

Empfehlungen für die Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeines	2
<u>Bindehautentzündung</u>	3
<u>Borkenflechte</u>	3
<u>Exanthema subitum (3-Tage-Fieber)</u>	4
<u>Gastroenteritis bakteriell/viral/parasitär (Durchfallerkrankung)</u>	4
<u>Hand-Fuß-Mund-Krankheit</u>	5
<u>Keuchhusten</u>	5
<u>Krätze</u>	6
<u>(Kopf-) Läuse</u>	6
<u>Masern</u>	7
<u>Mumps</u>	7
<u>Ringelröteln</u>	8
<u>Röteln</u>	8
<u>Scharlach</u>	9
<u>Windpocken</u>	9
Im Folgenden werden Infektionskrankheiten beschrieben, die relativ selten in Gemeinschaftseinrichtungen auftreten und die Informationsweitergabe und Beratung der Einrichtung durch das Gesundheitsamt individuell erfolgt.	
<u>Cholera</u>	10
<u>Diphtherie</u>	10
<u>EHEC</u>	11
<u>Giardiasis</u>	11
<u>HIB (Hämophilus influenza Typ b)</u>	12
<u>Meningokokken</u>	12
<u>Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten (z. B. Mpox/Affenpocken)...</u>	13
<u>Pest (Yersinia pestis)</u>	13
<u>Poliomyelitis (Kinderlähmung)</u>	14
<u>Shigellose (Ruhr)</u>	14
<u>Tuberkulose</u>	15
<u>Typhus, Paratyphus</u>	15
<u>Virus-Hepatitis A, E</u>	16
<u>Virus-Hepatitis B, C, D</u>	16
<u>Virale hämorrhagische Fieber (VHF)</u>	17

Grundlage:

Hinweise für Ärzte, Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitsämter zur Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen, Aktualisierte Fassung vom 05.01.2023

Allgemeines

Im 6. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) werden „besondere Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen“ erläutert.

Der Grund dafür ist, dass in diesen Einrichtungen ein täglicher enger Kontakt zwischen Säuglingen, Kindern und Jugendlichen untereinander, sowie zu dem dort betreuenden Personal besteht und die Übertragung von Krankheitserregern begünstigt wird. Diese Wiederzulassung betrifft sowohl die in der Einrichtung betreuten Kinder und Jugendlichen als auch die betreuenden Erwachsenen.

Das Ziel ist es, die Allgemeinheit vor Ansteckungen und einer Weiterverbreitung von Krankheiten zu schützen.

Jeder Fall bzw. jede Infektionskrankheit eines Menschen muss allerdings individuell betrachtet werden, da ein jeder das Recht auf Bildung innehat und die Grundsätze der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit bei der Wahl des Mittels beachtet werden müssen.

Entscheidend bei den zu ergreifenden Maßnahmen oder dem Ausschluss einer Person aus einer Gemeinschaftseinrichtung können sein:

- die Schwere, Behandlungsmöglichkeiten und Prognose einer Infektionskrankheit
- die Übertragungswege, auch bezogen auf die Bedingungen der jeweiligen Einrichtung
- mögliche Chemoprophylaxe oder Impfung
- Beratung und Aufklärung zum hygieneorientierten Verhalten.

Die Einschränkung der Tätigkeit bzw. des Besuchs der Gemeinschaftseinrichtung dauert fort, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist. **Das ärztliche Urteil kann das Urteil der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder einer Ärztin/eines Arztes des zuständigen Gesundheitsamtes sein. Das ärztliche Urteil kann mündlich erfolgen. § 34 IfSG fordert keine schriftliche Bescheinigung über das ärztliche Urteil, dennoch kann diese zur Absicherung aller Beteiligten zweckmäßig sein.**

CAVE: Die Forderung der Einrichtungen nach einer Bescheinigung (auch Unbedenklichkeitsbescheinigung genannt) beruht allerdings auf das Hausrecht jeder Einrichtung und sollte entsprechend der oben genannten Grundsätze abgewogen werden.

Ein ärztliches Attest wird entsprechend Infektionsschutzgesetz nur in Ausnahmefällen gefordert.

Bei andauerndem Krankheitsgeschehen bzw. bei Dauerausscheidern sollte allerdings stets geprüft werden, ob Belastungen, die mit einem Ausschluss einer Person aus einer Gemeinschaftseinrichtung entstehen, vermieden werden können und nicht eine individuelle Lösung in Zusammenarbeit aller Beteiligten gefunden werden kann.

Eine Benachrichtigungspflicht nach § 34 Abs. 6 IfSG (*) besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung gemäß § 6 IfSG (Arztmeldung) bereits erfolgt ist.

Bindehautentzündung, 3-Tagefieber, Hand-Fuß-Mund-Erkrankungen und Ringelröteln werden im IfSG nicht genannt, der Informationsbedarf in den Einrichtungen ist aber groß. Die Informationen dazu sind in dieser WZ zusätzlich aufgenommen. Die beschriebene Vorgehensweise ist entsprechend den RKI-Leitlinien (www.rki.de).

Diese Wiederzulassungsrichtlinie richtet sich unterstützend an Mitarbeiter der Schulverwaltung, Träger und Leitungen von Kindergärten, Beherbergungsbetrieben und ähnlichen Einrichtungen. Eine Beratung durch das Gesundheitsamt ist jederzeit möglich:

Frau Beckmann 563- 27 26
Frau Butzen 25 99

Herr Kämmler 23 18
Frau Meisch 20 28



Infektion	<i>Bindehautentzündung</i> <i>(Empfehlungen lt. RKI, keine gesetzliche Regelung nach §33 IfSG)</i>	<i>Borkenflechte</i> <i>ansteckende</i> <i>(Impetigo contagiosa)</i>
Was ist das?	Eine Bindehautentzündung kann durch Reizungen und Allergien verursacht werden, aber auch durch Viren und Bakterien. Eine Rötung, Juckreiz, Schwellung, Tränenfluss, Fremdgefühl im Auge und Lichtscheu kann bei allen Auslösern auftreten. Bei einer bakteriellen Bindehautentzündung kommt es zusätzlich zu einer eitrigen (gelblich-grün) Sekretabsonderung.	Borkenflechte ist eine hochinfektiöse bakterielle Hautinfektion, die mit kleinen juckenden Bläschen beginnt, hauptsächlich bei Kindern sowie Neugeborenen auftritt und deren Symptome besonders stark im Bereich des Gesichtes und der Extremitäten zu sehen sind.
Ansteckung	Bei viraler/bakterieller Bindehautentzündung erfolgt die Ansteckung über Schmierinfektion, direkt von Mensch zu Mensch über das Augensekret, über kontaminierte Gegenstände, Oberflächen oder Instrumente.	Die Ansteckung erfolgt durch direkten oder indirekten Kontakt mit dem Erkrankten, häufig bei warmem und feuchtem Sommerwetter. Am Patienten wird sie durch kratzende Finger weiterverbreitet.
Meldepflicht	Arzt: keine Labor §7 bei Adenoviren	Arzt / Labor: keine
	Empfehlung: Gemeinschaftseinrichtung nach § 34 IfSG bei Häufungen >2	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG
Impfung möglich	Nein	nein
Ansteckungszeitraum	Unterschiedlich, Adenoviren: 5 – 12 Tage	2 – 10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Solange wie Bakterien oder Viren über das Augensekret abgesondert werden.	Je nach Bakterienstamm, generell hohe Ansteckungsfähigkeit, bis zu 3 Wochen bzw. solange eitrige Herde vorhanden sind.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Je nach Symptomlage bzw. wie lange Sekrete abgesondert werden.	24h nach wirksamer Antibiotikatherapie bzw. nach Abklingen der eiternden Herde. Ohne AB: nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.
Ausschluss Ausscheider	Entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich, solange symptomlos	nicht erforderlich
Hygiene-Maßnahmen	Es ist auf strengste Händehygiene ist zu achten, um Schmierinfektionen zu vermeiden. Handtücher des Erkrankten nach einmaligem Gebrauch wechseln und nicht in Kontakt mit den Handtüchern anderer Personen bringen. Berührungen an der Augengegend vermeiden.	Auf peinlichste und strengste Hygiene ist zu achten, besonders dann, wenn jüngere Geschwister in der Familie sind. Einzelunterbringung empfehlenswert. Händedesinfektion, Wäsche waschen bei 60°C.
Medikamentöse Prophylaxe	symptomatisch Bakterien: antibiotische Augentropfen	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise		

Infektion	Exanthema subitum <i>(3-Tage-Fieber)</i> <i>(Empfehlungen lt. RKI, keine gesetzliche Regelung nach §33 IfSG)</i>	Gastroenteritis <i>viral/bakteriell/parasitär</i>
Was ist das?	Das 3-Tage-Fieber ist eine hochansteckende, aber weitestgehend harmlos verlaufende Viruserkrankung. Sie zeichnet sich durch plötzlich auftretendes Fieber (3-4 Tage) und anschließendem Hautausschlag aus. Hauptsächlich sind Säuglinge und Kleinkinder bis ca. 3 Jahren betroffen. Nach abruptem Fiebrückgang erscheint ein kleinflächiger, roter Ausschlag, der sich innerhalb weniger Stunden ausbreitet (Brust, Bauch und Rücken, später Extremitäten, selten Gesicht und Kopfhaut), ohne Juckreiz.	Die Gastroenteritis ist eine Entzündung der Magen-Darm-Schleimhaut, die mit Durchfall, Bauchschmerzen und Erbrechen einhergehen und durch unterschiedliche Erreger ausgelöst werden kann. Bakt. Gastroenteritiden: meist verursacht durch eine Lebensmittelvergiftung. <u>bakteriell:</u> Salmonellen, Campylobakter, Yersinien <u>viral:</u> Noro-, Rota-, Adenoviren <u>parasitär:</u> Würmer, Giardien, Kryptosporidien
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	Die Übertragung erfolgt fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektion, sowie durch kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gebrauchsgegenstände.
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt § 6, Labor §7
	Einrichtung: keine	Empfehlung: Gemeinschaftseinrichtung nach § 34 IfSG bei Häufungen >2
Impfung möglich	Nein	nein (außer Rotaviren)
Ansteckungszeitraum	7 – 17 Tage nach Kontakt	Je nach Erregerart unterschiedlich, Stunden, Tage bis Wochen
Ansteckungsfähigkeit	Ca. 3 Tage vor dem Fieber bis zum Beginn des Ausschlags.	Solange der Erreger über den Stuhl ausgeschieden wird. Bei Noroviren sind auch die beim Erbrechen entstehenden Aerosole ansteckend.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden des Kindes abhängig. Es gibt vom Gesetz her keine Einschränkungen.	Frühestens 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome.
Ausschluss Ausscheider	Entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich	nein, solange symptomlos
Hygiene-Maßnahmen	keine speziellen Maßnahmen	Die Übertragung kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen, vor allem durch Händehygiene, verhütet werden. Eine Flächen- bzw. Händedesinfektion ist nach dem Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem eines Erkrankten, sowie vor der Zubereitung von Lebensmitteln erforderlich.
Medikamentöse Prophylaxe	Keine	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise	lebenslange Immunität	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte (und Ausscheider, je nach Erkrankung) dürfen mit diesen weder in Berührung kommen, noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten (§42 IfSG).

Infektion	Hand-Fuß-Mund-Krankheit <i>(Empfehlungen lt. RKI, keine gesetzliche Regelung nach §33 IfSG)</i>	Keuchhusten <i>(Pertussis)</i>
Was ist das?	Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit ist eine virusbedingte, harmlose, mit leichtem Fieber und flüchtigem Hautausschlag im Mund, an Händen und Füßen einhergehende Erkrankung. Die Coxsackie-A-Viren können auch andere Krankheiten auslösen (Herpangina, Sommergrippe, Hirnhautentzündungen).	Ein über Wochen (6-12) andauernder Husten, der zunächst uncharakteristisch beginnt, später mit Stakkato-Hustenanfällen, ziehender Einatmung, Krämpfen in der Stimm- und Bronchialmuskulatur und dem Erbrechen von Schleim einhergeht. Besonders im Säuglingsalter gefährlich →Erstickungsgefahr.
Ansteckung	Tröpfcheninfektion (Husten, Niesen) und Schmierinfektion	Tröpfcheninfektion
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt § 6, Labor § 7
	Empfehlung: Gemeinschaftseinrichtung nach § 34 IfSG bei Häufungen >2	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	Nein	ja
Ansteckungszeitraum	1 – 30 Tage (Durchschnitt: 3 – 10 Tage)	6 – 20 Tage, im Mittel 9 – 10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Während der ersten Woche der Krankheit sind infizierte Personen hochansteckend. Die Viren können nach dem Abklingen der Symptome über mehrere Wochen im Stuhl weiter ausgeschieden werden. Daher können die Patienten sehr lange ansteckend sein. Der Anteil der asymptomatisch infizierten Personen (zumeist Erwachsene) ist sehr hoch.	Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Wochen der Erkrankung und klingt im Stadium convulsivum (Stakkato-Hustenanfälle) ab. Im frühen Konvulsiv-Stadium sind die Patienten somit oft noch ansteckend. Auch gegen Pertussis geimpfte Personen können nach Keuchhustenkontakt vorübergehend Träger der Erreger sein.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden des Kindes abhängig. Es gibt vom Gesetz her keine Einschränkungen.	Ohne Antibiotika-Therapie ist eine WZ erst 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome gefahrlos möglich. 5 Tage nach Beginn der medikamentösen Therapie können Erkrankte wieder eine Gemeinschaftseinrichtung besuchen.
Ausschluss Ausscheider	entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich	Nicht erforderlich, solange keine pertussisverdächtigen Symptome auftreten. Bei Jugendlichen, Erwachsenen und geimpften Kindern kann die Symptomatik auch untypisch ausfallen, hier ist eine individuelle Absprache nötig.
Hygiene-Maßnahmen	Händehygiene beachten, besonders nach dem Windeln oder dem Toilettengang. Engen Kontakt vermeiden und Oberflächen und Gegenstände gründlich reinigen. Im Ausbruchsgeschehen sollten Hände- und Flächendesinfektionsmittel mit viruzider Wirksamkeit verwendet werden.	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	Keine	Engen Kontaktpersonen (Wohngemeinschaft oder Gemeinschaftseinrichtung) ohne Impfschutz wird eine medikamentöse Prophylaxe empfohlen. Kontaktpersonen mit Impfschutz wird ebenfalls eine medikamentöse Prophylaxe empfohlen, wenn sie Kontakt zu immungeschwächten Personen haben.
Weitere Hinweise		Kontakt zu Säuglingen und ungeimpften, immungeschwächten Menschen sollte zwingend vermieden werden.



Infektion	Krätze (Scabies)	(Kopf-) Läuse (Pediculosis)
Was ist das?	Krätze ist eine Hauterkrankung, die durch die Krätzmilbe verursacht wird. Die Milbe gräbt Gänge in die menschliche Haut, ihre Ausscheidungen führen zu starkem Juckreiz, Knötchen, Bläschen. Die Erkrankung kann Personen jeden Alters treffen.	Die Kopflaus ist ein flügelloses Insekt und befällt meist das Kopfhaar. Es handelt sich nicht um eine Erkrankung, sondern um einen lästigen Befall. Bei massivem Befall können gelegentlich auch andere behaarte Stellen des Oberkörpers (Bart, Augenbrauen, Achselhaare) betroffen sein. Weil der Mensch die einzige Wirtsspezies ist, stellen Personen mit Kopflausbefall das Reservoir für weitere Übertragungen dar. Haustiere sind keine Überträger von Kopfläusen.
Ansteckung	Eine Übertragung erfolgt durch direkten engen körperlichen Kontakt. Textilien spielen eine untergeordnete Rolle.	Hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt durch Überwandern der Parasiten von Haar zu Haar („Haar-zu-Haar-Kontakt“). Gelegentlich ist die Übertragung aber auch indirekt möglich über Gegenstände, die mit dem Haupthaar in Berührung kommen und die innerhalb einer kurzen Zeitspanne gemeinsam benutzt werden (Mützen).
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt / Labor: keine
	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG
Impfung möglich	Nein	nein
Ansteckungszeitraum	Erstinfektion: 2 – 6 Wochen Wiederansteckung: 1 – 4 Tage	Kein eigentlicher Ansteckungszeitraum, Lebenszyklus einer Laus ca. 3 Wochen.
Ansteckungsfähigkeit	Ohne Behandlung sind die Patienten während der gesamten Krankheitsdauer ansteckend.	Solange ein Befall mit mobilen Läusen besteht. Die Läuse werden durch eine korrekte Erstbehandlung abgetötet. Eine 2. Behandlung ist nach 8-10 Tagen unbedingt erforderlich, um einer erneuten Besiedlung mit geschlechtsreifen Läusen, die nach der ersten Behandlung noch aus den Eiern geschlüpft sein können, vorzubeugen. Die Eier kleben fest an der Haarbasis und können nicht übertragen werden. Dies gilt auch für frisch geschlüpfte Kopfläuse im Alter bis zu 10 Tagen (Larven), die den Wirt noch nicht verlassen und auch noch keine Eier legen können. Da Larven nach 7 Tagen aus den Eiern schlüpfen und Haare ca. 1 cm im Monat wachsen, sind Eihüllen ("Nissen"), die weiter als 1 cm entfernt von der Kopfhaut am Haar kleben, stets leer und weisen nur bei <u>unbehandelten</u> Personen auf einen übertragbaren Kopflausbefall hin.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach sachgerechter Mittelanwendung.	Nach sachgerechter Behandlung am nächsten Tag möglich. Unbedingt Nachkontrolle und Wiederholungsbehandlung nach 8 – 10 Tagen durchführen !!!
Ausschluss Ausscheider	Entfällt	Alle Personen, bei denen mobile Kopfläuse nachgewiesen wurden, sind nach § 34 (1) vom Besuch einer Einrichtung oder von dem Kontakt mit den darin Betreten auszuschließen.
Ausschluss Kontaktpersonen	Ausschluss nicht erkrankter Kontaktpersonen ist nicht erforderlich.	Kontaktpersonen sind erst dann auszuschließen, wenn bei ihnen mobile Kopfläuse nachgewiesen wurden.
Hygiene-Maßnahmen	Krätzmilben werden durch Kontakte von Mensch zu Mensch, besonders bei Bettwärme übertragen. Selten sind Übertragungswege durch infizierte Wäsche, Kleidung, Decken oder Haustiere. Die Kleidung der Patienten sollte bei 60°C gewaschen oder chemisch gereinigt werden. Eine Desinfektion von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht erforderlich, gründliches Absaugen reicht. Nicht waschbare Gegenstände 4 Tage bei >20°C in dicht verschlossenen Säcken lagern.	Enge Kontaktpersonen (z.B. Haushaltsmitglieder, Spielkameraden) sollten (möglichst synchron) mitbehandelt werden. <ul style="list-style-type: none"> • Kämmen, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollten in heißer Seifenlösung gereinigt werden. • Schlafanzüge und Bettwäsche, Handtücher und Leibwäsche sollten nach der Behandlung gewechselt werden. • Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollten für 3 Tage in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden, falls sie nicht gewaschen werden können.
Medikamentöse Prophylaxe	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.	Alle Personen, die engen ("Haar zu Haar") Kontakt mit einem Indexfall hatten, und alle Mitglieder einer Gruppe/Klasse einer Gemeinschaftseinrichtung sollten sich umgehend untersuchen und sich im Zweifelsfall behandeln lassen. Dadurch kann einer Wiederbesiedlung wirksam vorgebeugt werden, die sowohl von unbehandelten wie auch von fehlerhaft behandelten Angehörigen einer Gruppe ausgehen kann.
Weitere Hinweise	Eine Behandlung enger Kontaktpersonen wird empfohlen.	Die gleichzeitige prophylaktische Behandlung aller Mitglieder einer häuslichen Wohngemeinschaft ist zu erwägen. Werden in Klassen oder Gruppen Läuse festgestellt, sollten alle Mitglieder in Absprache mit den Erziehungsbeauftragten sorgfältig untersucht werden.

Infektion	Masern	Mumps
Was ist das?	Die Viruserkrankung beginnt mit Fieber, Husten, Schnupfen, Bindehautentzündung und Bläschenbildung am Gaumen. Das Exanthem (bräunlich-rosafarbene zusammenfließende Flecken) entsteht am 3. - 7. Tag nach Auftreten der 1. Symptome. Masern sind eine ernsthafte, hochinfektiöse Viruserkrankung, die bei Kindern und Jugendlichen zu gefährlichen Komplikationen führen kann: bakterielle Superinfektionen, Gehirnentzündung, bleibende Schäden am zentralen Nervensystem. Mögliche Spätfolge: nach 6 – 8 Jahren kann es zu einer schweren Hirnentzündung kommen, die mit neurologischen Störungen, dem Verlust bestimmter Hirnfunktionen einhergeht und zum Tod führen kann.	Mumps ist eine Erkrankung, die durch ein Virus übertragen wird. Infektionen mit dem Mumpsvirus sind weltweit verbreitet und betreffen bei fehlender Impfung überwiegend das Kindes- und Jugendalter. Sie treten während des ganzen Jahres, jedoch gehäuft im Winter und Frühjahr auf. In Deutschland kommt es bei den gegenwärtigen Impfstrategien noch zu Erkrankungswellen im Abstand von einigen Jahren. Das Mumpsvirus kommt nur beim Menschen vor.
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	Die Übertragung erfolgt vor allem durch Tröpfcheninfektion und direktem Speichelkontakt, seltener durch mit Speichel kontaminierte Gegenstände. Die mögliche Virusausscheidung im Urin und in der Muttermilch hat keine praktische Bedeutung für die Übertragung.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7	Arzt § 6, Labor § 7
	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	Ja	ja
Ansteckungszeitraum	7-21 Tage gewöhnlich 10-14 Tage von der Exposition bis zu ersten Symptomen, 14-17 Tage bis Ausbruch des Exanthems	im Mittel 16 – 18 Tage (12 – 25 Tage sind möglich)
Ansteckungsfähigkeit	4 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems, am höchsten unmittelbar vor Auftreten des Exanthems.	Die Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten. Insgesamt kann ein Infizierter 7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der Ohrspeicheldrüsenschwellung ansteckend sein. Auch klinisch inapparente Infektionen sind ansteckend.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach Abklingen der klinischen Symptome. Frühestens 5 Tage nach Ausbruch des Hautausschlags. Ärztliche Beurteilung erforderlich.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 Tage nach Auftreten der Schwellung der Ohrspeicheldrüse.
Ausschluss Ausscheider	Entfällt	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	Nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz; nach postexpositioneller zweiter Schutzimpfung innerhalb von 3 Tagen (gilt nicht für Haushalts-KP); nach früher abgelaufener, ärztlich bestätigter Krankheit oder bei Nachweis eines ausreichenden Antikörpertiters. Ungeimpfte Personen müssen für die Dauer der Inkubationszeit von 21 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden. Sollten mehrere Fälle auftreten, verlängert sich die Zeit ab dem letzten Kontakt.	Kontaktpersonen, in deren häuslichen Umfeld eine nachweisliche Mumpserkrankung oder der Verdacht besteht: Ausschluss nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller 2. Schutzimpfung oder bei nachweislich früher durchgemachter Krankheit. Ungeimpfte Personen müssen in der möglichen Ansteckungszeit von 18 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden. Eine ausreichende Immunität ist auch bei Personen anzunehmen, die vor 1970 geboren und in Deutschland aufgewachsen sind.
Hygiene-Maßnahmen	Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	Impfung ungeimpfter, immungesunder Kinder in den ersten 3 Tagen nach Kontakt unterdrückt einen Masernausbruch. Immungeschwächte Kinder können innerhalb von 2-3 Tagen nach Kontakt mit Immunglobulin geschützt werden.	Eine postexpositionelle Impfung nach Kontakt ist für Ungeimpfte möglich.
Weitere Hinweise	Unzureichend geimpfte Personen in der Wohngemeinschaft müssen ebenfalls für 21 Tage aus der Einrichtung fernbleiben, da es in der Regel nicht möglich ist, das Zeitintervall von 3 Tagen für die postexpositionelle Impfung einzuhalten (Kontakt bereit in der Zeit 4 Tage vor Exanthembeginn). Masernviren können bis zu 2h in der Raumluft nachgewiesen werden.	Auf krankheitsspezifische Symptome (Fieber, Kopfschmerzen, Unwohlsein, Parotisschwellung etc.) im Zeitraum vom 10. Tag nach dem ersten Kontakt bis zum 18. Tag nach dem letzten Kontakt achten.

Infektion	Ringelröteln (Empfehlungen lt. RKI, keine gesetzliche Regelung nach §33 IfSG)	Röteln
Was ist das?	<p>Ringelröteln sind eine ansteckende Krankheit, die durch das Parvovirus hervorgerufen wird.</p> <p>Wie die Röteln, mit denen sie nicht verwechselt werden dürfen, zählen die Ringelröteln zu den sogenannten Kinderkrankheiten, obwohl auch Erwachsene noch daran erkranken können. Häufig verläuft die Infektion ohne Krankheitszeichen. Nur ein Teil der Patienten zeigt den charakteristischen Hautausschlag. Der Verlauf der Infektion und die Schwere der dabei auftretenden Beschwerden sind vom Immunsystem des Patienten abhängig.</p> <p>Es erscheint der charakteristische Ausschlag, zuerst als feuerrote Eruption auf den Wangen.</p>	<p>Die Röteln sind eine hoch ansteckende Infektionskrankheit, die durch das Rötelnvirus ausgelöst werden und eine lebenslange Immunität hinterlassen.</p>
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	<p>Die Übertragung erfolgt aerogen durch Tröpfcheninfektion. Das Virus dringt in die Schleimhaut des oberen Respirationstraktes ein, vermehrt sich vornehmlich im lymphatischen Gewebe und führt zu einer ausgeprägten Virämie mit der Möglichkeit der diaplazentaren Übertragung in der Schwangerschaft.</p> <p>Der einzige natürliche Wirt ist der Mensch.</p>
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt § 6, Labor § 7
	Einrichtung: keine	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	Nein	ja
Ansteckungszeitraum	7 – 21 Tage, im Mittel 14 Tage	14 – 21 Tage
Ansteckungsfähigkeit	<p>i.d.R. 4 – 20 Tage</p> <p>Am höchsten in den Tagen vor Auftreten des Ausschlags, nach Beginn des Hautausschlages nimmt die Infektiosität ab.</p>	7 Tage vor bis 7 Tage nach Ausbruch des Hautausschlages
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	<p>Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden des Kindes abhängig.</p> <p>Ausnahme: Kinder mit Erkrankung des blutbildenden Systems, die über längere Zeit hochinfektiös sein können.</p>	WZ nach Abklingen der klinischen Symptome, jedoch frühestens am 8. Tag nach Beginn des Hautausschlages.
Ausschluss Ausscheider	nicht erforderlich	entfällt
Ausschluss Kontaktpersonen	Entfällt	<p>Kontaktpersonen, in deren häuslichen Umfeld eine nachweisliche Rötelnkrankung oder der Verdacht besteht: Ausschluss nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach postexpositioneller Schutzimpfung oder bei nachweislich früher durchgemachter Krankheit. Ungeimpfte Personen müssen in der möglichen Ansteckungszeit von 21 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden.</p> <p>Eine ausreichende Immunität ist auch bei Personen anzunehmen, die vor 1970 geboren und in Deutschland aufgewachsen sind.</p>
Hygiene-Maßnahmen	nicht erforderlich	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	Wirksame Hygienemaßnahmen sind nicht bekannt.	<p>Alle nur einmal geimpften Personen in Gemeinschaftseinrichtungen sollten möglichst frühzeitig eine Impfung erhalten.</p> <p>Exponierte Ungeimpfte aus der Wohngemeinschaft dürfen trotz Nachholimpfung die Einrichtung nicht betreten.</p>
Weitere Hinweise	Schwangeren Kontaktpersonen wird empfohlen, ihren Gynäkologen aufzusuchen.	Beratung durch den Gynäkologen bei ungeimpften Schwangeren.

Infektion	Scharlach <i>(u. sonst. Streptokokkus pyogenes-Infektionen)</i>	Windpocken <i>(Varizellen)</i>
Was ist das?	Scharlach ist eine Erkrankung, die durch bestimmte Bakterien, der Gruppe der Streptokokken, verursacht wird. Bestimmte Typen sind mit Erkrankungen des Rachens, andere eher mit Haut- bzw. Wund- oder septischen Infektionen verbunden. Streptokokkus- pyogenes- Bakterien bilden Giftstoffe, diese verursachen den Ausschlag beim Scharlach. Racheninfektionen durch S. pyogenes sind weltweit verbreitet. Sie gehören zu den häufigsten bakteriellen Erkrankungen im Kindesalter und weisen einen Gipfel in der Altersgruppe der 6- bis 12-Jährigen auf. Ausbrüche sind allerdings auch in allen anderen Altersgruppen möglich. Der Mensch ist der einzige Träger. Erkrankungen treten in den Wintermonaten gehäuft auf.	Das Varizella-Zoster-Virus (VZV) kann zwei verschiedene klinische Krankheitsbilder verursachen: Windpocken bei einer Erstinfektion und im Wiederholungsfall Gürtelrose. Der Mensch ist das einzige bekannte Reservoir für das VZV.
Ansteckung	Scharlach wird hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion oder direkten Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen, selten durch kontaminierte Lebensmittel und Wasser. Eitrige Hautinfektionen durch S. pyogenes entstehen durch Kontakt- bzw. Schmierinfektion. Enges Zusammenleben (z.B. in Schulen, Kasernen, Heimen) begünstigt in jedem Lebensalter die Ausbreitung des Erregers.	Die hoch ansteckenden Viren werden teils über direkten Kontakt mit den Varizellen- oder Zosterbläschen übertragen. Die Tröpfcheninfektion, also direktes Einatmen von Ausatmungströpfchen infizierter Personen, ist ein bis zwei Tage vor Ausbruch des Exanthems möglich. Das Varizella-Zoster-Virus wird mit der Luft übertragen („Windpocken“).
Meldepflicht	Arzt / Labor: keine	Arzt § 6, Labor § 7
	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	Nein	ja
Ansteckungszeitraum	1 – 3 Tage	i.d.R. 14 – 16 Tage
Ansteckungsfähigkeit	24 Stunden nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Therapie. Unbehandelt ist eine Wiederezulassung frühestens 2 Wochen nach Abklingen der Symptome angezeigt.	1 – 2 Tage vor Exanthemausbruch bis 5 – 7 Tage nach Auftreten der ersten Bläschen. Bei abwehrgeschwächten Patienten mit verzögertem Krankheitsverlauf bedeutet dies, dass die Ansteckungsfähigkeit nahezu die ganze Zeit bestehen kann, in der frische Pusteln auftreten.
Wiederezulassung (WZ) nach Krankheit	Bei antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszeichen nach 24 Stunden; ansonsten nach Abklingen der Krankheitssymptome. Ohne AB frühestens nach 2 Wochen nach Abklingen der Symptome.	Meist nach einer Woche nach Beginn (erste Bläschen) einer unkomplizierten Erkrankung.
Ausschluss Ausscheider	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Ausschluss Kontaktpersonen	nicht erforderlich	Kontaktpersonen, in deren häuslichen Umfeld eine nachweisliche Windpockenerkrankung oder der Verdacht besteht: Ausschluss nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz, nach 2. postexpositioneller Schutzimpfung oder bei nachweislich früher durchgemachter Krankheit. Ungeimpfte Personen müssen in der möglichen Ansteckungszeit von 16 Tagen vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden. Eine ausreichende Immunität ist auch bei Personen anzunehmen, die vor 2004 geboren und in Deutschland aufgewachsen sind.
Hygiene-Maßnahmen	Das Desinfizieren von Oberflächen und Gebrauchsgegenständen ist nicht notwendig.	Im häuslichen Milieu sind spezielle Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen in der Regel nicht notwendig. Patienten mit Abwehrschwäche sollen keinen Kontakt zu Erkrankten haben.
Medikamentöse Prophylaxe	Keine, es sei denn in der Wohngemeinschaft leben schwerwiegend Erkrankte.	Für Personen mit besonderer Immunlage ist die Gabe eines spezifischen Immunglobulins zu erwägen.
Weitere Hinweise		Die Viren verweilen nach Ausheilung im Körper und können je nach Immunlage in späteren Jahren zu einer Gürtelrose führen.

Im Folgenden werden Infektionskrankheiten beschrieben, die relativ selten in Gemeinschaftseinrichtungen auftreten und die Informationsweitergabe und Beratung der Einrichtung durch das Gesundheitsamt individuell erfolgt.

Infektion	Cholera	Diphtherie
Was ist das?	Cholera ist eine schwere Infektionskrankheit vorwiegend des Dünndarms, die durch das Bakterium <i>Vibrio cholerae</i> verursacht wird. Die Bakterien können extremen Durchfall und starkes Erbrechen verursachen, was zu einer schnellen Austrocknung mit Elektrolytverlust führen kann. Obwohl die meisten Infektionen ohne Symptome verlaufen, beträgt die Sterblichkeit bei Ausbruch der Krankheit unbehandelt zwischen 20 und 70 %.	Bei der Diphtherie handelt es sich um eine Krankheit, die durch eine Infektion der oberen Atemwege hervorgerufen wird. Gefürchtet ist das von den Bakterien abgesonderte Toxin, welches zu lebensbedrohlichen Komplikationen und Spätfolgen führen kann.
Ansteckung	Cholera Bakterien gelangen in erster Linie über fäkalienerunreinigtes Trinkwasser, weniger über erregerkontaminierte Lebensmittel oder Gebrauchsgegenstände in den Magen-Darm-Trakt des Menschen. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch wird für möglich gehalten, gilt aber als eher seltenes Ereignis.	Die Diphtherie wird durch giftstoffbildende Bakterien ausgelöst und ist von Mensch zu Mensch durch Tröpfchen- oder Schmierinfektionen übertragbar, selten auch über kontaminierte Gegenstände.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7	Arzt § 6, Labor § 7
	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	ja	ja
Ansteckungszeitraum	Wenige Stunden bis 5 Tage, selten länger	2 – 5 Tage, selten bis zu 10 Tagen.
Ansteckungsfähigkeit	Solange Erreger im Stuhl nachweisbar sind.	Solange Erreger nachweisbar. Unbehandelt 2-4 Wochen, bei antibiotischer Therapie ca. 2-4 Tage.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach klinischer Genesung und 3 negativen aufeinanderfolgenden Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen. Die erste Stuhlprobe frühestens 24 Std. nach Ende einer Antibiotikatherapie	WZ nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 negativen Abstrichen; (1. Abstrich 24 h nach Ende der Antibiotika-Therapie).
Ausschluss Ausscheider	Eine Wiederzulassung bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes.	Kranke und asymptomatische Keimträger: WZ nach 2 neg. Abstrichen, frühestens 24 Std. nach Antibiotika-Therapie. WZ bedarf der Zustimmung des Gesundheitsamtes.
Ausschluss Kontaktpersonen	Da asymptomatische Infektionen bzw. leichte Verläufe die Mehrzahl sind, müssen Personen für 5 Tage nach dem letzten Kontakt mit Erkrankten oder Ansteckungsverdächtigen vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden. Ein ärztliches Attest und eine negative Stuhlprobe sind erforderlich.	Ausreichende Immunität -> kein Ausschluss Personen ohne Postexpositionsprophylaxe: WZ nach einem neg. Nasen- und Rachenabstrichen (Abstand 24 Std.). Ärztliches Attest ist erforderlich. Behandelte Personen: 24h nach erfolgter Postexpositionsprophylaxe mit neg. Nachweis. Ärztl. Attest erforderlich.
Hygiene-Maßnahmen	Die Übertragung von Cholera-Vibrien kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Eine intensive Händehygiene insbesondere nach Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem eines Erkrankten ist erforderlich.	Eine Desinfektion der häuslichen Umgebung und der Gemeinschaftseinrichtung ist in Absprache mit dem Gesundheitsamt erforderlich. Korrekte Händedesinfektion ist notwendig.
Medikamentöse Prophylaxe	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.	Enge Kontaktpersonen (auch geimpfte Personen) sollten unabhängig vom Impfstatus prophylaktisch Antibiotika erhalten.
Weitere Hinweise	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.	Gemäß § 42 IfSG besteht ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Wunddiphtherie erkrankt sind.

Infektion	Enteritis (durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC))	Giardiasis
Was ist das?	EHEC ist eine bakterielle Darmerkrankung, die blutigen Stuhl und unter Umständen auch eine schwere Erkrankung, z.B. das HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom) auslösen kann. Das Bakterium kann unterschiedlich Toxine bilden. Nur ein EHEC-Toxin ist in der Lage beim Patienten HUS zu entwickeln. Die Differenzierung der Toxine spielt bei der WZ eine Rolle.	Die Giardiasis ist eine durch das Geißeltierchen Giardia intestinalis hervorgerufene Erkrankung des Menschen. Symptome: Durchfall, Blähungen, selten auch Fieber. Die beim Menschen vorkommenden Genotypen können auch bei Hunden und Katzen eine Erkrankung auslösen.
Ansteckung	Eine Infektion kann über Kontakt mit EHEC-Ausscheidern, durch Genuss kontaminierter Lebensmittel oder durch fäkal verunreinigtes Trinkwasser erfolgen. <100 Erreger reichen für eine Ansteckung.	Infektion durch verunreinigtes Trinkwasser oder durch Lebensmittel.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Arzt: keine Labor § 7 Einrichtung: keine
Impfung möglich	nein	nein
Ansteckungszeitraum	2 – 10 Tage, durchschnittlich 3 – 4 Tage.	im Mittel 7 – 10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Ansteckung besteht, solange EHEC-Bakterien im Stuhl nachgewiesen werden. Allgemein gilt, dass der Erreger bei Kindern länger im Stuhl nachgewiesen werden kann als bei Erwachsenen. Mit einer Ausscheidungsdauer von über einem Monat bei klinisch unauffälligen Bild muss daher gerechnet werden.	Unbehandelte infizierte Personen können Zysten über Monate ausscheiden.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	HUS-assoziiertes EHEC-Stamm: Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlbeurteilungen, im Abstand von 1-2 Tagen. nicht HUS-assoziiertes EHEC-Stamm: 48h nach Abklingen der Symptome, Absprache mit GA	Bei Personen, die im Lebensmittelbereich arbeiten und Kindern < 6 Jahren: nach Abschluss der Behandlung bzw. 48 Stunden nach Abklingen der klinischen Symptome. Kontrolle des Behandlungserfolges durch 3 negative Stuhlbeurteilungen im Abstand von 1 Woche empfohlen.
Ausschluss Ausscheider	Handelt es sich um einen HUS-bildenden EHEC-Stamm, müssen 2 Stuhlproben negativ sein. Absprachen mit dem Gesundheitsamt sind erforderlich. nicht HUS-assoziiertes EHEC-Stamm: unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen und Symptomfreiheit sind keine Auflagen gegeben.	ja (Lebensmittelbereich/ Kinder <6 Jahre)
Ausschluss Kontaktpersonen	Wiederzulassung von Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft bei HUS-assoziierten EHEC-Stämmen bei Vorliegen einer neg. Stuhlprobe.	nein, solange symptomlos
Hygiene-Maßnahmen	Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen. Effektive Händehygiene. Keine eigene Toilette nötig. Flächendesinfektion bei Kontakt mit Ausscheidungen des Erkrankten.	Die Übertragung kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen und durch intensive Händehygiene verhütet werden. Haustiere können Ausscheider sein und sollten tierärztlich untersucht werden.
Medikamentöse Prophylaxe	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen, noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.	Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen, noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.



Infektion	HIB (<i>Hämophilus influenzae Typ b - Meningitis</i>)	Meningokokken
Was ist das?	Eine meist auf den Nasen-Rachenraum beschränkte fieberhafte Infektion, häufig einhergehend mit Mittelohr- und Nasennebenhöhlenentzündung. Komplikationen können sich durch eine eitrige Meningitis und durch Herzklappen- oder Herzbeutelentzündungen ergeben. Besonders gefürchtet sind die durch Typ B verursachten Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter, eine Entzündung des Kehlkopfeinganges kann innerhalb weniger Stunden zum Schock und Tode führen.	Meningokokken sind Bakterien, die sich im Nasen-Rachen-Raum des Menschen ansiedeln und dort bei etwa 10 % der Bevölkerung ohne Anhalt klinischer Symptome nachweisbar sind. Meningokokken-Erkrankungen treten weltweit auf. Da die Keime gewöhnlich außerhalb des Körpers rasch absterben, ist für eine Infektion ein enger Kontakt mit Übertragung von Sekreten (Tröpfcheninfektion) von einem Keimträger oder einem Erkrankten erforderlich. Ein Zusammentreffen von Menschen ohne engen Kontakt führt in der Regel nicht zu einer Ansteckung.
Ansteckung	Tröpfcheninfektion	Tröpfcheninfektion, direkter enger Kontakt = „face to face“
Meldepflicht	Arzt: keine Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Arzt § 6, Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG
Impfung möglich	ja	gegen bestimmte Bakterienstämme
Ansteckungszeitraum	ca. 2 – 4 Tage	2-10 Tage, in der Regel 3 – 4 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Bis zu 24 Stunden nach Beginn einer Antibiotikatherapie.	7 Tage vor Symptombeginn bis 24 Stunden nach Beginn einer antibakteriellen Therapie bzw. solange Erreger im Nasen/Rachenbereich nachgewiesen werden können.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nach Beendigung der Antibiotikatherapie (frühestens 24h) und nach Abklingen der klinischen Symptome.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 24h nach Antibiotikatherapie
Ausschluss Ausscheider	entfällt	5-10% aller Personen sind Träger von Meningokokken im Nasen-Rachen-Raum. Bei Epidemien sind bis zu 90% Träger möglich. Ein Ausschluss von Ausscheidern ist daher nicht vertretbar.
Ausschluss Kontaktpersonen	<u>keine Chemoprophylaxe:</u> Wiederzulassung nach ärztlichem Urteil bzw. in Absprache mit dem Gesundheitsamt (KP in der Wohngemeinschaft) <u>mit Chemoprophylaxe:</u> Wiederzulassung 24-48h nach Beginn <u>kein Ausschluss:</u> bestehender Immunschutz	Personen mit Kontakt zu einem an invasiver Meningokokken-Infektion erkrankten Patienten bedürfen einer sorgfältigen klinischen Überwachung während der möglichen Ansteckungszeit. Ausschluss aus einer Gemeinschaftseinrichtung ist nicht erforderlich, außer für in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen, dann gilt: 24 Std. nach dem Beginn einer Chemoprophylaxe gelten Kontaktpersonen als nicht mehr ansteckend. WZ ohne Chemoprophylaxe frühestens 10 Tage nach letztem Kontakt
Hygiene-Maßnahmen	Wirksame Maßnahmen sind nicht bekannt.	Wirksame hygienische Maßnahmen sind nicht bekannt.
Medikamentöse Prophylaxe	Haushaltsmitglieder ab 1 Monat, wenn dort ein ungeimpftes bzw. unzureichend geimpftes Kind unter 5 Jahre oder Personen mit lummundefizienz lebt In Gemeinschaftseinrichtungen für ungeimpfte exponierte Kinder bis 5 Jahre.	Chemoprophylaxe für Haushalts- und enge KP maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt. KP werden vom Gesundheitsamt informiert. Bei impfpräventablen Serogruppen zusätzliche postexpositionelle Meningokokken-Impfung indiziert.
Weitere Hinweise		Wichtig: besonders sorgfältige Informationspolitik



Infektion	Krankheiten durch Orthopockenviren (Orthopockenviren, z. B. Affenpockenvirus/ Monkeypoxvirus/MPXV)	Pest (Yersinia pestis)
Was ist das?	Mpox/Affenpocken werden ausgelöst durch das Affenpockenvirus (engl. Monkeypox virus, MPXV), ein Virus aus der Gattung Orthopoxvirus. Das Virus ist verwandt mit den klassischen humanen Pockenviren. Das Krankheitsbild ähnelt dem der klassischen Pocken, die Erkrankung verläuft jedoch in der Regel milder. Seit Mai 2022 werden Mpox-/Affenpockenfälle außerhalb von Afrika ohne Reiseanamnese beobachtet	Hierbei handelt es sich um ein stäbchenförmiges Bakterium, welches in der Vergangenheit für mehrere Pandemien verantwortlich war. Diese mit Ratten und dem Rattenfloh assoziierte Pest tritt nur noch sehr selten auf. Heute beschränken sich die Ausbrüche auf die Tropen und Subtropen. In Deutschland gibt es aktuell keine Tierreservoirs, die als Überträger gelten.
Ansteckung	Die Übertragung beim derzeitigen Ausbruch ist von Mensch zu Mensch vor allem bei engen Kontakten zu verzeichnen, insbesondere im Rahmen sexueller Aktivitäten. durch den direkten Kontakt von Haut oder Schleimhaut mit Körperflüssigkeiten oder den typischen Hautveränderungen, wobei sowohl Bläscheninhalte als auch Schorf infektiös sind, kann eine Übertragung stattfinden.	Infizierte Flöhe übertragen die Bakterien auf Nagetiere und Menschen. Ebenso führen Bisse zur Übertragung. Prinzipiell werden Übertragungen nach inhalativer, perkutaner und intravenöser Exposition beschrieben. Die Übertragung von <i>Y. pestis</i> von Mensch zu Mensch ist z.B. durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten (z.B. durch Buboneerter) möglich. Daneben ist besonders für die Lungenpest auch der Übertragungsweg über Tröpfchen sehr relevant.
Meldepflicht	Arzt § 6 Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Arzt § 6 Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	Ja, aber nur bei Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko (Mpox) und als Postexpositionsprophylaxe	nein
Ansteckungszeitraum	1-21 Tage bei Mpox/Affenpocken	Beulenpest: 2-7 Tage Primäre Lungenpest: 1-3 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Erst wenn alle Läsionen einschließlich des Schorfs, abgeheilt und die Krusten abgefallen sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat, ist die betroffene Person nicht mehr ansteckend. Dies kann mehrere Wochen (meist zwei bis vier Wochen) dauern. Nach Genesung können Viren noch einige Woche über die Samenflüssigkeit ausgeschieden werden.	72 Std. nach Beginn einer wirksamen Therapie.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Wiederzulassung nach Abklingen der klinischen Symptome und wenn alle Läsionen, einschließlich des Schorfs, abgeheilt sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat, jedoch frühestens 21 Tage nach Symptombeginn.	Wiederzulassung nur in Abstimmung mit Fachexperten und dem Gesundheitsamt.
Ausschluss Ausscheider	Entfällt.	
Ausschluss Kontaktpersonen	Richtet sich nach dem jeweiligen vom RKI beschriebenen Risiko.	WZ für KP in der Wohngemeinschaft 72 Std. nach Beginn einer geeigneten Postexpositionsprophylaxe (Antibiotikagaben). Auch hier wieder nur in Abstimmung mit Fachexperten und Gesundheitsamt.
Hygiene-Maßnahmen	Vorsicht im Umgang mit kontaminierter Wäsche und anderer Textilien und Gegenständen.	Hygienemaßnahmen in Absprache mit Fachexperten und Gesundheitsamt.
Medikamentöse Prophylaxe	Die Ständige Impfkommision (STIKO) empfiehlt Personen nach Affenpockenexposition eine postexpositionelle Prophylaxe (PEP) mit dem Impfstoff Imvanex/Jynneos. Die Impfung soll möglichst frühzeitig in einem Zeitraum von bis zu 14 Tagen nach Exposition verabreicht werden, aber nur solange die exponierte Person keine Symptome aufweist.	
Weitere Hinweise	www.rki.de/affenpocken FAQ zu Mpox/Affenpocken	Nach §30 Abs. 1 IfSG werden Personen, die an Lungenpest erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in ein Krankenhaus oder für die Krankheit geeignete Einrichtung abgesondert.

Infektion	Poliomyelitis / Kinderlähmung	Shigellose, Ruhr
Was ist das?	Kinderlähmung wird durch Polioviren übertragen. Polioviren waren weltweit verbreitet; vor Einführung der oralen Impfung war die Verbreitung auch in Mitteleuropa so ausgeprägt, dass der Kontakt mit dem Erreger meist schon im Kindesalter erfolgte ("Kinderlähmung"). Die letzte in Deutschland erworbene Erkrankung an Poliomyelitis durch ein Wildvirus wurde 1990 erfasst. Endemische Erkrankungen durch Polio-Wildviren betreffen gegenwärtig nur noch wenige Länder in Afrika (Nigeria) sowie in Asien (Indien, Pakistan und Afghanistan). Der Mensch ist der einzige Träger für Polioviren.	Die Bakterienruhr (auch: Shigellose, Shigellendysenterie, Shigellenruhr, Bazillenruhr) ist eine von Shigellen ausgelöste entzündliche Erkrankung, die hauptsächlich den Dickdarm befällt. Die toxische Bakterienruhr ist charakterisiert durch häufige blutig-schleimige Durchfälle, Fieber, Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit, Bauchschmerzen/Koliken, schmerzhaftem Stuhldrang, bis hin zu Nierenversagen oder Kreislaufkollaps. Die mildere Verlaufsform geht mit geringeren toxischen Erscheinungen einher.
Ansteckung	Das Poliovirus wird hauptsächlich fäkal-oral übertragen. Schlechte hygienische Verhältnisse begünstigen die Ausbreitung von Poliovirus-Infektionen.	Die Übertragung erfolgt fäkal-oral, überwiegend durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch. Infektionen durch kontaminiertes Trinkwasser oder Lebensmittel besitzen vor allem in den wärmeren Ländern Bedeutung, hier ist auch mit einer Übertragung in kontaminierten Badegewässern zu rechnen. Fliegen besitzen als mechanische Vektoren nicht nur in tropischen Ländern eine praktische Bedeutung.
Meldepflicht	Arzt § 6 Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Arzt: keine Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	ja	nein
Ansteckungszeitraum	3 – 35 Tage	12 – 96 h
Ansteckungsfähigkeit	Die Virusausscheidung im Rachensekret beginnt 1-2 Tage nach Infektion, im Stuhl nach 3 Tagen; sie kann mehrere Wochen andauern. Auch Infizierte mit abgekürztem oder unauffälligem Verlauf sind Virusausscheider.	Solange Keime ausgeschieden werden (bis zu 1-4 Wochen nach akuter Krankheitsphase). Chronische Ausscheidung ist selten, z. B. bei mangelernährten Kindern. Antibiotische Behandlung bei gesunden Patienten führt zu einem raschen Abtöten der Erreger.
Wiedenzulassung (WZ) nach Krankheit	Frühestens 3 Wochen nach Krankheitsbeginn und Vorliegen 2 negativer Stuhlproben. Nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem Gesundheitsamt.	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 negativen Stuhlproben im Abstand von 1-2 Tagen. Die erste Stuhlprobe sollte frühestens 24 Stunden nach Auftreten von geformtem Stuhl bzw. 48 Stunden nach Ende einer Antibiotikatherapie erfolgen.
Ausschluss Ausscheider	ja	Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden.
Ausschluss Kontaktpersonen	Nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz und nach postexpositioneller Schutzimpfung oder Kontakt zu Personen mit Impfpoliomyelitis. Bei Ungeimpften ist eine Wiedenzulassung nach 1 Woche nach letzter Exposition möglich, wenn 2 negative Stuhlproben vorliegen. Nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem Gesundheitsamt	Wiedenzulassung nach Vorliegen einer negativen Stuhlprobe (zu entnehmen 96 Stunden nach letztmaligem Kontakt zum Erkrankten/ Krankheitsverdächtigen) möglich. Im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).
Hygiene-Maßnahmen	Vermeidung von fäkal-oralen Schmierinfektionen durch Händewaschen und Händedesinfektion während der Inkubationszeit bei Kontaktpersonen.	Die Übertragung von Shigellen kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Eine Händedesinfektion insbesondere nach Kontakt mit Stuhl eines Erkrankten ist erforderlich.
Medikamentöse Prophylaxe	Alle Kontaktpersonen sollten unabhängig vom Impfstatus so früh wie möglich eine aktive Schutzimpfung erhalten.	Es ist keine wirksame Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise		Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.



Infektion	Tuberkulose <i>(infektiöse Lungen-TBC)</i>	Typhus, Paratyphus
Was ist das?	Die Tuberkulose, kurz TBC, ist eine weltweit verbreitete bakterielle Infektionskrankheit, die durch verschiedene Arten von Mykobakterien verursacht wird und beim Menschen am häufigsten die Lunge befällt. Nur etwa fünf bis zehn Prozent der mit Mycobakterium tuberculosis infizierten erkranken im Laufe ihres Lebens an Tuberkulose, betroffen sind besonders Menschen mit geschwächtem Immunsystem oder einer genetisch bedingten Anfälligkeit.	Typhus ist eine schwere Durchfallerkrankung, ausgelöst durch Bakterien. Sie kommt weltweit, vor allem in Ländern mit schlechten Hygienebedingungen vor. In Deutschland wird Typhus meist durch Reisende eingeschleppt, die aus tropischen Ländern kommen. Paratyphus verläuft ähnlich wie Typhus, meist aber leichter ausgeprägt.
Ansteckung	Eine Infektion geht i.d.R. von Menschen aus, die an einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose erkrankt sind. Unter einer infektiösen Lungentuberkulose versteht man Erkrankungen, bei denen der Krankheitserd Anschluss an die Luftwege hat. Die Infektion erfolgt fast immer aerogen, d.h. durch feinste erregerehaltige Tröpfchenkerne in der ausgeatmeten Luft, die von erkrankten Personen insbesondere beim Husten, Niesen, Lachen oder Sprechen freigesetzt werden. Besonders ansteckend sind Tuberkulosepatienten, bei denen im Auswurf so viele Bakterien vorhanden sind, dass diese bereits unter dem Mikroskop sichtbar sind („mikroskopisch positiv“). Kinder bis zum 10. Lebensjahr sind weniger infektiös, da der Hustenausstoß nicht ausreicht, um Bakterien auszuhusten.	Die Übertragung erfolgt vorwiegend durch die Aufnahme von Wasser und Lebensmitteln, die durch Ausscheidungen (Stuhl, Urin) kontaminiert wurden. Eine direkte fäkal-orale Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich, aber von untergeordneter Bedeutung.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Arzt § 6, Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	nein	Bei Typhus: ja, sie wird bei bestimmten Auslandsreisen empfohlen. Paratyphus: nein
Ansteckungszeitraum	Wochen bis Monate; meist mehr als 6 Monate	Typhus: ca. 3–60 Tage, gewöhnlich 8–14 Tage, Paratyphus: ca. 1–10 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Solange Bakterien in Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft direkt nachweisbar sind. Die Ansteckung klingt unter einer Kombinationstherapie in 2-3 Wochen ab, wenn keine Medikamentenresistenz vorliegt. Bei ausgeprägten klinischen Befunden kann eine Infektiosität auch länger bestehen. Die Einschätzung obliegt der individuellen Entscheidung durch den behandelnden Arzt.	Die Ansteckungsgefahr beginnt in der ersten Krankheitswoche und dauert, solange Erreger ausgeschieden werden.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Bei dem Nachweis säurefester Stäbchen bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden mikroskopischen Proben. Nach durchgeführter antituberkulöser Kombinationstherapie von in der Regel drei Wochen Dauer und bei Vorliegen von drei negativen Befunden (s.o.), können Gemeinschaftseinrichtungen wieder besucht werden. Einzelfallentscheidung!	Nach klinischer Gesundheit und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlbefunden im Abstand von 1-2 Tagen (erste Stuhlprobe frühestens 24 Std. nach Beendigung der Antibiotikatherapie)
Ausschluss Ausscheider	Wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist stets als erkrankt und behandlungsbedürftig anzusehen.	Bei längerer Ausscheidung des Erregers soll im Benehmen mit dem Gesundheitsamt eine individuelle Lösung erarbeitet werden.
Ausschluss Kontaktpersonen	Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome auftreten. Auf Husten unklarer Ursache ist zu achten. Kontaktpersonen werden grundsätzlich durch das Gesundheitsamt überwacht.	Ausschluss von KP in Wohngemeinschaft: bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben. Ausnahmen können in Absprache mit dem Gesundheitsamt erfolgen, wenn keine typhusverdächtigen Symptome vorliegen und wenn eine strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen gegeben ist.
Hygiene-Maßnahmen	Da die Tuberkulosebakterien über die Raumluft übertragen werden, sind Desinfektionsmaßnahmen in Gemeinschaftseinrichtungen und Haushalten nicht notwendig. Die Keimbelastung von Innenraumluft kann am besten durch Lüften gesenkt werden.	Übertragung von Salmonella Typhi und Paratyphi kann durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Eine intensive Händehygiene insbesondere nach Kontakt mit Stuhl eines Erkrankten ist erforderlich.
Medikamentöse Prophylaxe	Je nach Ergebnis einer Kontrolluntersuchung müssen Kontaktpersonen medikamentös behandelt werden.	Es ist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt.
Weitere Hinweise	Grundsätzlich muss die ärztliche Entscheidung über die WZ bzw. berufliche Tätigkeit in Gesamtschau aller klinischen, bakteriologischen und ggf. radiologischen Befunde sowie der Therapieadhärenz für jeden Erkrankten individuell getroffen werden.	Gemäß § 42 Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot für Personen, die an Typhus abdominalis/Paratyphus erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Infektion	Virus-Hepatitis A (VHA) und Virus-Hepatitis E (VHE)	Virus-Hepatitis B (HBV) Virus-Hepatitis C (HCV) und Virus-Hepatitis D (HDV)
Was ist das?	Die Virushepatitis ist eine Erkrankung, die überwiegend mit einer Entzündung der Leber einhergeht. Sie kann durch verschiedene Viren (die mit unterschiedlichen Buchstaben gekennzeichnet werden) übertragen werden.	Die Virushepatitis ist eine Erkrankung, die überwiegend mit einer Entzündung der Leber einhergeht. Sie kann durch verschiedene Viren (die mit unterschiedlichen Buchstaben gekennzeichnet werden) übertragen werden.
Ansteckung	Die Übertragung erfolgt fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektion, im Rahmen enger Personenkontakte, z. B. im Kindergarten oder im gemeinsamen Haushalt, sowie durch kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gebrauchsgegenstände. Ist oft auch eine Reiseinfektion.	Hepatitis B, C und D wird durch Körperflüssigkeiten wie Blut, Blutplasma übertragen sowie durch ungeschützten Geschlechtsverkehr über Sperma oder Scheidensekret. Die gemeinsame Benutzung von Injektionsnadeln beim Drogenkonsum stellt ebenfalls ein Infektionsrisiko dar. Weitere Möglichkeiten der Infektion bestehen bei der Mehrfachverwendung von Tätowier- oder Akupunkturnadeln.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *	Arzt § 6, Labor § 7 Einrichtung: keine
Impfung möglich	HAV: ja HEV: nein	HBV: ja HCV und HDV: nein
Ansteckungszeitraum	HAV: Ca. 15 – 50 Tage (im Allgemeinen 25 – 30 Tage) HEV: 15-64 Tage	HBV: 1 – 6 Monate HCV: 2 – 6 Monate HDV: ist nur in Verbindung mit B möglich und eine zusätzliche Infektion
Ansteckungsfähigkeit	HAV: 1–2 Wochen vor bis max. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus (Gelbfärbung, oft an der Hautfarbe oder dem Augenhintergrund zu erkennen). Eine Virenausscheidung bei Kindern kann länger andauern. HEV: nicht abschließend geklärt, etwa 1 Woche vor bis 4 Wochen nach Ikterus.	Solange Viren labordiagnostisch nachgewiesen werden.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome, bzw. so lange, bis eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist. Wiederzulassung bei Einhaltung von Hygienemaßnahmen. HEV: nach klinischer Genesung.	Der Besuch der Gemeinschaftseinrichtungen ist ausschließlich vom Allgemeinbefinden der betroffenen Person abhängig.
Ausschluss Ausscheider	Gegenwärtig erlaubt die Labordiagnostik keine routinemäßige Erfassung von Ausscheidern.	Carrier = Virusträger (Kinder u. Personal) dürfen Gemeinschaftseinrichtungen i.d.R. besuchen.
Ausschluss Kontaktpersonen	HAV: Für Familienmitglieder nicht erforderlich bei bestehendem Impfschutz oder nach durchgemachter Krankheit. Sonst Ausschluss für 4 Wochen nach dem letzten Kontakt zu einem Infektiösen. Nach postexpositioneller Schutzimpfung WZL nach 2 Wochen. Für andere Kontaktpersonen bestehen keine Einschränkungen. HEV: Nein, eine M-zu-M-Übertragung findet nach derzeitigem Kenntnisstand nicht statt.	Nicht erforderlich.
Hygiene-Maßnahmen	HAV: Die Übertragung des Erregers kann wirksam durch Vermeiden von fäkal-oralen Schmierinfektionen verhütet werden. Eine intensive Händehygiene insbesondere nach Kontakt mit Stuhl oder Urin eines Erkrankten ist erforderlich. Gleiches gilt bei HEV.	Vermeidung von Blutkontakten, Tragen von Schutzhandschuhen bei Erste-Hilfe-Maßnahmen.
Medikamentöse Prophylaxe	HAV: In ausgewählten Fällen kann bei individuell besonders gefährdeten Personen eine passive Immunisierung bei einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung mit Immunglobulinen sinnvoll sein.	Aktive Schutzimpfung und ggf. Gabe eines speziellen Immunglobulins bei Hep. B möglich.
Weitere Hinweise	Wichtig sind: konsequente Händehygiene, das Tragen von Handschuhen bei möglichem Kontakt mit Ausscheidungen des Patienten, sowie eine wirksame Händedesinfektion. Das Virus kann außerhalb des Wirts u. U. monatelang stabil bleiben, daher sind kontaminierte Oberflächen mit einem geeigneten Desinfektionsmittel durch Abwischen zu desinfizieren. Vorsicht beim Umgang mit Lebensmitteln! Erkrankte und Ausscheider dürfen mit diesen weder in Berührung kommen noch in Küchen von Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten.	Die Problematik bei Hepatitis B wird mit zunehmender Durchimpfung abnehmen. Eine Impfung ist nur gegen Hepatitis A und B möglich.



Infektion	Virale hämorrhagische Fieber (VHF) Mensch-zu-Mensch-Übertragung (Ebola-, Lassa-, Krim-Kongo-, Marburgfieber)
Was ist das?	Als VHF wird eine Gruppe von Krankheiten bezeichnet, die von verschiedenen Viren ausgelöst wird und mit Blutungssymptomen einhergeht. Im engeren Sinne werden nur schwere, lebensbedrohende und hoch kontagiöse Infektionen als virale hämorrhagische Fieber bezeichnet. Es gibt auch milder verlaufende Infektionen und Viren, die nur durch Vektoren übertragen werden, nicht durch Patientenkontakt. Am stärksten verbreitet ist es in Südamerika, Afrika und Südostasien. In Nordamerika und Mitteleuropa kommt es hingegen kaum vor. Nach Deutschland wird es gelegentlich von Reisenden, die sich im Ausland angesteckt haben, eingeschleppt. Mehrere deutsche Krankenhäuser besitzen Sonderisolierstationen für diese stark infektiösen Patienten.
Ansteckung	Die Erreger des hämorrhagischen Fiebers stammen ursprünglich von Haustieren, Affen und Nagetieren. Sie zählen also zu den Zoonosen, zu den Infektionskrankheiten, die von Tier zu Mensch und von Mensch zu Tier übertragen werden. Zu Infektionen kommt es durch Stiche, durch Verspeisen und durch Kontakt zu Ausscheidung von infizierten Tieren. Mensch-zu-Mensch-Übertragungen erfolgen über Tröpfcheninfektionen.
Meldepflicht	Arzt § 6, Labor § 7 Gemeinschaftseinrichtung. Ja, nach § 34 IfSG *
Impfung möglich	Impfstoffe sind im Entwicklungsstadium
Ansteckungszeitraum	Ebola: 2-21 Tage, Mittel 8-9 Tage Lassa: 3-21 Tage Krim-Kongo: 1-12 Tage Marburg: 2-21 Tage
Ansteckungsfähigkeit	Solange Viren im Blut, Speichel oder Ausscheidungen nachweisbar sind.
Wiederzulassung (WZ) nach Krankheit	Nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem Gesundheitsamt.
Ausschluss Ausscheider	Nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem Gesundheitsamt.
Ausschluss Kontaktpersonen	Nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem Gesundheitsamt.
Hygiene-Maßnahmen	Nur in Abstimmung mit Fachexperten/-innen und dem Gesundheitsamt.
Medikamentöse Prophylaxe	Keine.
Weitere Hinweise	Nach §30 Abs. 1 IfSG werden Personen, die an Lungenpest erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in ein Krankenhaus oder für die Krankheit geeignete Einrichtung abgesondert.