

Hygieneplan

ZUE Rheine



Bestätigung Aktualität des Hygieneplans und der Einhaltung der Hygienemaßnahmen

Anlass routinemäßig (R) anlassbezogen (A)	Datum der Überprüfung	Bemerkung	Unterschrift/en (Einrichtungsleiter bzw. Beauftragter, ggf. Gesundheitsamt)

I Basishygiene

1.	Individualhygiene der Bewohner	8
1.1	Bewohnerhygiene	9
1.2	Ankunft	9
1.3	Bettwäsche/ Bettenaufbereitung Dienstkleidung	9
2.	Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen und Fluren	9
2.1	Lufthygiene	9
2.2	Reinigung der Fußböden, Einrichtungsgegenstände	9
3.	Hygiene in den Sanitärbereichen	9
3.1	Ausstattung	9
3.2	Reinigung	10
4.	Küchenhygiene	10
4.1	Allgemeine Anforderungen	10
4.2	Händehygiene	10
4.3	Flächenreinigung und -desinfektion	11
4.4	Lebensmittelhygiene	11
4.5	Geschirr	11
4.6	Tierische Schädlinge/ Entsorgung von Essensresten	12
5.	Trinkwasserhygiene	12

II Sofortmaßnahmen

6.	Erste Hilfe	14
6.1	Versorgung von Bagatellwunden	14
6.2	Behandlung kontaminierter Flächen	14
6.3	Überprüfung des Erste-Hilfe-Kastens	14
7.	Wichtige Rufnummern/ Notrufnummern	15

III Gesundheitsmanagement/ Infektionsschutz

8.	Gesundheitliche Maßnahmen in der Einrichtung	17
9.	Meldepflicht	17
10.	Dokumentation und Weitergabe von Informationen zu gesundheitlichen Maßnahmen	17
11.	Maßnahmen zur Prävention und beim Auftreten bestimmter Krankheiten	18
11.1	Durchfallerkrankung	19
11.1.1	Noroviren Erkrankung	20
11.1.2	Corona-Virus	21
	Verfahrensanweisung Akuter Brechdurchfall (Ausbruch)	24
11.2	Krätze (Skabies)	29
11.3	Befall mit Kleider-, Filz- und Kopfläusen	30
11.4	Varizellen (Windpocken)	31

11.5	Masern	33
11.6	Grippe (Influenza)	35
11.6	Keuchhusten	37
11.7	Ebola	38
12.	Umgang mit Schimmelbefall in der Einrichtung	40

IV Arbeitsschutzmaßnahmen

13.	Gesundheitsschutz Personal	42
13.1	Hintergrundinformation	42
13.2	Mitarbeiterinformation	42

V Anlagen

Anlage 1 – Reinigungsplan

Anlage 2 – Hinweise zur Toilettenbenutzung

Anlage 3 – Hautschutz- und Händehygieneplan

Anlage 4 – Erlass des MGEPA zur Gesundheitsuntersuchungsumfangbestimmung bei der Unterbringung von Asylbegehrenden vom 07.10.2015

Anlage 5 – Befundbogen der ärztlichen Untersuchung (Rote Karte)

Anlage 6 – Meldepflichtige Krankheiten gem. §6 IfSG

Anlage 7 – Kurzanweisung des Betreuungspersonal

- Anlage 1.8 – Merkblatt Noroviren BZgA**
- Anlage 1.9 – Merkblatt Skabies der BZgA**

- Anlage 1.10 – Merkblatt Kopflaus der BZgA**
- Anlage 1.11 – Merkblatt Windpocken der BZgA**
- Anlage 1.12 – Merkblatt Masern der BZgA**
- Anlage 1.13 – Merkblatt Grippe(Influenza)der BZgA**
- Anlage 1.14 – Merkblatt Keuchhusten der BZgA**
- Anlage 1.15 – Merkblatt Ebola der BZgA**
- Anlage 1.16 – Merkblatt Tuberkulose der BZgA**
- Anlage 1.16.1 – Merkblatt Röteln RKI**
- Anlage 1.16.2 – Merkblatt Clostridium der BZgA**
- Anlage 1.16.3 - Merkblatt Covid 19 der BZgA**
- Anlage 1.16.4- Merkblatt Hantavirus-Infektion**
- Anlage 1.16.5 - Merkblatt MRGN der BZgA**
- Anlage 1.16.6 - Merkblatt Legionellen der BZgA**
- Anlage 1.16.7 - Merkblatt MRSA der BZgA**
- HACCP 1.17 - Merkblatt Personalhygiene**
- Anlage 1.18 - Hygieneplan Kenntnisnahme durch MA**
- Anlage 1.19 - Merkblatt Impfkalender**

I Basishygiene

1. Individualhygiene der Bewohner

1.1 Bewohnerhygiene

In der Gemeinschaftseinrichtung ist die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner soweit wie möglich zu respektieren, zumal der Hygienebegriff auf Grund von kulturellen und anderen persönlichen Gewohnheiten unterschiedlich verstanden wird. Grundsätzlich hat jeder Bewohner und jede Bewohnerin für die persönliche Hygiene selbst zu sorgen. Das betrifft insbesondere die Körper-, Haarpflege, Nagelreinigung sowie die Bekleidung. Für die Ordnung und Reinigung in den Zimmern müssen die Bewohner selbst sorgen. Aus diesem Grund ist es ggf. erforderlich die Bewohner fachgerecht anzuleiten und nachfolgende Regeln einzuhalten:

- Der Müll ist in den vorgesehenen Behältern zu sammeln, trennen und zu entsorgen.
- Verunreinigungen sind sofort zu beseitigen.
- Der Fußboden ist regelmäßig und bei Bedarf feucht zu reinigen.
- Es ist für eine Stoßlüftung in den Bewohnerzimmern durch vollständig geöffnete Fenster (mindestens 30 Min.) zu sorgen.

1.2 Bereich Ankunft

Für die Reinhaltung des Bereichs Ankunft gelten folgende Regeln:

- Der Fußboden im Ankunftsbereich sind täglich feucht zu reinigen
- Es ist für eine Quer-oder Stoßlüftung zu sorgen (ggf. mehrmals täglich)
- Der Müll ist in Behältern mit Deckeln zu sammeln und regelmäßig zu leeren.

1.3 Bettwäsche/ Bettenaufbereitung Dienstkleidung

Bettwäsche wird unabhängig von den verschiedenen Bettwäschekonzepten (Bewohnerinnen und Bewohner waschen selber, die Wäsche wird gestellt) mindestens 14tägig gewechselt.

Die Betten sind nach regulärer vorheriger Belegung ohne bekanntes Infektionsgeschehen durch eine einfache Wischreinigung mit einem Reinigungsmittel aufzubereiten. Sollten personenbezogene Infektionsrisiken bestanden (z.B. MRE-Besiedelung, Gastrointestinale Infektionen) oder ein Ausbruchsgeschehen (z.B. mit Skabies, Noroviren) stattgefunden haben sind die Betten desinfizierend zu reinigen. Jeder Bewohner ist für die Reinigung seiner privaten Bekleidung und den Wechsel selbst verantwortlich. Zum Waschen der privaten Kleidung werden geeignete Waschprogramme eingesetzt und in einer Haushaltswaschmaschine bei mindestens 60 C gewaschen. Die Hauswäsche (Bettwäsche, Laken, Decke, Kopfkissen, Hand und Badetücher) werden von einer externen Wäscherei abgeholt und professionell aufbereitet. Um die Keimübertragung beim Waschen zu reduzieren, werden die Wischbezüge und Tücher der Reinigung, sowie die Dienstkleidung ebenfalls in einer professionellen Waschmaschine mit einem RKI gelisteten Desinfektionswaschmittel bei 60° gewaschen. (Dieses gilt besonders bei infektiösen Krankheiten s. im Anhang Infoblatt 8.2 Waschen von Textilien)

2. Hygiene in Gemeinschaftsräumen und Fluren

2.1 Lufthygiene

Mehrmals täglich ist im Ankunftsbereich eine Stoßlüftung beziehungsweise Querlüftung durch vollständig geöffnete Fenster / Türen über etwa 30 Minuten vorzunehmen.

2.2 Reinigen der Fußböden, Einrichtungsgegenstände

Für Reinigungsmittel ist ein abschließbarer Aufbewahrungsort vorzusehen. Die wischbaren Fußböden sind täglich feucht zu reinigen. Tische und sonstige Einrichtungsgegenstände sind

regelmäßig je nach Materialbeschaffenheit trocken abzuwischen beziehungsweise feucht zu reinigen.

Siehe Anlage 1 - Reinigungs- und Desinfektionsplan

3. Hygiene im Sanitärbereich

Um die Hygiene in den Sanitäreinrichtungen sicher zu gewährleisten, werden die Bewohner ggf. über die Art und Weise der Nutzung aufgeklärt.

Siehe Anlage 2 - Hinweise zur Toilettenbenutzung

3.1 Ausstattung

An den Waschbecken sind Einmalhandtücher zur Verfügung zu stellen. Ebenso ist aus hygienischen Gründen Stückseife in Gemeinschaftssanitärbereichen nicht zu verwenden. Stattdessen sind Seifenspender bereitzustellen. Die Damentoiletten sind mit Hygieneemern und den dazugehörigen Beutel auszustatten.

3.2 Reinigung

Waschbecken, Duschen, Toiletten und Fußböden in den öffentlichen Bereichen sind 2 x täglich feucht ggf. desinfizierend zu reinigen. Die Reinigung und Instandhaltung der gegebenenfalls vorhandenen Be- und Entlüftungsanlagen in den Sanitärräumen sind regelmäßig zu veranlassen. Die Reinigung im sanitären Bereich (Wohnungen und öffentliche WC) wird durch einen externen Dienstleister ausgeführt.

Siehe Anlage 1 - Reinigungs- u. Desinfektionsplan

4. Essensausgabe

4.1 Allgemeine Anforderungen

Personen mit einer Krankheit, einem Krankheitsverdacht oder einer Ausscheidung von Erregern im Sinne von § 42 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dürfen in der Küche nicht beschäftigt werden. Offene Wunden dürfen nicht mit Lebensmitteln in Berührung kommen. Zum Schutz ist die Wunde mit einem wasserdichten Pflaster oder einem Verband und Gummihandschuh oder Gummifingerling abzudecken. Bei Auftreten einer Infektion im Wundbereich (Schwellung, Rötung, Sekretabsonderung, neu auftretende Schmerzen), dürfen keine Tätigkeiten mehr ausgeführt werden, bei denen ein Kontakt zu Lebensmitteln möglich ist.

Personen, die im Lebensmittelbereich tätig sind, dürfen ihre Tätigkeit nur dann ausüben, wenn sie eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes / beauftragten Arztes gemäß § 42 IfSG vorweisen können. Der Arbeitgeber hat die Personen gemäß § 43 IfSG alle zwei Jahre über die Tätigkeitsverbote / Lebensmittelhygiene zu belehren und dies zu dokumentieren.

4.2. Händedesinfektion

Eine Händedesinfektion mit Mitteln* der Liste des Verbundes für angewandte Hygiene (VAH) ist in folgenden Fällen erforderlich:

- bei Arbeitsbeginn und nach Pausen,
- bei Husten, Niesen in die Hand,
- nach Gebrauch eines Taschentuchs,
- nach dem Toilettenbesuch,
- nach Arbeiten mit kritischer Rohware (z.B. rohes Fleisch, Geflügel).

Die Durchführung der hygienischen Händedesinfektion hat sorgfältig zu erfolgen unter Einbeziehung aller Innen- und Außenflächen einschließlich der Handgelenke, Fingerspitzenträume, Fingerspitzen, Nagelfalz, Daumen.

Die Hände mit dem Mittel vollständig benetzen (auch die Regionen zwischen den Fingern, im Fingerspitzbereich sind zu beachten und die Daumen zu umfassen), und vollständig verdunsten lassen (nicht abtrocknen). Falls einige Tropfen des Mittels auf den Boden fallen, ist dies bei korrekter Durchführung nahezu unvermeidlich, aber ohne Bedeutung (trocknet schnell von selbst).

Händedesinfektionsmittel wird über einen Wandspender, einem Gebinde mit aufgeschraubtem Spender (Dispenser) oder in besonderen Situationen auch in „Kittelflaschen“ (Kleine flache Flaschen, die man mit sich führen kann) angeboten. Da die Flaschenaußenseite und der Verschluss mit der (noch belasteten) Hand bei der Nutzung berührt werden muss, ist dies nur als Notmaßnahme zulässig. In allen 3 Fällen dürfen nur Originalgebinde genutzt werden, eine manuelle Wieder Befüllung ist nicht erlaubt.

Siehe Anlage 3 - Hautschutz- und Händehygieneplan

4.3 Flächenreinigung und Desinfektion

Der Fußboden im Küchenbereich ist täglich und bei Bedarf zu fegen. Flächen, die mit Lebensmitteln in Berührung kommen (auch Essensausgabenbereich), sind ebenfalls gründlich mit Reinigungsmittel zu reinigen. Eine Flächendesinfektion mit Mitteln* aus der Liste der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft (DVG) ist erforderlich nach Arbeiten mit kritischer Rohware (z.B. rohes Fleisch, Geflügel).

Durchführung:

Das Flächendesinfektionsmittel wird gebrauchsfertig geliefert oder ist vor der Verwendung mittels geeigneter Dosierhilfe (Messbecher) zuzubereiten. Das Desinfektionsmittel wird durch eine Wisch-Desinfektion aufgebracht. Bei allen routinemäßigen Desinfektionsarbeiten kann eine Fläche wieder benutzt werden, sobald sie sichtbar trocken ist. Bei Desinfektionsmaßnahmen im Lebensmittelbereich muss die angegebene Einwirkzeit vor Wiederbenutzung der Fläche abgewartet werden.

Siehe Anlage 1.1- Reinigungs-u. Desinfektionsplan

4.4 Lebensmittelhygiene

Um einem Qualitätsverlust von Lebensmitteln durch den Befall von Schädlingen /Mehlwürmern vorzubeugen, sind Lebensmittel sachgerecht zu verpacken (z.B. Umverpackungen, Eimer) und die Verpackungen mit dem Anbruchsdatum/ Verarbeitungsdatum und einer Inhaltskennzeichnung zu versehen. Bei der Belieferung durch den Caterer ist auf folgendes zu achten:

- **Hygienische Transportbehälter**

Bei Transport und Anlieferung des Essens werden vorschriftsmäßige, hygienische Transportbehälter verwendet (Thermophore, Thermoporte). Außerdem wird auf die Hygiene des Lieferfahrzeuges geachtet werden.

- **Temperaturkontrolle von Tiefkühlware**

Bei der Anlieferung ist sofort die Temperatur der Tiefkühlware zu messen und zu dokumentieren. Die Temperatur der Tiefkühlware muss bei der Anlieferung mindestens - 18°C betragen. Die Temperaturmessung ist unabdingbar! Falls die Temperatur wärmer als - 18°C, ist die Annahme zu verweigern.

Für das Erwärmen der Tiefkühlkost gilt grundsätzlich (mindestens 72°C Kerntemperatur für 2 Minuten)

Wenn die Speisen nicht gleich nach dem Erwärmen ausgegeben wird, ist eine weitere Temperaturmessung notwendig.

Die Essensausgabetemperatur muss immer mindestens 65°C betragen! (Kalte Speisen max. 7°C)

- **Warmhaltezeiten**

Die Warmhaltezeiten dürfen nicht länger als 2 Stunden betragen. Bei empfindlichen Speisen, wie Gemüse und kurzgeratenen Komponenten ist die Warmhaltezeit noch kürzer. Optimal wäre eine Zeit von 20 Minuten.

4.5 Geschirr

In der Einrichtung wird nur Mehrweggeschirr, -Besteck verwendet, das nach der Nutzung in einer Gewerbespülmaschine entsprechend der geltenden Hygienestandards gereinigt wird.

4.6 Tierische Schädlinge/ Entsorgung von Essensresten

Die Küche ist regelmäßig auf Schädlingsbefall zu kontrollieren, bei Befall sind Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen durch eine Fachfirma zu veranlassen.

Lebensmittelabfälle müssen zum Schutz vor Ungeziefer in verschließbaren Behältern gelagert werden. Die Behälter sind nach jeder Leerung zu reinigen.

Küchenfenster, die ins Freie geöffnet werden können, sind mit Insektengittern auszustatten.

5. Trinkwasserhygiene

Vor Inbetriebnahme der Einrichtung wurde eine Untersuchung der Trinkwasserinstallation auf Keimbelastung durchgeführt.

Da die Duschen durch zentrale Warmwasserspeicher (>400 Liter) mit Warmwasser versorgt werden, ist einmal **jährlich eine orientierende Untersuchung auf Legionellen** entsprechend der aktuellen Trinkwasserverordnung und DVGW-Arbeitsblatt W 551 erforderlich.

Mit den Untersuchungen ist das zuständige Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit zu beauftragen.

Bei Überschreitung einer Legionellenkonzentration von 100KBE/100ml in mindestens einer Probe ist unverzüglich das Gesundheitsamt zu informieren.

Kalkablagerungen an den Duschköpfen sind regelmäßig zu entfernen.

Sollte die Einrichtung über einen längeren Zeitraum (>4 Wochen) nicht genutzt werden, ist vor Wiederinbetriebnahme eine ausgiebige Spülung des Leitungsnetzes mit Heißwasser durchzuführen.

II Sofortmaßnahmen

6. Erste Hilfe

In der Regel wird Erste Hilfe durch die Hilfsorganisation vor Ort im Kranken- bzw. Rettungswagen geleistet.

6.1 Versorgung von Bagatellwunden

Bei Bagatellwunden ist die Wunde vor dem Verband mit Leitungswasser (Trinkwasser) zu reinigen. Die Ersthelferin oder der Ersthelfer trägt dabei Einmalhandschuhe und desinfiziert sich vor und nach der Hilfeleistung die Hände.

6.2 Behandlung kontaminierter Flächen

Mit Blut oder sonstigen Exkreten kontaminierte Flächen sind unter Tragen von Einmalhandschuhen mit einem VAH-gelisteten Desinfektionsmittel* getränktem Einmaltuch zu reinigen und die betroffene Fläche anschließend nochmals regelrecht zu desinfizieren.

6.3 Überprüfung des Erste-Hilfe-Kastens

In der Regel ist für die Versorgung von kleinen Bagatellwunden der Sanitätsdienst vor Ort zuständig. Zusätzlich wird ein geeigneter Erste-Hilfe-Kasten gemäß Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention BGV A1“ im Teambus vorgehalten.

Folgende Verbandkästen enthalten geeignetes Erste-Hilfe-Material:

- Großer Verbandkasten nach DIN 13169 oder „Verbandkasten-E“
- Kleiner Verbandkasten nach DIN 13157 oder „Verbandkasten C“

Zusätzlich sind ein alkoholisches Händedesinfektionsmittel und ein Flächendesinfektionsmittel bereitzustellen.

Verbrauchte Materialien (zum Beispiel Einmalhandschuhe, Pflaster) sind umgehend zu ersetzen, regelmäßige Bestandskontrollen der Erste-Hilfe-Kästen sind durchzuführen. Insbesondere ist das Ablaufdatum des Händedesinfektionsmittels zu überprüfen und dieses erforderlichenfalls zu ersetzen.

* Die in der Notunterkunft verwendeten Mittel sind dem Hautschutz- und Händehygieneplan bzw. Reinigungs- und Desinfektionsplan zu entnehmen.

7. Wichtige Rufnummern/Notrufnummern

Ansprechpartner	Telefon	

III Gesundheitsmanagement Infektionsschutz

8. Gesundheitliche Maßnahmen in der Einrichtung

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes NRW hat mit Erlass vom 07.10.2014 den Umfang der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 Asylverfahrensgesetz festgelegt.

Danach muss sich jede/r Asylsuchende bei Ankunft in der Erstaufnahmeeinrichtung einer ärztlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane unterziehen.

Aufgrund der aktuellen besonderen Situation ist es nicht immer möglich, diese Maßnahmen in der Erstaufnahme durchzuführen. Sofern nicht geröntgte Personen der Zentralen Unterkunft des Landes zugewiesen werden, ist dort unverzüglich eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu veranlassen.

Ebenso muss eine orientierende körperliche Inaugenscheinnahme erfolgen.

Entsprechend des beigefügten Erlasses ist ein Impfangebot (**Pflicht der Einrichtung**) vorzuhalten.

Die o. a. Maßnahmen dienen insbesondere dazu, den Ausbruch und die Weiterverbreitung gefährlicher Krankheitserreger zu verhindern. Es liegt daher im Interesse der Allgemeinheit, die geforderten Untersuchungen und Impfungen frühzeitig durchzuführen. Eine Impfpflicht besteht allerdings nicht.

Siehe Anlage 1.4-Erlass des MGEPA zur Gesundheitsuntersuchungsumfangbestimmung bei der Unterbringung von Asylbegehrenden vom 07.10.2015
Anlage 1.5 - Befundbogen der ärztlichen Untersuchung (Rote Karte)

9. Meldepflicht

Eine Vielzahl von Infektionskrankheiten sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Grundsätzlich ist nach § 8 IfSG der feststellende Arzt verpflichtet, die im IfSG § 6 genannten Krankheiten zu melden. Ist das jedoch primär nicht erfolgt, oder steht in der Gemeinschaftsunterkunft ein Arzt nicht sofort zur Verfügung (oder wird z. B. eine ärztliche Betreuung durch die erkrankte Person abgelehnt), besteht gemäß § 8 (1) Nr. 7 IfSG eine **Pflicht zur Meldung für den Leiter der Gemeinschaftsunterkunft (= Manager der Notunterkunft)**. Eine Verzögerung der Meldung ist zu vermeiden, antiepidemische Maßnahmen sofort eingeleitet werden können.

Siehe Anlage 1.6- Meldepflichtige Krankheiten gem. §6 IfSG

10. Dokumentation und Weitergabe von Informationen zu gesundheitlichen Maßnahmen

- a) Alle durchgeführten Impfungen müssen im Impfpass des Patienten festgehalten werden.
- b) Alle Impfungen und Untersuchungen müssen in der Dokumentation des durchführenden Arztes festgehalten werden.
- c) Alle durchgeführten Untersuchungen und Impfungen müssen im Befundbogen des jeweiligen Patienten dokumentiert werden. (siehe Anlage 5)
- d) Die Ergebnisse der TBC-Diagnostik und der Impfstatus sind elektronisch durch das zuständige Gesundheitsamt zu erfassen.

11. Maßnahmen zur Prävention und beim Auftreten übertragbarer Krankheiten

Bei Infektions- und Befallskrankheiten ist grundsätzlich mit dem zuständigen Gesundheitsamt Rücksprache zu halten.

Die Betroffenen und Besucher der Einrichtung sind über die Erkrankung und die notwendigen Schutzmaßnahmen möglichst frühzeitig und in ihrer Muttersprache zu informieren. Entsprechende Flyer sind bei gesicherter Diagnose hilfreich, können allerdings die persönliche Ansprache nicht ersetzen.

Die für die Durchführung der Maßnahmen erforderliche PSA sind in angemessener Zahl im Lagerraum der Einrichtung zu finden. Die Betroffenen sind mit dem korrekten Umgang vertraut zu machen (z. B. Durchführung einer effektiven hygienischen Händewaschung, Merkmale einer guten „Hustenetikette“, korrektes Anlegen und Nutzung von Gesichtsmasken). Es empfiehlt sich, rechtzeitig entsprechende Depots anzulegen.

11.1 Durchfallerkrankungen

Erreger:	<ul style="list-style-type: none">• In der kalten Jahreshälfte meist Viren• Im Zusammenhang mit der Speiserversorgung meist Bakterien• In der Regel selbst ausheilende Erkrankungen
Ansteckendes Material:	Stuhl, Erbrochenes
Übertragung:	<ul style="list-style-type: none">• Verunreinigung der Hände (bzw. Handschuhe) und Einbringung von Erregern über (unbewussten) Hand-Mund-Kontakt• Eintrag keimhaltiger Tröpfchen, die beim Erbrechen oder bei Durchführung von Reinigungs-/ Entsorgungsmaßnahmen freigesetzt werden können• Aufnahme keim- oder toxinbelasteter Speisen.
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	Stunden bis wenige Tage
Beginn der Erregerausscheidung:	Spätestens mit Einsetzen erster Symptome, in der Regel schon Stunden bis wenige Tage vorher.
Probleme:	<p>Es gibt keine typischen Krankheitszeichen, die einen Rückschluss auf einen bestimmten Erreger zulässt.</p> <p>Deswegen ist von Oktober bis April jeder akute Brechdurchfall als Norovirus-Erkrankung zu behandeln, bis das Gegenteil bewiesen wurde. Entsprechend sind die Maßnahmen für Norovirus-Erkrankungen einzuhalten bzw. durchzuführen.</p>

Siehe Anlage 7 - Kurzanweisungen für das Betreuungspersonal – Durchfall

11.1.1 Norovirus-Erkrankung

Erreger:	Noroviren
mögl. Krankheitszeichen:	Bauchschmerzen, heftiger Durchfall, schwallartiges Erbrechen, Fieber, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Übelkeit
Ansteckendes Material:	Stuhl, Erbrochenes
Übertragung:	<ul style="list-style-type: none">• Verunreinigung der Hände (bzw. Handschuhe) und Einbringung von Erregern über (unbewussten) Hand-Mund-Kontakt• Eintrag keimhaltiger Tröpfchen, die beim Erbrechen oder bei Durchführung von Reinigungs-/ Entsorgungsmaßnahmen freigesetzt werden können• Aufnahme keim- oder toxinbelasteter Speisen.
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	6 - 50 Stunden
Beginn der Erregerausscheidung:	Mit dem Einsetzen der ersten Beschwerden gilt der Erkrankte bereits als ansteckend.
Probleme:	<p>Durch die hohe Ansteckungsfähigkeit des Virus ist eine schnelle Ausbreitung in der Notunterkunft zu befürchten, daher ist eine strikte Vorgehensweise von Anfang an unabdingbar.</p> <p>Besonders für das vor Ort betreuende Personal besteht ein hohes Ansteckungsrisiko. Dieses ist durch konsequente Einhaltung der Schutzmaßnahmen zu schützen. Hier ist besonders die Händehygiene zu nennen.</p>

Siehe Anlage 7 - Kurzanweisungen für das Betreuungspersonal - Durchfall
Anlage 8 - Merkblatt Noroviren der BzGA

11.1.2 Corona Virus

mögl. Krankheitszeichen:	Fieber, trockenem Husten und Abgeschlagenheit. Es wurden bei einigen Erkrankten auch Atemprobleme, Halskratzen, Kopf-und Gliederschmerzen. Möglich sind auch eine verstopfte Nase und Durchfall als Krankheitszeichen. Das Virus kann auch zu einer schweren Lungenentzündung führen.
Ansteckendes Material:	Virushaltige Töpfen, die beim Niesen oder Husten ausgeschieden werden.
Übertragung:	<ul style="list-style-type: none">• Von Mensch zu Mensch über die Schleimhäute der Atemwege übertragbar, sowie auch indirekt über Hände, die dann mit Mund-oder Nasenschleimhaut und die Augenbindehaut in Kontakt gebracht werden. Ebenso sind kontaminierte Oberflächen im klinischen Umfeld zu bedenken.• Der Hauptübertragungsweg ist die Tröpfcheninfektion
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	5 – 6 Tage Die Ansteckung kann bis zu 14 Tage dauern bis Krankheitszeichen auftreten.
Probleme:	Durch die hohe Ansteckungsfähigkeit des Virus ist eine schnelle Ausbreitung in der Notunterkunft zu befürchten, daher ist eine strikte Vorgehensweise von Anfang an unabdingbar. Besonders für das vor Ort betreuende Personal besteht ein hohes Ansteckungsrisiko. Dieses ist durch konsequente Einhaltung der Schutzmaßnahmen zu schützen. Hier ist besonders die Händehygiene zu nennen.

Siehe Anlage 1.16.3 - Ausbreitung des Corona-Virus vermeiden (BGN)

Hygienemaßnahmen bei einer Infektion durch Corona - Viren

1. **Meldung an das Gesundheitsamt**

Verständigung des zuständigen Gesundheitsamtes
(Kontakt siehe Seite 15)

2. **Auflagen für den Erkrankten (unverzügliche Umsetzung)**

Aufenthalt	Einzelunterbringung im eigenen Zimmer/ Container bzw. in abgetrennter Zone
Medizinische Versorgung/ Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Erkrankten bei einem Arzt
Sanitärausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Toilette • zugeordnete Sanitärutensilien • eigene, streng zugeordnete Handtücher in Form von Einweghandtücher
Materialausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • medizinischer Mund-Nasenschutz (MNS) • Schutzbrille • Einwegschutzhandschuhe • Einwegschutzkittel • Händedesinfektionsmittel mit aufgeschraubtem Spender (Einweisung in die korrekte Bedienung) • ausreichende Ersatzwäsche • Abfallsäcke • Schmutzwäschesäcke • Abwürfe
persönliche Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Hände regelmäßig waschen und desinfizieren: • nach jedem Toilettengang • nach dem Nasenputzen • Der Betroffene ist in die Maßnahmen einzuweisen.
Wäsche/Textilien Betten u. Matratzen	<p>Die Wäsche noch im BW-Zimmer in einem Wäschesammler entsorgen und in einem geschlossenen Wäschesack zur Wäscherei transportieren.</p> <p>Für die Matratzen werden desinfizierbare Hygienehüllen empfohlen.</p> <p>Die Bettengestelle werden nach Auszug desinfizierend gereinigt.</p>

Reinigung/ Desinfektion Sanitärbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Abschließende Wischdesinfektion von möglicherweise belasteter Flächen werden durch geschultes Personal, mit einem VAH/RKI gelisteten Produkt gereinigt. • Der komplette Sanitärbereich wird 2 x täglich desinfizierend gereinigt (bei Bedarf mehrmals) <p>(Siehe Anlage 1 – Reinigungs-u. Desinfektionsplan)</p>
Speisenverteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Bei infizierten Personen erfolgt die Speisenausgabe in den Bewohner-Zimmern • Keine Beteiligung am gemeinsamen Essen → es ist eine Tablett-Versorgung zu organisieren
Geschirr	<p>Schmutzgeschirr ist als erregelbelastet einzustufen, bei der Entsorgung sind Handschuhe zu tragen. Einsatz von Einweggeschirr und Einwegbesteck ist die Regel.</p>
Dauer der Auflagen	<p>Bis zur vollständigen Genesung. Es ist weiterhin auf die strikte Einhaltung der Händehygiene nach der Toilettenbenutzung zu achten.</p>

3. Auflagen für das Betreuungspersonal

Kontakt zum Erkrankten	<p>Falls möglich, sollte kein direkter Kontakt zum Erkrankten erfolgen, es wäre ein Abstand von mind. 1,5 Meter einzuhalten.</p>
Schutzmaßnahmen (Falls der Kontakt zum Erkrankten oder zu belasteten Oberflächen unvermeidlich ist)	<ul style="list-style-type: none"> • PSA • medizinischer Mund-Nasenschutz (MNS) • Einweghandschuhe • Einwegschutzkittel → nach Gebrauch direkt im Abfalleimer entsorgen • Beim Aufenthalt in den Erkrankungsräumlichkeiten: nicht mit der behandschuhten Hand ins Gesicht greifen • nach dem Ablegen und Entsorgen der Schutzkleidung ist eine Händedesinfektion durchzuführen. → sollte auf einem Beistelltisch am Rande der Erkrankungszone bereitgestellt werden (Flasche mit aufgeschraubtem Spender).

3. Auflagen betreffend Reinigungspersonal

Allgemeines	Nur Einsatz von eingewiesenem Personal, dem der korrekte Umgang mit den Schutzmaßnahmen und den einzusetzenden Mitteln bekannt ist.
Schutzmaßnahmen (Falls der Kontakt zu belasteten Oberflächen besteht)	<ul style="list-style-type: none"> • PSA • Einweghandschuhe • Medizinischer Mund-Nasenschutz (MNS) <ul style="list-style-type: none"> • Einwegschutzkittel mit langen Armen • → nach Gebrauch direkt im Abfalleimer entsorgen nach dem Ablegen und Entsorgen der Schutzkleidung: eine Händedesinfektion durchführen. <p>→ sollte in der Nähe der Erkrankungszone bereitgestellt werden (Flasche mit aufgeschraubtem Spender).</p>
Reinigung	<ul style="list-style-type: none"> • bei jeder desinfizierenden Reinigung sind die Schutzmaßnahmen streng einzuhalten • Kontaktflächen wie: Türgriffe, Handläufe, Schalter sowie Oberflächen an öffentlichen Stellen (Info-Point, SD etc.) mehrmals am Tag desinfizierend reinigen. Ebenfalls sind die Oberflächen des Mobiliars bei Bedarf desinfizierend zu reinigen. • die Wischbezüge sind in einem eigenen Plastiksack zu sammeln • die Reinigungsutensilien sind mit der eingesetzten Lösung zu behandeln.
Abfall/ Schmutzwäsche	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist die Sack-in-Sack-Methode anzuwenden (Säcke beim Herausnehmen aus dem Bereich in frischen zweiten Sack gleiten lassen) • Achtung: Säcke nur zur Hälfte befüllen
Auftreten von Krankheitsbeschwerden	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatz unverzüglich verlassen und sich zum Arzt begeben u. Ausfallregelungen treffen • Sich in 14 tägiger Quarantäne begeben (zu Hause)

4. Auflagen für Kontaktpersonen

Ungeschützter Kontakt	<p>Bei Personen, die ungeschützten Kontakt zu erregerehaltigem Material, zu belasteten Oberflächen oder zum symptomatischen Patienten hatten, besteht ein hohes Risiko der Ansteckung und nachfolgenden Erkrankung.</p> <p>Diese Personen müssen sich über die nächsten 14 Tage in Quarantäne begeben.</p>
------------------------------	--

Verfahrensweisung Akuter Brechdurchfall (Ausbruch)

Bei Auftreten mehrerer Erkrankungen in engem räumlichem und zeitlichem Zusammenhang (Ausbruch) sind folgende Maßnahmen zu treffen:

Achtung: Bei Ursachenfindung auch an eventuelle Beteiligung der Speiserversorgung denken!

1. Meldung an das Gesundheitsamt

Verständigung des zuständigen Gesundheitsamtes
Kontakt Siehe Seite 15

2. Umgang mit den Erkrankten

Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> • alle Personen mit entsprechenden Beschwerden sind in einem separierten Bereich (Zone/ Container) unterzubringen. • die Erkrankten dürfen ihren Bereich nicht verlassen • Angemessene Versorgung mit Frischwäsche, Speisen (vor allem Getränken) sowie den benötigten Utensilien sicherstellen.
Medizinische Versorgung/ Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Erkrankten bei einem Arzt (Transport mit dem Taxi) • Aushändigung eines Stuhlprobenröhrchens und entsprechender Anleitung durch Mitarbeiter vor Ort an den Betroffenen. Anschließend ist das Stuhlrohrchen mit einem Begleitschein ins Labor zu senden. (Siehe Anlage 9 - Hinweis zu Stuhluntersuchungen) → Hier ist beim Umgang mit dem Probenröhrchen auf den Eigenschutz zu achten, d.h. tragen von Handschuhen und nach Ablage dieser Durchführung einer Händedesinfektion • Wird eine stationäre Aufnahme erforderlich, sind der Transportdienst und das Krankenhaus unbedingt rechtzeitig über die Verdachtsdiagnose zu informieren.
Sanitärausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Anzahl an Toiletten (Dixi-Toiletten sind nicht geeignet!!) • Zuordnung eigener Duschen und Waschbecken (Kennzeichnung) • Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern, Flüssigseifenspendern und Einweghandtüchern • zugeordnete Sanitärutensilien • eigene, streng zugeordnete Handtücher (Kennzeichnung) oder Einweghandtücher
Materialausstattung (Bereitstellung auf Beistelltisch im Zugangsbereich)	<ul style="list-style-type: none"> • Geeignete Tüten zum Auffangen von Erbrochenem bzw. Einwegnierenschalen • Einwegschutzhandschuhe • Einwegschutzkittel • OP-Masken • Einwegwischtücher zum Aufnehmen sichtbarer Verschmutzungen und anschließender desinfizierender Reinigung • Händedesinfektionsmittel mit aufgeschraubtem Spender (Einweisung in die korrekte Bedienung)

	<ul style="list-style-type: none"> • ausreichende Ersatzwäsche • Abfallsäcke/ Schmutzwäschesäcke • Abwürfe (Sackaufhängung mit Fußbedienung des Deckels)
persönliche Hygiene	<p>Händedesinfektion mit viruzidem Präparat nach jeder Toilettenbenutzung, danach Händewaschung mit Flüssigseife an einem zugeordneten Waschplatz.</p> <p>Berührung der Armatur mit der Hand vermeiden (z. B. durch zwischengelegtes Toilettenpapier).</p>
persönliche Utensilien	<p>Die persönlichen Utensilien der Betroffenen (auch Spielzeug) sind einer desinfizierenden Reinigung bzw. einem desinfizierendem Waschverfahren zu unterziehen, ist dies nicht möglich, sind die Dinge zu verwerfen.</p> <p>Ist ein Verwerfen nicht möglich oder unangemessen erfolgt eine Einzelfallregelung nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt.</p>
Wäsche	<ul style="list-style-type: none"> • Strikte Einhaltung der Personenschutzmaßnahmen beim Umgang mit der Wäsche. D.h. das Tragen von <ul style="list-style-type: none"> • Einweghandschuhen • Einwegschutzkitteln • OP-Masken • (um den unbewussten Hand- • Gesicht-Kontakt zu vermeiden) • Sichtbar belastete Bett- oder Leibwäsche ist in einem eigenen Plastiksack zu sammeln. Geeignete Sackhalterungen müssen vor Ort sein. Bei der Entsorgung ist die Sack-in-Sack-Methode anzuwenden. • Anwendung eines desinfizierendes Waschverfahren (siehe Anlage Reinigungs- und Desinfektionsplan) • Desinfektion der Waschmaschineneinfüllöffnungen • Nach Befüllung der Waschmaschinen Schutzkleidung entsorgen und anschließend eine Händedesinfektion durchführen.
Reinigung/ Desinfektion	<ul style="list-style-type: none"> • Der Reinigungsdienst ist umgehend zu benachrichtigen • Es sollen ausschließlich geschulte Kräfte eingesetzt werden • Strikte Einhaltung der Eigenschutzmaßnahmen (siehe unten) • Sichtbar belastete Oberflächen direkt desinfizierend reinigen lassen, der „Verursacher“ ist anzuhalten, entsprechende Vorkommnisse sofort zu melden. (definierte Ansprechpartner benennen)
Abfall	<ul style="list-style-type: none"> • Anfallender Müll ist im abgetrennten Bereich in geeigneten Sammlern (Sackaufhängung mit Fußbedienung des Deckels) zu entsorgen. • Die Säcke sind nur halb zu füllen und dann auszutauschen. • Hier ist die Sack-in-Sack-Methode anzuwenden. (Säcke beim Herausnehmen aus dem Bereich in frischen zweiten Sack gleiten lassen)

Speisenzubereitung/ Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Beteiligung an der Speisenzubereitung oder Verteilung • Keine Tätigkeit mit direktem oder indirektem Kontakt zu Lebensmitteln. • Keine Beteiligung am gemeinsamen Essen → es ist eine Tablett-Versorgung zu organisieren
Geschirr	<ul style="list-style-type: none"> • Schmutzgeschirr ist als erregelbelastet einzustufen, bei der Entsorgung sind Handschuhe zu tragen. • Einsatz von Einweggeschirr und Einwegbesteck ist die Regel • Die Essensreste sind wie üblich zu entsorgen • Die Tablettts sind ebenfalls in der Spülmaschine zu waschen oder einer Wischdesinfektion zu unterziehen.
Dauer der Auflagen	Die Aufhebung der Maßnahmen erfolgt frühestens 48 Stunden nach Beschwerdefreiheit des zuletzt erkrankten Bewohners in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt. Es ist weiterhin auf die strikte Einhaltung der Händehygiene nach der Toilettenbenutzung zu achten.

3. Vorgaben für das Reinigungspersonal

Allgemeines	Nur Einsatz von eingewiesenem Personal, dem der korrekte Umgang mit den Schutzmaßnahmen und den einzusetzenden Mitteln bekannt ist.
Schutzmaßnahmen (Falls der Kontakt zu belasteten Oberflächen besteht)	<ul style="list-style-type: none"> • Geeignete Schutzhandschuhe anlegen; nach Beendigung der desinfizierenden Reinigung entweder verwerfen oder mit viruzidem Mittel desinfizieren. • Einwegschutzkittel mit langen Armen und am Rücken zu schließen → nach Gebrauch direkt im Abfalleimer entsorgen • OP-Maske • nach dem Ablegen und Entsorgen der Schutzkleidung: Händedesinfektion → sollte auf einem Beistelltisch am Rande der Erkrankungszone bereitgestellt werden (Flasche mit aufgeschraubtem Spender).
Reinigung	<ul style="list-style-type: none"> • Bezüglich einzusetzender Mittel und Konzentrationen siehe Reinigungs- und Desinfektionsplan • Bei jeder desinfizierenden Reinigung sind die Schutzmaßnahmen streng einzuhalten • Nach Ablegen der Schutzkleidung ist eine Händedesinfektion durchzuführen. • Die betroffene Zone/ das betroffene Zimmer ist am Ende zu behandeln • Die verwendeten Wischbezüge sind in einem eigenen Plastiksack zu sammeln

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Reinigungsutensilien sind abschließend mit der eingesetzten Lösung zu behandeln. • Bei Aufhebung der Maßnahmen, Durchführung einer Abschlussdesinfektion mit der viruzid wirksamer Konzentration des eingesetzten Desinfektionsmittels <p>(siehe Anlage 1 - Reinigungs-u. Desinfektionsplan)</p>
Abfall/ Schmutzwäsche	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist die Sack-in-Sack-Methode anzuwenden (Säcke beim Herausnehmen aus dem Bereich in frischen zweiten Sack gleiten lassen) • Achtung: Säcke nur zur Hälfte befüllen
Auftreten von Krankheitsbeschwerden bei Mitarbeitern	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatz unverzüglich verlassen (frühzeitige Ausfallsregelungen treffen) • zu Hause auskurieren • Wiederantritt der Arbeit erst 48 Stunden nach Ende der Beschwerden

4. Auflagen für betreffend Kontaktpersonen

Ungeschützter Kontakt	<p>Bei Personen, die ungeschützten Kontakt zu erregerehaltigem Material, zu belasteten Oberflächen oder zum symptomatischen Patienten hatten, besteht ein hohes Risiko der Ansteckung und nachfolgender Erkrankung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Personen sind als ansteckungsverdächtig einzustufen und bis zu 48 Stunden nach dem letzten Risikokontakt einer besonderen Beobachtung zu unterziehen. • Andere Kontaktpersonen des Erkrankten sind über die Beschwerden der Erkrankung aufzuklären und zur Selbstbeobachtung anzuhalten. Treten in diesem Zeitraum keine Erkrankungszeichen auf, kann die Selbstbeobachtung beendet werden.
Auftreten von Krankheitsbeschwerden	Vorgehensweise wie bei 1. Umgang mit Erkrankten.
Reinigung	Schnell reagieren, belastete Flächen/ Textilien unter Einhaltung der Eigenschutzmaßnahmen reinigen/ desinfizieren.
Schutzmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Einweghandschuhe • Einwegschrutkittel mit langen Armen und am Rücken zu schließen → nach Gebrauch direkt im Abfalleimer entsorgen • OP-Maske • nach dem Ablegen und Entsorgen der Schutzkleidung: Händedesinfektion → sollte auf einem Beistelltisch am Rande der Erkrankungszone bereitgestellt werden (Flasche mit aufgeschraubtem Dispenser).

11.2 Krätze (Skabies)

Erreger:	Krätzmilbe (<i>Sarcoptes scabiei</i>)
Ansteckendes Material:	Milben/Milbenlarven, Hautschuppen
mögl. Krankheitszeichen:	Juckreiz
Übertragung:	<ul style="list-style-type: none">• Von Mensch-zu-Mensch bei länger andauerndem Hautkontakt (beim Kuscheln, Schlafen in einem Bett, Geschlechtsverkehr)• Von Gegenständen-zu-Mensch (Übertragung von gemeinsam genutzter Bettwäsche, Decken, Polster oder durch Kleidung ist eher selten).
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	<ul style="list-style-type: none">• Bei Erstansteckung: 2-5 Wochen• Bei Wiederansteckung: 1-2 Tage
Beginn der Erregerausscheidung:	Sobald sich Krätzmilben auf der Haut befinden.
Probleme:	Lange Inkubationszeit. Die Diagnosestellung ist schwierig, daher sollte ein Hautarzt aufgesucht werden.

1. Meldung an das Gesundheitsamt, von dort wird eine weitere Klärung (v. a. Sicherung der Diagnose durch einen Facharzt) veranlasst.
2. Bei Sicherung der Verdachtsdiagnose, durchzuführende Maßnahmen:
 - Isolierung des Bewohners.
 - Begrenzung der Betreuung auf möglichst wenige Personen, die bei Kontakt mit dem Betroffenen Schutzkleidung und Schutzhandschuhe zu tragen haben.
 - Konsequente Kontrolle und Mitbehandlung aller Kontaktpersonen (Mitbewohner, Angehörige, betreuendes Personal ohne ausreichende Schutzkleidung).
 - Wäschewechsel (Körperkleidung, Unterwäsche, Bettwäsche, Bettdecken, Handtücher) mindestens 1x täglich.
 - Bett- und Unterwäsche so heiß wie möglich waschen, Buntwäsche bei 60 °C mind. 20 min., Bettstaub vorher absaugen.
 - Schlecht zu waschende Textilien usw. können in verschweißten Plastiksäcken bei Zimmertemperatur 14 Tage aufbewahrt werden (bei ≥25 °C genügt 1 Woche). Danach sind die Krätzmilben abgestorben.
 - Zur Entwesung von Matratzen, Polstermöbeln und Fußbodenbelägen gründliches und wiederholtes Absaugen mit einem starken Staubsauger. Ggf. Matratzen und kontaminierte Polsterstühle etc. in dicke Einschicht- oder Zweischichtfolie einschweißen und bei ≥25 °C 1 Woche in einem gesonderten Raum abstellen.
 - Eine Entwesung der Räume mit chemischen Mitteln ist nicht erforderlich.
 - Ständige Überwachung aller Behandelten und potentiellen Kontaktpersonen über einen Zeitraum von 6 Wochen (verantwortlich für die Koordinierung: Gesundheitsamt).

Bei einem Skabiesausbruch ist dafür zu sorgen, dass alle Erkrankten und ungeschützten Kontaktpersonen (einschl. des betreuenden Personals) gleichzeitig behandelt werden: Koordination über das Gesundheitsamt!

**Siehe Anlage 7 - Kurzanweisungen für das Betreuungspersonal - Juckreiz
Anlage 10 - Merkblatt Krätze (Skabies) der BzGA**

11.3 Befall mit Kleider-, Filz- und Kopfläusen

1. Meldung an das Gesundheitsamt, von dort wird weitere Klärung (v. a. Sicherung der Diagnose durch einen Facharzt) veranlasst.
2. Bei Sicherung der Verdachtsdiagnose, durchzuführende Maßnahmen:
 - Isolierung des betroffenen Bewohners.
 - Behandlung gemäß fachärztlicher Vorgaben.
 - Sofortiger Wäschewechsel.
 - Handtücher, Leib- und Bettwäsche bei mind. 60 °C (≥15 min.) waschen oder Anwendung feuchter oder trockener Hitze (Dampf 50 °C 15 min. bzw. Heißluft 45°C 60 min.).
 - Wenn thermische Behandlung nicht möglich ist, Aufbewahrung der Textilien in einem gut zu verschließenden dichten Plastiksack für mindestens 3 (Kopfläuse) bzw. 6 Wochen (Kleiderläuse) bei Zimmertemperatur.
 - Das Tiefrieren unter –10 °C über mindestens 24 Stunden in Kälteboxen ist eine weitere Variante (z. B. textiles Spielzeug, Kleidungsstücke u. a.).
 - Bei Auftreten von Kleiderläusen sind auch Decken und Matratzen einer Entlausung zu unterziehen.
 - Entwesen von Kämmen, Haar- und Kleiderbürsten durch Einlegen in mind. 60 °C heißes Seifenwasser über 15 min.
 - Insbesondere bei Filz- und Kleiderlausbefall konsequente Einhaltung der Körperhygiene.
 - Begrenzung der Betreuung auf möglichst wenige Personen.
 - Beschränkung des Kontaktes zu den übrigen Mitbewohnern.
 - Überwachung bzw. Information von Personen, die Kontakt mit dem betroffenen Bewohner hatten (Personal, Bewohner, Angehörige).
 - Personen mit engem Kontakt zum Betroffenen sind auf Befall zu kontrollieren und bei Feststellen von Läusen bzw. Nissen (Läuseeier) sofort zu behandeln.
 - Die betroffenen Wohnbereiche/ Gemeinschaftsräume sind von ausgestreuten Läusen zu befreien (gründliches Absaugen der Polstermöbel, Fußböden etc.).
 - Bei Kleiderlausbefall erfolgen weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes (z. B. Einschaltung eines Schädlingsbekämpfers). In diesem Zusammenhang ist auch das Wäschelager zu kontrollieren.
 - Nachkontrolle und Wiederholungsbehandlung nach 9-10 Tagen.

Siehe Anlage 7 - Kurzanweisungen für das Betreuungspersonal – Juckreiz
Anlage 11 - Merkblatt Kopflausbefall der BzGA/ Behandlungsschema des RSK

11.4 Varizellen (Windpocken)

Erreger:	Varicella-Zoster-Virus
Ansteckendes Material:	virushaltige Tröpfchen, die beim Atmen oder Husten ausgeschieden werden und die virushaltigen Bläschen/ Krusten
mögl. Krankheitszeichen:	Juckreiz, Hautausschlag, Fieber, Knötchen, Bläschen, Schorf
Übertragung:	<ul style="list-style-type: none">• Von Mensch-zu-Mensch (auch über größere Distanz möglich)
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	8 - 28 Tage (i.d.R. 14 - 16 Tage)
Beginn der Erregerausscheidung:	1 - 2 Tage vor Auftreten des Hautausschlages
Ende der Erregerausscheidung:	5 - 7 Tage nach Auftreten der letzten Hautveränderungen
Probleme:	Nicht geimpfte Frauen im ersten Drittel Ihrer Schwangerschaft.

1. Meldung an das Gesundheitsamt, von dort wird eine weitere Klärung (v. a. Sicherung der Diagnose durch einen Facharzt) veranlasst.
2. Bei Sicherung der Verdachtsdiagnose, durchzuführende Maßnahmen:
 - Isolierung des betroffenen Bewohners bis zu 7 Tage nach Auftreten der letzten Effloreszenzen; Nutzung des Isolationscontainers zwingend erforderlich. Ggf. gemeinsame Unterbringung mit engen Kontaktpersonen (z.B. Familie) sinnvoll. Falls nicht möglich, Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus erwägen (unbedingt vorherige Absprache).
 - Impfung von ungeimpften Personen mit negativer Varizellen-Anamnese und Kontakt zu Risikopersonen innerhalb von 5 Tagen nach Exposition bzw. 3 Tagen nach Exanthembeginn beim Indexfall
 - Bei immunologisch naiven Kontaktpersonen ist nach Ablauf der Inkubationszeit mit einer Erkrankung zu rechnen. Faustregel: **12 Tage nach dem ersten ungeschützten Kontakt** (Aufenthalt eine Stunde oder länger mit infektiöser Person in einem Raum oder face-to-face-Kontakt) **beginnt bei empfänglichen Personen die Freisetzung des Erregers**, sie werden damit selbst zur Quelle neuer Infektionen. Dies ist selbst durch eine unverzüglich durchgeführte Impfung nicht sicher zu verhindern. Hier ist deshalb eine schnelle Abklärung erforderlich.
 - Bei leerer Anamnese und unzureichendem Antikörpertiter: Als Ansteckungsverdächtig einstufen, vorsorgliche Isolierung spätestens nach Ablauf der 12-Tage-Frist erforderlich, Bildung einer eigenen Kohorte, in abgetrenntem Bereich unterbringen. Bis zum Ablauf der mittleren Inkubationszeit (hier 16 Tage) beobachten. Dies gilt auch für aktiv geimpfte Kontaktpersonen. Bei Auftreten der Erkrankung: Verlegung in Isolationsbereich. Durch diese Regelung würde ungeschützten Kontakten zu bisher nicht Betroffenen vorgebeugt. **Ein Transfer dieser Personen ist vor Ablauf der Beobachtungszeit nicht zulässig.**
 - Allen Kontaktpersonen ist eine Impfung anzubieten. Trotz Impfung sollten diese Kontaktpersonen für die mittlere Inkubationszeit nicht transferiert werden.

- Schwangere, Neugeborene und Personen mit bekannter Immundefizienz sofort räumlich getrennt von den anderen unterbringen (auch eigene Sanitäreinrichtungen und Essens-/Verpflegungsbereich). Vordringliche Abklärung des Immunstatus (bei positivem Antikörper-Befund (AK) kann die räumliche Abtrennung wieder aufgehoben werden).
- **Indikation zur passiven Prophylaxe prüfen.**
- Schwangere Frauen mit negativem AK-Ergebnis sollten kurzfristig einem Gynäkologen vorgestellt werden.
- Wenn möglich, Aufnahmestopp für Frauen mit bekannter Schwangerschaft (die seronegativ sind) oder für sonstige gefährdete Personen, bei denen keine Immunität anzunehmen und eine Impfung kontraindiziert ist erwirken.
- Personen ohne dokumentierte Immunität (durch Impfung oder positiven AK Test) Impfung anbieten.

Impfung

- Eine Impfung von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 17 Jahren sollte generell und auch unabhängig von einem AK-Test durchgeführt werden.
- Erwachsenen sollte bei nicht nachgewiesener Immunität (durch Impfung oder negativen AK-Test) eine Impfung angeboten werden.
- Fachinformationen der Impfstoffhersteller sind zu beachten und begonnene Immunisierungen müssen abgeschlossen werden (2 Dosen Impfschema).

Impfung in Schwangerschaft und Stillzeit

Impfungen mit einem Lebendimpfstoff-wie z.B. gegen Varizellen-sind bei bekannter Schwangerschaft grundsätzlich kontraindiziert. Nach Impfung mit Lebendimpfstoff sollte eine Schwangerschaft für 3 Monate vermieden werden.

Transfer von Asylsuchenden aus anderen/in andere Einrichtungen

Bei der Erstaufnahme ist oftmals weder der spezifische Immunstatus bekannt, noch wurden aktuelle Impfungen durchgeführt, oder eine Immundefizienz initial ausgeschlossen. Der Transfer in bzw. aus andere/n Einrichtungen kann daher in der Regel nur nach erfolgter Untersuchung und ggf. Impfung gemäß § 62Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) erfolgen.

Im Ermessen des Arztes oder der Ärztin ist unter Güterabwägung in Notsituationen und bei Unterbringungsengpässen auch der Transfer von Personen nach einmaliger, aktueller Impfung gegen Varizellen vertretbar. Ausgenommen davon sind jedoch enge Kontakte an Windpocken erkrankter Personen(wie z.B. Familienmitglieder oder vergleichbar). Zudem ist auf den Schutz von Personengruppen mit besonderer Gefährdung durch die Erkrankung zu achten.

**Siehe Anlage 7 - Kurzanweisungen für das Betreuungspersonal - Ausschlag/ Rote Flecken
Anlage 12 - Merkblatt Windpocken der BzGA**

11.5 Masern

Erreger:	Masern-Virus
Ansteckendes Material:	virushaltige Tröpfchen, die beim Atmen, Husten sowie virus-haltige Sekrete aus Nase oder Rachen
mögl. Krankheitszeichen:	Fieber, Bindehautentzündung, Schnupfen, Husten, Aus-schlag an der Mundschleimhaut, Hautausschlag
Übertragung:	<ul style="list-style-type: none">• Von Mensch-zu-Mensch
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	8 - 10 Tage, bzw. 14 Tage bis zum Ausbruch des Hautausschlages
Beginn der Erregerausscheidung:	3 - 5 Tage vor Auftreten des Exanthems
Ende der Erregerausscheidung:	4 Tage nach Auftreten des Exanthems
Probleme:	

1. Da es sich bei Masern um eine meldepflichtige Erkrankung handelt, müssen Sie, wenn in Ihrer Einrichtung ein Masernfall auftritt, umgehend Ihr zuständiges Gesundheitsamt informieren. Die notwendigen Maßnahmen werden dann mit Ihnen besprochen.
2. Besonders wichtig ist im Fall einer Masernerkrankung die Frage nach dem Impfsta-tus. Allen Personen, die nicht geimpft sind, oder bei denen der Immunstatus unbekannt ist, wird dringend zur Impfung geraten. Wenn diese sogenannte Riegelungsimpfung innerhalb von 3 Tagen nach Viruskontakt durchgeführt wird, kann ein Krankheitsausbruch verhindert oder der Krankheitsverlauf abgeschwächt werden.
3. Bei Masern handelt es sich um eine sehr ansteckende Viruserkrankung. Personen, die an Masern erkrankt sind, sind bereits vor dem Auftreten der ersten Symptome an-steckend. Das Virus verbreitet sich sehr schnell. Von 100 nicht geschützten Personen erkranken bei Kontakt mit dem Virus etwa 95. So kann es schnell zu einer Ausbrei-tung der Erkrankung kommen.
4. Jede Person, die nicht geimpft ist oder Masern noch nicht durchgemacht hat, kann sich anstecken. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung bereits im Kleinkindalter durchzuführen. Aber auch eine Impfung zu einem späteren Zeit-punkt führt zu einem sicheren Schutz vor der Erkrankung. Eine eventuell notwendige Vervollständigung des Impfstatus schützt vor einer Ansteckung. Weiterhin kann durch eine nachträgliche Impfung, innerhalb von 3 Tagen nach Ansteckungsverdacht, der Ausbruch der Erkrankung unterdrückt bzw. der Krankheitsverlauf gemildert werden.
5. Durchzuführende Maßnahmen:
 - Isolation des Erkrankten im Iso-Container (eigener Raum) bis 4 Tage nach Beginn des Exanthems; eventuell gemeinsame Unterbringung mit engsten Kontaktperso-nen (z. B. Familienverband).
 - Versorgung/Betreuung nur durch nachweislich immune (ausreichend geimpfte) Personen. Nichtimmune sollten den Raum nicht betreten.
 - Keine besonderen Maßnahmen bei Abfall- oder Schmutzwäscheentsorgung (Sack-in-Sack-Methode)
 - Tägliche Desinfektion der Oberflächen mit bedingt viruzidem Präparat.

- Alle Kontaktpersonen aufnehmen, Impfstatus überprüfen, ggf. Riegelungsimpfungen durchführen (optimal innerhalb drei Tage nach Kontakt). Säuglinge ab dem 9. Monat.
- In Ausnahmefällen auch Impfung von Säuglingen zwischen 6 und 8 Monaten (individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung).
- Mindestabstand zu anderen Lebendimpfungen beachten (4 Wochen).
- Für Kontaktpersonen mit bestehender Kontraindikation zur Masernimpfung und hohem Komplikationsrisiko bei Erkrankung: passive Immunisierung innerhalb 6 Tage nach Exposition; als gefährdet einzustufen wären
 - Säuglinge < 9 Monat,
 - Schwangere,
 - Immunsupprimierte

Achtung: MMR-Impfung ist nach passiver Immunisierung für sechs Monate nicht sicher wirksam)
- Bei rechtzeitiger Durchführung der Riegelungsimpfung sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich; wenn möglich, Verlegung in andere Unterkunft aber erst 14 Tage nach der Impfung.
- Wird von exponierten empfänglichen Personen eine Impfung abgelehnt, ist ab dem 5. Tag nach erstmaliger Exposition mit beginnender Erregerausscheidung zu rechnen: ab diesem Zeitpunkt in eigenem Raum isolieren, Versorgung nur durch nachweislich immune Personen, Dauer bis zum 21. Tag nach letztmaliger Exposition.
- Die einmalig bei Erstuntersuchung gegebene Impfdosis gewährleistet einen ausreichenden Schutz. Hier sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
- Ggf. Aufnahmestopp für besonders gefährdete Personen und Verlegungsstopp für ungeimpfte Kontaktpersonen.

**Siehe Anlage 7 - Kurzanweisungen für das Betreuungspersonal - Ausschlag/ Rote Flecken
Anlage 13 - Merkblatt Masern der BzGA**

11.6 Grippe (Influenza)

Bei der Virusgrippe handelt es sich um leicht übertragbare Erkrankung mit kurzer Inkubationszeit.

Erreger:	Influenza-Viren; behülltes Virus, begrenzt viruzide Desinfektionsmittel ausreichend.
Ansteckendes Material:	virushaltige Tröpfchen, die beim Niesen oder Husten ausgeschieden werden,
mögl. Krankheitszeichen:	Akuter Beginn, häufig Fieber, (trockener) Husten, Kopf- und Gliederschmerzen,
Übertragung:	Von Mensch-zu-Mensch über virushaltige Tröpfchen, die beim Husten, Niesen freigesetzt werden, Handkontakt mit erregerbelasteten Oberflächen und Aufbringen auf Mund- oder Nasenschleimhaut.
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	1-2 Tage
Beginn der Erregerausscheidung:	Kurz vor Auftreten erster Krankheitszeichen
Ende der Erregerausscheidung:	Bei Erwachsenen bis 5, bei Kindern bis 7 Tage nach Auftreten erster Krankheitszeichen
Probleme:	In der Saison weit verbreiteter Erreger, häufige Erkrankung, Ausbrüche sind nur schwer zu kontrollieren.

Die echte Virusgrippe (Influenza) ist nur aufgrund der Krankheitszeichen von anderen Infektionen der oberen Atemwege **nicht** sicher unterscheidbar.

Als Hinweis auf eine Virusgrippe kann der vergleichsweise

- abrupte Beginn sowie das Auftreten von
- Fieber ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) und eines
- trockenen Reizhustens

gewertet werden.

Häufige Begleitsymptome sind Hals-, Kopf- und/oder Gliederschmerzen, bei einem Teil der Patienten tritt auch Übelkeit/Erbrechen oder Durchfall auf.

Gut die Hälfte der Influenza-Infizierten entwickelt aber nur eine abgeschwächte Symptomatik bzw. überhaupt keine Krankheitszeichen. Da auch diese Personen das Virus weitergeben können und zudem dauernd mit einem Eintrag über Betreuungspersonal oder Besucher zu rechnen ist, sind Influenza-Ausbrüche schon im Krankenhaus kaum zu vermeiden und nur schwer unter Kontrolle zu bringen.

Unter den Bedingungen der Flüchtlingsunterkunft in Hennef ist eine erfolgversprechende Vorgehensweise zur Eindämmung nicht realisierbar. Einen gewissen Schutz bietet lediglich die **rechtzeitig durchgeführte Impfung für alle Personen, die sich in dieser Unterkunft aufhalten** (also auch Mitarbeiter und auf ehrenamtlicher Basis dort tätige Personen).

Einzelfälle mit abrupt beginnender, fieberhafter Erkrankung und Husten wären dennoch im Iso-Container unterzubringen bzw. schnellstmöglich einem Arzt vorzustellen. Bei der Vorstellung auf die notwendige Influenza-Diagnostik hinweisen.

Bei positivem Testausfall (Influenza nachgewiesen) sollen sich **Kontaktpersonen** über 48 Stunden selbst beobachten, bei Auftreten von Infektionszeichen als Influenza einstufen und für fünf Tage (Kinder 7 Tage) im Iso-Container unterbringen.

Besondere Desinfektionsmaßnahmen sind nicht erforderlich. Bei Wäscheaufbereitung, Abfallentsorgung sind keine Besonderheiten zu beachten (Sack-in-Sack-Methode anwenden). Abschließende desinfizierende Reinigung des Patientenzimmers mit dem üblichen Präparat.

Personalschutz bei Betreuung der Patienten im Iso-Container: Betreuung möglichst nur durch Personen, bei denen die saisonale Influenza-Impfung vor mehr als 10 Tagen durchgeführt wurde. Gesichtsmaske bei Aufenthalt im selben Raum, Ablegen erst nach Verlassen, danach abschließende hygienische Händedesinfektion durchführen.

Siehe Anlage 14 - Merkblatt Grippe (Influenza) der BzGA

11.7 Keuchhusten

Erreger:	Bordetella pertussis-Bakterien
Ansteckendes Material:	keimhaltige Tröpfchen, die beim Niesen oder Husten ausgeschieden werden,
mögl. Krankheitszeichen:	Beginnt als „grippaler Infekt“, nach 1-2 Wochen Auftreten der typischen anfallsartigen Hustenattacken.
Übertragung:	Von Mensch-zu-Mensch über erregerhaltige Tröpfchen, die beim Husten, Niesen freigesetzt werden, Handkontakt mit erregerbelasteten Oberflächen und nachfolgendem Aufbringen auf Mund- oder Nasenschleimhaut.
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	9-10 Tage bis zum grippeähnlichen Bild, weitere 1-2 Wochen bis zum typischen Krankheitsbild
Beginn der Erregerausscheidung:	Kurz vor Auftreten erster Krankheitszeichen
Ende der Erregerausscheidung:	5 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie, ohne Therapie Erregerausscheidung bis 3 Wochen nach Beginn der Hustenattacken
Probleme:	Ganzjährig auftretende, in den Wintermonaten etwas häufiger vorkommende Erkrankung, Ausbrüche wegen des unspezifischen Vorstadiums nur schwer zu kontrollieren, besonders bedrohlich für Neugeborene und Säuglinge. Immunität nach Erkrankung und Impfung nur wenige Jahre anhaltend, dann erneute, abgeschwächte Erkrankung möglich.

Die Impfung ist sehr effektiv und bei allen Asylsuchenden schnellstmöglich vorzunehmen (in Kombination mit Tetanus, Diphtherie). Auch alle Betreuungspersonen sollten über einen ausreichenden Schutz verfügen, eine Impfung ist anzubieten. Von besonderer Bedeutung in der Umgebung von Schwangeren, Neugeborenen und nicht-geimpften Säuglingen.

Personen, die Keuchhusten-typische Krankheitszeichen entwickeln (lang andauernder, quälender Husten, Hustenattacken) sind umgehend ärztlich abzuklären, bei Vorstellung auf die hier notwendige Testung hinweisen.

Bei Bestätigung Unterbringung in Iso-Container bis fünf Tage nach Beginn der gegen Pertussis gerichteten Antibiotikatherapie (Makrolid-Antibiotika oder Cotrimoxazol).

Engen **Kontaktpersonen** ist eine Chemoprophylaxe mit Makroliden anzubieten (auch Geimpften). Solange bei Kontaktpersonen keine Symptome auftreten, sind keine Absonderungsmaßnahmen erforderlich (zur Selbstbeobachtung auffordern). Keine weiteren Maßnahmen nach Abschluss der Chemoprophylaxe.

Besondere Desinfektionsmaßnahmen sind nicht erforderlich, Abfall und Schmutzwäsche können wie üblich entsorgt werden (Anwendung der Sack-in-Sack-Methode).

Personalschutzmaßnahmen beim Umgang mit Erkrankten:

Versorgung/Betreuung möglichst nur durch Personen mit ausreichendem Impfschutz. Falls möglich, mind. einen Meter Abstand halten, Mund-Nasen-Schutz bei engerem Kontakt, hygienische Händedesinfektion nach deren Ablegen, bzw. nach Kontakt zum Patienten oder zu möglicherweise keimbelasteten Oberflächen der Umgebung.

**Siehe Anlage 7 - Kurzanweisungen für das Betreuungspersonal - Ausschlag/ Rote Flecken
Anlage 15 - Merkblatt Keuchhusten der BzGA**

11.8 Ebola

Erreger:	Ebola-Virus
Ansteckendes Material:	Blut, Sekrete, Schweiß, Samenflüssigkeit, Ausscheidungen
Übertragung:	<ul style="list-style-type: none">• von Mensch-zu-Mensch über direkten Kontakt oder anderen Körperflüssigkeiten (Speichel, Schweiß, Erbrochenes, Urin, Stuhl, Brustmilch, Samen)• von Tier-zu-Mensch über direkten Kontakt oder anderen Körperflüssigkeiten bzw. die Zubereitung und der Verzehr von rohem Fleisch wilder Tiere (in Afrika)
Inkubationszeit: (Zeit der Ansteckung bis zum Ausbruch der Erkrankung)	2-21 Tage (in der Regel 8-10 Tage)
Beginn der Erregerausscheidung:	Sobald erste Krankheitszeichen entwickelt werden
Ender der Erregerausscheidung	Solange die Erkrankten Fieber aufweisen. In Samenflüssigkeit können die Viren noch bis zu 3 Monaten nach Beginn der Krankheitszeichen enthalten sein.

Vorgehen bei Asylbewerbern, die aus Gebieten Afrikas kommen, in denen es zu Kontakten mit Ebola(verdachts)fällen kommen kann:

(Dies sind Asylbewerber aus Guinea und Sierra Leone - Stand September 2015)

Diagnose & Prävention vor Ort:

Diese Erkrankung ist nur dann möglich, wenn die Flüchtlinge aus einem der betroffenen Länder in Westafrika kommen (aktuell noch Guinea und Sierra Leone), und/oder innerhalb der letzten drei Wochen Kontakt mit einem Erkrankten oder Verstorbenen hatten. Diese Konstellation ist bei den von uns betreuten Flüchtlingen, die über den Land- und Seeweg kommen, kaum möglich. Ob eine solche Vorgeschichte vorliegt, muss bei der Erstbefragung/Erstuntersuchung festgestellt werden.

Für die Praxis:

Wer aus einem der genannten Länder kommt, dort vor weniger als drei Wochen aufgebrochen ist und jetzt Fieber entwickelt, müsste schnellstmöglich abgeklärt werden (unverzüglich Gesundheitsamt informieren, noch keine Sofortmaßnahmen treffen!). Selbst wenn alle Bedingungen erfüllt wären, handelt es sich mit viel größerer Wahrscheinlichkeit noch um eine Malaria oder eine andere viel „banalere“ Infektion.

Ansatzpunkt ist die (auch für medizinische Laien einfach durchzuführende) mind. einmal tägliche Fiebermessung aller Personen, die aus Ebola-Verdachtsregionen zu uns kommen.

Sollten sich die vorgenannten Personengruppen aus Ebola-Verdachtsregionen länger als die Inkubationszeit von 21 Tagen in unseren Einrichtungen aufhalten, kann das Fieber-Screening bei negativen Ergebnissen grundsätzlich eingestellt werden. Dies ist zu dokumentieren und die Aufzeichnungen sind bei Verlegung in eine andere Einrichtung dieser zu übergeben.

Weiteres Vorgehen bei Verdachtsfällen:

Vom Ergebnis der Fiebermessung hängt das weitere Verfahren ab. Bei Verständnisfragen oder Unsicherheiten sollte vorsorglich das Gesundheitsamt hinzugezogen werden.

Unbegründete Verdachtsfälle: Bei Auftreten von Fieber $>38,5^{\circ}\text{C}$ (oder erhöhter Temperatur mit für Ebola typischen Begleitsymptomen wie z.B. Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, inneren oder äußeren Blutungen) einer in der Einrichtung untergebrachten Person ohne entspre-

chende Reiseanamnese wird sich der Verdachtsfall als unbegründet erweisen. Vorsorglich ist mit dem Gesundheitsamt Rücksprache zu halten.

Begründete Verdachtsfälle: Bei Auftreten von Fieber $>38,5^{\circ}\text{C}$ (oder erhöhter Temperatur mit für Ebola typischen wie z.B. Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, inneren oder äußeren Blutungen) einer in der Einrichtung untergebrachten Person und entsprechender Reiseanamnese muss umgehend der Rettungsdienst (Telefonnummer „112“) hinzugezogen und der Patient bzw. die Patientin (provisorisch) isoliert werden. Das Gesundheitsamt ist unverzüglich einzuschalten.

Die untere Gesundheitsbehörde wird die medizinisch notwendigen weiteren Maßnahmen (vgl. Informationen des RKI) veranlassen.

In diesem Fall informiert die Unterbringungseinrichtung unverzüglich die Bezirksregierung Arnsberg über den „Meldekopf der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr“.

Siehe Anlage 16 - Merkblatt Ebola der BzGA

12 Umgang mit Schimmelbefall in der Einrichtung

Schimmelpilze können gesundheitsschädliche Wirkungen auslösen.

Schimmelbildung entsteht durch mangelndes Lüften, falsches Heizen und aufgrund baulicher Mängel.

Insbesondere wenn bauliche Mängel nicht ursächlich für Schimmelpilzbildung sind, ist hohe Raumluchtfeuchtigkeit in den Schlafräumen (Kochen, Duschen, Wäschewaschen- und trocknen) möglichst zu vermeiden. Auf gezieltes Lüften (täglich dreimal 5-15 Minuten Stoßlüften, dabei alle Fenster und Türen komplett öffnen) ist in allen Räumen hinzuwirken.

Bei raumlufthygienischen bedeutsamen Fragen wie Schimmelbefall von Wänden, Böden und Decken oder Emissionen von Raumluchtschadstoffen (z. B. Lösungsmittel von Farben und Klebern) ist zunächst die Ursache zu ermitteln, da sonst keine längerfristig wirksamen Abhilfemaßnahmen ergriffen werden können. So ist beispielsweise bei Feuchtigkeitsschäden und ggf. vorkommendem Schimmelpilzbefall durch den Hausherrn eine fachtechnische Prüfung der Ursache der Nässebildung kurzfristig einzuleiten, damit neben der Entfernung des Schimmels auch der ggf. ursächliche bauliche Mangel beseitigt wird.

Bei Feuchtigkeitsschäden und ggf. vorkommendem Schimmelpilzbefall an Duschwänden und Fugen im Sanitärbereich ist der Befall fachgerecht zu beseitigen.

Vor beabsichtigten Raumluftmessungen hinsichtlich Lösungsmittel, Mineralfaser o. ä. ist in jedem Fall das zuständige Gesundheitsamt einzuschalten.

IV Arbeitsschutz

13. Gesundheitsschutz Personal

13.1 Hintergrundinformationen

Anforderungen nach Biostoffverordnung

Gefährdungsbeurteilung:

Tätigkeiten in Gemeinschaftsunterkünften im Sinne dieses Hygieneplanes können auch im Gefahrenbereich biologischer Arbeitsstoffe (humanpathogene Bakterien, Viren, Parasiten) ausgeübt werden. Gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ist der Arbeitgeber verpflichtet, durch eine Beurteilung der arbeitsplatzbedingten Gefährdungen die notwendigen Schutzmaßnahmen zu ermitteln. Diese allgemein gültige Vorschrift wird für Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in der Biostoffverordnung (BioStoffV) und in der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 400 "Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen" konkretisiert. Es liegen nicht gezielte Tätigkeiten im Sinne der BioStoffV vor.

Bei der Gefährdungsbeurteilung sind die Mitarbeitervertretung, der Betriebsarzt sowie die Fachkraft für Arbeitssicherheit zu beteiligen. Darüber hinaus kann sich der Arbeitgeber extern beraten und unterstützen lassen, z.B. durch die staatliche Arbeitsschutzbehörde, die Berufsgenossenschaft, sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Dienste u. a.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen:

Nach § 15 (1) BioStoffV i. V. m. Anhang IV sind Beschäftigte bei Tätigkeiten in der Wohlfahrtspflege mit einer Exposition gegenüber Hepatitis B-Virus, Hepatitis C-Virus arbeitsmedizinisch zu untersuchen und zu beraten. Zur Wohlfahrtspflege gehören auch Gemeinschaftsunterkünfte für Personen in besonderen sozialen Lebenslagen (Obdachlose, Asylbewerber, Flüchtlinge, Spätaussiedler).

Entsprechende Tätigkeiten liegen z. B. für den Ersthelfer vor, der Umgang mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen haben kann. Bei Tätigkeiten der allgemeinen Betreuung (Verwaltung) wird in der Regel keine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach BioStoffV erforderlich sein.

Im Einzelfall kann jedoch im Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung eine tätigkeitsspezifische Infektionsgefährdung durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppe 2 oder 3 z. B. für Reinigungs- und Reparaturarbeiten festgestellt werden. In diesen Fällen hat der Arbeitgeber arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 15 (2) BioStoffV anzubieten.

Mit der Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist der an der Gefährdungsbeurteilung beteiligte Arzt – in der Regel der Betriebsarzt – zu beauftragen.

Impfungen für das Personal:

Wenn im Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung eine tätigkeitsspezifische Infektionsgefährdung durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppe 2 oder 3 festgestellt wird und ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht, hat der Arbeitgeber den Beschäftigten gemäß § 15 (4) BioStoffV eine Impfung anzubieten.

Die notwendigen Impfungen sind in den Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) veröffentlicht.

13.2 Mitarbeiterinformation:

Infektionspräventive Standardmaßnahmen

Händehygiene

Die Händehygiene dient der Vermeidung der Kontamination der Hand durch Krankheitserreger im Kontakt und Umgang mit Menschen oder entsprechend kontaminierten Oberflächen. Sie umfasst bei sichtbarer Verschmutzung an den Händen die gründliche Reinigung der Hände mit Seife und Wasser. Anschließend sollten die Hände mit einem handelsüblichen Desinfektionsmittel desinfiziert werden. Ohne sichtbare Verschmutzung der Hände reicht die Händedesinfektion mit alkoholischen Präparaten.

Erfolgen muss sie:

- Vor direktem Personenkontakt
- Nach Personenkontakt

Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Hustenetikette)

- beim Husten und Niesen werden Mund und Nase bedeckt gehalten
- nach Kontakt mit Atemwegssekreten ist eine geeignete Händehygiene (Händewaschung/ Händedesinfektion) durchzuführen.
- in den identifizierten Risikobereichen werden entsprechend Möglichkeiten zur Händehygiene und Abwurfbehälter zur Verfügung gestellt werden.
- Patienten mit Symptomen einer Atemwegsinfektion werden gebeten, von anderen Personen (mindestens 1m) Abstand zu halten.

Reinigung/Desinfektion der Umgebung

Hand-/Hautkontaktflächen werden mit einem Mittel mit nachgewiesener bakterizider und viruzider Wirkung desinfiziert.

Impfschutz

Bei Tätigkeiten mit Migranten ist ein entsprechender Impfschutz ratsam. Auch in Deutschland sind entsprechende Schutzimpfungen allgemein empfohlen. Hierzu zählen Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Masern, Mumps und Röteln. Die Kosten hierfür übernehmen in der Regel die Krankenkassen. Allerdings sind ältere Mitarbeiter normalerweise nicht gegen die letzten drei Krankheiten geimpft worden, da der Impfstoff erst seit den 70er Jahren zur Verfügung steht. Deshalb empfiehlt die STIKO diese (einmalige) Impfung inzwischen auch für Erwachsene, die nicht geimpft wurden oder bei denen Impflücken bestehen. Wahrscheinlich bestehen gegen Keuchhusten ebenfalls Impflücken. Hier sind die Impfpässe abzugleichen.

Darüber hinaus wäre eine Impfung gegen Hepatitis-A ratsam, da die Migranten in der Regel aus Gegenden stammen, in denen diese Erkrankung häufiger vorkommt. Hier sollte vom Arbeitgeber eine Schutzimpfung angeboten werden. Ein erhöhtes Risiko gegenüber Hepatitis-B ist nicht zu sehen, sodass hier keine Schutzimpfung erforderlich ist.

TBC Ansteckungshäufigkeit und Prävention

Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionserkrankung, ausgelöst durch sogenannte Mykobakterien. In Deutschland erkrankten im Jahr 2012 4220 Menschen an Tuberkulose. Immunkompetente Menschen erkranken in der Regel nicht. Es ist ein intensiver und / oder ständiger Kontakt mit Tbc-kranken Menschen erforderlich, d.h. mindestens über 8 Stunden bei hoher Ansteckungsfähigkeit des infizierten Migranten. Selbst Angehörige, die z. T über 6 Monate Patienten mit offener TBC behandelt haben, sind nicht erkrankt.

In der Regel erkranken abwehrgeschwächte Menschen; dies sind Alkoholiker, Patienten unter immunsuppressiver Therapie (z.B. bei Rheuma, unter Chemotherapie wegen einer Krebserkrankung oder andere Erkrankungen, die eine immunsuppressive Therapie erfordern), Nierenschwäche, die sogenannte Niereninsuffizienz, oder Diabetiker. Diese Menschen sollten den Kontakt mit TBC-Erkrankten vermeiden.

Eine Impfung gegen Tuberkulose gibt es zurzeit in Deutschland nicht. Die frühere sogenannte BCG-Impfung wird seit 1998 von der STIKO nicht mehr empfohlen, da in Deutschland das Infektionsrisiko sehr gering ist und die Nebenwirkungen (Infektionen der Injektionsstelle, Einschmelzen der lokalen Lymphknoten, Augenschäden, Knochen- und Gelenkentzündungen) bei dieser Impfung sehr häufig beobachtet wurden. Auch ist die Wirksamkeit dieser Impfung nicht sicher belegt.

Siehe Anlage 17 - Merkblatt Tuberkulose der BzGA