



"Empfehlungen zur Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen"

Infektion	Cholera	Diphtherie	EHEC
Infpräventabel	(Relativ)	ja	nein
Inkubationszeit	Stunden bis 5 d, selten länger	2-5 d, selten bis zu 10 d	2-10d, Durchschnitt 3-4 d
Dauer der Infektiosität	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar	Solange Erreger nachweisbar; bei antibakterieller Behandlung nur 2-4 d	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind
Wiederezulassung nach Krankheit (WZ)	Nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbeurteilungen im Abstand von 1-2 d; erste Stuhlprobe frühestens 24 h nach Ende einer Antibiose	wenn 2 Abstriche im Abstand von > 24 h negativ sind, 1. Abstrich frühestens 24 h nach Ende der Antibiose	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbeurteilungen im Abstand von 1-2 d
Ärztl. Attest erforderlich	ja	ja	ja
Ausschluss Ausscheider	Die Übertragung von Choleravibrionen erfolgt unabhängig davon, ob Krankheitszeichen bestehen oder nicht, u.a. von Mensch zu Mensch (fäkal-oral) und durch kontaminierte Nahrungsmittel. Deshalb sollten Ausscheider erst nach drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbeurteilungen die Einrichtung wieder besuchen. Eine Wiederezulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes (§ 34 Abs.2 Nr.1 IfSG).	Asymptomatische Keimträger: Wiederezulassung: nach 2 negativen Abstrichen (Abstand > 24h, 1. Abstrich frühestens 24 h nach Ende der Antibiose)	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 negativen aufeinanderfolgenden Stuhlproben (Abstand 1-2 d). Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll mit dem GA eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um ggf. WZ unter angeordneten Schutzmaßnahmen je nach indiv. Risiko zu ermöglichen (unter Berücksichtigung des Virulenzprofils des EHEC-Stammes incl. Serotyp, Toxintyp, eae-Gen).
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Da asymptomatische Infektionen bzw. leichte Verläufe die Mehrzahl sind, müssen Personen für fünf Tage nach dem letzten Kontakt mit Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist erforderlich.	Alle engen Kontaktpersonen, Rachenabstrich vor Beginn der PEP - Bei initial negativem Abstrich: Wiederezulassung, PEP zu Ende führen - bei initial positivem Abstrich: Fortsetzung Ausschluss, PEP weiter, Wiederezulassung nach 2 negativen Abstrichen (Abstand > 24h, 1. Abstrich 24h nach Ende der Antibiose)	Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen gewährleistet ist. Es sollten jedoch in Umgebungsuntersuchungen 3 Stuhlproben je Kontaktperson ¹ untersucht werden. Für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf EHEC aufgetreten ist, gelten die Vorschriften für EHEC Erkrankte.
Übertragungsweg	1. Kontaktübertragung 2. Lebensmittel	1. Tröpfcheninfektion 2. Kontaktübertragung	1. Kontaktübertragung 2. Lebensmittel
Hygiene-Maßnahmen	Abstimmen aller Maßnahmen mit dem LGL.	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI.	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI. Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden. Ggf. nach Wiederezulassung von Kindern mit fraglicher Compliance für Basishygiene intensivierte Desinfektionsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum, in Abhängigkeit von der Dauer der Erregerausscheidung (Mit einer Ausscheidungsdauer von über einem Monat bei klinisch unauffälligem Bild muss gerechnet werden).
Medikamentöse Prophylaxe	Keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt	Enge Kontaktpersonen (auch Geimpfte) erhalten Antibiose (Postexpositionsprophylaxe; PEP)	Keine wirksame Prophylaxe bekannt
Sonstiges	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA und LGL erforderlich.	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA und LGL erforderlich.	



Infektion	Virale hämorrhagische Fieber	Haemophilus influenzae B-Meningitis	Impetigo (ansteckende Borkenflechte)
Imfpräventabel	nein	ja	nein
Inkubationszeit	Ebola 2-21 d Lassa 6- 21 d Marburg 7 -9 d	Nicht genau bekannt, wahrscheinlich 2-4 Tage	2-10 d
Dauer der Infektiosität	Solange Viren im Speichel, Blut oder in Ausscheidungen nachweisbar	Bis zu 24 h nach Beginn einer effektiven antibiotischen Therapie entsprechend dem Ergebnis der antimikrobiellen Testung.	Ohne Behandlung sind die Patienten ansteckend, bis die letzte Effloreszenz abgeheilt ist.
Wiederzulassung nach Krankheit	Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Für die Entscheidung einer WZ sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.	Nach antibiotischer Therapie und nach Abklingen der klinischen Symptome.	24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose; ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
Ärztl. Attest erforderlich	Abstimmung mit GA	nicht erforderlich	ja
Ausschluss Ausscheider	Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Für die Entscheidung einer WZ sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.	Wegen der großen Zahl von Keimträgern sind Umgebungsuntersuchungen nicht sinnvoll. Ein Ausschluss eines Ausscheiders ist nicht erforderlich, solange bei ihm keine meningitis- oder epiglottitisverdächtigen Symptome auftreten.	Entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Kontaktpersonen werden nach RKI Empfehlungen kategorisiert und ggf. häuslich / stationär für die Dauer der maximalen Inkubationszeit isoliert und beobachtet.	nicht erforderlich, wenn medikamentöse Prophylaxe nach Exposition durchgeführt wird	Nicht erforderlich
Übertragungsweg	1. Kontaktübertragung 2. Lebensmittel 3. Tröpfcheninfektion	1. Tröpfcheninfektion	1. Kontaktübertragung
Hygiene-Maßnahmen	Abstimmen aller Maßnahmen mit dem LGL. (Sorgfältige Desinfektion der Räumlichkeiten mit einem viruswirksamen Desinfektionsmittel aus der Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel. Gegebenenfalls ist eine Schlussdesinfektion durch Verdampfung von Formaldehyd erforderlich.)	Es sind keine über die Standardhygiene hinausgehenden Desinfektionsmaßnahmen notwendig.	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI. Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden.
Medikamentöse Prophylaxe	Enge Kontaktpersonen von Patienten mit Lassa-Fieber: Ribavirin	In einem Haushalt mit Kindern unter vier Jahren, die unvollständig oder nicht gegen Hib immunisiert sind, sollen alle Personen (nicht jedoch Schwangere) eine Rifampicin-Prophylaxe für 4 d erhalten. In Kindereinrichtungen mit ungeimpften Kindern unter zwei Jahren wird eine Prophylaxe für alle Kinder derselben Gruppe und deren Betreuer (nicht jedoch für Schwangere) empfohlen. Eine Chemoprophylaxe ist nicht mehr sinnvoll, wenn der Kontakt zum Indexpatienten mehr als sieben Tage zurückliegt. Dosis und Dauer der Rifampicin-Prophylaxe nach Lebensalter	Keine wirksame Prophylaxe bekannt
Sonstiges	Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via GA und LGL erforderlich.		



Infektion	Pertussis (Keuchhusten)	Lungen-TBC	Masern
Impräventabel	ja	(in D Impfung nicht empfohlen)	ja
Inkubationszeit	Meist 9-10 d, Spanne 6-20d	Wochen bis Monate, meist mehr als 6 Monate	Im Durchschnitt 8-10 d bis Stadium catarrhale, im Durchschnitt 14 d bis Exanthem (Spanne 7 bis 21 Tage)
Dauer der Infektiosität	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und kann bis zu 3 Wochen nach Beginn des Stadium convulsivum andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit auf etwa 5 d nach Beginn der Therapie. Auch gegen Pertussis geimpfte Kinder können nach Keuchhustenkontakt vorübergehend Träger von Bordetella sein.	Am höchsten, solange säurefeste Stäbchen mikroskopisch nachweisbar sind (im Sputum, abgesaugtem Bronchialsekret oder Magensaft). Erkrankte Kinder gelten in aller Regel nicht als infektiös. Unter einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie sind Patienten, die mit einem sensiblen Stamm infiziert sind, innerhalb von 2-3 Wochen meist nicht mehr infektiös.	3-5 d vor bis 4 d nach Auftreten des Exanthems, am höchsten vor Auftreten des Exanthems
Wiederzulassung nach Krankheit	Frühestens 5 d nach Beginn einer effektiven Antibiose; ohne antimikrobielle Behandlung frühestens 3 Wochen nach Beginn des Hustens	Nach korrekt durchgeführter antituberkulöser Kombinationstherapie von in der Regel 3 Wochen Dauer, wenn in drei aufeinander folgenden Proben von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft mikroskopisch negative Befunde vorliegen.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 d nach Exanthemausbruch.
Ärztl. Attest erforderlich	Nicht erforderlich	ja	Nicht erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Entfällt	Wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist stets als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen.	Entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt. Bei Husten sind Untersuchungen zur Feststellung oder zum Ausschluss von Pertussis angezeigt, z. B. PCR aus nasopharyngealem Abstrich	Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome auftreten.	Ausschluss empfänglicher Kontaktpersonen nach Einzelfallprüfung für die Dauer von 14 d nach der Exposition. Der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen ist für diese Personen dann möglich, wenn ein Impfschutz besteht, eine rechtzeitige postexpositionelle Schutzimpfung (< 3d nach Erstexposition oder Durchführung einer zweiten Impfung, bei einmalig Geimpften) durchgeführt wurde oder eine früher abgelaufene Erkrankung ärztlich bestätigt ist.
Übertragungsweg	1. Tröpfcheninfektion	1. Aerogene Übertragung	1. Aerogene Übertragung 2. Kontaktübertragung
Hygiene-Maßnahmen	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI.	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI. Im Anschluss, an das Bekanntwerden der Infektion, sollten alle Räumlichkeiten der Gemeinschaftseinrichtung ausreichend gelüftet werden.	Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich begrenzt viruzid, begrenzt viruzid plus oder viruzid.
Medikamentöse Prophylaxe	Für enge Kontaktpersonen in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter besteht die Empfehlung einer Chemoprophylaxe mit Makroliden. Auch enge Kontaktpersonen, die geimpft sind, sollten vorsichtshalber eine Chemoprophylaxe erhalten, wenn sich in ihrer Umgebung gefährdete Personen, wie z.B. Säuglinge oder Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundliden oder Schwangere im letzten Trimester, befinden. Letzte Pertussis Impfung vor > 5 Jahren: Erwägen einer erneuten Impfung	Für Kinder unter 6 Jahren oder Kinder mit engem Kontakt zu einem ansteckenden Fall von Tuberkulose (z.B. Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum-Direktpräparat eines Elternteils), deren Tuberkulintest negativ ist und bei denen durch weitere Untersuchungen eine Erkrankung an Tuberkulose ausgeschlossen wurde, wird eine Chemoprophylaxe mit INH über 3 Monate empfohlen.	Bei ungeimpften, immungesunden Kontaktpersonen kann der Ausbruch der Masern durch rechtzeitige postexpositionelle Impfung (< 3d nach Erstexposition) wirksam unterdrückt werden. Generell ist eine Impfung ungeimpfter Kontaktpersonen oder einmalig Geimpfter auch noch zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll (Schutz vor Fällen der 2. Generation). Bei abwehrgeschwächten Patienten und chronisch kranken Kindern ist eine postexpositionelle Prophylaxe von Masern auch als passive Immunisierung durch Gabe von spezifischem humanem Immunglobulin innerhalb von 2-3 d nach Kontakt möglich. Bei Erstimpfung im Rahmen eines Ausbruchs: 2. Impfung nach 4 Wochen.
Sonstiges			



Infektion	Meningokokken-Meningitis/Sepsis	Mumps	Typhus, Paratyphus
Impfpräventabel	A, C, W, Y und B	ja	ja
Inkubationszeit	meist 3-4 d (auch 2-10 d)	i.d.R. 16-18 d (Spanne 12-25 d)	Typhus abdominalis: ca. 3–60 d (i.d.R. 8-14 d) Paratyphus: ca. 1–10 d
Dauer der Infektiosität	7 d vor Beginn der Symptomatik. Mit Ansteckungsfähigkeit ist 24 h nach Beginn einer erfolgreichen Therapie mit β -Laktam-Antibiotika nicht mehr zu rechnen.	7 d vor bis 9 d nach Auftreten der Parotisschwellung (2 d vor bis 4 d nach Erkrankungsbeginn am größten). Auch klinisch inapparente Infektionen sind ansteckend	Ansteckungsgefahr besteht durch Keimausscheidung im Stuhl ab ungefähr einer Woche nach Erkrankungsbeginn. Die Ausscheidung kann über Wochen nach dem Abklingen der Symptome anhalten und in 2-5 % der Fälle in eine lebenslange symptomlose Ausscheidung übergehen.
Wiederzulassung nach Krankheit	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 24h nach Beginn einer effektiven antibiotischen Therapie	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 d nach Auftreten der Erkrankung	Nach klinischer Gesundung und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 d, im Falle von antibiotischer Therapie dürfen die Stuhlproben frühestens 24h nach Ende der Therapie erfolgen.
Ärztl. Attest erforderlich	Nicht erforderlich	Nicht erforderlich	ja
Ausschluss Ausscheider	5-10% aller Personen sind Träger von Meningokokken im Nasen-Rachen-Raum. Bei Epidemien können bis zu 90% Träger sein. Ein Ausschluss von Ausscheidern ist daher nicht vertretbar.	Entfällt	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden. Eine antibiotische Sanierung kann angestrebt werden.
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Entsprechend gelten enge Kontaktpersonen (siehe Definition der STIKO im RKI Merkblatt) 24h nach Beginn einer wirksamen Chemoprophylaxe nicht mehr als ansteckend und können Gemeinschaftseinrichtungen wieder besuchen.	Ausschluss empfänglicher Kontaktperson für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 18 d. Wiederzulassung: - bei nachgewiesener durchgemachter Infektion, - bei nachgewiesener zweimaliger Impfung, - bei nur einer Impfung: bei nachgeholter zweiter Impfung (unabhängig vom Zeitpunkt), - ohne Impfung: bei rechtzeitiger Postexpositionsimpfung (< 3 d nach Erstkontakt)	Bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1–2 Tagen. Ausnahmen können in Absprache mit dem Gesundheitsamt erfolgen, wenn keine typhusverdächtigen Symptome vorliegen und wenn eine strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen (s.u.) gegeben ist.
Übertragungsweg	1. Tröpfcheninfektion	1. Aerogene Übertragung 2. Kontaktübertragung	1. Lebensmittel 2. Kontaktübertragung
Hygiene-Maßnahmen	Es sind keine über die Standardhygiene hinausgehenden Desinfektionsmaßnahmen notwendig.	Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich begrenzt viruzid, begrenzt viruzid plus oder viruzid.	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI. Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden. Ggf. nach Wiederzulassung von Kindern mit fraglicher Compliance für Basishygiene intensivierte Desinfektionsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum, in Abhängigkeit von der Dauer der Erregerausscheidung (Ansteckungsfähigkeit z.B. bei Salmonellen im Durchschnitt ein Monat, bei Kindern länger.)
Medikamentöse Prophylaxe	Für enge Kontaktpersonen (Def. S. RKI-Merkblatt) sollte schnellstmöglich eine Chemoprophylaxe durchgeführt werden (sinnvoll bis 10 Tage nach Erstexposition). Haushaltskontakte: Bei impfpräventabler Serogruppe zusätzl. Impfung	Alle exponierten und empfänglichen Personen einer Gruppe sollten so früh wie möglich eine postexpositionelle Impfung erhalten (möglichst innerhalb 3 d nach Exposition).	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Sonstiges	Wichtig: besonders sorgfältige Informationspolitik		



Infektion	Pest	Polio[myelitis] (Kinderlähmung)	Skabies (Krätze; Krätzmilbenbefall)
Imprävenztabel	(nein)	ja	nein
Inkubationszeit	1-7 d, bei Lungenpest wenige h bis 2 d	ca. 3-35 d	Erstinfektion: 2-5 Wochen Reinfektion: wenige d
Dauer der Infektiofität	Solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachweisbar. 72h nach einer effektiven antibiotischen Therapie ist nicht mehr von einer Ansteckungsfähigkeit auszugehen. Ein Leichnam kann bis zu zwei Monate kontagiös sein	Solange das Virus ausgeschieden wird. Das Poliovirus ist in Rachensekreten frühestens 36 h nach Infektion nachweisbar und kann dort etwa 7 d persistieren. Die Virusausscheidung im Stuhl beginnt nach 72 h und kann mehrere Wochen dauern (in Einzelfällen, z.B. bei Immuninkompetenten, auch länger). Auch Infizierte mit abortivem oder inapparentem Verlauf sind Virusausscheider.	Ohne Behandlung sind Patienten während der gesamten Krankheitsdauer ansteckend.
Wiederzulassung nach Krankheit	Nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie	Frühestens nach 2 negativen virologischen Kontrolluntersuchungen in Abstand von 7 d bestehend aus je zwei Stuhlproben im Abstand von 24-48h	Nach topischer Behandlung bzw. 24h nach Ivermectin-Gabe – gilt nicht für Sc. Crustosa (hier meist stationäre Behandlung notwendig)
Ärztl. Attest erforderlich	ja	ja	ja
Ausschluss Ausscheider	Solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachweisbar	Bei Kontaktpersonen, die als Poliovirus-Ausscheider klassifiziert wurden, ist wie bei Erkrankten (s. o.) zu verfahren.	Entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Kontaktpersonen sind vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen. Eine strenge häusliche Isolierung über sieben Tage mit ärztlicher Überwachung ist ausreichend. Im Falle einer korrekt durchgeführten PEP ist eine Entlassung ggf. nach 72h zu erwägen. Enge Kontaktpersonen sollten eine Chemoprophylaxe erhalten (s. u.).	Bei Kontaktpersonen sollte so früh wie möglich eine Schutzimpfung mit IPV-Impfstoff erfolgen. Bei Kontaktpersonen mit Grundimmunisierung ist ein Ausschluss von Gemeinschaftseinrichtungen nach postexpositioneller Schutzimpfung in der Regel nicht erforderlich. Wenn es sich um eine Boosterung handelt, ist der Schutz gegen eine Erkrankung umgehend vorhanden. Eine Garantie gegen die Virusausscheidung im Darm ist mit IPV allerdings nicht erreichbar. Daher ist eine einmalige Stuhluntersuchung zur Abschätzung des Ausscheiderstatus bei engen Kontaktpersonen (Mitglieder einer Haushalts- oder Toilettengemeinschaft) unabhängig vom Impfstatus zu empfehlen. Bei ungeimpften Kontaktpersonen ist eine Wiederzulassung 1 Woche nach letzter Exposition und einer negativen virologischen Kontrolluntersuchungen (s. o.) möglich.	In Pflege- und Gemeinschaftseinrichtungen sollen enge Kontaktpersonen auch ohne Symptome möglichst zeitgleich behandelt werden („Off- Label-Use“).
Übertragungsweg	1. Kontaktübertragung 2. Tröpfcheninfektion	1. Kontaktübertragung 2. Tröpfcheninfektion	1. Kontaktübertragung
Hygiene-Maßnahmen	Abstimmen aller Maßnahmen mit dem LGL. (Sorgfältige Desinfektion der Räumlichkeiten mit einem bakteriziden Desinfektionsmittel aus der Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel.)	Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich viruzid.	Kleider, Bettwäsche, Handtücher und weitere Gegenstände mit längerem Körperkontakt (z.B. Stofftiere, etc.) sollten bei mindestens 50°C für wenigstens 10 Minuten gewaschen oder z.B. mit Hilfe eines Heißdampfgeräts dekontaminiert werden. Wenn dies nicht möglich ist, können die Gegenstände und Textilien in Plastiksäcke eingepackt oder in Folie eingeschweißt werden und für 72 Stunden bei mindestens 21°C gelagert werden. Polstermöbel, Sofakissen oder textile Fußbodenbeläge (wenn Erkrankte mit bloßer Haut darauf gelegen haben) sollten mit einem starken Staubsauger abgesaugt (Filter und Beutel danach entsorgen) oder für



			<p>mindestens 48 Stunden lang nicht benutzt werden.</p> <p>Weitere Hinweise und Maßnahmen bei Scabies crustosa finden sich in der Leitlinie "Skabies, Diagnostik und Therapie" der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG):</p> <p>https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-052.html</p>
Medikamentöse Prophylaxe	<p>Bei Personen mit engem Kontakt zu Lungenpest-Kranken oder Kontakt zu Blut, Eiter oder Ausscheidungen eines an Pest Erkrankten oder Verdächtigen sollten eine sofortige Chemoprophylaxe mit Tetracyclin, Streptomycin oder Chloramphenicol für 7 d erfolgen.</p>	<p>Alle exponierten Personen müssen unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich eine aktive Schutzimpfung erhalten.</p>	<p>Simultanbehandlung enger Kontakte, wenn ärztlich vertretbar (Off-Label-Use), s. o.</p>
Sonstiges	<p>Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörden und Kontakt mit RKI via Gesundheitsamt und LGL erforderlich.</p>	<p>In jedem Verdachts- und Erkrankungsfall ist die oberste Gesundheitsbehörde des Bundeslandes, das LGL und das Robert Koch-Institut zu informieren.</p>	



Infektion	S. pyogenes (z. B. Scharlach)	Röteln	Varizellen (Windpocken)
Imfpräventabel	nein	ja	ja
Inkubationszeit	2-4 d	14-21d	Regel bei 14 – 16 d, Spanne 8 – 28 d
Dauer der Infektiosität	- 24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiose. - unbehandelt gelten die Patienten bis zu 3 Wochen als infektiös	7 Tage vor Ausbruch des Exanths bis zu 7 Tage nach dem Auftreten des Exanths	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 1–2 d vor Auftreten des Exanths und endet 5–7 d nach Exanthembeginn bzw. wenn alle Bläschen verkrustet sind. Patienten mit Herpes zoster sind bis zur Verkrustung der Bläschen ansteckungsfähig, in der Regel 5 - 7 d nach Exanthembeginn (Schmierinfektionen).
Wiederzulassung nach Krankheit	Bei antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszeichen ab dem 2. Tag. Wird keine antibiotische Therapie veranlasst frühestens nach Abklingen der Krankheitssymptome (unbehandelte Patienten können bis zu 3 Wochen kontagiös sein).	Nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens am 8. Tag nach Exanthembeginn	Bei unkompliziertem Verlauf ist ein Ausschluss für eine Woche aus der Gemeinschaftseinrichtung in der Regel ausreichend, d.h. bis zum vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen.
Ärztl. Attest erforderlich	nicht erforderlich	ja	Nicht erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Nicht erforderlich	Kinder mit CRS können das Rötelnvirus bis zu einem Alter von 1 Jahr in hohen Mengen ausscheiden. Wiederzulassung, wenn zwei Urin od. Rachenabstich Proben (PCR), abgenommen im Abstand von einem Monat, negativ sind.	Entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Nicht erforderlich, eine Aufklärung über das Infektionsrisiko und Krankheitssymptome wäre wünschenswert.	Ausschluss empfänglicher Kontaktpersonen für 21 Tage nach letzter Exposition. Wiederzulassung (haushaltsähnliche Wohngemeinschaften): - ein- und zweimalig Geimpfter - Ausschluss Ungeimpfter auch mit Nachholimpfung. Wiederzulassung (Gemeinschaftseinrichtungen): - ein- und zweimalig Geimpfter - ungeimpfter mit dokumentierter Nachholimpfung, wenn alle Schwangeren ohne Immunität der Einrichtung fernbleiben	Ausschluss von empfänglichen Kontaktpersonen (nach 2004 geboren) min. für die Dauer der mittleren Inkubationszeit (16 Tage). Wiederzulassung: - bei anamnestischen „Windpocken“ - zweimalig Geimpfter - einmalig Geimpfter bei dokumentierter Nachholung der zweiten Impfung; ohne Nachholimpfung nur, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen (z. B. Schwangere, Immunsupprimiertem) besteht., - Ungeimpfter bei einmaliger Postexpositionsimpfung < 5 Tage nach Erstexposition, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen besteht. - bei Nachweis von Immunität
Übertragungsweg	1. Kontaktübertragung 2. Tröpfcheninfektion	1. Tröpfcheninfektion	1. Aerogene Übertragung 2. Kontaktübertragung
Hygiene-Maßnahmen	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI.	Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich viruzid, begrenzt viruzid plus oder viruzid.	Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich begrenzt viruzid, begrenzt viruzid plus oder viruzid.
Medikamentöse Prophylaxe	Nicht notwendig. Ausnahme: Patienten mit Zustand nach rheumatischen Fieber haben ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv und sollten daher Penicillin erhalten.	Der Nutzen der postexpositionellen Impfung ist nicht ausreichend belegt. Darauf ist bei der Wiederzulassung (s. o.) hinzuweisen. Kinder und Jugendliche und Frauen im gebärfähigen Alter sollten die zweite Impfung nachholen	Bei ungeimpften Personen mit negativer Varizellenanamnese und Kontakt zu Risikopersonen ist eine postexpositionelle Impfung innerhalb von 5 d nach Erstexposition oder innerhalb von 3 d nach Beginn des Exanths beim Indexfall zu erwägen. Eine Impfung > 5 d nach Erstexp. hat keinen Einfluss auf die Wiederzulassung, kann aber den Krankheitsverlauf abmildern. Eine passive postexpositionelle Varizellenprophylaxe mittels VZIG wird innerhalb von 96 h nach Exposition für Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellenkomplikationen empfohlen.
Sonstiges		Alle Schwangere ohne Immunität sollten der Einrichtung fernbleiben, bis eine Übertragung nicht mehr zu befürchten ist.	



Infektion	Kopfläuse	Shigellose (Bakterien-Ruhr)	Enteritis, bakteriell
Impräventabel	nein	nein	nein
Inkubationszeit	Keine eigentliche Inkubation Lebenszyklus ca. 3 Wochen	Selten länger als 12 - 96 h	Salmonellen: Regel 12 – 36 h; Spanne: 6 – 72 h Campylobacter: Regel 2–5 d, Spanne 1–10 d
Dauer der Infektiosität	Solange die Betroffenen mit geschlechtsreifen Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind; falls Nissen nahe der Kopfhaut festgestellt werden, bedeutet dies eine später mögliche Ansteckungsgefahr (nach 2–3 Wochen); Nissen an weiter entfernten Abschnitten des Haares sind keine Gefahr (abgestorben oder leer)	Solange Keime ausgeschieden werden (1-4 Wochen mögl.); chronische Ausscheidung ist selten (z.B. bei mangelernährten Kindern).	Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden
Wiederzulassung nach Krankheit	Direkt nach der korrekten Durchführung der Erstbehandlung möglich. Das Komplettieren der empfohlenen Behandlung (nasses Auskämmen und Zweitbehandlung) wird vorausgesetzt. ²	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 d (erste Stuhlprobe frühestens 24 h nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 24 h nach Ende einer Antibiose)	Ein Ausschluss wegen Enteritis kommt bei Kindern < 6 Jahre in Frage. WZ nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl).
Ärztl. Attest erforderlich	Ja, das GA kann jedoch folgende Ausnahme grundsätzlich zulassen: bei Kindern bestätigen die Erziehungsberechtigte die Behandlung wie oben beschrieben gegenüber der Gemeinschaftseinrichtung	Erforderlich	Nicht erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Entfällt	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem GA eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um WZ zu ermöglichen.	Es gibt keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern, die Enteritissalmonellen, Campylobacter oder Yersinien ausscheiden, den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen.
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Nicht erforderlich; Kontaktpersonen sind zu informieren, zu untersuchen und ggf. zu behandeln. Kinder einer Gemeinschaftseinrichtung werden i.d.R. von deren Eltern untersucht, bei fehlender Rückmeldung (Frist: 3 Tage) durch sachkundiges Personal oder Mitarbeiter des Gesundheitsamtes	Kontaktpersonen (v.a. aus der häuslichen Gemeinschaft des Erkrankten) müssen für die Dauer der Inkubationszeit eine besonders gründliche Händehygiene einhalten. Wiederzulassung: Am Ende der Inkubationszeit ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen. Von dieser Regel kann abgewichen werden, solange keine verdächtigen Symptome auftreten und die Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen sicher gewährleistet ist (§ 34 Abs. 3 i.V. m. Abs. 7 IfSG).	Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten, auf eine strikte Einhaltung der Basishygiene ist hinzuweisen.
Übertragungsweg	1. Kontaktübertragung	1. Kontaktübertragung 2. Lebensmittel	1. Lebensmittel 2. Kontaktübertragung
Hygiene-Maßnahmen	Kämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis können in heißer Seifenlösung gereinigt werden. Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden.	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI. Ggf. nach Wiederzulassung von Kindern mit fraglicher Compliance für Basishygiene intensivierte Desinfektionsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum, in Abhängigkeit von der Dauer der Erregerausscheidung (Ansteckungsfähigkeit z.B. bei Salmonellen im Durchschnitt ein Monat, bei Kindern länger.) Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden.	Desinfektionsmittel des Wirkungsbereichs A nach RKI. Ggf. nach Wiederzulassung von Kindern mit fraglicher Compliance für Basishygiene intensivierte Desinfektionsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum, in Abhängigkeit von der Dauer der Erregerausscheidung (Ansteckungsfähigkeit z.B. bei Salmonellen im Durchschnitt ein Monat, bei Kindern länger.) Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden.
Medikamentöse Prophylaxe	Keine spezifische Prophylaxe bekannt	Keine wirksame Prophylaxe bekannt	Keine wirksame Prophylaxe bekannt
Sonstiges			



Infektion	Virus-Hepatitis A/E	Enteritis, viral
Imfpräventabel	A: ja, E: nein	Nein, Rotavirus: ja
Inkubationszeit	Hepatitis A: im Allgemeinen 25-30d (15-30-(50) d) Hepatitis E: 15 bis 64 d	Rotavirus: 1-3 d Norovirus: 6-50h Adenovirus: 5-8 d
Dauer der Infektiosität	Hepatitis A: 1-2 Wochen vor bis max. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus (Gelbsucht) oder der Transaminasenerhöhung ansteckend Hepatitis E: In Deutschland erworbene Infektionen durch HEV-3 scheinen (wenn überhaupt) jedoch nur extrem selten direkt von Mensch zu Mensch übertragbar zu sein. Die Dauer der Ansteckungsfähigkeit ist nicht abschließend geklärt. Das Virus kann im Stuhl etwa eine 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.	Rotavirus: solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden; bei Gesunden etwa 1 Woche, bei Frühgeborenen und Immungeschwächten Wochen bis Monate Norovirus: Untersuchungen haben allerdings gezeigt, dass das Virus in der Regel noch 7–14 Tage, in Ausnahmefällen aber auch noch über Wochen nach einer akuten Erkrankung über den Stuhl ausgeschieden werden kann.
Wiederzulassung nach Krankheit	Hepatitis A: Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus. Hepatitis E: Bei strikter Einhaltung der persönlichen Hygiene bzw. der oben genannten Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung des Hepatitis-E-Virus sehr unwahrscheinlich. Aus epidemiologischer Sicht sollte daher die Verhältnismäßigkeit des Verbots des Besuchs von Gemeinschaftseinrichtung genau geprüft werden.	Ein Ausschluss wegen Enteritis bei Kindern < 6 Jahre wird vom RKI empfohlen. WZ 2 Tage nach Abklingen des Durchfalls (geformter Stuhl) bzw. des Erbrechens
Ärztl. Attest erforderlich	Nicht erforderlich	Nicht erforderlich
Ausschluss Ausscheider	Gegenwärtig erlaubt die Labordiagnostik keine routinemäßige Erfassung von Ausscheidern. Empfehlungen müssen deshalb entfallen.	Entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen¹	Hepatitis A: In Gemeinschaftseinrichtungen sollte bei Kontaktpersonen für wenigstens 1–2 Wochen nach einer postexpositionellen Impfung (Hep. A) ein Ausschluss erfolgen. Außerdem sollten für mindestens 4 Wochen strikte hygienische Bedingungen eingehalten werden. Ansonsten sind Kontaktpersonen 4 Wochen nach dem letzten Kontakt zu einer infektiösen Person vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen auszuschließen, sofern nicht die strikte Einhaltung von hygienischen Maßnahmen zur Verhütung einer Übertragung gewährleistet ist. Ein Ausschluss von Kontaktpersonen mit bestehendem Impfschutz ist i. d. R. nicht erforderlich. Hepatitis E: Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung von Hepatitis-E-Virus unter engen Kontaktpersonen (z.B. unter Haushaltsangehörigen) kann zwar prinzipiell nicht ausgeschlossen werden, ist in der Praxis aber offensichtlich ein sehr seltenes Ereignis. Insofern sollten Haushaltskontakte von Erkrankten bei Wahrung guter persönlicher Hygiene aller Haushaltsangehörigen als nicht ansteckungsverdächtig gelten. Die oben genannten Vorschriften für Gemeinschaftseinrichtungen gelten auch für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein Verdacht auf Virushepatitis E aufgetreten ist. Die Verhältnismäßigkeit eines Besuchsverbots von Gemeinschaftseinrichtungen sollte aber genau geprüft werden.	Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten
Übertragungsweg	1. Lebensmittel 2. Kontaktübertragung	1. Kontaktübertragung 2. Tröpfcheninfektion 3. Lebensmittel
Hygiene-Maßnahmen	Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich viruzid.	Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich begrenzt viruzid plus oder viruzid. Ggf. nach Wiederzulassung von Kindern mit fraglicher Compliance für Basishygiene intensiviertere Desinfektionsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum, in Abhängigkeit von der Dauer der Erregerausscheidung (Ansteckungsfähigkeit z.B. bei Salmonellen im Durchschnitt ein Monat, bei Kindern länger.) Möglicherweise kontaminierte Textilien



		(beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden.
Medikamentöse Prophylaxe	Hep. A: Ungeimpfte Kinder und Jugendliche können bei engem Kontakt zum Erkrankten (Haushalt, KT, Heim etc.) baldmöglichst eine postexpositionelle aktive Schutzimpfung und ggf. zusätzlich eine Immunglobulin-Prophylaxe erhalten.	Keine wirksame Prophylaxe bekannt
Sonstiges		

Die Empfehlungen wurden dem RKI-Merkblatt „Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen“ vom Juli 2006 sowie dem Epidemiologischen Bulletin 20/2007: 169-173 (Kopflausbefall) und den aktuellen RKI-Ratgebern für Ärzte entnommen.

Stand: Mai 2018

Autoren am LGL: Prof. Dr. Dr. Andreas Sing, Prof. Dr. Christiane Höller, PD Dr. Dr. Heinz Rinder, fortgeführt von Dr. Martin Hoch.

Hygienemaßnahmen Allgemeines:

Grundsätzlich sollten in der Einrichtung die in den Rahmenhygieneplänen für Kindertagesstätten bzw. Schulen festgelegten Basishygienemaßnahmen durchgeführt werden. Genauere Informationen über die für Gemeinschaftseinrichtungen empfohlenen, routinemäßigen Hygienemaßnahmen finden sich unter:

<https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheits/hygiene/index.htm>

Basishygienemaßnahmen:

- Händehygiene (Händewaschung und/oder Händedesinfektion)
- Hygienisches Husten/Niesen
- Einmalhandschuhe
- Flächenreinigung und/oder -desinfektion

Nach dem Bekanntwerden einer Infektion sollten, zusätzlich zu o.g. Basishygienemaßnahmen, einmalig intensivierte Flächendesinfektionsmaßnahmen vorgenommen werden. Hierzu sollten Desinfektionsmittel mit dem passenden Wirkungsbereich und nachgewiesener Wirksamkeit verwendet werden.

Maßnahmen des Arbeitsschutzes bleiben von den folgenden Empfehlungen unberührt. Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. (§ 5 ArbSchG (Gefährdungsbeurteilung)). Laut Biostoffverordnung ist die Gefährdungsbeurteilung fachkundig durchzuführen. Verfügt der Arbeitgeber nicht selbst über die entsprechenden Kenntnisse, so hat er sich fachkundig beraten zu lassen (§4 BiostoffV, TRBA 200: Anforderungen an die Fachkunde nach Biostoffverordnung).

¹ Kontaktpersonen sind „alle Personen (...), mit denen der/die Erkrankte in seiner Wohngemeinschaft (§ 34 Abs. 3 IfSG) in dem Zeitraum infektionsrelevante Kontakte hatte, in dem er/sie Krankheitserreger ausschied. Ob ein irgendwie anders gearteter Kontakt der/des Erkrankten innerhalb dieses Zeitraums mit einer Person außerhalb des häuslichen Bereichs, z. B. in einer Gemeinschaftseinrichtung, Maßnahmen zur Infektionsverhütung oder Krankheitsfrüherkennung nach diesem Merkblatt erfordert, ist nach den Umständen des Einzelfalls zu entscheiden, z.B. zur Sicherung des Erfolges der Maßnahmen zur Bekämpfung eines bestimmten Ausbruchs gestützt auf §§ 25 und 28 bis 31 IfSG. Insbesondere beim Ausschluss von an Masern Ansteckungsverdächtigen kann § 28 Abs. 2 IfSG zur Anwendung kommen.

Die zuständige Behörde kann im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt in den in § 33 genannten Einrichtungen Ausnahmen von Verboten nach § 34 Abs. 1 auch in Verbindung mit Absatz 3 IfSG zulassen, wenn Maßnahmen durchgeführt werden oder wurden, mit denen eine Übertragung der aufgeführten Erkrankung verhindert werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).

² Bei unkontrollierten Ausbrüchen oder Zweifel an der korrekten Durchführung der Zweitbehandlung ist jedoch in der Regel „Nissenfreiheit“ (Fehlen von Eiern) zu empfehlen.

Die Empfehlungen gelten in Verbindung mit den aktuell online verfügbaren Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (Ratgeber für Ärzte) und den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Insbesondere wird auf die hier zu finden Sonderregelungen/Kontraindikationen bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern, Schwangeren, Immunsupprimierten, chronisch Kranken, etc.) verwiesen, deren Auflistung den Rahmen der vorliegenden Zusammenstellung sprengen würde.

Bei konkreten Empfehlungen zu medikamentösen Prophylaxen oder Impfungen sind die Fachinformationen der Hersteller der verfügbaren Präparate, Impfstoffe und Desinfektionsmittel in jedem Fall zu beachten.