

# Kranke Kinder in Kindertageseinrichtungen

Handlungsanleitung für pädagogische Fachkräfte 2019



- Ministerium für Bildung und Kultur
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

**SAARLAND**

Großes entsteht immer im Kleinen.



## **Herausgeber:**

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie  
Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken  
Telefon: 0681/501-00  
Telefax: 0681/501-3239

Internet: [www.saarland.de](http://www.saarland.de)  
in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildung und Kultur  
Titelbild: [rogerphoto/Fotolia.com](http://rogerphoto/Fotolia.com)

## **Redaktion:**

Abteilung E des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie mit Unterstützung der Arbeitsgruppe des Runden Tisches für Kindergesundheit Gesundheitsamt Saarlouis, Jugendärztlicher Dienst:  
Dr. Monika Weber  
Unfallkasse des Saarlandes: Stefan Hien  
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland, Landesverband Saarland e.V.: Ingrid Anton  
Ministerium für Bildung und Kultur: Ulrike Lang, Dirk Schöffner  
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Referat C 2 Landesjugendamt:  
Dagmar Schuler  
Deutscher Diabetiker Bund, Landesverband Saarland: Karl Zang  
Diabetes Netzwerk Saarland: Thomas Hess  
Landesärztin für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Prof. Dr. Eva Möhler



## Vorwort

Die Förderung und Teilhabe chronisch kranker Kinder im Alltag ist ein zentrales Anliegen der saarländischen Landesregierung. Dabei ist uns bewusst, dass wir stabile Strukturen und konkrete Angebote brauchen, um Kindern mit einem Handicap die Chance auf echte Teilhabe zu ermöglichen.

Mit dieser Broschüre wollen wir die pädagogischen Fachkräfte in ihrer täglichen Arbeit mit chronisch kranken Kindern in den saarländischen Kindertageseinrichtungen unterstützen und ihnen die notwendigen Informationen an die Hand geben. Die Handlungsanleitung enthält wichtige Informationen zum Aufnahmeverfahren und zu den Informationspflichten der Eltern gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Kindertageseinrichtungen. Wir informieren über Fragen der Haftung und des Datenschutzes.

In einem umfassenden Teil beschreiben wir einzelne Krankheitsbilder wie Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Allergien oder ADHS und erläutern die für die Betreuung eines Kindes jeweils wichtigen Aspekte. Die Erfahrung zeigt: Inklusion ist immer dann erfolgreich, wenn es gelingt, etwaige Unsicherheiten durch umfassende Information über die jeweilige Erkrankung und eine gute und regelmäßige Zusammenarbeit zwischen Kindertageseinrichtung, Eltern und dem behandelnden Arzt/Ärztin abzubauen.

Diese Broschüre soll einen Beitrag dazu leisten und den betroffenen Kindern Schutz und die erforderliche individuelle Förderung zukommen lassen, damit sie, wie alle anderen Kinder auch, ihren Platz in der Gemeinschaft finden.

Ich bedanke mich bei allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe des Runden Tisches für Kindergesundheit, die an der Erstellung der Broschüre beteiligt waren, für die gute Zusammenarbeit.

Monika Bachmann  
Ministerin für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	6
<b>2</b>	<b>Rechtliche Grundlagen</b>	7
2.1	Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung	7
2.2	Gesetzlicher Unfallversicherungsschutz und Haftung	8
2.2.1	Haftung gegenüber dem Kind	8
2.2.2	Haftung gegenüber anderen Personen	8
2.2.3	Schutz der pädagogischen Fachkraft und Haftung des Trägers der Einrichtung	8
2.3	Datenschutz	8
<b>3</b>	<b>Das Aufnahmeverfahren</b>	9
3.1	Die Aufnahmeuntersuchung	9
3.2	Beachtung der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) [9]	9
<b>4</b>	<b>Zusätzliches bei Aufnahme und Aufenthalt eines chronisch kranken Kindes</b>	10
4.1	Vereinbarung/Zusatzvertrag zwischen Sorgeberechtigten und Träger der Kindertageseinrichtung	10
4.2	Weitere Maßnahmen	10
<b>5</b>	<b>Akute Erkrankungen während des Aufenthaltes</b>	11
<b>6</b>	<b>Medikamentengabe in der Einrichtung</b>	12
6.1	Medikamentengabe in der Einrichtung bei chronisch kranken Kindern	12
6.2	Medikamentengabe in der Einrichtung bei akut erkrankten Kindern	12
6.3	Lagerung und Aufbewahrung von Medikamenten	12

<b>7</b>	<b>Chronische Erkrankungen</b>	<b>13</b>
7.1	Checkliste vor der Aufnahme eines chronisch kranken Kindes	13
7.2	Information zu einzelnen chronischen Erkrankungen	14
7.2.1	Allergien	14
7.2.2	Asthma bronchiale	16
7.2.3	Anfallsleiden - Epilepsie	18
7.2.4	Diabetes mellitus Typ I	20
7.2.5	Mukoviszidose (Cystische Fibrose CF)	23
7.2.6	Rheumatische Erkrankungen	25
7.2.7	Herzkrankheiten	26
7.2.8	Darmerkrankungen	27
7.2.9	ADHS	29
7.2.10	Autismus	31
7.2.11	Sonstige seltene chronische Krankheiten	32
<b>8</b>	<b>Formulare</b>	<b>34</b>
8.1	Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung zur Erkrankung und zur Einnahme von Medikamenten	35
8.2	Bescheinigung Medikamenteneinnahme/andere Maßnahmen zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung	36
8.3	Dokumentation der Medikamentengabe	37
8.4	Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Personensorgeberechtigte	38
8.5	Information für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte zum Infektionsschutzgesetz	39
8.6	RKI-Empfehlung für die Wiederm Zulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (I) (Stand August 2012)	42
8.7	RKI-Empfehlung für die Wiederm Zulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (II) (Stand August 2012)	44
<b>9</b>	<b>Literatur, Anmerkungen</b>	<b>46</b>

# 1 Einleitung

10-15 % der drei- bis sechsjährigen Kinder leiden nach den Untersuchungen des Robert Koch Instituts (RKI-KIGGS-Studie) an chronischen Erkrankungen, die als körperliche Erkrankungen und/oder psychische Gesundheitsstörungen auftreten. Als chronisch werden dabei Erkrankungen bezeichnet, die seit mindestens 12 Monaten bestehen und kontinuierlich oder zeitweise in den letzten 12 Monaten vorgelegen haben. In unterschiedlichem Umfang gehen sie einher mit Funktions- und Teilhabestörung, Belastungen und Inanspruchnahme von Versorgung. Sie stellen eine anhaltende Herausforderung für Eltern, Kindertageseinrichtungen und Schulen, Gesundheitssystem und Gesellschaft dar.

Zu den chronischen Erkrankungen gehören u.a. Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma bronchiale, Nahrungsmittelallergien), Hauterkrankungen (Neurodermitis), Diabetes mellitus, Herzkrankheiten, Krampfleiden, Schilddrüsenerkrankungen, Migräne, Angststörungen, ADHS und Autismusspektrumstörungen.

Der Besuch einer Kindertageseinrichtung (Kita) ist für die Eltern dieser Kinder je nach Schwere und Versorgungsbedarf der Erkrankung mit großen Sorgen und Ängsten verbunden. Von Seiten der Kindertageseinrichtung kann das Vorliegen einer chronischen Krankheit ein Grund sein, die Betreuung abzulehnen. Unter den jeweils gegebenen Rahmenbedingungen kann die Einrichtung mit der Betreuung des Kindes überfordert sein und damit das Wohl des aufzunehmenden Kindes nicht gewährleisten. Oftmals spielen aber auch Ängste, Unsicherheit und Unwissenheit über die Krankheit des zu betreuenden Kindes eine entscheidende Rolle. Werden solche Ängste durch umfassende Information über die Krankheit und die erforderliche Betreuung zwischen Eltern, behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt und Einrichtung abgebaut und wird gut zusammengearbeitet, gestaltet sich die Betreuung in der Regel unproblematisch. Auch für Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen besteht ein Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung.

In einem inklusiven Umfeld in der Kindertageseinrichtung sollen alle Kinder den ihnen angemessenen Platz finden, den Schutz und die individuelle Förderung, dies auch und besonders unter Berücksichtigung notwendiger medizinischer und pflegerischer Aspekte beim Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung. Dabei bedarf die Kinderbetreuung von Kindern in jungen Jahren einer starken Kooperation zwischen Eltern und pädagogischen Fachkräften, damit sich alle Beteiligten sicher fühlen können und für einen stabilen Alltag des Kindes sorgen. Hilfreich dabei ist auch, dass die anderen Kinder in der Einrichtung über die Krankheit informiert werden, um die Akzeptanz des chronisch kranken Kindes in der sozialen Gemeinschaft der Kindergartengruppe zu fördern.

Mit dieser Handlungsanleitung werden Informationen zur Betreuung chronisch kranker Kinder zur Verfügung gestellt, die dazu beitragen sollen, mehr Sicherheit für die pädagogischen Fachkräfte in den Einrichtungen im Umgang mit chronisch kranken Kindern zu geben. Die Informationen betreffen das Aufnahmeverfahren, die zu beachtenden rechtlichen Aspekte im Betreuungsvertrag, Fragen der Haftung und den Datenschutz. In einem zweiten Teil werden nähere Informationen zu Erkrankungen mit Einschränkungen der Teilhabe (z. B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Allergien, Anfallsleiden, ADHS, Autismus) zusammengestellt. Im Fokus stehen dabei die für die Betreuung wichtigen Aspekte und der Verweis auf weiterführende Informationen. Als Anlage sind Vorschläge für entsprechende Formulare beigefügt. Grundsätzlich richtet sich diese Handlungsanleitung an alle Formen der Kindertagesbetreuung, auch an die Kindertagespflege. Im Folgenden wird aber nur die Kindertageseinrichtung als Einrichtung genannt, da hier organisatorische und vertragliche Besonderheiten zu beachten sind.

## 2 Rechtliche Grundlagen

### 2.1 Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung

Der Besuch einer Kindertageseinrichtung ist freiwillig. Nach § 24 Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) [1] besteht allerdings ein Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung, und zwar für Kinder ab dem ersten Lebensjahr bis zum Schuleintritt. Für Kinder ab dem ersten Lebensjahr bis zum dritten Lebensjahr kann dieser Rechtsanspruch auch in der Kindertagespflege erfüllt werden. In welcher Einrichtung dieser Rechtsanspruch realisiert werden soll, bleibt offen.

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz bestimmt, dass für die Erfüllung des Rechtsanspruchs und für das Bereitstellen bedarfsgerechter Angebote der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe zuständig ist. Im Saarland sind dies die örtlichen Jugendämter der Kreise und des Regionalverbandes Saarbrücken.

Aus diesen Bestimmungen lässt sich keine Verpflichtung ableiten, nach der der Träger einer Kindertageseinrichtung ein einzelnes Kind aufnehmen muss. Vielmehr ist es Aufgabe des Trägers unter Beteiligung des Elternausschusses, Grundsätze für die Aufnahme von Kindern festzulegen. Stellen einzelne Kinder besondere Herausforderungen für die Einrichtung dar, kann ein Träger formal die Aufnahme verweigern, wenn er bzw. seine Einrichtung unter den gegebenen Rahmenbedingungen das Wohl des aufzunehmenden Kindes nicht gewährleisten kann.

Dabei ist aber auch immer der Auftrag aus dem Saarländischen Kinderbetreuungs- und Bildungsgesetz (SKBBG) [2] zur Integration zu beachten.

Es liegt im Verantwortungsbereich der Jugendämter, „dafür Sorge zu tragen, dass auch Kinder mit einem besonderen Behandlungsbedarf die Möglichkeit erhalten, in Kindertageseinrichtungen oder Kindertagespflege gefördert zu werden. Diese haben dem Kind einen Platz in einer Kindertageseinrichtung zu verschaffen, in der es entsprechend den Vorgaben des § 22 Abs. 1 SGB VIII [1] gefördert wird. Die Jugendämter sind daher verpflichtet, Umstände in den Kindertageseinrichtungen zu schaffen, die die Betreuung solcher Kinder, inklusive der Versorgung mit den benötigten Medikamenten, ermöglichen“. (DIJUF Rechtsgutachten vom 26.03.2013) [3].

Auch für Kinder mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen oder Allergien, bei denen es zu lebensgefährlichen Krisen kommen kann, die den Einsatz der pädagogischen Fachkräfte erfordern, besteht grundsätzlich ein Rechtsanspruch. Sie dürfen weder vom Kita-Besuch ausgeschlossen noch in eine Sondereinrichtung verwiesen werden. Dies gilt auch für die Medikamentenverabreichung. Sie ist i.d.R. keine ärztliche Aufgabe. Wegen den höheren Anforderungen an die pädagogischen Fachkräfte ist je nach Zahl und Art der Erkrankung eine besondere Schulung der Fachkräfte oder zusätzliches medizinisch geschultes Personal erforderlich (Happe, Saurbier 2007) [4]. Für die Anwendung von Injektionshilfen (z.B. Insulin-Pen) kann das Personal der Einrichtung in diese Technik eingewiesen werden.

Bei der Frage der Aufnahme von chronisch kranken Kindern oder Kindern mit speziellem Förderbedarf kann bei Trägern und Einrichtungen, die Bedenken äußern, grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass das Wohl des aufzunehmenden Kindes und der bereits aufgenommenen Kinder im Vordergrund steht. Es sollte im Einzelfall nach Möglichkeiten gesucht werden, die bestehenden Bedenken durch Argumente oder durch entsprechende Hilfestellungen und Anpassung der Rahmenbedingungen auszuräumen.

Der Anspruch, dass ein Kind in eine bestimmte Kindertageseinrichtung aufgenommen werden muss, besteht formal nicht. Allerdings hat das zuständige Jugendamt eine Betreuungsmöglichkeit zu gewährleisten und Umstände in den Tageseinrichtungen zu schaffen, die auch die Betreuung solcher Kinder einschließlich der Versorgung mit den benötigten Medikamenten ermöglichen.

## **2.2 Gesetzlicher Unfallversicherungsschutz und Haftung**

### **2.2.1 Haftung gegenüber dem Kind**

Besteht die Notwendigkeit der Verabreichung von Medikamenten während des Besuchs der Kindertageseinrichtung, kann die Gabe der Medikamente an die betreuten Kinder durch das pädagogische Fachpersonal nicht als private und daher unversicherte Tätigkeit angesehen werden. Anknüpfungspunkt für den Versicherungsschutz auch bei einer Medikamentengabe ist dabei die Übertragung der Personensorge von den Eltern auf die Kindertageseinrichtung.

Wird eine Medikamentengabe als Teil der Personensorge von Erziehungsberechtigten auf die Kindertageseinrichtung übertragen, so ist Folgendes zu beachten:

Kommt es bei der Gabe eines Medikamentes an ein Kind in einer Kindertageseinrichtung zu einem Fehler, der zu einem Gesundheitsschaden des Kindes führt, liegt ein Arbeitsunfall (Kindergartenunfall) vor. Zu denken ist dabei an eine falsche Dosierung des Medikamentes, eine Infektion bei einer Injektion usw.

Bei einem Kindergartenunfall kommt die Unfallkasse Saarland in Saarbrücken-Dudweiler für den erlittenen Gesundheitsschaden auf.

Die pädagogischen Fachkräfte sind aufgrund der Haftungsbeschränkung gem. §§ 104 ff. Sozialgesetzbuch (SGB VII [5]) nur dann für den von ihnen verursachten Personenschaden gegenüber dem Geschädigten ersatzpflichtig, wenn sie den Unfall vorsätzlich herbeigeführt haben. Gegenüber der Unfallkasse Saarland haften sie auch, wenn sie den Unfall grob fahrlässig verursacht haben (§ 110 SGB VII [5]). Grobe Fahrlässigkeit liegt allerdings nur dann vor, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wurde. Der Schädiger muss einfachste, ganz nahe liegende Überlegungen nicht angestellt und nicht einmal das beachtet haben, was jedem Laien hätte einleuchten müssen.

Liegt kein Versicherungsfall vor (z. B. Unterlassen/Vergessen einer Medikamentengabe), gilt die oben erläuterte Haftungsprivilegierung nicht, dementsprechend haften pädagogische Fachkräfte nach den allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen, also auch bei einfacher Fahrlässigkeit.

Die pädagogischen Fachkräfte sollten auch hierauf hingewiesen werden. Für diese Fälle könnte in den schriftlichen Vereinbarungen mit den Eltern eine sich an § 309 Nr. 7 BGB [6] orientierende Haftungsfreistellung getroffen werden.

### **2.2.2 Haftung gegenüber anderen Personen**

Wird eine andere Person durch eine Injektion beschädigt, so liegt auch hier ein Unfall vor. Es gelten die gleichen Kriterien.

### **2.2.3 Schutz der pädagogischen Fachkraft und Haftung des Trägers der Einrichtung**

Auch die Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen sind gesetzlich unfallversichert. Steht die Gabe eines Medikamentes im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis, ist sie als versicherte Tätigkeit zu werten. Eine dabei erlittene Verletzung, zum Beispiel durch den Pen bei der Insulingabe, stellt für die pädagogische Fachkraft deshalb einen Arbeitsunfall dar.

## **2.3 Datenschutz**

Sämtliche Vereinbarungen, Dokumentationen und erfassten Daten zur Medikamentengabe am betreuten Kind unterliegen dem Datenschutz und sind daher streng vertraulich zu behandeln (Datenschutzerklärung). Diese personenbezogenen Daten dürfen nur solange aktuell mit sofortiger Zugriffsmöglichkeit „gespeichert“ werden, wie es zur Erfüllung der konkreten Aufgabe notwendig ist.

Der Datenschutz (§ 35 Abs. 1 S. 2 SGB I) [7] verlangt, dass die Daten in der Einrichtung gegen unbefugte Kenntnisnahme gesichert werden. So muss z.B. sichergestellt werden, dass der Zugang zu Karteien, Akten usw. Unbefugten (z.B. Reinigungskräften, Besuchern) nicht möglich ist, aber auch, dass z.B. im Telefonverkehr Diskretion gewahrt wird.

Die Unterlagen über die jeweilige Verabreichung von Medikamenten sollte der Träger im Hinblick auf mögliche Schadensersatzansprüche der Erziehungsberechtigten bei Gesundheitsverletzungen ihrer betreuten Kinder wegen der in § 199 Abs. 2 BGB [6] geregelten Verjährungsfrist 30 Jahre archiviert aufbewahren.

## 3 Das Aufnahmeverfahren

Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen informieren die Erziehungsberechtigten vor der Aufnahme eines Kindes im Rahmen der allgemeinen Information zur Einrichtung auch über die gesundheitlichen Anforderungen. Diese sind in der Verordnung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege vom 26. April 2013 beschrieben [8].

Diese Informationen umfassen

- die Aufnahmeuntersuchung und Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung Beachtung der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG [9])
- Anforderungen an die Sorgeberechtigten zur Information der Einrichtung betreffend Betreuung und Pflege chronisch kranker Kinder sowie
- Vorgaben zur Medikamentengabe.

### 3.1 Die Aufnahmeuntersuchung

- Das folgende Verfahren gilt für alle Kinder. Die weitergehenden Regelungen für chronisch kranke Kinder sind im Anschluss dargestellt. Für jedes Kind ist zeitnah vor der Aufnahme in die Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege eine ärztliche Untersuchung vorgeschrieben.
- In einer aktuellen ärztlichen Bescheinigung, die der Kindertageseinrichtung vorzulegen ist, wird bestätigt, dass aus gesundheitlichen Gründen keine Bedenken gegen den Besuch der Einrichtung bestehen.
- In dieser Bescheinigung ist aufzuführen, dass eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist.
- Im Rahmen des Arztbesuches ist auch die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu überprüfen.
- Die ärztliche Bescheinigung soll Aussagen zum Impfschutz und zum Vorliegen chronischer Erkrankungen oder Beeinträchtigungen und soweit erforderlich auch zu Maßnahmen enthalten, die im Rahmen der Betreuung in der Kindertageseinrichtung oder in der Kinderpflege zu beachten sind.

### 3.2 Beachtung der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) [9]

Die Kindertageseinrichtung hat die Eltern/Sorgeberechtigten im Rahmen des Aufnahmeverfahrens auch über die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes zu informieren: Wenn beim Kind oder in der häuslichen Wohngemeinschaft übertragbare, meldepflichtige Erkrankungen nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes [9] auftreten, haben die Eltern/Sorgeberechtigten dies der Einrichtung umgehend mitzuteilen. Für das Kind besteht solange ein Besuchsverbot der Einrichtung, bis eine Übertragung auf andere Personen auszuschließen ist. Auch haben die Eltern/Sorgeberechtigten mitzuteilen, wenn das Kind Träger einer chronischen Infektion ist, die eine Gefährdung für andere darstellt.

Die entsprechenden Regelungen des Infektionsschutzgesetzes sind in einem Merkblatt des Gesundheitsamtes aufgeführt, das den Eltern/Sorgeberechtigten beim Aufnahmegespräch ausgehändigt wird und in verschiedenen Sprachen vorliegt (siehe Kapitel 8.5).

## 4 Zusätzliches bei Aufnahme und Aufenthalt eines chronisch kranken Kindes

Wenn bei einem Kind eine chronische Erkrankung vorliegt, müssen die Eltern/Sorgeberechtigten grundsätzlich die Kindertageseinrichtung informieren, um eine adäquate Betreuung für ihr Kind sicherzustellen. Neben der ärztlichen Bescheinigung soll dazu auch ein Gespräch mit der Einrichtung erfolgen, ggf. auch unter Einbeziehung der behandelnden Ärztin/des Arztes. Die Informationspflicht der Eltern/Sorgeberechtigten besteht sowohl vor der Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung als auch bei später auftretender chronischer Erkrankung oder Beeinträchtigung des Kindes.

### 4.1 Vereinbarung/Zusatzvertrag zwischen Sorgeberechtigten und Träger der Kindertageseinrichtung

Es ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung/Zusatzvertrag zwischen Eltern/Sorgeberechtigten und Träger der Kindertageseinrichtung erforderlich, wenn eine chronische Erkrankung und/oder eine Beeinträchtigung vorliegen. Darin sind alle vereinbarten Maßnahmen und Regelungen aufzuführen, die für die besonderen Anforderungen in der Pflege, Betreuung und Förderung des Kindes erforderlich sind.

**Die wichtigsten Regelungsinhalte sind im Folgenden aufgeführt und je nach Einzelfall zu ergänzen.**

- Die Übertragung der Sorge nach § 1631 BGB [6] von den Sorgeberechtigten auf den Träger und betreuende Personen für die speziell wegen der chronischen Krankheit oder Beeinträchtigung erforderlichen besonderen Maßnahmen der Pflege und Betreuung des Kindes während des Besuchs der Kindertageseinrichtung. Dies wird durch gegenseitige Unterschrift bestätigt.
- Alle für die Erkrankung oder Beeinträchtigung des Kindes spezifischen Daten, um einen Gesamtplan für die Pflege und Betreuung des Kindes zu ermöglichen. Die Angaben sollten auf der ärztlichen (Aufnahme)-Bescheinigung und/oder einem Gespräch zwischen behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt, Eltern/Sorgeberechtigten und Kindertageseinrichtung basieren. Dazu gehören die Beschreibung des Krankheitsbildes und der individuellen Krankheitssymptome, erforderliche pflegerisch-therapeutische Maßnahmen, erforderliche Dauermedikation und Notfallmedikation sowie Verhaltensanweisungen für das pädagogische Fachpersonal. Auch die Erreichbarkeit der Eltern/Sorgeberechtigten im Notfall sowie der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes muss für die Einrichtung gewährleistet sein. Darüber hinaus sollten Ressourcen, Aktivitäten und Einschränkungen der Teilhabe sowie bisherige Maßnahmen der Förderung und Rehabilitation (z. B. Frühförderung, medizinische Maßnahmen) benannt werden.
- Die schriftliche Entbindung der behandelnden Ärztin/des Arztes von der Schweigepflicht durch die Eltern/Sorgeberechtigten. Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, im direkten Kontakt zwischen Ärztin/Arzt und Einrichtung weitere Fragen zur Betreuung des Kindes im Einzelfall zu klären.

### 4.2 Weitere Maßnahmen

Die Kindertageseinrichtung soll bei den Eltern/Sorgeberechtigten darauf hinwirken, den Kontakt zur behandelnden Kinderärztin/zum Kinderarzt herzustellen, insbesondere dann, wenn das Krankheitsbild stark wechselt oder hohe Anforderungen an die Betreuung und Aufmerksamkeit des Kindergartenpersonals stellt. So kann gegebenenfalls durch ein klärendes Gespräch oder eine Einweisung des Personals in bestimmte pflegerisch-therapeutische Maßnahmen, z. B. Insulininjektion beim diabetischen Kind, die Sicherheit im Umgang mit dem Kind für das Personal erhöht werden.

In einer gemeinsamen Besprechung sollten alle pädagogischen Fachkräfte über die zusätzlichen Anforderungen in der Betreuung und/oder Pflege des aufzunehmenden chronisch kranken Kindes informiert werden. Neben den o.g. Aspekten sollten u.a. mögliche Probleme bei der Aufsicht und Maßnahmen im Notfall angesprochen werden. Die relevanten Informationen sollten in schriftlicher Form während der gesamten Betreuung für alle Betreuungspersonen leicht zugänglich sein.

Die dargestellten Maßnahmen sind auch erforderlich, wenn eine schwere chronische Erkrankung erst im Laufe der Betreuung in der Kindertageseinrichtung auftritt.

In die allgemeine Beratung der Kindertageseinrichtung, die das chronisch kranke Kind bis zum Übergang in die Schule begleitet, kann auch frühzeitig der Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes mit einbezogen werden. Er ist ein wichtiger Partner sowohl der Kindertageseinrichtung als auch der nachfolgenden Grundschule, insbesondere im Übergangsjahr zwischen Kindertageseinrichtung und Schule, wenn es gilt, dem chronisch kranken Kind den Weg in einen inklusiven Klassenverband zu ebnet und ihm die bestmögliche, ihm adäquate schulische Förderung trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen zuteil kommen zulassen [8].

## 5 Akute Erkrankungen während des Aufenthaltes

Akut erkrankte Kinder dürfen die Kindertageseinrichtung nicht besuchen. Dies gilt sowohl für nichtansteckende Erkrankungen als auch für Infektionskrankheiten. Ein krankes Kind kann gesundheitlich zusätzlich gefährdet werden durch den Besuch der Einrichtung. Bei ansteckenden Erkrankungen gefährdet es auch die anderen Kinder und das Betreuungspersonal.

Bei Erkrankungen des Kindes oder eines Familienangehörigen an einer ansteckenden Krankheit, die in § 34 Abs. 1-3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG [9]) genannt ist, sind die Eltern/Sorgeberechtigten verpflichtet, dies der Leitung der Kindertageseinrichtung unverzüglich mitzuteilen [8]. Darüber und um welche Krankheiten es sich handelt, werden die Eltern im Aufnahmeverfahren durch ein Merkblatt informiert (siehe Kapitel 8.5). Zu den meldepflichtigen Erkrankungen gehören u.a. Durchfallerkrankungen, Keuchhusten, Masern, Mumps, Scharlach, Windpocken, Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien, Meningokokken-Infektionen, ansteckende Borkenflechte, Hepatitis A und E sowie bakterielle Ruhr. Auch Krätze oder Kopflausbefall sind zu melden. Ausführliche Informationen zu einzelnen Infektionskrankheiten findet man z. B. unter [www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe](http://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe).

Der erneute Besuch der Kindertageseinrichtung ist nach den Bestimmungen des IfSG dann wieder zulässig, wenn die ansteckende Krankheit abgeklungen bzw. der Krätzebefall bzw. die Verlauserkrankung ausreichend behandelt sind und nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist [9]. Die Eltern/Sorgeberechtigten haben ggf. eine ärztliche Bescheinigung darüber vorzulegen. Etwaige Kosten für Bescheinigungen sind i.d.R. von den Eltern zu tragen. Die Hinweise des Robert-Koch-Instituts zur Wiederzulassung nach meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen listen für jede Erkrankung das entsprechende Vorgehen auf (siehe Kapitel 8.5). Beratung erfolgt durch das zuständige Gesundheitsamt [8].

Zeigt ein Kind Krankheitssymptome während des Aufenthalts in der Kindertageseinrichtung, informieren die pädagogischen Fachkräfte die Eltern/Sorgeberechtigten darüber. Die Eltern/Sorgeberechtigten sollten im Aufnahmeverfahren verpflichtet werden, ihr erkranktes Kind umgehend aus der Kindertageseinrichtung abzuholen. Ist ihnen dies persönlich nicht möglich, verpflichten sie sich, das Kind umgehend von einer von ihnen als abholberechtigt benannten Person abholen zu lassen. Von einer akuten Erkrankung des Kindes ist auszugehen, wenn das Kind Fieber (mehr als 38° C) hat und/oder andere Krankheitssymptome zeigt (Erbrechen, Durchfall, unklare Schmerzen).

Die Entscheidung, ob ein Kind wegen Krankheitssymptomen aus der Kindertageseinrichtung abgeholt werden muss, bleibt den pädagogischen Fachkräften vorbehalten. Die Betreuung eines akut erkrankten Kindes ist in der Kindertageseinrichtung nicht möglich.

## 6 Medikamentengabe in der Einrichtung

### 6.1 Medikamentengabe in der Einrichtung bei chronisch kranken Kindern

Grundsätzlich sollten Medikamente zu Hause verabreicht werden. Bei chronisch kranken Kindern kann auch eine Dauermedikation während der Betreuung in der Kindertageseinrichtung erforderlich sein. Dies ist im Gespräch mit den Eltern/Sorgeberechtigten über die Erkrankung und die für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung erforderlichen Maßnahmen konkret zu klären. Für Medikamente, die das Kind während der Zeit seiner Betreuung einnehmen muss, ist nach § 4 der Gesundheitsvorsorge-Verordnung die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung erforderlich [8].

Die ärztliche Bescheinigung sollte folgende Angaben enthalten:

- Name des Medikamentes
- Dosierung
- Art und Uhrzeit der Verabreichung
- Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und die im Notfall zu ergreifenden Maßnahmen
- Name und Telefonnummer der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes
- ggf. Hinweise zur Lagerung.

Die Eltern/Sorgeberechtigten übertragen die Aufgabe der Medikamentenverabreichung schriftlich auf den Träger der Einrichtung.

Die Angaben zur Medikamentengabe sind in der Einrichtung an einem für das Personal gut zugänglichem Ort bereitzuhalten.

Eine Checkliste zum Umgang mit Medikamenten ist hilfreich. Für die Dokumentation der Anwendung von Arzneimitteln sollten ein Vergabebuch oder entsprechende Formulare zur Verfügung stehen, worin die jeweilige Verabreichung des Arzneimittels an das Kind unter Angabe des Datums, ggf. der Uhrzeit sowie die Unterschrift/en der für die Verabreichung verantwortlichen Person/en vermerkt sind.

Formularmuster ärztliche Bescheinigung, Vereinbarung mit Kindertageseinrichtung und Formular zur Dokumentation (siehe Kapitel 8).

### 6.2 Medikamentengabe in der Einrichtung bei akut erkrankten Kindern

Akut erkrankte Kinder dürfen die Kindertageseinrichtung nicht besuchen. Dies gilt sowohl für Infektionskrankheiten als auch für nicht ansteckende Erkrankungen.

Wenn für einige Tage zur Nachbehandlung nach einer überstandenen akuten Krankheit während der Betreuungszeit eine Medikamentengabe unumgänglich ist, so kann die Medikamentengabe durch das pädagogische Fachpersonal erfolgen.

Die Notwendigkeit der Medikamentengabe ist auch hier durch ärztliches Attest zu bestätigen. Das Attest soll analog zur Medikamentenverordnung bei chronisch kranken Kindern genaue Informationen zu Medikament, Dosierung, Verabreichung und Lagerung enthalten.

Für die Medikamentengabe ist ein gesondertes Formular zur Übertragung der Aufgabe der Verabreichung von Medikamenten an den Träger vorzusehen (siehe Kapitel 8.1).

### 6.3 Lagerung und Aufbewahrung von Medikamenten

Die Lagerung und Aufbewahrung aller Medikamente, auch der vergleichsweise harmlosen, muss so erfolgen, dass sie für die Kinder auf keinen Fall erreichbar sind. Der Erste-Hilfe-Kasten ist als Lagerort nicht geeignet. Die Arzneimittel, insbesondere die Notfallmedikamente, müssen mit dem Namen des Kindes versehen und zusammen mit der jeweiligen Einnahmeanweisung in geeigneten und entsprechend gekennzeichneten Behältnissen aufbewahrt werden.

Es müssen geeignete Lagerbedingungen vorliegen. Die Hinweise auf dem Beipackzettel sind zu beachten: Aufbewahrung bei Raumtemperatur bedeutet, falls nicht anders vermerkt, eine Lagerung zwischen + 15 Grad Celsius und + 25 Grad Celsius. Kurzzeitige, geringfügige Unter- oder Überschreitung der Temperatur ist hierbei unproblematisch. Beispielsweise eignet sich hierzu ein abschließbarer Schrank. Sofern nach Herstel-

lerangaben eine Aufbewahrung im Kühlschrank bei 2-8 Grad Celsius erforderlich ist, sollten diese Arzneimittel übersichtlich und in geeigneten Behältnissen – getrennt von Lebensmitteln und sonstigen Produkten – aufbewahrt werden. Einfrieren muss vermieden werden. Wegen der beim Öffnen des Kühlschranks auftretenden Temperaturschwankungen sollten Arzneimittel nicht in einem Fach der Kühlschranktür aufbewahrt werden.

Medikamente sind in der Originalverpackung so zu lagern, dass Verwechslungen ausgeschlossen sind. Grundsätzlich ist bei Arzneimitteln auf das Verfallsdatum zu achten. Dies gilt im besonderen Maße für Medikamente, die nur im Bedarfsfall/Notfall angewendet werden. Die Schlüsselverwahrung ist zu klären.

## 7 Chronische Erkrankungen

### 7.1 Checkliste vor der Aufnahme eines chronisch kranken Kindes

- Ruhige, möglichst angstfreie Vorbereitung vor Kita-Aufnahme des chronisch kranken Kindes: Information des gesamten Kita-Teams zu chronischer Erkrankung und Maßnahmen bei möglicher Notfallsituation (z. B. allergischer Schock, Krampfanfall, Unterzuckerung)
- Klärung vor Kita-Aufnahme, ob Miteinbeziehung von Pflegedienst, integrativer Einzelbetreuung, medizinischer Fachkraft zeitweise oder ständig in Kindertageseinrichtung nötig ist
- Klare Absprache mit Eltern: z. B. Ausstattung des Kindes mit Notfallarmband oder Notfallschein, umgehende Information der Eltern bei unklaren Situationen, Vereinbarung, dass in Notfallsituationen (auch z. B. bei nicht beobachtetem Sturz bei Krampfanfall) immer Notarzt-Team angefordert wird
- Ermächtigung von Kita-Träger und Personal zu Verabreichung von Medikamenten und Durchführung sonstiger Maßnahmen durch klare, schriftliche Dokumentation mit Unterschrift von Eltern und behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin
- Schriftliche Dokumentation über notwendige Maßnahmen des Kita-Personals - muss ständig aktualisiert und für gesamtes Personal zugänglich sein
- Notfallmappe anlegen - muss für gesamtes Personal zugänglich sein! Auch schriftlich fixierte Infos für Aktivitäten außerhalb der Kindertageseinrichtung (z.B. Waldspaziergang, Fahrt ins Theater etc.)
- Bei Bedarf gesonderte Schulung zum Krankheitsbild durch behandelnde Ärztin/behandelnden Arzt und betreuendes medizinisches Fachpersonal (z. B. Diabetesfachkraft)
- Beratung zum Krankheitsbild durch Jugendärztlichem Dienst des Gesundheitsamtes
- Informationen zum Krankheitsbild durch Selbsthilfegruppe und (mit gebotener Vorsicht) aus dem Internet
- Im Vorfeld im Team bedenken: evtl. wechselnde Belastbarkeit und wechselnde Tagesform des chronisch kranken Kindes und besondere psychosoziale Belastung im familiären Umfeld

#### Zur Beachtung:

**Ein Notfall, der Erste-Hilfe-Maßnahmen erfordert, kann bei jedem Kita-Kind auftreten! Das gesamte Personal sollte daher regelmäßige Ersthelferschulungen und Erste-Hilfe-Kurse für Kindernotfälle in 2-jährigem Abstand erhalten.**

## 7.2 Information zu einzelnen chronischen Erkrankungen

### 7.2.1 Allergien

#### Krankheitsbild

Bis zu 10 % aller Kinder zeigen allergische Reaktionen, ganz überwiegend leichter Art, mit Heuschnupfen, Reizerscheinungen an Haut, Nasenschleimhaut und Bindehaut der Augen.

7 % zeigen neurodermitische Hautveränderungen, 3 % entwickeln ein allergisches Asthma bronchiale.

Schwere allergische Schockreaktionen im Rahmen einer allergischen Erkrankung treten nur in extrem seltenen Fällen auf.

An das betreuende Personal der Kindertageseinrichtung stellt dies jedoch besondere Anforderungen. Das Kita- Team muss im Hinblick auf eine mögliche Notfallsituation geschult und zu raschem, besonnenem Handeln in der Lage sein.

Eine Allergie ist eine überschießende, eigentlich unnötige Reaktionsbereitschaft des Immunsystems gegenüber körperfremden Substanzen, sog. Allergenen, welche beim nicht allergischen Menschen keine besonderen Abwehrreaktionen auslösen. Ob ein Kind allergisch reagiert, ist teils erblich, teils durch Faktoren im Lebensstil oder in verschiedensten äußeren Umweltfaktoren bedingt. Beim Allergiker kommt es bei Kontakt zu einem Allergen zu Reizerscheinungen z. B. an Schleimhäuten der Nase und der Augen (Niesen, Schnupfen, entzündete, tränende Augen) oder auch im Bereich der Darmschleimhaut oder der Bronchien, hier dann mit Symptomen, die als allergisches Asthma bronchiale bezeichnet werden (Weiteres > siehe dort!). Auch die Neurodermitis (=atopische Dermatitis) stellt eine individuelle allergische Disposition eines Kindes dar, dessen Haut mit Entzündungszeichen und Juckreiz auf Kontakte zu Reizen der Außenwelt reagiert.

Die Art der Allergene ist vielfältig. Dies sind u.a. Blütenpollen, Gräserpollen, Hausstaubmilben, Tierhaare, Nahrungsmittel, Gewürze, Metalle, Arzneimittel und Insektengifte. Oft ist detektivische, medizinische Testdiagnostik nötig, um beim einzelnen Kind die Allergene herauszufinden, auf die es allergisch reagiert.

So vielfältig wie die Art der Allergene ist auch das Erscheinungsbild bei Kindern mit Allergien. Es reicht von Hautreizungen und Heuschnupfensymptomen über unspezifische Bauchschmerzen, Migräneattacken bis hin zu Kribbeln im Mund, Anschwellen von Lippen und Gesicht und schwerer allgemeiner Schockreaktion des Körpers. Ursächlich liegt der allergischen Reaktion die Freisetzung des körpereigenen Eiweißstoffes Histamin zugrunde, der die Symptome durch Reaktionen an den Zellwänden, Anschwellen von Schleimhäuten, Gefäßerweiterung in unterschiedlicher Intensität und Verengung der Bronchialmuskulatur auslöst.

Bei besonders heftiger allergischer Reaktion z. B. bei einer Insektengiftallergie oder Nahrungsmittelallergie, kann eine massive Histaminfreisetzung zu einer raschen Reaktion im gesamten Körper mit Übelkeit, Atemnot, Anschwellen von Schleimhäuten (besonders gefährlich mit Verengung der oberen Atemwege), starken Bauchschmerzen und plötzlichem Blutdruckabfall mit allgemeiner Schockreaktion führen. Dies bezeichnet man als anaphylaktischen Schock.

#### Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?

Grundsätzlich sollte das Kind mit allergischer Erkrankung wie alle anderen Kinder behandelt werden und an allen Aktivitäten der Kindertageseinrichtung teilnehmen.

Dies kann bei Aktivitäten im Freien im Einzelfall zu Zeiten von starkem Pollenflug und bei heftigen Krankheitszeichen eines heuschnupfen- oder asthmakranken Kindes nur in Grenzen möglich sein.

Hat ein allergiekrankes Kind heftige und häufige Krankheitszeichen, sollte man von Seiten der Kindertageseinrichtung die Eltern an die kinderärztliche Praxis verweisen, wo eine antiallergische Dauermedikation evtl. optimiert werden kann. Auch sollte immer auf die Möglichkeit der Teilnahme an Asthma- /Allergie-/Neurodermitis-Schulungen für Eltern und Kind in Praxen oder Kinderklinikambulanzen hingewiesen werden.

Auf die Vermeidung von Diskriminierung ist insbesondere bei Kindern mit starken Hautveränderungen zu achten. Hier sollte immer wieder betont werden, dass von aufgekratzten, entzündeten Hautstellen eines Neurodermitiskindes für andere Kinder keine Ansteckungsgefahr ausgeht.

Krankheitssymptome beim allergischen Kind können ganzjährig oder saisonal, bei Pollenallergikern insbesondere zu Zeiten von starkem Pollenflug einzelner Allergene, auftreten. Das Kita-Kind mit allergischem

Heuschnupfen und allergisch bedingtem Asthma bronchiale ist dann meistens von der kinderärztlichen Praxis auf eine Dauermedikation eingestellt, die die allergischen Krankheitszeichen lindert.

### **Bedarfsmedikation in der Kindertageseinrichtung**

Eine zusätzliche Bedarfsmedikation während des Kita-Alltags kann notwendig werden, z. B. bei starken Symptomen mit Niesanfällen, Tränen, Anschwellen der Augen, Hustenattacken bei Aufenthalt im Freien zu Zeiten von starkem Pollenflug. Die zusätzliche Medikamentengabe in der Kindertageseinrichtung kann die Verabreichung von Nasentropfen/-spray, Augentropfen, Gabe von antiallergisch wirkenden Medikamenten und Inhalation von Bronchien erweiternden Sprays umfassen.

Beim Kind mit Neurodermitis kann auch die Bedarfsanwendung von Hautpräparaten und die Verabreichung von Juckreiz lindernden Tropfen während des Kita-Alltags notwendig sein.

Dies alles ist in einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Eltern, betreuendem Facharzt/betreuender Fachärztin und Träger der Kindertageseinrichtung festzulegen.

### **Notfall: anaphylaktischer Schock**

Der anaphylaktische Schock ist die schwerste allergische Reaktion des Körpers. Ist bei einem Kita-Kind bekannt, dass es bereits früher mit einer sehr heftigen allergischen Reaktion reagiert hat, z. B. auf Nahrungsmittel, oft Nüsse, oder nach einem Insektenstich, und haben entsprechende Allergentests die starke allergische Veranlagung des Kindes bestätigt, so ist in der Kindertageseinrichtung besondere Vorsicht geboten. Das gesamte Kita-Team muss auf den möglichen Notfall, der sich rasch und unerwartet entwickeln kann, jederzeit vorbereitet sein.

### **Folgende Aspekte müssen berücksichtigt werden:**

- Das Kind muss mit einem Anaphylaxie-Notfallset ausgestattet sein und sollte auch stets einen Notfallausweis oder ein Notfallarmband mit entsprechender Information für den Notarzt bei sich tragen.
- Das gesamte Kita-Team muss bereits vor Aufnahme des Kindes in die Anwendung des Anaphylaxie-Notfallsets eingewiesen sein.
- Bei bekannter schwerer Nahrungsmittelallergie, z. B. gegen Nüsse, muss sichergestellt sein, dass Kontakt des Kindes zu allergenhaltigen Nahrungsmitteln unbedingt vermieden wird.
- Das gesamte Kita-Team muss immer wieder darüber informiert werden, wie sich eine schwere allergische Reaktion beim einzelnen Kind ankündigen kann und welche Erstmaßnahmen dann zu ergreifen sind.
- Mit Familie und betreuender Kinderärztin/betreuendem Kinderarzt muss schriftlich klar fixiert sein, wie sich beginnende Schockzeichen ankündigen und wie von Seiten der Kindertageseinrichtung reagiert werden soll.
- Es muss an das gesamte Kita-Personal eine Einweisung in die notfallmäßige Verabreichung der Medikamente des Notfallsets erfolgen: ab welchen Symptomen beim Kind, in welcher Dosierung z. B. Verabreichung von antiallergischen Tropfen, Cortisonpräparat, Bronchialspray, Handhabung des Adrenalin-Notfall-Pens, wenn dies mit Arzt/Ärztin und Eltern zuvor so schriftlich vereinbart wurde.
- Schriftliche Vereinbarung und Notfallset müssen immer für das gesamte Personal greifbar sein und auch bei Waldspaziergängen, Busfahrten etc. mitgeführt werden.
- Bei geringstem Verdacht, dass sich bei einem stark allergisch reagierenden Kind ein anaphylaktischer Schock entwickeln könnte, ist sofort der Notarzt/die Notärztin zu benachrichtigen! Besser einmal zu viel, als zu wenig!
- Bereits Kribbeln im Mund, Anschwellen der Lippen, Rötung und Schwellung des Gesichts, plötzliches Wimmern und Klagen über Bauchweh können erste Zeichen einer sich entwickelnden starken allergischen Reaktion sein und bedürfen - wenn so schriftlich vereinbart - der sofortigen Intervention.
- Besonders gefährlich ist rasches Anschwellen im Hals und Mundbereich mit akuter Erstickengefahr und Kreislaufschock bei Kontakt zu einem Nahrungsmittelallergen und nach Insektenstich.

## Weiterführende Informationen

- (1) BZgA-Broschüre „Chronische Erkrankungen im Kindesalter“, [http://www.bzga.de/botmed\\_20401000.html](http://www.bzga.de/botmed_20401000.html)
- (2) <http://www.hautsache.de/Neurodermitis/Selbsthilfe/Das-allergiekranke-Kind-im-Kindergarten.php>
- (3) <http://www.nussallergie.org/nussallergie-alltag/kindergarten-schule/>
- (4) <http://www.kita-gesundheit.de/krankheiten-gesundheitsstoerungen/krankheiten/anaphylaxie-anaphylaktische-reaktion/>
- (5) <http://www.anaphylaxieschulung.de/Sites/DAAB%20Ermaechtigung%20Medikamentengabe%20Haftungsausschlusserklaerung.pdf>
- (6) <http://www.allergiecheck.de/tipps-fuer-allergiker/anaphylaktischer-schock.html>
- (7) <http://www.asthmaschulung-saarland.de>
- (8) <http://www.neurodermitisschulung.de>
- (9) <http://www.daab.de/> (Informationen Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.)

### 7.2.2 Asthma bronchiale

#### Allgemeines zum Krankheitsbild

Asthma bronchiale ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen des Kindesalters. In Deutschland sind 3 - 6% der Kinder davon betroffen.

Beim Asthma bronchiale sind die Atemwege chronisch entzündet. Die Bronchialschleimhaut reagiert dabei auf vielfältige Reize überempfindlich. Dies führt zu Schleimhautschwellung und Verengung der Bronchien und kann Asthmaanfälle mit Atemnot, beschleunigtem Atmen, Hustenattacken, erschwertem und verlängertem Ausatmen mit „giemenden“ und pfeifenden Atemgeräuschen zur Folge haben.

Die Auslöser für einen Asthmaanfall sind vielfältig: Überempfindlichkeit der Bronchien bei Infekten, gegen allergische Stoffe, die mit der Luft eingeatmet werden, wie Blütenpollen, Hausstaubmilbenkot, Tierhaare, Überempfindlichkeit auf Temperaturwechsel (kalte/warme Luft), auf körperliche Belastung z. B. Rennen in kalter Luft, und vieles mehr. Gerade im Rahmen von Infekten kann die durch eine Entzündung vorgeschädigte Schleimhaut in den Bronchien empfindlich reagieren und Atemnot auslösen, insbesondere, wenn zähflüssiger Schleim in den Atemwegen nur schlecht abgehustet werden kann. Die länger dauernde Engstellung im Bereich der Atemwege, das angestrengte Atmen und Husten belasten Herz und Lungen und können zu Sauerstoffmangel aller Organe des Körpers bis hin zu bedrohlicher Erschöpfung des Kindes führen. Typisch gerade beim Kleinkind mit überempfindlichem Bronchialsystem kann sein, dass es über Übelkeit und Bauchschmerzen klagt oder dass es nur weint oder wimmert, blass ist und erschöpft wirkt, einen flachen, schnellen Puls hat, dabei flach und beschleunigt atmet.

Je jünger ein Kind, desto eher sprechen wir noch nicht von Asthma, sondern von einem sog. „hyperreagiblen Bronchialsystem“ („überempfindliche Bronchien“).

Früher traf man in der Kindertageseinrichtung oft auf solche Kinder mit andauernden Krankheitszeichen, ständig beschleunigter, pfeifender Atmung, chronischem Husten, schlechtem Allgemeinzustand, die dann auch als Erwachsene noch schwere Asthmatiker blieben. Solche Kinder mussten der Kindertageseinrichtung oft wochenlang fernbleiben.

Dank gut wirkender Medikamente, die vorbeugend konsequent gegen die Entzündungsprozesse in den Bronchien verabreicht werden, und dank effektiver Asthmaschulungsprogramme für Eltern und Kinder, sind schwere Asthmaverläufe heute glücklicherweise seltener geworden.

Ein gut behandeltes, asthmakrankes Kind kann heute typischerweise über Wochen ohne Krankheitszeichen sein und zeigt nur im Rahmen von Infekten oder bei Kontakt zu einem bestimmten, Asthma auslösenden Allergen die typischen Zeichen eines Asthmaanfalls. Diese können dann oft plötzlich auftreten.

## Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?

Die Kindertageseinrichtung ist im Aufnahmegespräch über das Vorliegen der Erkrankung und über Dauermedikation und Notfallmaßnahmen durch die Eltern zu informieren [8].

Dies sollte im Einvernehmen zwischen Träger der Einrichtung, Eltern, betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin besprochen und schriftlich fixiert sein.

Das Kita-Personal sollte einen plötzlich auftretenden Asthmaanfall beim Kind erkennen und sollte in einfache Maßnahmen der Erstversorgung eingewiesen sein.

## Mögliche Notfallsituation

### Wichtige Erstmaßnahmen bei Hinweis auf einen Asthmaanfall:

- Beruhigung des Kindes, Herausholen in ruhige Ruheecke
- Frische Luft, evtl. an offenem Fenster
- Kind nicht zum Hinlegen zwingen, eher Hochlagerung
- Kind nicht unbeaufsichtigt lassen
- Haut- und Lippenfarbe beobachten (soll rosig bleiben), evtl. orientierende Pulskontrolle (an Handgelenk oder Hals; wenn schneller Puls, aber kräftig tastbar, ist Kreislauf stabil)
- Anhalten zu langsamem Atmen
- falls möglich (älteres Kind) beim Ausatmen gegen leicht geschlossene Lippen atmen lassen (sog. „Lippenbremse“, führt zu Erweiterung der inneren Bronchialwege durch Ausatmen gegen der erhöhten Druck der Lippen)
- ältere Kinder: Einnehmen einer im Asthmakurs erlernten lockeren Sitzhaltung z. B. „Kutscherhaltung“ oder „Hängebauchschwein-Position“ > siehe weiterführende Information!
- Anwendung eines Notfallsprays oder einer sonstigen Bedarfsmedikation zur Erweiterung der eng gestellten Bronchien, wenn dies zuvor so zwischen Kita-Träger, Eltern und betreuender Kinderärztin/betreuendem Kinderarzt schriftlich vereinbart wurde.
- Parallel hierzu immer: telefonische Information der Eltern!

Eine unmittelbar lebensbedrohliche Situation ist eher unwahrscheinlich.

Selten geht ein akuter Asthmaanfall in einen sog. Status asthmaticus mit anhaltender, schwerer Atemnot oder in einen allergischen Schock über. Dies ist z. B. bei einem stark allergisch reagierenden Kind bei Kontakt zu einem auslösenden Allergen möglich (siehe Kapitel 7.2.1) oder wenn bei schwerem Infekt die Atemwege durch zähen Schleim akut verlegt sind und im Asthmaanfall der Schleim nicht abgehustet werden kann.

### Hinweis auf eine sich entwickelnde Notfallsituation:

- Blauverfärbung der Lippen, flacher Puls, zunehmende Erschöpfung des Kindes
- Kind verdreht Augen, wird schlaff und schläfrig
- In dieser Situation unbedingt Notarzt/Notärztin und Eltern benachrichtigen und Kind weiterhin nicht unbeaufsichtigt lassen!

## Weiterführende Information

- (1) BZgA-Broschüre „Chronische Erkrankungen im Kindesalter“, [http://www.bzga.de/botmed\\_20401000.html](http://www.bzga.de/botmed_20401000.html)
- (2) <http://www.kindergesundheit-info.de> > zu Thema Asthma weitere Infos dort!
- (3) <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/praxis-wissen/krank-kinder-in-der-kita/krank-im-kita-alltag/> (4) <http://www.daab.de/atemwege/asthma-im-kindesalter/>
- (5) <http://www.kinder-asthma.com/>
- (6) <http://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/asthma-bei-kindern/vorsorge/>
- (7) <http://www.asthmaschulung-saarland.de>

## 7.2.3 Anfallsleiden - Epilepsie

### Allgemeines zum Krankheitsbild

Etwa 1 % aller Kinder leiden an einem zerebralen Anfallsleiden (=Epilepsie). Darüber hinaus können bei 5 % der Kindergartenkinder bis zum Alter von 5 Jahren im Rahmen fieberhafter Infekte, oft bei plötzlichem Fieberanstieg, Fieberkrämpfe auftreten. Man bezeichnet diese auch als Gelegenheitskrämpfe, da sie mit der weiteren Ausreifung des kindlichen Gehirns in den meisten Fällen nach dem 5. Lebensjahr verschwinden. Eine Epilepsie, unabhängig von fieberhaften Infekten, kann sich jedoch in jedem Lebensalter entwickeln. Die Epilepsie ist eine chronische Krankheit, die typischerweise bei langen, symptomfreien Intervallen plötzlich mit Zeichen eines epileptischen Anfalls in Erscheinung tritt. Der epileptische Anfall ist die Folge einer ungebremsten Ausbreitung von Nervenzellimpulsen „wie ein Gewitter“ im Gehirn. Je nachdem, wo die Störung im Gehirn beginnt und wie die Erregungsleitungen weiter verlaufen, äußert sich dies in vielen verschiedenen Anfallsformen. Ursache können Gefäßveränderungen, Tumore, Verletzungsnarben im Gehirn nach Hirnblutungen oder nach Unfällen sein, aber oft ist die auslösende Ursache unbekannt. Zur Abklärung muss immer eine kinderneurologische Diagnostik erfolgen u. a. mit Ableitung der Hirnströme (Elektroencephalogramm = EEG), mit Computertomografie und Kernspintomografie zur Darstellung der Gehirnstrukturen.

Die Behandlung der Epilepsie ist heute in den allermeisten Fällen gut möglich durch antikonvulsive Medikamente. Diese erhöhen die Krampfschwelle und schützen vor dem Auftreten von Krampfanfällen. Wichtig ist die regelmäßige Medikamenteneinnahme zu festen Zeiten (evtl. auch in der Kindertageseinrichtung), damit dauerhaft wirksame Medikamenten-Blutspiegel zum Krampfschutz erreicht werden können. Kinder mit sehr schwer einstellbarem Anfallsleiden haben meistens noch sonstige Beeinträchtigungen und besonderen Hilfebedarf. Für sie sollte Unterstützung durch einen Integrationshelfer oder eine medizinische Fachkraft angefordert werden.

### Einige Anfallsformen

- Der generalisierte, typische „große“ epileptische Anfall = Grand-Mal-Anfall mit plötzlichem Beginn, Sturz und generalisierten Zuckungen am ganzen Körper. Er sieht dramatisch aus, endet jedoch meist nach einigen Minuten von selbst.
- Absencen = kurze „Abwesenheitsmomente“, Kind wirkt evtl. verträumt, verlangsamt; bei genauer Beobachtung sieht man, wie Kind ab und zu kurz mit den Augen abweicht, beim Sprechen aussetzt oder beim Malen innehält. Im EEG finden sich typische Krampfzeichen.
- sog. kleine Anfälle = Petit-mal-Anfälle, z. B. Sturzanfälle mit kurzem plötzlichem Verlust der Muskelkraft und Hinstürzen, „so als ob Kind gestolpert wäre“
- Fokale Anfälle, beginnen mit Zuckungen z. B. an einem Finger, einem Arm, im Gesicht, Kind bemerkt es, ist bei Bewusstsein. Diese Anfälle können in generalisierte große Anfälle übergehen und werden dann als primär fokale, sekundär generalisierte Anfälle bezeichnet.
- BNS-Säuglingskrämpfe = „Blitz-Nick-Salaam-Krämpfe“: treten beim Säugling auf, Kind zuckt immer wieder kurz zusammen „wie Erschrecken“, wirft Ärmchen zur Seite und führt sie nach vorn zusammen (wie Salaam-Gruß), manchmal in langen Serien, krümmt sich evtl. dabei und weint immer wieder. Bei Verdacht sind weitere Diagnostik und medikamentöse Therapie nötig, da die Anfälle sonst

gehäuft auftreten und die Entwicklung gefährden.

- Psychomotorische Anfälle: äußern sich in Phasen plötzlicher Verhaltensänderung, Orientierungsschwäche, Herumnesteln, fehlender Reaktion auf Ansprache. Nur bei Ableitung des EEGs lässt sich erkennen, dass den Verhaltensauffälligkeiten ein Anfallsleiden zugrunde liegt.

## **Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?**

Im Kita-Umfeld, in dem ständig enger Kontakt mit nie ganz infektfreien Kindern stattfindet, muss durchaus mit dem plötzlichen Auftreten von Krampfanfällen mit und ohne Fieber beim Kind gerechnet werden. Jeder Krampfanfall in der Kindertageseinrichtung kommt, wie auch sonst, immer ganz unerwartet. Gute Vorinformation des gesamten Fachpersonals zum Krankheitsbild des einzelnen Kindes und klare Absprachen zum ruhigen Vorgehen bei Auftreten eines Krampfanfalls sind daher unerlässlich.

Wird ein Kind zur Kita-Aufnahme vorgestellt, bei dem vorausgegangene Fieberkrämpfe oder ein medikamentös eingestelltes Anfallsleiden bereits bekannt sind, sollten die folgenden Aspekte vor Aufnahme im Elterngespräch, ggf. auch im Gespräch mit betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin geklärt werden: Wie sahen die bisherigen Anfälle aus? Wie viele waren es überhaupt? Gab es Vorzeichen vor Auftreten eines Anfalls? Auf welche Besonderheiten sollte das Kita-Team besonders achten? Ist das Kind auf Medikamente eingestellt? Haben diese Medikamente besondere Nebenwirkungen? Ist das Kind seit Medikamenteneinstellung anfallsfrei?

Ist Medikamentengabe während des Kita-Aufenthaltes zur Erhaltung der antikonvulsiven Dauereinstellung nötig? Ist ein Notfallmedikament in der Kindertageseinrichtung bereit zu halten? In welchen Situationen genau sollte dieses verabreicht werden? Im Zweifelsfall immer Notarztteam anfordern?

Bei Notwendigkeit der Medikamentengabe in der Kindertageseinrichtung entweder zur Dauermedikation oder zur Notfall-Bedarfsmedikation sind entsprechende schriftliche Vereinbarungen zwischen Kita-Träger, Eltern und betreuendem Facharzt/betreuender Fachärztin zu treffen.

Bestehen beim Kind neben dem Anfallsleiden weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen, Entwicklungsverzögerung, besonderer Förderbedarf?

Kann die Kindertageseinrichtung die Beobachtung des Kindes mit vorhandenem Personal leisten oder sollte dem Kind eine Einzelintegrationskraft zur Seite gestellt werden?

## **Maßnahmen im Notfall**

bei Auftreten eines großen Krampfanfalls

- Ruhe bewahren und Anfallsverlauf und -dauer exakt beobachten
  - Fast jeder Anfall endet nach einigen Minuten von selbst.
  - Kind notfalls aus einer Gefahrenzone bringen (z. B. bei Anfall auf der Straße)
  - Kleidung evtl. etwas lockern, Kopf etwas abstützen, aber während Ablauf eines großen Anfalls ansonsten nichts erzwingen
  - Kind nicht unbeaufsichtigt lassen
  - Übrige Kinder fernhalten und beruhigen
  - Gemäß der schriftlichen Vereinbarungen mit Eltern und Ärzten verfahren
  - Wenn zuvor so schriftlich vereinbart, Diazepam rektal oder Buccolam an Wangenschleimhaut verabreichen
  - Notarztteam und Eltern benachrichtigen
  - Kind nach Abklingen des Anfalls in ruhiger Umgebung weiter unter Aufsicht ausruhen lassen
- Mögliche weitergehende Notfallsituation

Eine mögliche Notfallsituation kann entstehen, wenn ein generalisierter großer epileptischer Krampfanfall oder eine Häufung kleiner Anfälle nicht nach einigen Minuten von selbst oder nach Gabe eines Notfallmedikaments (Diazepam rektal oder Buccolam an Wangenschleimhaut) endet und in anhaltende Krämpfe übergeht. Man spricht dann von einem sog. Status epilepticus. Bis eine solche Situation entsteht, wird jedoch in der Kindertageseinrichtung nach Erstbeobachtung und Gabe eines Notfallmedikaments, falls so vereinbart, immer der Notarzt/die Notärztin vor Ort sein und das Kind weiter medizinisch versorgen.

### **Weiterführende Information**

(1) BZgA-Broschüre „Chronische Erkrankungen im Kindesalter“

(2) [http://www.bzga.de/botmed\\_20401000.html](http://www.bzga.de/botmed_20401000.html)

(3) <http://www.epilepsie-vereinigung.de/beruf-und-soziales/kindergartenschule>

(4) <http://www.epilepsie-vereinigung.de/wp-content/uploads/2013/09/Epilepsie-in-Schule-und-Kindergarten.pdf>

(5) <http://www.dgfe.org/home/showdoc.id.389.aid.381.html>

(6) <http://www.epilepsie-elternverband.de/services/infomaterial/carla-ein-bilderbuch/> (7) <http://www.epilepsie-gut-behandeln.de/>

### **7.2.4 Diabetes mellitus Typ I**

#### **Allgemeines zum Krankheitsbild**

Diabetes Typ I ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindesalter. In Deutschland sind ca. 25 000 Kinder erkrankt, davon viele bereits im Kleinkindesalter und in letzten Jahren mit ansteigender Tendenz. Wird ein Kind mit Typ I Diabetes in der Kindertageseinrichtung betreut, sind bei dem betreuenden Kita-Team grundsätzliches Verständnis für die Erkrankung und möglichst auch eine Diabetesschulung wichtige Voraussetzungen, um dieses Kind gut versorgen zu können.

Beim Typ I - Diabetes mellitus = Zuckerkrankheit mit Insulinmangel - kann der Körper den eigenen Blutzuckerspiegel nicht mehr selbst auf Normalwerte einstellen. Das körpereigene Hormon Insulin wird nicht mehr gebildet. Ursache ist ein unklarer Autoimmunprozess, der die Insulin-produzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse zerstört hat.

Für die normalen Stoffwechselfunktionen des Körpers ist die Regulation des Zuckerspiegels im Blut unerlässlich. Beim Kind, das an Typ-I-Diabetes erkrankt ist, muss hierzu wie beim Erwachsenen mit dieser Diabetesform, das fehlende Hormon Insulin lebenslang dem Körper von außen zugeführt werden. Dies erfolgt in Form von Insulinspritzen, z. B. unter Anwendung von Spritzhilfen, sog. Insulin-Pens, oder - heute auch beim Kita-Kind immer öfter - durch Dauerzufuhr von Insulin unter die Haut über eine Insulinpumpe. Diese Pumpe wird am Körper getragen und gibt kontinuierlich eine kleine Menge an Insulin über die Haut ins Blut ab, um den Grundbedarf des Körpers an Insulin abzudecken. Benötigt der Körper vor Mahlzeiten eine extra Dosis Insulin, kann diese Extra-Dosis (=Bolus) von der Pumpe auf Knopfdruck abgegeben werden.

Die Nahrungszufuhr, insbesondere die Zufuhr von Kohlehydraten, muss so geregelt werden, dass in Abstimmung mit der Insulinzufuhr über Spritze, Pen oder Pumpe über Tag und Nacht möglichst normale Blutzuckerwerte aufrechterhalten bleiben. Viele weitere Faktoren neben der Nahrungszufuhr beeinflussen dieses empfindliche Gleichgewicht, z. B. körperliche Bewegung oder Infekte oder Stress. Die Überprüfung der Stoffwechseleinstellung erfolgt durch regelmäßige Blutzuckermessungen (kleiner Piks in Fingerspitze oder Ohrläppchen). Eine Messmethode ohne häufiges Piksen durch Scannen von Sensordaten am Oberarm ist in Erprobung und seit 2016 auch für Kinder ab 4 Jahren zugelassen.

Ist der Zuckerspiegel im Blut zu hoch, so zeigen sich bei kurzfristig erhöhten Werten keine besonderen Krankheitszeichen. Ist der Spiegel über Tage und Wochen viel zu hoch (oft vor erster Diagnosestellung beim Kind), so führt dies zu deutlicher Beeinträchtigung des Befindens mit Gewichtsabnahme, Müdigkeit, starkem Durst, weiter starkem Flüssigkeitsverlust bis zur Austrocknung, Stoffwechsellentgleisungen bis zum möglichen Koma.

Auf einen zu niedrigen Blutzucker, die sog. Unterzuckerung oder Hypoglykämie, reagiert der Körper sofort sehr empfindlich, weil insbesondere die Gehirnzellen von einem ausreichend hohen Blutzuckerspiegel direkt abhängig sind. Eine starke Unterzuckerung kann bis zum hypoglykämischen Schock führen.

## **Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?**

Grundsätzlich sollte auch dem Kind mit Diabetes wie allen anderen Kindern der regelmäßige Besuch der Kindertageseinrichtung ermöglicht werden. Die Umsetzung des Rechtsanspruchs auf Betreuung in einer Kita wird durch das örtliche Jugendamt sichergestellt. Insulinzufuhr, Blutzuckerkontrollen und Ernährungsplan müssen dabei in die Stunden des Kita-Aufenthalts so mit eingebaut werden wie sonst zu Hause oder später dann im Schulalltag. Dies bedeutet natürlich eine zusätzliche Belastung für die pädagogischen Fachkräfte. Es besteht nur in seltenen Fällen ein Anspruch auf Integrationshilfe, wie es etwa beim Vorliegen zusätzlicher Behinderung notwendig sein kann.

Jede Familie geht anders mit der Diabetes-Erkrankung ihres Kindes um. Jedes Kind mit Diabetes ist bzgl. Verständnis, Verarbeitung, Selbstständigkeit, Erkennen von Unterzuckerung auf einem anderen Stand. Auf der anderen Seite finden sich in jedem Kita-Team Personen mit unterschiedlichsten Erfahrungen mit der Erkrankung Diabetes, manche sind geschult durch Diabetiker im eigenen familiären Umfeld, manche sind erfahren und sicher nach früherer Betreuung eines diabetischen Kindes in der Kindertageseinrichtung. Alle diese Aspekte müssen berücksichtigt und in gegenseitigem Verständnis und vertrauensvollem Austausch zwischen Kindertageseinrichtung und Familie vor Aufnahme des Kindes angesprochen werden.

Im Aufnahmegespräch haben die Eltern alle wichtigen Informationen zur Medikamentengabe, zu möglichen Notfallsituationen und erforderlichen Maßnahmen mitzuteilen. Wichtig ist, dass die pädagogischen Fachkräfte in ausreichendem Rahmen über den Erkrankungsverlauf und zum aktuellen Stand der Diabeteseinstellung informiert sind und gegebenenfalls bzgl. Durchführung von Blutzuckerkontrollen, Insulininjektionen, Überwachung der Insulinpumpe, Erkennen von Unterzuckerung und Durchführung von Notfallmaßnahmen geschult wird werden, bis Sicherheit im gesamten Team herrscht.

Generell ist vor Aufnahme des Kindes mit Diabetes in der Kindertageseinrichtung abzuklären, ob das Kita-Team bereit und in der Lage ist, die zusätzlichen Aufgaben der diabetologischen Versorgung des Kindes zu übernehmen. Es müssen Informationsaustausch mit den Eltern und Schulung durch betreuenden Arzt/ betreuende Ärztin und /oder betreuende Diabetes-Fachkräfte erfolgen. Die jugendärztlichen Dienste der regionalen Gesundheitsämter stehen den Eltern und den pädagogischen Fachkräften beratend zur Seite und leisten bei Bedarf Unterstützung bei der Vermittlung zu geeigneten Hilfen vor Ort. Sehr günstig ist auch immer, wenn ein Elternteil das Kind in der Eingewöhnungsphase in die Kindertageseinrichtung begleitet und die pädagogischen Fachkräfte, die sich zur Mitversorgung des Kindes bereit erklärt haben, in die Technik der Blutzuckermessung, den Umgang mit der Insulinpumpe etc. einweist und auch vor Ort auf Warnzeichen für eine mögliche Unterzuckerung des Kindes aufmerksam macht.

## **Die folgenden Möglichkeiten der sicheren Betreuung eines Kindes mit Diabetes in der Kindertageseinrichtung sollten vor Aufnahme angesprochen werden:**

- 1.** Die pädagogischen Fachkräfte kümmern sich selbst um das diabetologische Management, übernehmen die notwendigen Blutzuckermessungen (oder überwachen das ältere Kind, das schon selbständig misst) und die Überwachung der Insulinversorgung nach schriftlicher Vereinbarung zwischen Träger der Kindertageseinrichtung, Eltern und Kinderarzt/-ärztin. Hierzu sollte eine Schulung der pädagogischen Fachkräfte erfolgen.
- 2.** Ein ambulanter Pflegedienst besucht das Kind in der Kindertageseinrichtung und übernimmt Messungen und Insulineinstellung nach Absprache mit Familie und Kinderarzt/-ärztin. Es handelt sich dabei um Behandlungspflege im Sinne des SGB V, die auf ärztliche Verordnung hin von Pflegekräften durchgeführt wird. Für Kinder, die gesetzlich krankenversichert sind, zahlt die jeweilige gesetzliche Krankenkasse die Behand-

lungspflege. Für Kinder, die privat krankenversichert sind, gelten die vertraglichen Regelungen der privaten Krankenversicherung. Für Kinder mit Migrationshintergrund, die im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes Anspruch auf Krankenbehandlung haben, gelten die Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes entsprechend.

Erklärt sich die Kindertageseinrichtung nach ausreichender Information und Schulung bereit, die diabetologische Betreuung während des Kita-Aufenthalts zu übernehmen, so ist das Vorgehen in schriftlicher Form zwischen Kita-Träger, Eltern und betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin zu dokumentieren. Dieses von allen Seiten unterzeichnete Dokument sollte Informationen enthalten zu:

- Blutzuckermessungen: Durchführung, Dokumentation, Interpretation der Werte
- Insulingabe: Schulung z. B. zu Anwendung des Insulin-Pen oder Überwachung und Bedienung der Insulinpumpe
- Ernährungsplan: schriftliche Dokumentation, evtl. Beratung durch Diätassistentin
- Erkennen der Anzeichen für eine Unterzuckerung: Schulung des gesamten Teams!
- Verhalten im Notfall: schriftliche Dokumentation zu Sofortmaßnahmen bei Unterzuckerung und hypoglykämischem Schock
- Erreichbarkeit von Eltern, betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin, Diabetesambulanz, Fachkraft für Insulinpumpe (falls Kind mit Insulinpumpe versorgt ist)

**Wichtige Informationen hierzu finden sich auch in der Informationsschrift Nr. 202-092 des Spitzenverbandes der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), die kostenlos über das Portal [https://publikationen.dguv.de/dguv/udt\\_dguv\\_main.aspx?FDOCUID=26311](https://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=26311) verfügbar ist.**

### **Möglicher Notfall und Maßnahmen bei Verdacht auf Unterzuckerung**

Anzeichen sind z. B. Heißhunger, Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Schwindel, Zitterigkeit, Schweißausbruch. Bei starkem Absinken des Blutzuckers können Kollaps, Bewusstseinsverlust, Krampfanfälle, ein sog. hypoglykämischer Schock auftreten.

Je jünger das Kind mit Diabetes, desto schlechter kann es selbst die Anzeichen einer beginnenden Unterzuckerung seiner Umgebung mitteilen. Auch plötzliche Verhaltensänderung, schlechte Laune, Weinerlichkeit, Desorientiertheit können Hinweis auf einen niedrigen Blutzuckerspiegel sein. Meistens ist als Sofortmaßnahme die Gabe schnell resorbierbarer Zucker (Traubenzucker, süßes Getränk, wenn Kind bei Bewusstsein ist und schlucken kann) zum Anheben des niedrigen Blutzuckerspiegels ausreichend. Dies sollte schriftlich mit den Eltern vereinbart sein.

Glücklicherweise wird bei starker Unterzuckerung im Körper sofort eine Gegenregulation durch körpereigene Hormone in Gang gesetzt, die dem Insulin entgegenwirken und zum Schutz des Gehirns den Blutzuckerspiegel auch im hypoglykämischen Schock rasch wieder ansteigen lassen.

Dies bedeutet für die Notfallversorgung eines Kindes mit akuter Unterzuckerung, dass die Verabreichung eines Notfallmedikaments z. B. die Injektion von Glucagon unter die Haut mit einem Notfall-Pen (s. u.) eher selten notwendig sein wird.

### **Maßnahmen bei weitergehendem Notfall (hypoglykämischer Schock)**

Selten kommt es zu einem plötzlichen, sehr starken Blutzuckerabfall mit Bewusstseinsverlust und evtl. Krampfanfällen wegen Unterversorgung der Hirnzellen mit Glucose.

- Notarztteam verständigen
- Stabile Seitenlagerung und Kind nicht unbeaufsichtigt lassen
- Bewusstlosem Kind wegen Gefahr des Verschluckens nichts Zuckerhaltiges in Mund geben

- Liegt eine schriftliche Notfallvereinbarung vor und ist eine Schulung erfolgt, kann zum raschen Anheben des Blutzuckers vor Eintreffen von Notarzt/-ärztin das Medikament Glucagon mit Notfall-Pen unter die Haut (z. B. Oberarm, Oberschenkel) gespritzt werden.

## Weiterführende Information

- (1) BZgA-Broschüre „Chronische Erkrankungen im Kindesalter, [http://www.bzga.de/botmed\\_20401000.html](http://www.bzga.de/botmed_20401000.html)
- (2) [http://www.betanet.de/betanet/soziales\\_recht/Diabetes---Kindertagesstaetten-1315.html](http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Diabetes---Kindertagesstaetten-1315.html)
- (3) Diabetes Netzwerk Saarland: <http://www.diabetes-netzwerk.saarland/>
- (4) <http://www.diabetes-ratgeber.net/Diabetes-Typ-1/Mit-Diabetes-in-Kindergarten-und-Schule-489671.html>
- (5) <http://www.diabetes-kids.de/>
- (6) [http://www.diabetesde.org/ueber\\_diabetes/kinder\\_mit\\_diabetes\\_typ\\_1\\_und\\_typ\\_2/fuer\\_erzieher\\_und\\_lehrer](http://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/kinder_mit_diabetes_typ_1_und_typ_2/fuer_erzieher_und_lehrer)
- (7) <http://www.diabsite.de/diabetes/stories/110428-kindergarten.html>
- (8) <http://www.diabetikerbund.de/>
- (9) [https://publikationen.dguv.de/dguv/udt\\_dguv\\_main.aspx?FDOCUID=26311](https://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=26311)

## 7.2.5 Mukoviszidose (Cystische Fibrose CF)

### Allgemeines zum Krankheitsbild

Die Mukoviszidose = Cystische Fibrose CF ist eine angeborene, erblich bedingte Stoffwechselerkrankung, bei der die Sekretbildung in allen drüsigen Organen des Körpers, so z. B. in den Zellen der Bronchialschleimhaut und der Bauchspeicheldrüse, gestört ist. Durch Bildung eines zähflüssigen Schleims kommt es in allen Organen, die Drüsenflüssigkeit bilden, zu langsamer Funktionsschädigung und typischen Krankheitszeichen. Für das Umfeld bemerkbar sind bei den meisten Kindern ständige, schwere Hustenanfälle mit Bildung von zähflüssigem Schleim, der nur schwer abgehustet werden kann, sowie Verdauungsprobleme mit häufigem Durchfall und chronischer Gedeihstörung. Die Erkrankung ist nicht heilbar. Sie verläuft in unterschiedlichen Schweregraden und erfordert ab Diagnosestellung von Kind und Familie eine lebenslange Disziplin und ein tagtäglich übervolles Therapieprogramm, um den Gesundheitszustand des chronisch kranken Kindes möglichst stabil zu erhalten.

Die Mukoviszidose kommt in Deutschland bei etwa 1: 3300 Menschen vor. Etwa 300 Kinder werden pro Jahr mit Mukoviszidose in Deutschland geboren. Dies bedeutet, dass eine Kindertageseinrichtung nur selten vielleicht einmal ein einzelnes Kind mit Mukoviszidose betreuen wird. Es ist dann unerlässlich, dass sich die Kindertageseinrichtung vor Aufnahme dieses Kindes mit dem Krankheitsbild Mukoviszidose vertraut macht. Denn bei kaum einem anderen Krankheitsbild ist es für die weitere Entwicklung des chronisch kranken Kindes so wichtig, dass in der Kindertageseinrichtung im allgemeinen Tagesablauf die regelmäßig notwendige Medikamentengabe, die Sicherstellung kalorienreicher Nahrungszufuhr, das Angebot ausreichender Bewegung und physiotherapeutische Maßnahmen zwischen Kindertageseinrichtung, Eltern und Kind und Therapeutenteam abgestimmt werden.

Bei jedem CF-Kind verläuft die Erkrankung anders. Es gibt Kinder, die kaum Krankheitszeichen der Bronchien haben und vielleicht nur hochkalorische Ernährung mit vielen Zwischenmahlzeiten und ergänzender Gabe von Verdauungsenzymen zur Unterstützung der Bauchspeicheldrüse benötigen. Für andere Kinder mit ständigen, starken Hustenanfällen werden weitere therapeutische Maßnahmen wie Physiotherapie, Inhalationen, Abklopfen des Brustkorbes und Atemübungen zum Heraustransportieren des zähen Schleims aus den Bronchien, Gabe schleimlösender Medikamente, evtl. Gabe von Antibiotika und anderes mehr notwendig sein. Im Einzelfall kann die Miteinbeziehung des CF-Zentrums der Universitätskinderklinik sinnvoll sein.

## Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?

Vor Kita-Aufnahme sollte ein ausführliches Gespräch mit Eltern, betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin und begleitenden Therapeutinnen/Therapeuten z. B. Physiotherapeuten und Diätassistenten, geführt werden.

Zur Vorbereitung des Aufnahmegesprächs und als Leitfaden durch das Aufnahmegespräch, in dem die verschiedensten Aspekte berücksichtigt werden müssen, kann z.B. der Flyer „Kindergarten und Mukoviszidose“ sehr hilfreich sein (s. weiterführende Informationen).

Die Bedarfsmedikation, verordnete Medikamentengabe, Physiotherapie, Essensplan mit Zeitplan sollten nach Absprache zwischen Kita-Träger, Eltern und betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin schriftlich festgelegt sein.

Das Kind mit Mukoviszidose befindet sich in der Regel in ständiger fachärztlicher Betreuung.

Sorgfältige Hygiene in der Kindertageseinrichtung ist gerade für das Mukoviszidose-Kind sehr wichtig, damit die durch die Erkrankung belastete Lunge nicht durch problematische Krankheitserreger zusätzlich belastet wird. Im Einzelfall kann auf Empfehlung von Therapeuten und CF-Zentrum eine Sonderregelung für das Kind bzgl. Waschbecken- und Toilettennutzung notwendig sein.

Grundsätzliches Verständnis in der Kindertageseinrichtung für das Krankheitsbild und immer wieder der Hinweis an Personal und übrige Eltern, dass der ständige Husten mit Schleimbildung nicht ansteckend ist, sind sehr wichtig.

Bei der notwendigen Anregung zu viel körperlicher Bewegung (löst Schleim in den Lungen) und zu hochkalorischem Essen kann gerade das Kita-Umfeld für das CF-Kind sehr günstig und stabilisierend sein.

Unterstützung durch eine/n Integrationshelfer/in sollte genutzt werden bei schwerem Krankheitsverlauf, zur Entlastung der pädagogischen Fachkräfte zur reibungslosen Koordination zwischen Spiel-, Förder- und Therapiephasen, zur Unterstützung bei problematischem Essverhalten, bei Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme, zur Betreuung, wenn besondere Ruhepausen nötig sind, oder zur Überwachung bei besonderen Hygienevorgaben.

## Mögliche Notfallsituation

Eine Notfallsituation in der Kindertageseinrichtung ist bei konsequentem Einhalten des Therapieplans eher nicht zu erwarten. Allerdings sind kurze Atemnotzustände bei heftigen Hustenanfällen möglich, wenn zäher Schleim nicht abgehustet werden kann. Das Vorgehen in der Einrichtung ist im Einzelfall für solche Situationen mit Eltern und Therapeuten abzusprechen.

## Weiterführende Information

(1) <http://www.muko.info/leben-mit-cf/leben-mit-mukoviszidose/kindergarten-und-schulzeit.html>

(2) [https://muko.info/fileadmin/Dokumentenablage/Mukoviszidose/Publikationen-und-Filme/Kindergarten-flyer\\_online.pdf](https://muko.info/fileadmin/Dokumentenablage/Mukoviszidose/Publikationen-und-Filme/Kindergarten-flyer_online.pdf)

(3) <http://www.muko-saar.de/>

(4) <http://www.cfi-aktiv.de/PDF/Infoblatt1.pdf>

## 7.2.6 Rheumatische Erkrankungen

### Allgemeines zum Krankheitsbild

Der Begriff Rheuma umfasst eine große Anzahl entzündlicher Erkrankungen nicht nur der Gelenke, sondern auch des Bindegewebes, der Muskulatur, der Gefäßwände, der Haut und sonstiger Organe des Körpers. Typischerweise ist Rheuma eine chronische, entzündliche Erkrankung eines oder mehrerer Gelenke und kann nicht nur beim Erwachsenen, sondern bereits im frühen Kindesalter auftreten. Die Diagnose beim Kind lautet dann z. B. juvenile chronische Arthritis. Aber es gibt auch viele andere Formen rheumatischer Erkrankungen. Die auslösenden Ursachen sind vielfältig, können durch genetische Faktoren, Autoimmunreaktionen im Gewebe der Gelenke oder auch durch Bakterien wie Borrelien (Zeckenübertragung!), Darmkeime, Streptokokken und viele andere Erreger ausgelöst werden.

Die schubweisen Entzündungsreaktionen äußern sich mit Schwellung, Rötung, Überwärmung und Bewegungseinschränkung an verschiedensten Gelenken und sind oft sehr schmerzhaft. Manche Erkrankungen klingen auch wieder vollständig ab. Beim Kleinkind gibt es sowohl leichte Erkrankungen mit Befall nur eines Gelenkes, als auch sehr schwere Verläufe mit langen Fieberschüben und Beeinträchtigung des gesamten kindlichen Organismus.

Die Behandlung erfolgt mit entzündungshemmenden Medikamenten, lokalen Anwendungen von Salben und z. B. auch Kälte, regelmäßiger Krankengymnastik und Bewegungsübungen. Manchmal sind bei schweren Verläufen auch Gelenkpunktionen und Operationen an entzündetem Gelenkgewebe notwendig. Regelmäßige fachärztliche Überwachung, eine immer wieder neu angepasste medikamentöse Therapie und konsequente Physiotherapie sind unerlässlich, um eine allmähliche Zerstörung der Gelenkfunktionen zu verhindern.

### Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?

Das kindliche Rheuma, z. B. die juvenile chronische Arthritis, zeigt ganz unterschiedliche Verläufe. Es können daher sowohl Kinder ohne jegliche Krankheitszeichen als auch solche mit deutlichen Bewegungseinschränkungen im Bereich eines oder mehrerer Gelenke in einer Kindertageseinrichtung betreut werden. Im akuten rheumatischen Schub wird ein an Rheuma erkranktes Kleinkind in der Regel die Einrichtung nicht besuchen, da dann intensive therapeutische Maßnahmen oft unter stationären Bedingungen durchgeführt werden.

Vor Kita-Aufnahme sollte ein ausführliches Gespräch mit Eltern, betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin und begleitenden Therapeutinnen/Therapeuten z. B. Physiotherapeuten über die Situation des Kindes geführt werden. Auch zum aktuellen Stand der Erkrankung sollte ständiger Austausch mit den Eltern erfolgen.

Es können Medikamentengabe, lokale Anwendungen (Salben, Eispackungen), Anpassung von Orthesen, Physiotherapie oder Ergotherapie innerhalb des Kita-Alltags notwendig sein. Dies sollte schriftlich zwischen Kita-Träger, Eltern und betreuendem Facharzt/betreuender Fachärztin abgestimmt sein.

In der Regel können die Kinder zu körperlicher Bewegung aller Art angeregt werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Tagesform und typischerweise auch die tageszeitliche Form (mögliche Morgensteifigkeit der Gelenke) beim rheumakranken Kind sehr variieren können. Beobachten die pädagogischen Fachkräfte Schmerzäußerungen oder Rückzug des Kindes bei Bewegungsspielen, plötzliche Schonhaltung, plötzliches Hinken, so sollte dies ernst genommen und den Eltern mitgeteilt werden. Rasche und anhaltende Bewegung, längeres Laufen und Springen sollten nicht erzwungen werden, wenn das Kind dabei weint, abbricht und verweigert. Plötzliches, unvermitteltes Weinen kann auf Gelenkschmerzen hinweisen, wobei insbesondere dem jüngeren Kind eine genaue Schmerzlokation manchmal nicht möglich ist.

## Weiterführende Information

(1) <http://www.rheuma-liga.de/kinderrheuma>

(2) Das rheumakranke Kind im Kindergarten, [https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Elternarbeit/B5\\_Rheumakrankes\\_Kind\\_im\\_Kiga.pdf](https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Elternarbeit/B5_Rheumakrankes_Kind_im_Kiga.pdf)

(3) Unser Kind hat Rheuma, [https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Broschueren\\_kurz/broschuere\\_unserkindhatrheuma\\_kurz.pdf](https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Broschueren_kurz/broschuere_unserkindhatrheuma_kurz.pdf)

(4) Merkblattreihe seltene Rheumatische Erkrankungen, <https://www.rheuma-liga.de/eltern/>

## 7.2.7 Herzkrankheiten

### Allgemeines zum Krankheitsbild

In Deutschland werden etwa 6000 bis 8000 Kinder pro Jahr mit einer angeborenen Herzerkrankung geboren. Neben den angeborenen Herzerkrankungen gibt es auch solche, die später erworben werden und dann oft entzündlich bedingt sind. Ursachen für Herzerkrankungen beim Kind sind z. B. angeborene Störung der Entwicklung von Herzkammern, Herzklappen und Herzgefäßen, Entzündungen des Herzmuskels, Störungen im Reizleitungssystem des Herzens oder Kombinationen mehrerer solcher Störungen. Alle diese Herzerkrankungen im Einzelnen zu besprechen, würde den Rahmen dieser Handreichung bei weitem sprengen.

Einige Herzerkrankungen beeinträchtigen Entwicklung und Belastbarkeit des Kindes gar nicht oder nur in sehr geringem Maße. Man sieht diesen Kindern die Herzkrankheit überhaupt nicht an. Andere Herzerkrankungen können zu deutlicher Einschränkung von Gesamtentwicklung und körperlicher Belastbarkeit des Kindes führen. Chronische Unterversorgung des Körpers mit Sauerstoff kann zu verlangsamtem Körperwachstum und allgemeiner Entwicklungsverzögerung, zu Blauverfärbung von Lippen und Fingerkuppen, zu Atemnot und rascher Ermüdbarkeit führen. Bei manchen Herzerkrankungen sind plötzlich auftretende Notfallsituationen, z. B. Herzrhythmusstörungen oder Störungen durch Sauerstoffunterversorgung des Gehirns und des gesamten Organismus bei zu starker körperlicher Belastung möglich.

Viele Herzerkrankungen, die früher unweigerlich zum frühen Tod eines Kindes geführt haben, können heute schon im frühen Säuglingsalter erfolgreich operiert werden. In der Kindertageseinrichtung wird man daher auch immer wieder einmal mit der Betreuung eines bereits am Herzen operierten Kindes befasst sein.

### Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?

Im Aufnahmegespräch mit den Eltern und wenn möglich auch mit dem betreuenden Arzt/der betreuenden Ärztin sollten alle relevanten Informationen zum Krankheitsbild dargelegt werden: Angaben zur Belastbarkeit des Kindes, bisherige und evtl. noch zu erwartende Operationen, Vorhandensein eines Herzschrittmachers, ggf. notwendige Medikamentengabe und mögliche Nebenwirkungen der Medikamente, Erstmaßnahmen der Kindertageseinrichtung bei möglicherweise zu erwartendem Notfall, Ausstattung des Kindes mit Notfallausweis/Herzpass, telefonische Erreichbarkeit der Eltern und der betreuenden Ärztin /des betreuenden Arztes. Alle Vereinbarungen sind abzustimmen und im Betreuungsvertrag schriftlich festzulegen.

Insbesondere zur Belastbarkeit des Kindes im Kindergartenalltag sind detaillierte Informationen wichtig, etwa ob Einschränkungen besonderer Art bestehen, ob das herzkranken Kind bei starkem Toben, Turnen oder längeren Wanderungen besonders beobachtet werden muss und in welchem Umfang Beobachtung und Einschreiten durch die Kindertageseinrichtung notwendig werden können. Dabei ist auch zu klären, ob die Kindertageseinrichtung diese weitergehenden Maßnahmen mit vorhandenem Personal leisten kann oder ob integrative Unterstützung bzw. ständige Einzelbetreuung notwendig ist.

Wichtig ist auch zu klären, ob weitere besondere Maßnahmen zu beachten sind, z.B. ob eine besondere Information der Eltern bei Häufung von Infekten in der Kindertageseinrichtung erforderlich ist.

Das Kita-Team sollte über alle erforderlichen Aspekte und mögliche Zeichen einer akuten Verschlechterung der Herzfunktion informiert sein.

Das herzkrankte Kind sollte jedoch, wann immer möglich, keine Sonderstellung in der Kindertageseinrichtung einnehmen. Dies hängt natürlich vom Schweregrad der Herzerkrankung ab, ist aber oft auch deshalb schwierig umzusetzen, weil sich auch die Eltern selbst beim stabilen Herzkind verständlicherweise oft sehr überbehütend verhalten. In unklaren Fällen und je schwerer die Herzerkrankung erscheint, sollte die Kindertageseinrichtung neben dem Austausch mit den Eltern auch das Gespräch mit betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin oder mit einem Facharzt/einer Fachärztin der betreuenden kinder-kardiologischen Spezialambulanz anstreben.

Im „Leitfaden für Familien mit herzkranken Kindern“ des Bundesverbandes Herzkrankte Kinder e.V. heißt es: „Die meisten herzkranken Kinder können gemeinsam mit ihren Geschwistern und Freunden einen normalen Kindergarten besuchen.“ und: „Gut informiertes Personal im Kindergarten reagiert nicht hektisch oder panisch und kennt sich mit Erste-Hilfe-Maßnahmen aus.“

### **Mögliche Notfallsituation**

In Abhängigkeit von Art und Schwere der Herzerkrankung, Erfolg der vorausgegangenen Herzoperation/en, Störungen am Reizleitungssystem des Herzens, noch eingeschränkter Sauerstoffversorgung des Körpers bei eingeschränkter Herzfunktion sind Notfallsituationen wie Herzrhythmusstörungen oder Bewusstseinsverlust durch Unterversorgung mit Sauerstoff beim herzkranken Kind möglich. Dies kann rasche Erstmaßnahmen durch das Kita-Personal notwendig machen.

Das Kita-Team sollte über mögliche Zeichen einer akuten Verschlechterung der Herzfunktion informiert sein:

- z. B. Müdigkeit, Übelkeit, Atemnot, Schwäche, Blässe, Blauverfärbung der Lippen, Kollaps, sehr rascher oder nicht mehr fühlbarer Puls, Kreislaufkollaps, Bewusstseinsverlust, Krampfanfall, Herzstillstand

Bei akuter Verschlechterung des Befindens mit Herz- und Atemstillstand sind umgehend Erste-Hilfe-Maßnahmen einzuleiten, wie in der Ersthelferschulung erlernt, und umgehend Eltern und Notarztteam zu informieren! In diesem Zusammenhang ist auch zu diskutieren, ob im Einzelfall eine Kindertageseinrichtung, die herzkranken Kinder oder Schock-gefährdete Kinder betreut, mit einem Defibrillator ausgestattet und in dessen Notfallanwendung durch regelmäßige Schulungen eingewiesen wird (AED-automatisierter externer Defibrillator, sog. Laiendefibrillator).

### **Weiterführende Information**

- (1) BZgA-Broschüre „Chronische Erkrankungen im Kindesalter“, [http://www.bzga.de/botmed\\_20401000.html](http://www.bzga.de/botmed_20401000.html)
- (2) BVHK Bundesverband herzkrankte Kinder e.V., <http://www.bvhk.de/informationen/leben-mit-herzfehler/kindergarten-schule/>
- (3) <http://www.bvhk.de/shop/bvhk-broschueren/>
- (4) Verein herzkrankes Kind Homburg/Saar e. V.: <http://www.herzkrankes-kind-homburg.de/>
- (5) [http://www.corience.org/de/leben-mit-einem-herzfehler/eltern/alltag-mit-einem-herzkranken-kind/kindergarten-und-schule/?sword\\_list%5Bo%5D=kindergarten](http://www.corience.org/de/leben-mit-einem-herzfehler/eltern/alltag-mit-einem-herzkranken-kind/kindergarten-und-schule/?sword_list%5Bo%5D=kindergarten)

### **7.2.8 Darmerkrankungen**

Im Folgenden werden kurze Empfehlungen gegeben zum Umgang mit nicht ansteckenden Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Sowohl häufige beschleunigte Darmentleerungen als auch chronische Verstopfung beim Kindergartenkind können zu Problemen in der Kindertageseinrichtung führen.

#### **a) chronische, nicht ansteckende Durchfälle**

Akute Entleerung durchfälliger Stühle, akutes Erbrechen, Übelkeit, Bauchschmerzen beim ansonsten unauffälligen Kindergartenkind müssen zu sofortiger Benachrichtigung der Eltern und zum Ausschluss des Kindes aus der Kindertageseinrichtung bis zum Abklingen des Durchfalls führen. Es besteht zunächst immer weiterer medizinischer Klärungsbedarf gemäß Infektionsschutzgesetz [g]. Zum Schutz von Personal und übrigen

Kita-Kindern muss eine ansteckende Magen-Darmerkrankung ausgeschlossen werden.

Im Gegensatz zu akuten, oft durch Virusinfekte (Rotaviren, Noroviren) ausgelöste Durchfallerkrankungen gibt es jedoch beim Kita-Kind auch einige chronische Darmerkrankungen. Diese sind nicht ansteckend und müssen nicht den Ausschluss aus der Kita-Gemeinschaft zur Folge haben.

Das Kita-Personal muss selbstverständlich durch die Eltern über das jeweilige Krankheitsbild informiert werden. Bestmögliche Einhaltung der Händehygiene ist unerlässlich!

Häufige durchfällige Stuhlentleerungen ohne Infektionsrisiko für das Umfeld sind bei vielen nicht ansteckenden Magen-Darmerkrankungen zu erwarten, z. B.:

- bei der Mukoviszidose (siehe Kapitel 7.2.5)
- nach Darmoperationen mit Entfernung längerer Darmabschnitte und dadurch bedingter beschleunigter Darmpassage der Nahrung
- bei bekannter Nahrungsmittelallergie (siehe Kapitel 7.2.1)
- bei der Zöliakie, einer Unverträglichkeit (allergisch und immunologisch) gegen Eiweißstoffe in verschiedenen Getreidesorten, die zu chronischer Entzündung der Dünndarmwand und schwerer Gedeihstörung schon ab Säuglingszeit führen kann. Die Zöliakie ist evtl. beim Kita-Kind noch nicht diagnostiziert. Die Durchfälle klingen ab bei konsequenter Diät mit Weglassen bestimmter Getreidesorten in der Nahrung. Für das Zöliakie-krankte Kind sind der Kindertageseinrichtung von Eltern und betreuender Ärztin/betreuendem Arzt entsprechende schriftliche Vereinbarungen und Diätpläne vorzulegen.
- bei vielen anderen chronisch entzündlichen Erkrankungen von Dickdarm und Dünndarm wie Colitis und
- Morbus Crohn, die in Einzelfällen auch schon beim Kita-Kind auftreten können

### **Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?**

Wichtig ist, Kenntnis über die genannten Erkrankungen zu vermitteln. Es gibt chronischen Durchfall, der nicht ansteckend ist. Kinder mit diesen Erkrankungen dürfen trotz Entleerung häufiger, manchmal schlecht geformter Stühle die Kindertageseinrichtung besuchen.

Allerdings kann gerade in Zeiten, in denen gehäuft infektiöse Durchfallerkrankungen in einer Kindertageseinrichtung auftreten, auch ein Kind mit Zöliakie oder Mukoviszidose gleichzeitig an einer ansteckenden Darminfektion erkranken. Es steht im Ermessen der Einrichtung, im Zweifelsfall (Durchfall wegen Grunderkrankung oder wegen Infektausbruch in der Einrichtung?) für das chronisch kranke Kind, auch zu dessen besonderem Schutz, einen Kita-Ausschluss auszusprechen, bis die Durchfallwelle in der Einrichtung abgeklungen ist.

### **b) Darmentleerungsstörung, Einkoten (Enkopresis)**

Zu berücksichtigen sind auch die Kinder mit anhaltender Darmentleerungsstörung, bei denen das Erlernen der kontrollierten Darmentleerung entweder auf Grund einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung oder Verhaltensproblematik nicht erlernt wird, oder bei denen - bei ansonsten altersgemäßer Entwicklung - auf Grund einer angeborenen Störung der Nervenversorgung im Bereich von Enddarm oder Schließmuskel eine kontrollierte Darmentleerung nicht möglich ist.

### **Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?**

Hier sind im individuellen Fall der besondere pflegerische Aufwand, hygienische Aspekte, das Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten zum Pampers wechseln, das Vorhandensein von ausreichendem Personal, gegebenenfalls auch Unterstützung durch Einzelintegrationskräfte zu klären.

### c) Verstopfung (Obstipation)

Für die Eltern oft sehr wichtig, jedoch weniger problematisch im Kita-Umfeld, ist der Umgang mit der nicht geringen Zahl der Kita-Kinder, die an Verstopfung (Obstipation) leiden. Immer müssen organische Ursachen ausgeschlossen werden.

#### Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?

Evtl. müssen während des Kita-Aufenthalts auf ärztliche Anordnung nach Plan diätetische Maßnahmen berücksichtigt, Medikamente zur Förderung der Darmpassage verabreicht und Stuhlentleerungen dokumentiert werden. Eine entsprechende schriftliche Vereinbarung von Eltern und betreuendem Kinderarzt/betreuender Kinderärztin ist vorzulegen.

#### Weiterführende Information

(1) Information der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft: <http://www.dzg-online.de>

(2) [http://www.dzg-online.de/files/flyer\\_kindergarten\\_1.pdf](http://www.dzg-online.de/files/flyer_kindergarten_1.pdf)

(3) „Paul und der Glutenkobold“: Kindergerechte Erklärung der Zöliakie, [http://www.dzg-online.de/files/091222\\_fibel\\_paul\\_ansicht.pdf](http://www.dzg-online.de/files/091222_fibel_paul_ansicht.pdf)

(4) Leitfaden zum glutenfreien Start in den Kindergarten und die Schule:

<http://www.schaer.com/-/media/Files/Schaer/PDFs/Glutenfree%20Living/Family%20Area/Eltern-mappe%20DE/LeitfadenGFStart.pdf>

## 7.2.9 ADHS

### Allgemeines zum Krankheitsbild

**Symptome:** Wenn ein Kind nie im Stuhlkreis sitzen kann, bis dieser abgeschlossen ist, deutet das auf ADHS hin. Sie haben vielleicht auch Kinder in Ihrer Einrichtung, die den ganzen Tag unruhig sind, ständig zappeln und nicht stillsitzen können. Sie sind impulsiv, können nie abwarten, bis sie an der Reihe sind, bleiben auch selten lange bei einer Sache, d.h. sie wechseln häufig das Spielzeug, hören anderen Kindern nicht zu, fallen häufig ins Wort und sind sehr ungeduldig. Auch sind sie oft zerstreut und schusselig, vergessen oder verlieren ihre Mützen, Schals, Handschuhe, Spielsachen. Auch in ihrer Stimmung sind sie unter Umständen wechselhafter als andere Kinder, von intensiver Freude kann die Stimmung sehr schnell umschlagen in Ärger oder Traurigkeit und auch wieder zurück.

**Ursachen:** Bei dem neurobiologischen Erklärungsmodell stehen bestimmte Botenstoffe im Gehirn, sogenannte Neurotransmitter, im Mittelpunkt. Bei Betroffenen von ADHS werden in bestimmten Bereichen des Gehirns Informationen durch einen Mangel an Botenstoffen wie Noradrenalin und Dopamin nur eingeschränkt übertragen. Konzentrationsfähigkeit und Selbststeuerung werden dadurch beeinträchtigt. Auch intensiver andauernder Medienkonsum, z.B. sehr viel Fernsehen, kann insbesondere in der frühen Kindheit eine ADHS-ähnliche Symptomatik erzeugen, die nach Beendigung des Medienkonsums zutage tritt.

Verhaltensbeobachtung: Bei den betroffenen Kindern mit ADHS werden Sie folgende Auffälligkeiten bemerken: Es fällt ihnen schwer, Erzählungen und Aufgabenstellungen zu folgen und an Gruppenaktivitäten teilzunehmen – auch wenn der Wille dazu da ist. Die meisten Kinder mit ADHS zeigen neben Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen eine hohe motorische Unruhe; auch mit Selbstwertproblemen haben sie zu kämpfen. Da sie ständig unangenehm auffallen, machen ADHS-Kinder nicht nur Ihnen und ihrem Team den Erziehungsalltag schwer – es kommt darüber hinaus zu Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Kindern aus der Gruppe sowie bei der sozialen Anpassung. Sie geraten durch ihr störendes Verhalten auf Grund von ADHS zunehmend in eine Außenseiterposition, übernehmen gerne die Rolle des Clowns oder Störenfrieds.

## Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtung?

Das Kita Team kann im Kindergarten viel dazu beitragen, betroffenen ADHS-Kindern bei der Entfaltung ihres Potenzials zu helfen und Eskalationen zu verhüten:

1. Ein konsequenter Reizschutz ist dazu erste und wichtigste Maßnahme: In unruhigen und unübersichtlichen Settings kommt es sehr schnell zu Überreizung, die sich in Wutausbrüchen und Erregungszuständen manifestiert. Dies kann verhütet werden, indem die Kinder viel draußen sein können, wo der Geräuschpegel und insgesamt der Reizlevel niedriger ist und die kompensatorischen Bewegungsmöglichkeiten größer sind. Wenn dies nicht möglich ist, ist es gut, Kleingruppen oder lärmgeschützte Nischen zu haben oder auch Türen zu schließen, um den Gesamtgeräuschpegel zu dämpfen.
2. Suchen Sie Kontakt zu den Eltern betroffener Kinder und unterstützen Sie sie. Dabei müssen Sie sensibel vorgehen, denn für viele Eltern ist es schwer, einzusehen, dass ihr Kind ein ADHS-Problem hat.
3. Achten Sie darauf, dass Sie ADHS-Kinder in ausreichendem Maße loben, und übertragen Sie ihnen verantwortungsvolle aber gleichzeitig überschaubare Aufgaben.
4. Vermeiden Sie komplexe Sätze, sprechen Sie in kurzen klaren Sätzen und suchen Sie Blickkontakt zum Kind, wenn Sie mit ihm sprechen.
5. Beim gemeinsamen Basteln etc. helfen Sie den ADHS-Kindern mit kurzen, klaren Arbeitsanweisungen. Störende Einflüsse von außen, beispielsweise Geräusche, visuelle Ablenkungen usw., sollten dabei auf ein Minimum reduziert sein.
6. Setzen Sie sich im Stuhlkreis möglichst in die Nähe von ADHS-Kindern, so dass Sie sie fokussieren können. Suchen Sie bei wichtigen Aussagen den Blickkontakt zu den ADHS-Kindern, wiederholen Sie wichtige Aussagen und stellen Sie sie mit Ihrer Stimme besonders heraus.
7. ADHS-Kinder brauchen sehr klare Regeln und Abläufe. Ein stark situatives, vielleicht sogar offenes Arbeitsprinzip in Ihrer Einrichtung kann es den Kindern unter Umständen schwerer machen, sich einzufügen. Den ADHS-Kindern fällt bei einem eher direktiven, aber gut strukturierten Rahmen die Konzentration leichter.
8. Arbeiten Sie gegebenenfalls mit einem Kinderpsychiater/einer Kinderpsychiaterin oder einem sozialpädiatrischen Zentrum zusammen. Empfehlen Sie dies auch den Eltern! Die Störungen dauern bis ins Erwachsenenalter an, es bedarf also manchmal langer Behandlungszeiten.

**Wichtig:** ADHS-Kinder sind in der Regel lebendig, begeisterungsfähig, vielfältig interessiert, insbesondere für Neues aufgeschlossen, kontaktfreudig, flexibel und nicht nachtragend.

### Maßnahmen im Notfall

Akuter Erregungszustand mit Auto- oder Fremdaggression:

Bei Frustrationen, Überreizung, Bewegungs- oder Schlafmangel kann es zu massiven Wutausbrüchen kommen

Schritt 1: Entfernen Sie das Kind ohne viele Worte unmittelbar aus der Großgruppe!

## Dies hat 3 positive Effekte:

1. Die ‚Bühne‘ ist weg, zu viel Publikum kann ein Kind zusätzlich aufregen.
  2. Der Reizpegel sinkt, was die Beruhigung fördert.
  3. Der ‚Szenenwechsel‘ kann eine Erregungsschleife auch mal rasch unterbrechen.
- ADHS-Kinder mögen eigentlich ‚action‘, d.h. sie haben unter Umständen eine Motivation, die Erregung zu regulieren, um wieder in die – reizintensivere - Gruppe zu kommen.**

Sie sparen eigene Energie, denn wenn Sie mit dem Kind im ruhigen Raum sind, brauchen Sie nur abzuwarten - weitere Interventionen sind in der Regel nicht erforderlich, eher sogar hinderlich. Im schlimmsten Fall kann es jedoch erforderlich werden, ein Kind festzuhalten, weil es sich selbst sonst verletzt, z.B. durch Kopf-an-die-Wand-Schlagen.

Vermeiden Sie jedoch immer, selber zu schreien oder unruhig umherzulaufen. Vermeiden Sie auch Diskussionen oder komplexe Erklärungen. Je ruhiger und stiller Sie sich verhalten, umso besser, weil dies auch weniger Aufmerksamkeit für das dysfunktionale Verhalten bedeutet.

Erhöhte Aufmerksamkeit und positive Zuwendung sollten Sie in dem Moment geben, in dem das Kind beginnt, die Kurve zu kriegen, also aufzuhören zu schreien und/oder schlagen und wieder ansprechbar zu werden. Dann können Sie versuchen, es eventuell mit einem ganz anderen Thema oder Spielangebot wieder zu erreichen.

Sinnvoll ist es, für jeden Erregungszustand einen ähnlichen ‚Work Flow‘ zu etablieren und auch mit Kolleginnen und Kollegen abzusprechen, damit es einheitlich gehandhabt wird.

Beispiel Workflow: Ausraster Tim: führt zu Aufenthalt im Auszeitraum oder Büro der pädagogischen Fachkraft oder Teeküche –ohne Worte der Beteiligten, bis das Kind aufhört zu toben. Erst dann Zuwendung von Aufmerksamkeit, vorher nur beaufsichtigen, also ‚active ignoring.‘

## Weiterführende Information

(1) Chronische Erkrankungen im Kindesalter, <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/Schule/BZgA-Broschuere.aspx>

(2) ADHS-Infoportal: <http://www.adhs.info/fuer-kinder.html>

(3) ADHS-Deutschland e.V., <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/ADHS-ADS/Das-Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom-ohne-Hyperaktivitaet.aspx>

(4) ADHS- was bedeutet das?: [http://www.bzga.de/botmed\\_11090100.html](http://www.bzga.de/botmed_11090100.html)

## 7.2.10 Autismus

### Allgemeines zum Krankheitsbild

Autismus äußert sich in einer Störung im zwischenmenschlichen Verhalten und in der Kommunikation. Die Krankheit betrifft zwei bis vier von 10.000 Kindern. Jungen leiden in etwa dreimal häufiger an Autismus als Mädchen. Unterscheidungen sind je nach Schweregrad der Krankheit möglich.

Die Kinder zeigen gut entwickelte Sprache (Asperger-Syndrom) oder kaum bzw. wenig Sprache, es fehlt ihnen die Fähigkeit, aber auch das Bedürfnis zu ‚mentalisieren‘, also sich vorzustellen, was im Kopf des sozialen Gegenübers vorgeht.

Weitere Auffälligkeiten können stereotype Wiederholungen bestimmter Bewegungen, Handlungen oder Wortfolgen sein. Häufig ist z.B. das sogenannten ‚Flügeln‘, bei dem die Kinder rasch mit beiden Händen wedeln, insbesondere in Erregungssituationen.

Manche Kinder mit Autismus wiederholen das, was vorhergesagt wurde (Echolalie) oder ahmen Handlungen nach (Echopraxie). Sie verwechseln noch bis ins Schulalter hinein Personalpronomina (Er statt Du, wir statt ich etc.). Sie zeigen wenig Gegenseitigkeit im Spiel und können selten andere in ihre Aktionen integrieren. Auf

Veränderungen von Routinen und Ritualen reagieren sie oft sehr aversiv, mitunter sogar mit Erregungszuständen.

Sie zeigen häufig Sonderinteressen in bestimmten Bereichen (Eisenbahnen, Wasserhähne) etc. Man muss bedenken, dass nicht alle Symptome bei jedem autistischen Kind vorhanden sind.

Die Ursachen von Autismus liegen vor allem in körperlichen Faktoren: Zumeist genetische und neurobiologische Veränderungen. In manchen Fällen tragen psychologische Aspekte zur Krankheit bei, jedoch ist Autismus NICHT durch falsche Erziehung ausgelöst, sondern eine Veranlagung.

Entwicklungsaspekte: Die betroffenen Kinder verhalten sich meist schon im Säuglingsalter auffällig, zum Beispiel durch mangelnde Kontaktaufnahme zu Bezugspersonen. Bereits als Kleinkinder zeigen sie kaum ‚als ob‘-Spiel und haben so gut wie kein Interesse daran, Freundschaften mit Gleichaltrigen zu knüpfen.

Autismus wird vor allem durch Verhaltenstraining behandelt, welches auch die Eltern stark mit einbindet. Hinzu kommen Logopädie, Krankengymnastik sowie Medikamente zur Linderung spezifischer Symptome. Einige Fälle erfordern gar im Erwachsenenalter eine Betreuung in geeigneten Einrichtungen.

### **Was ist wichtig für die Betreuung in der Kindertageseinrichtungen?**

Für eine erfolgreiche Integration im Kindergartenbereich sind bestimmte Bedingungen wichtig, darunter die Schaffung kleiner Gruppen und räumliche Rückzugsmöglichkeiten sowie speziell ausgebildete Betreuer. Diese sollen dem autistischen Kind seine Umgebung verständlich machen und zugleich dessen Entwicklung und Integration unterstützen und den anderen Kindern die Scheu vor der „Andersartigkeit“ nehmen. Wichtig ist, besonders sensibel mit Abweichungen von Routinen umzugehen, denn ein autistisches Kind liebt einen stark strukturierten Tagesablauf. Soziale Interaktionen sollte man nicht erzwingen, das Kind aber besonders loben oder belohnen, wenn es von sich aus an gemeinschaftlichen Interaktionen teilnimmt. Reizüberflutung sollte unter allen Umständen vermieden werden.

### **Weiterführende Information**

(1) Chronische Erkrankungen im Kindesalter, <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/Schule/BZgA-Broschuere.aspx>

(2) Autismus Zentrum Saarland: <http://autismuszentrum-saar.de/>

### **7.2.11 Sonstige seltene chronische Krankheiten**

Auf den vorausgehenden Seiten dieser Handreichung wurden die häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter kurz dargestellt, die im Kita-Alltag Berücksichtigung finden müssen.

Das Spektrum chronischer Krankheiten, die bereits bei Geburt bestehen, in der Säuglingszeit und im Kleinkinderalter beginnen und im Kindergartenalltag besonderer Beachtung bedürfen, ist jedoch weitaus vielfältiger.

Manchmal berichten Eltern bei der Vorstellung ihres Kindes in der Kindertageseinrichtung von sehr seltenen Erkrankungen oder von ganz individuellen Einschränkungen ihres Kindes z. B. im Rahmen angeborener Chromosomenstörungen, Geburtskomplikationen, Frühgeburtlichkeit.

### **Einige Beispiele:**

- besondere Veranlagung des Kindes zu Knochenbrüchen
- fortschreitende Erkrankung der Muskeln, die sich schon in der Kindertageseinrichtung mit Muskelschwäche und eingeschränkter Belastbarkeit bemerkbar machen kann
- angeborene Fehlentwicklung von Wirbelsäule, Rückenmark und Gehirnstrukturen mit dadurch verursachter Lähmung der Beine und fehlender Kontrolle von Blasen- und Darmentleerung
- Bewegungsstörungen und Lähmungserscheinungen nach einer Hirnblutung im Zusammenhang mit extremer Frühgeburtlichkeit
- angeborene Störung im Chromosomensatz der Körperzellen, die vielleicht mit allgemeiner Entwick-

lungsverzögerung, besonderem Aussehen des Kindes, Wachstumsverzögerung, Ausbleiben der Sprachentwicklung einhergeht

- seltene, nicht behandelbare Stoffwechselerkrankung mit langsamem Verlust von geistigen Fähigkeiten, Sehen und Hören, Sprache und Motorik
- und viele andere Möglichkeiten

In allen diesen Fällen besteht für die Kindertageseinrichtung vor Kita-Aufnahme des Kindes individueller Beratungsbedarf zum jeweiligen Krankheitsbild. Denn nur bei möglichst umfassender Kenntnis des Krankheitsbildes kann das Kind mit einer seltenen Erkrankung in der Kindertageseinrichtung adäquat betreut und gefördert werden.

Auch das schwer kranke Kind, dessen Lebenszeit beschränkt sein kann, sollte, wann immer möglich, wie jedes andere Kind seines Alters die Freude des Aufwachsens in einem anregenden, behüteten Kindergartenumfeld erfahren dürfen.

Für die Familie eines solchen Kindes stellt die chronische Erkrankung und das Wissen um eine verzögerte Entwicklung und eine vielleicht begrenzte Lebenszeit eine immense Belastung dar. Umso dankbarer sind die Eltern, wenn von Seiten der Kindertageseinrichtung offen und ohne Angst die Bereitschaft signalisiert wird, grundsätzlich die Aufnahme des Kindes in die Einrichtung zu ermöglichen.

In einer ausreichend langen Vorbereitungsphase sollte das gesamte Kita-Personal zum Krankheitsbild informiert werden.

In offenen Gesprächen mit Eltern, betreuenden Fachärztinnen/Fachärzten, Therapeutinnen/Therapeuten des Kindes z. B. aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, mit Heilpädagoginnen/-pädagogen der Frühförderung, mit Integrationsfachkräften und, wenn indiziert, medizinisch-pflegerischem Fachpersonal sollte die Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung vorbereitet werden.

In die allgemeine Beratung der Kindertageseinrichtung, die das chronisch kranke Kind bis zum Übergang in die Schule begleitet, kann auch frühzeitig der Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes mit einbezogen werden. Er ist ein wichtiger Partner sowohl der Kindertageseinrichtung als auch der nachfolgenden Grundschule, insbesondere im Übergangsjahr zwischen Kindertageseinrichtung und Schule, wenn es gilt, dem chronisch kranken Kind den Weg in einen inklusiven Klassenverband zu ebnen und ihm die bestmögliche, ihm adäquate schulische Förderung trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen zuteil kommen zu lassen.

## **Weitere Informationen**

(1) Zu seltenen Krankheitsbildern informiert das Kindernetzwerk. Es stellt auch zu sehr seltenen Erkrankungen Informationsmaterial zur

Verfügung (teils kostenpflichtig) und vermittelt auf Wunsch Kontakte zu spezialisierten Facharztpraxen und Klinikzentren, zu

Elternselbsthilfegruppen und einzelnen betroffenen Familien. <http://www.kindernetzwerk.de>

(2) Weiteres wichtiges Internetportal für seltene Krankheiten: <http://www.orpha.net>

(3) Informationen zu regionalen und überregionalen Selbsthilfegruppen, <http://www.selbsthilfe-saar.de> und <http://www.uniklinikum-saarland.de/krankenversorgung/selbsthilfegruppen/>

## 8 Formulare

- Ärztliche Bescheinigungen zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung
- Dokumentationsbogen zur Medikamentengabe
- Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- Information für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte zum Infektionsschutzgesetz
- RKI-Empfehlung zur Wiedenzulassung in Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen

## 8.1 Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung zur Erkrankung und zur Einnahme von Medikamenten

Das Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
hat folgende chronische Erkrankung/Allergie: \_\_\_\_\_

Kurze Beschreibung und Hinweise zur Erkrankung/Allergie

Beschreibung der Einschränkung

### Verhalten in Notfällen

Das Kind muss die nachfolgenden Medikamente in genannter Dosierung einnehmen:

Medikament: (genaue Bezeichnung)

\_\_\_\_\_

Genauere Dosierung: \_\_\_\_\_

Form (vor/nach Mahlzeit, Tabletten ganz oder aufgelöst, Tropfen..)

\_\_\_\_\_

Besonderheiten, Wechselwirkungen

Bekannte Reaktionen des Kindes bei Medikamentenaufnahme und ggf. notwendige Handlungshinweise

Besondere Lagerung des Medikamentes

Name, Adresse Telefonnummer des behandelnden Arztes

Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

## 8.2 Bescheinigung Medikamenteneinnahme/andere Maßnahmen zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung

**- von Eltern/Sorgeberechtigten(m) und behandelndem(r) Arzt/Ärztin zu unterschreiben! -**

Das Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

muss das/die nachfolgend aufgeführte/n Medikament/e zu den genannten Tageszeiten / in den genannten Notfallsituationen erhalten:

### Medikamenteneinnahme

Medikament:	Medikament:	Medikament:
morgens: _____ (Dosierung)	morgens: _____ (Dosierung)	morgens: _____ (Dosierung)
Uhr: _____	Uhr: _____	Uhr: _____
mittags: _____ (Dosierung)	mittags: _____ (Dosierung)	mittags: _____ (Dosierung)
Uhr: _____	Uhr: _____	Uhr: _____

### Sonstige medizinisch erforderliche Maßnahme(n):

Inhalation mit \_\_\_\_\_ Uhrzeiten: \_\_\_\_\_

Absaugen: \_\_\_\_\_ Uhrzeiten: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel Arzt/Ärztin

Ermächtigung der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die/den betreuende/n Mitarbeiter/in/nen,

meinem/unsere(n) Kind \_\_\_\_\_

o. g. Medikament(e) zu verabreichen und/oder die o. g. medizinische/n Maßnahme(n) durchzuführen.

Datum, Unterschrift Eltern/ Sorgeberechtigte(r)



## 8.4 Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Personensorgeberechtigte

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

### Wir entbinden hiermit

den Arzt/die Ärztin: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der Behandlung unseres Kindes/Pflegekindes:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### und bitten auf Anfrage Informationen über ihren/seinen Gesundheitszustand und allen damit in Zusammenhang stehenden Umständen zu erteilen.

Die Entbindung gilt gegenüber folgendem mit der Kinderbetreuung befassten Träger bzw. folgender Kindertageseinrichtung:

1. Träger: \_\_\_\_\_

2. Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

Wir bestätigen /ich bestätige, dass wir/ich ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung und über die Folgen der Nichtabgabe beraten worden sind/ bin.

Ort, Datum

1. Unterschrift \_\_\_\_\_ 2. Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel der Einrichtung

**BITTE LESEN SIE SICH DIESES MERKBLATT SORGFÄLTIG DURCH  
Wichtige Information für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte  
gemäß § 34 Absatz 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

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

Um dies zu verhindern, möchten wir Sie mit diesem Merkblatt über Ihre Verhaltensweisen, Pflichten und das übliche Vorgehen unterrichten, wie sie das Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorsieht. In diesem Zusammenhang sollten Sie wissen, dass Infektionskrankheiten in der Regel nichts mit mangelnder Sauberkeit oder Unvorsichtigkeit zu tun haben. Deshalb bitten wir Sie stets um Offenheit und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Das Gesetz bestimmt, dass Ihr Kind nicht die Kindertageseinrichtung besuchen darf,

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

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

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

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

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

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

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

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

Gegen eine Reihe von Krankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz ein Besuchsverbot rechtfertigen, stehen Schutzimpfungen zur Verfügung. Dies sind die Impfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten, die durch Hib-Bakterien bedingte Hirnhautentzündung, Masern, Mumps, Windpocken, Kinderlähmung, Typhus sowie Hepatitis A. Liegt ein Impfschutz vor, kann das Gesundheitsamt in Einzelfällen das Besuchsverbot sofort aufheben.

Die Impfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib-Bakterien, Masern, Mumps, Windpocken sowie zusätzlich die Impfungen gegen Tetanus, Röteln und Hepatitis B, Meningitis und Keuchhusten sind von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut als Regelimpfung im Kindes- und Jugendalter empfohlen. Bitte bedenken Sie, dass ein optimaler Impfschutz jedem Einzelnen sowie der Allgemeinheit dient.

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



8.6 RKI-Empfehlung für die Wiederezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (I) (Stand August 2012)

*RKI-Empfehlungen für die Wiederezulassung in Schulen*

<b>Erkrankung</b>	<b>Inkubationszeit</b>	<b>Zulassung nach Krankheit</b> (... nach Parasitenbefall)	<b>schriftl. ärztl. Attest?</b>
<b>Cholera</b>	einige Stunden bis 5 d	<b>nach</b> klinischer Genesung und <b>3</b> negativen Stuhlproben	ja
<b>Diphtherie</b>	2 bis 5 d (selten bis zu 8d)	<b>3</b> negative Abstriche (1. Abstrich 24 h n. Absetzen d. Antib.-therap, Kontrolle nach 2 Wochen)	ja
<b>EHEC</b>	2 bis 10 d	<b>klinische</b> Genesung und <b>3</b> negative Stuhlproben	ja
<b>Virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)</b>	Ebola-F. 2-21d Lassa-F. 6-21d Marb.-V. 2-21d	<b>ohne</b> klinische Symptome u. <b>ohne</b> Nachweis von Viren	Expertenmeinung u. Zust. GA
<b>Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis</b>	2 – 4 d	<b>nach</b> antibiotischer Therapie u. Abklingen der Symptome	nein
<b>Impetigo contagiosa (Borkenflechte)</b>	2 bis 10 d	<b>24 h</b> n. Beginn einer antibiot. Therapie; sonst <b>nach</b> Abheilung der Hautareale	ja
<b>Pertussis (Keuchhusten)</b>	7 bis 20 d	<b>5 d</b> nach Beginn einer antibiotischen Behandlung; ansonsten <b>&gt; 3</b> Wochen nach Auftreten erster Symptome	nein
<b>Ansteckungsfähige Lungentuberkulose</b>	Ø 6 – 8 Wo	<b>3</b> mikroskopisch neg. Befunde; antitub. Kombinationstherapie <b>&gt; 3</b> Wochen,; 2 Wo nach Entfieberung	ja
<b>Masern</b>	8 bis 14 d	<b>nach</b> Abklingen der klinischen Symptome; <b>&gt; 5 d</b> nach Ausbruch des Exanthems	nein
<b>Paratyphus / Typhus</b>	Typhus: 3 -60 d gewöhnl. 8-14 P.-typh.: 1-10 d	<b>nach</b> klin. Genesung u. <b>3</b> neg. Stuhlproben ( 1. Probe <b>&gt; 24 h</b> nach Antibiotikatherapie)	ja
<b>Röteln</b>	14 bis 21 d	bei gutem Allgemeinbefinden	nein

*en und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (Stand: August 2012)*

<b>Ausschluß von Ausscheidern</b>	<b>Ausschluß von Kontaktpersonen</b>	<b>Hygienemaßnahmen /Prophylaxe/ Impfungen</b>
<b>3</b> negative Stuhlproben	<b>5</b> d nach letztem Kontakt zum Erkrankten und <b>1</b> negative Stuhlprobe	gründl. Händereinigung; Händedesinfektion wird empfohlen ⇒ Reiseimpfg. in Infekt.-gebiete
<b>3</b> negative Abstriche	<b>mit</b> Antibiotika am 3. Tag nach Therapiebeg. <b>ohne</b> Antibiotika <b>7</b> d nach letztem Kontakt und <b>3</b> negative Abstriche	Impfung: 4x bis 14.Leb.-monat; A nach 10a Desinfektion d. häusl. Umgebung
<b>3</b> negative Stuhlproben	<b>3</b> Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen	Händehygiene Flächendesinfektion
<b>ohne</b> klinische Symptome u. <b>ohne</b> Nachweis v. Viren	<b>ohne</b> klinische Symptome u. <b>ohne</b> Nachweis von Viren: Ribavirinprophylaxe über 10 d für enge Kontaktp. bei Lassa-F.	Isolierung des Erkrankten Schutz der Kontaktpersonen (Atemmaske, Handschuhe)
<b>kein</b> Ausschluss bei Fehlen von Sympt. u. Chemoprophylaxe	<b>nicht</b> erforderlich bei medikamentöser Prophylaxe	4x bis 14. Leb.-monat
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich	Desinfektion nicht erforderlich Bettwäsche, Handtücher bei 60-90°C waschen
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich (bei Husten – Feststellung oder Ausschluss einer Erkrankung) Empfehlung: Erythromycingabe	Impfung: 4 x bis 14. Leb.-monat 1.A: 5. – 6. Leb.-jahr 2.A: 9. – 17. Leb.-jahr
Ausscheider sind als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen	Umgebungsuntersuchung erforderlich, Ausschluss <b>nicht</b> erforderlich bei fehlenden Symptomen	- gründliche Raumlüftung - Desinfektionsmaßnahmen - b. Pflege Atemschutz f. Kontaktp. - nach Infektionsquelle suchen!
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich bei Impfschutz, <b>nach</b> postexpos. Schutzimpfung oder <b>nach</b> durchgemachter Krankheit; sonst nach 14 d	Impfung: 1. → 11.-14. Monat 2. → 15.-23. Monat b. ungeimpft. Kont. postexpos. Impfung >= 3 d nach Kontakt - empf. für alle <u>nach</u> 1970 Geborenen ohne bzw.bei 1 Impfg.
<b>3</b> negative Stuhlproben Belehrung/Sanierung	<b>3</b> negative Stuhlproben	gründl. Händereinigung; Händedesinfektion wird empfohlen Reiseimpfung!
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich	MMR-Impfung: 1. → 11. – 14. Monat 2. → 15. – 23. Monat <b>Schwangere</b> n. Kontakt → <b>Gynäkol.</b> - empf. für alle <u>nach</u> 1970 Geborenen ohne bzw.bei 1 Impfg.

8.7 RKI-Empfehlung für die Wiederezulassung in Schulen und sonstigen  
Gemeinschaftseinrichtungen (II) (Stand August 2012)

*RKI-Empfehlungen für die Wiederezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (II)*

Erkrankung	Inkubationszeit	Zulassung nach Krankheit	schriftl. ärztl. Attest erforderlich ?
<b>Poliomyelitis</b>	3 – 35 d	nach 2 neg., virol. Kontrolluntersuchg. im Abstand v. 7d	ja
<b>Scabies</b> (Krätze)	14 – 42 d	<b>nach</b> Behandlung u. klinischer Abheilung der Hautareale	ja
<b>Scharlach</b>	1 bis 3 d	<b>bei</b> antib. Behandlung u. <b>ohne</b> Symptome > 2 d; sonst nach Abklingen d. Krankheitssympt.	nein
<b>Shigellose</b>	12 – 96 h	<b>nach</b> klein. Genesung u. 3 neg. Stuhlproben ( erste Probe > 24 h nach Antibiotikatherapie)	ja
<b>Virushepatitis A oder E</b>	15 bis 50 d (15 -64 d)	2 Wochen nach Auftreten erster Symptome bzw. 1 Woche n. Auftreten d. Ikterus	nein
<b>Windpocken</b>	8 bis 28 d	1 Woche nach Krankheitsbeginn möglich	nein
<b>Mumps</b>	12 bis 25 d	<b>nach</b> Abklingen der klinischen Symptome; > 9 d nach Beginn d. Parotisschwellung	nein
<b>Kopflausbefall</b>	-	<b>nach</b> der 1. von <u>zwei</u> erforderlichen Behandlungen	b. <b>Erst</b> befall Bestätig. d. Sorgeber. ü.durchg. Behandlg./ b. <b>wiederh.</b> Befall <b>Attest</b> v. HA o. GA
<b>Viruseritiden</b> (Rotaviren, Noroviren)	Rotav. 1-3 d Norov. 6-50 h	- frühestens nach 48 h - <b>nach</b> Abklingen d. Symptome	nicht erforderlich; Einrichtung kann aber darauf bestehen !
<b>Bakt. Enteritiden</b> (Salmon., Camp., Yersinia ent., E.coli)	Salm. 6 – 72 h Camp. 1 - 10 d Yers. 7 – 10 d	- <b>nach</b> Abkl. d. DF u. ärztl. Urteil - <b>nach</b> Abklingen d. DF	
<b>Meningokokken- Infektionen</b>	2 bis 10 d	<b>nach</b> Abklingen der klinischen Symptome	ja

nd sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (Stand: August 2012)

Ausschluss von Ausscheidern	Ausschluss von Kontaktpersonen	Hygienemaßnahmen / Prophylaxe/ Impfungen
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich bei Impfschutz oder <b>nach</b> postexpos. Schutzimpfung; sonst nach 7 d und <b>2</b> neg., virol. Stuhluntersuchungen im Abstand v. 1-2 d	Händereinigung u. Desinfektion 4x bis 14. Leb.-monat Auffrischung: 9. 17. Leb.-Jahr ungeimpfte Kontaktpers. Impfen - Reiseimpfg. wenn Impfg. > 10a zurück
entfällt	Untersuchung aller Mitglieder der WG + andere Kontaktpersonen sowie deren Mitbehandlung <b>kein</b> genereller Ausschluss	mind. 1x/d Wäschewechsel; waschen bei mind. 60 Grad; Oberbekleidg. chem. R. ,
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich; nur Aufklärung über Erkrankung	Impfungen gibt es nicht
<b>3</b> negative Stuhlproben	<b>1</b> negative Stuhlprobe nach Beendigung der Inkubationszeit wird empfohlen: <b>ohne</b> Symptome nicht unbedingt erforderlich	- sorgfältige Händehygiene - Flächendesinfektion, - Wäsche bei 60 Grad
Nachweis von HAV-Antigen	<b>nicht</b> erford. nach durchgemachter Krankheit, <b>bei</b> Impfschutz bzw. 1-2 Wo n. postexpos. Impf.; <b>kann</b> entfallen b. konsequenter Einhaltung d. Hygienemaßnahmen	- sorgfältige Händehygiene - postexpos. Prophylaxe b. KP + Risikogruppen Reiseimpfung !
entfällt	nicht erforderlich; b. Ungeimpften wird postexpos. Impfung < 5 d nach Expos. empf.	1. Impfg. 11.-14. Monat (V) 2. Impfg. 15.-23. Monat (MMRV) b. Ungeimpft. Nachholen m. 2 Dosen bis 18 Leb.-jahr
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich bei Impfschutz, <b>nach</b> postexpos. Schutzimpfung oder <b>nach</b> durchgemachter Krankheit; sonst nach 18 d	MMR-Impfung: 1. → 11. – 14. Monat 2. → 15. – 23. Monat und empf. <b>einmalig</b> f. <u>nach</u> 1970 Geborene ohne bzw. 1 Impfg. b. Beruf u. als Prophyl.
entfällt	Ausschluss nur b. Nachweis v. ausgewachs. Kopfl. / Unters. u. Behandl. d. Wohngem. u. Kontrolle d. KP i. d. Gem.-einrichtg.	Vernichtung der Parasiten in Kleidung, Wäsche usw.
entfällt	<b>nicht</b> erforderlich bei fehlender Symptomatik	- Händehygiene - Impfung gegen Rotaviren möglich jedoch derzeit keine empfohlene Impfung der STIKO
<b>ohne</b> Sympt. nicht erford., da I.-quelle ein NM	<b>ohne</b> Symptome <b>nicht</b> erforderlich	gründliche Händereinigung; ggf. Händedesinfektion
<b>nicht</b> vertretbar	<b>klin.</b> Überwachung bei Kontaktpersonen; <b>ohne</b> Symptome kein Ausschluss, sofern 24 h zuvor Rifampicinprophylaxe begonnen	<b>Chemoprophyl.</b> innerhalb 10d nach letztem Kontakt zu einem Erkr. ! <u>Impfempf.:</u> Kinder ab 12 Monat Nachholen bis 18.Jahre + gefährd.Pers. mit konjugiertem Men.-C-Impfstoff

## 9 Literatur, Anmerkungen

(1) [1] (2) „Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII),“ [Online]. Available: [www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/1.html](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/1.html).

(3) [2] (4) „Saarländisches Kinderbetreuungs- und bildungsgesetz (SKBBG),“ [Online]. Available: [http://sl.juris.de/cgi-bin/landesrecht.py?d=http://sl.juris.de/sl/SGB8Pg26AG\\_SL\\_rahmen.htm](http://sl.juris.de/cgi-bin/landesrecht.py?d=http://sl.juris.de/sl/SGB8Pg26AG_SL_rahmen.htm).

(5) [3] (6) „DIJUF Rechtsgutachten vom 26.03.2013,“ Das Jugendamt, Bd. 5, 2013.

(7) [4] (8) „Happe, Saurbier 2007, zitiert in DIJUF Rechtsgutachten vom 26.03.2013,“ Das Jugendamt, Bd. 5.

(9) [5] (10) „Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII),“ [Online]. Available: [https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb\\_7/gesamt.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_7/gesamt.pdf).

(11) [6] (12) „BGB,“ [Online]. Available: [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_199.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_199.html).

(13) [7] (14) „SGB I,“ [Online]. Available: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_1](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1).

(15) [8] (16) „Verordnung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge in Kindertageseinrichtungen und der Kindertagespflege (Gesundheitsvorsorge-VO) vom 8. April 2013,“ [Online]. Available: [http://www.saarland.de/dokumente/thema\\_bildung/AVO-Gesundheit.pdf](http://www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/AVO-Gesundheit.pdf).

(17) [9] (18) „IFSG,“ [Online]. Available: <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf>.



**In Zusammenarbeit mit:**  
Ministerium für Bildung und Kultur  
Trierer Straße 33  
66111 Saarbrücken

[www.bildung.saarland.de](http://www.bildung.saarland.de)

**Herausgeber:**

Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, Frauen und Familie  
Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken  
Telefon: (0681) 501-31 78  
[presse@soziales.saarland.de](mailto:presse@soziales.saarland.de)

[www.soziales.saarland.de](http://www.soziales.saarland.de)

 /MSGFF.Saarland

Saarbrücken 2019

• Ministerium für  
Bildung und Kultur

• Ministerium für  
Soziales, Gesundheit,  
Frauen und Familie

**SAARLAND**

Großes entsteht immer im Kleinen.

