

Hygieneplan



Stand: 09/2022

Erstellt auf der Grundlage des §36 Infektionsschutzgesetz

1 Adressatinnen und Adressaten des folgenden Hygieneplans

Der folgende Hygieneplan richtet sich grundsätzlich an alle Mitglieder der Schulgemeinschaft: die Mitglieder der Schulleitung, Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler und Erziehungsberechtigte, den Hausmeister der Schule (Herrn Frank von der Osten-Fabeck) sowie alle sonstigen an der Schule beschäftigten Personen.

2 Hygieneorganisation

2.1 Externe Regelwerke und Quellen (Anlage 1)

2.2 Allgemeines

Der **Hygieneplan** ist Bestandteil der Schulordnung und mit einer Dienstanweisung gleichzusetzen. Er ist allen Beschäftigten jederzeit zugänglich und einsehbar (IServ). Für die Schülerinnen und Schüler und deren Eltern und Erziehungsberechtigte ist er auf der Homepage hinterlegt.

Die **Schulleiterin** ist verantwortlich für die Einhaltung der Hygieneanforderungen. Sie delegiert Aufgaben des Hygienemanagements an weitere geeignete Personen (Anlage 3). Für die Schulverpflegung ist ein externer Caterer (aktuell: Zwergenlunch) verantwortlich.

Das **Hygienemanagement** umfasst:

- die Erstellung und Aktualisierung des Hygieneplans,
- die Überwachung der dort festgelegten Maßnahmen,
- die Durchführung von Hygienebelehrungen für Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, Eltern und Erziehungsberechtigte und sonstige an der Schule tätige Personen (Anlagen 4 bis 6),
- die Infektionsintervention in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt (Einhaltung vorgeschriebener Meldketten, Informationsfluss sowie Einleitung notwendiger Maßnahmen).

2.3 Besondere Belehrungs-, Melde- und Mitwirkungspflichten

2.3.1 Nachweispflicht gegen Masern

Gesetzliche Grundlagen: Die Nachweispflicht gegen Masern besteht gemäß §20 IfSG für alle nach dem 31.12.1970 geborenen und in Schulen tätigen oder betreuten Personen und ist der Schulleitung gegenüber zu erbringen.

Der Nachweis über einen altersentsprechenden Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz kann von den nachweispflichtigen Personen auf mehreren Wegen belegt werden:

- Impfausweis
- ärztliche Bescheinigung
- Einlegekarte aus den Untersuchungsheften
- Bescheinigung einer anderen staatlichen Stelle oder Einrichtung

Der Nachweis für Kinder muss bei der Schulanmeldung erbracht und dokumentiert werden. Soweit der ärztliche Impfschutz nicht nachgewiesen wird, muss unverzüglich eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Näheres siehe auch NLGA-Merkblatt für Kindergemeinschaftseinrichtungen: https://www.nlga.niedersachsen.de/download/171847/Umsetzung_des_Masernschutzgesetzes_Merkblatt_fuer_Kindergemeinschaftseinrichtungen_gemaess_33_Infektionsschutzgesetz_IfSG_.pdf

2.3.2 Weitere Melde- und Mitwirkungspflichten

2.3.2.1 Lehr-, Erziehungs- und Aufsichtspersonal

In § 34 IfSG werden gesundheitliche Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen für Personen in Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen genannt (Lehr-, Erziehungs- und Aufsichtspersonal sowie Schülerinnen und Schüler), die an bestimmten Infektionen (z. B. Hepatitis A) erkrankt oder dessen verdächtig sind, die verlaust sind oder die bestimmte Krankheitserreger (z. B. Salmonellen) ausscheiden (Anlage 4 und 5).

Personen, bei denen an in § 34 IfSG genannten Krankheiten festgestellt wurden, dürfen die Schule und das Schulgelände nicht betreten. Gleiches gilt auch für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine der in § 34 Abs. 3 IfSG aufgeführten Infektionskrankheit aufgetreten ist.

Die Schulleiterin belehrt das Lehr-, Erziehungs- und Aufsichtspersonal über die Inhalte des § 34 IfSG. Sowohl die betroffenen Personen (Erkrankte, Erkrankungsverdächtige und Ausscheider) als auch die Schulleitung halten die in diesem Zusammenhang verbindlichen Meldepflichten ein. Personen, die in Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt mit den dort Betreuten haben, müssen gemäß § 35 IfSG (in Verbindung mit § 34 IfSG) vor der erstmaligen Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten von ihrem Arbeitgeber belehrt werden (Anlage 4). Über die Belehrung wird ein Protokoll erstellt, das für die Dauer von drei Jahren aufbewahrt wird. Die Inhalte der Belehrung sind bei IServ hinterlegt und deren Kenntnisnahme ist alle zwei Jahre (Schuljahresbeginn) von den Lehrkräften schriftlich zu dokumentieren (Abzeichnen einer Liste).

Im Falle einer Erkrankung bzw. eines Verdachtsfalles, einer Verlaust, einer Ausscheidung von Krankheitserregern oder einer bestehenden Erkrankung gemäß § 34 IfSG ist der bzw. die Betroffene verpflichtet, dies der Schulleitung zu melden. Die betroffene Person darf in der Zeit der Ansteckungsfähigkeit keine Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt mit den zu Betreuenden hat.

Die Aufhebung dieser Regelung („Wiederzulassung“) ist in der Anlage 5 erläutert.

2.3.2.2 Regelungen für Kinder, Jugendliche und Sorgeberechtigte

Die Erziehungsberechtigten sowie volljährige Schülerinnen und Schüler werden über die Forderungen des § 34 IfSG durch die Leitung belehrt (Anlage 6). Dies gilt auch dann, wenn (z. B. im Falle eines Schulwechsels) bereits eine Belehrung an einer anderen Einrichtung durchgeführt wurde. Die Belehrung erfolgt schriftlich beim Eintritt an unserer Schule.

Im Falle einer Erkrankung bzw. eines Verdachtsfalles, einer Verlaugung oder einer Ausscheidung von Krankheitserregern oder einer bestehenden Erkrankung in der Wohngemeinschaft gemäß § 34 IfSG ist der bzw. die Betroffene (oder die Sorgeberechtigten) verpflichtet, dies der Leitung zu melden. Die betroffene Person darf in der Zeit der Ansteckungsfähigkeit die Schule nicht besuchen.

2.3.3 Durchführung von Meldungen gemäß § 34 IfSG

Die Schulleitung meldet dem Gesundheitsamt unverzüglich, wenn Beschäftigte oder Schülerinnen und Schüler (bzw. Sorgeberechtigte) der Leitung

- das Vorliegen bzw. den Verdacht eines Sachverhaltes gemäß § 34 Absatz 1 – 3 IfSG (Infektionskrankheit, Verlaugung, Ausscheidung) melden,
- zwei oder mehr gleichartige, schwerwiegende Erkrankungen melden und als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind (z. B. Brechdurchfall bei Schulveranstaltung).

Im Detail stellt sich der Meldeweg wie folgt dar:

Beschäftigte der Schule, Schülerinnen und Schüler und Schüler oder deren Sorgeberechtigte stellen fest, dass ein zu meldender Sachverhalt (gemäß § 34 IfSG, Anlage 6) vorliegt bzw. vorliegen könnte.	
Konsequenz:	
<i>Schule</i>	<i>Gesundheitsamt</i>
1) Mitteilung an die Schulleitung.	Besprechung aller weiteren Schritte mit der betroffenen Schule.
2) Die Schulleitung meldet den Fall auf einem sicheren Übertragungsweg an das zuständige Gesundheitsamt (zum Beispiel per E-Mail). Parallel hierzu erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme zur Besprechung der weiteren Schritte.	

2.3.4 Informationsweitergabe im Infektionsfall

Nach Auftreten einer der in § 34 Abs. 1 – 3 IfSG beschriebenen Sachverhalte werden die weiteren Betreuenden, die Schülerinnen und Schüler und ggf. deren Sorgeberechtigten entsprechend informiert. Hierbei ist darauf zu achten, dass dies anonym erfolgt.

2.4 Bevorratung von Hygienematerial

Bestimmte Situationen (z. B. Erbrechen bei viralen Infektionen) machen es notwendig, dass Hygienematerial ad hoc verfügbar ist. Es steht an verschiedenen Orten (z. B. im LeZi) ein kleines Depot mit mindestens den folgenden Artikeln zur Verfügung: Haushaltspapier, Einmal-Wischtücher (z. B. aus Fließ), kleine Müllbeutel (z. B. 30 Liter), alkoholisches viruzides Händedesinfektionsmittel, Einmal-Schutzhandschuhe.

Das Material ist jederzeit dem Lehrpersonal zugänglich und wird regelmäßig auf Vollständigkeit und Verwendbarkeit überprüft und ggf. ergänzt.

2.5 Wartung und Überprüfung

Bestimmte Geräte, Anlagen und Einrichtungen können bei Fehlfunktionen bzw. bei einer mikrobiellen Besiedelung zu schwer kalkulierbaren Infektionsgefahren führen, denen mit einer regelmäßigen Wartung und Überprüfung entgegen gewirkt werden kann (hausinternes Trinkwassernetz etc.). Dies erfolgt durch die Schulträgerin.

3 Personenbezogene Hygiene

3.1 Allgemeine Verhaltensregeln

Die in der Schule beschäftigten Personen, sowie Schülerinnen und Schüler bzw. deren Sorgeberechtigte können unter Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung dazu beitragen, dass eine Verbreitung von Krankheitserregern im Zusammenhang mit dem Schulbetrieb vermieden wird. Treten Erkrankungen auf, so kann die Weiterverbreitung u.a. durch folgende Maßnahmen begrenzt werden durch:

- die unverzügliche Benachrichtigung der Schulleitung im Falle einer Infektionserkrankung oder eines Krankheitsverdachtes, einer Verlausung, des Ausscheidens von Krankheitserregern oder einer bestehenden Infektionserkrankung gemäß § 34 IfSG (zum Ablauf der Meldung s. Tabelle 2),
- die Befolgung der in diesem Zusammenhang ärztlich oder behördlich angeordneten Maßnahmen sowie
- ggf. die Beschaffung ärztlicher Atteste zur Bescheinigung darüber, dass eine Ansteckungsfähigkeit nicht mehr vorliegt.

3.2 Händehygiene

Hände sind durch ihre vielfältigen Kontakte mit der Umgebung und anderen Menschen die Hauptursache dafür, dass durch Kontakte Infektionskrankheiten übertragen werden. Das Waschen der Hände, die Händedesinfektion und in bestimmten Fällen auch das Tragen von Schutzhandschuhen gehören daher zu den wichtigsten Maßnahmen persönlicher Infektionsprophylaxe.

3.2.1 Händewaschen

Das Schulpersonal und die Schülerinnen und Schüler wissen, dass unter anderem in folgenden Situationen die Hände gewaschen werden sollten: vor und nach dem Umgang mit Lebensmitteln und der Einnahme von Speisen, nach jeder Verschmutzung, der Toilettenbenutzung oder dem Handkontakt mit Tieren.

Das Händewaschen findet unter Verwendung von Seifenlotion und Einmalhandtüchern statt. Händedesinfektion

Die wesentlichen Regeln zur Durchführung der Händedesinfektion sind den Mitgliedern der Schulgemeinschaft bekannt:

- Die Hände sollen trocken sein.
- Ca. 3 – 5 ml des Desinfektionsmittels in die Hohlhand geben.
- Unter waschenden Bewegungen in die Hände einreiben. Dabei darauf achten, dass die Fingerkuppen und -zwischenräume, Daumen und Nagelfalze berücksichtigt werden.
- Während der Einwirkzeit (je nach Herstellerangabe 30 Sekunden bis 2 Minuten) müssen die Hände mit Desinfektionsmittel feucht gehalten werden.

Gefahrenhinweise:

- Vorräte von Desinfektionsmittel werden prinzipiell vor dem Zugriff von Schülerinnen und Schüler bzw. unberechtigten Personen sicher aufbewahrt und verschlossen gelagert.
- Den Schülerinnen und Schülern ist die Gefahr der leichten Entflammbarkeit zu verdeutlichen.

3.2.2 Einmalhandschuhe

Die Verwendung von Einmalhandschuhen ist bei vorhersehbarem Kontakt mit Wunden, Ausscheidungen, Blut usw. notwendig (z. B. zum Aufwischen von Blut oder Erbrochenem).

Einmalhandschuhe werden stets situativ getragen und nach Durchführung der betreffenden Maßnahme über den Restmüll entsorgt.

3.3 Sanitärhygiene

Für das schulische Personal und die Schülerinnen und Schüler stehen ausreichend Toiletten und Urinale zur Verfügung. Die Sanitärbereiche sind mit Einmalhandtüchern sowie mit Spendervorrichtungen für Flüssigseife ausgestattet. Eine ausreichende Anzahl von Abfallbehältern für Papierabfälle ist bereitgestellt.

Die Toilettenzellen sind von innen abschließbar. Es befinden sich darin Kleiderhaken, Papierhalter und Toilettenbürste. Toilettenpapier wird stets bereitgehalten. In den Mädchentoiletten sind verschließbare Abfallbehälter vorhanden. Eine wirksame Lüftung in den Toilettenräumen ist gewährleistet.

3.4 Abfallbeseitigung

Die Maßnahmen der Abfallsammlung sind festgelegt und dem schulischen Personal und den Schülerinnen und Schülern bekannt und zugänglich (THG trennt).

Die Abfälle werden in der Schule gemäß den Vorgaben der kommunalen Abfallentsorger getrennt gesammelt und unter Berücksichtigung der besonderen Vorschriften entsorgt (Gefahrstoffe, Sonderabfälle).

3.5 Lufthygiene

Lüftung ist ein notwendiges Instrument zur Aufrechterhaltung einer gesunden und zufriedenstellenden Luftqualität und leistet einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit sowie zur Vermeidung von Geruchsproblemen und unspezifischen Beschwerden.

Das Atemgas Kohlendioxid (CO₂) dient als Maß für die Luftgüte. Lüftungsmaßnahmen erfolgen abhängig von der CO₂-Konzentration. Steigt diese über 1.000 ppm, ist spätestens bei 1.500 ppm ein manuelles Lüften über Fenster vorzunehmen. Die CO₂-Konzentration wird z. B. mit Hilfe von Luftgüteampeln gemessen.

Weitere wichtige schulische Arbeitsschutzfelder im Bereich der Lufthygiene sind die Themen Lärm, Lüftung und Raumklima in Unterrichtsräumen. Das Thema „Lärm“ wird in dieser Arbeitshilfe nicht behandelt. Angaben zu Temperatur und anderen arbeitsphysiologisch wichtigen Randbedingungen für Klassenräume finden Sie in der Anlage 7 „Raumklima in Innenräumen“ (Quelle: <https://www.arbeitsschutz-schulen-nds.de/uebergreifende-themen/raumklima/links/rechtsgrundlagen>)

3.5.1 Fensterlüftung

Häufig steigt bereits innerhalb einer Unterrichtsstunde die CO₂-Konzentration der Raumluft auf hygienisch unerwünschte Gehalte, was aufgrund von Adaptierungsvorgängen meist nur sehr verspätet wahrgenommen wird. Deshalb gehört die Lüftung der Unterrichtsräume zu den Tätigkeiten, die regelmäßig vor dem Unterricht und in den Pausen durchzuführen sind.

Die Lüftung hat als eine Stoß- bzw. Querlüftung durch möglichst vollständig geöffnete Fenster vor Beginn des Unterrichts und in den Pausen zu erfolgen. Je größer die Temperaturdifferenz zwischen innen und außen ist, desto effektiver ist das Lüften. Daher ist bei kalten Außentemperaturen im Winter ein Lüften von ca. 3-5 Minuten sehr wirksam. An warmen Tagen ist die Lüftungsdauer zu verlängern. Eine Dauerlüftung oder Zugluft ist zu vermeiden.

Zur Einhaltung der oben genannten CO₂-Konzentrationen ist in der Regel das durch die Corona-Pandemie bekannte „20-5-20-Prinzip“ anzuwenden (20 Minuten Unterricht, 5 Minuten lüften, 20 Minuten Unterricht).

Eine alleinige Kipplüftung ist in der Regel nicht ausreichend, da durch sie zu wenig Luft ausgetauscht wird. Können aufgrund baulicher Gegebenheiten Fenster in einem Raum nicht dauerhaft geöffnet werden, ist der Raum für den Unterricht vermutlich nicht geeignet, es sei denn, es ist eine effektive raumluftechnische Anlage (Lüftungsanlage) vorhanden. Die Anforderungen an Fenster für die freie Lüftung sind in der ASR A3.6 formuliert.

Aus praktischen Gründen ist die Organisation eines Schüler-Lüftungsdienstes zur Entlastung der unterrichtenden Lehrkraft zu empfehlen. Weitere Infos zum Lüften s. Anlagen 7 und 8.

3.5.2 Raumluftechnische (RLT)-Anlagen

RLT-Anlagen werden gemäß (VDI 6022) betrieben. Dies beinhaltet eine regelmäßige und sachgerechte Wartung der Anlage und der nachvollziehbaren und nachprüfbaren Dokumentation der Wartungsarbeiten durch die Schulträgerin.

3.6 Tierhaltung (Schulhund Pepper)

Der Umgang von Schülerinnen und Schülern mit dem Schulhund wird grundsätzlich durch eine Lehrkraft angeleitet und überwacht. Dabei wird darauf geachtet, dass kein Gesichtskontakt stattfindet, dass während des Umgangs mit dem Hund nicht gegessen oder getrunken wird und dass nach dem Berühren des Hundes die Hände gewaschen werden. Vor dem Kontakt mit dem Schulhund wird das mögliche Vorhandensein von Allergien abgefragt.

4 Lebensmittelhygiene

Das Mitbringen und Verzehren von Lebensmitteln während des normalen Schulbetriebes erfolgt grundsätzlich eigenverantwortlich und erfordert daher kein besonderes Eingreifen.

Bei Schulfesten und vergleichbaren Veranstaltungen sind die Eltern und Erziehungsberechtigten aufgefordert die wesentlichen Hygiene-Maßnahmen zur Verhütung lebensmittelbedingter Infektionen einzuhalten. Die Eltern sind durch den Hygieneplan davon in Kenntnis gesetzt,

- dass leicht verderbliche Speisen zu vermeiden sind,
- dass ein geeigneter Transport und ggf. eine sachgemäße Kühlung vorzunehmen ist,
- dass die mit der Herstellung und Verteilung von Lebensmitteln betrauten Personen frei von Infektionserkrankungen und Hautverletzungen bzw. -entzündungen (speziell an den Händen) sein sollen,
- dass bei der Nutzung von wiederverwendbarem Geschirr und Besteck dieses im Anschluss adäquat gereinigt werden muss,
- dass Personen, die während des Festes mit der Herstellung bzw. dem Verteilen von Lebensmitteln betraut sind, währenddessen möglichst keine anderen Aufgaben wahrnehmen sollten (z. B. Kassieren oder Kinderbetreuung,
- dass vor dem Arbeitsantritt und vor jedem neuen Arbeitsgang die Hände gründlich zu reinigen sind. Wunden an Händen und Armen sind mit wasserundurchlässigen Pflastern abzudecken.

Anlagen

Anlage 1: Externe Regelwerke und Quellen

Publikationen der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/>

- DGUV-Vorschrift 1 „Unfallverhütungsvorschrift Grundsätze der Prävention“
- DGUV-Vorschrift 81 „Unfallverhütungsvorschrift Schulen“
- DGUV-Information 202-023 „Giftpflanzen - anschauen, nicht kauen“
- DGUV-Information 202-059 „Erste Hilfe in Schulen“
- DGUV-Regel 110-003 „Branche Küchenbetrieb“

Gesetze und Verordnungen

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) v. 25.7.2000
- Trinkwasserverordnung (TrinkwV) v. 21.5.2001
- Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV) v. 15.8.2007 (Neufassung v. 21.06.2016)

Normen

- DIN EN 16798 „Lüftung von Gebäuden“
- DIN 18034 „Spielplätze und Freiräume zum Spielen“
- DIN 77400 „Reinigungsdienstleistung - Schulgebäude - Anforderung an die Reinigung“
- VDI 6022 „Hygiene-Anforderungen an Raumluftechnische Anlagen und Geräte“
- VDI 6023 „Hygiene in Trinkwasserinstallationen“
- ASR A3.6 „Lüftung“

Weitere Publikationen

- Desinfektionsmittelliste des Verbundes für angewandte Hygiene (VAH)
(www.dghm.org > dann Eingabe „Desinfektionsmittelliste“ in das Suchfeld der Seite)
- Leitfaden für die Innenraumlufthygiene in Schulgebäuden, UBA 2008
- Empfehlungen Wiederezulassung Schule
(www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber (für Ärzte) > Hinweise zur Wiederezulassung (unter „Aktuelles“))
- RKI-Liste Desinfektionsmittel und -verfahren
(www.rki.de > Infektionsschutz > Infektions- und Krankenhaushygiene > Desinfektion > Desinfektionsmittelliste)
- www.arbeitsschutz-schulen-nds.de Hier finden Sie aktuelle Informationen zum Arbeitsschutz in niedersächsischen Schulen
- „Leitfaden zur Lebensmittelhygiene in Schulen“ des Niedersächsischen Landesamts für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES):
<https://www.laves.niedersachsen.de/download/102832>

Anlage 2: Übersicht über Interne Regelwerke und Arbeitsmaterialien

Anlage 3: Innerschulische Verantwortlichkeiten bei Hygienefragen

Anlage 4: Belehrung über die Liste der Infektionskrankheiten nach § 34 IfSG – Belehrung für Schulpersonal

Anlage 5: Auszug aus „Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen“

Anlage 6: Belehrung gemäß § 34 Abs. 5 IfSG; Merkblatt für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte

Anlage 7: Beleuchtung und Raumklima in Unterrichtsräumen

Anlage 8: Lüftungsempfehlung für Arbeitsräume

Anlage 3: Innerschulische Verantwortlichkeiten bei Hygienefragen

erstellt am: 18.09.2022

letzte Aktualisierung am: 18.09.2022

Personengruppen	Aufgabenbereiche	benannte Personen
Schulleitung	Durchführung von Hygienebelehrungen (Fortbildungen, Dienstbesprechungen, schriftlich)	
Lehrkräfte	Kontrolle der auf Schülerinnen und Schüler übertragenen Aufgaben bzw. Durchführung der dort genannten Aufgaben	
Hausmeister	Kontrolle der in Anlagen 11 aufgeführten Punkte evtl. unterstützt von der Sicherheitsfachkraft und/oder der/dem Hygienebeauftragten.	
Schülerinnen und Schüler	Lüftungsdienste und andere Aufgaben	

Anlage 4: Belehrung über die Liste der Infektionskrankheiten nach § 34 IfSG (für Schulpersonal)

Nach § 34 Abs. 1 dürfen Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen (u.a. Schulen) tätig sind und an

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| 1. Cholera | 7. Keuchhusten | 16. Scharlach oder sonstigen |
| 2. Diphtherie | 8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose | Streptococcus pyogenes-Infektionen |
| 3. Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E. Coli</i> (EHEC) | 9. Masern | 17. Shigellose |
| 4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber | 10. Meningokokken-Infektion | 18. Typhus abdominalis |
| 5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | 11. Mumps | 19. Virushepatitis A oder E |
| 6. Impetigo Contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | 12. Paratyphus | 20. Windpocken |
| | 13. Pest | |
| | 14. Poliomyelitis | |
| | 15. Scabies (Krätze) | |

erkrankt oder dessen verdächtig oder bei denen Kopflausbefall vorliegt keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaugung durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Entsprechendes gilt für die in den Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtungen dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen. Gleiches gilt auch für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Weiterhin dürfen Ausscheider von:

- | | |
|---|--|
| 1. Vibrio Cholerae O 1 und O 139 | 4. Salmonella Paratyphi |
| 2. Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend | 5. Shigella sp. |
| 3. Salmonella Typhi | 6. enterohämorrhagischen <i>E. Coli</i> (EHEC) |

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

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

- | | | |
|---|--|-----------------------------|
| 1. Cholera | 5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | 10. Paratyphus |
| 2. Diphtherie | 6. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose | 11. Pest |
| 3. Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E. Coli</i> (EHEC) | 7. Masern | 12. Poliomyelitis |
| 4. virusbedingtem hämorrhagischem Fieber | 8. Meningokokken-Infektion | 13. Shigellose |
| | 9. Mumps | 14. Typhus abdominalis |
| | | 15. Virushepatitis A oder E |
| | | 16. Windpocken |

aufgetreten ist.

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

Tritt einer der vorstehend genannten Tatbestände bei den genannten Personen auf, so haben diese Personen oder der Sorgeinhaber der Gemeinschaftseinrichtung hiervon unverzüglich Mitteilung zu machen. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung hat jede Person, die in der Gemeinschaftseinrichtung neu betreut wird, oder deren Sorgeberechtigte über die oben genannten Pflichten zu belehren.

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

Den vorstehenden Sachverhalt habe ich zur Kenntnis genommen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Anlage 5: Auszug aus „Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für die Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz“

Quelle: www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber > Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für die Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

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

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

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

Allgemeines

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

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

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

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

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

Am Entscheidungsprozess sind Fachpersonal und medizinische Laien beteiligt. Deshalb richtet sich dieses Merkblatt z. B. auch an Mitarbeiter der Schulverwaltung, der Flüchtlingsverwaltung, Träger von Kindergärten und Beherber-

gungsbetrieben. Weitere Handlungsanweisungen enthalten die Schulseuchenerlasse der Bundesländer. Zur Beurteilung des Einzelfalles können weitere Merkblätter des Robert Koch-Instituts (RKI) herangezogen werden. Als Nachschlagewerk liefert wertvolle Hinweise: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: DGPI-Handbuch 4. Auflage. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. München: Futuramed-Verlag, 2003.

Im Folgenden werden die bei den einzelnen Infektionskrankheiten wiederkehrenden Stichworte kurz erläutert:

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

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

Ausreichende Immunität: Unter diesem Stichpunkt ist definiert, unter welchen Voraussetzungen bei impfpräventablen Infektionskrankheiten eine ausreichende Immunität anzunehmen ist. Auf diesen Punkt wird bei Infektionskrankheiten verzichtet, bei denen die Empfehlungen unabhängig vom Impfstatus zu sehen sind, z. B. wenn die Impfung nicht ausreichend sicher schützt. **Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige zu Gemeinschaftseinrichtung:** Bei Betreuten ist die (Wieder-) Zulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, beim Personal die Zulassung zur Ausübung von Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben, gemeint (siehe § 34 Abs. 1 IfSG). Gemäß § 2 Nr. 5 IfSG ist ein Krankheitsverdächtiger eine Person, bei der Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen. **Wiederzulassung von Ausscheidern zu Gemeinschaftseinrichtung:** Bei Betreuten ist die (Wieder-) Zulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, beim Personal die Zulassung zur Ausübung von Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben, gemeint (siehe § 34 Abs. 2 IfSG). Gemäß § 2 Nr. 6 ist ein Ausscheider eine Person, die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein. Die Wiederzulassung darf nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen erfolgen.

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

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

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

Postexpositionsprophylaxe: Hierunter werden Maßnahmen aufgeführt, die nach möglichem Kontakt mit Infektionserregern verhindern sollen, dass die Person erkrankt oder der Verlauf der Erkrankung zumindest abgemildert wird. Die Maßnahmen können in einer medikamentösen Behandlung (Chemoprophylaxe) oder der Gabe von postexpositionellen Impfungen bestehen.

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

Übersicht über Infektionskrankheiten in Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen in Anlehnung an die Empfehlungen des RKI

Die Empfehlungen in diese Übersicht beziehen sich in der Regel nur auf erkrankte Personen. Maßnahmen für Kontaktpersonen und Ausscheider sind mit der zuständigen Gesundheitsbehörde abzusprechen.

Die zuständige Gesundheitsbehörde kann auch weitergehende Vorgaben festlegen, wenn dies aufgrund der Bewertung der infektiologischen Situation vor Ort erforderlich ist.

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Schriftliches ärztliches Attest	Wiederzulassung
Cholera	Einige Std. bis 5 Tage, selten länger.	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind.	ja	Nach klinischer Genesung und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden (Abstand der Stuhlproben 24 bis 48 Std.). Bei Antibiotika-Therapie: erste Stuhlprobe frühestens 24 Std. nach Therapieende).
Diphtherie	In der Regel 2 bis 5 Tage, selten bis zu 10 Tagen.	Solange Erreger in Sekreten und Wunden nachweisbar sind. Ohne Therapie i.d.R. 2 bis 4 Wochen. Nach Beginn einer wirksamen Antibiotika-Therapie meist 2 bis 4 Tage.	ja	Bei behandelten Keimträgern nach zwei negativen Abstrichbefunden (Abstand der Abstriche mindestens 24 Std., erster Abstrich frühestens 24 Std. nach Ende der Antibiotika-Therapie).
EHEC Enteritis (Durchfallerkrankung durch entero-hämorrhagische E. Coli)	ca. 2 bis 10 Tage (durchschnittlich 3 bis 4 Tage).	Solange EHEC-Bakterien im Stuhl nachweisbar sind. Variiert von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen	ja	Bei klinischem Bild eines HUS oder Nachweis eines HUS-assoziierten EHEC-Stammes: Nach klinischer Genesung und zwei aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden (Abstand der Stuhlproben mindestens 24 Std. und frühestens 48 Std. nach erfolgter Antibiotika-Therapie). Bei Nachweis eines nicht-HUS-assoziierten EHEC-Stammes: frühestens nach 48 Std. Symptombefreiheit unter der Einhaltung von Hygienemaßnahmen.
[* HUS: Hämolytisch-urämisches Syndrom]				
VHF (Virale hämorrhagische Fieber)	1 bis 21 Tage je nach Virus-Art.	Solange Viren in Speichel, Blut oder anderen Körperausscheidungen nachweisbar sind.	ja	Nur in Abstimmung mit Fachexpert*innen und dem zuständigen Gesundheitsamt.
Haemophilus Typ b-Meningitis	Nicht genau bekannt, möglicherweise 2-4 Tage.	Bis zu 24 Std. nach Beginn einer wirksamen Antibiotika-Therapie.	nein	Nach klinischer Genesung, frühestens 24 Std. nach Beginn von wirksamer antibiotischer Therapie
Impetigo Contagiosa (Borkenfleche)	2 bis 10 Tage, z.T. auch länger.	Bis zu 3 Wochen, in Abhängigkeit vom Erreger und einer Antibiotika-Therapie	ja	Ohne antibiotische Therapie: Nach Abheilung der betroffenen Hautareale. Mit antibiotischer Therapie: 24 Std. nach Beginn der Therapie. Eiternde Hautveränderungen müssen aber abgeheilt sein.

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Schriftliches ärztliches Attest	Wiederzulassung
Pertussis (Keuchhusten)	6 bis 20 Tage; gewöhnlich 9-10 Tage.	Ohne Therapie: Beginnt am Ende der Inkubationszeit und dauert bis zu 3 Wochen nach Beginn des Krampfhustens (Stadium Convulsivum). Mit Therapie: 3-7 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotika-Therapie.	nein	Ohne Therapie: Frühestens 3 Wochen nach Auftreten des Hustens. Mit Therapie: 5 Tage nach wirksamer antibiotischer Therapie.
Lungentuberkulose (ansteckungsfähig)	Wochen bis Monate/ Jahre.	Solange Erreger in Speichel, Bronchialsekret oder Magensaft nachweisbar sind. Nach Einleitung einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie i.d.R. 2-3 Wochen	ja	Einzelfallentscheidung des Gesundheitsamtes. I.d.R. nach Durchführung einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie von mindestens 3 Wochen Dauer, wenn drei negative Sputen (Abstand jeweils mind. 8 Std.) vorliegen.
Masern	7-21 Tage, gewöhnlich 10- 14 Tage von Kontakt bis zu ersten Symptomen, 14-17 Tage bis zum Auftreten des Exanths.	4 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanths.	nein	Nach Anordnung des Gesundheitsamtes und Beurteilung der Infektions- oder Ansteckungsgefahr; frühestens am 5. Tag nach Exanthemausbruch.
Meningokokken-Meningitis	In der Regel 3 bis 4 Tage (2 bis 10 Tage sind möglich).	Von 7 Tage vor Symptombeginn bis 24 Std. nach Beginn einer wirksamen Antibiotika-Therapie. Sonst solange Erreger aus dem Nasen-Rachen-Raum isoliert werden können.	nein	Nach Abklingen der Symptome, frühestens 24 Std. nach Beginn der wirksamen Antibiotika-Therapie.
Mumps	In der Regel 16-18 Tage (12-25 Tage sind möglich).	7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Speicheldrüsenschwellung.	nein	Nach Abklingen der Symptome, jedoch frühestens 5 Tage nach Erkrankungsbeginn.
Paratyphus/ Typhus abdominalis	Paratyphus: 1-10 Tage. Typhus abdominalis: 3-60 Tage (meist 8-14 Tage).	Solange Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden werden. In der Regel Beginn der Erregerausscheidung ca. 1 Woche nach Erkrankungsbeginn. Ausscheidung über mehrere Wochen möglich. Dauerausscheider möglich.	ja	Nach klinischer Genesung und 3 aufeinander folgende negative Stuhlbefunde. Abstand zwischen den Proben: 1-2 Tage. Bei antimikrobiellen Therapie: Erste Stuhlprobe frühestens 24 Std. nach Abschluss. Bei Ausscheidern Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen.
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	3-35 Tage.	Solange das Virus ausgeschieden wird. Rachensekret: frühestens 36 Std. nach Infektion für bis zu 7 Tagen Stuhl: 2-3 Tage nach Infektion, bis zu 6 Wochen.	ja	Nur in Abstimmung mit Fachexpert*innen und dem zuständigen Gesundheitsamt. Schriftliches ärztliches Attest erforderlich.

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Schriftliches ärztliches Attest	Wiederzulassung
Pest	Beulenpest: 2-7 Tage Primäre Lungenpest: 1-3 Tage	Solange der Erreger in Punktaten, Sputum oder Blut nachgewiesen wird. Nach Beginn einer wirksamen Therapie: 72 Std.	ja	Nur in Abstimmung mit Fachexpert*innen und dem zuständigen Gesundheitsamt.
Röteln	In der Regel 14 bis 17 Tage (14 bis 21 Tage sind möglich)	7 Tage vor bis 7 Tage nach Auftreten des Exanthems	nein	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens jedoch am 8. Tag nach Erkrankungsbeginn.
Scharlach/ sonstige Streptococcus-pyogenes Infektion (Streptokokken-Angina)	1-3 Tage; selten länger.	Bei wirksamer Antibiotikatherapie bis 24 Std. nach Therapie-Beginn. Ohne wirksame Therapie: bis zu 3 Wochen.	nein	Bei wirksamer antibiotischer Therapie und ohne Krankheitszeichen 24 Std. nach Therapiebeginn. Ohne Therapie frühestens 2 Wochen nach Abklingen der Krankheitssymptome.
Shigellose (Ruhr)	12-96 Std.	Während der akuten Infektion und solange Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden werden; bis zu 4 Wochen nach der akuten Krankheitsphase möglich.	ja	Nach klinischer Genesung und 2 aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden (Abstand 1 bis 2 Tage; erste Stuhlprobe frühestens 24 Std. nach Symptombefreiheit bzw. 48 Std. nach Ende der Antibiotikatherapie). Bei Ausscheiden Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen.
Virushepatitis A Virushepatitis E	A: 15-50 Tage (meist 25-30 Tage). E: 15-64 Tage.	A: 1 bis 2 Wochen vor und bis zu 1 Woche nach Auftreten der Gelbfärbung (Ikterus). E: Nicht abschließend geklärt. (Das Virus kann im Stuhl etwa 1 Woche vor bis 4 Wochen nach Beginn des Ikterus nachgewiesen werden.)	nein	A: 2 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten der Gelbfärbung. E: Nach klinischer Genesung.
Varizellen (Windpocken)	Meist 14-16 Tage (8-28 Tage sind möglich).	1-2 Tage vor Auftreten der Hauterscheinungen und bis 5-7 Tage nach Auftreten der ersten Bläschen.	nein	Bei unkompliziertem Verlauf: 1 Woche nach Erkrankungsbeginn (d.h. nach Auftreten der ersten Bläschen); vollständige Verkrustung aller Bläschen ist erforderlich.
Infektiöse Durchfall-erkrankung bei Kindern unter 6 Jahren	Je nach Erreger unterschiedlich.	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind.	nein	48 Std. nach Abklingen des Durchfalls (Stuhl wieder geformt).

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Schriftliches ärztliches Attest	Wiederzulassung
Kopflausbefall	Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht.	Solange Betroffene mit mobilen Läusen befallen sind bzw. noch vitale Läuseeier (Nissen) vorhanden sind und noch keine adäquate Behandlung durchgeführt wurde.	Nein (bei Erstbefall) Ja (bei wiederholtem Befall)	Direkt nach der ersten von zwei erforderlichen Behandlungen. Zweite Behandlung nach 8 bis 10 Tagen erforderlich, um erneute Besiedlung mit geschlechtsreifen Läusen zu verhindern. Als Voraussetzung für eine Wiederzulassung kann die Bestätigung der Sorgeberechtigten über eine korrekt durchgeführte Behandlung gelten. Bei wiederholtem Befall innerhalb von 4 Wochen kann ein ärztliches Attest sinnvoll sein.
Skabies (Krätze)	Bei Erstbefall 2-6 Wochen, ab dem zweiten Befall 1-4 Tage.	Ohne Behandlung während der gesamten Krankheitsdauer.	Ja (insbesondere bei wiederholtem Befall) <i>[Bei Erstbefall, kann ggf. die Vorlage des Nachweises über die ärztliche Verschreibung einer Therapie ausreichen]</i>	Bei sachgerechter Therapie direkt nach abgeschlossener Behandlung bzw. 24 Std. nach Einnahme von Ivermectin (gilt nicht bei Skabies Crustosa). Weiterbehandlung und Kontrolle der Maßnahmen durch die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt erforderlich. Vorgaben der Gesundheitsbehörde sind zu beachten.

Anmerkungen

Aufgrund des prägenden Gedankens zur (vertrauensvollen) Zusammenarbeit und Eigenverantwortung des Einzelnen (§ 1 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) einerseits und des berechtigten Interesses gerade von Kindern und Jugendlichen, in Gemeinschaftseinrichtungen vor Infektionsgefahren geschützt zu werden andererseits, hat zur Abwägung des Erfordernisses eines schriftlichen ärztlichen Attestes geführt. Ohne die Begründung hier für jede einzelne Erkrankung nachzuvollziehen wird darauf hingewiesen, dass bei allen schweren und bedrohlichen Erkrankungen sowie bei Skabies, Impetigo Contagiosa und wiederholtem Kopflausbefall eine schriftliche Bescheinigung im Merkblatt empfohlen wird, während bei Erkrankungen, die

- nach einem bestimmten Intervall ab Krankheitsbeginn nicht mehr ansteckend sind und eine dauerhafte Immunität hinterlassen (Hepatitis A, Masern, Mumps, Windpocken) oder
- nach einem bestimmten Intervall ab Beginn einer chemotherapeutischen Behandlung nicht mehr übertragbar sind (Keuchhusten, Scharlach, erstmaliger Kopflausbefall) oder
- nach Abklingen von Durchfall und Erbrechen nicht mehr ansteckend sind (akute Gastroenteritis bei Kindern unter 6 Jahren)
- ein Attest nicht erforderlich ist.

Davon unberührt bleibt das Recht der Einrichtungen, gegenüber Eltern, die wiederholt klinisch kranke Kinder in die Einrichtung schicken, auf einem ärztlichen Attest zu bestehen.

Anlage 6: Belehrung gemäß § 34 Abs. 5 IfSG (Merkblatt für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte)

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_eltern_deutsch.pdf?blob=publicationFile



GEMEINSAM VOR INFektionen SCHÜTZEN **Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte** **durch Gemeinschaftseinrichtungen** **gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz**

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern befinden sich viele Menschen auf engem Raum. Daher können sich hier Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten.

Aus diesem Grund enthält das Infektionsschutzgesetz eine Reihe von Regelungen, die dem Schutz aller Kinder und auch des Personals in Gemeinschaftseinrichtungen vor ansteckenden Krankheiten dienen. Über diese wollen wir Sie mit diesem **Merkblatt** informieren.

1. Gesetzliche Besuchsverbote

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, dass ein Kind **nicht in den Kindergarten, die Schule oder eine andere Gemeinschaftseinrichtung gehen darf**, wenn es an bestimmten Infektionskrankheiten erkrankt ist oder ein entsprechender Krankheitsverdacht besteht. Diese Krankheiten sind in der **Tabelle 1** auf der folgenden Seite aufgeführt.

Bei einigen Infektionen ist es möglich, dass Ihr Kind die Krankheitserreger nach durch-gemachter Erkrankung (oder seltener: ohne krank gewesen zu sein) ausscheidet. Auch in diesem Fall können sich Spielkameraden, Mitschüler/-innen oder das Personal anstecken. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass die **„Ausscheider“** bestimmter Bakterien nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der festgelegten Schutzmaßnahmen** wieder in eine Gemeinschaftseinrichtung gehen dürfen (**Tabelle 2** auf der folgenden Seite).

Bei manchen besonders schwerwiegenden Infektionskrankheiten muss Ihr Kind bereits dann zu Hause bleiben, wenn **eine andere Person bei Ihnen im Haushalt** erkrankt ist oder der Verdacht auf eine dieser Infektionskrankheiten besteht (**Tabelle 3** auf der folgenden Seite).

Natürlich müssen Sie die genannten Erkrankungen nicht selbst erkennen können. Aber Sie sollten bei einer ernsthaften Erkrankung Ihres Kindes ärztlichen Rat in Anspruch nehmen (z.B. bei hohem Fieber, auffälliger Müdigkeit, wiederholtem Erbrechen, Durchfällen und anderen ungewöhnlichen oder besorgniserregenden Symptomen). Ihr/-e Kinderarzt/-ärztin wird Ihnen darüber Auskunft geben, ob Ihr Kind eine Erkrankung hat, die einen Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nach dem Infektionsschutzgesetz verbietet.

Gegen einige der Krankheiten stehen Schutzimpfungen zur Verfügung. Ist Ihr Kind ausreichend geimpft, kann das Gesundheitsamt darauf verzichten, ein Besuchsverbot auszusprechen.

2. Mitteilungspflicht

Falls bei Ihrem Kind aus den zuvor genannten Gründen ein Besuchsverbot besteht, **informieren Sie uns bitte unverzüglich darüber und über die vorliegende Krankheit**. Dazu sind Sie gesetzlich verpflichtet und tragen dazu bei, dass wir zusammen mit dem **Gesundheitsamt** die notwendigen Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung ergreifen können.

3. Vorbeugung ansteckender Krankheiten

Gemeinschaftseinrichtungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, über allgemeine Möglichkeiten zur Vorbeugung ansteckender Krankheiten aufzuklären.

Wir empfehlen Ihnen daher unter anderem darauf zu achten, dass Ihr Kind allgemeine Hygieneregeln einhält. Dazu zählt vor allem das **regelmäßige Händewaschen** vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch oder nach Aktivitäten im Freien.

Ebenso wichtig ist ein **vollständiger Impfschutz** bei Ihrem Kind. Impfungen stehen teilweise auch für solche Krankheiten zur Verfügung, die durch Krankheitserreger in der Atemluft verursacht werden und somit durch allgemeine Hygiene nicht verhindert werden können (z.B. Masern, Mumps und Windpocken). Weitere Informationen zu Impfungen finden Sie unter: www.impfen-info.de.

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

Tabelle 1: **Besuchsverbot** von Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten

<ul style="list-style-type: none"> • ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa) • ansteckungsfähige Lungentuberkulose • bakterieller Ruhr (Shigellose) • Cholera • Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird • Diphtherie • durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E) • Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien • infektiöser, das heißt von Viren oder Bakterien verursachter, Durchfall und /oder Erbrechen (gilt nur für Kindern unter 6 Jahren) • Keuchhusten (Pertussis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderlähmung (Poliomyelitis) • Kopflausbefall (wenn die korrekte Behandlung noch nicht begonnen wurde) • Krätze (Skabies) • Masern • Meningokokken-Infektionen • Mumps • Pest • Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium <i>Streptococcus pyogenes</i> • Typhus oder Paratyphus • Windpocken (Varizellen) • virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)
---	--

Tabelle 2: Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger

<ul style="list-style-type: none"> • Cholera-Bakterien • Diphtherie-Bakterien • EHEC-Bakterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Typhus- oder Paratyphus-Bakterien • Shigellenruhr-Bakterien
---	--

Tabelle 3: **Besuchsverbot** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft**

<ul style="list-style-type: none"> • ansteckungsfähige Lungentuberkulose • bakterielle Ruhr (Shigellose) • Cholera • Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird • Diphtherie • durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien • Kinderlähmung (Poliomyelitis) • Masern • Meningokokken-Infektionen • Mumps • Pest • Typhus oder Paratyphus • virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)
---	---

Anlage 7: Beleuchtung und Raumklima in Unterrichtsräumen

Quelle: https://www.arbeitsschutz-schulen-nds.de/fileadmin/Dateien/Uebergreifende_Themen/Raumklima/Dokumente/Raumklima_info.pdf

Beleuchtung und Raumklima in Unterrichtsräumen		Arbeitsschutz und Gesundheitsmanagement in Schulen und Studienseminaren									
<p>Unterrichtsräume in Schulen müssen als Arbeitsstätten für Lehrerinnen und Lehrer bestimmte beleuchtungs- und raumklimatische Bedingungen erfüllen. Diese sind im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung unter Beachtung bestimmter staatlicher Vorgaben (z. B. Arbeitsstättenverordnung) und Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (z. B. Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“ DGUV Vorschrift 1) festzulegen.</p>											
Beleuchtung											
<p>Arbeitsstätten müssen möglichst ausreichend Tageslicht erhalten. Die Beleuchtung mit künstlichem Licht muss für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten ausreichend sein. Von ihr darf keine Unfall- oder Gesundheitsgefahr ausgehen (z. B. Blendung).</p> <p>Für Arbeitsplätze in Unterrichtsräumen sind die Anforderungen an eine ausreichende künstliche Beleuchtung erfüllt, wenn folgende Anforderungen an die Beleuchtungsstärke (Lux) umgesetzt werden:</p>		<p>Arbeitsstättenverordnung § 3 (1), Anhang Abschnitt 3.4 ASR A3.4 "Beleuchtung" DIN EN 12464-1 „Licht und Beleuchtung - Beleuchtung von Arbeitsstätten - Teil 1: Arbeitsstätten in Innenräumen"</p>									
<p>Allgemeine Unterrichtsräume mit ausreichend Tageslicht (Fensterhöhe)</p>	300 Lux										
<p>Andere allgemeine Unterrichtsräume (keine direkte Fensterhöhe)</p> <p>Fachunterrichtsräume - je nach Sehaufgabe</p>	500 Lux 500 - 750 Lux										
Temperatur											
<p>Die Raumtemperatur an Arbeitsstätten muss unter Berücksichtigung des Arbeitsverfahrens, der körperlichen Beanspruchung und des Nutzungszweckes des Raumes gesundheitlich zuträglich sein.</p> <p>Werden folgende Mindestwerte bei Arbeitsbeginn eingehalten, ist davon auszugehen, dass die Raumtemperaturen den Anforderungen der Arbeitsstättenverordnung entsprechen:</p>		<p>Arbeitsstättenverordnung § 3 (1), Anhang Abschnitt 3.5</p> <p>ASR A3.5 Raumtemperatur, DGUV Information 215-410 „Bildschirm- und Büroarbeitsplätze - Leitfaden für die Gestaltung"</p>									
- bei überwiegend sitzender Tätigkeit	+ 19 °C										
- bei überwiegend nicht sitzender Tätigkeit	+ 17 °C										
- in Büroräumen (vergleichbar mit Unterrichtsräumen)	+ 20 °C										
<p>+ 26 °C sollen in Unterrichtsräumen nicht überschritten werden. Deshalb ist auch eine Abschirmung der Fenster gegenüber übermäßiger Sonneneinstrahlung vorzusehen.</p>											
Lüftung											
<p>In umschlossenen Arbeitsräumen muss unter Berücksichtigung der Arbeitsverfahren, der körperlichen Beanspruchung und der anwesenden Personen ausreichend gesunde Atemluft vorhanden sein. Eine ausreichende (Fenster-) Lüftung zur Regulierung eines zuträglichen CO₂ Gehaltes ist zu gewährleisten. Die Kohlendioxid(CO₂)-Konzentration sollte gemäß der ASR A 3.6 einen Konzentrationsbereich von 1000 – 2000 ppm nicht überschreiten.</p> <p>Unwohlsein, Unaufmerksamkeit bis hin zu Konzentrationsstörungen oder Kopfschmerzen treten mit steigenden CO₂-Konzentrationen zunehmend häufiger auf.</p> <p>Empfohlene Maßnahme: Durchzuglüftung von zwei bis drei Minuten nach jeweils 20 Minuten Unterricht. Durch eine ausreichende Frischluftzufuhr werden</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerüche reduziert und luftgetragene Innenraumbelastungen nicht erhöht sondern evtl. sogar gesenkt. 		<p>ASR A3.6 "Lüftung", Institut für interdisziplinäre Schulforschung, Universität Bremen, „Gesundheitsfördernde Einflüsse auf das Leistungsvermögen im schulischen Alltag“, Ein Beitrag zur Ergonomie der Schule, Gerhart Tiesler, Hans-Georg Schönwälder, u.a. Öffentlicher Vortrag, Stuhr-Moordeich, 2008</p>									
<p>Die relative Luftfeuchtigkeit sollte folgende Werte nicht überschreiten:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lufttemperatur</th> <th>Relative Luftfeuchtigkeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 °C</td> <td>80 %</td> </tr> <tr> <td>22 °C</td> <td>70 %</td> </tr> <tr> <td>24 °C</td> <td>62 %</td> </tr> <tr> <td>26 °C</td> <td>55 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hierbei ist zu beachten, dass sich bei Fensterlüftung die Luftfeuchtigkeit durch die Außenluft einstellt. Bei Lüftungsanlagen soll die rLf 50% betragen. Die Luftgeschwindigkeit soll 0,15 m/s nicht überschreiten, da sonst Zuglufteffekte zu befürchten sind.</p>			Lufttemperatur	Relative Luftfeuchtigkeit	20 °C	80 %	22 °C	70 %	24 °C	62 %	26 °C
Lufttemperatur	Relative Luftfeuchtigkeit										
20 °C	80 %										
22 °C	70 %										
24 °C	62 %										
26 °C	55 %										
Luftfeuchtigkeit											
<p>Die relative Luftfeuchtigkeit sollte folgende Werte nicht überschreiten:</p>		ASR A3.6 "Lüftung"									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lufttemperatur</th> <th>Relative Luftfeuchtigkeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 °C</td> <td>80 %</td> </tr> <tr> <td>22 °C</td> <td>70 %</td> </tr> <tr> <td>24 °C</td> <td>62 %</td> </tr> <tr> <td>26 °C</td> <td>55 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hierbei ist zu beachten, dass sich bei Fensterlüftung die Luftfeuchtigkeit durch die Außenluft einstellt. Bei Lüftungsanlagen soll die rLf 50% betragen. Die Luftgeschwindigkeit soll 0,15 m/s nicht überschreiten, da sonst Zuglufteffekte zu befürchten sind.</p>			Lufttemperatur	Relative Luftfeuchtigkeit	20 °C	80 %	22 °C	70 %	24 °C	62 %	26 °C
Lufttemperatur	Relative Luftfeuchtigkeit										
20 °C	80 %										
22 °C	70 %										
24 °C	62 %										
26 °C	55 %										

Stand: 4/2017

Anlage 8: Lüftungsempfehlung für Arbeitsräume

Quelle: <https://www.nlga.niedersachsen.de/download/169977>

Merklblatt

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt

Stand: März 2022

Lüftungsempfehlung für Arbeitsräume

Beschwerden über Innenraumluftprobleme lösen nicht selten den Wunsch nach messtechnischer Abklärung der Situation aus. Vor der Beauftragung von Messungen sollte, vor allem bei eher unklaren gesundheitliche Beschwerden, in Betracht gezogen werden, dass der beklagte Raum nicht ausreichend belüftet wird.¹ Dieses Merkblatt versucht Hilfestellung für die Belüftung von fensterbelüfteten Innenräumen zu geben.

Was beinhaltet das Merkblatt

- 1) Warum Lüftungsempfehlungen?
- 2) Welche Arten von Lüftung sind zu unterscheiden?
- 3) Wie und wie häufig sollte gelüftet werden?
- 4) Mögliche Zielkonflikte beim Lüften

1) Warum Lüftungsempfehlungen?

Nach Angabe in der „Konzeption der Bundesregierung zur Verbesserung der Luftqualität“ von 1992 sind ca. 68% der Wohnungen Neubauten. Aufgrund fortlaufender energiespartechnischer Anstrengungen ist davon auszugehen, dass die verbleibenden Altbauwohnungen aber auch Büros, Schul- und andere Gebäude mittlerweile überwiegend energietechnisch optimiert wurden. Diese Maßnahmen haben eine deutliche Reduzierung des natürlichen Luftaustausch durch Fenster und Türen zur Folge. Würden in Untersuchungen in Berliner Altbauwohnungen mit Kastendoppelfenstern Ende der 70er Jahre noch Luftwechselraten² im Mittel von 0,65/h gemessen³, so ermittelte Salthammer in einer Langzeit-Untersuchung, die zwischen 1986 - 1993 durchgeführt wurde mittlere Luftwechselraten von 0,3/h⁴.

Die fortlaufende Reduzierung der natürlichen Lüftung geschlossener Räume erfordert erhöhte Lüftungsbemühungen durch die Raumnutzer um eine zufriedenstellende Raumluftqualität zu erhalten, die fortlaufend durch Ausdünstungen von Baumaterialien und Einrichtungsgegenständen, durch Verwendung von Klebstoffen, Kopierern und anderen technischen Geräten und nicht zuletzt durch menschliche Emissionen (CO₂, Schweiß etc.) beeinträchtigt wird.

Untersuchungen in Schulen haben Lüftungsdefizite gezeigt, die sich primär in der kühleren Jahreszeit zeigen.⁵ Es konnte weiter gezeigt werden, dass erhöhte CO₂-Konzentrationen in Klassenräumen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit von Schülern haben.⁶ Es ist zu vermuten, dass ähnlich wie in Klassenräumen, Lüftungsdefizite auch in Büroräumen auftreten.

Regelmäßige und ausreichende Lüftung auch und vor allem im Winter ist also für Räume, die nicht über raumluftechnische Anlagen versorgt werden, eine notwendige Nutzungsvoraussetzung. Unterlassene Lüftung kann vermeidbare Innenraumluftprobleme erzeugen. Lüftung sollte aber nicht zur Verdeckung anderer Probleme missbraucht werden.

2) Welche Arten von Lüftung sind zu unterscheiden?

Die Lüftung dient der Zufuhr von Frischluft zum Austausch gegenüber „verbrauchter“ Luft. Eine geöffnete Tür, die z. B. zu einem Flur öffnet, ist also kein Ersatz für die Fensterlüftung. Bei der Fensterlüftung unterscheidet man zwischen

- der Querlüftung („Durchzug“: Fenster auf, Tür auf),
- Stoßlüftung (Fenster auf, Tür zu),
- und Spaltlüftung (Fenster kippen).

Die Querlüftung bewirkt die schnellsten Lüftungseffekte, ist aber nicht immer in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Stoßlüftung bewirkt im Vergleich zur Querlüftung einen verringerten aber noch sehr befriedigenden Luftaustausch. Der deutliche wahrnehmbare Lüftungseffekt der Quer- und Stoßlüftung (schnelles, i.d.R. deutlich wahrnehmbares Eindringen von Außenluft) führt zumeist zu einer deutlich begrenzten Lüftungsdauer. Der Wärmeenergieverlust reduziert sich hierbei im Wesentlichen auf die Erwärmung der aus hygienischen Gründen neu zugeführten Außenluft.

Die häufig praktizierte Spaltlüftung ist bei längerer Anwendung in der Heizperiode kritisch zu sehen. Bei großen Räumen ist bei der Spaltlüftung nicht gewährleistet, dass alle Teile des Raumes gleichmäßig mit Frischluft versorgt werden. Der Luftaustausch und somit der Lüftungseffekt der Spaltlüftung ist vergleichsweise gering. Wird Spaltlüftung über längere Zeit betrieben, kühlt vor allem in der kühlen Witterungsperiode der Baukörper im Bereich des Fensterrahmens aus, was die Gefahr der Schimmelbildung erhöht; zudem steigt der Wärmeenergieverlust deutlich an.

Zur Effektivität der unterschiedlichen Lüftungsarten finden sich in der Literatur Luftwechselraten von ca. 40/h bei Querlüftung, 9-15/h für die Stoßlüftung und 0,8 - 4/h für die Kipplüftung.⁷