

Wiederzulassungsempfehlungen für den Besuch von/ die Tätigkeiten in Gemeinschaftseinrichtungen nach Auftreten von ausgewählten Infektionskrankheiten

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 1 von 19

Ansprechpartner - Telefonnummer - E-Mail
Dr. med. S. Rogge - 0385/588-59180 - Epi.meldung@lagus.mv-regierung.de

Anmerkungen zu den Wiederzulassungsempfehlungen mit Stand 01.01.2026 (gemäß RKI)

Das **Tätigkeits- bzw. Besuchsverbot in der Gemeinschaftseinrichtung** gilt bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist. Dieses Urteil kann durch die/ den behandelnden oder die Ärztin/ den Arzt des Gesundheitsamtes **mündlich** erfolgen. Im § 34 wird **keine schriftliche Bescheinigung** über das ärztliche Urteil gefordert, letztendlich kann es aber zur Absicherung aller Beteiligten sinnvoll sein. Da das Ansteckungsrisiko in der Gemeinschaftseinrichtung für Kontaktpersonen mit nicht ausreichender Immunität sehr hoch ist, sollte im Einzelfall sowie in einem Ausbruchsgeschehen geprüft werden, ob diese Personen der Gemeinschaftseinrichtung für den Zeitraum der mittleren Inkubationszeit fernbleiben können, um insbesondere die weitere Ansteckung von Risikopersonen zu verhindern.

Bei der **Wiederzulassung** sollte eine Güterabwägung nach den folgenden Kriterien vorgenommen werden:

- Schwere, Behandelbarkeit und Prognose der zu verhütenden Krankheit,
- tatsächlich beobachtete Übertragungen unter den Bedingungen der jeweiligen Einrichtung und
- alternative Möglichkeiten des Infektionsschutzes wie hygieneorientiertes Verhalten, Chemoprophylaxe oder Impfungen.

Nach § 34 Abs. 7 IfSG besteht danach die Möglichkeit, dass das Gesundheitsamt Ausnahmen zulassen kann, wenn vor allem Hygienemaßnahmen durchgeführt werden, durch die eine Weiterverbreitung verhindert werden kann.

Ausführliche Informationen zu den Wiederzulassungsempfehlungen stehen auf den Internet-Seiten des RKI zur Verfügung.

https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Wiederzulassung/Wiederzulassung_Tabelle.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Zusätzliche Informationen außerhalb der RKI-Empfehlungen zur Wiederzulassung sind für Hepatitis B und C sowie für Ringelröteln enthalten.

Generell sollten bei **allen impfpräventablen Erkrankungen** die STIKO-Empfehlungen zur Indikation, zu postexpositionellen Impfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe beachtet und eine Überprüfung und ggf. Vervollständigung der Impfstaten vorgenommen werden.

Weitere ausführliche Empfehlungen zum **Umgang mit Kontaktpersonen** in der Gemeinschaftseinrichtung sind den jeweiligen RKI-Ratgebern zu entnehmen.

1. Magen-Darm-Infektionen

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Ausscheidern	Ausschluss von Kontaktpersonen
Cholera (Vibrio cholerae O1 oder O139)	Wenige Stunden bis 5 Tage, selten länger	Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden.	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1–2 Tagen, entnommen frühestens 24 h nach Ende der Antibiotikatherapie.	Wiedenzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und Beachtung von Schutzmaßnahmen. Bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1–2 Tagen.	Bis 5 Tage nach letztem Kontakt mit Erkranktem/Krankheitsverdächtigem, danach Nachweis von 1 negativer Stuhlprobe.
Enteritiden: Infektiöse Gastroenteritiden mit und ohne Erregernachweis (bakteriell, viral, parasitös)	Campylobacter: 2–5 (1–10) Tage Giardiasis: 7–10 (3–25) Tage Kryptosporidiose: 7–10 (1–12) Tage Norovirus-GE: 6–50 h Rotavirus-GE: 1–3 Tage Salmonellose: 12-36 (6–72) h Yersiniose: 3–7 (3–10) Tage	Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden.	Erkrankte Kinder < 6 Jahre 48 h nach Abklingen des Durchfalls.	Kein Ausschluss asymptomatischer Ausscheider.	Nicht erforderlich.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 3 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Ausscheidern	Ausschluss von Kontaktpersonen
Enterohämorrhagische <i>E. coli</i>: EHEC-Enteritis und HUS (Hämolytisch-Urämisches Syndrom)	3–4 (2–10) Tage	Solange kultureller EHEC-Nachweis im Stuhl.	<p><u>1. Personen mit HUS (klinisch) bzw. HUS-assoziiertem EHEC-Stamm:</u> Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben i. A. von ≥ 24 h entnommen (ggf. ≥ 48 h nach Ende einer Antibiotikatherapie).</p> <p><u>2. Personen mit nicht-HUS-assoziiertem EHEC-Stamm:</u> ≥ 48 h nach Abklingen der klinischen Symptome unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen. Ggf. Stuhlkontrolle und Überwachung nach Ermessen des Gesundheitsamtes.</p>	<p>Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung von Schutzmaßnahmen.</p> <p><u>1. Personen mit HUS-assoziiertem EHEC-Stamm:</u> bis zum Vorliegen von 2 negativen Stuhlproben i. A. von ≥ 24 h entnommen (ggf. ≥ 48 h nach Ende einer Antibiotikatherapie)</p> <p><u>2. Personen mit nicht-HUS-assoziiertem EHEC-Stamm:</u> unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen kein Ausschluss notwendig.</p>	<p><u>1. Kontakt zu Personen mit HUS (klinisch) bzw. HUS-assoziiertem EHEC-Stamm:</u> bis zum Vorliegen von 1 negativen Stuhlprobe. Empfehlungen zum Umgang mit Kontaktpersonen in Gemeinschaftseinrichtungen.</p> <p><u>2. Kontakt zu Personen mit nicht-HUS-assoziiertem EHEC-Stamm:</u> kein Ausschluss, solange keine Symptomatik auftritt.</p>
Shigellose (bakterielle Ruhr)	12–96 h	Solange Shigellen ausgeschieden werden (bis zu 1–4 Wochen nach akuter Krankheitsphase).	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 2 negativen Stuhlproben i. A. von 1–2 Tagen, entnommen ≥ 24 h nach Abklingen des Durchfalls (ggf. > 48 h nach Ende einer Antibiotikatherapie).	Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung von Schutzmaßnahmen. Bis zum Vorliegen von 2 negativen Stuhlproben i. A. von 1–2 Tagen, entnommen > 48 h nach Ende einer Antibiotikatherapie.	Bis zum Vorliegen von 1 negativen Stuhlprobe, entnommen 96 h nach letztem Kontakt zum Erkrankten/ Krankheitsverdächtigen.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 4 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Ausscheidern	Ausschluss von Kontaktpersonen
Typhus/Paratyphus	Typhus: 8–14 (3–60) Tage Paratyphus: 1–10 Tage	Solange Erreger ausgeschieden werden. (Erregerausscheidung ca. 1 Woche nach Krankheitsbeginn bis über Wochen nach Abklingen der Symptome möglich.)	Nach klinischer Genesung und 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben i. A. von 2 Tagen, entnommen frühestens 48 h nach Ende der Antibiotikatherapie. (Bei langer Halbwertszeit des Antibiotikums wie z.B. Azithromycin: erste Stuhlprobe nach frühestens 7 Tagen)	Wiedenzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes und unter Beachtung von Schutzmaßnahmen. Bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben i. A. von 2 Tagen. Eine Sanierung sollte angestrebt werden. Einzelfallentscheidungen bei längerer Erregerausscheidung in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt (z. B. Heimaufnahme).	Bis zum Vorliegen von 3 aufeinanderfolgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1–2 Tagen. Kann im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt entfallen, wenn keine typhusverdächtigen Symptome auftreten und die Einhaltung empfohlener Hygienemaßnahmen gewährleistet ist.

2. Weitere Infektionen

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Ausscheidern/ Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Diphtherie	2–5 (–10) Tage	Solange toxinbildende Erreger nachgewiesen werden.	<p>Im Falle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eines initial positiven Nachweises eines toxigenen <i>Corynebacterium</i>-Stammes (bei Abstrich vor Beginn der Antibiotikatherapie) <li style="text-align: center;"><i>oder</i> • bei nicht erfolgtem Abstrich vor Beginn der Antibiotikatherapie: <p>Zulassung nach klinischer Genesung und kein Nachweis Toxin-bildender Diphtherie-bakterien mit Vorliegen von 2 negativen Abstrichpaaren (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich), i.A. von ≥ 24 h, entnommen ≥ 24 h nach Ende der Antibiotikatherapie</p> <p>Zulassung ebenfalls, wenn das Ergebnis 1 Abstriches (vor Beginn der Antibiotikatherapie) keinen Nachweis oder den Nachweis eines nicht-toxigenen Stammes ergeben hat.</p>	<p>Wiederzulassung nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes.</p> <p>Ausscheider: Zulassung nach Vorlage von 2 negativen Abstrichpaaren, (Nasen- und Rachen- bzw. Wundabstrich), entnommen ≥ 24 h nach Abschluss der Antibiotikatherapie und i. A. von ≥ 24 h</p> <p>Für enge Kontaktpersonen: Zulassung, wenn Ergebnis eines Abstrichs (entnommen vor Beginn der antibiotischen PEP) negativ oder Nachweis eines nicht-toxigenen Stammes</p> <p><i>oder</i></p> <p>ohne Abstrich vor Beginn der antibiotischer PEP: nach Vorliegen von 1 negativen Abstrichpaar (s.o.) oder Nachweis eines nicht-toxigenen Stammes, entnommen ≥ 24 h nach Abschluss der PEP</p>	<p>Chemoprophylaxe für alle engen Kontaktpersonen in Gemeinschaftseinrichtungen und persönlichem Umfeld (Einzelfallprüfung durch Gesundheitsamt, s. RKI-Ratgeber)</p> <p>Überprüfung, ggf. Vervollständigung des Impfstatus: Einmalige Diphtherie-Impfung, wenn letzte Auffrischung > 12 Monate bei Erkrankten und Keimträgern bzw. > 5 Jahre bei Kontaktpersonen zurückliegt.</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 6 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungs-fähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
<p>Hämophilus influenzae Typ b (Hib)</p>	<p>Nicht genau bekannt; ggf. 2-4 Tage</p>	<p>Bis 24 h nach Beginn der Antibiotikatherapie.</p>	<p>Nach klinischer Genesung und frühestens ≥ 24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie.</p>	<p>Wiedenzulassung möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ohne Chemoprophylaxe nach ärztlichem Urteil (GA oder behandelnder Arzt) <p><i>oder</i></p> <p>≥ 24–48 h nach Beginn der Chemoprophylaxe</p>	<p>Bis zu 7 Tagen nach Erkrankung des Indexfalls wird für enge Kontaktpersonen im Haushalt und in Gemeinschaftseinrichtung eine Chemoprophylaxe mit Rifampicin empfohlen, siehe STIKO-Empfehlung „Postexpositionelle Impfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“.</p> <p>Zusätzlich zur Chemoprophylaxe sollten ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Kinder ≤4 Jahre gegen Hib nachgeimpft werden</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 7 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
<p>Hepatitis A</p>	<p>25–30 (15–50) Tage</p>	<p>1–2 Wochen vor und bis zu 1 Woche nach Auftreten des Ikterus oder der Transaminasenerhöhung.</p>	<p>2 Wochen nach Auftreten erster Krankheitssymptome bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus.</p>	<p>Für die Dauer von 30 Tagen nach letztem Kontakt mit dem Infektiösen. Unterschreitung der Frist nur nach Absprache mit dem Gesundheitsamt bei strikter Einhaltung von hygienischen Maßnahmen. Ausschluss entfällt: bei vollständiger Grundimmunisierung lt. STIKO oder • bei Laborbefund über Immunität <i>oder</i> • nach durchgemachter Erkrankung, ärztlich attestiert <i>oder</i> • frühestens 2 Wochen nach durchgeführter postexpositioneller Schutzimpfung und Einhaltung strenger Hygienemaßnahmen.</p>	<p>Unverzüglich durchzuführende aktive Hepatitis-A-Riegelungsimpfung für Kontaktpersonen innerhalb von 14 Tagen nach Exposition.</p> <p>Simultanimmunisierung für enge Kontaktpersonen mit erhöhtem Risiko (z. B. chron. Lebererkrankungen).</p> <p>Gesundheitliche Überwachung der Kontaktpersonen und Aufklärung über Infektionsrisiko.</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 8 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Hepatitis B, C	<p>Hepatitis B: 60–120 (45–180) Tage</p> <p>Hepatitis C: Serokonversion 7–8 Wo (2 Wo–6 Mon)</p>	Während der Virämie.	<p>Sobald Allgemeinbefinden dieses gestattet.</p> <p>Kein Besuchs- o. Tätigkeitsverbot für „Carrier“ (<i>Ausnahme</i>: Kinder mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten, mit Blutungen oder akuten, offenen Hauterkrankungen: Einzelfallentscheidungen in Abstimmung mit Gesundheitsamt).</p>	Nicht erforderlich.	<p>Bei Übertragungsrisiko für Hepatitis B durch Blutkontakt/ Verletzung sofortige Impfstatuskontrolle, ggf. Vervollständigung. Aktive Hepatitis-B-Schutzimpfung für enge, ungeimpfte bzw. seronegative Kontaktpersonen (ggf. Simultanprophylaxe), siehe STIKO-Empfehlung „Post-expositionelle Impfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“. Gesundheitliche Überwachung und Aufklärung über Infektionsrisiko.</p>
Hepatitis E	15–64 Tage	Nicht abschließend geklärt; Nachweis 1 Woche vor bis 4 Wochen nach Beginn des Ikterus; bei Chronifizierung/ Dauerausscheidung.	Nach klinischer Genesung unter Beachtung der Empfehlungen zur Vermeidung von Folgeinfektionen.	<p>Keine Mensch-zu-Mensch-Übertragung (derzeitiger Kenntnisstand).</p> <p>Kein Ausschluss bei guter persönlicher Hygiene (inkl. gründlichem Händewaschen)</p>	Keine PEP bekannt.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 9 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	2–10 Tage (oft länger)	Bis zur Abheilung letzter Effloreszenzen.	24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie, ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.	Nicht erforderlich.	Keine wirksame PEP bekannt.
Kopflausbefall	Vermehrung im Kopfhaar nach ca. 3 Wo	Solange Läuse und vitale Läuseeier (Nissen) vorhanden sind.	Unmittelbar nach sachgerechter Behandlung. Unbedingt Wiederholungsbehandlung und Nachkontrolle.	Wöchentliche Kontrolle auf Kopflausbefall bei allen Kontaktpersonen über einen Zeitraum von 6 Wochen. Häusliche Kontrolle durch Eltern bestätigen lassen, sonst Kontrolle in der Einrichtung. Ohne festgestellten Befall kein Ausschluss erforderlich.	Enge Kontaktpersonen wie z. B. Haushaltsmitglieder oder Spielkameraden sollten möglichst synchron mitbehandelt werden.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 10 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
<p>Masern</p>	<p>10–14 (7-21) – erste Symptome; 14-17 Tage – Exanthemausbruch</p>	<p>4 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems.</p>	<p>Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens am 5. Tag nach Auftreten des Exanthems nach ärztlicher Beurteilung der Ansteckungsgefahr.</p>	<p>Ohne dokumentierte Impfung bzw. ohne serologisch bestätigte Immunität für 21 Tage.</p> <p>Ausschluss entfällt bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2x im Mindestabstand von 4 Wochen dokumentierter Impfung lt. STIKO (bei nur einmaliger Impfung aktuell 2. Impfung möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Kontakt verabreichen) <i>oder</i> • früher durchgemachter, serologisch bestätigter Erkrankung (dokumentierte Immunität) <i>oder</i> • postexpositionell durchgeführter Schutzimpfung ausschließlich innerhalb von 3 Tagen nach erster Exposition; nach späterer Durchführung Ausschluss für 21 Tage <i>oder</i> • vor 1970 Geborenen. 	<p>MMR-Impfung für alle ungeimpften, nach 1970 geborenen bzw. in der Kindheit nur einmal geimpften Kontaktpersonen sowie Personen mit unklarem Impfstatus (Riegelungsimpfung) möglichst in den ersten 3 Tagen nach Kontakt (gilt für Personen ab 6. Lebensmonat; ggf. 2. MMR-Impfung im Mindestabstand von 4 Wochen).</p> <p>Immunglobulingabe (innerhalb von 6 Tagen nach Kontakt) für abwehrgeschwächte Patienten, empfängliche Schwangere oder Säuglinge unter 6. Lebensmonat.</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 11 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
<p>Meningokokkeninfektion</p>	<p>3-4 (2–10) Tage</p>	<p>Bis zu 7 Tage vor Beginn der Symptome und bis 24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie.</p>	<p>Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie.</p>	<p>Wiedenzulassung 24 h nach Beginn einer Chemoprophylaxe, sonst frühestens 10 Tage nach Kontakt (Maßnahmen unabhängig vom Impfstatus).</p>	<p>Für enge Kontaktpersonen (s. STIKO-Definition) Chemoprophylaxe mit Rifampicin über 2 Tage oder mit Alternativ-Antibiotika empfohlen (sinnvoll bis 10. Tag nach letztem Kontakt zu Erkranktem), wenn Kontakt in dessen ansteckungsfähiger Phase (7 Tage vor Symptombeginn bis 24 h nach Beginn der Antibiotikatherapie) erfolgt ist.</p> <p>Zusätzlich für bisher ungeimpfte, enge Kontaktpersonen beim Nachweis einer impfpräventablen Serogruppe schnellstmöglich Meningokokken-Impfung empfohlen.</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 12 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Mumps	16–18 (12–25) Tage	Nachweis im Speichel 7 Tage vor bis 9 Tage nach Beginn der Parotisschwellung; im Urin 6 Tage vor bis 15 Tage danach (2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten). Auch asymptomatisch Erkrankte sind ansteckend.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 5 Tage nach Krankheitsausbruch.	Ohne dokumentierte Impfung bzw. ohne serologisch bestätigte Immunität 18 Tage, bei eindeutiger Festlegung der Expositionszeitpunkte Begrenzung des Ausschlusses vom 10. Tag nach erstem Kontakt bis 18. Tag nach letztem Kontakt. Ausschluss entfällt bei <ul style="list-style-type: none"> • dokumentierte Impfung lt. STIKO (bei nur einmaliger Impfung ≤ 18jähriger Personen aktuell 2. Impfung verabreichen) • postexpositionell durchgeführter Schutzimpfung (innerhalb von 3 Tagen nach Exposition) • früher durchgemachter, serologisch bestätigter Erkrankung. • Vor 1970 Geborenen. 	MMR-Impfung für alle ungeimpften nach 1970 geborenen bzw. nur einmal in der Kindheit geimpften Kontaktpersonen sowie Personen mit unklarem Impfstatus (Riegelungsimpfung) möglichst in den ersten 3 Tagen nach Mumpskontakt. Die PEP kann die Infektion nicht verhindern, schützt aber bei nächster Exposition und kann Weiterverbreitung verhindern. Die postexpositionelle Immunglobulingabe besitzt keine Effektivität, deshalb keine Empfehlung.
Durch Orthopocken-viren verursachte Krankheiten (z.B. Mpox), Orthopockenviren (z.B. Monkeypoxvirus/ MPX-Virus)	1–21 Tage bei Mpox	Meist 2-4 Wochen, erst wenn alle Läsionen einschließlich des Schorfs abgeheilt sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat.	Nach Abklingen der klinischen Symptome; wenn alle Läsionen, einschließlich des Schorfs abgeheilt sind und sich eine neue Hautschicht gebildet hat, frühestens 21 Tage nach Symptombeginn.	Nicht erforderlich. 21 Tage Selbstkontrolle (RKI-Empfehlung); bei Auftreten von Symptomen Ausschluss und Diagnostik.	Impfung mit Imvanex/Jynneos, möglichst frühzeitig in einem Zeitraum von bis zu 14 Tagen nach Exposition, solange keine Symptome auftreten.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 13 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Parvovirus-B19-Infektionen (Ringelröteln)	4–14 (–21) Tage	In den Tagen vor Auftreten des Ausschlags.	Kein Tätigkeits- und Besuchsverbot. Ausnahme: Kinder mit Erkrankungen des blutbildenden Systems, die über längere Zeit hochinfektiös sein können.	Nicht erforderlich.	Für schwangere seronegative Kontaktpersonen gynäkologische Überwachung (Serologie, Ultraschall). Nichtimmune Schwangere, Personen mit Immundefizienz + PatientInnen mit Anämie sollten der Einrichtung fernbleiben.
Pertussis/ Parapertussis (Keuchhusten)	9–10 (6–20) Tage	Ab Ende der Inkubationszeit, am höchsten im Stadium catarrhale, abklingend bis zu 21 Tage nach Beginn des Stadium convulsivum Bei Antibiotikatherapie verkürzt auf etwa 3-7 Tage nach Beginn der Therapie (abhängig von angewendetem Antibiotikum).	Ohne Antibiotikabehandlung: 21 Tage nach Hustenbeginn. Mit wirksamer Antibiotikabehandlung: 5 Tage nach Therapiebeginn (bei Gabe von Azithromycin ggf. nach 3 Tagen).	Nur bei Krankheitsverdacht (=Keuchhusten-typische Symptome bei engem Kontakt zu Person mit nachgewiesener Pertussis /Parapertussis-Infektion während der Dauer Ansteckungsfähigkeit): Zulassung nach Vorliegen eines negativen PCR-Befundes aus einem nasopharyngealen Abstrich <i>oder</i> 5 Tage nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie (bei Gabe von Azithromycin ggf. nach 3 Tagen) <i>oder</i> 21 nach Hustenbeginn ohne negativen Befund bzw. ohne Antibiotikatherapie. Insbesondere bei nicht-keuchhusten-typischer Symptomatik individuelle Entscheidung durch das Gesundheitsamt.	<i>B. pertussis:</i> Chemoprophylaxe für ungeimpfte enge Kontaktpersonen; für geimpfte enge Kontaktpersonen, wenn mutmaßlich gefährdete Personen in der Umgebung. Zusätzlich bei Ausbrüchen: Ggf. auch bei vollständig geimpften Kindern/Jugendlichen mit engem Kontakt zu Erkrankten eine Impfung, wenn letzte Impfung > 5 Jahre zurückliegt. <i>B. parapertussis:</i> Chemoprophylaxe nur für enge Kontaktpersonen, wenn es sich um Säuglinge < 6 Monaten handelt oder Personen mit engem Kontakt zu Säuglingen < 6 Monaten.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 14 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Pest	Beulenpest: 2–7 Tage Primäre Lungenpest: 1–3 Tage	Bis 72 h nach Beginn einer klinisch wirksamen Antibiotikatherapie. (Leichnam bis zu 2 Monaten kontagiös!)	Nur nach Abstimmung mit Fachexperten/-innen und Gesundheitsamt.	Häusliche oder stationäre Quarantäne mit sofortigem Beginn einer PEP bei Kontaktpersonen in der Wohngemeinschaft; Wiedenzulassung 72 h nach Beginn der PEP und nur mit Abstimmung Fachexperten/-innen und Gesundheitsamt.	Individuelle Risikoabwägung durch Gesundheitsamt oder behandelnden Arzt zur PEP mit ausgewählten Antibiotika.
Poliomyelitis	3–35 Tage	Solange Virus ausgeschieden wird. Virusausscheidung nachweisbar im <ul style="list-style-type: none"> • Rachensekret frühestens 36 h nach Infektion mit Persistenz für 7 Tage; • im Stuhl 2–3 Tage nach Infektion mit Persistenz bis zu 6 Wochen nach Infektion. 95% der Infektionen verlaufen asymptomatisch.	Nur nach Abstimmung mit Fachexperten/-innen und Gesundheitsamt.	Nur nach Abstimmung mit Fachexperten/-innen und Gesundheitsamt	IPV-Impfung so früh wie möglich für alle Kontaktpersonen unabhängig vom Impfstatus. Bei Auftritt eines Sekundärfalles: Riegelungsimpfungen.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 15 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Röteln	14–17 (–21) Tage	7 Tage vor bis 7 Tage nach Ausbruch des Exanthems. Bei Kinder mit konnataler Rötelnembryofetopathie bis zu 1 Jahr Virusausscheidung in Respirationstrakt und Urin.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens ab 8. Tag nach Exanthembeginn.	Ohne dokumentierte Impfungen bzw. ohne serologisch bestätigte Immunität 21 Tage (nicht immune Schwangere: 42 Tage nach Auftreten des letzten Falles) nach letztem Kontakt. Ausschluss entfällt bei <ul style="list-style-type: none"> • Röteln-Impfungen entsprechend STIKO oder • Laborbefund über Immunität oder • vor 1970 Geborenen. 	Nutzen einer Riegelungsimpfung nicht sicher belegt und derzeit keine STIKO-Empfehlung. Bei Kontaktpersonen mit unzureichendem oder unbekanntem Impfstatus so schnell wie möglich noch fehlende MMR(V)-Impfungen nach STIKO-Empfehlungen nachholen, sofern keine Kontraindikationen (wie z. B. eine Schwangerschaft) vorliegen.
Scharlach oder sonstige <i>Streptococcus-pyogenes</i>-Infektionen	1–3 Tage (selten länger)	Bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. Unbehandelt bis zu 3 Wochen.	24 h nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie und Abklingen der Symptome. Ohne Antibiotikatherapie frühestens 24 h nach Abklingen der spezifischen Symptome.	Nicht erforderlich.	Für Personen in der Wohn-gemeinschaft mit Kontakt zu schwerwiegend Erkrankten (Sepsis, STSS, nekrotisierende Fasziiitis) wird eine Chemoprophylaxe empfohlen.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 16 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
<p>Skabies (Krätze)</p>	<p>Erstinfestation: 2–6 Wo</p> <p>Reinfestation: 1–4 Tage</p>	<p>Solange lebende Milben auf bzw. in der Haut nachzuweisen sind.</p> <p>Ansteckung bereits vor Symptombeginn möglich.</p>	<p>Ersterkrankung: Nach abgeschlossener Behandlung mit topischem Antiskabiosum bzw. 24 h nach der Einnahme von systemischer Therapie (Ivermectin, gilt nicht bei Scabies crustosa; hier siehe RKI-Ratgeber).</p> <p>Wiederholungsfall: Einschränkung von Tätigkeit und Besuchsverbot in der Einrichtung, bis nach ärztl. Urteil Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist. Eine schriftliche Bescheinigung über das ärztliche Urteil zur Absicherung aller Beteiligten kann zweckmäßig* sein.</p> <p>Kontrolle des Therapieerfolges in 14-tägigem Abstand bis zu 4 Wochen nach Behandlungsbeginn empfohlen.</p> <p>*Geht über die RKI-Empfehlung hinaus</p>	<p>Ein genereller Ausschluss von Kontaktpersonen ist nicht erforderlich.</p> <p>Krankheitsverdächtige entsprechend § 2 Nr. 5 IfSG sind nach § 34 (1) vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen.</p> <p>Zulassung nach abgeschlossener Behandlung bzw. am Ende der Inkubationszeit.</p> <p>Bei Einzelfällen Ausschluss nicht erkrankter Kontaktpersonen (Ansteckungsverdächtige entsprechend § 2 Nr. 7 IfSG) nicht erforderlich.</p> <p>Aufklärung über Beobachtungszeitraum und mögliche Symptome.</p> <p>In Ausbruchssituationen und bei Scabies crustosa Entscheidung durch das Gesundheitsamt entsprechend § 28 IfSG.</p>	<p>Enge Kontaktpersonen im Haushalt sowie Pflege- und Gemeinschaftseinrichtungen sollten einen Hautarzt aufsuchen und sich untersuchen lassen. Eine möglichst zeitgleiche Behandlung mit dem Indexfall ist anzustreben.</p> <p>In jedem Fall müssen sich enge Kontaktpersonen für die Dauer der Inkubationszeit von 2–6 Wochen auf skabietyypische Symptome beobachten.</p> <p>Bei Auftreten von Symptomen Vorstellung bei Dermatologen zur Diagnosesicherung und Therapieeinleitung.</p> <p>Weitere Kontaktpersonen sollten sich für 5-6 Wochen selbstbeobachten</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 17 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
<p>Tuberkulose (ansteckungsfähige, offene Lungentuberkulose)</p>	<p>Von Erstinfektion bis Erkrankung Wochen – Monate/Jahre</p>	<p>Solange säurefeste Stäbchen mikroskopisch im Sputum, im Bronchialsekret oder Magensaft nachweisbar sind (geringere Infektiosität bei lediglich kulturellem oder molekular-biologischem Erregernachweis); unter anti-tuberkulöser Therapie in ersten 2–3 Wochen rasch abklingend (länger bei ausgeprägten klinischen Befunden und bei Vorliegen einer resistenten Tuberkulose).</p>	<p>Immer Einzelfallentscheidung: Bei initialem Nachweis säurefester Stäbchen bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen mikroskopischen Proben aus Sputum, Bronchialsekret oder Magensaft, entnommen i. A. von mind. 8 h. bzw. bei Kindern klinisches Ansprechen + mind. 21 Tage Therapie. Bei MDR-TB mind. 1 neg. Kultur. Ohne Hinweis auf Medikamentenresistenz, klinischem Ansprechen und Therapieadhärenz 3 Wochen nach Behandlungsbeginn i.d.R. möglich.</p>	<p>Kontaktpersonen, in deren Wohngemeinschaft ein Fall einer Erkrankung an ansteckungsfähiger Tuberkulose aufgetreten ist und die selbst tuberkuloseverdächtige Symptome aufweisen (z. B. Husten unklarer Ursache), bis zum Vorliegen eines ärztlichen Urteils und/ oder der erforderlichen Befunde, dass eine Weiterverbreitung nicht zu befürchten ist. Symptomatische Kontaktpersonen, die sich notwendiger Umgebungsuntersuchung entziehen. Kein Ausschluss für Kontaktpersonen, bei denen eine latente tuberkulöse Infektion (LTBI) ohne Nachweis einer Tbc</p>	<p>Chemoprophylaxe: bei Kindern über 3 Monaten und < 5 Jahren baldmöglichst nach Exposition, Chemoprävention: bei Personen über 9 Monaten mit nachgewiesener LTBI</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 18 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiederzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
<p>Varizellen (Windpocken)</p>	<p>14–16 (10-21) Tage, nach passiver Immunisierung bis 28 Tage</p>	<p>1–2 Tage vor Ausbruch des Exanthems bis zum vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen (ca. 5–7 Tage nach Exanthembeginn).</p>	<p>1 Woche nach Beginn einer unkomplizierten Erkrankung (d.h. bis zum vollständigen Verkrusten aller bläschenförmigen Effloreszenzen).</p>	<p>Ohne dokumentierte Impfungen bzw. ohne serologisch bestätigte Immunität 16 Tage nach letztem Kontakt.</p> <p>Ausschluss entfällt bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Impfungen im Mindestabstand von 4 Wochen entsprechend STIKO <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 dokumentierten Impfung: ohne 2. Impfung nur, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen besteht (Schwangere oder Immunsupprimierte ohne Varizellen-Anamnese) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • sofortiger Inkubationsimpfung ≤ 5 Tage nach Exposition nur, wenn kein Kontakt zu Risikopersonen besteht <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laborbefund über Immunität gegen Varizellen oder durchgemachter Windpocken-Erkrankung ärztlich attestiert <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • vor 2004 Geborenen. 	<p>Postexpositionelle Impfung für ungeimpfte Personen mit negativer Varizellenanamnese und Kontakt zu Risikogruppen (< 5 Tagen postexpositionell oder < 3 Tagen nach Exanthembeginn beim Indexfall) zu erwägen.</p> <p>Immunglobulingabe innerhalb von 96 h nach Exposition für bestimmte Risikogruppen empfohlen.</p>

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Stand: Januar 2026

Abteilung Gesundheit
Dezernat Infektionsschutz/ Prävention

Seite 19 von 19

Erkrankung	Inkubationszeit	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Wiedenzulassung nach Erkrankung	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Virales hämorrhagisches Fieber	Ebola-Fieber: 8–9 (2–21) Tage Lassa-Fieber: 3–21 Tage Krim-Kongo-Fieber: 1–12 Tage Marburg-Fieber: 2–21 Tage	Solange Viren in Speichel, Blut und Ausscheidungen nachweisbar sind.	Nur nach Abstimmung mit Fachexperten/-innen und Gesundheitsamt.	Für die Dauer der maximalen Inkubationszeit erforderlich. Die Wiedenzulassung erfolgt in Abstimmung mit Expertengremium und zuständigem Gesundheitsamt. Engmaschige ambulante Gesundheitskontrolle.	Meist keine wirksame postexpositionelle Prophylaxe bekannt. Eine Beratung durch Fachexperten/-innen und das zuständige Gesundheitsamt wird empfohlen

Aktualisiert entsprechend RKI Januar 2026