



Schulischer Hygieneplan

Stand: 10.02.2026

Inkraftsetzung und Gültigkeit

Alle Schulen sind lt. Infektionsschutzgesetz (§ 36 i. V. m. § 33) verpflichtet, einen schulischen Hygieneplan zu veröffentlichen, um durch ein hygienisches Umfeld zur Gesundheit der Schüler*innen und weiteren an Schule Beteiligten beizutragen.

Die Schulleitung setzt mit dieser Erklärung den Hygieneplan verbindlich in Kraft. Der Hygieneplan ist damit für alle Lehrkräfte, Mitarbeiter*innen, Besucher*innen sowie alle Schüler*innen gültig.

Dieser Hygieneplan muss und wird regelmäßig auf Aktualität überprüft und gegebenenfalls angepasst. Der Hygieneplan wird nach Inkraftsetzung für alle Lehrkräfte, Mitarbeiter*innen sowie alle Schüler*innen und Sorgeberechtigten zur Kenntnisnahme ausgelegt bzw. auf der Website www.bbs-me.de veröffentlicht.

Alle Beschäftigten der Schulen, die Schulträgerin, alle Schüler*innen sowie alle weiteren regelmäßig an den Schulen arbeitenden Personen sind darüber hinaus angehalten, sorgfältig die Hygienehinweise der Gesundheitsbehörden zu beachten.

Hannover, 10. Februar 2026



Kai-André Brunschön
Schulleiter

1 Allgemeine Regelungen

In Hygieneplänen nach § 36 IfSG festgelegte Maßnahmen dienen dem innerbetrieblichen Schutz vor Infektionskrankheiten. Als Gemeinschaftseinrichtung, in der Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betreut werden, kommt der Schule eine besondere Bedeutung zu.

Zusätzliche Infektionsschutz-Maßnahmen des Dienstherrn oder Arbeitgebers zum Schutz vor arbeitsbedingten Gefahren müssen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz festgelegt werden. Dies kann insbesondere an Förderschulen sowie ggf. im Rahmen der schulischen Inklusion erforderlich sein.

Zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit werden in diesem schuleigenen Hygieneplan im Wesentlichen nur noch allgemeine Regeln vorgegeben, die auf alle Situationen in Schulen angewendet werden müssen.

Bei Fragen zum Infektionsschutz und zur Hygiene sprechen Sie bitte Ihre Lehrkräfte und die Schulleitung offen und vertrauensvoll an.

2 Hygiene

Die allgemeinen Hygieneregeln (z. B. regelmäßiges Händewaschen oder Händedesinfektion) sind zu beachten.

<https://www.nlga.niedersachsen.de/hygiene/hygiene-205703.html>

2.1 Allgemeine Verhaltensregeln

Die in der Schule beschäftigten Personen, sowie Schüler*innen 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 (siehe Anlage 3),
- 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 (siehe Anlage 5).

2.2 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.

2.3 Händewaschen und/oder -desinfektion

Das Schulpersonal und die Schüler*innen sollten unter anderem in folgenden Situationen die Hände waschen:

- vor und nach dem Umgang mit Lebensmitteln,
- vor der Einnahme von Speisen,
- nach jeder Verschmutzung,
- nach Reinigungsarbeiten,
- nach der Toilettenbenutzung,
- nach Handkontakten mit Tieren.

Das Händewaschen soll unter Verwendung von Seifenlotion (keine Stückseife) und unter Meidung textiler Gemeinschaftshandtücher erfolgen (siehe auch <https://www.infektionsschutz.de/haendewaschen/>).

Eine Desinfektion der Hände ist nur dann erforderlich, wenn die Hände Kontakt mit Wunden, Blut, Erbrochenem, Stuhl, Urin und anderen Körperausscheidungen hatten (auch wenn Einmalhandschuhe genutzt wurden). Vermeiden Sie bitte in solchen Fällen vor der Desinfektion jegliche Handkontakte zum Beispiel mit Türklinken, Handläufen, Armaturen etc.

Zur Durchführung der Händedesinfektion ist wie folgt zu verfahren (siehe auch <https://www.infektionsschutz.de/hygienetipps/desinfektionsmittel/>):

- Bei Verschmutzungen sowie nach der Toilettenbenutzung sollten die Hände vor dem Desinfizieren gewaschen und abgetrocknet werden.
- Geben Sie das Händedesinfektionsmittel in ausreichender Menge (mindestens 3 ml) auf die trockenen Handflächen und verteilen es durch Aneinanderreiben der Hände gleichmäßig, so dass die gesamte Oberfläche der Hände – das heißt Fingerspitzen, Nagelfalze, Daumen, Fingerzwischenräume, Innen- und Außenflächen sowie Handgelenke – vollständig benetzt ist.
- Die Hände sollten während der vom Hersteller empfohlenen Einwirkzeit – in der Regel mindestens 15 Sekunden – gut mit dem Desinfektionsmittel benetzt bleiben. Anschließend die Hände nicht abwaschen und nicht abtrocknen!

Händedesinfektionsmittel dürfen nicht zur Flächendesinfektion verwendet werden. Aufgrund des enthaltenen Alkohols besteht bei großflächigem Einsatz Explosionsgefahr!

2.4 Lüftung

Um gesundheitlich zuträgliche Raumluft sicherzustellen sowie zur Reduktion des Übertragungsrisikos von Infektionskrankheiten und Innenraumschadstoffen, ist eine regelmäßige und ausreichende Lüftung der Räume erforderlich. Gute Luftqualität leistet auch einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit sowie zur Vermeidung von unspezifischen Beschwerden und Geruchsproblemen

(siehe auch <https://www.nlqa.niedersachsen.de/hygiene/hygiene-205703.html>).

2.4.1 Fensterlüftung

Die Lüftung hat als eine Stoßlüftung bzw. Querlüftung durch möglichst vollständig geöffnete Fenster 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 muss länger gelüftet werden. Vor Beginn des Unterrichtes und in den Pausen soll unter Beachtung der Außentemperaturen gegebenenfalls auch länger gelüftet werden. Eine Dauerlüftung soll nicht erfolgen. Andauernde Zugluft ist zu vermeiden.

Soweit vorhanden, kann eine sogenannte Luftgüteeinzel, die die CO₂-Konzentration misst, an das regelmäßige Lüften erinnern. Lüftungsmaßnahmen können dann abhängig von der CO₂-Konzentration erfolgen.

Steigt diese über 1.000 ppm, ist spätestens bei 1.500 ppm ein manuelles Lüften über Fenster vorzunehmen.

Eine alleinige Kipplüftung ist in der Regel nicht ausreichend, da durch sie zu wenig Luft ausgetauscht wird. Aus Sicherheitsgründen verschlossene Fenster müssen daher für die Lüftung unter Aufsicht einer Lehrkraft geöffnet werden. Die Öffnungsbegrenzungen an horizontalen Schwingflügelfenstern dürfen allerdings aufgrund der hohen Unfallgefahr nicht außer Kraft gesetzt werden.

2.4.2 Raumluftechnische Anlagen

Räume mit raumluftechnischen Anlagen (RLT-Anlage) werden kontinuierlich und ausreichend mit Außenluft versorgt, soweit diese nicht im Umluftbetrieb laufen. Voraussetzung für die Nutzung einer RLT-Anlage ist, dass eine Wartung gemäß VDI 6022 erfolgt. Eine zusätzliche Fensterlüftung ist in Räumen, die über eine raumluftechnische Anlage verfügen, nicht erforderlich.

2.4.3 Andere Lüftungsanlagen

Andere Lüftungsanlagen, für die es keine normativen Regelungen gibt, wie z. B. einfache Zu-/Abluftanlagen (z. B. Fensterventilatoren), müssen fachgerecht geplant, eingebaut und betrieben werden.

Ob eine zusätzliche Fensterlüftung (siehe oben: „Fensterlüftung“) erforderlich ist, ist im Rahmen der Planung festzulegen. Lüftungsmaßnahmen sollten abhängig von der CO₂-Konzentration erfolgen. Steigt diese über 1.000 ppm, sollte spätestens bei 1.500 ppm ein manuelles Lüften über Fenster oder eine Aktivierung der Lüftung vorgenommen werden.

2.4.4 Luftreinigungsgeräte

Luftreinigungsgeräte (Filtertechnologien, UV-C Technologien, Ionisations- und Plasmatechnologien) sind nicht dafür ausgelegt, verbrauchte Raumluft abzuführen bzw. Frischluft von außen heranzuführen. Diese ersetzen daher nicht die regelmäßige Lüftung. Die Vorgaben zur „Fensterlüftung“ sind soweit wie möglich umzusetzen.

Vor Inbetriebnahme von Luftreinigungsgeräten ist eine Gefährdungsbeurteilung gem. § 5 Arbeitsschutzgesetz zu erstellen.

3 Schulgebäude und Räume

3.1.1 Hygiene in den Toilettenräumen und Reinigung

In allen Toilettenräumen und an Handwaschplätzen müssen ausreichend Flüssigseifenspender und Einmalhandtücher bereitgestellt und rechtzeitig aufgefüllt werden. Abfallbehälter für Einmalhandtücher sind vorzuhalten. Unterstützen Sie unser Handeln, um Infektionen zu vermeiden und informieren Sie umgehend Ihre Lehrkräfte und/oder die Mitarbeiter*innen, sofern Seife und/oder Papiertücher fehlen sollten.

3.1.2 Reinigung

Die DIN 77400 (Reinigungsdienstleitungen Schulgebäude – Anforderungen an die Reinigung) ist zu beachten.

Folgende Areale der genutzten Räume der Schulen sollten mit den üblichen tensidhaltigen Reinigungsmitteln (Detergenzien) besonders gründlich und in stark frequentierten Bereichen täglich gereinigt werden. Dies sind zum Beispiel Türklinken und Griffe sowie der Umgriff der Türen, Treppen- und Handläufe, Lichtschalter, Tische, Telefone, Kopierer und alle sonstigen Griffbereiche.

In Sanitärbereichen sind Toilettensitze, Armaturen, Waschbecken und Fußböden täglich zu reinigen.

Anlage 1: Innerschulische Verantwortlichkeiten bei Hygienefragen

erstellt: im März 2022

aktualisiert: im Februar 2026

Personengruppen	Aufgabenbereiche	benannte Personen
Schulleitung	Durchführung von Hygienebelehrungen (Fortbildung)	Herr Brunschön Herr Diegmann
zuständige Hygienebeauftragte (wenn bestellt)	regelmäßige Aktualisierung des internen Regelwerkes	
	Kontrolle/ Ergänzung des Hygienematerials	Schulhausmeister, Geschäftszimmer, Herr Pracht, Herr Walther
Sicherheitsbeauftragter in Abstimmung mit der Schulleitung	Notwendige Meldungen an das Gesundheitsamt/ Behörden	Herr Pracht, Herr Walther
Schulhausmeister	Kontrolle der technischen Anlagen und der Gebäudereinigung; evtl. unterstützt von der Sicherheitsfachkraft und/oder einer Hygienebeauftragten	Herr Branning, Herr Hergot, Herr Müller, Herr Rosier, Frau Rosier
Schüler*innen	Lüftungsdienste, ggf. weitere Aufgaben	

Anlage 2: Liste der externen Kontaktpersonen

erstellt: im März 2022

aktualisiert: im Februar 2026

Gesundheitsamt	Region Hannover Fachbereich Gesundheit Weinstr. 2 30171 Hannover Telefon: 0511 616-42584 Telefax: 0511 616-48576 Mail: gesundheit@region-hannover.de
Amtsarzt	Arbeitsmedizin Dr. Andy Moldenhauer Facharzt für Arbeitsmedizin Telefon: 0511 106-2494 Mail: Andy.Moldenhauer@rlsb-h.niedersachsen.de
Beratung und Unterstützung https://www.arbeitsschutz-schulen-nds.de/beratung- fortbildung/beratersuche/berater/?schulid=70087	Fachkraft für Arbeitssicherheit Thies-Hendrik Stoeckel Telefon: 0511 106-7184 Mail: Thies-Hendrik.Stoeckel@rlsb-h.niedersachsen.de
Gemeinde-Unfall-Versicherung	Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover Am Mittelfelde 169 30519 Hannover Telefon: 0511 8707-0 Telefax: 0511 8707-188 Web: www.guvh.de
Kommunales Gebäudemanagement	Stabstelle 40.I Berufsschulen Markus Witzke Telefon: 0511 616-22269 Mail: Markus.Witzke@region-hannover.de
Kommunale Gebäudereinigung	Team 18.07 – Reinigungsmanagement Carsten Fiedler Telefon: 0511 6 16-11027 Mail: Carsten.Fiedler@region-hannover.de
Elternvertretung	Kontaktdaten können im Geschäftszimmer erfragt werden. Telefon: 0511 26099 100 Mail: mail@bbs-me.de

Anlage 3: „Belehrung über die Liste der Infektionskrankheiten nach § 34 IfSG“ – Belehrung für Schulpersonal

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

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

erkrankt oder dessen verdächtig oder bei den 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 Verlausung 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 gemäß § 34 Abs. 2 IfSG Ausscheider von

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

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 an oder ein Verdacht auf

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

aufgetreten ist.

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

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 4: Meldeformular nach § 34 IfSG

Meldung an das zuständige Gesundheitsamt

Name der Schule:	
Anschrift:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Meldende Person:	
Schultyp:	

Betroffene Person (Bei Erkrankung oder Verdacht - für jede Person ein neues Blatt ausfüllen!)

Name, Vorname	Geschlecht (m/w)	Geburtsdatum	Anschrift	Telefon	Der Einrichtung gemeldet am:

Kind/Personal (Schule)
(Erkrankung/Verdacht)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Kopflausbefall |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken |
| <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spez. Durchfallform) | <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E |
| <input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren) | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber | <input type="checkbox"/> Shigellose – Ruhr |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis | <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Impetigo Contagiosa Borkenflechte | <input type="checkbox"/> Krätze |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis | <input type="checkbox"/> Mumps |

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder Klinik:	Erkrankungsbeginn:
Besonderheiten:	
Unterschrift	

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

Quelle: www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber > Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für die Wiederzulassung 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 Wiederzulassung 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 Wiederzulassung. 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 Wiederzulassung ist eine Güterabwägung vorzunehmen. Ein absoluter Schutz vor Infektionen lässt sich bei manchen übertragbaren Krankheiten nur durch einen monatelangen Ausschluss vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung erreichen.

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

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

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

Am Entscheidungsprozess sind Fachpersonal und medizinische Laien beteiligt. Deshalb richtet sich dieses Merkblatt z. B. auch an Mitarbeiter der Schulverwaltung, der Flüchtlingsverwaltung, Träger von Kindergärten und Beherbergungsbetrieben. Weitere Handlungsanweisungen enthalten die Schulseuchenerlasse der Bundesländer. Zur Beurteilung des Einzelfalles können weitere 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 erregershaltigem 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. Wiederezulassung 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. Wiederezulassung 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 Wiederezulassung darf nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen erfolgen.

Wiederezulassung 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.

Anlage 6: „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	Schriftl. ärztl. Attest	Wiedenzulassung
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 enterohämorrhagische E. Coli) [* HUS: Hämolytisch-urämisches Syndrom]	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.
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	Schriftl. ärztl. Attest	Wiedenzulassung
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 Wiedenzulassung 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.
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.

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Schriftl. ärztl. Attest	Wiedenzulassung
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 Symptommfreiheit bzw. 48 Std. nach Ende der Antibiotikatherapie). Bei Ausscheidern Wiedenzulassung 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 Durchfallerkrankung 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).
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 Wiedenzulassung kann die Bestätigung der Sorgeberechtigten über eine korrekt durchgeführte Behandlung gelten. Bei wiederholtem Befall innerhalb von 4 Wochen kann ein ärztliches Attest sinnvoll sein.

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Schriftl. ärztl. Attest	Wiedenzulassung
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.

