteln gegen Kopflausbefall überleben. Deshalb ist immer eine zweite Behandlung nach 8 - 10 Tagen nötig, um die Läuseplage sicher loszuwerden. Dadurch werden alle Larven getilgt, bevor sie mobil und geschlechtsreif geworden sind. Auskämmen des mit Wasser und Haarpflegespülung angefeuchteten Haares mit einem sehr feinen Kamm direkt nach der ersten Behandlung und an den Tagen 5, 9 und 13 wird zur Sicherung des Behandlungserfolges empfohlen.

Flankierende Maßnahmen bei Kopflausbefall

- Untersuchung aller Familienmitglieder, Information des persönlichen Umfeldes, Mitteilung an Kindergarten, Schule, Hort

Wenn Kopfläuse entdeckt werden, haben sie sich oft schon in der Familie oder in anderen Gruppen, sei es im Kindergarten, in der Schulklasse, im Hort oder unter Spielgefährten ausgebreitet. Deshalb ist eine Benachrichtigung, Untersuchung, ggf. auch eine Behandlung aller Personen angezeigt, mit denen der / die Betroffene „Haar-zu-Haar“-Kontakt hatte. Dies schließt auch eine Mitteilung an den Kindergarten, die Schule oder den Hort ein, zu der Eltern übrigens auch gesetzlich verpflichtet sind.

- Reinigungsmaßnahmen in Haushalt, Kindergarten, Schule, Hort

Da Kopfläuse sich nur auf dem menschlichen Kopf ernähren und vermehren können, sind Reinigungsmaßnahmen von untergeordneter Bedeutung und dienen mehr dem „guten Gefühl“ als der Unterbrechung der Infestationskette. Kämmen, Haarbürsten, Haarspangen und –gummis sollen in heißer Seifenlösung gereinigt werden. Schlafanzug und Bettwäsche, Handtü-

cher und Leibwäsche sollen gewechselt und bei 60°C gewaschen werden. Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollen für drei Tage in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden. Insektizid-Sprays oder spezielle Waschmittel sind nicht nötig.

Wann kann ein Kind nach Behandlung des Kopflausbefalls den Kindergarten oder die Schule wieder besuchen?

Die zugelassenen Arzneimittel wirken rasch und sicher gegen Larven und geschlechtsreife Kopfläuse. Deshalb können Betroffene direkt nach der ersten Behandlung wieder Kindergarten, Schule oder Hort besuchen. Die noch verbliebenen Eier kleben fest an den Haaren und können nicht übertragen werden. Larven, die in den Tagen nach der ersten Behandlung schlüpfen, sind noch nicht mobil genug, um auf den Kopf eines anderen Menschen zu gelangen. Mit der zweiten Behandlung, 8 - 10 Tage nach der ersten, werden alle Larven abgetötet, bevor sie mobil und geschlechtsreif geworden sind.

Wann ist ein ärztliches Attest zum Wiederbesuch eines Kindergartens oder einer Schule erforderlich?

Ein ärztliches Attest ist bei Kopflausbefall nicht erforderlich. Vielmehr genügt die Bestätigung der Eltern, dass eine Behandlung mit einem geeigneten Mittel durchgeführt wurde.

Gemeinsam gegen Kopfläuse erfolgreich !

Da Kopfläuse leicht von Kopf zu Kopf übertragen werden können, betrifft ein Kopflausbefall nicht nur einzelne Menschen, sondern meistens eine Gruppe von Menschen. Es leuchtet ein, dass auch die sorgfältigsten Einzelmaßnahmen erfolglos bleiben, wenn sie nicht in ein gemeinsames Vorgehen der Gruppe gegen Kopflausbefall eingebunden sind.

Damit Menschen gemeinsam handeln können, müssen sie zunächst informiert sein. Schamhaftes Verschweigen begünstigt die weitere Ausbreitung von Kopfläusen in einer Gruppe. Deshalb ist die Information des persönlichen Umfeldes und der Elternschaft von Kindergarten, Schule und Hort so wichtig.

Maßnahmen des Gesundheitsamtes

Das Infektionsschutzgesetz schreibt eine namentliche Meldung von einem Kindergarten, -hort oder Schule über jeden mitgeteilten Kopflausbefall an das zuständige Gesundheitsamt vor, um Fachkräften des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine tagesaktuelle Übersicht über die Situation am Ort, sowie Beratung und Unterstützung der betroffenen Familien und Einrichtungen zu ermöglichen. Die Information der Eltern der betroffenen Gruppe oder Klasse steht zunächst im Zentrum der Maßnahmen. Gut bewährt haben sich Merkblätter des Gesundheitsamtes mit Erläuterungen in Wort und Bild zu Biologie, Diagnose und Therapie des Kopflausbefalls und einem Abschnitt, auf dem Eltern eine Rückmeldung über das Untersuchungsergebnis bei ihrem Kind geben sollen. Dadurch kann die Leitung der Einrichtung einen Überblick über die Aktion behalten, die darauf abzielt, dass alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die zu der betroffenen Gruppe oder Klasse zu zählen sind, möglichst rasch untersucht und ggf. behandelt werden, um der weiteren Übertragung der Kopfläuse einen Riegel vorzuschieben.

Musterbeispiel des Gesundheitsamtes Wiesbaden