



# **Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**

## **Spezialeinheit Infektionshygiene**

### **Infektionshygienischer Leitfaden für Tagespflegepersonen in Bayern**

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)  
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0  
Telefax: 09131 6808-2102  
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de  
Internet: www.lgl.bayern.de  
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)  
Stand: September 2012

Autoren: Dr. Anna Schreff, Dr. Stefanie Kolb

Sachgebiet: GE 1 Hygiene, Spezialeinheit Infektionshygiene  
Leitung Sachgebiet Hygiene: Prof. Dr. Christiane Höller  
Leitung Spezialeinheit Infektionshygiene: Dr. Verena Lehner-Reindl

Mitarbeiter SEI Bertram Knörr, Cora Ertl, Dr. Eva Hartmann, Dr. Ulla Kandler,  
Dr. Stefanie Kolb, Elzbieta Krupa Silke Nickel, Dr. Anna Schreff, Dr. Christian Tuschak,  
Dr. Giuseppe Valenza

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
alle Rechte vorbehalten

## Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort .....	5
2	Rechtliche Grundlagen .....	5
2.1	Gesundheitliche Anforderungen.....	5
2.2	Mitwirkungs- bzw. Mitteilungspflicht .....	5
2.3	Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen .....	6
2.4	Schutzimpfungen .....	6
2.5	Hygieneplan .....	7
3	Räumlichkeiten .....	8
4	Lebensmittelhygiene .....	9
5	Erkrankungen des Kindes .....	10
5.1	Erkrankungen der Atemwege .....	11
5.1.1.	„Erkältung“ - viraler Infekt der oberen Luftwege .....	11
5.1.2.	Lungenentzündung (Pneumonie).....	11
5.2	Erkrankungen mit typischem Hautausschlag .....	12
5.2.1.	Scharlach.....	12
5.2.2.	Windpocken .....	13
5.2.3.	Masern.....	14
5.2.4.	Röteln .....	15
5.2.5.	Ringelröteln.....	16
5.2.6.	Hand-Fuß-Mund-Krankheit .....	17
5.2.7.	Ansteckende Borkenflechte/Grindflechte (Impetigo contagiosa).....	17
5.3	Weitere wichtige und/oder häufig auftretende Infektionserkrankungen im Kindesalter .....	18
5.3.1.	Magen-Darm-Infektionen .....	18
5.3.2.	Hirnhautentzündung (Meningitis) .....	19
5.3.3.	Hepatitis.....	20
5.3.4.	Kopfläuse .....	21
5.3.5.	Krätzmilbenbefall (Skabies) .....	22
5.3.6.	Tuberkulose .....	24
6	Quellenangaben.....	25
7	Anlagen.....	26

7.1	Anlage 1: Empfehlungen zur Wiedenzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen .....	26
7.2	Anlage 2: Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gem. §34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz ( IfSG).....	34
7.3	Anlage 3: Merkblatt Lebensmittelhygienische Anforderungen in der Kindertagespflege .....	36
7.4	Anlage 4: Muster-Reinigungsplan .....	37
7.5	Anlage 5: Muster-Hygieneplan für Tagespflegepersonen .....	41

## **1 Vorwort**

Mit diesem Leitfaden soll Tagespflegepersonen in Bayern eine Hilfestellung angeboten werden, um besonders im infektionshygienischen Bereich einen schnellen Zugriff auf relevante Informationen zu erhalten.

## **2 Rechtliche Grundlagen**

### **2.1 Gesundheitliche Anforderungen**

Personen, die an einer im § 34 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) genannten ansteckenden Krankheit erkrankt sind oder bei denen der Verdacht darauf besteht oder die an Krätzmilben oder Läusebefall leiden, sowie Personen, die in § 34 Abs. 2 IfSG genannte Erreger ausscheiden bzw. Personen in deren Wohngemeinschaft eine Erkrankung an einer im § 34 Abs. 3 IfSG genannten Krankheit aufgetreten ist, dürfen solange keine Tätigkeit als Tagespflegepersonen ausüben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder Verlausung durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Anlage 1 listet in Tabellenform die im § 34 IfSG genannten Krankheiten und Krankheitserreger auf.

Ebenso dürfen betreute Kinder, bei denen die o. g. Punkte zutreffen, die Tagespflege nicht besuchen oder an Veranstaltungen der Tagespflege nicht teilnehmen.

### **2.2 Mitwirkungs- bzw. Mitteilungspflicht**

Die in § 34 IfSG aufgelisteten Krankheiten und Krankheitserreger können gerade in Gemeinschaftseinrichtungen und in der Tagespflege besonders leicht übertragen werden.

Deshalb ermöglicht nur eine rechtzeitige Information über das Auftreten dieser Krankheiten, dass durch geeignete Schutzmaßnahmen weitere Infektionen verhindert werden können.

Durch das IfSG werden zum einen die Tagespflegepersonen verpflichtet, die Eltern der betreuten Kinder anonym über den Ausbruch einer entsprechenden Krankheit zu informieren, damit Familienangehörige notwendige Schutzmaßnahmen ergreifen können.

Diese Informationen können z. B. in Form von gut sichtbar angebrachten Aushängen oder Merkblättern mit Informationen über die Erkrankung und notwendigen Schutzmaßnahmen oder auch im persönlichen Gespräch übermittelt werden.

Weiterhin sind auch die Eltern der betreuten Kinder verpflichtet, die in § 34 IfSG Absätze 1-3 geregelten Krankheitsfälle den Tagespflegepersonen mitzuteilen. Die Eltern müssen durch die Tagespflegepersonen über ihre diesbezügliche Informationspflicht belehrt werden. Diese Belehrung kann schriftlich oder mündlich erfolgen. Hierzu hat das Robert-Koch-Institut ein entsprechendes Merkblatt erstellt (s. Anlage 2). Das Dokument ist unter folgendem Link verfügbar und kann durch Tagespflegepersonen zur Weitergabe an die Eltern verwendet werden: [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen\\_eltern\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_eltern_deutsch.pdf?__blob=publicationFile).

### **2.3 Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen**

Treten die im § 34 Abs. 1 bis 3 IfSG genannten Erkrankungen (siehe Anlage 1) in Gemeinschaftseinrichtungen auf, so müssen die Tagespflegepersonen das Auftreten bzw. den Verdacht der genannten Erkrankungen unverzüglich (innerhalb von 24 Stunden) dem zuständigen Gesundheitsamt melden. Dies gilt auch, wenn 2 oder mehr gleichartige, schwerwiegende Erkrankungen auftreten, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind.

Die Meldung an das Gesundheitsamt muss folgende Informationen beinhalten:

- Art der Erkrankung bzw. des Verdachtes
- Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes/der Kinder
- Mögliche Kontaktpersonen (in der Einrichtung, im Elternhaus, evtl. Geschwister)

Weiterhin müssen die Tagespflegepersonen erste Maßnahmen einleiten:

- Angehörige des Kindes/der Kinder verständigen
- Betroffenes Kind/betroffene Kinder isolieren
- Mögliche Infektionsquellen sicherstellen (z. B. Lebensmittelrückstellproben bei Verdacht auf durch Lebensmittel übertragene Erkrankungen)

### **2.4 Schutzimpfungen**

Der beste Schutz vor vielen Infektionskrankheiten sind Schutzimpfungen.

Sie können zum einen den Geimpften vor Infektion, Erkrankung und Tod schützen und führen andererseits beim Erreichen hoher Durchimpfungsraten in der Bevölkerung (> 90 %) auch zum Schutz der Allgemeinheit (Herdenimmunität).

In Deutschland existiert keine Impfpflicht.

Allerdings werden die wichtigsten Schutzimpfungen für die Bevölkerung von der Ständigen Impfkommission Deutschlands (STIKO) veröffentlicht und von den Länderbehörden öffentlich empfohlen. Die entsprechenden Impfungen und das dazu empfohlene Impfalter für alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind wie die Impfempfehlungen für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen im aktuellen Impfkalender verankert. Dieser kann auf den Internetseiten des Robert-Koch-Instituts ([www.rki.de](http://www.rki.de)) in jeweils aktueller Form mit der Stichwortsuche „Impfkalender“ abgerufen werden.

Nach § 34 Abs. 10 IfSG sollen Gemeinschaftseinrichtungen die betreuten Personen bzw. deren Sorgeberechtigte über die Bedeutung eines vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz und über die Prävention übertragbarer Krankheiten informieren. Die Neuaufnahme eines Kindes durch eine Tagespflegeperson bietet in diesem Sinne eine gute Gelegenheit, das Thema Infektionsschutz durch Impfen anzusprechen und ggf. zum Zwecke einer weiteren Beratung auf den behandelnden Kinderarzt zu verweisen.

## **2.5 Hygieneplan**

Gemeinschaftseinrichtungen sind gemäß § 36 Abs. 1 IfSG verpflichtet, Hygienepläne zu erstellen und auf aktuellem, den Gegebenheiten angepasstem Stand zu halten. Verantwortlich dafür sind die Tagespflegepersonen selbst.

Ziel eines Hygieneplanes ist es, die Personen in einer Einrichtung vor Infektionen zu schützen bzw. das Ansteckungsrisiko zu minimieren. Hygienepläne sind bereichsbezogene Arbeitsanweisungen, die die jeweiligen Gegebenheiten sowie möglichen Infektionsrisiken berücksichtigen.

In Bereich der Kinderbetreuung kann es folgende hygienerelevante Bereiche geben, die einer besonderen Aufmerksamkeit im Hinblick auf hygienische Maßnahmen bedürfen:

- Spielbereich (mit Spielzeug/Spielgeräten)
- Küche (Nahrungszubereitung)
- Wickelbereich/WC
- Kuschelecke/Betten

Die in § 36 IfSG genannte Verpflichtung, einen Hygieneplan vorzuhalten, wird bei Tagespflegepersonen durch das Vorhalten, die Kenntnisnahme und die Beachtung eines Muster-Hygieneplans erfüllt. Bei der Umsetzung des Hygieneplans sollten die jeweiligen Gegebenheiten berücksichtigt werden, der Musterhygieneplan braucht jedoch nicht schriftlich angepasst zu werden. In Anlage 4 ist ein tabellarischer Reinigungsplan und in Anlage 5 ein entsprechender Muster- Hygieneplan zu finden, der für den aktuellen Bedarf angepasst werden kann.

### **3 Räumlichkeiten**

Besonders für Kleinkinder muss es eine Schlafgelegenheit geben. Für jedes Kind muss eigene Bettwäsche vorhanden sein.

Die Räumlichkeiten müssen beste hygienische Verhältnisse aufweisen.

Vorhanden sein müssen weiterhin eine Kochgelegenheit, ein WC und eine Waschgelegenheit, sowie bei entsprechender Betreuung eine Wickelgelegenheit. Die Wickelmöglichkeit muss abwaschbar und leicht zu desinfizieren sein. Daneben sollte sich ein Windeleimer mit Deckel befinden. Für jedes Kind muss ein eigener Zahnputzbecher, Waschlappen und Handtuch vorhanden sein, bzw. Einmalhandtücher vorgehalten werden. Die richtige Mundhygiene nach Mahlzeiten sollte zum normalen Tagesprogramm gehören.

Der Betreuungsraum soll gut gelüftet werden können und beheizbar sein, sowie Tageslicht bieten. Die Räume müssen rauchfrei sein!

Auch im Außenbereich (z. B. Garten oder Terrasse) muss auf die Sauberkeit der Spielgeräte geachtet werden. Insbesondere bei Benutzung eines eigenen Sandkastens sollte darauf geachtet werden, dass dieser nach Beendigung des Spiels jeweils wieder abgedeckt wird, um eine Verunreinigung durch herumstreunende Katzen, Hunde oder Laub zu vermeiden. Wichtig ist auch, dass die Kinder den Sand nicht essen und sich nach jedem Spiel im Sandkasten die Hände waschen, bevor sie eine Mahlzeit zu sich nehmen. Der Sandkasten sollte zur Durchlüftung regelmäßig durchgeharkt werden. Verunreinigungen aller Art sind sofort zu beseitigen.

Wasserspiel- und Erlebnisbereiche, bei denen Trinkwasser über befestigte Flächen (z. B. Fliesen, Steinplatten) mit Bodeneinlauf versprüht oder verrieselt wird, sind hygienisch gesehen unproblematisch. Wird im Bereich des Sandkastens mit Wasser gespielt, muss Trinkwasser verwendet werden.



Das Kinderplanschbecken muss täglich entleert und gereinigt werden. Es darf nur mit Trinkwasser befüllt werden. Bei grober Verschmutzung des Wassers (z. B. durch Fäkalien) sind ein sofortiger Wasserwechsel und eine gründliche Reinigung des Beckens erforderlich.

#### **4 Lebensmittelhygiene**

Bezüglich der Lebensmittelhygiene ist für Tagespflegepersonen zum einen die EU-Lebensmittel-Hygiene-Verordnung zu beachten, welche sie lebensmittelrechtlich als Lebensmittelunternehmer einordnet.

Sie müssen sich deshalb bei der zuständigen Lebensmittelüberwachungsbehörde registrieren lassen. Es genügt die formlose schriftliche Mitteilung von Namen, Anschrift und Tätigkeit (Tagesmutter/-vater). Eine regelmäßige lebensmittelrechtliche Kontrolle der für die Kindertagespflege genutzten Privaträume einschließlich der Küche ergibt sich hieraus nicht.

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat zu Fragen lebensmittelhygienischer Anforderungen in der Kindertagespflege ein Merkblatt veröffentlicht, welches in Anlage 3 nachzulesen ist.

Zusätzlich gelten in der Kindertagespflege die Belange des Infektionsschutzgesetzes:

Werden Lebensmittel bei den Tagespflegepersonen oder in einer Kindertagespflegestelle für die betreuten Kinder zubereitet, müssen die zubereitenden Personen eine Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG nachweisen ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen\\_lebensmittel\\_deutsch.pdf?blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_lebensmittel_deutsch.pdf?blob=publicationFile)). Diese Belehrung sollte möglichst bereits im Rahmen der Qualifikation zur Tagespflegeperson stattfinden. Weiterhin fallen die zubereitenden Personen in den Anwendungsbereich der §§ 42 f. IfSG.

Das bedeutet, dass folgende Personen nicht bei der Zubereitung oder Verabreichung von Lebensmitteln tätig sein dürfen:

- Personen, die an Typhus abdominalis, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose, einer anderen infektiösen Magen-Darm-Erkrankung oder Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig sind
- Personen, die an infizierten Wunden oder an Hautkrankheiten erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können

- Personen, die die Krankheitserreger Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagische Escherichia coli oder Choleravibrionen ausscheiden.

Werden im Rahmen der Tagespflege Speisen für ein betreutes Kind im Haushalt des betreuten Kindes zubereitet, kommen die §§ 42 f. IfSG nicht zur Anwendung, da es sich hier um einen privat hauswirtschaftlichen Bereich handelt.

Für weitere Fragen stehen den Tagespflegepersonen die zuständigen Lebensmittelüberwachungsbehörden sowie das Gesundheitsamt zur Verfügung.

## 5 Erkrankungen des Kindes

Bei einer plötzlichen fieberhaften oder infektiösen Erkrankung eines Kindes sind (zum Schutz des Kindes, der Mitpflegekinder sowie der Tagespflegepersonen und deren Familien) die Erziehungsberechtigten zu informieren und das Kind in die Obhut der Eltern zu übergeben.

Im § 34 IfSG ist verankert, bei welchen Infektionen für die Kinder ein Besuchsverbot für Gemeinschaftseinrichtungen besteht (siehe Anlage 1). Dabei handelt es sich entweder um Erkrankungen, welche besonders leicht und schnell übertragen werden können und/oder um sehr schwerwiegende Erkrankungen.

Ein erneuter Besuch ist nach diesen Bestimmungen erst dann wieder zulässig, wenn die ansteckende Erkrankung abgeklungen bzw. nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist.

Im Folgenden werden die häufigsten infektiösen Kinderkrankheiten und ihre Symptome an denen sie erkannt werden können, orientierend erläutert. Weiterhin wird darauf eingegangen, ob den Kindern während der Erkrankung der Besuch einer Tagespflege zusammen mit anderen Kindern gestattet werden kann. Ein Informationsblatt zur Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen wurde vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) erstellt und ist in der Anlage 1 aufgeführt.

Weitere Informationen finden sich auf der Internetseite des LGL unter [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de) oder auf den Seiten des Robert-Koch-Instituts (RKI): [www.rki.de](http://www.rki.de).

Hinweis: Die nachfolgenden Erläuterungen sollen lediglich der orientierenden Hintergrundinformation für medizinische Laien dienen. Für weiterführende Informationen oder zur Klärung bestimmter individueller Fragestellungen wird eine Rückspra-

che mit dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt und/oder einem Haus- oder Kinderarzt ausdrücklich empfohlen. Die Erreichbarkeiten der Gesundheitsämter können Sie auf der Internetseite des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit unter dem Link finden:

<http://www.stmug.bayern.de/gesundheit/organisation/oegd/index.htm>

Die Erläuterungen ersetzen nicht das Einholen ärztlichen Rates.

## **5.1 Erkrankungen der Atemwege**

### **5.1.1. „Erkältung“ - viraler Infekt der oberen Luftwege**

Dies ist sicherlich eine der häufigsten Erkrankungen im Kleinkind- und Kindesalter. Viele dieser v. a. durch Viren ausgelösten Erkrankungen der oberen Atemwege gehen oft mit einer Mittelohr- und/oder einer Bindehautentzündung einher.

Ein grippaler Infekt zeichnet sich aus durch Schnupfen, geröteten Rachen, Mandelentzündung und ggf. Mittelohrentzündung.

Die Kinder klagen über eine vermehrte Schleimbildung im Nasen-Rachenraum, Husten, Schluckbeschwerden und über Hals- oder Ohrenschmerzen.

Im Allgemeinen enden die Symptome nach einem fieberhaften oder auch nicht-fieberhaften Verlauf nach ca. 1-4 Tagen.

Grippale Infekte sind i. d. R. ansteckend.

Die Kinder sollten während der Erkrankung möglichst zu Hause bleiben, falls mehrere Kinder in der Tagespflege versorgt werden.

Von diesem Erkrankungsbild müssen andere Erkrankungen abgegrenzt werden, welche häufig einen schwereren Verlauf zeigen.

### **5.1.2. Lungenentzündung (Pneumonie)**

Ursache für eine Lungenentzündung sind meist virale oder bakterielle Erreger.

Kennzeichen sind im Kleinkindalter v. a. ein schlechter Allgemeinzustand, beschleunigte, meist flache Atmung, Nasenflügeln und blasse, gräulich-blaue Haut.

Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch häufiges, manchmal kraftlos anmutendes Husten. Sie verläuft sehr häufig mit Fieber.

Eine ärztliche Behandlung (wenn durch Bakterien verursacht mit Antibiotika) ist dringend erforderlich, bei schweren Verläufen muss das Kind in eine Klinik aufgenommen werden.

Da die Ursache einer Lungenentzündung Viren oder Bakterien sind, besteht Ansteckungsgefahr, auch wenn die Erkrankung bei anderen Kindern womöglich in leichterer Form zu Tage tritt.

## **5.2 Erkrankungen mit typischem Hautausschlag**

Manche Erkrankungen zeigen sich durch typische Hauterscheinungen (sog. Effloreszenzen). Im Folgenden sind typische Erkrankungen im Kleinkindessalter dargestellt, welche v. a. über ihren Hautausschlag erkannt werden können:

### **5.2.1. Scharlach**

Scharlach ist eine der am häufigsten auftretenden Infektionen in Gemeinschaftseinrichtungen für Kleinkinder und Kinder. Kinder unter 1-2 Jahren sind meist noch durch die von der Mutter erhaltenen Antikörper vor einer Ansteckung relativ sicher.

Verursacht wird Scharlach durch sog.  $\beta$ -hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A. Die Ansteckung erfolgt durch Tröpfchen oder engen Kontakt. Nach einer Inkubationszeit von 1 bis 7 Tagen (im Durchschnitt 3 Tage) treten folgende Symptome auf: starke Halsschmerzen und Schluckbeschwerden, Kopf- und Bauchschmerzen und meist hohes Fieber.

Typisch für Scharlach ist das Aussehen der Zunge: zuerst ist sie weißlich-gelblich belegt, die geröteten Papillen sind noch zu erkennen („Erdbeerzunge“), später treten nur noch die geröteten Papillen in Erscheinung („Himbeerzunge“). Der Rachenring und der weiche Gaumen sind „scharlachrot“.

An der Haut zeigt sich ein kleinfleckiger Ausschlag (besonders an den Beugefalten), Stirn und Wangen sind gerötet während der Mundbereich blass bleibt („Clownsgesicht“). Nach Abklingen der Symptomatik schält sich die Haut beginnend im Gesicht, die Abschälung breitet sich aus auf Stamm und Gliedmaßen, zuletzt auf die Zehen- und Fingerkuppen.

Da der Körper nur gegen das den Ausschlag auslösende bakterielle „Gift“, auch Toxin genannt (und es mehrere verschiedene Toxine gibt), nicht aber gegen den Erreger selbst immun werden kann, sind mehrere Erkrankungen mit Scharlach möglich. Eine Infektion mit Streptokokken ohne das Scharlachbild ist das ganze Leben hindurch immer wieder möglich.

Komplikationen von Scharlach sind Mittelohrentzündung, Bronchitis oder Lungenentzündung. Eine gefürchtete Spätkomplikation ist das sog. Rheumatische Fieber sowie eine Entzündung der Innenhaut des Herzens (Endokarditis) oder eine Entzündung der Nierenkörperchen mit Gefahr einer Schädigung der Niere. Wegen der Gefahr dieser Folgeerkrankungen sollte bei einem Verdacht auf Scharlach immer ein Arzt hinzugezogen werden. Die Behandlung erfolgt in der Regel mit Penicillin.

Eine Ansteckungsgefahr besteht bis zu 24 Stunden nach Beginn einer erfolgreichen Antibiotikabehandlung. Eine Wiederezulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen kann bei einer Antibiotikatherapie und ohne Krankheitszeichen ab dem zweiten Tag erfolgen, ansonsten frühestens nach Abklingen der Krankheitssymptome.

Scharlach ist sehr ansteckend, eine Schutzimpfung existiert nicht.

### **5.2.2. Windpocken**

Sie werden verursacht durch das Varizella-Zoster-Virus. Die Übertragung erfolgt über Tröpfchen.

Wie der Name schon sagt, ist die Erkrankung extrem ansteckend, schon kleinste Virusmengen reichen aus, um eine Infektion auszulösen.

Nach einer Inkubationszeit von 10-14 Tagen (manchmal bis zu 28 Tagen) treten folgende Symptome auf:

Es bilden sich Flecken, welche sich rasch zu kleinen Knötchen, dann zu Bläschen und nach dem Platzen der sehr zarten Bläschenhaut zu Pusteln entwickeln. Typisch an der Symptomatik ist, dass alle Stadien des Ausschlags nebeneinander auftreten (sog. „Sternenhimmelphänomen“).

Wenn es nicht zu Komplikationen kommt, heilen die Pusteln innerhalb von 1-2 Wochen folgenlos ab.

Allerdings verursacht die Erkrankung einen quälenden Juckreiz.

Durch das Aufkratzen kann es zu bakteriellen Infektionen der Bläschen kommen, was die Gefahr einer Narbenbildung nach sich zieht (typische Windpockennarben).

In seltenen Fällen kann es im Verlaufe der Erkrankung auch zu Entzündungen der Lunge oder des Gehirns kommen.

Windpocken werden in leichteren Fällen i. d. R. nicht therapiert, der juckende Ausschlag wird mit austrocknenden oder gerbenden Lotionen behandelt.

Gegen Windpocken gibt es eine Impfung, welche auch bereits seit mehreren Jahren von der ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen wird. Allerdings ist die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung lückenhaft.

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt bereits 1–2 Tage vor Auftreten des Ausschlags. Wenn 1 Woche keine neuen Hautausschläge mehr aufgetreten sind, gilt das Kind als nicht mehr ansteckend. Während der Ansteckungsfähigkeit darf das Kind keine Gemeinschaftseinrichtungen besuchen.

Kontakte mit Windpocken können bei einer nicht-immunen Schwangeren in der ersten Hälfte der Schwangerschaft und dann wieder kurz vor der Geburt zu Komplikationen für das Neugeborene führen. Nicht-immune Schwangere, die mit Windpocken in Berührung gekommen sind, sollten Kontakt zu ihrem Frauenarzt aufnehmen!

### **5.2.3. Masern**

Sie werden verursacht durch das Masernvirus.

Masern sind eine sehr ansteckende Krankheit und werden durch das Einatmen infektiöser Tröpfchen (beim Sprechen, Husten oder Niesen) sowie durch Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nase oder Rachen übertragen. Das Masernvirus führt bereits zu einer Infektion wenn man dem Virus nur kurz ausgesetzt war und löst bei über 95 % der ungeschützten Infizierten auch klinische Erscheinungen aus.

Nach einer Inkubationszeit von 10 bis 12 Tagen treten folgende Symptome auf:

Das erste Stadium (Vorstadium, Dauer 1-2 Tage) ist gekennzeichnet durch unspezifische Infektionszeichen, ähnlich einem grippalen Infekt.

Nach einer scheinbaren Besserung kommt es dann plötzlich zu hohem Fieber (bis zu 40°C) und einer rapiden Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Gleichzeitig tritt ein Ausschlag (fleckig-knötchenartig) auf, der typischerweise hinter den Ohren am Kopf beginnt und sich dann auf das Gesicht, den Körperstamm sowie Arme und Beine ausbreitet.

Weiterhin typisch für eine Masernerkrankung sind stark gerötete Augen (Bindehautentzündung) mit ausgeprägter Lichtscheu. An der Wangenschleimhaut sind „kalkspritzerartige“ Flecken zu sehen.

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt bereits 5 Tage vor dem Auftreten des Hautausschlags und hält bis 4 Tage nach dem Auftreten des Ausschlags an. Unmittelbar vor Erscheinen des Ausschlags ist die Ansteckungsgefahr am größten.

Häufige Komplikationen der Masernerkrankung sind eine Bronchitis oder Lungenentzündung, wie auch eine Mittelohrentzündung.

Gefürchtet ist die Masern-Enzephalitis (Hirnentzündung), die dramatisch verlaufen und bleibende Schäden verursachen kann.

Eine sehr seltene Sonderform ist die SSPE („subakut sklerosierende Panenzephalitis“): Hier kommt es zu einer chronischen Infektion des Gehirns mit fortschreitendem Ausfallen der Hirnfunktionen und schließlich zum Tod (Dauer im Mittel 5-10 Jahre).

Eine Therapie der Masernerkrankung erfolgt symptomatisch (z. B. Behandlung einer bakteriellen Lungenentzündung durch Antibiotika). Es existiert keine etablierte Therapie gegen das Masernvirus selbst. Jedoch schützt eine Masernimpfung vor der Erkrankung!

Während der Dauer der Ansteckungsfähigkeit darf ein erkranktes Kind keine Gemeinschaftseinrichtung besuchen.

#### **5.2.4. Röteln**

Die Röteln werden durch eine Infektion mit dem Röteln-Virus verursacht.

Die Ansteckung erfolgt über Tröpfchen. Auch diese Erkrankung ist sehr ansteckend.

Die Ansteckungsfähigkeit besteht bereits eine Woche vor Ausbruch des Ausschlags und dauert bis zu einer Woche nach seinem Auftreten.

Nach einer Inkubationsphase von ca. 2-3 Wochen treten folgende Symptome auf:

Nach einem erkältungsähnlichen Vorstadium (Schnupfen, Kopf- und Gliederschmerzen) von einigen Tagen kommt es zu typischen Schwellungen der Lymphknoten im Bereich des Nackens und anschließend zum Röteln-Ausschlag, der im Gesicht beginnt und sich dann auf den ganzen Körper ausbreitet.

Die Erkrankung verläuft meist mit nur leichtem Fieber.

Die Therapie erfolgt auch hier symptomatisch (z. B. fiebersenkend), gegen das Röteln-Virus selbst existiert keine etablierte Therapie. Auch diese Erkrankung kann durch eine Impfung verhindert werden.

Die am meisten gefürchtete Komplikation einer Rötelininfektion ist die Infektion einer nicht-immunen schwangeren Frau. Gerade in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten verursacht eine Infektion des Fetus mit dem Röteln-Virus schwerwiegende Fehlbildungen (vor allem Herzfehler, Taub- und Blindheit) und im weiteren Verlauf psychomotorische Entwicklungsverzögerungen.

Tagesmütter, die sich im gebärfähigen Alter befinden, sollten unbedingt über ihren Immunstatus bezüglich Röteln Bescheid wissen und sich ggf. impfen lassen!

Für die weitere Zulassung oder Wiederzulassung zum Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen während dieser Erkrankung oder nach dem Kontakt mit Erkrankten oder nach Genesung gibt es keine allgemeine Regelung des Robert-Koch-Instituts. Im Bedarfsfall soll das zuständige Gesundheitsamt zwecks erforderlicher Maßnahmen kontaktiert werden.

### **5.2.5. Ringelröteln**

Der Erreger der Ringelröteln ist das Parvovirus B 19. Eine Übertragung des Virus erfolgt über Tröpfchen.

Nach einer Inkubationszeit von ca. 1 Woche tritt ein Röteln-ähnlicher Ausschlag zuerst an den Wangen auf. Dieser breitet sich dann auf den Körperstamm und die Gliedmaßen weiter aus. Typisch ist hier dann die girlandenförmige Anordnung des Ausschlags („Ringelröteln“).

Die Krankheit ist bereits etwa eine Woche vor Auftreten des Hautausschlags ansteckend. Sobald der Hautausschlag erscheint, besteht keine Ansteckungsgefahr mehr. Eine Impfung gegenüber Ringelröteln existiert nicht.

Für Schwangere, die keine Immunität gegenüber Ringelröteln besitzen, kann eine Infektion (v. a. in der 10.-22. Schwangerschaftswoche) eine Gefahr für das ungeborene Kind bedeuten. Das Virus kann bei einer Infektion des Fetus die roten Blutkörperchen des Kindes schädigen und zu einer schweren Blutarmut („Anämie“) führen.



Schwangere, die mit Ringelröteln in Berührung gekommen sind, sollten Kontakt zu ihrem Frauenarzt aufnehmen!

### **5.2.6. Hand-Fuß-Mund-Krankheit**

Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit wird meist durch sog. Coxsackie-Viren, aber auch andere Enteroviren verursacht, welche durch Tröpfchen verbreitet werden und sehr ansteckend sind.

Nach einer Inkubationszeit von 4-7 Tagen treten Ausschläge in Form von Bläschen an Handinnenflächen, Fußsohlen und auf der Mundschleimhaut in unterschiedlichen Ausprägungsgraden auf. Je älter die Kinder bei der Ansteckung sind, umso seltener entwickeln sie einen Ausschlag an Händen und Füßen.

Die Erkrankung dauert ca. 1 Woche und ist durch einen meist durch Fieber begleitet.

Weil es unterschiedliche verursachende Virusarten gibt, ist ein wiederholtes Auftreten der Krankheit möglich.

Gegen die Viren ist keine etablierte Therapie bekannt, die Behandlung wird symptomatisch mit schmerzstillenden Lotionen durchgeführt.

Erkrankte Kinder sollten die Gemeinschaftseinrichtung bis zum Abklingen der Erkrankung nicht besuchen.

### **5.2.7. Ansteckende Borkenflechte/Grindflechte (Impetigo contagiosa)**

Die Erreger der Borkenflechte sind Bakterien (meist Streptokokken oder Staphylokokken).

Werden diese Erreger in kleine Wunden der Haut (z. B. nach Kratzen) eingerieben, entwickeln sich anfangs nässende, später borkig/schmierig belegte Hautgeschwüre mit starker Tendenz zur Ausbreitung am Körper des Kindes.

Gleichzeitig besteht eine starke Ansteckungsgefahr für Kinder, die engen Kontakt zum erkrankten Kind haben. Besonders leicht breitet sich diese Infektion deshalb in Gemeinschaftseinrichtungen oder unter Geschwistern aus.

Die Behandlung erfolgt v. a. durch hygienische Maßnahmen, in seltenen Fällen können auch Antibiotika erforderlich sein.

Die Kinder sind ansteckend, bis die Geschwüre abgeheilt sind und dürfen in dieser Zeit keine Gemeinschaftseinrichtung besuchen. Im Falle einer Behandlung mit Antibiotika ist der Besuch 24 h nach Beginn einer erfolgreichen antibiotischen Behandlung wieder erlaubt.

### **5.3 Weitere wichtige und/oder häufig auftretende Infektionserkrankungen im Kindesalter**

#### **5.3.1. Magen-Darm-Infektionen**

Magen-Darm-Infektionen kommen gerade im Kleinkindesalter sehr häufig vor. Sie können durch Viren (z. B. Rota-Viren, Noroviren, Enteroviren) oder Bakterien (z. B. Salmonellen, Shigellen, Campylobacter) ausgelöst werden.

Die Übertragung erfolgt entweder fäkal-oral, über Tröpfchen, über kontaminierte Gegenstände oder über kontaminierte Lebensmittel und Wasser.

Die Inkubationszeit dauert abhängig vom Erreger einige Stunden bis hin zu wenigen Tagen.

Je nach Alter der Kinder und auslösendem Erreger verläuft eine Magen-Darm-Infektion mit unterschiedlichen Ausprägungen.

Typische Symptome können sein: Erbrechen, Bauchschmerzen, häufige, dünne bis wässrige Stühle, Fieber. Eine gefährliche Komplikation gerade bei kleinen Kindern ist die „Austrocknung“ (Dehydratation), da die Kinder meist mehr Flüssigkeit verlieren, als sie trinken können. Gerade Rotavirus-Infektionen im Säuglings- und Kleinkindalter sind ein sehr häufiger Anlass für Krankenhauseinweisungen in diesem Alter.

Die Behandlung von Magen-Darm-Infektionen besteht i. d. R. im Einhalten von Diät und Flüssigkeitsersatz (über Trinken, in schweren Fällen auch über Infusionen).

Bakterielle Infektionen verlaufen i. d. R. schwerer als virale Infektionen.

Da die Magen-Darm-Infektionen sehr ansteckend sind, dürfen Kinder unter 6 Jahren keine Gemeinschaftseinrichtungen besuchen solange der Durchfall oder das Erbrechen andauert. Die betroffenen Kinder sollten erst wieder die Tagespflege besuchen, wenn sie 48 Stunden symptomfrei waren.

Genauere Informationen zu den einzelnen Erregern finden Sie im Anhang im Informationsblatt zur Wiedenzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

**ACHTUNG:** Für Tagespflegepersonen sehr wichtig ist die Tatsache, dass die im Kleinkindesalter sehr häufig vorkommenden Rotaviren und Noroviren sich durch eine außergewöhnlich starke Umweltresistenz auszeichnen (d. h.: diese Viren bleiben sehr lange überlebensfähig). Die kontaminierte Umgebung der Kinder (z.B. durch Erbrechen, der Wickelplatz, die Toiletten etc.) muss dringend desinfiziert werden, um eine Übertragung auf andere Kinder oder Familienmitglieder zu verhindern. Die üblichen Desinfektionsmittel sind häufig unwirksam. Es muss darauf geachtet werden, dass die entsprechenden Desinfektionsmittel gegenüber Rota- und Norovirus wirksam gekennzeichnet sind.

Da es praktisch jedes Jahr, insbesondere in der kalten Jahreszeit zu Ausbrüchen mit Rota- oder Noroviren kommt, wird dringend angeraten, entsprechende Desinfektionsmittel (Hände- und Flächendesinfektion) vorzuhalten!

### **5.3.2. Hirnhautentzündung (Meningitis)**

Eine Hirnhautentzündung ist eine selten vorkommende Erkrankung, die allerdings aufgrund des schweren Verlaufs und möglicher Komplikationen ein schnelles Handeln erfordert.

Infektionserreger von Hirnhautentzündungen können Viren oder Bakterien sein. Je nach Erreger und Alter der Kinder zeigen sich z. T. dramatische Verläufe (v. a. bei bakterieller Meningitis) mit schnell einsetzendem hohem Fieber, sich rasch verschlechterndem Allgemeinzustand, Erbrechen, Kopfschmerz, Benommenheit bis hin zur Bewusstlosigkeit, ausgeprägter Nackensteife und eventuell Hautausschlag. Bei Säuglingen sind häufig die Schädelnähte gespannt und vorgewölbt.

Bei jedem Verdacht auf das Vorliegen einer Hirnhautentzündung muss sofort eine Krankenhauseinweisung veranlasst werden.

ACHTUNG: Da bakterielle Gehirnhautentzündungen hochgradig ansteckend sein können, muss beim Auftreten einer Meningitis unverzüglich das Gesundheitsamt informiert werden (eventuell erforderliche vorbeugende Antibiotikagabe für enge Kontaktpersonen)! Eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen nach Meningokokken- und *Haemophilus-influenza* B-Meningitis ist erst wieder möglich nach antibiotischer Therapie und Abklingen der Symptome.

### 5.3.3. Hepatitis

Hepatitis bedeutet eine Entzündung der Leber. Gerade im Kindesalter kommt es immer wieder zum Auftreten von Hepatitis-Formen, die oral-fäkal (also über den Magen-Darm-Trakt) übertragen werden können.

Bei Virus-Hepatitis A handelt sich dabei um eine immer noch häufig vorkommende Infektionskrankheit. Im Kindes- und Jugendalter verläuft diese Erkrankung fast immer gutartig und oft so unspezifisch, dass sie unerkannt bleiben kann.

Die Ansteckungsfrist für eine Hepatitis A (also von der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung) kann mehrere Wochen (15 bis 50 Tage, im Mittel 25 bis 30 Tage) betragen. Daher ist es im Einzelfall oft nicht mehr möglich, die Infektionsquelle zu ermitteln. Die Übertragung erfolgt in erster Linie durch kontaminierte Lebensmittel (z. B. Muscheln), Wasser oder verunreinigte Gebrauchsgegenstände, aber auch bei engem Kontakt mit infizierten Personen (z. B. mangelnde Händehygiene nach der Toilettenbenutzung).

Daher ist der beste Schutz die Einhaltung allgemeingültiger Hygiene-Regeln. Typische Symptome bei Erkrankung sind Mattigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Gelbfärbung der Haut oder Augen, entfärbter Stuhl oder dunkelbrauner Urin. Bei diesen Anzeichen sollte dringend ein Arzt aufgesucht werden.

Bei Kontakt zu einem Kind, das mit Hepatitis A infiziert ist, kann eine zeitnahe (wenige Tage) Impfung gegen Hepatitis A (evtl. mit der gleichzeitigen Gabe von Immunglobulin) den Ausbruch der Krankheit bei Kontaktpersonen oft noch verhindern.

Eine weitere fäkal-oral übertragbare Krankheit ist die Virus-Hepatitis E. Sie wird hauptsächlich in Entwicklungsländern beobachtet, tritt aber auch in Ländern des Mittelmeerraumes auf. In Deutschland ist die Erkrankung selten und wird meist in

Zusammenhang mit einem längeren Auslandsaufenthalt in den o. g. Risikogebieten beobachtet.

Eine Ansteckung erfolgt hauptsächlich durch den Genuss von Trinkwasser oder Nahrungsmitteln, welche durch Fäkalien verunreinigt sind. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist eher unwahrscheinlich.

Für Hepatitis E steht noch keine Impfung zur Verfügung, so dass nur durch die Einhaltung der bereits oben beschriebenen Hygienemaßnahmen eine Infektion verhindert werden kann.

Die Inkubationszeit beträgt 2 bis 9 Wochen, im Mittel ca. 40 Tage.

Die ersten Krankheitszeichen sind eher uncharakteristisch und zeichnen sich durch ein allgemeines Krankheitsgefühl, Müdigkeit und die Anzeichen einer Magen-Darm-Grippe aus. Schließlich kommt es zur Gelbfärbung von Haut und Augen, zur Entfärbung des Stuhlgangs und zur Dunkelfärbung des Urins.

Die Erkrankung heilt in den meisten Fällen folgenlos aus, jedoch können unter bestimmten Gegebenheiten 1 bis 2% tödliche Verläufe auftreten. Besonders in den letzten drei Monaten einer Schwangerschaft verläuft die Erkrankung häufig sehr schwer.

Eine Ansteckungsgefahr besteht ca. zwei Wochen vor und bis zu zwei Wochen nach Krankheitsbeginn.

Aufgrund der hohen Ansteckungsfähigkeit dürfen Personen, die an Hepatitis A oder E erkrankt sind, Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen.

#### **5.3.4. Kopfläuse**

Kopfläuse sind ein immer wieder auftretendes Problem in Einrichtungen, in denen Kinder auf engen Raum zusammenleben.

Bei Kopflausbefall sind folgende Hinweise zu beachten:

Die Eltern sind verpflichtet, die Tagespflegepersonen über den Kopflausbefall ihres Kindes zu informieren. Befallene Kinder dürfen erst nach einer korrekt durchgeführten Erstbehandlung die Gemeinschaftseinrichtung wieder besuchen. Ein ärztliches Attest über die erfolgreiche Erstbehandlung kann, muss aber nicht gefordert werden (z. B. im Wiederholungsfall). Nach Bekanntwerden eines Kopflausbefalls müssen die Tagespflegepersonen die Eltern aller betreuten Kinder darüber informieren und sie anweisen, die eigenen Kinder auf Befall hin zu untersuchen. Innerhalb von 3

Tagen informieren die Eltern dann wieder die Tagespflegepersonen über das Ergebnis der Untersuchung.

Übertragen werden Kopfläuse über befallene Kinder bzw. Gebrauchsgegenstände, wie z. B. gemeinsam benutzte Mützen, Kissen etc.

Sofort nach Feststellung von Läusen oder Nissen ist eine Behandlung mit einem Läusemittel aus der Apotheke entsprechend der Gebrauchsanweisung durchzuführen.

Von extrem wichtiger Bedeutung ist es, die Behandlung am 9. oder 10. Tag (s. Herstellerangaben) nach der Erstbehandlung zu wiederholen, da erst bei der zweiten Behandlung die evtl. nachgeschlüpften Larven erfasst und abgetötet werden können.

Nur beide Behandlungen im richtigen Abstand garantieren eine erfolgreiche Bekämpfung der Läuse!

Wichtig ist auch, dass bei Kopflausbefall alle Familienmitglieder der betroffenen Kinder (und auch der Tagespflegepersonen!) vorsorglich einer Kontrolle unterzogen werden, denn Läuse breiten sich schnell aus.

Mögliche Kontaktgegenstände wie Handtücher, Bett- und Leibwäsche müssen bei 60 °C gewaschen werden, Kämme/Haarbürsten o. Ä. werden in einer heißen Seifenlauge gereinigt. Nicht waschbare Textilien wie Mützen, Schals, Kuscheltiere etc., die mit dem Kopfhaar in Berührung gekommen sein könnten, können auch durch „Aushungern“ läusefrei werden. Dazu verschließt man die Gegenstände für 3 Tage in Plastikbeutel, länger können Kopfläuse ohne Blutmahlzeit nicht überleben.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat zum Thema eine leicht verständliche Broschüre verfasst, die unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/kopflaeuse-was-tun/> bestellt oder heruntergeladen werden kann und evtl. auch für betroffene Eltern von Tageskindern eine Hilfe bieten kann.

### **5.3.5. Krätzmilbenbefall (Skabies)**

Skabies ist eine Hauterkrankung des Menschen, die durch die Krätzmilbe verursacht wird. Sie kommt in Deutschland bei Kindern nur noch sporadisch vor, kann aber in Gemeinschaftseinrichtungen zu Ausbrüchen führen.

Die Übertragung erfolgt meist durch engen Körperkontakt, wobei bereits ein einziges Milbenweibchen zu einem ausgeprägten Krankheitsbild führen kann.

Seltener, aber nicht ausgeschlossen ist die Übertragung durch gemeinsam benutzte Gegenstände, wie Decken, Handtücher oder Kleidungsstücke.

Hervorgerufen wird die Infektion durch das nur 0,3 – 0,4 mm große, begattete Milbenweibchen, welches in den unteren Lagen der Hornschicht der Haut einen Gang von täglich 0,5 – 5,0 mm gräbt. Während seiner Lebensdauer von ca. acht Wochen legt das Weibchen hier 40 bis 50 Eier ab.

In der Regel werden Körperstellen mit weicher Haut (z. B. Finger und Zwischenfingerfalte, Ellenbeuge, Achseln, Brustwarzen, Nabel, Fußknöchel und Fußränder) befallen.

Die Infektion zeigt anfangs nur geringe Hautveränderungen und Beschwerden. Nach ca. vier Wochen entsteht dann ein heftiger Juckreiz, vor allem nachts (Bettwärme), hervorgerufen durch die Ausscheidungen der Milben. Der dann oft folgende Hautausschlag (meist um die Brustwarzen und am Handrücken) ist eine allergische Reaktion des Körpers auf die Stoffwechselprodukte der Milben.

Da die Zeit von der Ansteckung bis zu den ersten spürbaren Symptomen mit vier Wochen relativ lang ist, können in diesem Zeitraum bereits andere Personen bei engen körperlichen Kontakten mit Krätzmilben angesteckt werden.

Die Behandlung einer Infektion muss unter Aufsicht eines Arztes erfolgen.

Alle Personen mit engem Körperkontakt zum Erkrankten sind als erkrankungsverdächtige Personen mitzubehandeln. Bett- und Leibwäsche sind zur Abtötung der Milben bei mindestens 60°C, besser Kochwäsche zu waschen. Kleidung und Gegenstände, welche nicht gewaschen werden können, können für mindestens 48 Stunden tiefgefroren werden. Dadurch werden die Milben abgetötet. Die Umgebung, wie Matratzen oder Polstermöbel, ist gründlich abzusaugen.

Bei einem Befall mit Krätzmilben ist unverzüglich das Gesundheitsamt einzuschalten.

Erkrankte Kinder dürfen die Einrichtung erst wieder besuchen nach erfolgreicher Behandlung und klinischer Abheilung der befallenen Hautareale. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.

### 5.3.6. Tuberkulose

Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit, die bei Kindern in Deutschland glücklicherweise nur noch selten vorkommt. Sie wird durch das Bakterium *Mycobacterium tuberculosis* übertragen.

Die häufigste Form ist die Lungentuberkulose, prinzipiell kann aber jedes Organ befallen werden (z.B. Knochen, Lymphknoten, Darm etc.). Die Tuberkuloseerreger werden bei der ansteckenden Form der Lungentuberkulose von Mensch zu Mensch durch feinste Tröpfchen über den Luftweg übertragen, insbesondere beim Husten, Niesen oder Sprechen.

Nach einer Infektion mit Tuberkulosebakterien muss die Erkrankung nicht sofort ausbrechen, sondern kann auch erst Jahre später auftreten. Besonders Kinder unter fünf Jahren und Menschen mit Abwehrschwäche erkranken nach einer Infektion mit Tuberkulosebakterien häufig an einer Tuberkulose.

Des Weiteren gibt es auch Tuberkuloseformen, die nicht ansteckend sind. Die typischen Symptome bei einer Lungentuberkulose sind lang anhaltender Husten evtl. mit blutigem, bräunlichem Auswurf, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Brustschmerzen, Atemnot und erhöhte Körpertemperatur. Manchmal haben Tuberkulosekranke auch keine Symptome und die Erkrankung wird zufällig diagnostiziert. Wird eine Tuberkuloseerkrankung festgestellt, ist ein schneller Beginn einer medikamentösen Behandlung wichtig.

Im Falle einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose müssen die Erkrankten isoliert werden bis keine Ansteckungsgefahr mehr besteht.

Jede Erkrankung und der Tod an Tuberkulose sind nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig. Deshalb muss in jedem Fall einer ansteckenden Tuberkulose auch das Gesundheitsamt eingeschaltet werden. Es ermittelt bei jedem Tuberkuloseerkrankten die engen Kontaktpersonen (z.B. Familie etc.), um einerseits die Infektionsquelle wie auch weitere infizierte Personen frühzeitig zu finden. Die Zeit von der Ansteckung bis zum Auftreten der ersten Krankheitszeichen beträgt oft Wochen bis Monate. Die Untersuchungen von Kontaktpersonen auf Tuberkulose sind laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) duldungspflichtig.



## **6 Quellenangaben.**

Bayerisches Gesetz zur Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindergärten, anderen Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege (Bayerisches Kinderbildungs- und -betreuungsgesetz - BayKiBiG) vom 8. Juli 2005 (G v. 11.12.2012, 644)

Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Kinderbildungs- und -betreuungsgesetzes (AVBayKiBiG)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Handbuch Kindertagespflege; 2009

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: Lebensmittelhygienische Anforderungen in der Kindertagespflege

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: "Empfehlungen zur Wiedezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen"

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG); "Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist"

Landes-Gesundheitsamt Baden-Württemberg; Musterhygieneplan für Kindertagesstätten; 3., neu überarbeitete Auflage, April 2010 ([www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de))

## 7 Anlagen

### 7.1 Anlage 1: Empfehlungen zur Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

Infektion	Cholera	Diphtherie	EHEC
<b>Impräventabel</b>	(relativ)	ja	nein
<b>Inkubationszeit</b>	Stunden bis 5 d, selten länger	2-5 d, selten bis 8 d	1-8 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar	Solange Erreger nachweisbar; bei antibakterieller Behandlung nur 2-4 d	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar
<b>Wiederezulassung nach Krankheit (WZ)</b>	Nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d; erste Stuhlprobe frühestens 24 h nach Ende einer Antibiose	wenn 3 Abstriche negativ (Abstand je 2 d); [1. Abstrich 24 h nach Antibiose-Ende]	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	ja	ja	ja
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	Die Übertragung von Cholera-vibrionen erfolgt unabhängig davon, ob Krankheitszeichen bestehen oder nicht, u.a. von Mensch zu Mensch (fäkal-oral) und durch kontaminierte Nahrungsmittel. Deshalb sollten Ausscheider erst nach drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden die Einrichtung wieder besuchen. Eine Wiederezulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes (§ 34 Abs.2 Nr.1 IfSG).	Kranke und asymptomatische Keimträger: nach 3 negativen Abstrichen	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 negativen aufeinanderfolgenden Stuhlproben (Abstand 1-2 d). Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll mit dem GA eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um ggf. WZ zu ermöglichen (unter Berücksichtigung des Virulenzprofils des EHEC-Stammes incl. Serotyp, Toxintyp, eae-Gen).
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	Da asymptomatische Infektionen bzw. leichte Verläufe die Mehrzahl sind, müssen Personen für fünf Tage nach dem letzten Kontakt mit Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.	falls keine Antibiose: WZ nach 3 neg. Nasen- und Rachenabstrichen (Abstand: 24 h; in Ausnahmefällen: 7 d nach letztem Kontakt); falls Antibiose: WZ nach 3 d	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen gewährleistet ist. Es sollte jedoch in Umgebungsuntersuchungen 3 Stuhlproben je Kontaktperson <sup>1</sup> untersucht werden (§ 34 Abs. 3 IfSG). Für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf EHEC aufgetreten ist, gelten die Vorschriften für EHEC Erkrankte.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene.	Desinfektion der Umgebung	Die Übertragung von EHEC-Bakterien kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen (Händehygiene !) verhütet werden. Bei Kontakt mit Stuhl eines EHEC-Erkrankten sollten für die Dauer der Inkubationszeit die Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich gewaschen, mit Einmal-Papierhandtüchern abgetrocknet und desinfiziert werden.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt	Enge Kontaktpersonen (auch Geimpfte) erhalten Antibiose; WZ nach 3 d	keine wirksame Prophylaxe bekannt
<b>Sonstiges</b>	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA erforderlich.	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA erforderlich.	

<b>Infektion</b>	<b>Virale hämorrhagische Fieber</b>	<b>Haemophilus influenzae B-Meningitis</b>	<b>Impetigo (ansteckende Borkenflechte)</b>
<b>Impräventabel</b>	nein	ja	nein
<b>Inkubationszeit</b>	Ebola 2-21 d Lassa 6- 21 d Marburg 7 -9 d	nicht genau bekannt	2-10 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Solange Viren im Speichel, Blut oder in Ausscheidungen nachweisbar	bis zu 24 h nach Beginn einer Antibiose entsprechend dem Ergebnis der antimikrobiellen Testung.	Ohne Behandlung sind die Patienten ansteckend, bis die letzte Effloreszenz abgeheilt ist.
<b>Wiedenzulassung nach Krankheit</b>	Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Für die Entscheidung einer WZ sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.	Nach antibiotischer Therapie und nach Abklingen der klinischen Symptome.	24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose; ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	Abstimmung mit GA	nicht erforderlich	erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Für die Entscheidung einer WZ sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.	Wegen der großen Zahl von Keimträgern sind Umgebungsuntersuchungen nicht sinnvoll. Ein Ausschluss eines Ausscheiders ist nicht erforderlich, solange bei ihm keine meningitis- oder epiglottitisverdächtigen Symptome auftreten.	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft dürfen Gemeinschaftseinrichtungen nicht besuchen (§34 Abs. 3 Nr. 4 IfSG)	nicht erforderlich, wenn medikamentöse Prophylaxe nach Exposition durchgeführt wird	nicht erforderlich
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Strikte Isolierung von Erkrankten. Über Maßnahmen gegenüber Kontaktpersonen entscheidet die zuständige Behörde (§ 30 IfSG).	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.	Desinfektion von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen nicht erforderlich.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Enge Kontaktpersonen von Patienten mit Lassa-Fieber: Ribavirin	In einem Haushalt mit Kindern unter vier Jahren, die unvollständig oder nicht gegen Hib immunisiert sind, sollen alle Personen (nicht jedoch Schwangere) eine Rifampicin-Prophylaxe für 4 d erhalten. In Kindereinrichtungen mit ungeimpften Kindern unter zwei Jahren wird eine Prophylaxe für alle Kinder derselben Gruppe und deren Betreuer (nicht jedoch für Schwangere) empfohlen. Eine Chemoprophylaxe ist nicht mehr sinnvoll, wenn der Kontakt zum Indexpatienten mehr als sieben Tage zurückliegt. Dosis und Dauer der Rifampicin-Prophylaxe nach Lebensalter	keine wirksame Prophylaxe bekannt
<b>Sonstiges</b>	Unverzögliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA erforderlich.		

Infektion	Pertussis (Keuchhusten)	Lungen-TBC	Masern
<b>Imfpräventabel</b>	ja	(in D Impfung nicht empfohlen)	ja
<b>Inkubationszeit</b>	7-20 d	Wochen bis Monate, meist mehr als 6 Monate	8-12 d bis Stadium catarrhale, 14 d bis Exanthem, bis 18 d bis Fieberbeginn
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und kann bis zu 3 Wochen nach Beginn des Stadium convulsivum andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit auf etwa 5 d nach Beginn der Therapie. Auch gegen Pertussis geimpfte Kinder können nach Keuchhustenkontakt vorübergehend Träger von Bordetella sein.	am höchsten, solange säurefeste Stäbchen mikroskopisch nachweisbar sind (im Sputum, abgesaugtem Bronchialsekret oder Magensaft). Erkrankte Kinder gelten in aller Regel nicht als infektiös. Unter einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie sind Patienten, die mit einem sensiblen Stamm infiziert sind, innerhalb von 2–3 Wochen meist nicht mehr infektiös.	5 d vor bis 4 d nach Auftreten des Exanthems, am höchsten vor Auftreten des Exanthems
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	frühestens 5 d nach Beginn einer effektiven Antibiose; ohne antimikrobielle Behandlung frühestens 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome	- Bei initialem mikroskopischem Nachweis von säurefesten Stäbchen müssen nach Einleitung einer wirksamen Therapie in drei aufeinanderfolgenden Proben von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft mikroskopisch negative Befunde vorliegen, -bei initialem Fieber oder Husten ist eine 2 Wochen anhaltende Entfieberung oder Abklingen des Hustens abzuwarten, - nach korrekt durchgeführter antituberkulöser Kombinationstherapie von in der Regel 3 Wochen Dauer, wenn drei negative Befunde vorliegen.	nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 d nach Exanthemausbruch.
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	erforderlich	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	entfällt	Wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist stets als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen.	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt. Bei Husten sind Untersuchungen zur Feststellung oder zum Ausschluss von Pertussis angezeigt.	Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome auftreten.	Für empfängliche Personen, die in der Wohngemeinschaft Kontakt zu einem Masernerkrankungsfall hatten, legt § 34 Abs. 3 IfSG einen Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung für die Dauer von 14 d nach der Exposition fest. Der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ist für diese Personen dann möglich, wenn ein Impfschutz besteht, eine postexpositionelle Schutzimpfung durchgeführt wurde oder eine früher abgelaufene Erkrankung ärztlich bestätigt ist.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.		Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Für enge <b>Kontaktpersonen</b> in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter besteht die Empfehlung einer <b>Chemoprophylaxe</b> mit Makroliden. Auch enge Kontaktpersonen, die geimpft sind, sollten vorsichtshalber eine Chemoprophylaxe erhalten, wenn sich in ihrer Umgebung gefährdete Personen, wie z.B. Säuglinge oder Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundleiden, befinden.	Für <b>Kinder</b> unter 6 Jahren oder Kinder mit engem Kontakt zu einem ansteckenden Fall von Tuberkulose (z.B. Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum-Direktpräparat eines Elternteils), deren Tuberkulintest negativ ist und bei denen durch weitere Untersuchungen eine Erkrankung an Tuberkulose ausgeschlossen wurde, wird eine Chemoprophylaxe mit INH über 3 Monate empfohlen.	Bei ungeimpften, immungesunden Kontaktpersonen kann der Ausbruch der Masern durch rechtzeitige <b>post-expositionelle Impfung</b> wirksam unterdrückt werden. Bei abwehrgeschwächten Patienten und chronisch kranken Kindern ist eine postexpositionelle Prophylaxe von Masern auch als <b>passive Immunisierung</b> durch Gabe von spezifischem humanem Immunglobulin innerhalb von 2–3 d nach Kontakt möglich.
<b>Sonstiges</b>			

Infektion	Meningokokken-Meningitis/Sepsis	Mumps	Typhus, Paratyphus
<b>Impräventabel</b>	zum Teil	ja	ja
<b>Inkubationszeit</b>	meist 3-4 d (auch 2-10 d)	12-25 d, i.d.R. 16-18 d	Typhus abdominalis: ca. 3–60 d (i.d.R. 8-14 d) Paratyphus: ca. 1–10 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Mit Ansteckungsfähigkeit ist 24 h nach Beginn einer erfolgreichen Therapie mit $\beta$ -Laktam-Antibiotika nicht mehr zu rechnen.	7 d vor bis 9 d nach Beginn der Parotisschwellung (2 d vor bis 4 nach am größten)	Ansteckungsgefahr besteht durch Keimausscheidung im Stuhl ab ungefähr einer Woche nach Erkrankungsbeginn. Die Ausscheidung kann über Wochen nach dem Abklingen der Symptome anhalten und in 1–4% der Fälle in eine lebenslange symptomlose Ausscheidung übergehen.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	nach Abklingen der klinischen Symptome.	nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 9 d nach Auftreten der Parotisschwellung	nach klinischer Gesundung und 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 d
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	nicht erforderlich	erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	5-10% aller Personen sind Träger von Meningokokken im Nasen-Rachen-Raum. Bei Epidemien können bis zu 90% Träger sein. Ein Ausschluss von Ausscheidern ist daher nicht vertretbar.	entfällt	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen</b>	Diese Regelungen gelten entsprechend für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf eine Meningokokken-Infektion aufgetreten ist (§ 34 Abs. 3 IfSG). Nach § 34 Abs. 7 IfSG kann die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem GA Ausnahmen von dem Verbot nach § 34 Abs. 1 und 3 IfSG zulassen, wenn Maßnahmen durchgeführt werden oder wurden, mit denen eine Übertragung der Erkrankung verhindert werden kann (z.B. Chemoprophylaxe).	Personen, die in der Wohngemeinschaft Kontakt zu einer ärztlich bestätigten Mumpserkrankung (oder einem Verdachtsfall) hatten, dürfen eine Gemeinschaftseinrichtung für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 18 d nicht besuchen (§ 34 Abs. 3 IfSG). Ausnahmen: - wenn sie nachweislich früher bereits an Mumps erkrankt waren, - früher bereits geimpft wurden (bei nur einmaliger Impfung wird aktuell die 2. Dosis gegeben) - sowie nach postexpositioneller Schutzimpfung, falls diese innerhalb von 3 (max. 5) d nach erstmals möglicher Exposition erfolgte.	bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1–2 Tagen. Ausnahmen können in Absprache mit dem Gesundheitsamt erfolgen, wenn keine typhusverdächtigen Symptome vorliegen und wenn eine strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen (s.u.) gegeben ist.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.	effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel)
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Für enge Kontaktpersonen (Def. S. RKI-Merkblatt) sollte eine Chemoprophylaxe durchgeführt werden.	Alle exponierten und empfänglichen Personen einer Gruppe sollten so früh wie möglich eine Inkubationsimpfung erhalten (bis 5 d nach Exposition).	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
<b>Sonstiges</b>	Wichtig: besonders sorgfältige Informationspolitik		

<b>Infektion</b>	<b>Pest</b>	<b>Polio[myelitis] (Kinderlähmung)</b>	<b>Scabies (Krätze; Krätzmilbenbefall)</b>
<b>Impfpräventabel</b>	(nein)	ja	nein
<b>Inkubationszeit</b>	2-6 d, bei Lungenpest wenige h bis 2 d	ca. 3-35 d	Erstinfektion: 20-35 d Reinfektion: wenige d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachweisbar	Solange das Virus ausgeschieden wird. Das Poliovirus ist in Rachensekreten frühestens 36 h nach Infektion nachweisbar und kann dort etwa 7 d persistieren. Die Virusausscheidung im Stuhl beginnt nach 72 h und kann mehrere Wochen dauern (in Einzelfällen, z.B. bei Immunkompetenten, auch länger). Auch Infizierte mit abortivem oder inapparentem Verlauf sind Virusausseider.	Ohne Behandlung sind Patienten während der gesamten Krankheitsdauer ansteckend. Durchschnittlich beträgt diese 8 Wochen.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie	frühestens 3 Wochen nach Krankheitsbeginn und nur nach Vorliegen von 2 negativen Stuhluntersuchungen	Nach Behandlung und klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	erforderlich	erforderlich	erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachweisbar	entfällt	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	Kontaktpersonen sind vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen. Eine strenge häusliche Isolierung über sechs Tage mit ärztlicher Überwachung ist ausreichend.	Bei Kontaktpersonen sollte so früh wie möglich eine Schutzimpfung mit IPV-Impfstoff erfolgen. Bei Kontaktpersonen mit Grundimmunisierung ist ein Ausschluss von Gemeinschaftseinrichtungen nach postexpositioneller Schutzimpfung in der Regel nicht erforderlich. Wenn es sich um eine Boosterung handelt, ist der Schutz gegen eine Erkrankung umgehend vorhanden. Eine Garantie gegen die Virusausscheidung im Darm ist mit IPV allerdings nicht erreichbar. Bei ungeimpften Kontaktpersonen ist eine Wiederzulassung 3 Wochen nach letzter Exposition und negativen virologischen Kontrolluntersuchungen möglich.	Alle Mitglieder der Wohngemeinschaft sollen sich ärztlich untersuchen lassen, dabei kann eine simultane vorsorgliche Behandlung in Betracht gezogen werden. Sofern unmittelbar nach der ersten Mittelapplikation, d.h. binnen eines halben Tages alle auf der Haut befindlichen oder auswandernden Krätzmilben letal geschädigt sind und die notwendigen Entwesungsmaßnahmen ebenfalls in letal milbenschädigender Weise sachgerecht durchgeführt wurden, besteht kein Grund den Befallenen den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen länger als einen Tag zu verwehren.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Immer den Rat des Gesundheitsamtes einholen (Quarantänekrankheit!). Es kann die Absonderung in einem Krankenhaus oder andere Schutzmaßnahmen anordnen.	Vermeidung von fäkal-oralen Schmierinfektionen durch Händewaschen und –desinfektion während der Inkubationszeit bei Kontaktpersonen.	Krätzmilben werden durch Kontakte von Mensch zu Mensch, besonders bei Bettwärme übertragen. Die Kleidung der Patienten sollte bei 60 °C gewaschen oder gereinigt werden.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Bei Personen mit engem Lungenpest-Kranken oder Kontakt zu Blut, Eiter oder Ausscheidungen eines an Pest Erkrankten oder Verdächtigen sollten eine sofortige Chemoprophylaxe mit Tetracyclin, Streptomycin oder Chloramphenicol für 7 d erfolgen.	Alle exponierten und empfänglichen Personen müssen so früh wie möglich eine aktive Schutzimpfung erhalten.	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
<b>Sonstiges</b>	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via Gesundheitsamt erforderlich.	In jedem Verdachts- und Erkrankungsfall ist die oberste Gesundheitsbehörde des Bundeslandes und das Robert Koch-Institut zu informieren	

<b>Infektion</b>	<b>S. pyogenes (Scharlach)</b>	<b>Shigellose (Bakterien-Ruhr)</b>	<b>Virus-Hepatitis A/E</b>
<b>Impfpräventabel</b>	nein	nein	A: ja, E: nein
<b>Inkubationszeit</b>	2-4 d	selten länger als 12 - 96 h	15-30-(50) d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	- 24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose. - unbehandelt gelten die Patienten bis zu 3 Wochen als infektiös	solange Keime ausgeschieden werden (1-4 Wochen mögl.); chronische Ausscheidung ist selten (z.B. bei mangelernährten Kindern).	1-2 Wochen vor bis max. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus (Gelbsucht)
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	Bei antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszeichen ab dem 2. Tag. Wird keine antibiotische Therapie veranlasst frühestens nach Abklingen der Krankheitssymptome (unbehandelte Patienten können bis zu 3 Wochen kontagiös sein).	nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 d (erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 h nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 24 h nach Ende einer Antibiose)	Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus.
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	erforderlich	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	nicht erforderlich	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem GA eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um WZ zu ermöglichen.	Gegenwärtig erlaubt die Labordiagnostik keine routinemäßige Erfassung von Ausscheidern. Empfehlungen müssen deshalb entfallen.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich	Kontaktpersonen (v.a. aus der häuslichen Gemeinschaft des Erkrankten) müssen für die Dauer der Inkubationszeit eine besonders gründliche Händehygiene einhalten. Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen. Von dieser Regel kann abgewichen werden, solange keine verdächtigen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen sicher gewährleistet ist (§ 34 Abs. 3 i.V. m. Abs. 7 IfSG).	In Gemeinschaftseinrichtungen sollte bei Kontaktpersonen für 1–2 Wochen nach einer postexpositionellen Impfung (Hep. A) ein Ausschluss erfolgen. Außerdem sollten für mindestens 4 Wochen strikte hygienische Bedingungen eingehalten werden. Ansonsten sind Kontaktpersonen 4 Wochen nach dem letzten Kontakt zu einer infektiösen Person vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen auszuschließen, sofern nicht die strikte Einhaltung von hygienischen Maßnahmen zur Verhütung einer Übertragung gewährleistet ist.
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>		Die Übertragung von Shigellen kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Personen die Kontakt mit einem Erkrankten hatten, sollten sich in der Dauer der Inkubationszeit die Hände mehrmals täglich gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren.	Die Übertragung des Erregers kann wirksam durch Vermeiden einer fäkal-oralen Schmierinfektion verhütet werden. Personen die Kontakt mit einem Erkrankten hatten, sollten sich in der Dauer der Inkubationszeit die Hände mehrmals täglich gründlich waschen, die Hände mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	nicht notwendig Ausnahme: Patienten mit Zustand nach rheumatischen Fieber haben ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv und sollten daher Penicillin erhalten.	keine wirksame Prophylaxe bekannt	Ungeimpfte Kinder und Jugendliche können bei engem Kontakt zum Erkrankten (Haushalt, KT, Heim etc.) baldmöglichst eine postexpositionelle aktive Schutzimpfung und ggf zusätzlich eine Immunglobulin-Prophylaxe erhalten.

<b>Infektion</b>	<b>Varizellen (Windpocken)</b>	<b>Läuse (Kopflausbefall, Pediculosis)</b>	<b>Enteritis, bakteriell</b>
<b>Impräventabel</b>	ja	nein	nein
<b>Inkubationszeit</b>	(8)-14-16-(28) d	keine eigentliche Inkubation Lebenszyklus ca. 3 Wochen	meist 7-10 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1–2 d vor Auftreten des Exanthems und endet 5–7 d nach Auftreten der letzten Effloreszenzen. Patienten mit Herpes zoster sind bis zur Verkrustung der Bläschen ansteckungsfähig (Schmierinfektionen).	solange die Betroffenen mit geschlechtsreifen Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind; falls Nissen nahe der Kopfhaut festgestellt werden, bedeutet dies eine später mögliche Ansteckungsgefahr (nach 2–3 Wochen, frühestens nach 8 d); Nissen an weiter entfernten Abschnitten des Haares sind keine Gefahr (abgestorben oder leer)	solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	Bei unkompliziertem Verlauf ist ein Ausschluss für eine Woche aus der Gemeinschaftseinrichtung in der Regel ausreichend.	direkt nach der – bestätigten – korrekten Durchführung einer Behandlung möglich <sup>2</sup>	Ein Ausschluss wegen Enteritis kommt nur bei Kindern < 6 Jahre in Frage. WZ nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl).
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich	nicht erforderlich; bei Kindern sollen deren Erziehungsberechtigte die Behandlung gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung bestätigen	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	entfällt		Es gibt keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern, die Enteritis-salmonellen, Campylobacter oder Yersinien ausscheiden, den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich	nicht erforderlich; Kontaktpersonen sind zu informieren, zu untersuchen und ggf. zu behandeln. Kinder einer Gemeinschaftseinrichtung werden i.d.R. von deren Eltern untersucht, bei fehlender Rückmeldung (Frist: 3 Tage) durch sachkundiges Personal oder Mitarbeiter des Gesundheitsamtes	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Wirksame Hygienemaßnahmen sind nicht bekannt	Läuse leben wirtsfern max. 2-3 Tage. Gegenstände mit Kopfläusen können mit heißer Seifenlösung gereinigt oder 3 Tage in einer fest verschlossenen Plastiktüte gelagert werden.	Die wichtigste Maßnahme zur Prophylaxe der Übertragung von Salmonellen, Campylobacter und Yersinien ist das Waschen der Hände vor allem nach jedem Besuch der Toilette, nach Kontakt mit z. B. Windeln oder Nahrungsmittel.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	Bei ungeimpften Personen mit negativer Varizellennamnese und Kontakt zu Risikopersonen ist eine postexpositionelle Impfung innerhalb von 5 d nach Exposition oder innerhalb von 3 d nach Beginn des Exanthems beim Indexfall zu erwägen. Eine passive postexpositionelle Varizellenprophylaxe mittels VZIG wird innerhalb von 96 h nach Exposition für Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellenkomplikationen empfohlen.	keine spezifische Prophylaxe bekannt	keine wirksame Prophylaxe bekannt



<b>Infektion</b>	<b>Enteritis, viral</b>
<b>Impräventabel</b>	nein
<b>Inkubationszeit</b>	Rota: 1-3 d Noro: 1-3 d Adeno: 5-8 d
<b>Dauer der Infektiosität</b>	solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden; bei Gesunden etwa 1 Woche, bei Frühgeborenen und Immungeschwächten Wochen bis Monate
<b>Wiederzulassung nach Krankheit</b>	Ein Ausschluss wegen Enteritis kommt nur bei Kindern < 6 Jahre in Frage. WZ nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) bzw. des Erbrechens
<b>Ärztl. Attest erforderlich</b>	nicht erforderlich
<b>Ausschluss Ausscheider</b>	entfällt
<b>Ausschluss Kontaktpersonen<sup>1</sup></b>	nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten
<b>Hygiene-Maßnahmen</b>	Die Übertragung kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Wer Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem eines Erkrankten hatte, sollte sich die Hände in der Inkubationszeit und 2 Wochen danach gründlich waschen, mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend desinfizieren.
<b>Medikamentöse Prophylaxe</b>	keine wirksame Prophylaxe bekannt
<b>Sonstiges</b>	

Die Empfehlungen wurden dem RKI-Merkblatt „Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen“ vom Juli 2006 sowie dem Epidemiologischen Bulletin 20/2007: 169-173 (Kopflausbefall) entnommen.  
Stand Februar 2012

Autoren am LGL: Prof. Dr. Dr. Andreas Sing, Prof. Dr. Christiane Höller, PD Dr. Dr. Heinz Rinder

<sup>1</sup> Kontaktpersonen sind „alle Personen (...), mit denen der/die Erkrankte in seiner Wohngemeinschaft (§ 34 Abs. 3 IfSG) in dem Zeitraum infektionsrelevante Kontakte hatte, in dem er/sie Krankheitserreger ausschied. Ob ein irgendwie anders gearteter Kontakt der/des Erkrankten innerhalb dieses Zeitraums mit einer Person außerhalb des häuslichen Bereichs, z. B. in einer Gemeinschaftseinrichtung, Maßnahmen zur Infektionsverhütung oder Krankheitsfrüherkennung nach diesem Merkblatt erfordert, ist nach den Umständen des Einzelfalls fachlich zu entscheiden.“

<sup>2</sup> Bei unkontrollierten Ausbrüchen oder Zweifel an der korrekten Durchführung der Zweitbehandlung ist jedoch in der Regel „Nissenfreiheit“ (Fehlen von Eiern) zu empfehlen.

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

Stempel der Einrichtung

**BITTE LESEN SIE SICH DIESES MERKBLATT SORGFÄLTIG DURCH**

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

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

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

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

1. es an einer **schweren Infektion** erkrankt ist , die durch **geringe Erregermengen** verursacht wird. Dies sind nach der Vorschrift: Diphtherie, Cholera, Typhus, Tuberkulose und Durchfall durch EHEC-Bakterien. Alle diese Krankheiten kommen bei uns in der Regel nur als Einzelfälle vor (außerdem nennt das Gesetz noch virusbedingte hämorrhagische Fieber, Pest und Kinderlähmung. Es ist aber höchst unwahrscheinlich, dass diese Krankheitserreger in Deutschland übertragen werden);
2. eine **Infektionskrankheit vorliegt, die in Einzelfällen schwer und kompliziert** verlaufen kann, dies sind Keuchhusten, Masern, Mumps, Scharlach, Windpocken, Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien, Meningokokken-Infektionen, Krätze, ansteckende Borkenflechte, Hepatitis A und bakterielle Ruhr;
3. ein **Kopflausbefall** vorliegt und die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist;
4. es vor Vollendung des 6. Lebensjahres an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt ist oder ein entsprechender Verdacht besteht.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7.3 Anlage 3: Merkblatt Lebensmittelhygienische Anforderungen in der Kindertagespflege

Bayerisches Staatsministerium für  
Umwelt und Gesundheit



### Merkblatt

#### Lebensmittelhygienische Anforderungen in der Kindertagespflege

Tagesmütter/-väter gelten lebensmittelrechtlich als Lebensmittelunternehmer und müssen sich deshalb bei der zuständigen Lebensmittelüberwachung registrieren lassen. Es genügt die formlose schriftliche Mitteilung von Namen, Anschrift und Tätigkeit (Tagesmutter/-vater). Eine regelmäßige lebensmittelrechtliche Kontrolle der für die Kindertagespflege genutzten Privaträume einschließlich der Küche ergibt sich hieraus nicht.

#### Anforderungen an die Küche

- Küche sauber und instand gehalten, (Haus-)Tiere und Schädlinge fernhalten
- Flächen, Gegenstände, Armaturen mit direktem/indirektem Lebensmittelkontakt sauber, in einwandfreiem Zustand, leicht zu reinigen, ggf. zu desinfizieren
- In ausreichender Nähe Handwaschbecken, Seifenspender und Einmalhandtüchern oder täglich saubere Handtücher
- Zwei Spülbecken (Spülen von Geschirr / Säubern von Lebensmitteln) bzw. ein Spülbecken mit Zwischenreinigung
- Reinigungsutensilien nach Gebrauch sauber/trocken lagern, ggf. erneuern
- Trinkwasserzufuhr in ausreichender Menge; Reinigung von Lebensmitteln mit Trinkwasser
- Geeignete Abfallbehälter mit Abdeckung; häufiges, ggf. tägliches Leeren und Reinigen verhindert Schädlingsbefall
- Geeignete Kühl-, Tiefkühlgeräte (max. + 7°C bzw. - 18°C) für Lebensmittel; Thermometer zur Temperaturkontrolle

#### Umgang mit Lebensmitteln, persönliche Hygiene und weitere Anforderungen

- Hygienisch einwandfreie Zubereitung (auch Säuberung von Lebensmitteln)
- Besondere Sorgfalt bei Arbeiten mit risikobehafteten Lebensmitteln (rohes Geflügel, rohe Eier u. a.)
- Roheihaltige Speisen, Roh- / Vorzugsmilch dürfen nicht angeboten werden!
- Saubere Kleidung; Schmuck vermeiden
- Händereinigung / -desinfektion u. a. vor der Arbeit mit Lebensmitteln, nach Toilettengang, Windelwechsel
- Toilette/-raum sauber, in einwandfreiem Zustand, leicht zu reinigen, ggf. zu desinfizieren; Handwaschbecken, Seifenspender, Einmalhandtücher
- Lagerung gesundheitsgefährdender bzw. ungenießbarer Substanzen in separat gelagerten, verschlossenen, gekennzeichneten (Original-)Behältern
- Einhaltung Mindesthaltbarkeits- bzw. Verbrauchsdatum der Lebensmittel
- Ausreichende Kühlung kühlpflichtiger und leicht verderblicher Lebensmittel
- Rasche Abkühlung von Speisen im Kühlschrank (auf unter + 10 °C in 2 Stunden), geringe Schichtdicke bzw. kleine Portionen
- Gefrorene Lebensmittel im Kühlschrank auftauen; Tauflüssigkeit hygienisch auffangen / entfernen
- Aufgetaute Lebensmittel zügig und hygienisch verarbeiten, nicht wieder einfrieren
- Warme Speisen vor dem Verzehr durchgaren (z.B. + 80 °C Kerntemperatur für 10 Minuten)
- Teilnahme an einer Hygiene-Schulung nach § 4 LMHV bzw. Verordnung (EG) Nr. 852/2004 sowie einer Belehrung nach § 43 Infektionsschutzgesetz

Hinweis: Dieses Merkblatt erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Eigenkontrollmaßnahmen im Rahmen der Sorgfaltspflicht der Tagespflegepersonen werden vorausgesetzt.

**Für Fragen stehen die zuständige Lebensmittelüberwachungsbehörde sowie das Gesundheitsamt zur Verfügung.**

Stand 05.09.2012

## 7.4 Anlage 4: Muster-Reinigungsplan

Was	Wann	Womit (Handelsnamen und Endkonzentrationen der verwendeten Reinigungsmittel)	Wie	Wer
<b>Spielbereich</b>				
Fußboden	Täglich und bei Verunreinigung	Reinigungsmittel	saugen/feucht wischen	Tagespflegepersonen
Schränke/Regale	nach Bedarf, aber mindestens 1 - 2x jährlich	Reinigungsmittel	feucht wischen	Tagespflegepersonen
Tische	nach Bedarf, mindestens jedoch 2x pro Woche feucht vor und nach der Essenseinnahme am Tisch	Reinigungsmittel	feucht wischen	Tagespflegepersonen
Kuschelecke/Sofa	mind. 1x pro Woche absaugen Decken und waschbare Bezüge regelmäßig waschen bei Verunreinigung sofortige Reinigung	Staubsauger Haushaltswaschmaschine	in der Waschmaschine waschen	Tagespflegepersonen
Spielsachen/Spielgeräte	bei Bedarf, aber bei Verunreinigung sofort	Reinigungsmittel Haushaltswaschmaschine	feucht abwischen in der Waschmaschine waschen	Tagespflegepersonen
<p><b>Hinweis:</b> Für die Reinigung sind Einmal-Reinigungstücher oder zur Wiederverwendung geeignete Reinigungstücher zu verwenden. Zweite müssen jedoch desinfizierend gewaschen werden können (Kochwaschgang empfohlen)! Die Reinigung selbst ist stets nur mit sauberen Tüchern auszuführen.</p>				
<b>Küche</b>				



Arbeitsflächen Spülbecken/Waschbecken	nach Benutzung, täglich und bei Verunreinigung	Reinigungsmittel	feucht wischen nachtrocknen	Tagespflegepersonen
Vorratshaltung	monatlich	Reinigungsmittel	feucht wischen	Tagespflegepersonen
Kühlschrank	alle 2 - 4 Wochen	Reinigungsmittel	feucht wischen	Tagespflegepersonen
Gefrierschrank/Gefriertruhe	nach Bedarf , jedoch mind. 1 x Jahr	Reinigungsmittel	feucht wischen	Tagespflegepersonen
Grill- u. Backgeräte, Dunstabzugshaube	nach Benutzung	Reinigungsmittel	feucht wischen	Tagespflegepersonen
Töpfe, Geschirr, Besteck	nach Benutzung	Geschirrspülmittel	manuelles Spülen oder Spülma- schine benutzen	Tagespflegepersonen
Geschirrtücher Reinigungstücher	arbeitstäglich	Waschmaschine	Kochwäsche, staubgeschützt aufbewahren	Tagespflegepersonen

**Hinweis:**

Für die Reinigung sind Einmal-Reinigungstücher oder zur Wiederverwendung geeignete Reinigungstücher zu verwenden. Zweite müssen jedoch desinfizierend gewaschen werden können (Kochwaschgang empfohlen)!

Die Reinigung selbst ist stets nur mit sauberen Tüchern auszuführen.

Das Abspülen von Geschirr, Töpfen und Besteck sollte aus hygienischen Gründen in einer Spülmaschine (Intensivspülgang bei 70°C) erfolgen.

Für die Waschmaschine sind Reinigungsverfahren mit 60°C mit desinfizierenden Waschmitteln oder (noch besser) falls möglich der Kochwaschgang empfohlen.

Wickelbereich/WC

Wickeltische	Nach jeder Benutzung ohne Unterlage, nach jeder Benutzung mit Unterlage, nach Verunreinigung mit Körperflüssigkeiten, Stuhl	Desinfektionsmittel nach VAH-Liste Reinigungsmittel Desinfektionsmittel nach VAH-Liste	desinfizieren (nicht sprühen) feucht wischen desinfizieren (nicht sprühen)	Tagespflegepersonen
Abfallbehälter für Schmutzwindeln	Mindestens 1 x täglich	Reinigungsmittel, Desinfektionsmittel nach VAH-Liste	Leeren, reinigen und desinfizieren	Tagespflegepersonen
Töpfchen	Nach jeder Benutzung  Bei Durchfallerkrankung	Reinigungsmittel, Desinfektionsmittel nach VAH-Liste  Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Noroviruswirksamkeit nach VAH- Liste	Nassreinigung, vor nächster Benutzung vollständig trocknen lassen  Desinfizieren	Tagespflegepersonen
WC/Urinal	täglich und bei Verunreinigung	Sanitärreiniger	feucht wischen	Tagespflegepersonen
Hände	nach jedem Wickelvorgang  Bei Durchfallerkrankung	Waschlotion in Spendern  Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Noroviruswirksamkeit nach VAH- Liste	Auf die feuchte Haut geben und mit Wasser aufschäumen	Tagespflegepersonen
Badewanne	nach Benutzung	Desinfektionsmittel nach VAH-Liste	reinigen und desinfizieren	Tagespflegepersonen
Fußböden	1x täglich, bei Verschmutzung sofort	Reinigungsmittel	feucht wischen	Tagespflegepersonen

**Hinweis:**

Beim Wickeln der Kinder sind aus hygienischen Gründen Einmalpapierunterlagen zu empfehlen oder jedes Kind sollte seine eigene textile Unterlage haben.

Im Falle einer erhöhten Infektionsgefahr z. B. bei Durchfall von Kindern oder Umgang mit infektiösem Material müssen die Hände mit einem viruswirksamen Präparat desinfiziert werden.

Die Töpfchen der Kinder sollten möglichst personengebunden verwendet werden. Ist dies nicht der Fall, sollte nach jeder Benutzung eine Desinfektion durchgeführt werden.

Für die Reinigung sind Einmal-Reinigungstücher oder zur Wiederverwendung geeignete Reinigungstücher zu verwenden. Zweite müssen jedoch desinfizierend gewaschen werden können (Kochwaschgang empfohlen)! Die Reinigung selbst ist stets nur mit sauberen Tüchern auszuführen.

In der Desinfektionsmittel-Liste des VAH (Verbund für Angewandte Hygiene) sind alle von der Desinfektionsmittel-Kommission zertifizierten Präparate enthalten. Die zu Desinfektionsmaßnahmen verwendeten Mittel sollten der o. g. VAH-Liste entstammen. Ob dies für das jeweils eingesetzte Desinfektionsmittel zutrifft, kann dem Etikett bzw. den Herstellerangaben entnommen werden.

Kuschelecke/Schlafbereich				
Bettgestelle	Regelmäßig, mind. 4 x jährlich bei Verschmutzung sofort	Reinigungsmittel	Feucht wischen	Tagespflegepersonen
Boden/Teppichboden	Mindestens 1x pro Woche, bei Verschmutzung sofort	Reinigungsmittel/Staubsauger	Feucht wischen/saugen	Tagespflegepersonen
Matratzen Matratzenschonbezug	Regelmäßig, mind. 2 x jährlich bei Personenwechsel	Reinigungsmittel	feucht abwischen waschen	Tagespflegepersonen
Decken und Bezüge	Häufigkeit abhängig vom Verschmutzungs- grad bei Verunreinigung sofort, sonst alle 2 Wo- chen	Waschmaschine	Wechseln, waschen	Tagespflegepersonen
<p><b>Hinweis:</b></p> <p>Jedes Kind sollte seine eigene Bettwäsche und Matratze haben</p> <p>Für die Waschmaschine sind Reinigungsverfahren mit 60°C mit desinfizierenden Waschmitteln oder (noch besser) falls möglich der Kochwaschgang empfohlen</p> <p>Ideal sind flüssigkeitsdichte Matratzenschonbezüge, die in der Waschmaschine gewaschen werden können.</p> <p>Für die Reinigung sind Einmal-Reinigungstücher oder zur Wiederverwendung geeignete Reinigungstücher zu verwenden. Zweite müssen jedoch desinfizierend gewaschen werden können (Kochwaschgang empfohlen)!</p> <p>Die Reinigung selbst ist stets nur mit sauberen Tüchern auszuführen.</p>				



## 7.5 Anlage 5: Muster-Hygieneplan für Tagespflegepersonen

### **Vorwort:**

Nach § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Gemeinschaftseinrichtungen verpflichtet, in einem Hygieneplan innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Einhaltung der Infektionshygiene festzulegen.

Der folgende Muster-Hygieneplan umfasst allgemeine Informationen der Hygiene zu folgenden Themen:

- 1. Hygiene im Spiel- und Schlafbereich der Tageskinder**
- 2. Mundhygiene**
- 3. Händehygiene**
- 4. Hygiene im Wickelbereich/WC**

Bezüglich der hygienischen Anforderungen bei der Zubereitung von Lebensmitteln wird auf das Merkblatt „Lebensmittelhygienische Anforderungen in der Kindertagespflege“ vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit verwiesen, welches diesem Leitfaden unter Anlage 3 beiliegt.

### **1. Hygiene im Spiel- und Schlafbereich der Tageskinder**

Im allgemeinen Betrieb sind desinfizierende Mittel und Verfahren nicht routinemäßig erforderlich, es genügt die regelmäßige Reinigung mit Reinigungsmitteln.

Desinfizierende Mittel und Verfahren können allerdings erforderlich werden, wenn es zu Verunreinigungen mit potenziell infektiösem Material kommt.

Mit Blut, Erbrochenem oder anderen potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten kontaminierte Flächen sind unter Verwendung von Einmalhandschuhen mit einem Desinfektionsmittelgetränktem Tuch grob zu reinigen; anschließend ist die betroffene Fläche nochmals zu desinfizieren.

Alle zu reinigenden Flächen, Oberflächen und Gegenstände müssen in einen festen Plan eingetragen werden, der jederzeit zugänglich und einsehbar ist (Desinfektionsplan, s. a. Anlage 4) und aus dem hervorgeht, welche Flächen in welchen Zeitabständen wie gereinigt werden müssen.

Im Außenbereich (z. B. Garten oder Terrasse) muss auf die Sauberkeit der Spielgeräte geachtet werden. Der Sandkasten soll nach Beendigung des Spiels jeweils wieder abgedeckt werden, um eine Verunreinigung (z. B. durch herumstreunende Katzen, Hunde oder Laub) zu vermeiden. Verunreinigungen aller Art sind sofort zu beseitigen. Nach jedem Spiel im Sandkasten und vor den Mahlzeiten sind die Hände zu waschen.

Wird im Bereich des Sandkastens mit Wasser gespielt, muss Trinkwasser verwendet werden.

Das Kinderplanschbecken muss täglich entleert und gereinigt werden. Es darf nur mit Trinkwasser befüllt werden. Bei grober Verschmutzung des Wassers (z. B. durch Fäkalien) ist ein sofortiger Wasserwechsel und eine gründliche Reinigung des Beckens erforderlich.

## **2. Mundhygiene**

Zahnbürsten und Zahnputzbecher müssen mit den Namen der Kinder versehen und dürfen nur personenbezogen verwendet werden. Sie sind sauber und trocken aufzubewahren. Einmal pro Woche sollten die Zahnputzbecher in der Spülmaschine gereinigt werden (desinfizierende Wirkung).

Zahnbürsten sind regelmäßig zu wechseln (spätestens nach 2 Monaten). Bei Veränderungen der Farbe oder der Form sowie bei Infektionskrankheiten wie z. B. Scharlach, sind sie sofort zu wechseln.

Fläschchen und Schnuller müssen personenbezogen verwendet werden (kennzeichnen!).

## **3. Händehygiene**

Zur Händewaschung ist Seife aus dem Spender zu benutzen (optimal sind berührungsfreie Seifenspender). Die Verwendung von Stückseife ist nicht zulässig.

Für jedes Tageskind ist ein eigenes Handtuch zu verwenden, Gemeinschaftshandtücher sind nicht zulässig. Handtücher aus Stoff müssen regelmäßig (mindestens 1x pro Woche bei mindestens 60°C) gewaschen werden, bei sichtbarer Verschmutzung muss das Handtuch sofort gewechselt werden.

Im Falle des Auftretens von Schmierinfektionen (z. B. Durchfallerkrankungen, Erbrechen) sind für die Zeit der Erkrankung Einmalhandtücher zu bevorzugen (z. B. Papierhandtücher, Feuchttücher oder Küchenrolle). Für diesen Fall ist, wie bereits oben erwähnt, ein Händedesinfektionsmittel vorzuhalten.

Es muss darauf geachtet werden, dass die entsprechenden Desinfektionsmittel als gegenüber Rota- und Norovirus wirksam gekennzeichnet sind. Die Händedesinfektion der Kinder muss durch die Tagespflegepersonen durchgeführt werden bzw., je nach Alter der Kinder, von den Tagespflegepersonen überwacht werden!

Für eine regelhafte und wirksame Händedesinfektion müssen ca. 3 - 5 ml Händedesinfektionsmittel für mindestens 30 Sekunden lang in die trockenen Hände eingerieben werden. Besondere Beachtung verdienen dabei die Fingerzwischenräume, Handrücken, Fingerkuppen und Nagelfalze.

## **4. Hygiene im Wickelbereich/WC**

Für die allgemeine Reinigung von WC und Badezimmer sind haushaltsübliche Reiniger zu verwenden. Wickelauflagen müssen wasch- und desinfizierbar sein. Es empfiehlt sich die Verwendung von Einmalwickelauflagen. Im Wickelbereich muss ein für die Windeln geeigneter Eimer zur Verfügung stehen. Windeln und Ersatzkleidung müssen sauber und trocken gelagert werden.

Pflegemittel, wie Puder oder Cremes können leicht durch Bakterien besiedelt werden. Deshalb ist hier zu empfehlen diese in haushaltüblichen Behältern (keine Großgebilde!) vorzuhalten.

Bei Kontakt mit Blut, Eiter oder infektiösen Sekreten sind Einmalhandschuhe zu verwenden. Auch im Falle einer erhöhten Infektionsgefahr (z. B. bei Durchfall oder Erbrechen) empfiehlt es sich, beim Wickeln Einmalhandschuhe zu benutzen. Nach dem Ausziehen der Einmalhandschuhe muss eine zusätzliche Händedesinfektion durchgeführt werden.