



Empfehlungen zur Wiederezulassung in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 IfSG

Infektion	Cholera (Abs. 1 S. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1)	Diphtherie (Abs. 1 S. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 2, Abs. 3 Nr. 2)	EHEC (Abs. 1 S. 1 Nr. 3, Abs. 3 Nr. 3)
<b>Impfpräventabel</b>	(Relativ) Reiseimpfung	Ja	Nein
<b>Inkubationszeit</b>	Stunden bis 5 Tage, selten länger	2-5-Tage, selten bis zu 10 Tage	2-10 Tage, Durchschnitt 3-4 Tage EHEC-assoziierte HUS-Erkrankungen (hämolytisch-urämisches Syndrom) beginnen ungefähr 7 Tage (5-12 Tage) nach Beginn des Durchfalls.
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar.	Solange Erreger in Sekreten und Wunden nachweisbar.	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar.
<b>Wiederezulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht<sup>1</sup></b>	Nach klinischer Genesung und drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen; erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie.	Vor Beginn einer spezifischen Antibiotikatherapie: - Nach negativem Ergebnis eines Abstrichs (entnommen vor Beginn der spezifischen Antibiotikatherapie), d.h. kein kultureller Erregernachweis eines toxischen Corynebacterium-Stammes. Nach Abschluss einer spezifischen Antibiotikatherapie: - Nach 2 negativen Abstrichergebnissen (kein kultureller Erregernachweis eines toxischen 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).	Patienten mit klinischem Bild eines HUS oder Nachweis (bzw. fehlendem Ausschluss) eines HUS-assoziierten EHEC-Stammes: Wiederezulassung nach klinischer Genesung und 2 negativen Stuhlproben im Abstand von mindestens 24 Stunden (Abnahme der 1. Stuhlprobe frühestens 48 Stunden nach Ende der Antibiotikatherapie). Patienten mit Nachweis eines <b>nicht</b> -HUS-assoziierten EHEC-Stammes: Wiederezulassung frühestens 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome. Stuhlkontrolle im Einzelfall möglich, aber nicht verpflichtend.
<b>Ausschluss Ausscheider<sup>2</sup></b>	Die Übertragung von Choleravibrionen erfolgt unabhängig davon, ob Krankheitszeichen bestehen oder nicht, u.a. von Mensch zu Mensch (fäkal-oral) und durch kontaminierte Nahrungsmittel oder Trinkwasser. Deshalb sind Ausscheider erst nach drei negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden (zu entnehmen im Abstand von 1-2 Tagen) wiederzulassen.	Asymptomatische Keimträger: Wiederezulassung nach 2 negativen Abstrichen (d.h. kein kultureller Erregernachweis eines toxischen Corynebacterium-Stammes) im Abstand von mindestens 24 Stunden, Abnahme des 1. Abstrichs frühestens 24 Stunden nach Ende der Antibiotikatherapie.	Personen mit Nachweis HUS-assoziiertes EHEC-Stämme: Nach 2 negativen Stuhlproben im Abstand von mindestens 24 Stunden, Abnahme der 1. Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Ende der ggf. durchgeführten Antibiotikatherapie. Personen mit Nachweis von <b>nicht</b> -HUS-assoziierten EHEC-Stämmen: Wiederezulassung mit Zustimmung des GA unter Beachtung der verfügbaren Schutzmaßnahmen ohne weitere Stuhlkontrollen möglich.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft<sup>3</sup></b>	Da asymptomatische Infektionen bzw. leichte Verläufe überwiegen, müssen Kontaktpersonen für fünf Tage nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Am Ende der Inkubationszeit (nach 5 Tagen) ist eine Stuhlprobe zu entnehmen und ein negativer Befund nachzuweisen. Ein schriftliches ärztliches Attest ist zweckmäßig.	Bei allen engen Kontaktpersonen, Rachenabstrich vor Beginn der PEP (in Form von Antibiotikatherapie): - Bei initial negativem Abstrich: Wiederezulassung, PEP zu Ende führen. - Bei initial positivem Abstrich: Fortsetzung Ausschluss, PEP weiter, Wiederezulassung nach 2 negativen Abstrichen (Abstand > 24 Stunden, Abnahme des 1. Abstrichs 24 Stunden nach Ende der Antibiotikatherapie)	Bei KP, in deren Wohngemeinschaft ein HUS-Fall bzw. ein HUS-assoziiertes EHEC-Stamm nachgewiesen wurde oder der Verdacht darauf besteht: Wiederezulassung nach 1 negativen Stuhlprobe und solange KP asymptomatisch bleibt. Kontaktpersonen, in deren Wohngemeinschaft ein Fall mit <b>nicht</b> -HUS-assoziiertem EHEC nachgewiesen wurde: Wiederezulassung, solange keine Symptome einer akuten Gastroenteritis auftreten. Stuhlkontrolle im Einzelfall möglich, aber nicht verpflichtend.
<b>Übertragungsweg</b>	1. Kontaktübertragung (fäkal-oral) 2. Lebensmittel und Trinkwasser	1. Tröpfcheninfektion 2. Kontaktübertragung (direkter Kontakt mit Hautdiphtherie-Läsionen oder kontaminierten Material)	1. Kontaktübertragung (fäkal-oral) 2. Lebensmittel und Wasser



Infektion	Cholera (Abs. 1 S. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1)	Diphtherie (Abs. 1 S. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 2, Abs. 3 Nr. 2)	EHEC (Abs. 1 S. 1 Nr. 3, Abs. 3 Nr. 3)
<b>Hygiene-Maßnahmen<sup>4</sup></b>	<p>Abstimmung aller Maßnahmen mit zuständigem Gesundheitsamt und ggf. weiteren Fachexperten/-innen. Immer weiterführende Diagnostik am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) anstreben.</p> <p>Internetseite NRZ: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Konsiliar/Vibrionen/vibrionen_node.html">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Konsiliar/Vibrionen/vibrionen_node.html</a></p>	<p>Umgebungsdesinfektion (Flächendesinfektion und Hautdesinfektion).</p> <p>Desinfektionsmittel jeweils mit nachgewiesener, mindestens bakterizider Wirkung.</p> <p>Durchführung einer korrekten Händedesinfektion.</p> <p>Alle Gegenstände und Flächen, die Kontakt mit der erkrankten Person oder deren Ausscheidungen hatten, müssen mit einem Flächendesinfektionsmittel desinfiziert werden.</p>	<p>Desinfektionsmittel (Fläche und Hände) mit nachgewiesener, mindestens bakterizider Wirkung.</p> <p>Einhalten einer effektiven Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, nach dem Wechsel von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfizieren mit alkoholischer Händedesinfektion). Keine eigene Toilette erforderlich.</p> <p>Desinfizieren von Gegenständen und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Erkrankten in Berührung gekommen sein könnten.</p> <p>Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher) sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C mit einem Vollwaschmittel, gewaschen werden.</p> <p>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).</p>
<b>Postexpositionsprophylaxe (PEP)</b>	Keine wirksame PEP bekannt.	<p>Enge Kontaktpersonen (auch Geimpfte) erhalten eine PEP (in Form einer Antibiotikatherapie), ggf. Auffrischimpfung bei KPs.</p> <p>Impfung nach Rekonvaleszenz bei Erkrankten, da eine Infektion mit Diphtherie-Erregern keine langfristige Immunität erzeugt.</p>	Keine wirksame PEP bekannt.
<b>Sonstiges</b>	Prüfung einer Übermittlungspflicht gemäß § 12 IfSG in Verbindung mit Anlage 2 der IGV und ggf. unverzügliche Information der zuständigen Landesbehörde (LGL).	<p>Unverzügliche Information der obersten Landesgesundheitsbehörde und Kontakt mit RKI via GA und LGL erforderlich.</p> <p>Immer Einsendung von Bakterienstämmen, sowie ggf. von Probenmaterial (z.B. Abstrich) an Konsiliarlabor (KL) für Diphtherie am LGL für weitere Diagnostik anstreben (Bitte Ankündigung telefonisch oder per E-Mail an <a href="mailto:diphtheria@lgl.bayern.de">diphtheria@lgl.bayern.de</a>).</p> <p>Internetseite KL: <a href="https://www.lgl.bayern.de/gesundheitschutz/infektionskrankheiten_a_z/diphtherie/konsiliarlaboratorium_diphtherie.htm">https://www.lgl.bayern.de/gesundheitschutz/infektionskrankheiten_a_z/diphtherie/konsiliarlaboratorium_diphtherie.htm</a></p> <p>Bei Nachweis von zoonotischen Diphtherie-Erregern (C. ulcerans, C. pseudotuberculosis) ggf. Abstrich-Untersuchung von Haus- bzw. Nutztieren des Patienten erwägen.</p>	<p>Immer Typisierung am LGL bzw. Konsiliarlabor (KL) für HUS oder Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger anstreben.</p> <p>Internetseite LGL: <a href="https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitschutz/infektionsschutz/index.htm#menschen">https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitschutz/infektionsschutz/index.htm#menschen</a></p> <p>Internetseite KL: <a href="https://www.medizin.uni-muenster.de/hygiene/konsiliarlaboratorium-hus/">https://www.medizin.uni-muenster.de/hygiene/konsiliarlaboratorium-hus/</a></p> <p>Internetseite NRZ: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Salmonellen/salmon_node.html">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Salmonellen/salmon_node.html</a></p>



Infektion	Virales hämorrhagisches Fieber (VHF) (Abs. 1 S. 1 Nr. 4, Abs. 3 Nr. 4)	Haemophilus influenzae B-Meningitis (Abs. 1 S. 1 Nr. 5, Abs. 3 Nr. 5)	Impetigo (ansteckende Borkenflechte) (Abs. 1 S. 1 Nr. 6)
Impfpräventabel	Nein	Ja	Nein
Inkubationszeit	z.B. Ebolafieber 2-21 Tage Lassafieber 3- 21 Tage Marburgfieber 2-21 Tage	Nicht genau bekannt, wahrscheinlich 2-4 Tage	2-10 Tage
Dauer der Infektiosität	Solange Viren im Speichel, Blut oder in Ausscheidungen nachweisbar sind.	Bis zu 24 Stunden nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie entsprechend Ergebnis der antimikrobiellen Testung.	Ohne Behandlung sind die Patienten ansteckend, bis die letzte Effloreszenz abgeheilt ist (häufig 3 Wochen und länger).
Wiederzulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht <sup>1</sup>	Nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Für die Entscheidung einer Wiederzulassung sollte immer eine Expertenmeinung eingeholt und mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt werden.	Nach klinischer Genesung und frühestens 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie.	24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie; ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
Ausschluss Ausscheider <sup>2</sup>	Entfällt.	Entfällt. 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 Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft <sup>3</sup>	Kontaktpersonen werden nach RKI Empfehlungen kategorisiert und ggf. häuslich/ stationär für die Dauer der maximalen Inkubationszeit isoliert und beobachtet. Vgl. <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Biosicherheit/Schutzmassnahmen/Kontakt/Einteilung_Kontaktpersonen_VHF.html">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Biosicherheit/Schutzmassnahmen/Kontakt/Einteilung_Kontaktpersonen_VHF.html</a>	Wiederzulassung 24-48 Stunden nach Beginn der Chemoprophylaxe (Antibiotikatherapie) möglich. Ohne Chemoprophylaxe: frühestens 4 Tage nach dem letzten Kontakt und bei Symptombefreiheit.	Nicht erforderlich.
Übertragungsweg	1. Kontaktübertragung (Infizierte Tiere und deren Körperflüssigkeiten) 2. Lebensmittel (bushmeat, kontaminierte Früchte) 3. Tröpfcheninfektion	1. Tröpfcheninfektion	1. Kontaktübertragung (Hautkontakt oder kontaminierte Gegenstände)
Hygiene-Maßnahmen <sup>4</sup>	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 Schlusdesinfektion durch Verdampfung von Formaldehyd erforderlich.) Absonderung von an VHF Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen in einem für diese Erkrankung geeignetem Behandlungszentrum (§ 30 Abs. 1 IfSG).	Es sind keine über die Basishygiene hinausgehenden Desinfektionsmaßnahmen notwendig.	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens bakterizider Wirkung. Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden. Effektive Händehygiene (gründliches Händewaschen mit Seife, ggf. Händedesinfektion).
Postexpositionsprophylaxe (PEP)	Beratung durch STAKOB-Behandlungszentren dringend empfohlen. Enge Kontaktpersonen von Patienten mit Lassa-Fieber: Ribavirin.	In einem Haushalt mit Kindern unter fünf Jahren, die unvollständig oder nicht gegen HiB immunisiert sind, oder mit relevant immungeschwächten Personen sollten alle Personen	Keine wirksame PEP bekannt.

## Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Infektion	Virales hämorrhagisches Fieber (VHF) (Abs. 1 S. 1 Nr. 4, Abs. 3 Nr. 4)	Haemophilus influenzae B-Meningitis (Abs. 1 S. 1 Nr. 5, Abs. 3 Nr. 5)	Impetigo (ansteckende Borkenflechte) (Abs. 1 S. 1 Nr. 6)
		<p>(nicht jedoch Schwangere) eine Rifampicin-Prophylaxe für 4 Tage erhalten.                      Ungeimpfte in Gemeinschaftseinrichtung exponierte Kinder unter 5 Jahre sollten ebenfalls eine PEP erhalten.                      Dosis der Rifampicin-Prophylaxe nach Lebensalter.                      Zusätzlich zur Chemoprophylaxe sollten ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Kinder unter 5 Jahren gegen HiB nachgeimpft werden.</p>	
<b>Sonstiges</b>	<p>Prüfung einer Übermittlungspflicht gemäß § 12 IfSG in Verbindung mit Anlage 2 der IGV und ggf. unverzügliche Information der zuständigen Landesbehörde (LGL).                      Personen, die an VHF erkrankt oder dessen verdächtig sind, sind unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung abzusondern (Anordnung gemäß § 30 Abs. 1 IfSG).                      Immer Diagnostik am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für tropische Infektionserreger anstreben.                      Internetseite NRZ:  <a href="https://www.bnitm.de/labordiagnostik/service/nationales-referenzzentrum">https://www.bnitm.de/labordiagnostik/service/nationales-referenzzentrum</a></p>	<p>Typisierung am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Meningokokken und Haemophilus influenzae anstreben.                      Internetseite NRZ:  <a href="https://www.hygiene.uni-wuerzburg.de/meningococcus/">https://www.hygiene.uni-wuerzburg.de/meningococcus/</a></p>	



Infektion	Pertussis (Keuchhusten) (Abs. 1 S. 1 Nr. 7)	Lungen-TBC (Abs. 1 S. 1 Nr. 8, Abs. 3 Nr. 6)	Masern (Abs. 1 S. 1 Nr. 9, Abs. 3 Nr. 7)
Impräventabel	Ja	Keine Empfehlung für Deutschland	Ja
Inkubationszeit	Durchschnitt 9-10 Tage, seltener auch 6-20 Tage	Wochen bis Monate/ Jahre	Spanne 7-21 Tage, im Durchschnitt 10-14 Tage bis zu ersten Krankheitszeichen und i. d. R. 14-17 Tage bis Ausbruch des Exanthems
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 Tage nach Beginn der Antibiotikatherapie. Auch gegen Pertussis geimpfte Kinder können nach Keuchhustenkontakt vorübergehend Träger von Bordetella pertussis 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.	4 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems, am höchsten vor Auftreten des Exanthems
Wiederzulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht <sup>1</sup>	Frühestens 5 Tage nach Beginn einer effektiven Antibiotikatherapie; ohne antimikrobielle Behandlung frühestens 3 Wochen nach Beginn des Hustens.	Nach korrekt durchgeführter antituberkulöser Kombinationstherapie i. d. R. 3 Wochen nach Therapiebeginn, wenn (bei initial mikroskopisch positivem Befund) in drei aufeinander folgenden negativen Proben von Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft mikroskopisch negative Befunde vorliegen. Bei MDR-TB wird mindestens eine negative Kultur empfohlen.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 Tage nach Exanthembeginn.
Ausschluss Ausscheider <sup>2</sup>	Entfällt.	Wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist stets als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen. Individuelle Beratung durch das zuständige Gesundheitsamt erforderlich.	Entfällt.
Ausschluss Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft <sup>3</sup>	Nicht erforderlich, solange kein Husten auftritt. Bei Husten sind Untersuchungen zur Feststellung bzw. zum Ausschluss von Pertussis angezeigt, z. B. PCR aus nasopharyngealem Abstrich.	Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome auftreten.	Ausschluss empfänglicher KP in Wohngemeinschaft für die Dauer von 21 Tagen nach letzter infektiöser Exposition. Wiederzulassung bei: - 2 dokumentierten Impfungen - nach durchgemachter Masernerkrankung (ärztliches Attest mit labordiagnostischer Bestätigung einer ausreichenden Immunität)  Darüber hinaus kann die zuständige Gesundheitsbehörde im Einzelfall bei empfänglichen KP in der betroffenen Einrichtung Maßnahmen nach §§ 25, 28 bis 31 IfSG anordnen: Ausschluss empfänglicher KP für die Dauer von 21 Tagen nach letztem infektiösem Kontakt. Wiederzulassung bei: - 2 dokumentierten Impfungen oder - labordiagnostisch bestätigter Immunität oder - rechtzeitiger postexpositioneller Schutzimpfung (< 3 Tage nach Erstexposition). Bei Erstimpfung im Rahmen eines Ausbruches



Infektion	Pertussis (Keuchhusten) (Abs. 1 S. 1 Nr. 7)	Lungen-TBC (Abs. 1 S. 1 Nr. 8, Abs. 3 Nr. 6)	Masern (Abs. 1 S. 1 Nr. 9, Abs. 3 Nr. 7)
			sind die STIKO-Empfehlungen zu ggf. empfohlener Zweitimpfung zu beachten.
Übertragungsweg	1. Tröpfcheninfektion	1. Aerogene Übertragung	1. Aerogene Übertragung 2. Tröpfcheninfektion 3. Kontaktübertragung (Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nasen oder Rachen)
Hygiene-Maßnahmen <sup>4</sup>	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, bakterizider Wirkung.	Desinfektionsmittel mit mindestens tuberkulozider Wirkung. Im Anschluss an das Bekanntwerden der Infektion, sollten alle Räumlichkeiten der Gemeinschaftseinrichtung ausreichend gelüftet werden.	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirkung.
Postexpositionsprophylaxe (PEP)	Für ungeimpfte enge Kontaktpersonen in der Familie, der Wohngemeinschaft oder in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter besteht die Empfehlung einer Chemoprophylaxe mit einem Antibiotikum (Makrolide). 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 Grundleiden oder Schwangere im letzten Trimester, befinden. Falls die letzte Pertussis Impfung mehr als 5 Jahren zurückliegt, kann einer erneuten Impfung erwogen werden.	<b>Chemoprophylaxe:</b> Für Kinder unter 5 Jahren mit engem Kontakt zu einem ansteckenden Fall von Tuberkulose (z.B. Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum-Direktpräparat eines Elternteils), deren Tuberkulintest/ IGRA negativ ist und bei denen durch weitere Untersuchungen eine Erkrankung an Tuberkulose ausgeschlossen wurde, wird eine Chemoprophylaxe mit Isoniazid (INH) über 3 Monate empfohlen. Mögliche Erregerresistenzen des Indexfalls sind zu berücksichtigen. Im Falle einer isolierten INH-Resistenz sollte eine Prophylaxe mit Rifampicin (RMP) erfolgen. Bei einer MDR-TB (multidrug-resistant tuberculosis) kann keine generelle Empfehlung zur Chemoprophylaxe gegeben werden; diese kann individuell unter Berücksichtigung der Resistenzlage des Infektions- und Erkrankungsrisikos in Rücksprache mit einem spezialisierten Zentrum erwogen werden. <b>Chemoprävention:</b> Bei Kontaktpersonen mit nachgewiesener latenter Tuberkuloseinfektion (verschiedene Behandlungsregime mit INH und/oder RMP).	Nach 1970 geborenen Personen ab dem Alter von 9 Monaten mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder nur einer Impfung in der Kindheit wird eine rechtzeitige <b>postexpositionelle Impfung</b> (< 3 Tage nach Erstexposition) empfohlen. Darüber hinaus kann nach individueller Risiko-Nutzenabwägung auch bei 6-8 Monate alten Säuglingen eine postexpositionelle Impfung in Erwägung gezogen werden. Die Riegelungsimpfung kann – insbesondere, wenn der Ausbruch in Institutionen (wie z.B. Schule oder Kita) – auch noch zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll sein (Schutz vor Fällen der 2. Generation). Bei Erstimpfung im Rahmen eines Ausbruches sind die STIKO-Empfehlungen zu ggf. empfohlener Zweitimpfung zu beachten. Bei ungeschützten Personen mit Kontraindikation gegen eine aktive Immunisierung und mit hohem Risiko für Komplikationen (Säuglingen <6 Monate, empfänglichen Schwangeren und immundefizienten Personen) wird eine postexpositionelle Prophylaxe von Masern als <b>passive Immunisierung</b> durch Gabe von humanem Immunglobulin innerhalb von 6 Tagen nach Kontakt empfohlen.
Sonstiges		Bei MDR-TB immer weiterführende Diagnostik am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Mykobakterien anstreben. Internetseite NRZ: <a href="http://www.fz-borstel.de">www.fz-borstel.de</a>	Immer Typisierung am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Masern, Mumps, Röteln anstreben. Internetseite NRZ: <a href="https://www.rki.de/nrz-mmr">https://www.rki.de/nrz-mmr</a>



Infektion	Meningokokken-Meningitis/Sepsis (Abs. 1 S. 1 Nr. 10, Abs. 3 Nr. 8)	Mumps (Abs. 1 S. 1 Nr. 11, Abs. 3 Nr. 9)	Orthopocken (Abs. 1 Sa. 1 Nr. 12) (hier: Mpox/ Affenpocken)
Impfpräventabel	A, C, W, Y und B	Ja	Relativ (In Deutschland nur Empfehlung bei erhöhtem Expositions- und Infektionsrisiko)
Inkubationszeit	meist 3-4 Tage, Spanne 2-10 Tage	i.d.R. 16-18 Tage, Spanne 12-25 Tage	1-21 Tage
Dauer der Infektiosität	Bis zu 7 Tage vor Beginn der Symptomatik bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie.	7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Parotisschwellung (2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten). Auch klinisch inapparente Infektionen sind ansteckend.	Bis alle Läsionen (inklusive Schorf) abgeheilt, die Krusten abgefallen sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat (bis zu 4 Wochen).
Wiederzulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht <sup>1</sup>	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 24 Stunden nach Beginn einer effektiven antibiotischen Therapie.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 Tage nach Erkrankungsbeginn.	Frühestens 21 Tage nach Symptombeginn, wenn alle klinischen Symptome abgeklungen sind und alle Läsionen (inklusive Schorf) abgeheilt sind.
Ausschluss Ausscheider <sup>2</sup>	Entfällt. 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.	Entfällt.
Ausschluss Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft <sup>3</sup>	Enge Kontaktpersonen (siehe Definition RKI Merkblatt: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaette/r/Ratgeber_Meningokokken.html#doc2374538bodyText16">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaette/r/Ratgeber_Meningokokken.html#doc2374538bodyText16</a> ): Wiederzulassung 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Chemoprophylaxe. Ohne Chemoprophylaxe ist eine Wiederzulassung frühestens 10 Tage nach Kontakt möglich.	Ausschluss empfänglicher Kontaktperson für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 18 Tagen. Wiederzulassung bei: - Personen, die vor 1970 geboren wurden und in Deutschland aufgewachsen sind - ärztlich bestätigter durchgemachter Mumps-Erkrankung - labordiagnostischem Nachweis einer durchgemachten Infektion ODER - Personen im Alter von ≥ 18 Jahren mit nachgewiesener einmaliger Impfung - Personen im Alter von <18 Jahren mit nachgewiesener zweimaliger Impfung - Personen im Alter von <18 mit nur einer dokumentierten Impfung nach zweiter Impfung (Nachholimpfung) - Personen bisher ohne dokumentierte nach erfolgter Impfung (Ausnahme: bei Kontakt zu Schwangeren und Immungeschwächten mit fehlender oder unklarer Mumps-Immunität).	Nicht erforderlich, solange Kontaktpersonen frei von Symptomen sind, die auf eine Mpox-Infektion hindeuten.
Übertragungsweg	1. Tröpfcheninfektion	1. Tröpfcheninfektion 2. Kontaktübertragung (Speichelkontakt)	1. Kontaktübertragung (Kontakt zu Haut- und Schleimhautläsionen) 2. Lebensmittel (bush meat)



Infektion	Meningokokken-Meningitis/Sepsis (Abs. 1 S. 1 Nr. 10, Abs. 3 Nr. 8)	Mumps (Abs. 1 S. 1 Nr. 11, Abs. 3 Nr. 9)	Orthopocken (Abs. 1 Sa. 1 Nr. 12) (hier: Mpox/ Affenpocken)
Hygiene-Maßnahmen <sup>4</sup>	Es sind keine über die Basishygiene hinausgehenden Desinfektionsmaßnahmen notwendig.	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirkung.	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirkung.
Postexpositionsprophylaxe (PEP)	Für enge Kontaktpersonen (Def. s. RKI-Merkblatt: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html#doc2374538bodyText16">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html#doc2374538bodyText16</a> ) sollte schnellstmöglich eine Chemoprophylaxe durchgeführt werden (sinnvoll bis 10 Tage nach letztem Kontakt zu Erkrankten). Bei impfpräventabler Serogruppe zusätzl. postexpositionelle Impfung.	KP, die bisher ungeimpft oder nur einmal geimpft sind, sollten möglichst frühzeitig eine postexpositionelle Impfung erhalten. Die Impfung kann eine Infektion nicht verhindern, kann aber helfen Infektionsketten zu unterbrechen.	Postexpositionsprophylaxe für enge Kontaktpersonen im Alter $\geq 18$ Jahre (z.B. Sexualkontakte, Haushaltskontakte von Erkranktem) mit dem Impfstoff Imvanex/Jynneos, frühestmöglich bis zu 14 Tagen nach Exposition, jedoch nur solange Kontaktperson keine Symptome aufweist. Ggf. Vervollständigung der Grundimmunisierung durch 2. Impfdosis im Abstand von $\geq 28$ Tagen, falls Person in Vergangenheit nicht bereits gegen Pocken geimpft wurde.
Sonstiges	Immer Typisierung am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Meningokokken und Haemophilus influenzae anstreben. Internetseite NRZ: <a href="https://www.hygiene.uni-wuerzburg.de/meningococcus/">https://www.hygiene.uni-wuerzburg.de/meningococcus/</a>		

# Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



<b>Infektion</b>	<b>Pest</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 14, Abs. 3 Nr. 11)	<b>Polio[myelitis] (Kinderlähmung)</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 15, Abs. 3 Nr. 12)	<b>Röteln</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 16, Abs. 3 Nr. 12a)
<b>Impfpräventabel</b>	Nein	Ja	Ja
<b>Inkubationszeit</b>	1-3 Tage bei Lungenpest, 2-7 Tage bei Beulenpest	Spanne 3-35 Tage, durchschnittlich 3-6 Tage für nicht-paralytische und 7-14 Tage im Falle einer paralytischen Verlaufsform	14-21 Tage
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Solange Erreger im Bubonenpunkat, Sputum oder Blut nachweisbar sind. 72 Stunden nach Beginn einer effektiven antibiotischen Therapie ist nicht mehr von einer Ansteckungsfähigkeit auszugehen. Ein Leichnam kann bis zu 2 Monate kontagiös sein.	Solange das Virus ausgeschieden wird. Das Poliovirus ist in Rachensekreten frühestens 36 Stunden nach Infektion nachweisbar und kann dort etwa 7 Tage persistieren. Die Virusausscheidung im Stuhl beginnt 2-3 Tage nach Infektion und kann bis zu 6 Wochen andauern (in Einzelfällen, z.B. bei Immuninkompetenten, auch länger). Auch Infizierte mit abortivem oder inapparentem Verlauf sind Virusausscheider.	7 Tage vor Ausbruch des Exanthems bis zu 7 Tage nach Auftreten des Exanthems. Kinder mit einer Rötelnembryopathie (koninatales Röteln Syndrom, CRS) können das Rötelnvirus aus dem Respirationstrakt und über den Urin bis zu einem Alter von 1 Jahr in hohen Mengen ausscheiden.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht<sup>1</sup></b>	Nach Abklingen der klinischen Symptome und Beendigung der antibiotischen Therapie. Abstimmung mit Fachexperten/-innen nötig.	Abstimmung mit Fachexperten/-innen nötig. Frühestens nach 2 negativen Kontrolluntersuchungen im Abstand von 7 Tagen bestehend aus je zwei Stuhlproben abgenommen im Abstand von 24-48 Stunden. Die erste Kontrolluntersuchung kann frühestens eine Woche nach Erkrankungsbeginn bzw. nach Feststellung des Ausscheiderstatus erfolgen.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens am 8. Tag nach Exanthembeginn.
<b>Ausschluss Ausscheider<sup>2</sup></b>	Entfällt.	Entfällt. Bei Kontaktpersonen, die als Poliovirus-Ausscheider klassifiziert wurden, ist wie bei Erkrankten (s. o.) zu verfahren.	Entfällt.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft<sup>3</sup></b>	Einteilung von Kontaktpersonen nach Expositionsrisiko (siehe RKI Ratgeber für Ärzte: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Pest.html#doc10166986bodyText15">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Pest.html#doc10166986bodyText15</a> ) Kontaktpersonen sind vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen. Eine strenge häusliche Quarantäne über sieben Tage mit ärztlicher Überwachung ist ausreichend. Enge Kontaktpersonen sollten eine PEP erhalten (s.u.). Im Falle einer korrekt durchgeführten PEP ist eine Entlassung aus der Quarantäne ggf. nach 72 Stunden zu erwägen. Abstimmung mit Fachexperten/-innen nötig.	Bei Kontaktpersonen sollte so früh wie möglich (unabhängig vom Impfstatus) eine Schutzimpfung mit IPV-Impfstoff erfolgen. Bei Kontaktpersonen mit vollständigem Impfstatus (Grundimmunisierung plus eine Auffrischimpfung) 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 (frühestens 3 Tage nach letzter Exposition) zur Abschätzung des Ausscheiderstatus bei engen Kontaktpersonen (Mitglieder einer Haushalts- oder Toilettengemeinschaft) unabhängig vom Impfstatus zu empfehlen. Bei ungeimpften oder nicht vollständig grundimmunisierten Kontaktpersonen ist eine Wiederzulassung frühestens 1 Woche nach letzter Exposition und 2 negativen Stuhlproben im Abstand von 24-48 Stunden möglich.	Ausschluss empfänglicher KP in Wohngemeinschaft für die Dauer von 21 Tagen nach letzter infektionsrelevanter Exposition. Wiederzulassung bei: - vor 1970 geborenen Personen - nach STIKO-Empfehlungen altersgemäß geimpft - nach durchgemachter Rötelnkrankung (ärztliches Attest mit labordiagnostischer Bestätigung einer ausreichenden Immunität)  Darüber hinaus kann die zuständige Gesundheitsbehörde im Einzelfall bei empfänglichen KP in der betroffenen Einrichtung Maßnahmen nach §§ 25, 28 bis 31 IfSG anordnen: Ausschluss empfänglicher KP für die Dauer von 21 Tagen nach letztem infektionsrelevantem Kontakt. Wiederzulassung bei: - nach STIKO-Empfehlungen altersgemäß Geimpften - einmalig Geimpfte bei dokumentierter Nachholung der zweiten Impfung; ohne Nachholimpfung nur, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen (z. B. Schwangere, Immunsupprimiertem) besteht - Ungeimpfte bei einmaliger Postexpositionsimpfung, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen besteht



Infektion	Pest (Abs. 1 S. 1 Nr. 14, Abs. 3 Nr. 11)	Polio[myelitis] (Kinderlähmung) (Abs. 1 S. 1 Nr. 15, Abs. 3 Nr. 12)	Röteln (Abs. 1 S. 1 Nr. 16, Abs. 3 Nr. 12a)
Übertragungsweg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vektoren (in Deutschland sind jedoch aktuell keine Tierreservoir bekannt)</li> <li>2. Kontaktübertragung (Kontakt zu Körperflüssigkeiten)</li> <li>3. Tröpfcheninfektion (bei Lungenpest)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontaktübertragung (fäkal-oral)</li> <li>2. Tröpfcheninfektion</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tröpfcheninfektion</li> <li>2. Diaplazentar (von der Mutter auf das Ungeborene)</li> </ol>
Hygiene-Maßnahmen <sup>4</sup>	<p>Abstimmen aller Maßnahmen mit dem LGL. (Sorgfältige Desinfektion der Räumlichkeiten mit einem bakteriziden Desinfektionsmittel (Wirkbereich A) aus der Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel.) Absonderung von an Lungenpest Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen in einer der für diese Erkrankung geeigneten Behandlungszentren (§ 30 Abs. 1 IfSG)</p>	<p>Hygienemaßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen. Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich viruzid. Einhaltung einer strikten Händehygiene (insbesondere gründliches Händewaschen und ggf. viruswirksame Händedesinfektion nach dem Toilettengang).</p>	<p>Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirkung.</p>
Postexpositionsprophylaxe (PEP)	<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 PEP mit Ciprofloxacin, Doxycyclin oder Sulfamethoxazol/Trimethoprim für 7 Tage erfolgen.</p>	<p>Alle exponierten Personen müssen unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich eine aktive Schutzimpfung (IPV) erhalten.</p>	<p>Der Nutzen einer postexpositionellen Impfung ist nicht ausreichend belegt und kann eine Erkrankung nicht sicher verhindern. Für ungeschützte Personen wird ein Nachholen (fehlenden) Impfungen empfohlen (Unterbrechung von Infektionsketten).</p>
Sonstiges	<p>Prüfung einer Übermittlungspflicht gemäß § 12 IfSG in Verbindung mit Anlage 2 der IGV und ggf. unverzügliche Information der zuständigen Landesbehörde (LGL).</p>	<p>Prüfung einer Übermittlungspflicht gemäß § 12 IfSG in Verbindung mit Anlage 2 der IGV und ggf. unverzügliche Information der zuständigen Landesbehörde (LGL).</p>	<p>Alle Schwangere ohne Immunität sollten der Einrichtung fernbleiben, bis eine Übertragung nicht mehr zu befürchten ist. Immer Typisierung am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Masern, Mumps, Röteln anstreben. Internetseite NRZ: <a href="https://www.rki.de/nrz-mmr">https://www.rki.de/nrz-mmr</a></p>



<b>Infektion</b>	<b>S. pyogenes (z. B. Scharlach)</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 17)	<b>Shigellose (Bakterien-Ruhr)</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 18, Abs. 2 Nr. 5, Abs. 3 Nr. 13)	<b>Skabies (Krätze; Krätzmilbenbefall)</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 19)
<b>Impfpräventabel</b>	Nein	Nein	Nein
<b>Inkubationszeit</b>	1-3 Tage	Selten länger als 12-96 Stunden	Erstinfestation: 2-5 Wochen Reinfestation: 1-4 Tage
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. Unbehandelt gelten die Erkrankten bis zu 3 Wochen als infektiös.	Solange Erreger ausgeschieden werden (1-4 Wochen mögl.); chronische Ausscheidung ist selten.	Ohne Behandlung sind Patienten während der gesamten Krankheitsdauer ansteckend.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht<sup>1</sup></b>	Nach klinischer Genesung und 24 Stunden nach Beginn der Antibiotikatherapie. Wird keine antibiotische Therapie veranlasst frühestens 24 Stunden nach Abklingen der Krankheitssymptome.	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen (erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 48 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie)	Nach topischer Behandlung mit einem Antiskabiesmittel bzw. 24 Stunden nach Ivermectin-Gabe – gilt <b>nicht</b> für Skabies crustosa (hier meist stationäre Behandlung notwendig).
<b>Ausschluss Ausscheider<sup>2</sup></b>	Entfällt.	Bis zum Vorliegen von 2 negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen (erste Stuhlprobe frühestens 48 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie). Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem GA eine individuelle Lösung erarbeitet werden, um Wiederzulassung zu ermöglichen.	Entfällt.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft<sup>3</sup></b>	Nicht erforderlich, eine Aufklärung über das Infektionsrisiko und Krankheitssymptome wäre wünschenswert.	Nach Vorliegen einer negativen Stuhlproben (zu entnehmen 96 Stunden nach letztmaligem Kontakt zum Erkrankten/ Krankheitsverdächtigen). Von dieser Regel kann abgewichen werden, wenn die erforderlichen Hygienemaßnahmen sicher gewährleistet sind (§ 34 Abs. 7 IfSG).	Ausschluss nur bei Skabies verdächtigen Kontaktpersonen. In Pflege- und Gemeinschaftseinrichtungen sollten enge Kontaktpersonen auch ohne Symptome möglichst zeitgleich behandelt werden („Off-Label-Use“). Bis zur Behandlung sind enge Körperkontakte zu anderen Personen zu meiden.
<b>Übertragungsweg</b>	1. Kontaktübertragung 2. Tröpfcheninfektion	1. Kontaktübertragung (fäkal-oral, sexuell) 2. Lebensmittel und Trinkwasser	1. Kontaktübertragung (Haut-zu-Haut)
<b>Hygiene-Maßnahmen<sup>4</sup></b>	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens bakterizider Wirkung. Effektive Händehygiene, ggf. Händedesinfektion. Wäsche möglichst bei mindestens 60°C waschen.	Desinfektionsmittel mit mindestens bakterizider Wirkung. Einhaltung einer strikten Händehygiene (gründliches Waschen der Hände mit Seife nach jedem Stuhlgang, Desinfektion der Hände, dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel) und Desinfektion aller Gegenstände und Flächen, die mit infektiösen Ausscheidungen des Kranken in Berührung gekommen sein könnten. Ggf. nach Wiederzulassung von Kindern mit fraglicher Compliance für Basishygiene intensivierte Desinfektionsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum, in Abhängigkeit von der Dauer einer möglichen Erregerausscheidung.	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 leistungsstarken Staubsauger abgesaugt (Filter und Beutel danach entsorgen) oder für mindestens 48 Stunden lang nicht benutzt werden. Weitere Hinweise und Maßnahmen bei Scabies crustosa finden sich in der Leitlinie „Skabies, Diagnostik und Therapie“ der



<b>Infektion</b>	<b>S. pyogenes (z. B. Scharlach)</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 17)	<b>Shigellose (Bakterien-Ruhr)</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 18, Abs. 2 Nr. 5, Abs. 3 Nr. 13)	<b>Skabies (Krätze; Krätzmilbenbefall)</b> (Abs. 1 S. 1 Nr. 19)
		Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), sollten ausgetauscht und im Kochwaschgang, mindestens jedoch bei 60 °C, gewaschen werden.	Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) <a href="https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-052.html">https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-052.html</a> oder im RKI-Ratgeber zu Skabies <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Skabies.html">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Skabies.html</a>
<b>Postexpositionsprophylaxe (PEP)</b>	Nicht notwendig. Ausnahme: Patienten mit Zustand nach rheumatischem Fieber (erhöhtes Risiko für ein Rezidiv) sowie Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft mit Kontakt zu schwerwiegend Erkrankten (Sepsis, STSS, nekrotisierende Faszitis) sollten eine Chemoprophylaxe erhalten.	Keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.	Simultanbehandlung enger Kontakte, wenn ärztlich vertretbar (Off-Label-Use, s.o.).
<b>Sonstiges</b>			Ggf. Zweitbehandlung mit einem Antiskabiesmittel notwendig. Ausbruchsgeschehen sollte bis zu einem halben Jahr im Blick gehalten werden.



Infektion	Kopfläuse (Abs. 1 S. 1 a. E.)	Typhus, Paratyphus (Abs. 1 S. 1 Nr. 13, 20, Abs. 3 Nr. 10, 14)	Virus-Hepatitis A/E (Abs. 1 S. 1 Nr. 21, Abs. 3 Nr. 15)
<b>Impfpräventabel</b>	Nein	(Relativ) Reiseimpfung	A: Ja E: Nein
<b>Inkubationszeit</b>	Keine eigentliche Inkubation. Lebenszyklus ca. 3 Wochen.	Typhus abdominalis: im Durchschnitt 8-14 Tage (Spanne 3-60 Tage) Paratyphus: ca. 1–10 Tage	<b>Hepatitis A:</b> im Allgemeinen 25-30 Tage (Spanne: 15-50 Tage) <b>Hepatitis E:</b> 15-64 Tage
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Solange die Betroffenen mit geschlechtsreifen Läusen befallen und noch nicht adäquat behandelt sind.	Erregerausscheidung im Stuhl ca. 1 Woche nach Erkrankungsbeginn. Ausscheidung kann über Wochen nach dem Abklingen der Symptome anhalten und in 2-5 % der Fälle in eine lebenslange symptomlose Ausscheidung übergehen.	<b>Hepatitis A:</b> höchste Ansteckungsfähigkeit 1-2 Wochen vor bis zu 1 Woche nach Auftreten des Ikterus (Gelbsucht) oder der Transaminasenerhöhung; infizierte Kleinkinder und Kinder können das Virus länger (bis zu 6 Monaten) ausscheiden  <b>Hepatitis E:</b> 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. Nach aktuellem Kenntnisstand ist bei strikter Einhaltung der persönlichen Hygiene eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung (im Sinne einer fäkal-oralen Schmierinfektion) sehr unwahrscheinlich.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht<sup>1</sup></b>	Nach korrekter Durchführung der Erstbehandlung mit einem gelisteten Läusemittel möglich (Einwirkzeit und Menge sind zu beachten). Ergänzend ist auf die empfohlene Zweitbehandlung und das nasse Auskämmen hinzuweisen.	Nach klinischer Genesung und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen (im Falle einer Antibiotikatherapie erste Stuhlprobe frühestens 24 Stunden nach Ende der Therapie).	<b>Hepatitis A:</b> Wiederzulassung 2 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus möglich. Bei Kindern und Kleinkindern sollte die entsprechende Hygienekompetenz berücksichtigt werden, da das Virus auch länger ausgeschieden werden kann.  <b>Hepatitis E:</b> Wiederzulassung nach klinischer Genesung. Bei strikter Einhaltung der persönlichen Hygiene ist eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung des Hepatitis-E-Virus sehr unwahrscheinlich. Die Verhältnismäßigkeit des Verbots des Besuchs von Gemeinschaftseinrichtung sollte daher genau geprüft werden. Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden oder wurden, mit denen eine Übertragung der aufgeführten Erkrankung verhütet werden kann.
<b>Ausschluss Ausscheider<sup>2</sup></b>	Entfällt.	Im Regelfall bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen. Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden. Eine Sanierung kann angestrebt werden.	Entfällt.



Infektion	Kopfläuse (Abs. 1 S. 1 a. E.)	Typhus, Paratyphus (Abs. 1 S. 1 Nr. 13, 20, Abs. 3 Nr. 10, 14)	Virus-Hepatitis A/E (Abs. 1 S. 1 Nr. 21, Abs. 3 Nr. 15)
<b>Ausschluss Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft<sup>3</sup></b>	Nicht erforderlich. Kontaktpersonen sind zu informieren, zu untersuchen und ggf. zu behandeln. Kinder einer Gemeinschaftseinrichtung werden i.d.R. von deren Eltern untersucht (Gemeinschaftseinrichtung kann schriftliche Bestätigung der Eltern einfordern).	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 typhus-/ paratyphusverdächtigen Symptome vorliegen und wenn eine strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen (s.u.) gegeben ist.	<b>Hepatitis A:</b> Ausschluss empfänglicher KP in Wohngemeinschaft für die Dauer von 30 Tagen nach letzter infektiöser Exposition. Wiedenzulassung bei: - nach STIKO-Empfehlungen vollständig Grundimmunisierte - labordiagnostischer Bestätigung einer ausreichenden Immunität - ärztlichen Attest einer durchgemachten Infektion - 2 Wochen nach postexpositioneller Impfung  Ausnahmen sind möglich, wenn Einhaltung erforderlicher Hygienemaßnahmen sicher gewährleistet werden kann.  <b>Hepatitis E:</b> Wiedenzulassung bei Einhaltung guter persönlicher Hygiene (einschließlich gründlichen Händewaschens mit Seife) möglich. Nach aktuellem Kenntnisstand ist bei strikter Einhaltung der persönlichen Hygiene eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung (unabhängig vom Genotyp) sehr unwahrscheinlich.
<b>Übertragungsweg</b>	1. Kontaktübertragung	1. Lebensmittel und Trinkwasser 2. Kontaktübertragung (fäkal-oral)	<b>Hepatitis A:</b> 1. Fäkal-oral, durch a) Kontakt- oder Schmierinfektionen (enge Personenkontakte) b) Lebensmittel, Wasser, Gegenstände 2. Parenteral (selten), über Blut/Blutprodukte  <b>Hepatitis E:</b> Genotyp 1-2 (reiseassoziiert) Fäkal oral, durch a) Va. Wasser oder Lebensmittel b) Kontakt- oder Schmierinfektionen von Mensch-zu-Mensch Genotyp 3-4 (Industrieländer): 1. Fäkal-oral, durch Schweine-/Wildfleisch; Muscheln 2. Parenteral (Blut/-produkte)
<b>Hygiene-Maßnahmen<sup>4</sup></b>	Käämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollten in heißer Seifenlösung gereinigt werden. Möglicherweise kontaminierte Textilien (beispielsweise Kleider, Bettwäsche und Handtücher), 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.	Desinfektionsmittel (Hände und Fläche) mit nachgewiesener, mindestens bakterizider Wirkung. Einhaltung einer effektiven Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Toilettengang, nach dem Wechseln von Windeln und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit alkoholischem Händedesinfektionsmittel). Ggf. nach Wiedenzulassung von Kindern mit fraglicher Compliance für Basishygiene intensiviert	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, viruzider Wirkung.  <b>Hepatitis A:</b> Einhalten einer effektiven Händehygiene (gründliches Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang und vor der Zubereitung von Mahlzeiten, Verwendung von Einmal-Papierhandtüchern, Desinfektion mit Händedesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung).



Infektion	Kopfläuse (Abs. 1 S. 1 a. E.)	Typhus, Paratyphus (Abs. 1 S. 1 Nr. 13, 20, Abs. 3 Nr. 10, 14)	Virus-Hepatitis A/E (Abs. 1 S. 1 Nr. 21, Abs. 3 Nr. 15)
		Desinfektionsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum, in Abhängigkeit von der Dauer einer möglichen Erregerausscheidung.	<b>Hepatitis E:</b> In den Wochen nach einer Erkrankung sollte auf eine gute persönliche Hygiene (einschließlich gründlichen Händewaschens 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.
<b>Postexpositionsprophylaxe (PEP)</b>	Keine spezifische Prophylaxe bekannt.	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.	<b>Hepatitis A:</b> Postexpositionelle Prophylaxe (aktive Schutzimpfung) innerhalb von 14 Tagen nach Exposition bei Personen ohne Immunität; Risikopatienten erhalten ggf. zusätzlich eine Immunglobulin-Prophylaxe.
<b>Sonstiges</b>	Ggf. Kopflauskontrolle durch GA, Kopflausbroschüren in verschiedene Sprachen zu Verfügung stellen (BZGA).		



<b>Infektion</b>	<b>Varizellen (Windpocken)</b> (Abs. S. 1 Nr. 22, Abs. 3 Nr. 16)	<b>Infektiöse Gastroenteritis (nicht extra aufgeführte Erreger)</b> (Sonderregelung für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nach Abs. 1 S. 3)
<b>Impfpräventabel</b>	Ja	Rotavirus: Ja
<b>Inkubationszeit</b>	I.d.R. 14-16 Tage (Spanne: 8-28 Tage)	Bakterien, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campylobacter: i.d.R. 2-5 Tage</li> <li>- Salmonellen (außer S. Typhi und S. Paratyphi): i.d.R. 12-36 Stunden</li> <li>- Yersinien: i.d.R. 3-7 Tage</li> </ul> Parasiten, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giardien: i.d.R. 7-10 Tage</li> <li>- Kryptosporidien: i.d.R. 7-10 Tage</li> </ul> Viren, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Norovirus: 6-50 Stunden</li> <li>- Rotavirus: 1-3 Tage</li> <li>- Adenovirus: 5-8 Tage</li> </ul>
<b>Dauer der Infektiosität</b>	Ansteckungsfähigkeit von 1-2 Tage vor Auftreten des Exanthems bis 5-7 Tage nach Exanthembeginn bzw. wenn alle Bläschen verkrustet sind. Patienten mit <b>Herpes zoster</b> sind bis zur Verkrustung der Bläschen ansteckungsfähig, in der Regel 5-7 Tage nach Exanthembeginn (Schmierinfektionen). Da die Übertragung hierbei ausschließlich über Kontakt mit dem Bläscheninhalt erfolgt, kann durch eine vollständige Abdeckung der Läsionen und bei strenger Einhaltung der Basishygiene das Übertragungsrisiko minimiert werden.	Solange Erreger mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Eine Kontamination von Händen und Umgebung durch geformte Stühle ist deutlich weniger wahrscheinlich als durch flüssigen Stuhl, daher Wiederzulassung 48 Stunden nach Beendigung der klinischen Symptome (Erbrechen, Durchfall) möglich.
<b>Wiederzulassung nach Krankheit oder Krankheitsverdacht<sup>1</sup></b>	Bei unkompliziertem Verlauf Wiederzulassung 1 Woche nach Beginn der Erkrankung, d.h. mit dem vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen (Hautveränderungen).	Wiederzulassung bei Kindern < 6 Jahre 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome (Erbrechen, Durchfall).
<b>Ausschluss Ausscheider<sup>2</sup></b>	Entfällt.	Entfällt bzw. gibt es keinen medizinischen Grund, asymptomatischen Kindern den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen zu untersagen. Geformte Stühle, die von asymptomatischen infizierten Personen können zwar Erreger enthalten, eine Übertragung der Infektion wird aber als unwahrscheinlich angesehen, solange die empfohlenen Hygienemaßnahmen eingehalten werden.
<b>Ausschluss Kontaktpersonen (KP) in Wohngemeinschaft<sup>3</sup></b>	Ausschluss von empfänglichen Kontaktpersonen für 16 Tage nach letztem infektiösem Kontakt. Wiederzulassung bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen vor 2004 geboren und in Deutschland aufgewachsen</li> </ul>	Nicht erforderlich, solange keine gastroenteritischen Symptome auftreten.



<b>Infektion</b>	<b>Varizellen (Windpocken)</b> (Abs. S. 1 Nr. 22, Abs. 3 Nr. 16)	<b>Infektiöse Gastroenteritis (nicht extra aufgeführte Erreger)</b> (Sonderregelung für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nach Abs. 1 S. 3)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nach durchgemachter Windpockenerkrankung (ärztliches Attest)</li> <li>- bei Nachweis von positivem VZV-IgG-Antikörpertiter</li> <li>- zweimalig Geimpfte mit <math>\geq 4</math> Wochen Abstand zwischen den Impfungen</li> <li>- einmalig Geimpfte bei dokumentierter Nachholung der zweiten Impfung; ohne Nachholimpfung nur, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen (z. B. Schwangere, Immunsupprimiertem) besteht</li> <li>- Ungeimpfte bei einmaliger Postexpositionsimpfung <math>\leq 5</math> Tage nach Erstexposition, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen besteht</li> </ul> <p>Darüber hinaus kann die zuständige Gesundheitsbehörde im Einzelfall bei empfänglichen KP in der betroffenen Einrichtung Maßnahmen nach §§ 25, 28 bis 31 IfSG anordnen.</p>	
<b>Übertragungsweg</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tröpfcheninfektion</li> <li>2. Kontaktübertragung</li> <li>3. Diaplazentar (von der Mutter auf das Ungeborene)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontaktübertragung</li> <li>2. Tröpfcheninfektion</li> <li>3. Lebensmittel und Trinkwasser</li> </ol>
<b>Hygiene-Maßnahmen<sup>4</sup></b>	Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirkung.	Desinfektionsmittel mit mindestens begrenzt viruzid PLUS Wirkungsspektrum. Einhaltung von Basishygienemaßnahmen. 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. Giardiasis und Kryptosporidiose: auf das Schwimmen in Schwimmbädern und Badeseen sollte für mindestens 14 Tage nach Abklingen der Durchfallsymptomatik verzichtet werden.
<b>Postexpositionsprophylaxe (PEP)</b>	Bei empfänglichen KP und Kontakt zu Risikopersonen ist eine postexpositionelle Impfung innerhalb von 5 Tage nach Erstexposition oder innerhalb von 3 Tagen nach Beginn des Exanthems beim Indexfall zu erwägen. Eine Impfung > 5 Tage	Keine wirksame Prophylaxe.



Infektion	Varizellen (Windpocken) (Abs. S. 1 Nr. 22, Abs. 3 Nr. 16)	Infektiöse Gastroenteritis (nicht extra aufgeführte Erreger) (Sonderregelung für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nach Abs. 1 S. 3)
	nach Erstexp. hat keinen Einfluss auf die Wiederezulassung, kann aber den Krankheitsverlauf abmildern. Eine passive postexpositionelle Varizellenprophylaxe mittels Varizella-Zoster-Immunglobulin (VZIG) wird innerhalb von 96 Stunden nach Exposition für Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellenkomplikationen empfohlen.	
Sonstiges		

Die Empfehlungen wurden den RKI-Empfehlungen für die Wiederezulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (Stand: 09.03.2023), dem Epidemiologischen Bulletin 07/ 2017, 34/2020, 50/2020 und 04/2023, dem Leitfaden für Gesundheitsämter zum Vorgehen bei Fällen von Poliomyelitis der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in der BRD (Stand: 13.12.2019), dem Handbuch der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (7. Auflage) und den aktuellen RKI-Ratgebern für Ärzte entnommen.

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.

**Stand: Mai 2024**

Autoren am LGL: Prof. Dr. Dr. Andreas Sing, Prof. Dr. Christiane Höller, PD Dr. Dr. Heinz Rinder, fortgeführt durch Task Force Infektiologie (Korrespondenzadresse: [TFI@lgl.bayern.de](mailto:TFI@lgl.bayern.de)).

**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 „Hygiene in Gesundheitseinrichtungen und anderen Bereichen des täglichen Lebens“ auf folgender Internetseite des LGL:

<https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/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.

### ***Arbeitsschutz***

Maßnahmen des Arbeitsschutzes bleiben von den 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).

<sup>1</sup> 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 der Ärztin/ des Arztes des Gesundheitsamtes sein. § 34 IfSG fordert keine schriftliche Bescheinigung über das ärztliche Urteil. Das ärztliche Urteil kann mündlich erfolgen, dennoch kann eine schriftliche Bescheinigung zur Absicherung aller Beteiligten zweckmäßig sein.

In Ausnahmefällen (§ 34 Abs. 7 IfSG) kann die Wiedenzulassung unter erleichterten Voraussetzungen ermöglicht werden. Die Bewertung des Einzelfalles obliegt dabei dem Gesundheitsamt. Es können sowohl Ausnahmen für den Einzelfall als auch abstrakt für bestimmte Konstellationen



vorgesehen werden. In der Praxis ist es z.B. üblich, beim Kopflausbefall für die Wiedenzulassung statt eines ärztlichen Attests die Bestätigung der Sorgeberechtigten ausreichen zu lassen, dass eine Behandlung korrekt durchgeführt wurde.

<sup>2</sup> Gemäß § 2 Nr. 6 IfSG ist ein Ausscheider eine Person, die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein. Die Wiedenzulassung darf nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes erfolgen. In Hinblick darauf, dass die Erregerausscheidung über einen längeren Zeitraum anhalten kann, kann das Gesundheitsamt eine vorzeitige Wiedenzulassung unter der Beachtung von verfügbaren Schutzmaßnahmen ermöglichen. Schutzmaßnahmen können gegenüber dem Ausscheider (unabhängig davon, ob er in der Gemeinschaftseinrichtung tätig ist oder betreut wird, so dass beispielsweise auch abholende Eltern erfasst sind) und/oder der Gemeinschaftseinrichtung verfügt werden. Bei der Ermessensausübung des Gesundheitsamtes sind dabei sämtliche Umstände, insbesondere die in der Gemeinschaftseinrichtung vorhandenen Räumlichkeiten und ihre Ausstattung (separate Toiletten, Seifenspender, Papierhandtücher, Desinfektionsmittelpender, Reinigungshäufigkeit etc.) sowie die Fähigkeiten und Kooperationsbereitschaft des Betroffenen und der übrigen Betreuten zu berücksichtigen.

<sup>3</sup> Unter § 34 Abs. 3 IfSG fallen Personen, die mit dem Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen in einer Wohngemeinschaft leben und infektionsrelevanten Kontakt hatten. Darüber hinaus kann die zuständige Gesundheitsbehörde im Einzelfall Maßnahmen nach §§ 25, 28 bis 31 IfSG anordnen.

<sup>4</sup> Eine sichere Desinfektion kann nur dann gewährleistet werden, wenn die Wirksamkeit der verwendeten Desinfektionsmittel unter Laborbedingungen validiert wurde. Das Robert-Koch-Institut (RKI), der Verbund für angewandte Hygiene e.V. (VAH), die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) und der Industrieverband Hygiene und Oberflächenschutz (IHO) stellen den Anwendern Listen zur Verfügung, in denen das Wirkspektrum und die Anwendungsbedingungen für geprüfte Desinfektionsmittel bekannt gemacht werden. Bei behördlich angeordneten Desinfektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (§ 18 IfSG) sind grundsätzlich Mittel aus der Liste des Robert-Koch-Institutes zur Anwendung zu bringen.