Handlungskonzept
für Kindertageseinrichtungen der
PROTESTANTISCHEN GESAMTKIRCHENGEMEINDE
KAISERSLAUTERN
zur Umsetzung des
INFEKTIONSSCHUTZGESETZES
im pädagogischen Kontext

(Stand: Januar 2025)

Vorwort

Liebe Sorgeberechtigte und Mitarbeitende,

unsere Kindertagesstätten sind Orte der Begegnung, des Förderns und Lernens. Wir tragen für die Kleinsten in unserer Gesellschaft eine große Verantwortung und möchten die Kinder bestmöglich begleiten.

Die Protestantische Gesamtkirchengemeinde ist in Kaiserslautern Trägerin von 18 Kindertagesstätten, in denen Kinder und Erwachsene zusammenkommen. Aus „Ehrfurcht vor dem Leben“ (Albert Schweitzer) schauen wir darauf, dass wir einander respektvoll begegnen und fürsorglich handeln. Unsere Fürsorge gilt den Kindern und den Beschäftigten in unseren KiTas gleichermaßen. Eine klare Regelung, wie im Krankheitsfall zu handeln ist, schafft Transparenz und Sicherheit für alle Beteiligten. Nur so können wir unserer gemeinsamen Verantwortung gerecht werden. Dieses Handlungskonzept möge unseren Einrichtungen ein hilfreiches Nachschlagewerk sein, das wir stets auf dem aktuellen Stand halten. Gerade die Corona-Pandemie hat uns deutlich vor Augen geführt, wie wichtig die Einhaltung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen ist.

Ich möchte Sie, liebe Sorgeberechtige, im Interesse aller bitten, dass Sie Ihr Kind, wenn es ansteckend erkrankt ist, nicht in die KiTa bringen, sondern für die nötige Erholung sorgen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mein Dank gilt auch Diana Zimdahl, die als pädagogische Gesamtleitung unserer Gesamtkirchengemeinde dieses Handlungskonzept maßgeblich verfasst hat, und den Mitarbeitenden, die die sorgfältige Umsetzung des Konzepts vor Ort verantworten – zum Wohle aller Kinder ihrer Einrichtung.

Mit herzlichem Gruß

(Richard Hackländer, Vorstandsvorsitzender)

Evangelische Kirche der Pfalz
PROTESTANTISCHE LANDESKIRCHE

Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de

Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK

evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

Inhalt

1 Einleitung 1
2 Zuständigkeiten aller Akteure in den Kindertageseinrichtungen 2
2.1 Benachrichtigungspflicht 3
2.2 Informationspflicht 3
2.3 Tätigkeits- und Betreuungsverbote 4
2.4 Wiederzulassung 5
3 Vorbeugende Maßnahmen 5
3.1 Belehrungen 5
3.2 Infektionsschutz 7
4 Impfen – Präventivmaßnahme 7
5 Ausbrüche 9
6 Informationen zu einzelnen Erkrankungen 11
6.1 Brechdurchfall 11
6.2 Wurmerkrankung 12
6.3 Masern 13
6.3.1 Informationen zum Masernschutzgesetz 13
6.3.2 Konkrete Umsetzung des Masernschutzgesetzes in der Praxis 14
6.4 Mumps 16
6.5 Röteln 17
6.6 Windpocken (Varizellen) 18
6.7 Ansteckende Leberentzündungen (Hepatitis A/E) 19
6.8 Keuchhusten (Pertussis) 20
6.9 Meningokokken – Erkrankungen und Hämophilus Influenzae B. (Meningitis) 21
6.10 Scharlach, Borkenflechte (Infektionen mit Streptococcus pyogenes Erregern) und eitrige Halsentzündungen (Streptokokken der Gruppe A) 22
6.11 Krätze (Skabies) 23
6.12 Kopfläuse 24
6.13 Rotes Auge („Augenschnupfen“) 26
6.14 Ansteckende Bindehautentzündung (Adenovirus-Konjunktivitis) 26
6.15 Dreitagefieber 27
6.16 Banale Erkältungen 27
6.17 Echte Grippe 27
6.18 Hand-Fuß-Mundkrankheit 28

Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de

Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

6.19 Ringelröteln 29
6.20 Covid-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) 30
7 Informationen zu Hygieneplänen in Kindertageseinrichtungen 31
8 Trinkwasserhygiene 37
Literaturverzeichnis 39
Links 40
Anhang

1 Einleitung

Die vierjährige Theresa kommt am Dienstagmorgen ohne ihr typisches Hüpfen und Lachen in die Kindertageseinrichtung. Beim Freispiel zeigt sie kein Interesse an einer Tätigkeit und beim Frühstück hat sie keinen Hunger. Sie möchte nur den von der KiTa angebotenen warmen Tee trinken. Die pädagogische Fachkraft bemerkt das untypische Verhalten von Theresa. Theresa hat fiebrige Augen und das Stirnthermometer zeigt 39,2°C.

Ein krankes Kind in der Kindertageseinrichtung stellt das betroffene Kind sowie die pädagogischen Fachkräfte häufig vor erhöhte Herausforderungen und bereitet Grund zur Sorge. Die Betreuung eines kranken Kindes ist mit einem intensiveren Betreuungsaufwand sowie einer engen individuellen Aufmerksamkeit verbunden. Hinzu kommt, dass kranke Kinder gesunde Kinder und Erwachsene anstecken. Das Wissen der pädagogischen Fachkräfte über die familiären Hintergründe kann in diesem Kontext ebenfalls zu Unsicherheiten führen. Die Entscheidung der Eltern, wann sie ihr krankes Kind in die Kindertageseinrichtung bringen, fällt häufig nicht leicht, besonders wenn kurzfristig eine andere Betreuungsmöglichkeit gefunden werden muss.
Die Kindertageseinrichtung als Gemeinschaftseinrichtung hat aus hygienisch-epidemiologischer Sicht eine besondere Bedeutung, besonders im Hinblick auf das Zusammenleben und die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Personen. In der Einrichtung müssen die folgenden Aspekte, nämlich das Wohl des erkrankten Kindes und der Schutz anderer Kinder sowie der pädagogischen Fachkräfte, Beachtung finden, besonders im Hinblick auf Infektionskrankheiten und die damit verbundenen Gesetzesgrundlagen. Um das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Erziehung/ Betreuung zu sichern, ist es bedeutsam die Übertragung von Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und deren Weiterverbreitung zu verhindern. Als gesetzliche Grundlage findet das Infektionsschutzgesetz in diesem Kontext seine Gültigkeit und muss demnach Beachtung finden.
Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist am 01.01.2001 in Kraft getreten und setzt als Gesetz der Bundesrepublik Deutschland in hohem Maße, neben behördlichen Aufgaben sowie Zuständigkeiten, auch auf die Verantwortung der Träger und Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen sowie jedes Einzelnen. Konkrete Verpflichtungen für Gemeinschaftseinrichtungen bzw. deren Leitungen, Personal und die Sorgeberechtigten ergeben sich aus dem Infektionsschutzgesetz.
Zweck des Gesetzes ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern (vgl. IfSG 2022). Das Gesetz verfügt

über verschiedene Begriffsbestimmungen, die Darstellung der Prävention sowie die Definition der Aufgaben von Institutionen und die damit verbundene Überwachung.
In den §§ 33-36 werden Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen benannt und dienen dem Infektionsschutz von Säuglingen, Kinder oder Jugendliche, die in den Einrichtungen betreut werden, sowie dem Personal, das dort beschäftigt ist. Durch den engen Kontakt der betreuten Personen untereinander und der dort Beschäftigten ergeben sich günstige Voraussetzungen Krankheitserreger zu übertragen. In Abschnitt 8 des Gesetzes (§§ 42,43) werden gesundheitliche Anforderungen des Personals beim Umgang mit Lebensmitteln beschrieben. Hier werden explizit die Themen Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote sowie Belehrungen und Bescheinigungen durch das Gesundheitsamt benannt.
In diesem Kontext ist ebenso das Robert Koch-Institut (RKI) zu nennen, das als nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen zuständig ist (vgl. Lütkemeier/Schwarz 2023).
Das folgende Handlungskonzept richtet sich an alle pädagogischen Fachkräfte und Mitarbeiter*innen sowie die Sorgeberechtigten innerhalb der Trägerschaft und soll als Grundlage zum Umgang mit dem Infektionsschutz und den damit verbundenen gesetzlichen Regelungen für den Alltag in der Kindertageseinrichtung dienen. Im Kontext eines Hygieneplans bzw. der Gefährdungsbeurteilung unterstützt dieses Handlungskonzept die individuelle Weiterentwicklung und Umsetzung des Infektionsschutzes.
Angelehnt an den „Leitfaden für Kindertagesstätten“ der Hansestadt Hamburg wurde das vorliegende Handlungskonzept der Protestantischen Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern erstellt.

2 Zuständigkeiten aller Akteure in den Kindertageseinrichtungen

Das folgende Kapitel handelt von den Zuständigkeiten der Kindertageseinrichtung aller Mitarbeitenden sowie den Sorgeberechtigten und basiert auf der gesetzlichen Grundlage des Infektionsschutzgesetzes. Darunter fallen u.a. neben behördlichen Aufgaben und Zuständigkeiten auch die **Eigenverantwortung** sowie die **Mitwirkungspflicht** des **Trägers** und der **Leiter*innen** von Gemeinschaftseinrichtungen sowie jedes **Einzelnen**.
Bei den Krankheiten, die im § 34 IfSG aufgeführt sind, handelt es sich um leicht übertragbare Krankheitserreger. Erfolgt eine rechtzeitige Mitteilung über eine Infektion und/oder Erkrankung, besteht die Möglichkeit durch geeignete Schutzmaßnahmen und Informationsweitergabe weitere Infektionen zu verhindern.

Das Infektionsschutzgesetz verpflichtet aufgrund dessen die in einer Gemeinschaftseinrichtung betreuten (bzw. deren Sorgeberechtigten) sowie die dort tätigen Personen, unverzüglich der Gemeinschaftseinrichtung mitzuteilen, wenn bei ihnen eine der im § 34 Absatz 1 bis 3 gelisteten Krankheitsfälle aufgetreten ist.
In § 34 Absatz 5 heißt es konkret: *„Wenn einer der in den Absätzen 1, 2 oder 3 genannten Tatbeständen […] auftritt, so haben diese […] unverzüglich Mitteilung zu machen."* (IfSG 2022).
Unverzüglich bedeutet im juristischen Sinne, dass sowohl Mitteilungen als auch Benachrichtigungen ohne schuldhaftes Zögern zu erfolgen haben. Je nach Betroffenheit genügt ein Anruf bei der KiTa (durch die Sorgeberechtigten), dem Arbeitgeber (durch das Personal) oder dem örtlichen Gesundheitsamt (durch KiTa-Leitung) (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019).

2.1 Benachrichtigungspflicht

Die **Benachrichtigungspflicht** ist im § 34 Abs. 6 des IfSG zu finden. Dort heißt es, dass die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung verpflichtet ist, unverzüglich (innerhalb von 24 Stunden) das örtliche Gesundheitsamt zu benachrichtigen, falls in der Einrichtung Tatsachen nach § 34 Abs. 1 bis 3 (Verdacht auf Infektionskrankheiten oder Erkrankungen, Ausscheider, Verdacht auf Infektionskrankheiten oder Erkrankungen in der Wohngemeinschaft) bekannt werden. Dies gilt auch beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind. In diesem Zusammenhang sind krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen (vgl. ebd.).

- ⇨ „Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz" (siehe Anhang)

2.2 Informationspflicht

Die **Informationspflicht** wird im § 34 Abs. 8 des IfSG aufgeführt. Im Falle einer auftretenden Infektionskrankheit in der Kindertageseinrichtung müssen die Sorgeberechtigte durch die Leitung der Einrichtung, ohne Hinweis auf die betroffene Person, informiert werden.

- ⇨ Meist wird dies in Form von gut sichtbar angebrachten Aushängen und Merkblättern mit Informationen über die Erkrankung und die notwendigen Schutzmaßnahmen, im Eingangsbereich der Einrichtung sowie durch persönliche Gespräche umgesetzt.

- ⇨ Nur gesicherte Informationen sollten weitergegeben werden. Vermutungen und Spekulationen sollten vermieden werden.
- ⇨ Ein sachlicher und beruhigender Tonfall ist sinnvoll.
- ⇨ Verschiedene Sprachen in der Kindertageseinrichtung sollten Beachtung finden.
- ⇨ Für leseschwache Sorgeberechtigte können mit eingefügten Bildern und Beispiele, die Informationen verständlicher gemacht werden.

2.3 Tätigkeits- und Betretungsverbote

Tätigkeits- und Betretungsverbote werden dann ausgesprochen, wenn Personen an einer im § 34 Abs. 1 des IfSG genannten Krankheit erkrankt oder dessen verdächtig oder verlaust sind oder zu in § 34 Abs. 3 genannten Kontaktpersonen gehören. In diesen Fällen darf in den Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeit ausgeübt werden, bei denen sie Kontakt zu dort betreuten Personen haben.
Im Bereich der Küchentätigkeit in Kindertageseinrichtungen dürfen Personen, die an Typhus, Parathyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose oder einer anderen infektiösen Darmerkrankung oder Virushepatits A oder E erkrankt sowie verdächtig sind, nicht beschäftigt werden. Ebenfalls tritt im Küchenbereich das **Tätigkeitsverbot** in Kraft bei infizierten Wunden oder Hauterkrankungen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können oder die Krankheitserreger Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagische Escherichia coli EHEC oder Choleravibrionen ausscheiden. Dies gilt auch für Personen, die direkt oder indirekt (z.B. über Geschirr und Besteck bzw. auch bei der Reinigung der Bedarfsgegenstände) in Kontakt kommen.

- ⇨ Beim Auftreten einer der oben genannten Fälle ist das gesetzlich geforderte Tätigkeitsverbot unaufgefordert und eigenverantwortlich einzuhalten (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019).

Betretungsverbote gemäß § 34 Abs. 1 bis 3 betreffen betreute Kinder und Jugendliche, die an einer im § 34 Abs. 1 des IfSG genannten ansteckenden Krankheit erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind und die zu in § 34 Abs. 3 genannten Kontaktpersonen gehören. Diese dürfen die dem Betrieb der in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen dienenden Räumen nicht betreten, nicht benutzen und an Veranstaltungen der Kindertageseinrichtung nicht teilnehmen. Menschen, die während der Zeit der Ansteckungsfähigkeit Berührung zu einem oder einer

Erkrankten hatten (z.B. Spielgefährten, Geschwister, Personal, Sorgeberechtigte), gelten als Kontaktpersonen.
Ausscheider von in § 34 Abs. 2 genannten Erregern dürfen nur mit Zustimmung des örtlichen Gesundheitsamtes und unter Beachtung der gegenüber dem Ausscheider und der Kindertageseinrichtung verfügten Schutzmaßnahmen die Räume der Gemeinschaftseinrichtung betreten, benutzen und an Veranstaltungen der Kindertageseinrichtung teilnehmen (vgl. ebd.). Die Regularien der Wiederzulassung finden sich im nächsten Kapitel.

2.4 Wiederzulassung

Eine Wiederzulassung von Personen, die gemäß § 34 Abs. 1 bis 3 von einem Tätigkeits- oder Betretungsverbot betroffen sind, kann erst dann wieder stattfinden, wenn nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlausung durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Dies erfordert allerdings keiner schriftlichen Bescheinigung.

- ⇨ Als Tipp für die Sorgeberechtigten zur Einschätzung: „So, wie mein Kind heute war, hätte es in die KiTa gehen können, also darf es morgen gehen.“

Das Infektionsschutzgesetz sieht das Attest-Wesen nicht mehr vor und appelliert stattdessen an die Eigenverantwortung der Eltern sowie der Mitarbeiter*innen. Nur in Ausnahmefällen wird ein Attest gefordert (siehe Anhang „Übersicht zu Infektionskrankheiten“) (vgl. ebd.). Die folgenden Ausführungen zeigen vorbeugende Maßnahmen auf, die in den Kindertageseinrichtungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes umgesetzt werden.

3 Vorbeugende Maßnahmen

3.1 Belehrungen

Jede Person, die in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut wird, oder. deren Sorgeberechtigte sind gemäß § 34 Abs. 5, Satz 2, durch die Einrichtungsleitung über gesundheitliche Anforderungen sowie Mitwirkungspflichten zu belehren. Die Belehrung in den Prot. Kindertageseinrichtungen erfolgt gegenüber den oben genannten Personen mündlich und wird mit einer Unterschrift der belehrten Person bestätigt. Entsprechende Merkblätter werden ebenfalls ausgehändigt (siehe Betreuungsvertrag „Anlagen Erklärung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz“ Diakonie Pfalz 2024). Eine regelmäßige Belehrung oder Thematisierung der Regularien des

Infektionsschutzgesetzes, im Austausch mit den Sorgeberechtigten, hat sich als sinnvoll herausgestellt.
Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen sind vor ihrer erstmaligen Aufnahme der Tätigkeit gemäß § 34 Abs. 5a und im Abstand von zwei Jahren von der Einrichtungsleitung über die gesundheitlichen Anforderungen sowie die Mitwirkungspflichten nach den Absätzen 1 bis 5 zu belehren. Diese sollte schriftlich in einem Protokoll festgehalten werden und ist für die Dauer von drei Jahren beim Arbeitgeber (und in der Kita) aufzubewahren.

- ⇨ Die Dokumentation der Erstbelehrung (findet in der Regel durch das Gesundheitsamt statt) sowie der Folgebelehrungen (alle zwei Jahre durch Einrichtungsleitung) sind dem Täger Protestantische Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern (Personalabteilung) in Kopie vorzulegen.

Im Umgang mit Lebensmitteln sind gemäß § 43 IfSG folgende gesundheitliche Anforderungen an die Mitarbeiter*innen zu beachten. Werden in der Kindertageseinrichtung Kinder im U2- sowie im Ü2-Bereich regelmäßig betreut, gelten unabhängig, ob die Verpflegung über eine Frisch- oder Mischküche stattfindet oder angeliefert wird, die gesetzlichen Grundlagen in den §§ 42 und 43 des IfSG für alle Personen, die direkt oder indirekt (z.B. über Geschirr/Besteck oder im Spül- und Reinigungsbereich in der Küche) mit Lebensmitteln in Kontakt kommen. Gegebenenfalls zählen dazu auch Koch- und Backaktionen im pädagogischen Kontext.

- ⇨ Diese Mitarbeiter*innen benötigen vor Antritt ihrer Tätigkeit eine Bescheinigung nach § 43 IfSG (rot/orange Karte = „Belehrung, Bescheinigung des Gesundheitsamtes“ oder einer/eines ermächtigten Ärztin/Arztes).
- ⇨ Bei Vorlage in der Einrichtung darf diese Belehrung nicht älter als drei Monate sein und muss am selbigen Tag von der Einrichtungsleitung mit Stempel der Einrichtung, Datum sowie Unterschrift bestätigt werden.
- ⇨ Diese Belehrung ist auch im Rahmen von ehrenamtlichen Koch-/Backaktionen grundlegend. Voraussetzung für den Erhalt dieser Bescheinigung ist, dass a) die Teilnahme an einer Erstbelehrung (schriftlich oder mündlich) durch das Gesundheitsamt oder dementsprechenden Ärztin/Arztes stattgefunden hat und b) die Vorlage einer schriftlichen Erklärung, dass keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot vorliegen.
  In diesem Kontext sind **mehrsprachige Belehrungsbögen** des Robert Koch-Instituts gemäß §§ 34, 35, 43 IfSG online unter dem folgenden Link zu finden:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_node.html (Zugriff am 14.08.2023) abrufbar (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019).

3.2 Infektionsschutz

Der Infektionsschutz und sein Erfolg in der Einrichtung hängen davon ab, die erzieherischen/pädagogischen Aufgaben sowohl unter dem Gesichtspunkt der Perspektive der pädagogischen Fachkräfte als auch unter der Perspektive der Kinder und Infektionsschutzes ganzheitlich zu sehen und miteinander zu verbinden. Infektionsgefährdungen in der Kindertageseinrichtung sind aufgrund der Tätigkeiten und dem engen Kontakt inhärent. Die Schaffung eines „keimfreien“ Raumes oder sicheren Abstands zwischen den pädagogischen Fachkräften und den Kindern ist mit der pädagogischen Arbeit nicht vereinbar (vgl. Gebauer/Seibicke/Winkler 2014). Kindertageseinrichtungen müssen als Gemeinschaftseinrichtung die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in dementsprechenden Hygieneplänen/Gefährdungsbeurteilungen (siehe Kapitel 7) festlegen. Die Art und Weise der schriftlichen Dokumentation bedarf keiner bestimmten Vorgabe und ist den einzelnen Kindertageseinrichtungen überlassen. Der Träger empfiehlt die Dokumentationen des Infektionsschutzes als Hygieneplan bzw. in der Gefährdungsbeurteilung vorzunehmen. Präventivmaßnahmen, wie zum Beispiel das Impfen, sind in dem Infektionsschutz inhärent und werden nachfolgend erläutert.

4 Impfen – Präventivmaßnahme

Als Präventivmaßnahme gehört das Impfen zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Ziel einer Impfung ist es, die Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) gibt dahingehend Empfehlungen, welche Impfungen für Personen in welchem Alter notwendig werden, um geschützt zu sein. Diese Empfehlungen werden evaluiert und jährlich aktualisiert, um dann auf der Homepage des RKI[1] veröffentlicht zu werden. Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, für einen ausreichenden Impfschutz bei den betreuten Kindern zu sorgen. Dies bedeutet, die Grundimmunisierung frühzeitig zu beginnen, ohne Verzögerungen durchzuführen und zeitgerecht (bis zum Alter von 15 Monaten) abzuschließen. Neben der Grundimmunisierung sind auch

[1] (https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html Zugriff am 14.08.2023).

regelmäßige Auffrischimpfungen sicherzustellen, um einen lebenslangen umfassenden Impfschutz zu erzielen. Impfungen aufgrund individueller und beruflicher Indikationen runden den Impfschutz weiter ab. Der Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene umfasst Impfungen zum Schutz vor Tetanus (T), Diphterie (D/d), Pertussis (aP/ap), Haemophilus influenzae Typ b /Hib), Poliomyelitis (IPV), Hepatitis B (HB), Herpes zoster (HZ), Pneumokokken, Rotaviren (RV), Meningokokken C (MenC), Masern, Mumps, Röteln (MMR), Varizellen (V) sowie gegen humane Papillomviren (HPV) und Influenza (vgl. Lütkemeier/Schwarz 2023).
Der jeweils aktuelle **Impfkalender** findet sich unter dem folgenden Link:
https://www.impfen-info.de/ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
Die notwendigen Rahmenbedingungen zum Impfen wurden durch den Staat geschaffen und finden sich in der umfassenden Aufklärung. Ein weltweites Ziel, das Deutschland mit verfolgt, ist die Ausrottung von Infektionskrankheiten wie Masern und Röteln. Damit Kinder im U2-Bereich, die das vorgeschriebene Impfalter noch nicht erreicht haben, ausreichend geschützt sind, ist es von Bedeutung, dass für alle anderen Kinder ein möglichst vollständiger und zeitgerechter Impfschutz besteht. Die Kinderarztpraxen sowie die Gesundheitsämter stehen in diesem Kontext den Sorgeberechtigten als Ansprechpartner*in zur Verfügung. Aufgrund der günstigen Voraussetzungen in Kindertageseinrichtungen (z.B. der täglich enge Kontakt verschiedener Personen) für die Übertragung von Krankheitserregern sollten alle Personen in der Einrichtung über einen umfassenden Impfschutz verfügen. Aufgrund dessen, dass sich Infektionskrankheiten auch leicht von Kindern auf Erwachsene und umgekehrt verbreiten, sollten Sorgeberechtigte ebenfalls auf einen ausreichenden Impfschutz achten und geschützt sein.

- ⇨ Einrichtungsleitungen müssen über den aktuellen Impfstatus der betreuten Kinder informiert sein, besonders im Bereich der Masernschutzimpfung (siehe Kapitel 6.3). Der Impfstatus wird von der Einrichtungsleitung vorzugsweise während der Aufnahme und vor dem Abschluss des Betreuungsvertrages in „kitaplus“ dokumentiert und im weiteren Verlauf aktualisiert.
- ⇨ In Ergänzung dazu sieht das IfSG in § 34 Abs. 10a zusätzlich vor, dass bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung die Sorgeberechtigten gegenüber der Einrichtung einen schriftlichen Nachweis zu erbringen haben, dass zeitnah eine ärztliche Impfberatung auf einen vollständigen, altersgemäßen und ausreichenden Impfschutz des Kindes nach den Empfehlungen der STIKO vorliegt (siehe Betreuungsvertrag „Anlage 3a Bescheinigung über Impfberatung nach § 34 IfSG Abs. 10a“ sowie „Anlage 5 Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung gemäß Infektionsschutzgesetz“ Diakonie Pfalz

2024). Dies ist als **Prüfpflicht** der Kita zu sehen, ob die Sorgeberechtigten die verpflichtende ärztliche Impfberatung in Anspruch genommen haben oder nicht.

- ⇨ Für die Einrichtungsleitung bedeutet dies, dass vor der Erstaufnahme des Kindes der Nachweis zur Impfberatung vorliegen muss. Der Nachweis kann über das oben aufgeführte Formular oder das gelbe Untersuchungsheft bzw. die herausnehmbare Teilnahmekarte erfolgen. Wenn dieser Nachweis über eine ärztliche Impfberatung nicht erbracht wird, so hat die Leitung dies dem Gesundheitsamt zu melden **(Meldepflicht)**. Inhärent sind hier personenbezogene Angaben zu den Sorgeberechtigten. Das Gesundheitsamt wird sich mit den Sorgeberechtigten in Verbindung setzen und eine Beratung durchführen.
- ⇨ Liegt kein schriftlicher Nachweis über eine Beratung vor, so bedeutet dies nicht, dass das Kind von der Einrichtung ausgeschlossen werden muss, da der Anspruch auf einen Betreuungsplatz von der Regelung unberührt bleibt, auch deshalb, weil in Deutschland keine Impfplicht besteht. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) im Juli 2015 wurde die verpflichtende ärztliche Impfberatung eingeführt.

  Im nächsten Kapitel wird die Thematik des Ausbruchs einer Infektionskrankheit und was darunter zu verstehen ist erläutert.

5 Ausbrüche

Von einem Ausbruch kann dann gesprochen werden, wenn mindestens zwei Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang (zeitliches und örtliches Zusammentreffen) vermutet wird. Ausbrüche können Krankheiten betreffen, gegen die eine Impfung schützen kann (z.B. Masern). Überwiegend kommt es in den Kindertageseinrichtungen allerdings zu Ausbrüchen mit Brechdurchfall. Diese Erkrankungen können durch Viren oder Bakterien und deren Weitergabe von Mensch zu Mensch hervorgerufen werden (z.B. Norovirus). Ebenso können sie im Kontext mit mangelnder Hygiene (z.B. Umgang mit Lebensmitteln oder nachlässiger Händehygiene) stehen.

- ⇨ Werden Tatsachen bekannt, die im § 34 IfSG in den Absätzen 1,2 oder 3 aufgeführt sind, besteht für die Einrichtungsleitung nach § 33 IfSG die Pflicht das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen. In der Regel wird das zuständige Gesundheitsamt mit der Einrichtungsleitung Kontakt aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen.

- ⇨ Handelt es sich um einen gastrointestinalen Infekt (Brechdurchfall, Magen-Darm-Infekt), so wird sich das Gesundheitsamt nach den eingenommenen Speisen erkundigen (tägliche Rückstellproben mit Datum). In diesem Zusammenhang wird das Hygienemanagement (auch in der Gefährdungsbeurteilung verankert) der Einrichtung geprüft sowie der Einsatz von Desinfektionsmitteln beraten (z.B. Noro- und Rotavirus).
- ⇨ Im Rahmen des Ausbruchmanagements werden von dem Gesundheitsamt dementsprechendes Material für Stuhlproben und deren Versand zur Verfügung gestellt. Sorgeberechtigte von betroffenen erkrankten Kindern senden die Stuhlproben an das hiesige Gesundheitsamt. Die Einrichtungsleitung unterstützt das Gesundheitsamt in dieser Angelegenheit, indem sie den Sorgeberechtigten im Falle einer Erkrankung, Proben- und Versandmaterial mit nach Hause gibt. Sollte die Diagnostik ergeben, dass bestimmte Erreger über einen längeren Zeitraum ausgeschieden werden, so trifft das Gesundheitsamt Anordnungen und Maßnahmen zum weiteren Vorgehen (siehe Erkrankungen gemäß § 34 Abs. 2 IfSG).
- ⇨ Das an einem einfachen Magen-Darm-Infekt erkrankte Kind, kann nach zwei beschwerdefreien Tagen wieder zum Besuch der Einrichtung zugelassen werden. In diesem Kontext empfiehlt der Träger, dass die Einrichtungsleitung im Aufnahmegespräch auf die 48-Stunden Regelung hinweist.

In dem nächsten Kapitel werden Informationen zu einzelnen Erkrankungen aufgeführt, die im Kontext des Infektionsschutzgesetzes zu finden sind. Diese Informationen dienen der Transparenz und geben Handlungssicherheit in der aktuellen Situation, um für Verständnis gegenüber der erkrankten Person zu sorgen.

6 Informationen zu einzelnen Erkrankungen

6.1 Brechdurchfall

Ansteckende Magen-Darm-Erkrankungen (Infektiöse Gastroenteritiden), Norovirus, Rotaviren, Salmonellen, Campylobacter, Yersinien, Shigellen.
Die Inkubationszeit[2] beträgt bei Noro- und Rotaviren ca. 1-3 Tage, bei Salmonellen 6-72 Stunden (meist 12-36 Stunden), bei Ampylobacter 2-5 Tage (in Einzelfällen 1-10 Tage), bei Yersinien ca. 3-10 Tage, bei Shigellen ca. 12-96 Tage.

[2] Inkubationszeit: Die Zeit zwischen Ansteckung und Beginn der Erkrankung

- Noroviren: Patienten sind während der akuten Erkrankung hoch ansteckungsfähig.
- Rotaviren: 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.
- Salmonellen: Die Ausscheidung von Enteritis-Salmonellen dauert bei Erwachsenen im Durchschnitt einen Monat, bei Kindern unter 5 Jahren 7 Wochen oder länger.
- Campylobacter: Die Patient*innen sind infektiös, solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden. Die mittlere Ausscheidungsdauer beträgt 2 bis 4 Wochen. Bei Kleinkindern und immungeschwächten Personen ist mit einer Langzeitausscheidung zu rechnen.
- Yersinien: Der Erreger wird über ca. 2 bis 3 Wochen mit dem Stuhl ausgeschieden, in einigen Fällen kann sich die Ausscheidung aber auch über 2 bis 3 Monate und länger erstrecken. Solange die Yersinien mit dem Stuhl ausgeschieden werden, besteht Ansteckungsgefahr.
- Shigellen: Eine Ansteckungsfähigkeit besteht während der akuten Infektion und solange der Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden wird, dies kann 1 bis 4 Wochen nach der akuten Krankheitsphase der Fall sein.

Ausschluss von Kontaktpersonen:
Jeweils nicht erforderlich bei fehlender Symptomatik.
Wiederzulassung nach Erkrankung:
Noro- und Rotaviren: 2 Tage nach Ende der Symptomatik. Kein ärztliches Attest erforderlich.
Salmonellen, Campylobacter, Yersinien: Nach Ende der Symptomatik, kein ärztliches Attest erforderlich.
Shigellen: Nach Genesung und 3 negativen Stuhlproben und Rücksprache mit dem Gesundheitsamt (ärztliches Attest erforderlich).

Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Nach dem Toilettengang sowie dem Umgang mit Ausscheidungen und vor der Zubereitung von Lebensmitteln ist eine gründliche Reinigung der Hände zum persönlichen Schutz erfolgreich (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019).
Der Kinderarzt wird eine Wurmkur verschreiben, die in der Regel nach ein paar Tagen wiederholt werden muss.

6.2 Wurmerkrankung

Bei einer Wurmerkrankung handelt es sich um eine unangenehme, aber meist harmlose Erkrankung.
Madenwürmer: Auffällig häufiges Kratzen am Gesäß. Vor allem nachts besteht ein starker Juckreiz am After. Im Kot und am Gesäß finden sich häufig kleine weiße 5 – 13 mm lange Würmer.
Spul- und Bandwürmer: Appetitlosigkeit im Wechsel im Heißhungerattacken. Gewichtsverlust und allgemeines Unwohlsein. Im Kot findet man eventuell 20 – 40 cm lange Spulwürmer oder 2 cm lange, bewegliche Wurmabschnitte.
Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Hände mehrmals am Tag mit Seife waschen und vor jeder Mahlzeit, nach jedem Toilettengang sowie nach dem Spielen im Freien. Fingernägel kurzhalten (liegt in der Verantwortung der Sorgeberechtigten), Obst, Gemüse und Salate gründlich waschen oder für 30 Sekunden in kochendes Wasser legen. Fisch und Fleisch nicht roh oder halbgar verzehren. Die Unterwäsche sollte täglich gewechselt werden. Das Kind daran hindern, Sand und Erde in den Mund zu nehmen. Spielsachen, die auch außerhalb der Wohnung benutzt werden, mit heißem Wasser und Spülmittel reinigen (vgl. BZgA 2022).

6.3 Masern

Die Inkubationszeit beträgt 8 - 10 Tage bis zum Beginn der entzündlichen Beschwerden der Augen und Atemwege (katarrhalisches Stadium), 14 Tage bis zum Ausbruch des Exanthems[3].

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:
Die Ansteckungsfähigkeit beginnt bereits 3 bis 5 Tage vor Auftreten des Hautausschlages (Exanthem) und hält bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems an. Unmittelbar vor Erscheinen des Exanthems ist sie am größten.
Ausschluss von Kontaktpersonen:
Nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ein Ausschluss entfällt bei bestehendem Impfschutz bzw. bei bestehender Immunität.
Wiederzulassung nach Erkrankung:
In der Regel nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens am 5. Tag nach dem Auftreten des Hausschlags. Ein ärztliches Attest ist nicht erforderlich.
Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Wirksame Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Maserninfektionen existieren nicht (vgl. ebd.)

6.3.1 Informationen zum Masernschutzgesetz

- ⇨ Das Masernschutzgesetz gilt seit dem 1. März 2020. Alle nach 1970 geborenen Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut werden, müssen den Impfschutz nachweisen. Dies gilt auch für Personen, die bereits vier Wochen in einem Kinderheim betreut werden oder in einer Unterkunft für Geflüchtete untergebracht sind, sowie für in den genannten Einrichtungen und in Gesundheitseinrichtungen Tätige. Für Kinder, die bereits am 1. März 2020 einen Kindergarten oder Schule besucht haben, sowie für Beschäftigte in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen galt bis einschließlich 31. Juli 2022 eine Nachweisfrist. Personen, für die kein ausreichender Nachweis über den Masernschutz vorgelegt wird, dürfen in den betroffenen Einrichtungen nicht arbeiten bzw. betreut werden. Das gilt jedoch nicht für Kinder und Jugendliche, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegen.

[3] Exanthems; Ein Exanthem (Exanthema) ist ein Hautausschlag, der meist große Hautareale befällt (vgl. https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/E/lexikon-exanthem1.html, Zugriff am 14.08.2023)

- ⇨ Die gesetzlichen Vorgaben orientieren sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Alle betroffenen Personen, die mindestens ein Jahr alt sind, müssen eine Masern-Schutzimpfung oder eine Masern-Immunität aufweisen. Alle Personen, die mindestens zwei Jahre alt sind, müssen zwei Masern-Schutzimpfungen oder eine ausreichende Immunität gegen Masern aufweisen.

6.3.2 Konkrete Umsetzung des Masernschutzgesetzes in der Praxis

- ⇨ Der Einrichtungsleitung muss der Nachweis über den Masernschutz oder die Bescheinigung einer Kontraindikation durch Vorlage von Dokumenten („Lesehilfe zur Überprüfung des Impfpasses nach § 20 Abs. 9 IfSG“ – siehe Anhang, ärztliche Bescheinigung gemäß § 20 Abs. 9 IfSG, Bescheinigung einer staatlichen Stelle oder Leitung) belegt werden. Erfolgt dieser Nachweis nicht, muss die Leitung das Kind oder die tätige Person schriftlich an das Gesundheitsamt melden (siehe Anhang Vordruck; „Meldung nach § 20 Abs. 9 IfSG“).
- ⇨ Erfolgt diese Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, kann das Gesundheitsamt nach § 73 Abs. 1a Nummer 7a IfSG ein Bußgeld von bis zu 2500 Euro gegenüber der Einrichtungsleitung verhängen.

Das Gesundheitsamt fordert nach einer Meldung die Sorgeberechtigten des Kindes oder die beschäftigte oder tätige Person auf, den Nachweis über den Masernschutz oder die Bescheinigung einer Kontraindikation innerhalb von 3 Monaten gegenüber dem Gesundheitsamt zu erbringen. Wird der Nachweis erneut nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt

- ➢ nach § 20 Absatz 12 Satz 3 IfSG das Kind aus der Einrichtung ausschließen oder über die beschäftigte oder tätige Person ein Beschäftigungs- bzw. Tätigkeitsverbot verhängen oder/und
- ➢ die Sorgeberechtigten des Kindes, die beschäftigte oder tätige Person nach § 73 Absatz 1a Nummer 7c IfSG mit einem Bußgeld von bis zu 2500 Euro belegen. D.h. für Bestandspersonen in Kitas/Horten: Bei Nicht-Nachweis bis 31.07.2021 erfolgt eine Meldung ans Gesundheitsamt, es gibt aber keinen automatischen Ausschluss. Das kann erst das Gesundheitsamt bestimmen (vgl. Ministerium für Bildung 2020).

Was ist im Einzelnen nachzuweisen?

- **U1-Kinder:** Bei Kindern vor Vollendung des 1. Lebensjahres ist (noch) kein Nachweis notwendig.
- **Ü1- bis U2-Kinder**: Bei Kindern nach Vollendung des 1. Lebensjahres und vor Vollendung des 2. Lebensjahres sind nachzuweisen:

  1. Mindestens eine Masernimpfung im Impfpass **oder**
  2. Mindestens eine Masernimpfung auf der ärztlichen Bescheinigung **oder**
  3. Die Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) auf der ärztlichen Bescheinigung **oder**
  4. Eine dauerhafte medizinische Kontraindikation auf der ärztlichen Bescheinigung. **oder**
  5. Bescheinigung einer staatlichen Stelle oder Leitung einer anderen Einrichtung.

- **Bei allen andern** (Kindern ab Vollendung des 2. Lebensjahres, Beschäftigten oder Tätigen) sind nachzuweisen:

  1. zwei Masernimpfungen im Impfpass **oder**
  2. zwei Masernimpfungen auf der ärztlichen Bescheinigung **oder**
  3. Die Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) auf der ärztlichen Bescheinigung **oder**
  4. Eine dauerhafte medizinische Kontraindikation auf der ärztlichen Bescheinigung. **oder**
  5. Bescheinigung einer staatlichen Stelle oder Leitung einer anderen Einrichtung.

⇨ **D.h. für Neuzugänge in den Kindertageseinrichtungen und Horten: Ohne Nachweis keine Aufnahme! Keine Meldung an das Gesundheitsamt!** (Es erfolgt keine Meldung an das Gesundheitsamt, da ein Kind gar nicht erst in die Einrichtung aufgenommen werden darf, bzw. Personen ihre Beschäftigung oder Tätigkeit in der Einrichtung erst gar nicht aufnehmen dürfen.) (vgl. ebd.).

6.4 Mumps

Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 16 bis 18 Tage (12 bis 25 Tage sind möglich).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:

Die Ansteckungsfähigkeit des Erkrankten besteht schon Tage vor Beginn der Ohrspeicheldrüsenschwellung und kann noch bis zu 9 Tage danach anhalten. Sie ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten. Auch Infektionen ohne Vorliegen von Krankheitszeichen sind ansteckend.

Ausschluss von Kontaktpersonen:

Nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ein Ausschluss entfällt bei bestehendem Impfschutz bzw. bei bestehender Immunität.

Wiederzulassung nach Erkrankung:

Eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen kann nach Abklingen der klinischen Symptome frühestens 9 Tage nach Ausbruch der Erkrankung (Auftreten der Ohrspeicheldrüsenschwellung) erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:

Wirksame Hygienemaßnahmen zur Verhütung von Mumpsinfektionen sind nicht bekannt.
(vgl. ebd.)

Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de

6.5 Röteln

Die Inkubationszeit der Röteln beträgt 14 bis 21 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:
Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1 Woche vor dem Auftreten des Hautausschlages und hält bis zu 1 Woche nach Auftreten des Hautausschlages an.
Ausschluss von Kontaktpersonen:
Ein Ausschluss entfällt bei bestehendem Impfschutz, wenn eine Immunität vorhanden ist oder bei Personen, die vor 1970 geboren worden sind, da davon auszugehen ist, dass diese Personen über eine Erkrankung eine Immunität erlangt haben. Sonst gilt ein Ausschluss für 21 Tage.
Wiederzulassung nach Erkrankung:
Eine Wiederzulassung ist nach dem Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens am 8. Tag nach Beginn des Hautausschlags möglich. Ein schriftliches ärztliches Attest wird gemäß § 34 IfSG nicht gefordert. Dennoch kann es zur Absicherung aller Beteiligten zweckmäßig sein. Das ärztliche Urteil kann mündlich erfolgen.
Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Röteln auslösende Viren sind außerhalb des Körpers nur kurzzeitig überlebensfähig (vgl. ebd.)

6.6 Windpocken (Varizellen)

Die Inkubationszeit bei Windpocken liegt in der Regel bei 14 bis 16 Tagen (8 bis 12 Tage sind möglich).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:
Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1 bis 2 Tage vor dem Auftreten des Hautausschlages und endet 7 Tage nach Beginn des Hautausschlages.
Ausschluss von Kontaktpersonen:
Ein Ausschluss entfällt bei bestehendem Impfschutz oder nachgewiesener Immunität. Sonst ist ein Ausschluss für die Dauer der mittleren Inkubationszeit (16 Tage) erforderlich. Ein Ausschluss entfällt ebenfalls bei Personen, die vor 2004 geboren wurden.
Wiederzulassung nach Erkrankung:
Nach Abheilen der Bläschen, spätestens am 8. Tag nach Beginn des Hausausschlages. Krusten können länger bleiben und sind nicht ansteckend.
Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Wirksame Hygienemaßnahmen sind nicht bekannt (vgl. ebd.)

6.7 Ansteckende Leberentzündungen (Hepatitis A/E)

Die Inkubationszeit beträgt bei der ansteckenden Leberentzündung und explizit bei Hepatitis A durchschnittlich 25 bis 30 Tage (möglich sind auch 15 bis max. 50 Tage), bei Hepatitis E durchschnittlich 40 Tage (15 bis 60 Tage sind möglich).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:

Hepatitis A: Ansteckend ist man bereits 1 bis 2 Wochen vor Auftreten der Gelbsucht bzw. Leberwerterhöhung und bis zu ca. 1 Woche danach. In dieser Zeit wird das Virus in großen Mengen im Stuhl ausgeschieden. Das Virus ist vorübergehend auch im Blut vorhanden. Infizierte Säuglinge und Kleinkinder können das Virus u.U, über mehrere Wochen ausscheiden.

Hepatitis E: Ansteckend ist man bereits 1 Woche vor Auftreten der Gelbsucht bzw. Leberwerterhöhung und bis zu ca. 1 Woche danach.

Ausschluss von Kontaktpersonen:

Nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ein Ausschluss entfällt bei bestehendem Imfpschutz bzw. bei bestehender Immunität.

Wiederzulassung nach Erkrankung:

Die Wiederzulassung erfolgt nach Absprache mit dem Gesundheitsamt.

Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:

Aufgrund des fäkal-oralen Übertragungsweges über Ausscheidungen kann vor allem durch eine konsequente Händehygiene eine Übertragung des Erregers vermieden werden (vgl. ebd.)

6.8 Keuchhusten (Pertussis)

Die Inkubationszeit bei Keuchhusten beträgt in der Regel 9 bis 10 Tage (6 bis 20 Tage sind möglich).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:

Die Ansteckungszeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Krankheitswochen und kann bis zu drei Wochen nach Beginn des Stadium convulsivum[4] andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit je nach angewendetem Antibiotikum auf etwa 3 bis 7 Tage nach Beginn der Therapie.

Ausschluss von Kontaktpersonen:

Ein Ausschluss von Personen in Gemeinschaftseinrichtungen, die Kontakt zu Pertussis-Erkrankten hatten, ist nur erforderlich, wenn Husten auftritt.

Wiederzulassung nach Erkrankung:

Eine Zulassung kann frühestens 5 Tage nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie erfolgen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Ohne antibiotische Behandlung ist eine Wiederzulassung frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome möglich.

Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:

Standardhygiene gemäß Hygieneplan der Kindertageseinrichtung muss eingehalten werden (vgl. ebd.).

[4] Convulsivum = plötzlich einsetzende stakkatoartige Hustenattacken (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019).

6.9 Meningokokken – Erkrankungen und Hämophilus Influenzae B. (Meningitis)

Die Inkubationszeit beträgt etwa 3 bis 4 Tage und kann in einem Bereich zwischen 2 und 10 Tage liegen.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:
Mit einer Ansteckungsfähigkeit ist 24 Stunden nach Beginn einer erfolgreichen Therapie mit Antibiotika nicht mehr zu rechnen. Ein ärztliches Attest ist nicht erforderlich.
Ausschluss von Kontaktpersonen:
Enge Kontaktpersonen haben ein erhöhtes Risiko, an einer Meningokokken-Infektion zu erkranken. Kontaktpersonen müssen eine Ärztin/einen Arzt konsultieren und über eine vorbeugende Antibiotika Therapie beraten werden. Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf eine Meningokokken-Infektion aufgetreten ist (§ 34 Abs. 3 IfSG), dürfen nach erfolgter antibiotischer Prophylaxe Gemeinschaftseinrichtungen wieder betreten.
Wiederzulassung nach Erkrankung:
Siehe Dauer der Ansteckungsfähigkeit.
Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Einhaltung der Standard-Hygienemaßnahmen in der Kindertageseinrichtung (vgl. ebd.).

Evangelische Kirche der Pfalz
PROTESTANTISCHE LANDESKIRCHE
Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de
Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

6.10 Scharlach, Borkenflechte (Infektionen mit Streptococcus pyogenes Erregern) und eitrige Halsentzündungen (Streptokokken der Gruppe A)

Bei Scharlach sowie Borkenflechten etc. beträgt die Inkubationszeit 1 bis 3 Tage, selten länger.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:

Menschen mit einer akuten Streptokokken-Infektion, die nicht spezifisch behandelt wurden, können bis zu 3 Wochen kontagiös (ansteckend) sein, solche mit eitrigen Ausscheidungen auch länger. Nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie erlischt die Ansteckungsfähigkeit für Racheninfektionen nach 24 Stunden. Ohne Behandlung sind Erkrankte mit Borkenflechte ansteckend, bis das letzte Bläschen abgeheilt ist.

Ausschluss von Kontaktpersonen:

Ein Ausschluss von Kontaktpersonen ist nicht erforderlich.

Wiederzulassung nach Erkrankung:

Eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen kann bei einer Antibiotikatherapie und ohne Krankheitszeichen nach 24 Stunden erfolgen, bei fortbestehenden Krankheitszeichen unter der Therapie nach deren Abklingen. Bei Borkenflechte ist der Kita Besuch erst nach Abheilen der Hautstellen sinnvoll, bitte auf den Rat der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes hören. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Hinweise zur Hygiene und Vorbeugung:

Einhaltung der Standard-Hygienemaßnahmen. Es sollte keine gemeinsame Nutzung von Wasch- und Pflegeutensilien erfolgen (vgl. ebd.).

6.11 Krätze (Skabies)

Bei der Krätze dauert die Inkubationszeit circa 2 bis 5 Wochen.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:
Die Ansteckungsfähigkeit bleibt erhalten, solange lebende Krätzmilben auf bzw. in der Haut nachzuweisen sind. Zur Dauer der Ansteckungsfähigkeit gilt das Urteil der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes.

Umgang mit Kontaktpersonen:
Bei engen Kontaktpersonen besteht ein erhöhtes Risiko sich mit den Krätzmilben zu infizieren. Als enge Kontaktpersonen gelten alle Personen, die zu Erkrankten engen, großflächigen Haut-zu-Haut-Kontakt über einen längeren Zeitraum hatten (länger als 5 - 10 Minuten), z.B. durch gemeinsames Schlafen in einem Bett, Kuscheln, Körperpflege und Liebkosen von Kleinkindern etc.

Wiederzulassung nach Erkrankung:
Nach Abschluss der ersten ordnungsgemäßen Behandlung können Betreute und Betreuende die Einrichtung wieder besuchen. Die Durchführung der Behandlung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Da eine Übertragung von Skabies-Milben einen engen, großflächigen und längeren Hautkontakt (länger als 5 bis 10 Minuten) voraussetzt, sind Händeschütteln, Begrüßungsküsse und Umarmungen in der Regel ohne Übertragungsrisiko.

Zu weiteren Informationen siehe auch:
https://www.hamburg.de/contentblob/4625748/77c3034281018427636c3f0b76a84e7f/data/informationen-zu-kraetze.pdf
(vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019).

6.12 Kopfläuse

Kopfläuse sind stationäre Ektoparasiten des Menschen. Die Kopflaus ist ein flügelloses, ausgewachsen etwa 2,1-3,3 mm großes, dorsoventral abgeplattetes Insekt. Sie lebt generell auf ihrem Wirt im Kopfhaar, bei einem massiven Befall können auch Bart, Augenbrauen und Achselhaare betroffen sein. Eine Übertragung erfolgt hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt durch Überwandern der Parasiten von Haar zu Haar („Haar-zu-Haar-Kontakt"). Gelegentlich ist auch eine Übertragung durch Gegenstände (z.B. Fahrradhelme, Bürsten, Kopfunterlagen, Schals, etc.) möglich.

Zum Vorgehen in der Kindertageseinrichtung werden die folgenden Schritte empfohlen:

- Sorgeberechtigten müssen der Kindertageseinrichtung melden, wenn ihr Kind Läuse hat. Darüber werden die Sorgeberechtigten bei Aufnahme des Kindes in die Einrichtung belehrt (§ 34 IfSG).
- Die Kindertageseinrichtung benachrichtigt das Gesundheitsamt über den Läusebefall des betroffenen Kindes. Betroffene Personen werden hier namentlich dem Gesundheitsamt gemeldet. Der Meldeformular für Infektionen in Gemeinschaftseinrichtungen liegt den Einrichtungen vor (siehe Anhang).
- Die Kindertageseinrichtung informiert die Sorgeberechtigten über einen Aushang, ohne die betroffenen Kinder bzw. Personen namentlich zu nennen, mit dem Ziel eine Untersuchung ggf. Behandlung zu veranlassen. Hilfreich sind Informationen (siehe Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)) über den Befall von Kopfläusen und deren Behandlung.
- Ergänzende Hygienemaßnahmen in der Kindertageseinrichtung durchführen.
- Nach § 34 Abs. 1 IfSG schließt festgestellter Kopflausbefall eine Betreuung oder eine Tätigkeit in einer Gemeinschaftseinrichtung, bei der Kontakt zu den Betreuten besteht, zunächst aus. Grundsätzliche Voraussetzung dafür, dass Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche wieder besucht werden können, ist, dass Maßnahmen durchgeführt wurden, die eine Weiterverbreitung mit hoher Sicherheit ausschließen, d. h, dass mit einem zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittel korrekt behandelt wurde (Erstbehandlung).
- Für eine Wiederzulassung sind das **Einholen eines „ärztlichen Urteils"** auf der Grundlage des § 34 Abs. 1 IfSG (in der Regel als ärztliches Attest) oder – sofern das Gesundheitsamt die eine Ausnahme vom gesetzlich normierten, „automatischen" Besuchsverbot (gemäß § 34

Abs. 7) grundsätzlich eingeräumt hat und die Leitung der Einrichtung dies ebenfalls für ausreichend hält – **eine Bestätigung der Sorgeberechtigten**, dass eine Behandlung korrekt durchgeführt wurde.

Gut zu wissen:

„Das gesetzlich geforderte „ärztliche Urteil“ kann der Einrichtung dabei in verschiedener Form (z. B. als ärztliches Attest, persönlich oder auch fernmündlich) […] übermittelt werden. Es sind allerdings auch folgende Erfahrungen zu berücksichtigen: Der Nachweis von Kopfläusen erfordert zwar einige Grundkenntnisse, aber keine spezielle medizinische Sachkunde. Die Mehrzahl der Diagnosen wird von Eltern gestellt, die Mehrzahl der Behandlungen geschieht ohne ärztliche Konsultation, die zugelassenen Mittel wirken bei korrekter Anwendung zuverlässig. Eine sorgfältige Untersuchung des nassen Haares mit einem Läusekamm stellt zudem einen erheblichen Aufwand für eine Arztpraxis dar und Kosten hierfür werden von den Krankenversicherungen zurzeit nicht übernommen. Da als sicher gilt, dass durch eine korrekt durchgeführte Behandlung mit einem zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittel Kopfläuse in allen übertragbaren Entwicklungsstadien abgetötet werden, besteht fachlicher Konsens, dass dann eine Weiterverbreitung der Kopfläuse durch das betroffene Kind nicht mehr zu befürchten ist und der weitere Besuch von Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen direkt nach einer solchen Behandlung, u. U. auch ohne ärztliches Attest, gestattet werden könnte. So hat es sich als ein gangbarer Weg erwiesen, dass das Gesundheitsamt diese Ausnahme als vertretbar zulässt und sie u. U. den für die Kindergemeinschaftseinrichtungen Verantwortlichen als regelhafte Verfahrensweise empfiehlt. Falls die Weiterverbreitung von Kopfläusen in einer Gemeinschaftseinrichtung zu einem Problem wird, gewinnt das „ärztliche Urteil“ im Sinne des § 34 Abs. 1 IfSG an Bedeutung.“ (RKI 2022).

- ⇨ Sorgeberechtigte müssen der Einrichtungsleitung glaubhaft machen, dass eine Behandlung gegen Kopflausbefall ihres Kindes stattgefunden hat. Grundsätzlich muss kein ärztliches Attest in der Kindertageseinrichtung vorgelegt werden. Außer es treten mehrere Fälle (mind. 2) auf, die demnach als Ausbruch gesehen werden können.

Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de
Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

6.13 Rotes Auge („Augenschnupfen“)

Nicht jedes rote Auge ist hochansteckend. In den meisten Fällen liegen harmlosere Gründe für die Rötung vor. Ein Ausschluss ist häufig nicht notwendig, nur weil das Kind ein gerötetes Auge hat. Eitrige Bindehautentzündungen treten relativ häufig als Begleitsymptom einer banalen (einfachen) Erkältung auf. Sie sind nicht meldepflichtig. Erkrankte sind in der Regel allerdings so beeinträchtigt, dass der Besuch der Kindertageseinrichtung aus diesem Grund nicht zu empfehlen ist. Außerdem ist eine Ansteckung weiterer Kinder durch Schmierinfektionen zu vermeiden. Nach der Behandlung ist kein Attest erforderlich.

6.14 Ansteckende Bindehautentzündung (Adenovirus-Konjunktivitis)

Die Inkubationszeit beträgt 5 bis 12 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:
Eine Ansteckung ist möglich, solange das Virus in Sekreten nachweisbar ist, in der Regel während der ersten 2 (bis 3) Wochen der Erkrankung.
Ausschluss von Kontaktpersonen:
Nicht erforderlich, solange keine Symptome auftreten.
Wiederzulassung nach Erkrankung:
Nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt (ärztliches Attest), wenn keine Rötung oder kein Sekret mehr vorhanden ist.
Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Die Übertragung der Krankheitserreger kann vor allem durch eine effektive Händehygiene und Flächenhygiene verhütet werden.
Symptome:
Die Krankheit beginnt meist plötzlich mit einer Rötung des Auges, ringförmiger Bindehautschwellung und einer Schwellung der vor dem Ohr gelegenen Lymphknoten. Typische Beschwerden sind Fremdkörpergefühl im Auge, Lichtscheu, Juckreiz und Tränenfluss. Die Schwellung der Lider führt zu einem entzündlich bedingten Hängen des Augenlids. Nach etwa einwöchigem Krankheitsverlauf kann es in wechselnder Häufigkeit (zwischen 20 und 90%) zu einer Beteiligung der Hornhaut kommen. Nur in sehr seltenen Fällen sind schwerwiegende Komplikationen möglich (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019).

6.15 Dreitagefieber

Das Dreitagefieber ist eine harmlose Viruserkrankung (HHV6 Viren). Bis zum Ende des dritten Lebensjahres haben fast alle Kinder diese Infektion durchgemacht, die meisten davon ohne erkennbare Symptome. Kommt es zum Ausbruch der Erkrankung, so stehen erst das Fieber und nach 3 bis 4 Tagen ein kleinfleckiger Hautausschlag, vor allem an Brust, Bauch und Rücken, im Vordergrund. Wie bei allen fieberhaften Infekten kann es in seltenen Fällen zu Fieberkrämpfen kommen, auch Durchfall und Erbrechen können diese typische Kinderkrankheit begleiten.

6.16 Banale Erkältungen

Bei banalen Erkältungen handelt es sich in der Regel um Virusinfekte der oberen Luftwege, Symptome sind Folgen der Immunabwehr und zeigen sich meist durch Husten und Schnupfen, zum Teil vonFieber begleitet. Der Infekt hält in der Regel ungefähr eine Woche an, tritt Fieber auf ist ein Besuch nach 24 Stunden Fieberfreiheit möglich. Kinder mit banalen Erkältungen ohne Fieber können die Kita besuchen, solange sie durch die Erkrankung nicht deutlich in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt sind.

6.17 Echte Grippe (Influenza)

Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 1 bis 2 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:
Bereits vor Beginn der Symptomatik können Erkrankte infektiös sein. Die größte Ansteckungsfähigkeit besteht etwa 4-5 Tage ab Auftreten der ersten Krankheitszeichen, eine längere Dauer ist möglich, vor allem bei Kindern.
Ausschluss von Kontaktpersonen:
Nicht erforderlich.
Wiederzulassung nach Erkrankung:
Nach Genesung. Ein ärztliches Attest ist nicht erforderlich.
Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:
Einhaltung der Standard-Hygienemaßnahmen gemäß Hygieneplan (vgl. ebd.).

6.18 Hand-Fuß-Mundkrankheit

Die Inkubationszeit liegt zwischen 3 bis 10 Tagen (auch 1 bis 30 Tage möglich).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:

Während der ersten Woche der Krankheit sind infizierte Personen hochkontagiös (ansteckend). Die Viren können auch nach dem Abklingen der Symptome über mehrere Wochen im Stuhl weiter ausgeschieden werden. Die Krankheit ist bereits vor Erscheinen des Ausschlages ansteckend. Sie wird nicht über den Ausschlag verbreitet. Sobald die Kinder wieder fieberfrei sind und durch die Erkrankung nicht mehr beeinträchtigt werden, können sie die Kita wieder besuchen. Ein Verschwinden des Hautausschlages ist nicht erforderlich.

Ausschluss von Kontaktpersonen:

Nicht erforderlich.

Wiederzulassung nach Erkrankung:

Nach Genesung. Ein ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:

Das Infektionsrisiko kann durch gute Händehygiene und Flächendesinfektion reduziert werden (vgl. ebd.).

6.19 Ringelröteln

Bei Ringelröteln beträgt die Inkubationszeit circa 7 bis 18 Tage.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit:

Ansteckungsfähigkeit besteht vor allem bis zum Auftreten des Hautausschlages.

4 bis 10 Tage nach der Ansteckung ist die Ansteckungsfähigkeit am größten. Bei Auftreten des Hautausschlags besteht praktisch keine Infektionsgefahr mehr. Eine Ansteckung ist schon vor den ersten Krankheitssymptomen möglich.

Ausschluss von Kontaktpersonen:

Ein Ausschluss von Erkrankten oder Kontaktpersonen von Gemeinschaftseinrichtungen aus epidemiologischen Gründen ist nicht erforderlich.

Achtung: Treten Ringelröteln in einer Kita auf, sollten die Sorgeberechtigten informiert werden. Schwangere mit Kontakt zu Ringelröteln sollten Kontakt zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt aufnehmen und sich über ein mögliches Risiko beraten lassen.

Wiederzulassung nach Erkrankung:

Erkrankte Personen bzw. erkrankungsverdächtige Personen nach Ausbildung des charakteristischen Hautausschlages und gutem Allgemeinbefinden. Ein ärztliches Attest zur Wiederzulassung ist nicht erforderlich

Hinweise zur Hygiene und zur Vorbeugung:

Wirksame Hygienemaßnahmen zur Verhütung der Erkrankung sind nicht bekannt (ebd.).

6.20 COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

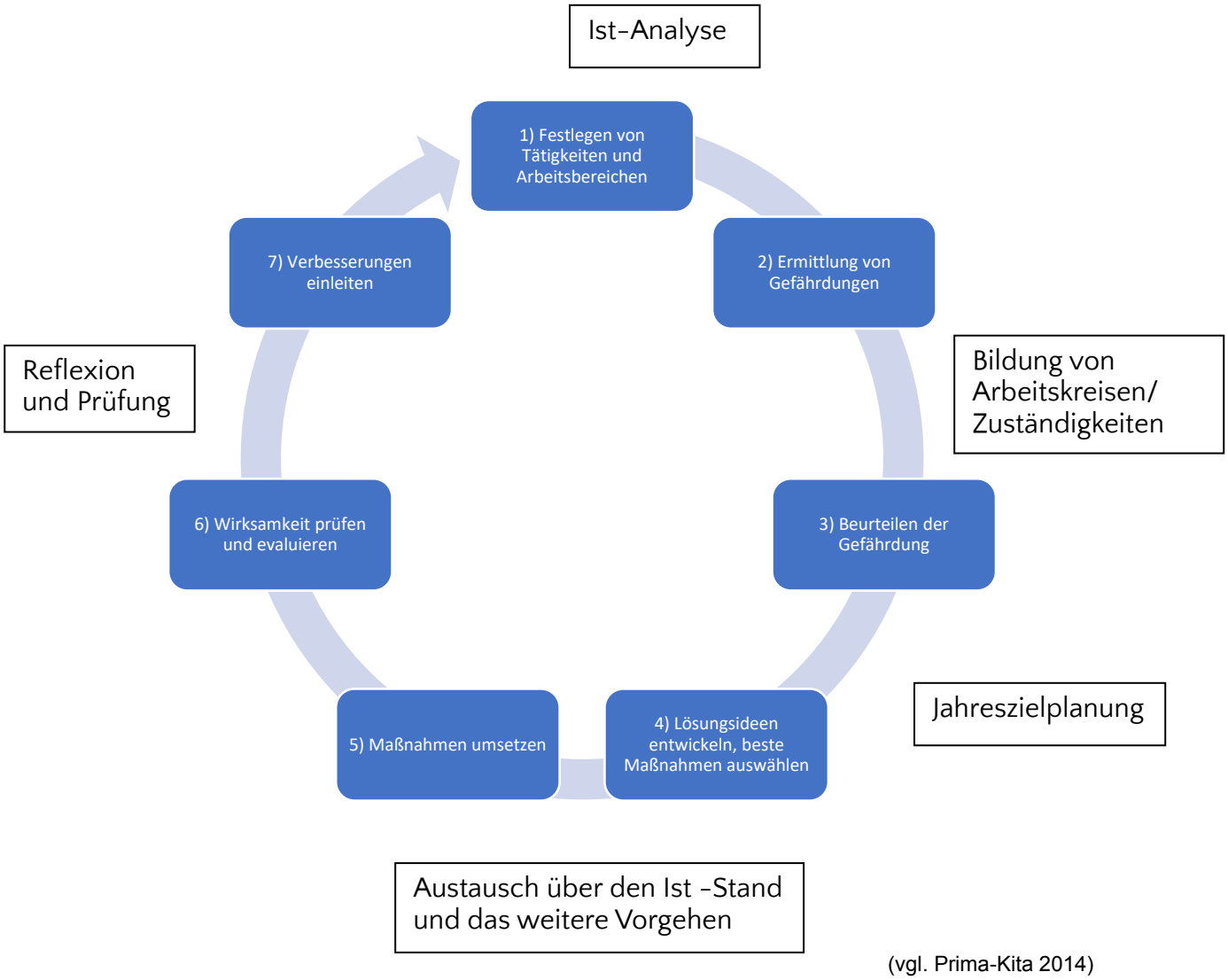
Das Coronavirus (virushaltige Partikel) verbreitet sich über Tröpfchen und Aerosole aus den Atemwegen und werden beim Husten und Niesen, aber auch mein Atmen, Sprechen und Singen freigesetzt. Eine Ansteckung mit SARS-CoV-2 kann erfolgen, wenn virushaltige Flüssigkeitspartikel an die Schleimhäute der Nase, des Mundes und ggf. der Augen einer anderen Person gelangen.
Die Inkubationszeit dauert meist mehrere Tage. Das Ansteckungsrisiko ist in der Zeit kurz vor und nach dem Symptombeginn am größten und wird im Laufe der Erkrankung geringer. Besonders wichtig zum Schutz vor schweren Krankheitsverläufen ist die Impfung gegen COVID-19. In Innenräumen kann das Tragen einer Maske sinnvoll sein, insbesondere wenn sich viele Menschen dort aufhalten und kein Abstand eingehalten werden kann. Außerdem ist in Innenräumen generell regelmäßiges Stoßlüften sinnvoll. Bei Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion sollten Erkrankte nach Möglichkeit zu Hause bleiben, persönliche Kontakte einschränken und bei unvermeidbaren Begegnungen mit anderen Personen möglichst Maske tragen. Beachten Sie die Hygieneregeln beim Husten und Niesen. Richtiges Händewaschen reduziert generell das Infektionsrisiko (vgl. BZgA 2023).

- ⇨ Stand August 2023 liegen keine konkreten und detaillierten Corona Auflagen vor, die eine Absonderungspflicht und Maskenpflicht für positiv getestete Personen vorsieht. Mit dem Wegfall der Absonderungs-Verordnung entfallen die darin bislang enthaltenen Vorgaben zur Information der Kontaktpersonen und zur Meldung von Infektionsfällen an die Gesundheitsämter. Damit entfallen die Meldungen der Einrichtungsleitung an das Gesundheitsamt. Ebenso entfallen ist die Informationspflicht der Einrichtung an die Sorgeberechtigten durch Aushänge (vgl. LSJV 2022).
- ⇨ Weiter Gültigkeit haben selbstverständlich die allgemeinen Hygiene- und Infektionsschutzempfehlungen: die Einhaltung der persönlichen Hygiene, regelmäßiges Lüften geschlossener Räume sowie die Empfehlung zum freiwilligen Tragen einer Maske für Erwachsene. Generell gilt auch weiterhin für Kinder wie für Erwachsene: **Wer krank ist, soll möglichst zu Hause bleiben!** Wer symptomatisch erkrankt ist, sollte nach wie vor die Kindertageseinrichtung nicht besuchen (vgl. ebd.).
  Als Orientierung dient das Formular „Umgang mit Erkältungs-/Krankheitssymptomen bei Kindern und Jugendlichen in Kita und Schule in Rheinland-Pfalz gültig ab 5. Dezember 2022“ (siehe Anhang).

7 Informationen zu Hygieneplänen bzw. Gefährdungsbeurteilungen

In dem vorliegenden Handlungskonzept wird immer wieder auf den Hygieneplan sowie die Gefährdungsbeurteilung einer Kindertageseinrichtung hingewiesen. Die folgenden Ausführungen befassen sich intensiver mit diesen Instrumenten der Umsetzung und geben detaillierte Informationen für die Mitarbeitenden in den Kindertageseinrichtungen. Die Bestimmungen im Kontext der Infektionsgefährdung sind auf verschiedene Gesetze und Regularien verteilt und ergänzen verschiedene Ausführungsbestimmungen, wie zum Beispiel das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG), die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV), das Gesetz zur Verhütung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (BioStoffV, TRBA 250, 400, 500), das Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz – MuSchG), die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV) und die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV). Die Bestimmungen müssen den Mitarbeitenden in der Kindertageseinrichtung bekannt und jederzeit zugänglich sein. Die folgenden Ausführungen befassen sich mit dem Terminus **Gefährdungsbeurteilung**. Im weiteren Verlauf folgen Informationen zu dem Hygieneplan. Ziel einer solchen Gefährdungsbeurteilung ist es, Gefährdungen und Belastungen durch die Arbeit im Betrieb kontinuierlich zu ermitteln und ihnen präventiv zu begegnen. Das Vorgehen einer Gefährdungsbeurteilung orientiert sich an der Einrichtungsart und -größe mit den jeweils auftretenden Gefährdungsfaktoren (vgl. Prima-Kita 2014). Dies gilt es auch innerhalb der Trägerschaft, aufgrund der unterschiedlichen Kindertageseinrichtungen zu beachten.
Alle Kindertageseinrichtungen sind verpflichtet Gefährdungsbeurteilungen mit Hygieneplänen vorzuhalten. Dies obliegt der Verantwortung der Einrichtungsleitung. Diese Ausführungen dienen als Grundlage für die individuelle Weiterentwicklung in der Einrichtung. Alle Zuständigkeiten in den Bereichen müssen namentlich benannt werden, um die Einhaltung der Hygienebestimmungen zu gewährleisten sowie dem Infektionsschutzgesetz zu entsprechen.

Das folgende Schaubild verdeutlicht den Kreislauf einer Gefährdungsbeurteilung.



(vgl. Prima-Kita 2014)

Es liegt u.a. in der Verantwortung der Einrichtungsleitung, dementsprechende Informationen im Kontext des vorliegenden Handlungskonzeptes, an die Mitarbeitenden der Kindertageseinrichtung weiterzugeben und durch gezielte Verantwortlichkeiten bzw. Zuständigkeiten die Umsetzung, die Evaluation und die gemeinsame Weiterentwicklung der Gefährdungsbeurteilung sicherzustellen.
Die Verantwortlichen für den Infektionsschutz haben sich mit den gesetzlichen Grundlagen vertraut zu machen und sollten auf die vorliegenden Unterlagen wie Betriebsanweisungen, Gefahrstoffverzeichnisse, Begehungsprotokolle und Berichte von Betriebsarzt oder Betriebsärztin,

Fachkräften für Arbeitssicherheit, Hygienepläne und Dokumentationen im Rahmen der Qualitätssicherung zurückgreifen (vgl. Prima-Kita 2014).

Kurze Erläuterung zu den oben aufgeführten Schritten:

1) Alle denkbaren Infektionsgefährdungen inklusive der Räumlichkeiten und Ausstattungen in der Einrichtung sind zu erfassen. Tätigkeiten mit ähnlichen Gefährdungen können zusammengefasst werden. Für bestimmte Mitarbeitende sollte dann eine personenbezogene Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden.
2) Für die Ermittlung von Gefährdungen gilt das Prinzip: Erkennen, für welche Infektionen das Infektionsrisiko in der Kita höher als das allgemeine Infektionsrisiko im Alltag ist und wie die Übertragungswege und die gefährdenden Tätigkeiten aussehen (Tröpfcheninfektion, Schmierinfektion, Kontaktinfektion, Infektion durch die Haut). Bei den Tätigkeiten werden die jeweiligen Arbeitsbedingungen (in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen) genauer analysiert, um potenzielle Gefährdungen durch Infektionen aufzuspüren.
3) Die Beurteilung der Gefährdungen bedeutet für jede ermittelte Gefährdung festzustellen, ob ein Risiko und somit im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes Handlungsbedarf bestehen.
4) Aufgrund der in Punkt 3 ermittelnden Beurteilungen werden nun präventive Maßnahmen bestimmt, die zu einer Minimierung des Eintreffens der Gefährdung beitragen sollen. Hier gilt es organisatorische und hygienische Maßnahmen zum Schutz aller Akteure zu ergreifen. Dazu zählt auch der Hygieneplan. Hierzu folgen weiter unten nähere Informationen.
5) Die festgelegten Maßnahmen müssen konkret umgesetzt werden.
6) und 7) Die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung ist nie abgeschlossen und muss als fortlaufender Prozess verstanden werden (vgl. ebd.).

Der **Hygieneplan** ist ein Baustein der Gefährdungsbeurteilung und die Erstellung, Entwicklung bzw. die Einhaltung dessen liegt u.a. in der Verantwortung der Einrichtungsleitung. Die Hygiene wird in einem Hygienemanagement dokumentiert und schlägt sich bei der Erstellung von Rahmenhygieneplänen nieder. Das Infektionsschutzgesetz bestimmt gemäß § 36 Abs.1, dass Kindertageseinrichtungen als Gemeinschaftseinrichtungen dazu verpflichtet sind, Hygienepläne zu erstellen. Ziel ist es Kinder, Jugendliche und Beschäftigte vor Infektionen durch Mikroorganismen zu schützen bzw. das Risiko zu minimieren. Die Biostoffverordnung gibt Maßnahmen zum Umgang mit Krankheitserregern und den entsprechenden Arbeitssituationen vor. Somit sind risikoadaptierte Handlungs- und Verhaltensanweisungen zu erstellen und verbindlich für die Einrichtung vorzugeben.

Dementsprechend gilt es die Mitarbeitenden zu schulen. Durch die Gefährdungsbeurteilung kann sichergestellt werden, dass alle Arbeitsbereiche und deren besonderen Gegebenheiten (z.B. Krippe, Küche) im Hygieneplan bedacht werden.

- ⇨ Der Hygieneplan sollte jährlich auf seine Aktualität und Umsetzung hin geprüft werden.
- ⇨ Er beinhaltet mehrere Teile; 1) einen Rahmenplan in dem ausführlich die Hygienemaßnahmen und ihre Umsetzung beschrieben sind und 2) übersichtliche Pläne nach verschiedenen Tätigkeitsbereichen, in Tabellenform erstellt (vgl. ebd.).

Die folgenden Ausführungen sind aus dem Formular „EFAS informiert zur Desinfektion in Kindertagesstätten“ (Stand: Juni 2018) übernommen worden:

Eine arbeitsmedizinische Vorsorge durch den Betriebsarzt/die Betriebsärztin für Erzieherinnen und Erzieher ist in Kindergärten vorgeschrieben. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden im Rahmen der Vorsorge, soweit keine Immunität besteht, mögliche
Schutzimpfungen gegen die relevanten Krankheiten angeboten.
Eine mögliche Ansteckung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den so genannten Kinderkrankheiten zu verhindern, ist durch den Einsatz von Desinfektionsmitteln nicht möglich, da die Ansteckung in der Regel „durch die Luft oder per Tröpfcheninfektion“ geschieht. Oft ist schon eine Ansteckung möglich, obwohl die Kinder noch keine Krankheitssymptome haben. Im Rahmen der allgemeinen Hygiene reicht die Reinigung der Räume, der Einrichtungsgegenstände und der Spielsachen mit üblichen Reinigungsmitteln und –methoden vollkommen aus. Allein im Bereich der Toiletten und beim Ausbruch von Infektionserkrankungen in der Einrichtung sollten desinfizierende Reinigungsmittel gemäß einem Reinigungs- und Hygieneplan zum Einsatz kommen.

<u>Handdesinfektion nach infektionsgefährdenden Tätigkeiten</u>

Beim Wickeln von Kindern und der Versorgung von nässenden oder blutenden Wunden besteht die Gefahr, dass Krankheitserreger auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen werden.
Das gilt auch, wenn das jeweilige Kind nicht krank ist. Schon die normalen Darmkeime können Erkrankungen auslösen, wenn sie in den Mund oder Blutkreislauf gelangen. Beim Wickeln von Kindern, der Versorgung von blutenden Wunden und der Beseitigung von Körperflüssigkeiten müssen deshalb medizinische Einmalhandschuhe getragen werden. Nach dem Ausziehen der Handschuhe müssen die Hände desinfiziert werden. Für die Handdesinfektion sollten alkoholische Handdesinfektionsmittel verwendet werden, die nachweislich „viruzid“ wirken. Desinfektionsmittel

mit einer nur „begrenzt viruziden“ Wirkung helfen z. B. nicht gegen den Hepatitis A-Erreger und sind daher im Kindergarten ungeeignet. Die Hersteller von Desinfektionsmitteln weisen die Wirksamkeit der Mittel in ihren Produktinformationen aus. Weiterhin ist auf eine gute Hautverträglichkeit zu achten. Gute Handdesinfektionsmittel enthalten rückfettende Substanzen und belasten die Haut auch bei häufigem Gebrauch weniger. Bei der Handdesinfektion sind die Angaben des Herstellers einzuhalten. In der Regel muss das Desinfektionsmittel 30 Sekunden auf der trockenen Haut einwirken, d. h. die Hände müssen so lange mit dem Mittel wirklich benetzt sein.

Die Verwendung von Dosierspendern in der unmittelbaren Nähe des Wickelplatzes ist sinnvoll. Allerdings sollten die Spender außerhalb der Reichweite der Kinder angebracht sein. Es darf nicht die Gefahr bestehen, dass bei der Entnahme des Mittels Spritzer in die Augen gelangen können.

Flächendesinfektion von verschmutzten Bereichen

Die Auflage des Wickeltisches muss nach jedem Wickeln desinfiziert werden. Ebenso sollten andere Flächen, die direkt durch Kot, Urin, Blut oder Erbrochenes beschmutzt wurden, nach der Reinigung desinfiziert werden. Hierfür muss ein Flächendesinfektionsmittel verwendet werden, dass nachweislich „viruzid“ wirkt. Die Verwendung von fertigen Desinfektionstüchern ist sehr sinnvoll und gut in der Handhabung. Desinfektionsmittel, die aufgesprüht werden (Sprühdesinfektion), sollten nicht verwendet werden. Sie belasten die Raumluft unnötig und können beim Einatmen Gesundheitsschäden verursachen. Für die Flächendesinfektion sollten möglichst fertige Zubereitungen verwendet werden. Die Erstellung von eigenen Desinfektionslösungen aus Konzentraten stellt hohe Anforderungen an das Personal in Bezug auf sorgfältige Dosierung und die Verwendung von Schutzkleidung. Zudem sind Desinfektionsmittel nur begrenzt haltbar und die Konzentrat-Gebinde für Kindertagesstätten in der Regel zu groß. Auch bei der Flächendesinfektion müssen die Angaben des Herstellers genau beachtet werden, damit die desinfizierende Wirkung eintritt und die Belastung von Gesundheit und Umwelt möglichst gering bleibt.

Geeignete Desinfektionsmittel

Bei der Auswahl des richtigen Desinfektionsmittels berät der Betriebsarzt/die Betriebsärztin.

Die Mittel sollten ausschließlich über den medizinischen Fachhandel bezogen werden.

Desinfektionsmittel, die „im Supermarkt“ erhältlich sind, erfüllen nicht die notwendigen Anforderungen.

Geeignete Mittel sollten Folgendes aufweisen:

• Das Mittel trägt den Hinweis auf eine „viruzide Wirkung."

• Der Hersteller weist auf die Nennung des Mittels in der Liste des VAH5 hin.

• Das Desinfektionsmittel ist gebrauchsfertig.

• Rückfettende Bestandteile des Handdesinfektionsmittels mindern die Hautbelastung bei der häufigen Anwendung.

Vor dem Kauf von Desinfektionsmitteln sollten die Produktinformationen und das zugehörige Sicherheitsdatenblatt sorgfältig studiert werden. Herstellerhinweise zur Wirksamkeit, der Haltbarkeit des Mittels und der Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen bei der Anwendung helfen, ein geeignetes Mittel herauszufinden.

Weitere und ausführliche Informationen im Kontext der Gefährdungsbeurteilung finden sich unter den folgenden Links:

- Unfallkasse Rheinland-Pfalz: https://www.ampel-ukrlp.de/gefaehrdungsbeurteilung-in-der-kita-leichtgemacht (Zugriff am 16.08.2023)
- Ministerium für Bildung: https://kita.rlp.de/de/service/aufsichtspflicht/ (Zugriff am 16.08.2023)
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gefaehrdungsbeurteilung/online-gefaehrdungsbeurteilungen-mit-dokumentation/gefaehrdungsbeurteilung-kinderbetreuung (Zugriff am 16.08.2023)
- DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: https://www.kinderkinder.dguv.de/wp-content/uploads/2018/08/KinderKinder_03-2017.pdf (Zugriff am 16.08.2023)
- Evangelische Fachstelle für Arbeits- und Gesundheitsschutz https://www.efas-online.de/images/files/hygiene-infektionsschutz/EFASinformiert_Desinfektion_Kitas.pdf (Zugriff am 17.08.2023)
- Evangelische Fachstellt für Arbeits- und Gesundheitsschutz - Infektionsschutzgesetz http://www.efas-online.de/images/files/hygiene-infektionsschutz/EFASinformiert_IfSG.pdf (Zugriff am 17.08.2023)

8 Trinkwasserhygiene

Die folgenden Ausführungen zur Legionellen Prophylaxe entsprechen u.a. der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2023) und des Deutschen Vereins des Gas- und Wasserfaches e.V. (DVGW 2020). Sofern die Einrichtung durch zentrale Warmwasserspeicher mit Warmwasser versorgt wird, ist einmal jährlich eine orientierende Untersuchung auf Legionellen entsprechend der aktuellen Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2023) erforderlich. Die Betriebstemperaturen im Warmwasserleitungsnetz unter 50° C sollten in jedem Fall vermieden werden. An den Handwaschbecken sollten daher nur Entnahmearmaturen mit Verbrühungsschutz eingesetzt werden. Über die Notwendigkeit regelmäßiger bakteriologischer Untersuchungen auf Legionellen berät das zuständige Gesundheitsamt.

- ⇨ Bei zentraler Warmwasserversorgung müssen Duschen, die nicht täglich genutzt werden, zur Legionellen Prophylaxe, zweimal wöchentlich gespült werden. Kalkablagerungen an den Duschköpfen sind in den erforderlichen Zeitabständen zu entfernen (Zuständigkeit festlegen).

<u>Vermeidung von Stagnationsproblemen</u>

Der bestimmungsgemäße Betrieb (= die regelmäßige Nutzung aller Wasserhähne und anderer Entnahmestellen (Duschen, Toiletten etc.) im Gebäude muss, während den Schließzeiten der Kindertageseinrichtungen bestehen bleiben. Dies bedeutet für die Praxis, dass das Trinkwasser in der Anlage mindestens alle sieben Tage, besser alle drei Tage, vollständig ausgetauscht werden muss. Dies kann durch regelmäßiges Öffnen aller Wasserhähne sichergestellt werden (vgl. DVGW 2020).

Aufgrund der regelmäßigen jährlichen Prüfung sollte folgende Vorgehensweise Beachtung finden:

- ⇨ Am Wochenanfang ist das Trinkwasser, ca. 5 Minuten ablaufen zu lassen, um die Leitungen zu spülen. Dies liegt in der Verantwortung der Beschäftigten/ des Beschäftigten der als Erste/Erster den Dienst antritt.
- ⇨ Das Trinkwasser in der Anlage, soll in den Schließzeiten, mindestens alle sieben Tage, vollständig ausgetauscht werden. Dies kann durch regelmäßiges Öffnen aller Wasserhähne (und besonders im Dusch- /Sanitärbereich) sichergestellt werden (z.B., wenn die Kita

geschlossen ist und jemand die Blumen gießt, sollte die Person alle Wasserhähne einmal pro Woche öffnen und das Wasser fließen lassen).

Evangelische Kirche der Pfalz
PROTESTANTISCHE LANDESKIRCHE
Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de
Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

Literaturverzeichnis

Diakonie Pfalz (2024): Vertrag zur Betreuung eines Kindes in der Kindertagesstätte. Diakonisches Werk Pfalz – Referat Kindertagesstätten. Betreuungsvertrag_RLP_03.2024. Speyer

DVGW (2020): Vorübergehende Stilllegungen von Trinkwasser-Installationen in Gebäuden (z.B. in den Ferien oder bei verordneten Betriebsunterbrechungen im Zuge von Maßnahmen gegen das Coronavirus). DVGW Deutscher Verein des Gas- und Wasserfaches e.V. Bonn

Freie und Hansestadt Hamburg (2019): Leitfaden für Kindertagesstätten. Zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes und zum Umgang mit Infektionskrankheiten in Hamburg. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Erwin Sieck Druck GmbH. Hamburg.

Gebauer, Günter; Seibicke, Nina; Winkler, Heike (2014): Prima-Kita. Methoden und Instrumente. Leitfaden mit Hintergrundinformationen zur Prävention von Infektionserkrankungen. Lärmbelastungen. Muskel-Skelett-Erkrankungen. Psychische Belastungen. Institut Arbeit und Wirtschaft – IAW. Bremen.

LSJV (2022): Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz. RS-LJA Nr. 47/2022. Mainz

Lütkemeier, Winfried; Schwarz, Axel (2023): Kindertagesbetreuung in Rheinland-Pfalz. Kommentar und Vorschriftensammlung für die Praxis. 89. Lieferung. Neuester Rechtsstand: 1. Mai 2023. Wolters Kluwer Deutschland GmbH. Hürth.

Ministerium für Bildung (2020): Umsetzung des Masernschutzgesetzes in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nr.1 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Ministerium für Bildung. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Mainz

TrinkwV (2023): Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung – TrinkwV). Stand: 20. Juni 2023. Bundesministerium der Justiz sowie des Bundesamts für Justiz. Berlin

Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de

Links

BZgA (2022): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kindergesundheit-info.de. Köln. https://www.kindergesundheit-info.de/fachkraefte/kindergesundheit-in-der-kita/kranke-kinder-in-der-kita/recht-ifsg-kita/ (Zugriff am 15.08.2023).

BZgA (2023): Bundeszentral für gesundheitliche Aufklärung. Infektionsschutz.de. Wissen, was schützt. Informationen rund um das Coronavirus. https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/ (Zugriff am 15.08.2023).

IfSG (2022): Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG). Bundesministerium der Justiz. Bundesamt für Justiz. Berlin. https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/BJNR104510000.html (Zugriff am 15.08.2023).

RKI (2022): Robert Koch-Institut. Infektionsschutz. RKI-Ratgeber. Kopflausbefall. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Kopflausbefall.html (Zugriff am 15.08.2023).

Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de

Anhang

Übersicht zu Infektionskrankheiten im Kontext des Handlungskonzeptes IfSG

Erkrankungen	a) Inkubationszeit b) Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ärztliches Attest erforderlich?	Ausschluss von Kontaktpersonen	Benachrichtigungspflicht an Gesundheitsamt	Impfung gemäß STIKO empfohlen?
Magen-Darm-Infektionen (Brechdurchfall)						
Noroviren	a) 1-3 Tage	2 Tage nach Ende der Symptomatik	Nein	Nicht erforderlich bei fehlender Symptomatik	Ja, bei Kindern unter 6 Jahren, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Rotaviren	a) 1-3 Tage	2 Tage nach Ende der Symptomatik	Nein	Nicht erforderlich bei fehlender Symptomatik	Ja, bei Kindern unter 6 Jahren, auch Verdachtsfälle	Ja
Salmonellen	6-72 Stunden (12-36 Stunden)	Nach Ende der Symptomatik	Nein	Nicht erforderlich bei fehlender Symptomatik	Ja, bei Kindern unter 6 Jahren, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Campylobacter	a) 2-5 Tage (Einzelfällen 1-10 Tage)	Nach Ende der Symptomatik	Nein	Nicht erforderlich bei fehlender Symptomatik	Ja, bei Kindern unter 6 Jahren, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Yersinien	a) ca. 3-10 Tage	Nach Ende der Symptomatik	Nein	Nicht erforderlich bei fehlender Symptomatik	Ja, bei Kindern unter 6 Jahren, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Shigellen	a) ca. 12-96 Stunden	Nach Genesung und 3 neg. Stuhlproben	Ja	Nicht erforderlich bei fehlender Symptomatik	Ja, bei Kindern unter 6 Jahren, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Masern, Mumps, Röteln, Windpocken (Varizellen)						
Masern	a) 8-10 Tage bis zum Beginn des katarrhalischen Stadiums, 14 Tage bis zum Ausbruch des Exanthems b) 3-5 Tage vor Auftreten des Exanthems und bis 4 Tage nach Auftreten	Nach Genesung, frühestens am 5. Tag nach Beginn des Ausschlags	Nein	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ausschluss entfällt bei Impfschutz bzw. bestehender Immunität	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja, MMR- Impfung
Mumps	a) 16-18 Tage (12-25 Tage sind möglich) b) Bis zu 9 Tage nach Beginn der Drüsenschwellung	Nach Genesung, frühestens 9 Tage nach Schwellung der Ohrspeicheldrüse	Nein	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ausschluss entfällt bei Impfschutz bzw. bestehender Immunität	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja, MMR- Impfung
Röteln	a) 14-21 Tage b) Bis zum Beginn des Ausschlages	Nach Ende der Symptomatik	Nein	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ausschluss entfällt bei Impfschutz bzw. bestehender Immunität	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja, MMR- Impfung

Evangelische Kirche der Pfalz
PROTESTANTISCHE LANDESKIRCHE
Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de
Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

Erkrankungen	a) Inkubationszeit b) Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ärztliches Attest erforderlich?	Ausschluss von Kontaktpersonen	Benachrichtigungspflicht an Gesundheitsamt	Impfung gemäß STIKO empfohlen?
Windpocken (Varizellen)	a) 14-16 Tage (8-21 Tage sind möglich) b) bis 7 Tage nach Auftreten des Hautausschlages	Eine Woche nach Krankheitsbeginn möglich	Nein	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ausschluss entfällt bei Impfschutz bzw. bestehender Immunität	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja
Erkrankungen	**a) Inkubationszeit b) Dauer der Ansteckungsfähigkeit**	**Wiederzulassung nach Erkrankung**	**Ärztliches Attest erforderlich?**	**Ausschluss von Kontaktpersonen**	**Benachrichtigungspflicht an Gesundheitsamt**	**Impfung gemäß STIKO empfohlen?**
Ansteckende Leberentzündungen						
Hepatitis A	a) 25-30 Tage (15-max. 50 Tage möglich) b) bis ca. 1 Woche nach Beginn der Gelbsucht	Nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	Nein	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt. Ausschluss entfällt bei Impfschutz bzw. bestehender Immunität	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja aber keine Standardimpfung für Kinder (siehe STIKO Empf.)
Hepatitis E	a) 40 Tage (15-60 Tage kommen vor) b) bis ca. 1 Woche nach Beginn der Gelbsucht	Nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	Nein	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	Ja, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Keuchhusten (Pertussis)						
Keuchhusten (Pertussis)	a) 9-10 Tage (6-20 Tage sind möglich) b) Ohne Behandlung bis zu 3 Wochen, mit Behandlung (Antibiotika) 3-7 Tage	5 Tage nach Beginn der antibiotischen Therapie, sonst 3 Wochen nach Hustenbeginn	Nein	Wenn Husten auftritt (Abklärung bei Arzt/Ärztin)	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja
Meningokokken Erkrankungen und Haemophilus influenzae Typ b (Meningitis)						
Meningokokken-Erkrankungen	a) 3-4 Tage (2-10 Tage sind möglich) b) Bis 24 Stunden bei erfolgreicher Antibiotikatherapie	Nach erfolgreicher Antibiotikatherapie und Genesung	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja gegen bestimmte Erregerstämme
Haemophilus influenzae Typ b - Meningitis	a) 2-10 Tage b) Bis 24 Stunden bei erfolgreicher Antibiotikatherapie	Nach erfolgreicher Antibiotikatherapie und Genesung	Nein	Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	Ja, auch Verdachtsfälle	Ja

Evangelische Kirche der Pfalz
PROTESTANTISCHE LANDESKIRCHE
Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de
Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

Erkrankungen	a) Inkubationszeit b) Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ärztliches Attest erforderlich?	Ausschluss von Kontaktpersonen	Benachrichtigungspflicht an Gesundheitsamt	Impfung gemäß STIKO empfohlen?
Scharlach, Borkenflechte, eitrige Halsentzündung (Infektionen von Streptococcus pyogenes)						
Ansteckende Borkenflechte	a) 1-3 Tage, selten länger b) 24 Stunden nach Beginn einer erfolgreicher Antibiotikatherapie	24 Stunden nach Beginn der antibiotischen Therapie, ansonsten nach Abheilung der befallenen Hautstellen	Nein	Nicht erforderlich	Ja, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Scharlach, eitrige Halsentzündung	a) 1-3 Tage, selten länger b) 24 Stunden nach Beginn einer erfolgreicher Antibiotikatherapie	24 Stunden nach Beginn der antibiotischen Therapie, ansonsten nach Abheilung der befallenen Hautstellen	Nein	Nicht erforderlich	Ja, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Krätze (Skabies), Kopfläuse						
Krätze (Skabies)	a) 2-5 Wochen b) Ansteckungsfähigkeit bleibt erhalten, solange lebende Krätzmilben auf bzw. in der Haut nachzuweisen sind.	Nach Behandlung	Ja (bestätigt wird, dass bei sachgemäßer Anwendung des Mittels keine Gefahr der Weiterverbreitung besteht)	Mitbehandlung enger Kontaktpersonen, kein genereller Ausschluss, Rücksprache mit dem Gesundheitsamt	Ja, auch Verdachtsfälle	Entfällt
Kopfläuse	a) Entfällt b) Ansteckungsfähigkeit ist gegeben, solange die Betroffenen mit Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind.	Nach Behandlung	Bei Erstbefall Bestätigung der Sorgeberechtigten über die durchgeführte Behandlung. Bei wiederholtem Befall ggfs. Attest durch Ärztin/Arzt	Nein, aber Kontrolle erforderlich	Ja	Entfällt
Augenerkrankungen						
Ansteckende Bindehautentzündung	a) 5-12 Tage	Wenn kein Sekret/Rötung mehr vorhanden ist	Ja	Nicht erforderlich, solange keine Symptome auftreten	Ja, ab zwei Fällen	Entfällt
Eitrige Bindehautentzündung	a) Entfällt	Nach Genesung	Nein	Nicht erforderlich, solange keine Symptome auftreten	Nein	Entfällt

Evangelische Kirche der Pfalz
PROTESTANTISCHE LANDESKIRCHE
Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de
Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

Erkrankungen	a) Inkubationszeit b) Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ärztliches Attest erforderlich?	Ausschluss von Kontaktpersonen	Benachrichtigungspflicht an Gesundheitsamt	Impfung gemäß STIKO empfohlen?
Atemwegserkrankungen (Erkältungskrankheiten, Influenza)						
Ohne Fieber		Kein Ausschlussgrund	Nein	Nicht erforderlich	Nein	Entfällt
Mit Fieber (>38°C)		24 Stunden fieberfrei	Nein	Nicht erforderlich	Nein	Entfällt
Influenza (echte Grippe)	a) 1-2 Tage	Nach Genesung	Nein	Nicht erforderlich	Ja, ab zwei Fällen	Entfällt
Weitere Infektionskrankheiten						
Hand-Fuß-Mund-Krankheit	a) 3-10 Tage (auch 1-30 Tage) b) schon vor Auftreten der Bläschen	Nach Genesung	Nein	Nicht erforderlich	Nein	Entfällt
Ringelröteln	a) 7-18 Tage b) bis zum Beginn des Ausschlages	Nach Genesung/ Aushang zur Info Sorgeberechtigten	Nein	Nicht erforderlich	Nein	Entfällt
Dreitagefieber	a) 7-14 Tage	Nach Genesung	Nein	Nicht erforderlich	Nein	Entfällt

(vgl. Freie und Hansestadt Hamburg 2019)

Evangelische Kirche der Pfalz
PROTESTANTISCHE LANDESKIRCHE
Prot. Gesamtkirchengemeinde Kaiserslautern | Unionstr. 2 | 67657 Kaiserslautern
Tel.: +49 631 36250-27 | Fax: +49 631 36250-29
diana.zimdahl@evkirchepfalz.de
Sparkasse Kaiserslautern
IBAN: DE41 5405 0220 0000 1153 03
BIC: MALADE51KLK
evkirchepfalz.de
/evkirchepfalz
/evkirchepfalz

Meldeformular für benachrichtigungspflichte Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen
gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Empfänger

Gesundheitsamt

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

Fax

Meldende Einrichtung/Person

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Meldender: Name und Telefonnummer

Datum

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera	☐	☐	Paratyphus	☐	☐	Vibrio cholerae O 1 und O 139	☐
Diphtherie	☐	☐	Pest	☐	☐	Corynebacterium spp., Toxin bildend	☐
Enteritis durch enterohämorrhagische *E.coli* (EHEC)	☐	☐	Poliomyelitis	☐	☐	Salmonella Typhi	☐
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	☐	☐	Röteln	☐	☐	Salmonella Paratyphi	☐
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	☐	☐	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	☐	☐	Shigella sp.	☐
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	☐	☐	Shigellose (Ruhr)	☐	☐	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	☐
Keuchhusten	☐	☐	Skabies (Krätze)	☐	☐		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	☐	☐	Typhus abdominalis (Salmonella typhi)	☐	☐		
Masern	☐	☐	Virushepatitis A oder E	☐	☐		
Meningokokken-Infektion	☐	☐	Windpocken	☐	☐		
Mumps	☐	☐	Infektiöse Gatroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	☐	☐		
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit	☐	☐					

Meldung aufgrund einer Häufung von Erkrankungen ☐ ☐ ≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird [z.B. gleiche Diagnose (z.B. Ringelröteln) und/oder Symptom(e) (z.B. Ausschlag)]

Erregername (*falls bekannt*): _____

Kopflausbefall ☐

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

_____
Unterschrift / Stempel
(Gemeinschaftseinrichtung)

Name der Einrichtung: _____
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Name: _____ Vorname: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT UND DEMOGRAFIE

Lesehilfe zur Überprüfung des Impfasses nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

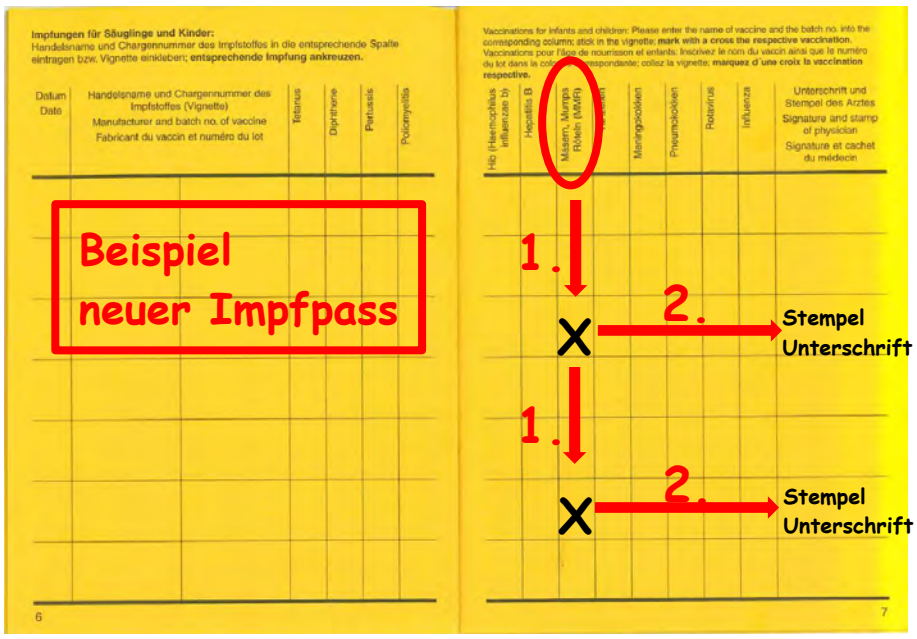
(Stand 11.02.2020)

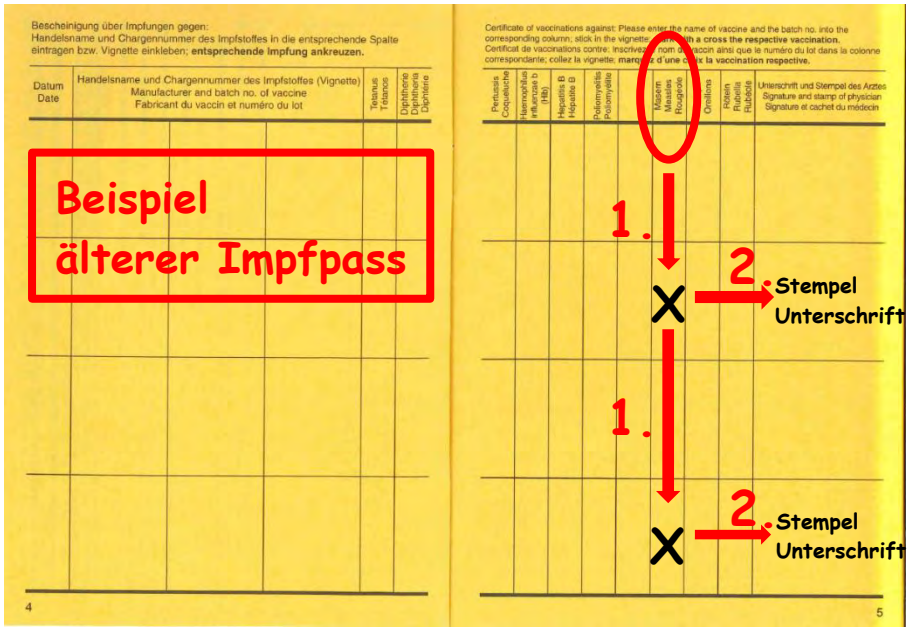
Es gibt Impfpässe, bei denen die Masernschutzimpfung entweder **einzeln** (ältere Impfpässe) oder **in Kombination** mit Mumps und Röteln (neuere Impfpässe) dokumentiert ist.

<u>Anleitung zum Lesen des Impfpasses:</u>

1. Schlagen Sie die Seite mit der Impfdokumentation für Masern bzw. Masern, Mumps, Röteln (MMR) auf und prüfen Sie, ob **2 Markierungen** (X, ggf. auch auf einer weiteren Seite) vorhanden sind.

2. Prüfen Sie, ob in der gleichen Zeile Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes vorhanden sind. **Nur mit Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes ist der Impfpasseintrag gültig.**





Rheinland-Pfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT UND DEMOGRAFIE

Meldung nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) von Einrichtungen nach § 33 Nr. 1-3 an das zuständige Gesundheitsamt (Version 1.1, 13.02.2020)

Meldende Einrichtung:

Name der Einrichtung	
Name, Vorname der Einrichtungsleitung	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Telefonnummer	

Zu meldende:

☐ betreute Person oder ☐ tätige / beschäftigte Person

Name, Vorname	
Geschlecht (w/m/d)	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Name(n), Vorname(n) Sorgeberechtigte(n)	
Kontakt:	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Telefonnummer (soweit vorliegend)	E-Mail Adresse (soweit vorliegend)

Der Masernschutzstatus wurde nicht fristgerecht nachgewiesen.

Ort, Datum

Unterschrift Leiterin / Leiter der Einrichtung

Stempel der Einrichtung

Umgang mit Erkältungs-/Krankheitssymptomen bei Kindern und Jugendlichen in Kita und Schule in Rheinland-Pfalz

gültig ab 5. Dezember 2022

Empfehlungen für Eltern, Sorgeberechtigte und Personal

Infekte mit schwachen Symptomen

Kinder ohne Fieber mit nur **leichten Symptomen** und gutem Allgemeinzustand können die Gemeinschaftseinrichtung weiter besuchen. Zum Wohl des Kindes empfiehlt es sich im Einzelfall dennoch, dem Kind einen Tag Ruhe zur Erholung zuhause zu ermöglichen.

Infekte mit stärkeren Symptomen

Wenn Kinder und Jugendliche unter **stärkeren Symptomen** leiden, insbesondere Atemwegs- und/oder Grippesymptome (z.B. Fieber, trockener Husten, Geruchs- oder Geschmacksverlust oder auch Gelenk- und Muskelschmerzen) oder sich die zunächst nur leichten Symptome verstärken, entscheiden die Eltern über die Notwendigkeit einer ärztlichen Beratung. Die Kita oder die Schule sollte erst dann wieder besucht werden, wenn die Symptome abgeklungen sind und der Allgemeinzustand wieder gut ist. Zur Rückkehr in die Einrichtung ist kein ärztliches Attest notwendig.

Diese Empfehlungen gelten auch für geimpfte oder genesene Kinder und Jugendliche mit Erkältungs-/Krankheitssymptomen.

Symptome bereits bekannter chronischer Erkrankungen (wie z.B. Allergien) sind nicht relevant.

Diese Empfehlungen wurden vom MWG und dem BM in Abstimmung mit der Universitätsmedizin Mainz und dem Landesvorstand des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) erarbeitet.

Rheinland-Pfalz MINISTERIUM FÜR WISSENSCHAFT UND GESUNDHEIT

UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

bvkj. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Rheinland-Pfalz MINISTERIUM FÜR BILDUNG

Stand: 28. November 2022