ROBERT KOCH INSTITUT

STAND: 23.10.2026

Empfehlungen für die Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund ... 2
2. Rechtliche Aspekte ... 2
3. Struktur des Dokuments ... 5
4. Aktualisierungen ... 6
5. Wiederzulassungsempfehlungen Infektionskrankheit/Erreger ... 6

Cholera ... 7
Diphtherie ... 8
EHEC-Enteritis und HUS (Hämolytisch-Urämisches Syndrom) ... 10
Infektiöse Gastroenteritis bei Kindern unter 6 Jahren ... 12
Haemophilus-influenzae-Typ-b-Meningitis ... 14
Hepatitis A ... 16
Hepatitis E ... 18
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) ... 19
Keuchhusten (Pertussis/Parapertussis) ... 20
Kopflausbefall ... 22
Masern ... 23
Meningokokken-Infektion ... 25
Mumps ... 26
Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten (z. B. Mpox) ... 28
Pest ... 29
Poliomyelitis ... 30
Röteln ... 31
Scharlach oder sonstige *Streptococcus-pyogenes*-Infektionen ... 33
Shigellose (bakterielle Ruhr) ... 34
Skabies (Krätze) ... 35
Tuberkulose (ansteckungsfähige Lungentuberkulose) ... 37
Typhus (abdominalis)/Paratyphus ... 39
Virale hämorrhagische Fieber (VHF) ... 41
Windpocken (Varizellen) ... 42

1. Hintergrund

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

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

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

Die Aktualisierung der RKI-Ratgeber und der Empfehlungen für die Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 IfSG erfolgt parallel.

2. Rechtliche Aspekte

In § 33 IfSG wird definiert, welche Einrichtungen zu den Gemeinschaftseinrichtungen zählen, das sind u. a. Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden.

In § 34 IfSG werden besondere Regelungen für Einrichtungen gemäß § 33 IfSG im Bereich Infektionsschutz festgelegt. Das Ziel der Regelungen in § 34 IfSG ist die Unterbrechung der Kontaktmöglichkeiten in der Gemeinschaftseinrichtung, sodass keine weitere Übertragung von Infektionskrankheiten erfolgen kann. Die Regelung betrifft sowohl die betreuten Kinder als auch die betreuenden Erwachsenen. Es wurden die Krankheiten in der Regelung berücksichtigt, die z. B. durch Schmier- oder Tröpfcheninfektion leicht übertragen werden und schwer verlaufen können.

In § 34 Abs. 1 IfSG wird geregelt, dass Personen, die an einer der genannten Infektionskrankheiten erkrankt sind bzw. bei denen der Verdacht auf das Vorliegen der Krankheit besteht, bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben dürfen, wenn sie in einer Gemeinschaftseinrichtung tätig sind. Das betrifft insbesondere Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben. Gleiches gilt für die in der Gemeinschaftseinrichtung betreuten Personen, die die Gemeinschaftseinrichtung weder betreten, benutzen noch an Veranstaltungen der Einrichtung teilnehmen dürfen.

Die Einschränkung der Tätigkeit bzw. des Besuchs der Gemeinschaftseinrichtung dauert fort, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist. Das ärztliche Urteil kann das Urteil der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder einer Ärztin/eines Arztes des zuständigen Gesundheitsamtes sein. Das ärztliche Urteil kann mündlich

erfolgen. § 34 IfSG fordert keine schriftliche Bescheinigung über das ärztliche Urteil, dennoch kann diese zur Absicherung aller Beteiligten zweckmäßig sein.

In § 34 Abs. 3 IfSG werden die Regelungen aus Abs. 1 für bestimmte Krankheiten auf Personen ausgeweitet, die mit den an diesen Krankheiten erkrankten Personen bzw. mit Personen, bei denen der Verdacht auf diese Krankheit besteht, in einer Wohngemeinschaft zusammenleben. Dies gilt nur, wenn die Erkrankung bzw. der Krankheitsverdacht von einer Ärztin/ einem Arzt festgestellt worden ist.

§ 34 Abs. 7 IfSG sieht die Möglichkeit vor, dass durch die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt Ausnahmen zugelassen werden. Voraussetzung ist, dass Maßnahmen durchgeführt wurden oder werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann. Der Regelung liegt eine Güterabwägung zwischen dem Anspruch der Allgemeinheit, vor Ansteckung geschützt zu werden, und dem Recht des Einzelnen auf Bildung unter Beachtung der Grundsätze der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu Grunde. Bei ihrer Entscheidung hat die Behörde insbesondere zu berücksichtigen:

- Schwere, Behandelbarkeit und Prognose der zu verhütenden Krankheit,
- das konkrete Risiko einer Weiterverbreitung durch die betroffene Person unter den Bedingungen in der jeweiligen Einrichtung,
- die Eignung der getroffenen Maßnahmen, die Übertragung zuverlässig zu verhüten,
- die mit der Dauer zunehmende Belastung für die betroffene Person durch das Tätigkeits- bzw. Betretungsverbot.

In § 34 Abs. 2 IfSG wird ein Betretungsverbot auch für Personen geregelt, die bestimmte Erreger ausscheiden, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein. Das Verbot besteht so lange, bis nach ärztlicher Feststellung die Person den betreffenden Erreger nicht mehr ausscheidet. Da die Erregerausscheidung über einen längeren Zeitraum anhalten kann, gewinnt hier die vorzeitige Wiederzulassung durch das Gesundheitsamt unter der Voraussetzung, dass die von diesem gegenüber dem Ausscheider und der Gemeinschaftseinrichtung verfügten Schutzmaßnahmen beachtet werden, besondere Bedeutung.

Gemäß § 34 Abs. 5 IfSG muss der Gemeinschaftseinrichtung unverzüglich mitgeteilt werden, wenn einer der in Absatz 1 bis 3 genannten Sachverhalte auftritt. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung muss wiederum gemäß § 34 Abs. 6 IfSG das Gesundheitsamt unverzüglich benachrichtigen und krankheits- und personenbezogene Angaben machen, damit die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen eingeleitet werden können. Die Benachrichtigungspflicht besteht auch für das Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Die vorliegenden Empfehlungen des RKI ersetzen nicht die Bewertung jedes Einzelfalls durch die Gesundheitsämter.

Tabelle 1: Übersicht über Besuchs- und Tätigkeitsverbote gemäß § 34 IfSG

	Erkrankung oder -verdacht*	Ausscheider#	Erkrankung oder -verdacht in WG°
Ansteckungsfähige **Lungentuberkulose**	☑		☑
Bakterielle Ruhr (Shigellose)/ *Shigella* spp.	☑	☑	☑
Borkenflechte (Impetigo contagiosa)	☑		
Cholera/ *Vibrio cholerae* O 1 und O 139	☑	☑	☑
Diphtherie/ *Corynebacterium* spp., Toxin bildend	☑	☑	☑
EHEC-Enteritis und **HUS**[x]/ Enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC)	☑	☑	☑
***Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Meningitis**	☑		☑
Hepatitis A	☑		☑
Hepatitis E	☑		☑
Keuchhusten (Pertussis/Parapertussis)	☑		
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	☑		☑
Kopflausbefall	☑		
Masern	☑		☑
Meningokokken-Infektion	☑		☑
Mumps	☑		☑
Durch **Orthopockenviren** verursachte Krankheiten	☑		
Pest	☑		☑
Röteln	☑		☑
Scharlach oder andere Infektionen mit *Streptococcus pyogenes*	☑		
Skabies (Krätze)	☑		
Typhus oder Paratyphus/ *Salmonella* Typhi oder *Salmonella* Paratyphi	☑	☑	☑
Virusbedingtes **hämorrhagisches Fieber**	☑		☑
Windpocken (Varizellen)	☑		☑
Infektiöser **Durchfall oder Erbrechen** (bei Kindern < 6 Jahren)	☑		

* **Besuchs- und Tätigkeitsverbot** in Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten (§ 34 Abs. 1 IfSG)

\# Besuch von und Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger (§ 34 Abs. 2 IfSG)

° **Besuchs- und Tätigkeitsverbot** in Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft** (WG) (§ 34 Abs. 3 IfSG)

[x]HUS=Hämolytisch-Urämisches Syndrom

3. Struktur des Dokuments

Die Empfehlungen für die Krankheiten sind einheitlich aufgebaut und umfassen die Informationen, die für die Abwägung hinsichtlich einer Wiederzulassung notwendig sind.

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

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

Ausreichende Immunität: Unter diesem Stichpunkt ist definiert, unter welchen Voraussetzungen bei impfpräventablen Infektionskrankheiten eine ausreichende Immunität anzunehmen ist. Auf diesen Punkt wird bei Infektionskrankheiten verzichtet, bei denen die Empfehlungen unabhängig vom Impfstatus zu sehen sind, z. B. wenn die Impfung nicht ausreichend sicher schützt.

Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige zu einer Gemeinschaftseinrichtung: Bei Betreuten ist die (Wieder-)Zulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, beim Personal die Zulassung zur Ausübung von Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben, gemeint (siehe § 34 Abs. 1 IfSG). Gemäß § 2 Nr. 5 IfSG ist ein Krankheitsverdächtiger eine Person, bei der Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen.

Wiederzulassung von Ausscheidern zu einer Gemeinschaftseinrichtung: Bei Betreuten ist die (Wieder-) Zulassung zum Besuch der Gemeinschaftseinrichtung, beim Personal die Zulassung zur Ausübung von Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben, gemeint (siehe § 34 Abs. 2 IfSG). Gemäß § 2 Nr. 6 ist ein Ausscheider eine Person, die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein. Die Wiederzulassung darf nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügten Schutzmaßnahmen erfolgen.

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

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

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

Personen, besonders gefährdete Personen, z.B. Immunsupprimierte werden in der Regel nicht thematisiert.

Postexpositionsprophylaxe: Hierunter werden Maßnahmen aufgeführt, die nach möglichem Kontakt mit Infektionserregern verhindern sollen, dass die Person erkrankt oder der Verlauf der Erkrankung zumindest abgemildert wird. Die Maßnahmen können in einer medikamentösen Behandlung (Chemoprophylaxe) oder der Gabe von postexpositionellen Impfungen bestehen. Sie ist zu unterscheiden von einer präemptiven Therapie, bei der nach einer Infektion die Behandlung begonnen wird, um den Ausbruch der Krankheit zu verhindern (z. B. präventive Therapie der latenten tuberkulösen Infektion).

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

Anmerkungen: Unter diesem Punkt werden weitere wichtige, hilfreiche und sachdienliche Hinweise z. B. auf gesetzliche Verpflichtungen gemäß IfSG aufgeführt.

Weitere Informationen: Unter diesem Punkt finden sich Links zu wichtigen weiterführenden Informationen.

4. Aktualisierungen

In der Aktualisierung vom 23.10.2026 wurden die Wiederzulassungsempfehlungen zu *Haemophilus influenzae* überarbeitet.

In der Aktualisierung vom 13.05.2026 wurden die die Wiederzulassungsempfehlungen zu Hepatitis A überarbeitet (Formulierungen).

In der Aktualisierung vom 13.04.2026 wurden die Wiederzulassungsempfehlungen zu Hepatitis A überarbeitet.

In der Aktualisierung vom 01.01.2026 wurden die Wiederzulassungsempfehlungen zu Typhus/Paratyphus und Windpocken (Varizellen) überarbeitet sowie die Benennung der durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten (z. B. Mpox) angepasst. Die gesamte aktualisierte Empfehlung ist abrufbar auf der RKI-Internetseite unter www.rki.de/ratgeber.

5. Wiederzulassungsempfehlungen Infektionskrankheit/Erreger

Cholera (*Vibrio cholerae* O1 oder O139)	
Inkubationszeit	Wenige Stunden bis 5 Tage, selten länger
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Theoretisch solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind. Praktisch spielt eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung von Cholera in Deutschland keine Rolle (bei 26 reiseassoziierten und einem mit dem Verzehr privat importierter Lebensmittel assoziierten Fällen in Deutschland seit 2001 keine dokumentierte autochthone Übertragung sowie keine asymptomatisch infizierten Kontaktpersonen).
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen möglich. Wenn eine Antibiotikatherapie erfolgt ist, sollte die erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach deren Ende genommen werden.
Ausscheider **§ 34 Abs. 2 IfSG**	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügten Schutzmaßnahmen. Nach Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden (zu entnehmen im Abstand von 1–2 Tagen) ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzuzulassen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung nach Vorliegen eines negativen Stuhlbefundes, zu entnehmen 5 Tage nach der letzten möglichen Ansteckung, möglich.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Erkrankten, der Krankheits- und der Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über Übertragungswege und das Krankheitsbild. Auf krankheitsspezifische Symptome für den Zeitraum von 5 Tagen achten. Bei Verdacht sollte frühzeitig ein Arzt/ eine Ärztin aufgesucht werden. Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Cholera erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen *Vibrio cholerae* O1 oder O139 ausscheiden *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Cholera aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	• Serogruppen O1 und O139 sind in der Regel toxinbildende *Vibrio-cholerae*-Isolate. • Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Cholera erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* Choleravibrionen ausscheiden. • Übermittlung gemäß § 12 IfSG
Weitere Informationen	www.rki.de/cholera

Diphtherie
(*Corynebacterium* spp., Toxin bildend)

Inkubationszeit	Gewöhnlich 2-5 Tage, selten bis zu 10 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Solange der Erreger in Sekreten und Wunden nachweisbar ist. Bei Unbehandelten gewöhnlich 2-4 Wochen. Patienten mit chronischen Hautläsionen (z.B. Ulcera im Rahmen einer Diabeteserkrankung oder chronisch venöser Insuffizienz) können 6 Monate und länger mit dem Erreger kolonisiert sein. Eine wirksame antibiotische Therapie führt normalerweise nach 48-96 Stunden zur Beendigung der Erregerausscheidung.
Ausreichende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn • Impfungen gegen Diphtherie entsprechend den STIKO-Empfehlungen belegt werden können (vorliegender Impfpass) *oder* • ein schriftlicher positiver Laborbefund eine Immunität gegen Diphtherie belegt.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung möglich, wenn • das Ergebnis eines Abstrichs (entnommen vor Beginn der spezifischen Antibiotikatherapie) kein Bakteriennachweis oder den Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes ergibt *oder* • 2 negative Abstrichergebnisse vorliegen (kein Bakteriennachweis oder Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes aus 2 Abstrichpaaren (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich) abgenommen frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Antibiotikatherapie im Abstand von mindestens 24 Stunden zueinander): - im Falle eines initial positiven Nachweises eines toxigenen *Corynebacterium*-Stammes im Abstrich (entnommen vor Beginn der spezifischen Antibiotikatherapie) *oder* - bei nicht erfolgter Abstrichentnahme vor Beginn der spezifischen Antibiotikatherapie.
Ausscheider **§ 34 Abs. 2 IfSG**	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügten Schutzmaßnahmen. Nach Vorliegen von 2 negativen Abstrichergebnissen (kein Bakteriennachweis oder Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes aus 2 Abstrichpaaren (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich), abgenommen frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Antibiotikatherapie im Abstand von mindestens 24 Stunden zueinander, ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzuzulassen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung möglich, wenn • das Ergebnis eines Abstrichs (entnommen vor Beginn der antibiotischen Postexpositionsprophylaxe) kein Bakteriennachweis oder den Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes ergibt *oder* • bei nicht erfolgter Abstrichentnahme vor Beginn der antibiotischen Postexpositionsprophylaxe ein negatives Abstrichergebnis vorliegt (kein Bakteriennachweis oder Nachweis eines nicht-toxigenen *Corynebacterium*-Stammes aus einem Abstrichpaar (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich), abgenommen frühestens 24 Stunden nach Abschluss der Postexpositionsprophylaxe.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen in der Umgebung des Erkrankten (Flächen- und Händedesinfektion). Information über das Krankheitsbild der Diphtherie und Aufforderung zur Selbstbeobachtung bzgl. des Auftretens klinischer Symptome über einen Zeitraum von 10 Tagen, beginnend mit dem Datum des letzten Kontaktes mit dem Erkrankten. Impfbuchkontrolle und ggf. Impfstatus vervollständigen gemäß RKI-Ratgeber.
Postexpositionsprophylaxe	Antibiotische Postexpositionsprophylaxe (Chemoprophylaxe) in der Gemeinschaftseinrichtung und im persönlichen Umfeld für enge Kontaktpersonen (siehe RKI-Ratgeber) nach Entscheidung des zuständigen Gesundheitsamtes auf der Basis einer Einzelfallprüfung.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Diphtherie erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen Ausscheider von toxigenen *Corynebacterium* spp. sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Diphtherie aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	• Gemäß § 42 IfSG besteht ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Wunddiphtherie erkrankt sind.
Weitere Informationen	www.rki.de/diphtherie

EHEC-Enteritis und HUS (Hämolytisch-Urämisches Syndrom)
(Enterohämorrhagische *Escherichia coli*)

HUS-assoziierte EHEC-Stämme: Stämme, die über die Gene für Shigatoxine der Subtypen *stx*2a, *stx*2c oder *stx*2d verfügen

Sofern bzw. solange keine Subtypisierung erfolgt ist, sind alle *stx*2-positiven EHEC-Stämme als HUS-assoziierte EHEC-Stämme anzusehen. EHEC-Stämme mit Shigatoxin(gen)nachweis ohne Differenzierung zwischen *stx*1 und *stx*2 sind ebenfalls als HUS-assoziierte EHEC-Stämme einzustufen. Eine Differenzierung sollte angestrebt werden.

Nicht-HUS-assoziierte EHEC-Stämme: *stx*2-negativ bzw. anderer *stx*2-Subtyp als 2a, 2c oder 2d. Nicht-HUS-assoziierte EHEC-Stämme können vom Gefahrenpotenzial wie Salmonellen (siehe „Infektiöse Gastroenteritis“) eingestuft werden.

Inkubationszeit	2-10 Tage; gewöhnlich 3-4 Tage EHEC-assoziierte HUS-Erkrankungen (Hämolytisch-Urämisches Syndrom) beginnen ungefähr 7 Tage (5-12 Tage) nach Beginn des Durchfalls.
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Solange EHEC-Bakterien im Stuhl kulturell nachweisbar sind. Die Dauer der Keimausscheidung variiert stark. In Studien wurden bei Kindern Medianwerte von 13-31 Tagen gefunden. Mit einer Ausscheidungsdauer von über einem Monat bei klinisch unauffälligem Bild muss daher gerechnet werden. Allgemein gilt, dass der Erreger bei Kindern länger als bei Erwachsenen im Stuhl nachgewiesen werden kann. Mit zunehmender Ausscheidungsdauer geht die Keimzahl und damit die Ansteckungsfähigkeit in der Regel deutlich zurück.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Personen mit klinischem Bild eines **HUS** oder Nachweis (bzw. fehlendem Ausschluss) eines **HUS-assoziierten EHEC-Stammes** • Wiederzulassung nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 aufeinanderfolgenden Stuhlproben (im Abstand von mindestens 24 Stunden und frühestens 48 Stunden nach ggf. erfolgter Antibiotikabehandlung) mit negativem Befund möglich. Personen mit Nachweis eines **nicht-HUS-assoziierten EHEC-Stammes**: • Wiederzulassung unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen und frühestens 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome möglich. Nur im Einzelfall mikrobiologische Stuhlkontrollen und Überwachung im Ermessen des Gesundheitsamtes.
Ausscheider **§ 34 Abs. 2 IfSG**	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügten Schutzmaßnahmen. **HUS-assoziierte EHEC-Stämme:** Nach Vorliegen von 2 Stuhlproben (im Abstand von mindestens 24 Stunden und frühestens 48 Stunden nach ggf. erfolgter Antibiotikabehandlung) mit negativem Befund ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzuzulassen. **Nicht-HUS-assoziierte EHEC-Stämme:** Wiederzulassung unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen ohne weitere Stuhlkontrollen möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Kontakt zu Personen mit klinischem Bild eines **HUS** oder Nachweis eines **HUS-assoziierten EHEC-Stammes**: • Wiederzulassung bei Vorliegen einer negativen Stuhlprobe unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen möglich. Wiederholte Stuhluntersuchungen sind nicht erforderlich, solange die Kontaktperson asymptomatisch bleibt.

	Kontakt zu Personen mit Nachweis eines **nicht-HUS-assoziierten EHEC-Stammes**: • Wiederzulassung möglich, solange keine Symptome einer akuten Gastroenteritis auftreten. Ausnahmen im Ermessen des Gesundheitsamtes. Dabei sollte die Art der Gemeinschaftseinrichtung und die Tätigkeit der Kontaktperson berücksichtigt werden.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, nach dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfizieren mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel). Keine eigene Toilette erforderlich. Desinfizieren von Gegenständen und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Erkrankten in Berührung gekommen sein können.
Postexpositionsprophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an EHEC-Enteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen EHEC ausscheiden *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf EHEC-Enteritis aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	• Typisierung im Nationalen Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger anstreben. • Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die EHEC ausscheiden.
Weitere Informationen	www.rki.de/ehec

Infektiöse Gastroenteritis bei Kindern unter 6 Jahren

Durchfallerkrankungen ohne Erregernachweis oder durch ausgewählte Erreger, z.B.:

Bakterien wie:

- *Campylobacter*-Enteritis (*Campylobacter* spp.)
- Salmonellose (*Salmonella* spp. außer *S.* Typhi und *S.* Paratyphi)
- Yersiniose (*Yersinia* spp., darmpathogen)

Parasiten wie:

- Giardiasis (*Giardia lamblia*)
- Kryptosporidiose (*Cryptosporidium* spp., humanpathogen)

Viren wie:

- Norovirus-Gastroenteritis (Norovirus)
- Rotavirus-Gastroenteritis (Rotavirus)

Der Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis besteht bei mehrmaligem Erbrechen oder Durchfall, sofern andere Gründe, z.B. Allergien, Unverträglichkeiten oder Grunderkrankungen, als Auslöser ausgeschlossen werden können.

Inkubationszeit	***Campylobacter*-Enteritis:** 1-10 Tage; gewöhnlich 2-5 Tage **Giardiasis:** 3-25 Tage; gewöhnlich 7-10 Tage **Kryptosporidiose:** 1-12 Tage; gewöhnlich 7-10 Tage **Norovirus-Gastroenteritis:** 6-50 Stunden **Rotavirus-Gastroenteritis:** 1-3 Tage **Salmonellose:** 6-72 Stunden; gewöhnlich 12-36 Stunden **Yersiniose:** 3-10 Tage; gewöhnlich 3-7 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	***Campylobacter*-Enteritis:** Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden. Die mittlere Ausscheidungsdauer beträgt 2-4 Wochen. Bei Kleinkindern und immungeschwächten Personen ist mit einer Langzeitausscheidung zu rechnen. **Giardiasis:** Mit Ausscheidung von Zysten im Stuhl besteht Ansteckungsfähigkeit. Diese können noch Wochen bis Monate nach Rückgang der Symptome im Stuhl ausgeschieden werden. **Kryptosporidiose:** Mit Ausscheidung von Oozysten im Stuhl besteht Ansteckungsfähigkeit. Diese können noch mehrere Wochen nach Rückgang der Symptome im Stuhl ausgeschieden werden. **Norovirus-Gastroenteritis:** Das Virus wird in der Regel noch 7-14 Tage, in Ausnahmefällen aber auch noch über Wochen nach einer akuten Erkrankung über den Stuhl ausgeschieden. **Rotavirus-Gastroenteritis:** Eine Ansteckungsfähigkeit besteht während des akuten Krankheitsstadiums und solange das Virus mit dem Stuhl ausgeschieden wird. In der Regel erfolgt eine Virusausscheidung nicht länger als 8 Tage, in Einzelfällen (z.B. bei Frühgeborenen, immungeschwächten Personen) wurde jedoch auch eine wesentlich längere Virusausscheidung beobachtet. **Salmonellose:** Bei Erwachsenen im Durchschnitt einen Monat, bei Kindern unter 5 Jahren 7 Wochen oder länger. Eine Erregerausscheidung für mehr als 6 Monate wurde beschrieben und tritt nicht selten bei Kindern mit schweren Erkrankungsverläufen auf. **Yersiniose:** Solange die Symptome andauern und die Erreger im Stuhl ausgeschieden werden, in der Regel 2-3 Wochen. Eine längere Ausscheidungsdauer ist möglich.

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung für an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankte/krankheitsverdächtige Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome möglich.

Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, nach dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern). Desinfizieren von Gegenständen und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Erkrankten in Berührung gekommen sein können. **Giardiasis und Kryptosporidiose:** Auf das Schwimmen in Schwimmbädern und Badegewässern sollte für mindestens 14 Tage nach Abklingen der Durchfallsymptome verzichtet werden.
Postexpositionsprophylaxe	Es wird keine postexpositionelle Prophylaxe empfohlen.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, an einer infektiösen Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Eine Wiederzulassung ist 48 Stunden nach Beendigung der klinischen Symptome (Durchfall, Erbrechen) möglich, auch wenn der Erreger noch länger mit dem Stuhl ausgeschieden werden kann. Eine Kontamination von Händen und der Umgebung durch geformte Stühle ist deutlich weniger wahrscheinlich als durch flüssigen Stuhl. Geformte Stühle, die von asymptomatischen infizierten Personen oder von genesenen, nicht mehr symptomatischen Personen ausgeschieden werden, können zwar noch Erreger enthalten, eine Übertragung der Infektion wird aber als unwahrscheinlich angesehen, solange die empfohlenen Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Darüber hinaus geht mit zunehmender Ausscheidungsdauer die Keimzahl im Stuhl und damit die Ansteckungsfähigkeit in der Regel deutlich zurück.
Weitere Informationen	• www.rki.de/campylobacter • www.rki.de/giardiasis • www.rki.de/kryptosporidiose • www.rki.de/noroviren • www.rki.de/rotaviren • www.rki.de/salmonellen • www.rki.de/yersiniose • S2k-Leitlinie akute infektiöse Gastroenteritis im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/068-003.html

***Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Meningitis (*Haemophilus influenzae* Typ b, Hib)**	
Inkubationszeit	Nicht genau bekannt, möglicherweise 2-10 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung nach klinischer Genesung, frühestens 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft § 34 Abs. 3 IfSG	Bei Kontaktpersonen, die keine Chemoprophylaxe eingenommen haben, sollte das ärztliche Urteil zur Wiederzulassung vom zuständigen Gesundheitsamt oder dem behandelnden Arzt getroffen werden. Bei nicht genau bekannter maximaler Inkubationszeit ist jedoch eine Wiederzulassung frühestens 10 Tage nach letztem Kontakt und bei Symptomfreiheit angezeigt. Bei Kontaktpersonen die Postexpositionsprophylaxe eingenommen haben (siehe Postexpositionsprophylaxe), kann eine Wiederzulassung 24-48 Stunden nach Beginn der Chemoprophylaxe erfolgen.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Überprüfung des Impfschutzes gegen *Haemophilus influenzae* Typ b für alle Kinder unter 5 Jahren im Umfeld und ggf. Nachholen fehlender Impfungen. Auf Fieber und unspezifische Allgemeinsymptome (Müdigkeit, Gliederschmerzen, Unwohlsein) für den Zeitraum von ca. 5 Tagen achten.
Postexpositionsprophylaxe	Gemäß den aktuellen STIKO-Empfehlungen wird nach engem Kontakt zu Erkrankten eine Chemoprophylaxe empfohlen: 1. für alle Haushaltsmitglieder ab einem Alter von 1 Monat, *wenn* • sich dort ein ungeimpftes oder unzureichend geimpftes Kind unter 5 Jahren *oder* • aber eine Person mit relevanter Immundefizienz bzw. -suppression befindet, 2. für ungeimpfte exponierte Kinder unter 5 Jahren in Gemeinschaftseinrichtungen 3. für alle Kinder unabhängig von Impfstatus und Alter und für Betreuende derselben Gruppe einer Gemeinschaftseinrichtung für Kleinkinder (unter 5 Jahren), wenn dort innerhalb von etwa 2 Monaten ≥ 2 Fälle aufgetreten sind und in der Einrichtung nicht oder nicht ausreichend geimpfte Kinder betreut werden. **Bei Erkrankungen durch andere *Haemophilus-influenzae*-Typen wird keine Postexpositionsprophylaxe empfohlen.**
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an *Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Meningitis erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf *Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Meningitis aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Weitere Informationen	• www.rki.de/hib • Schutzimpfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib): Häufig gestellte Fragen und Antworten • www.rki.de/stiko

Hepatitis A **(Hepatitis-A-Virus)**	
Inkubationszeit	15-50 Tage; gewöhnlich 25-30 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt bereits in der Inkubationszeit, etwa 2 Wochen vor Beginn der ersten Symptome. Epidemiologisch besonders relevant ist der Zeitraum von 2 Wochen vor Auftreten des Ikterus oder der Transaminasenerhöhung, in dem die höchsten Viruskonzentrationen ausgeschieden werden. Nach Auftreten des Ikterus nimmt die Ansteckungsfähigkeit rasch ab und die meisten Erkrankten sind wahrscheinlich eine Woche nach Auftreten des Ikterus bzw. bei nicht-ikterischem Verlauf 2 Wochen nach Symptombeginn nicht mehr ansteckend. Infizierte Kleinkinder und Kinder können das Virus länger (bis zu 6 Monate) ausscheiden.
Ausreichende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn • eine vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis A entsprechend den STIKO-Empfehlungen belegt werden kann (vorliegender Impfpass) *oder* • ein schriftlicher positiver Laborbefund eine Immunität gegen Hepatitis A belegt *oder* • eine durchgemachte Hepatitis-A-Erkrankung ärztlich attestiert wurde.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung 2 Wochen nach Auftreten der ersten klinischen Symptome (bei nicht-ikterischem Verlauf) bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus (bei ikterischem Verlauf) möglich. Bei Kindern und Kleinkindern sollte bei Wiederzulassung die entsprechende Hygienekompetenz berücksichtigt werden, da das Virus auch länger ausgeschieden werden kann.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung möglich, wenn die Personen • über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder* • eine postexpositionelle Schutzimpfung erhalten haben und der Einrichtung für wenigstens 2 Wochen nach der Impfung ferngeblieben sind *oder* • im Falle einer fehlenden Immunität 30 Tage nach letztem infektionsrelevanten Kontakt in der Wohngemeinschaft der Einrichtung ferngeblieben sind. Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Eine Übertragung kann wirksam durch das Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit Händedesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung) verhütet werden.
Postexpositionsprophylaxe	Gemäß den aktuellen STIKO-Empfehlungen.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder*

	• wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Hepatitis A aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Weitere Informationen	www.rki.de/hav

Hepatitis E **(Hepatitis-E-Virus)**	
Inkubationszeit	15-64 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Die Dauer der Ansteckungsfähigkeit ist nicht abschließend geklärt. Das Virus kann im Stuhl etwa 1 Woche vor bis 4 Wochen nach Beginn des Ikterus nachgewiesen werden. Im Falle von chronischen Infektionen muss davon ausgegangen werden, dass das Virus ausgeschieden wird, solange die Infektion besteht.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach klinischer Genesung und unter Beachtung der allgemeinen Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen (s.u.) möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung (im Sinne einer fäkal-oralen Schmierinfektion) des Virus findet nach aktuellem Kenntnisstand nicht statt. Dies gilt für importierte und autochthone Fälle und unabhängig vom Genotyp. Insofern können Haushaltskontakte von Erkrankten in der Regel bei Wahrung guter persönlicher Hygiene (einschließlich gründliches Händewaschen mit Seife) wiederzugelassen werden.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung (im Sinne einer fäkal-oralen Schmierinfektion) des Virus findet nach aktuellem Kenntnisstand nicht statt. Vorsorglich sollte in den Wochen nach einer Erkrankung auf eine gute persönliche Hygiene (einschließlich gründliches Händewaschen mit Seife) geachtet werden. Die Reinigung der Wäsche kann in einer handelsüblichen Waschmaschine erfolgen. Vor der Zubereitung von Lebensmitteln sollten die Hände gründlich mit Wasser und Seife gewaschen und mit einem Händedesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung desinfiziert werden.
Postexpositionsprophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Hepatitis E erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Hepatitis E aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Hepatitis E erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Weitere Informationen	www.rki.de/hev

Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
(*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*)

Inkubationszeit	2-10 Tage; nicht selten länger
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Personen mit einer akuten Streptokokken- bzw. Staphylokokken-Infektion, die nicht spezifisch behandelt wurden, können bis zu 3 Wochen kontagiös sein, solche mit eitrigen Ausscheidungen auch länger. Bei Staphylokkeninfektionen insbesondere während der Dauer der klinisch manifesten Syndrome, Übertragung aber auch von klinisch Gesunden mit einer Staphylokokkenbesiedlung möglich
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung bei einer wirksamen Antibiotikatherapie nach 24 Stunden möglich; bei noch eiternden Hautveränderungen unter der Therapie erst nach deren Abklingen. Sofern keine antibiotische Therapie erfolgt, ist eine Wiederzulassung erst nach Abheilung der betroffenen Hautareale angezeigt.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und die mögliche Symptomatik einer Impetigo bzw. einer septischen Hautinfektion. Effektive Händehygiene (gründliches Händewaschen mit Seife) (ggf. Händedesinfektion); Wäsche möglichst bei mindestens 60°C waschen.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Anmerkungen	Bei Impetigo, die durch Streptokokken verursacht wird, kann es zu Sekundär- bzw. Ko-Infektionen mit *Staphylococcus aureus* kommen.
Weitere Informationen	www.rki.de/streptococcus-pyogenes

Keuchhusten (Pertussis/Parapertussis)
(*Bordetella (B.) pertussis, B. parapertussis*)

Inkubationszeit	6-20 Tage; gewöhnlich 9-10 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und kann bis zu 21 Tage nach Beginn des Stadium convulsivum andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit je nach angewendetem Antibiotikum auf etwa 3-7 Tage nach Beginn der Therapie. Die Elimination der Mikroorganismen ist insbesondere für Personen, die näheren Kontakt zu Hochrisikopatienten haben (Säuglinge, Gesundheitspersonal, Schwangere im letzten Monat vor der Geburt) von entscheidender Relevanz.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Eine Wiederzulassung ist für **Erkrankte** möglich: • in der Regel 5 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie (bei Gabe von Azithromycin ggf. nach 3 Tagen) *oder* • 21 Tage nach Beginn des Hustens, wenn keine antibiotische Behandlung durchgeführt wurde Eine Wiederzulassung ist für **Krankheitsverdächtige** möglich: • nach Vorliegen eines negativen Befundes mittels Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) aus einem nasopharyngealen Abstrich, es sei denn, der behandelnde Arzt kommt aufgrund der Gesamtbewertung aller vorliegenden klinischen und labordiagnostischer Befunde zu der Einschätzung, dass der Patient dennoch infektiös sein könnte (falsch negativer Befund) *oder* • in der Regel 5 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie (bei Gabe von Azithromycin ggf. nach 3 Tagen) *oder* • 21 Tage nach Beginn des Hustens, falls kein negativer labordiagnostischer Befund vorliegt bzw. keine antibiotische Behandlung durchgeführt wurde. Als krankheitsverdächtig gelten Personen mit Keuchhusten-typischen Symptomen, wenn sie engen Kontakt zu einer Person mit einer bestätigten Keuchhusten-Erkrankung durch *B. pertussis* oder *B. parapertussis* während der Dauer der Ansteckungsfähigkeit hatten. Insbesondere bei einer Symptomatik, die nicht Keuchhusten-typisch ist, sollte die Einschätzung und Bewertung zu einer Weiterverbreitung von *B. pertussis* und *B. parapertussis* und der Aussprache von Tätigkeitsbeschränkungen und Betretungsverboten individuell durch das Gesundheitsamt getroffen werden. Eine solche schwächere Symptomatik tritt besonderes häufig bei Jugendlichen, Erwachsenen bzw. geimpften Kindern auf. Die Maßnahmen bei Krankheitsverdächtigen zur Unterbrechung von Infektionsketten sind unabhängig vom Impfstatus einzuleiten, da die Impfung nicht zu 100% vor Pertussis schützt und die Impfung keinen Schutz vor Parapertussis bietet.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und die Symptomatik von Keuchhusten. Eine Auffrischimpfung sollte insbesondere im Umfeld von *mutmaßlich* gefährdeten Personen (z.B. Kontakt zu Säuglingen, Kindern mit kardialen oder pulmonalen Grundleiden oder Schwangeren im letzten Trimester) angestrebt werden.
Postexpositionsprophylaxe	**Erkrankung durch *B. pertussis* (Pertussis):**

	Für ungeimpfte enge Kontaktpersonen von Erkrankten mit Nachweis von *B. pertussis*, z.B. in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen, besteht die *Empfehlung* einer Chemoprophylaxe mit Makroliden. Diese sollte so früh wie möglich nach dem Kontakt zur erkrankten Person verabreicht werden. Geimpfte Kontaktpersonen sind vor der Erkrankung durch *B. pertussis*, überwiegend geschützt (jedoch nicht vor Erkrankungen durch *B. parapertussis*), können aber dennoch vorübergehend mit Bordetellen besiedelt sein und damit eine Infektionsquelle für dritte Personen darstellen. Daher sollten auch geimpfte enge Kontaktpersonen von Erkrankten vorsichtshalber eine Chemoprophylaxe erhalten, wenn sich in ihrer Umgebung mutmaßlich gefährdete Personen befinden (z.B. ungeimpfte oder nicht vollständig geimpfte Säuglinge, Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundleiden oder Schwangere im letzten Trimester). **Erkrankung durch *B. parapertussis*:** Bei Infektionen durch *B. parapertussis*, die in der Regel mit einem leichteren Verlauf einhergehen, ist eine Chemoprophylaxe in der Regel nur für enge Kontaktpersonen empfohlen werden, wenn es sich um Säuglinge im Alter von < 6 Monaten handelt oder um Kontaktpersonen, in deren Haushalt ein Säugling im Alter von < 6 Monaten lebt. Ein labordiagnostischer Nachweis mittels PCR zur Entscheidung, ob eine Chemoprophylaxe durchgeführt werden sollte, ist bei asymptomatischen Kontaktpersonen nicht empfohlen.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Keuchhusten erkrankt oder dessen verdächtig sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Weitere Informationen	www.rki.de/pertussis

Kopflausbefall **(Kopflaus *Pediculus humanus capitis*)**	
Inkubationszeit	Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht. Vermehrung im Kopfhaar nach ca. 3 Wochen.
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht. Massenhafte Vermehrung im Kopfhaar nach ca. 3 Wochen. Ohne Wiederholungsbehandlung mit einem zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels kann die Ansteckungsfähigkeit nach kurzer Unterbrechung weiterbestehen.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach der sachgerechten Anwendung eines zur Tilgung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels (siehe weitere Informationen), ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des Haars mit einem Läusekamm, möglich.
Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung	Information der Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung (gleiche Gruppe oder Klasse) über den Kopflausbefall. Untersuchung und ggf. Behandlung veranlassen.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Wiederholungsbehandlungen mit einem Kopflausmittel sind zwingend erforderlich. Enge Kontaktpersonen (z.B. Haushaltsmitglieder, Spielkameraden) sollten (möglichst synchron) mitbehandelt werden. • Kämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollten in heißer Seifenlösung gereinigt werden. • Schlafanzüge und Bettwäsche, Handtücher und Leibwäsche sollten nach der Behandlung gewechselt werden. • Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollten für 3 Tage in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden, falls sie nicht gewaschen werden können.
Postexpositionsprophylaxe	Siehe Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Übertragungen
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen Kopflausbefall haben.
Weitere Informationen	• www.rki.de/kopflaeuse • Liste der geprüften und anerkannten Mittel und Verfahren zur Bekämpfung von tierischen Schädlingen gemäß § 18 IfSG: https://www.umweltbundesamt.de/dokument/liste-ss-18-infektionsschutzgesetz

Masern **(Masernvirus)**	
Inkubationszeit	7-21 Tage, gewöhnlich 10-14 Tage von der Exposition bis zu ersten Symptomen, 14-17 Tage bis Ausbruch des Exanthems
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	4 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems
Anzunehmende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen zutrifft: • Impfungen gegen Masern, entsprechend den STIKO-Empfehlungen, können belegt werden (vorliegender Impfpass) *oder* • ein schriftlicher positiver Laborbefund belegt eine Immunität gegen Masern Vor 1970 Geborene haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Immunität erworben, dennoch kann eine individuelle Prüfung des Risikos einer fehlenden Immunität sinnvoll sein.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach ärztlicher Beurteilung der vorliegenden Infektions- oder Ansteckungsgefahr am 5. Tag nach Auftreten des Exanthems möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung möglich, wenn die Personen • über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder* • im Falle einer fehlenden Immunität 21 Tage nach letztem infektionsrelevanten Kontakt in der Wohngemeinschaft der Gemeinschaftseinrichtung ferngeblieben sind. Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungs-empfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).
Personen ohne ausreichende Immunität in betroffener Gemeinschaftseinrichtung **§ 28 Abs. 2 IfSG**	Wiederzulassung möglich, wenn die Personen • über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder* • bereits über eine einmalige vorangegangene Impfung verfügen und eine weitere postexpositionelle Impfung nach erstem infektionsrelevantem Kontakt möglichst innerhalb von 3 Tagen erhalten haben *oder* • mindestens über eine einmalige postexpositionelle Impfung nach erstem infektionsrelevantem Kontakt verfügen. - Die erste postexpositionelle Impfung muss innerhalb von 3 Tagen nach erster Exposition gegeben worden sein. Kann dieses Zeitintervall von 3 Tagen nicht eingehalten werden, ist das Betreten der Einrichtung erst 21 Tage (maximale Inkubationszeit) nach letztem infektionsrelevanten Kontakt wieder möglich. - Auf eine notwendige zweite Impfung nach 4 Wochen und die besondere Aufmerksamkeit auf beginnende typische Masernsymptome (aufgrund einer Masernerkrankung oder aufgrund der Impfung) ist hinzuweisen *oder* • 21 Tage nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt der Einrichtung ferngeblieben sind und in der Zwischenzeit in der Einrichtung keine Erkrankung mehr aufgetreten ist • Auf eine notwendige zweite Impfung nach 4 Wochen und die besondere Aufmerksamkeit auf beginnende typische Masernsymptome (aufgrund einer Masernerkrankung oder aufgrund der Impfung) ist hinzuweisen. Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungs-empfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).

	Erläuterung: Die Unterscheidung im Hinweise zu Kontaktpersonen der Wohngemeinschaft und der Gemeinschaftseinrichtung beruht auf der Annahme, dass für Personen in der Wohngemeinschaft in der Regel das erforderliche Zeitintervall von 3 Tagen für die postexpositionelle Impfung nicht eingehalten werden kann (möglicher Kontakt zum selben Indexfall, Kontakt zum Erkrankungsfall bereits in der Prodromalphase 4 Tage vor Exanthembeginn).
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Erkrankten, der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Bereits kurz vor Ausbruch der unspezifischen Symptomatik zu Beginn der Erkrankung höchste Infektiosität. Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden. Auf krankheitsspezifische Symptome achten für den Zeitraum von 7 bis maximal 21 Tage nach dem letzten (infektionsrelevanten) Kontakt mit Masern, in der Regel Krankheitsbeginn am 10.-14. Tag. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren. Masernviren konnten noch für einen Zeitraum von 2 Stunden in der Raumluft nachgewiesen werden. Sofern eine Händedesinfektion erforderlich ist, müssen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener begrenzt viruzider Wirksamkeit angewendet werden.
Postexpositionsprophylaxe	Gemäß den aktuellen Empfehlungen der STIKO wird Personen ab einem Alter von 6 Monaten mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit nach Kontakt zu an Masern erkrankten Personen eine Impfung mit MMR-Impfstoff möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition empfohlen.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Masern erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Masern aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Typisierung der Masernviren im NRZ anstreben, kostenlose Entnahmesets verfügbar.
Weitere Informationen	• www.rki.de/masern • Generischer Leitfaden für das Management von Masern- und Rötelnfällen und-ausbrüchen in Deutschland der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen

Meningokokken-Infektion
(*Neisseria meningitidis*)

Inkubationszeit	2-10 Tage; gewöhnlich 3-4 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Bis zu 7 Tage vor Beginn der Symptome bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach klinischer Genesung, frühestens 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung 24 Stunden nach Beginn einer Chemoprophylaxe möglich. Ohne Chemoprophylaxe ist eine Wiederzulassung frühestens 10 Tage nach einem Kontakt angezeigt. *Die Maßnahmen sind unabhängig vom Impfstatus der Kontaktperson einzuleiten, da die Impfung nicht immer vor einer Besiedelung durch invasive Meningokokken-Stämme schützt.*
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild, ggf. sind bei Kindern und Jugendlichen sowie gesundheitlich gefährdeten Personen Impflücken zu identifizieren (siehe STIKO-Empfehlungen) und umgehend zu schließen. Auf krankheitsspezifische Symptome (Kopfschmerz, Fieber, Schüttelfrost, Schwindel, Übelkeit, Nackensteifigkeit und Lichtempfindlichkeit) für den Zeitraum von 10 Tagen achten und ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren, um im Erkrankungsfall einen umgehenden Arztbesuch und eine rasche Therapie zu gewährleisten.
Postexpositionsprophylaxe	Chemoprophylaxe für Personen in der Wohngemeinschaft und enge Kontakte (Definition siehe RKI-Ratgeber) maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten, wenn der Kontakt innerhalb dessen ansteckungsfähiger Phase erfolgt ist. Erkrankte sind in der Regel 7 Tage vor Symptombeginn bzw. bis zu 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie ansteckungsfähig (s.o.). Wenn die Erkrankung durch eine impfpräventable Serogruppe verursacht wurde, sollten enge Kontaktpersonen zusätzlich eine postexpositionelle Meningokokken-Impfung erhalten.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Meningokokken-Infektion erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Meningokokken-Infektion aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Weitere Informationen	www.rki.de/meningokokken

Mumps **(Mumpsvirus)**	
Inkubationszeit	12-25 Tage; gewöhnlich 16-18 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Nachweis im Speichel 7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Parotisschwellung; im Urin 6 Tage vor bis 15 Tage danach Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten. Auch stumme und klinisch nicht in Erscheinung tretende Infektionen sind ansteckend.
Ausreichende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn • die Person vor 1970 geboren wurde und in Deutschlandaufgewachsen ist *oder* • eine zweimalige Mumpsimpfung entsprechend den STIKO-Empfehlungen im Alter <18 Jahren im Impfpass dokumentiert ist *oder* • eine einmalige Mumpsimpfung im Alter von ≥ 18 Jahren im Impfpass dokumentiert ist *oder* • eine durchgemachte Mumps-Erkrankung ärztlich attestiert wurde *oder* • ein schriftlicher positiver Laborbefund (positiver Mumps-IgG-Antikörpertiter) eine Immunität gegen Mumps belegt.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens 5 Tage nach dem Beginn der Mumps-Erkrankung möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Eine Wiederzulassung möglich, wenn die Personen: • zum Zeitpunkt des Kontakts zu der an Mumps erkrankten Person über eine ausreichende anzunehmende Immunität (s.o.) verfügen *oder* • im Fall von 1 dokumentierten Impfung im Alter von < 18 Jahren, eine 2. Impfung (Nachholimpfung) erhalten haben *oder* • im Falle einer nicht ausreichenden Immunität (s.o.) 18 Tage (mittlere Inkubationszeit) nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt*oder • nachdem sie bei bisher nicht ausreichender Immunität eine MMR-Impfung erhalten haben (Ausnahme: bei Kontakt zu Schwangeren und immunsupprimierten Personen ohne Mumps-Immunität kann die Wiederzulassung erst 18 Tage nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt erfolgen*). **Lassen sich die Expositionszeitpunkte eindeutig festlegen, kann der Zeitraum des Ausschlusses begrenzt werden auf die Zeit vom 10. Tag nach dem ersten Kontakt bis zum 18. Tag nach dem letzten Kontakt.* Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungs-empfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.). Empfehlungen zum Kontaktmanagement sind umfassend im RKI-Ratgeber dargestellt.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Die Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor Erkrankungsbeginn bis 4 Tage danach am größten. Impflücken im Umfeld sollten identifiziert und umgehend geschlossen werden.

	Auf krankheitsspezifische Symptome (Fieber, Kopfschmerz, Unwohlsein, Myalgien, Appetitverlust, Parotisschwellung) im Zeitraum vom 10. Tag nach dem 1. Kontakt bis zum 18. Tag nach dem letzten Kontakt achten. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren. Unter Raumbedingungen bleiben Mumpsviren auf Oberflächen und Gegenständen nur wenige Stunden infektiös.
Postexpositionsprophylaxe	Die postexpositionelle Impfung kann eine Infektion nicht verhindern, bietet aber einen Schutz bei zukünftigen Expositionen und ist eine wichtige Maßnahme, um die weitere Ausbreitung zu verhindern. Eine postexpositionelle Immunglobulingabe wird aufgrund der fehlenden Effektivität nicht empfohlen.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Mumps erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Mumps aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Weitere Informationen	• www.rki.de/mumps • Empfehlungen zum Kontaktmanagement sind umfassend im RKI-Ratgeber dargestellt.

Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten (z. B. Mpox) (Orthopockenviren, z. B. Monkeypoxvirus/MPX-Virus)	
Inkubationszeit	1-21 Tage bei Mpox
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Erst wenn alle Läsionen einschließlich des Schorfs, abgeheilt und die Krusten abgefallen sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat, ist die betroffene Person nicht mehr ansteckend. Dies kann mehrere Wochen (meist zwei bis vier Wochen) dauern.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn alle Läsionen, einschließlich des Schorfs, abgeheilt sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat, jedoch frühestens 21 Tage nach Symptombeginn.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Infizierte sollten u. a. jede Art von engem Kontakt, auch geschützten sexuellen Kontakt (oral, anal, vaginal), mit anderen Menschen vermeiden, bis der Ausschlag abgeklungen und der letzte Schorf abgefallen ist. Dieser Prozess kann bis zu vier Wochen dauern. Nach einer Erkrankung sollte nach Abheilen aller Läsionen acht Wochen lang beim Sex ein Kondom benutzt werden, da das Virus auch noch eine Zeit lang in der Samenflüssigkeit vorhanden sein könnte.
Postexpositionsprophylaxe	Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt Personen nach Mpox-Exposition eine postexpositionelle Prophylaxe (PEP) mit dem Impfstoff Imvanex/Jynneos. Die Impfung soll möglichst frühzeitig in einem Zeitraum von bis zu 14 Tagen nach Exposition verabreicht werden, aber nur solange die exponierte Person keine Symptome aufweist.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an einer durch Orthopockenviren verursachten Krankheit erkrankt oder dessen verdächtig sind. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Weitere Informationen	• RKI - RKI-Ratgeber - Mpox • RKI - Themen - Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Mpox

Pest (*Yersinia pestis*)	
Inkubationszeit	**Beulenpest:** 2-7 Tage**, primäre Lungenpest:** 1-3 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	72 Stunden nach Beginn einer klinisch wirksamen Therapie ist nicht mehr von einer Ansteckungsfähigkeit auszugehen. Der Leichnam eines an Pest Verstorbenen kann bis zu 2 Monate kontagiös sein.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Eine Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Eine Wiederzulassung für Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft kann 72 Stunden nach Beginn einer geeigneten Postexpositionsprophylaxe erfolgen. Alle Maßnahmen sollten nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Postexpositionsprophylaxe	Ausgewählte Antibiotika sind zur postexpositionellen Prophylaxe geeignet. Die individuelle Risikoabwägung der Indikation und Kontraindikationen sind im Einzelfall durch das zuständige Gesundheitsamt und den behandelnden Arzt zu klären. Eine Beratung durch Fachexperten/-innen wird empfohlen.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Pest erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Pest aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	• Gemäß § 30 Abs. 1 IfSG hat die zuständige Behörde anzuordnen, dass Personen, die an Lungenpest erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung abgesondert werden. • Übermittlung gemäß §12 IfSG
Weitere Informationen	• www.rki.de/pest • Ständiger Arbeitskreis der „Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger" (STAKOB)

Poliomyelitis **(Poliovirus)**	
Inkubationszeit	3-35 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Solange das Virus ausgeschieden wird. Das Poliovirus ist nachweisbar im • **Rachensekret:** frühestens 36 h nach Infektion mit Persistenz für 7 Tage, • **im Stuhl:** 2-3 Tage nach Infektion; Ausscheidung kann bis zu 6 Wochen anhalten, bei Immunkompromittierten auch Monate und Jahre. 95% der Infektionen verlaufen asymptomatisch.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Eine Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Eine Wiederzulassung für Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen. Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden.
Postexpositionsprophylaxe	Bei Kontaktpersonen sollte unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich eine Impfung mit IPV-Impfstoff erfolgen. Ein Sekundärfall ist Anlass für Riegelungsimpfungen mit IPV. Siehe auch aktuelle STIKO-Empfehlungen.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Poliomyelitis erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Poliomyelitis aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	• Jeder klinische oder labordiagnostische Verdacht auf eine Poliomyelitis sollte am Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren labordiagnostisch untersucht werden. • Übermittlung gemäß § 12 IfSG
Weitere Informationen	• www.rki.de/polio • www.rki.de/poliokommission

Röteln **(Rötelnvirus)**	
Inkubationszeit	14-21 Tage; gewöhnlich 14-17 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	7 Tage vor und 7 Tage nach Ausbruch des Exanthems Kinder mit konnataler Rötelnembryofetopathie (CRS) können das Rötelnvirus aus dem Respirationstrakt und über den Urin bis zu einem Alter von 1 Jahr in hohen Mengen ausscheiden.
Ausreichende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn • die nach STIKO-Empfehlungen altersgemäß empfohlenen Standard- oder Indikationsimpfungen gegen Röteln dokumentiert worden sind (vorliegender Impfpass)oder • ein schriftlicher positiver Laborbefund die Immunität gegen Röteln belegt. Vor 1970 Geborene haben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Immunität erworben, dennoch kann eine individuelle Prüfung des Risikos einer fehlenden Immunität sinnvoll sein.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens am 8. Tag nach Exanthembeginn möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung möglich, wenn die Personen • über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder* • im Falle einer fehlenden Immunität 21 Tage nach letztem infektionsrelevanten Kontakt in der Wohngemeinschaft der Gemeinschaftseinrichtung ferngeblieben sind. Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungs-empfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).
Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung	Empfehlungen zum Umgang mit schwangeren und nicht-schwangeren Kontaktpersonen in der Gemeinschaftseinrichtung sind umfangreich im RKI-Ratgeber dargestellt.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild. Bei etwa der Hälfte der Erkrankten liegt ein unspezifisches Krankheitsbild oder gar keine Symptomatik vor. Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden. Empfehlung für alle nicht immunen Schwangeren, die betroffene Einrichtung sowie dort Betreute oder dort tätige Personen für den Zeitraum von 42 Tagen nach Auftreten des letzten Falles zu meiden. Auf mögliche Symptome für den Zeitraum von 14 bis maximal 21 Tage nach dem letzten (infektionsrelevanten) Kontakt mit Röteln achten. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren.
Postexpositionsprophylaxe	Eine postexpositionelle Impfung von Kontakten im Umfeld des Erkrankten kann eine Erkrankung der Kontakte nicht sicher verhindern. Ihr diesbezüglicher Nutzen ist nicht ausreichend belegt. Zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Infektionsketten sollten jedoch bei Kontaktpersonen mit unzureichendem oder unbekanntem Impfstatus so schnell wie möglich noch fehlende MMR(V)-Impfungen nach STIKO-Empfehlungen nachgeholt werden, sofern keine Kontraindikationen (wie z.B. eine Schwangerschaft) vorliegen.

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Röteln erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Röteln aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Weitere Informationen	• www.rki.de/roeteln • RKI-Ratgeber Röteln • Generischer Leitfaden für das Management von Masern- und Rötelnfällen und-ausbrüchen in Deutschland der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen

Scharlach oder sonstige *Streptococcus-pyogenes*-Infektionen (z.B. Tonsillopharyngitis (eitrige „Angina"), Streptokokken-Toxic-Shock-Syndrom (STSS), Sepsis, nekrotisierende Fasziitis) (***Streptococcus pyogenes***)	
Inkubationszeit	1-3 Tage; selten länger
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Für Racheninfektionen bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. Personen mit einer akuten Streptokokkeninfektion, die nicht spezifisch behandelt wurden, können bis zu 3 Wochen kontagiös sein; solche mit eitrigen Ausscheidungen auch länger.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie und dem Abklingen der Symptome möglich, bei fortbestehenden Symptomen unter der Therapie erst nach deren Abklingen. Ohne antibiotische Therapie ist eine Wiederzulassung frühestens 24 Stunden nach dem Abklingen der spezifischen Symptome angezeigt.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild einer akuten Streptokokken-Infektion, um bei Symptombeginn einen rechtzeitigen Arztbesuch zu gewährleisten. Effektive Händehygiene, ggf. Händedesinfektion. Wäsche möglichst bei mindestens 60°C waschen.
Postexpositionsprophylaxe	Für Personen in der Wohngemeinschaft mit Kontakt zu schwerwiegend Erkrankten (Sepsis, STSS, nekrotisierende Fasziitis) sollte eine Chemoprophylaxe empfohlen werden. Oft wird die Chemoprophylaxe unter dem initialen Verdacht einer Meningokokken-Infektion begonnen. Sie sollte bei Streptokokken-Nachweis regulär zu Ende geführt werden. Bei gezielter Chemoprophylaxe und kulturellem Erregernachweis kann bei Empfindlichkeit der dann nachgewiesenen Streptokokken auch Clindamycin weiter eingesetzt werden.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Scharlach oder einer sonstigen *Streptococcus-pyogenes*-Infektion erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Weitere Informationen	www.rki.de/scharlach

Shigellose (bakterielle Ruhr)
(*Shigella* spp.)

Inkubationszeit	12-96 Stunden
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Solange der Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden wird; bis zu 1-4 Wochen nach Abklingen der Krankheitssymptome.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach Abklingen der Krankheitssymptome sowie Vorliegen von 2 negativen Befunden einer bakteriologischen Stuhluntersuchung (Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen) möglich. Die erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 Stunden nach Abklingen der Durchfallsymptome bzw. 48 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie erfolgen.
Ausscheider **§ 34 Abs. 2 IfSG**	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügten Schutzmaßnahmen. Nach Vorliegen von 2 negativen Befunden einer bakteriologischen Stuhluntersuchung (Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen; frühestens 48 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie) ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzuzulassen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung nach Vorliegen einer negativen Stuhlprobe (zu entnehmen 96 Stunden nach letztmaligem Kontakt zum Erkrankten/ Krankheitsverdächtigten) möglich. Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel). Während der gesamten Erkrankungsdauer sollte eine Desinfektion aller Gegenstände und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Erkrankten in Berührung gekommen sein können, erfolgen.
Postexpositionsprophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Shigellose erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Shigellose aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Gemäß § 42 IfSG Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Shigellose erkrankt oder dessen verdächtig sind oder Shigellen ausscheiden.
Weitere Informationen	www.rki.de/shigellose

Skabies (Krätze) **(Krätzemilbe *Sarcoptes scabiei*)**	
Inkubationszeit	**Erstinfestation:** 2-6 Wochen **Reinfestation:** 1-4 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Eine Ansteckung ist bereits vor Symptombeginn und während der gesamten Krankheitsdauer möglich.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige § 34 Abs. 1 IfSG	Wiederzulassung bei immunkompetenten Erkrankten/ Krankheitsverdächtigen direkt nach abgeschlossener Behandlung mit topischem Antiskabiosum bzw. 24 Stunden nach Einnahme von Ivermectin möglich (dies gilt nicht für Patienten mit Scabies crustosa). Umfassende Empfehlungen zum Vorgehen bei Patienten mit Scabies crustosa sind im RKI-Ratgeber zu finden.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und die Symptomatik (siehe auch Postexpositionsprophylaxe). Intensive Hautkontakte sollten von diesem Personenkreis für die Dauer der Inkubationszeit (Erstinfektion) vermieden werden. Bei der gewöhnlichen Skabies sollten Dekontaminationsmaßnahmen vor allem auf Textilien (z.B. Leibwäsche, Bettwäsche) und Gegenstände (z.B. Hausschuhe, Kuscheltiere) fokussiert werden, zu denen die Erkrankten längeren/großflächigen Hautkontakt hatten. Detaillierte Empfehlungen zu Umgebungsmaßnahmen finden sich im RKI-Ratgeber. Die Durchführung soll während bzw. direkt nach der Behandlung der Erkrankten und Kontaktpersonen erfolgen. Erweiterte Empfehlungen gelten bei Scabies crustosa (siehe RKI-Ratgeber).
Postexpositionsprophylaxe	Bei engen Kontaktpersonen besteht ein erhöhtes Infestationsrisiko. Als enge Kontaktpersonen gelten alle Personen, die zu Erkrankten engen, großflächigen Haut-zu-Haut-Kontakt über einen längeren Zeitraum hatten (länger als 5-10 Minuten), z.B. Kuscheln, Liebkosen von Kleinkindern und Körperpflege. Distanzierte soziale Kontakte sowie Händeschütteln oder eine Umarmung zur Begrüßung stellen keinen engen Körperkontakt dar. Ausnahmen betreffen die Scabies crustosa. **Enge Kontaktpersonen** sollen darüber informiert werden, dass sie bereits in der Inkubationszeit, d.h. noch bevor Symptome vorliegen, andere Personen anstecken können. Intensive Hautkontakte sollten sie deswegen für die Dauer der Inkubationszeit, in der Regel 5-6 Wochen, vermeiden, sich auf skabiestypische Symptome hin beobachten und sich beim Auftreten entsprechender Krankheitszeichen umgehend in dermatologische Behandlung begeben. In Gemeinschaftseinrichtungen sollen enge Kontaktpersonen ohne Symptome möglichst zeitgleich mit Erkrankten behandelt werden, wenn durch sie das Risiko einer Wiedereinschleppung gegeben ist. Dies gilt für enge Kontaktpersonen, die längeren Haut-zu-Haut-Kontakt zu weiteren Personen haben, z.B. für Menschen, die Kleinkinder betreuen (siehe einrichtungsspezifische Maßnahmen). **Weitere Kontaktpersonen**, die nicht unter die Definition enge Kontaktperson fallen, sind in der Regel nicht gefährdet. Es wird jedoch eine Selbstbeobachtung für die nächsten 5-6 Wochen empfohlen. Bei Auftreten von skabiestypischen Symptomen sollten sich die Betroffenen in dermatologische Behandlung begeben. Erweiterte Empfehlungen gelten bei Scabies crustosa oder anderen Krankheitsformen mit hoher Milbenlast.

Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung (gemäß § 33 IfSG) hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Benachrichtigungspflichten § 36 Abs. 3a IfSG	Die Leitung einer Einrichtung gemäß § 36 Abs. 1 Nr. 2-6 IfSG, z. B. von Pflegeeinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Obdachlosenunterkünften, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern und Flüchtlingen oder sonstigen Massenunterkünften, hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind.
Weitere Informationen	• www.rki.de/skabies • Flussdiagramm: Maßnahmen bei Skabies

Tuberkulose (ansteckungsfähige Lungentuberkulose)

(*Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex außer BCG)

Inkubationszeit	Von der Erstinfektion bis zur Erkrankung Wochen bis Monate/Jahre
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Ansteckungsfähigkeit bei mikroskopischem Nachweis säurefester Stäbchen in respiratorischem Material (Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft), geringer bei lediglich kulturellem oder molekularbiologischem Erregernachweis. Dauer 2-3 Wochen nach Beginn einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie. Kann länger bei ausgedehntem pulmonalen Befunden und Vorliegen einer resistenten Tuberkulose sein.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung ist immer eine Einzelfallentscheidung (siehe Anmerkungen) und ohne Hinweis auf Medikamentenresistenz, bei klinischem Ansprechen auf die Therapie und bei Therapieadhärenz in der Regel 3 Wochen nach Beginn der Behandlung möglich. Bei initial mikroskopisch positivem Befund gelten als Anhalt 3 mikroskopisch negative Sputen (Abstand der Proben mind. 8 Stunden)bzw. bei Kindern alternativ klinisches Ansprechen und mindestens 21 Tage adäquate Therapie. Bei MDR-TB wird mindestens eine negative Kultur empfohlen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Kontaktpersonen unterliegen den im Rahmen der Umgebungsuntersuchungen erforderlichen üblichen Kontrollmaßnahmen. Es ist auf tuberkuloseverdächtige Symptome, insbesondere auf Husten unklarer Ursache, zu achten. Kontaktpersonen, bei denen eine latente tuberkulöse Infektion (LTBI) diagnostiziert wurde [d.h. positive Immunreaktion durch IGRA (Interferon-Gamma-Release-Assay) oder THT (Tuberkulin-Hauttest) ohne Nachweis einer Tuberkulose] sind nicht krank und damit nicht ansteckungsfähig.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Tuberkulose ist eine respiratorisch übertragbare Krankheit, es gelten die Maßnahmen der Standardhygiene (Isolierung, Raumlüftung, Atemschutz etc.).
Postexpositionsprophylaxe	**Chemoprophylaxe:** Medikamentöse Therapie bei Kindern < 5 Jahren baldmöglichst nach Exposition mit dem Ziel, eine Infektion zu verhindern bzw. eine bereits bestehende, noch nicht nachweisbare Infektion zu behandeln, um das Fortschreiten in eine Tuberkulose zu verhindern. **Chemoprävention:** Medikamentöse Therapie bei Kontaktpersonen mit nachgewiesener LTBI mit dem Ziel, eine Manifestation der Erkrankung zu verhindern.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn bei in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf ansteckungsfähige Lungentuberkulose aufgetreten ist *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf ansteckungsfähige Lungentuberkulose aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.

Anmerkungen	Die genannten Kriterien sind als Entscheidungshilfen zu verstehen. Grundsätzlich muss die ärztliche Entscheidung über die Wiederzulassung zu Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen bzw. zu beruflicher Tätigkeit in Gesamtschau aller klinischen, bakteriologischen und ggf. radiologischen Befunde sowie der Therapieadhärenz für jeden an ansteckungsfähiger Lungentuberkulose Erkrankten individuell getroffen werden. Unter wirksamer Behandlung nimmt die Sputumproduktion in der Regel rasch ab, daher ist gerade im Kindesalter, wo sich die Materialgewinnung häufig aufwendig und belastend gestaltet, der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen.
Weitere Informationen	www.rki.de/tuberkulose

Typhus (abdominalis)/Paratyphus
(*Salmonella* Typhi/*Salmonella* Paratyphi)

Inkubationszeit	**Typhus abdominalis:** 3-60 Tage; gewöhnlich 8-14 Tage **Paratyphus**: 1-10 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Ansteckungsgefahr durch Erregerausscheidung im Stuhl ab ungefähr einer Woche nach Erkrankungsbeginn. Ausscheidung auch Wochen nach Abklingen der Symptome möglich; in 2-5% der Fälle lebenslange symptomlose Ausscheidung.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung nach klinischer Genesung und Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden (erste Stuhlprobe frühestens 48 Stunden nach Abschluss der antimikrobiellen Therapie, Abstand zwischen den Proben 2 Tage) möglich. Bei langer Halbwertszeit des eingesetzten Antibiotikums sollte der Zeitraum bis zur ersten Probennahme verlängert werden (z.B. Azithromycin: erste Stuhlprobe nach frühestens 7 Tagen).
Ausscheider **§ 34 Abs. 2 IfSG**	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung der verfügten Schutzmaßnahmen. Bei Ausscheidern von *S.* Typhi oder *S.* Paratyphi ist eine Belehrung über hygienische Verhaltensregeln und die Vermeidung von Infektionsrisiken erforderlich; eine Sanierung sollte angestrebt werden. Nach Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von jeweils 2 Tagen ist keine Ansteckungsfähigkeit mehr anzunehmen und die betroffene Person ist wiederzuzulassen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Wiederzulassung nach Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von jeweils 1-2 Tagen möglich. Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Die Übertragung kann wirksam durch das Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch eine effektive Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang, nach dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel), verhütet werden.
Postexpositionsprophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Typhus abdominalis/Paratyphus erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen *Salmonella* Typhi oder *Salmonella* Paratyphi ausscheiden *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Typhus abdominalis/Paratyphus aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Gemäß § 42 Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Typhus abdominalis/Paratyphus erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Weitere Informationen	• www.rki.de/typhus • www.rki.de/paratyphus

Virale hämorrhagische Fieber (VHF)

(VHF, die von Mensch zu Mensch übertragen werden können, z.B. Ebola-/ Lassa-/ Krim-Kongo-/ Marburgfieber)

(Ebola-, Lassa-, Krim-Kongo-, Marburgvirus)

Inkubationszeit	**Ebolafieber:** 2-21 Tage, gewöhnlich 8-9 Tage **Lassafieber:** 3-21 Tage **Krim-Kongo-Fieber:** 1-12 Tage **Marburgfieber:** 2-21 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Solange Viren im Blut, Speichel oder Ausscheidungen nachweisbar sind.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Eine Wiederzulassung für Erkrankte/Krankheitsverdächtige sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Eine Wiederzulassung für Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft sollte nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.
Postexpositionsprophylaxe	Meist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt. Eine Beratung durch Fachexperten/-innen und das zuständige Gesundheitsamt wird empfohlen.
Benachrichtigungspflichten **§ 34 Abs. 6 IfSG**	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an VHF erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf VHF aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	• Gemäß § 30 Abs. 1 IfSG hat die zuständige Behörde anzuordnen, dass Personen, die an von Mensch zu Mensch übertragbarem hämorrhagischen Fieber erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung abgesondert werden • Eine Beratung durch die STAKOB-Zentren (s.u.) wird empfohlen • Übermittlung gemäß §12 IfSG
Weitere Informationen	• www.rki.de/VHF • Ebolafieber; Lassafieber; Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber; Marburgfieber • Ebola-Rahmenkonzept • Ständiger Arbeitskreis der „Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger" (STAKOB)

Windpocken (Varizellen) **(Varicella-Zoster-Virus)**	
Inkubationszeit	10 - 21 Tage, in der Regel 14 – 16 Tage, nach passiver Immunisierung bis zu 28 Tage
Dauer der Ansteckungsfähigkeit	1-2 Tage vor Auftreten des Exanthems bis zum vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen (gewöhnlich 5-7 Tage nach Exanthembeginn).
Ausreichende Immunität	Eine ausreichende Immunität ist anzunehmen, wenn: • die Person vor 2004 geboren wurde und in Deutschland aufgewachsen ist *oder* • 2 Impfungen gegen Varizellen im Mindestabstand von 4 Wochen belegt werden können (z.B. durch Impfpass) *oder* • ein Nachweis von positivem VZV-IgG-Antikörpertiter vorliegt *oder* • eine durchgemachte Windpockenerkrankung ärztlich attestiert wurde.
Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG)	
Erkrankte/ Krankheitsverdächtige **§ 34 Abs. 1 IfSG**	Wiederzulassung eine Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung, d. h. mit dem vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen, möglich.
Kontaktpersonen in Wohngemeinschaft **§ 34 Abs. 3 IfSG**	Eine Wiederzulassung ist für Kontaktpersonen möglich, wenn sie • über eine anzunehmende Immunität (s.o.) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen *oder* • im Falle einer fehlenden Immunität 16 Tage (mittlere Inkubationszeit) nach letztem infektionsrelevanten Kontakt in der Wohngemeinschaft der Gemeinschaftseinrichtung ferngeblieben ist. Ausnahmen durch die zuständige Behörde im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt sind möglich, • wenn mindestens 1 dokumentierte Impfung gegen Windpocken vorliegt und kein Kontakt zu Risikopersonen (ungeimpfte Schwangere ohne Varizellenanamnese, immunkompromittierte Patienten mit fehlender oder unsicherer Varizellenimmunität) in der Einrichtung besteht *oder* • bei sofortiger Inkubationsimpfung ≤ 5 Tage nach dem Erstkontakt (siehe Empfehlungen zum Kontaktmanagement im RKI-Ratgeber) Für eine erkrankte Kontaktperson gelten die Wiederzulassungs-empfehlungen für Erkrankte/Krankheitsverdächtige (s.o.).
Allgemeine Empfehlungen zur Verhütung von Folgeinfektionen	Information der Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen und ihres Umfelds über das Infektionsrisiko und das Krankheitsbild; Impflücken im Umfeld sollten umgehend identifiziert und geschlossen werden. Auf krankheitsspezifische Symptome für den Zeitraum von maximal 42 Tagen achten. Bei Symptombeginn ggf. den Arzt vorab telefonisch kontaktieren. Da das Ansteckungsrisiko in der Gemeinschaftseinrichtung für Kontaktpersonen mit nicht ausreichender Immunität sehr hoch ist und Windpocken bereits vor Auftreten des Exanthems übertragen werden können, sollte im Einzelfall geprüft werden, ob diese Personen der Gemeinschaftseinrichtung für den Zeitraum der mittleren Inkubationszeit (16 Tage) fernbleiben können, um insbesondere die weitere Ansteckung von Risikopersonen zu verhindern.
Postexpositionsprophylaxe	Gemäß den aktuellen STIKO-Empfehlungen • Postexpositionelle Impfung für Ungeimpfte oder Personen mit negativer Windpockenanamnese und Kontakt zu Risikopersonen

	innerhalb von 5 Tagen nach Exposition oder innerhalb von 3 Tagen nach Beginn des Exanthems beim Indexfall • Postexpositionelle Gabe von Varicella-Zoster-Immunglobulin (VZIG) so bald wie möglich und nicht später als 96 Stunden nach Exposition für Personen mit erhöhtem Risiko von Komplikationen und Kontraindikation für eine Impfung.
Benachrichtigungspflichten § 34 Abs. 6 IfSG	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Windpocken erkrankt oder dessen verdächtig sind *oder* • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Windpocken aufgetreten ist. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts gemäß § 6 IfSG bereits erfolgt ist.
Anmerkungen	Die Gürtelrose ist nicht im § 34 IfSG aufgeführt und wird daher auch nicht in den Empfehlungen zur Wiederzulassung berücksichtigt. Da die Übertragung ausschließlich über Kontakt mit dem Bläscheninhalt erfolgt, kann durch eine vollständige Abdeckung der Läsionen und bei strenger Einhaltung der Basishygiene das Übertragungsrisiko minimiert werden.
Weitere Informationen	• www.rki.de/varizellen • Empfehlungen zum Kontaktmanagement sind umfassend im RKI-Ratgeber dargestellt.