

ANLAGE 1 : Besuchs-/Tätigkeitsverbote in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 34 IfSG)

(1) Erkrankung/Krankheitsverdacht Beurteilung durch Arzt/Gesundheitsamt	(2) Ausscheider in Wohngemeinschaft Zustimmung des Gesundheitsamtes, ggf. Verfügung von Schutzmaßnahmen	(3) Erkrankung/Krankheitsverdacht Beurteilung durch Arzt/Gesundheitsamt
Cholera	Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139	Cholera
Diphtherie	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	Diphtherie
EHEC-Enteritis	Enterohämorrhagische E. coli (EHEC)	EHEC-Enteritis
Infektiöse Gastroenteritis (unter 6 Jahren)		
Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber		Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis		Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
Impetigo contagiosa (Borkenflechte)		
Keuchhusten		
Ansteckungsfähige Lungentuberkulose		Ansteckungsfähige Lungentuberkulose
Masern		Masern
Meningokokken-Infektion		Meningokokken-Infektion
Mumps		Mumps
Paratyphus	Salmonella Paratyphi	Paratyphus
Pest		Pest
Poliomyelitis		Poliomyelitis
Skabies (Krätze)		
Scharlach/Streptococcus pyogenes- Infektionen		
Shigellose	Shigella sp.	Shigellose
Typhus abdominalis	Salmonella Typhi	Typhus abdominalis
Virushepatitis A oder E		Virushepatitis A und E
Windpocken (Varizellen)		
Verlausung		

ANLAGE 2: Wiederzulassungsempfehlungen für den Besuch von/die Tätigkeiten in Gemeinschaftseinrichtungen in M-V nach Auftreten von ausgewählten Infektionskrankheiten

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Ausscheidern	Ausschluss von Kontaktpersonen
Enteritiden – bakteriell bedingt Campylobacter Coli – Dyspepsie Salmonellen Yersinien	Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden.	Erkrankte Kinder < 6 Jahren nach Abklingen des Durchfalls, d.h. frühestens nach dem 1. geformten Stuhl. Bei Kindern, die Kontakt zu Säuglingen < 1 Jahr haben → 1-2 negative Stuhl-Untersuchungen (US) empfohlen.	Nein	Kein Ausschluss asymptomatischer Ausscheider. Konsultation des Gesundheitsamtes bei Kindern, die in Gruppen mit Säuglingen < 1 Jahr betreut werden.	Nicht erforderlich. Bei Auftreten von enteritischen Symptomen siehe unter Erkrankung/Ausscheider.
EHEC-Enteritis	Solange EHEC-Nachweis im Stuhl.	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben im Abstand (i.A.) von 1-2 d.	Ja	Bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i.A. von 1-2 d. Einzelfallentscheidungen bei längerer Erregerausscheidung in Abstimmung mit Gesundheitsamt.	Nicht erforderlich, solange keine enteritischen Symptome auftreten und Hygienemaßnahmen eingehalten werden. 3 Stuhlproben i.A. von 1-2 d als Umgebungsuntersuchung durchführen.
Shigellose (Ruhr)	Solange Shigellen ausgeschieden werden. (bis zu 1-4 Wochen nach akuter Krankheitsphase)	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 negativen Stuhlproben i. A. von 1-2 d, entnommen frühestens 24 h nach Ende einer Antibiotikatherapie.	Ja	Bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i.A. von 1-2 d. Einzelfallentscheidungen bei längerer Erregerausscheidung in Abstimmung mit Gesundheitsamt.	Bis zum Nachweis von 1 am Ende der Inkubationszeit entnommenen negativen Stuhlprobe. Kann entfallen, solange keine enteritischen Symptome auftreten und die Einhaltung empfohlener Hygienemaßnahmen gewährleistet ist. Schriftliches ärztliches Attest erforderlich.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Ausscheidern	Ausschluss von Kontaktpersonen
Typhus/ Paratyphus	Solange Erreger ausgeschieden werden, (Keinausscheidung ca. 1 Woche nach Krankheitsbeginn bis über Wochen nach Abklingen der Symptomatik möglich)	Nach klinischer Genesung und 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1-2 d. entnommen frühestens 24 h nach Ende einer Antibiotikatherapie.	Ja	Bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1-2 d. Einzelfallentscheidungen bei längerer Erregerausscheidung in Abstimmung mit Gesundheitsamt. Im Einzelfall Entscheidung über Chinolongabe.	Bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1-2 d. Kann entfallen wenn keine typhusverdächtigen Symptome auftreten und die Einhaltung empfohlener Hygienemaßnahmen gewährleistet ist. Schriftliches ärztliches Attest erforderlich.
Cholera	Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden.	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1-2 d. entnommen frühestens 24 h nach Ende einer Antibiotikatherapie.	Ja	Bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen Stuhlproben i. A. von 1-2 d. Zustimmung des Gesundheitsamtes erforderlich.	Bis 5 d nach letztem Kontakt mit Erkranktem/ Krankheitsverdächtigen, danach Nachweis 1 negativen Stuhlprobe. Schriftliches ärztliches Attest erforderlich.
Enteritiden- viral bedingt Rotaviren Noroviren Adenoviren Astroviren	Solange Erreger im Stuhl ausgeschieden werden.	Erkrankte Kinder < 6 Jahren nach Abklingen des Durchfalls, d. h. frühestens nach dem 1. geformten Stuhl, bzw. nach Abklingen des Erbrechen.	Nein	Kein Ausschluss asymptomatischer Ausscheider.	Nicht erforderlich. Beim Auftreten von enteritischen Symptomen siehe unter Erkrankung/ Ausscheider. Stuhlmuntersuchungen des Gesundheitsamtes nur bei Gruppenkrankungen/ Epidemien.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Diphtherie	Solange Erreger nachgewiesen werden.	Nach klinischer Genesung und dem Vorliegen von 3 negativen Abstrichen (kein Nachweis Toxin bildender Diphtheriebakterien) i. A. von 2 Tagen, entnommen frühestens 24 Std. nach Absetzen der Antibiotikatherapie.	Ja	Antimikrobiell behandelte Personen: Bis 2 d nach Beginn der Antibiotika-Therapie. Nicht antimikrobiell behandelte Personen: bis 1 Woche nach dem letzten Kontakt und dem Vorliegen von 3 negativen Abstrichen. Engmaschige ärztliche Überwachung über 7 Tage.	Bei engen Kontaktpersonen: Entnahme von US-Material (Abstrichen), präventive Antibiotika-Therapie, ärztliche Überwachung, Überprüfung; ggf. Vervollständigung des Impfstatus.
Haemophilus influenzae (Hib)	Bis 24 Stunden nach Beginn der Antibiotikatherapie.	Nach Beendigung der Antibiotikatherapie und dem Abklingen der klinischen Symptomatik.	Nein	Nicht erforderlich bei Durchführung einer Chemoprophylaxe.	Für enge Kontaktpersonen in Haushalt oder Kindereinrichtung unter bestimmten Bedingungen (siehe RKI-Empfehlungen) Chemoprophylaxe mit Rifampicin über 4 Tage empfohlen (sinvoll bis zu 7 Tagen nach Kontakt).
Hepatitis A, E	1-2 Wochen vor und bis zu 1 Woche nach Auftreten des Ikterus.	2 Wochen nach Auftreten erster Krankheitssymptome bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus.	Nein	Für die Dauer von 4 Wochen nach letztmaligem Kontakt mit dem infektiösen, Unterschreitung der Frist nur nach Absprache mit Gesundheitsamt. Ausschluss entfällt: <ul style="list-style-type: none"> • nach früher durchgemachter Erkrankung • bei bestehendem Impfschutz • nach durchgeführter post-expositioneller Schutzimpfung und gleichzeitig strenger Einhaltung der Hygienemaßnahmen in den ersten 1-2 Wochen. 	Unverzüglich durchzuführende aktive Hepatitis-A-Riegelungsimpfung für enge Kontaktpersonen. Simultanimmunisierung für enge Kontaktpersonen mit erhöhtem Risiko (z. B. chron. Lebererkrankungen, Personen > 50 Jahre). Gesundheitliche Überwachung der Kontaktpersonen und Aufklärung über Infektionsrisiko.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Hepatitis B, C und D	Während der Virämie.	Sobald Allgemeinzustand dieses gestattet. Kein Besuchs- o. Tätigkeitsverbot für „Carrier“ (Ausnahme: Kinder mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten, mit Blutungen oder akuten, offenen Hauterkrankungen → Einzelfallentscheidungen in Abstimmung mit Gesundheitsamt).	Nein	Nicht erforderlich.	Unverzüglich durchzuführende aktive Hepatitis-B-Schutzimpfung für enge, ungeimpfte bzw. seronegative Kontaktpersonen. Ggf. Simultanprophylaxe durchführen. Gesundheitliche Überwachung und Aufklärung über Infektionsrisiko.
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	Bis zur Abheilung letzter Efloreszenzen (ohne Therapie), bzw. bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotika-Therapie	24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotika-Therapie, ansonsten nach klinischer Abheilung der befallenen Hautareale.	Ja	Nicht erforderlich.	Keine wirksame Postexpositionsprophylaxe bekannt.
Kopflausbefall	Solange Läuse und vitale Läuseeier (Nissen) vorhanden sind.	Nach sachgerechter Behandlung am nächsten Tag möglich. Unbedingt Nachkontrolle und ggf. Wiederholungsbehandlung nach 9-10 Tagen.	Ja	Kontaktpersonen sind auf Befehl zu kontrollieren. Ohne festgestellten Befall kein Ausschluss erforderlich. Bei Feststellung von Läusen bzw. Nissen s. Erkrankung.	Nach Auftreten von Kopfläusen die Behandelten sowie alle Kontaktpersonen 1x wöchentlich über einen Zeitraum von 6 Wochen auf Kopflausbefall kontrollieren.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Masern	5 Tage vor bis 4 Tage nach Exanthemausbruch, Unmittelbar vor Erscheinen des Exanthems am höchsten.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens am 5. Tag nach Exanthemausbruch.	Nein	Ohne dokumentierte Impfung bzw. ohne serologisch bestätigte Immunität 14 Tage, Ausschluss entfällt bei <ul style="list-style-type: none"> • dokumentiertem Impfschutz (bei nur einmaliger Schutzimpfung aktuell 2. Impfung geben) • postexpositionell durchgeführter Schutzimpfung • früher durchgemachter, ärztlich bestätigter Erkrankung. 	MMR für alle ungeimpften bzw. einmal geimpften Kontaktpersonen (Riegelungsimpfung) möglichst in den ersten 3 Tagen nach Masernkontakt, Impfunglobulingabe (innerhalb von 2-3 Tagen nach Kontakt) für abwehrgeschwächte Patienten und chronisch kranke Kinder sowie gefährdete Schwangere.
Meningokokken-Infektionen	Solange Erreger aus dem Nasen-Rachen-Raum isoliert werden können. Ansonsten bis 24 Std. nach Beginn einer erfolgreichen Therapie mit β -Lactam-Antibiotika. Drittgenerations-Cephalosporine (bes. Ceftriaxon) führen zu Keimradikation im Nasopharynx, Penicillin vermutlich nur zur Suppression, nicht Eradikation.	Nach Abklingen der klinischen Symptome.	Nein	Für asymptomatische Personen bei klinischer Überwachung und durchgeführter Chemoprophylaxe nicht erforderlich.	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 Erkrankten). Bei Ausbruch mit Meningokokken Serogruppe C: Schutzimpfung mit Konjugatimpfstoff für alle engen Kontaktpersonen.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Mumps	7 Tage vor bis 9 Tage nach Beginn der Parotisschwellung.	Nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 9 Tage nach Erkrankungsaustritt (Parotisschwellung)	Nein	Ohne dokumentierte Impfung bzw. ohne serologisch bestätigte Immunität 18 Tage. Ausschluss entfällt bei <ul style="list-style-type: none"> • dokumentiertem Impfschutz (bei nur einmaliger Schutzimpfung aktuell 2. Impfung geben) • postexpositionell durchgeführter Schutzimpfung (innerhalb von 3-5 Tagen) • früher durchgemachter, ärztlich bestätigter Erkrankung. 	Mumps-Schutzimpfung (als MMR-Impfung) für alle ungeimpften bzw. einmal geimpften Kinder und Jugendliche sowie für gefährdete Personen in Gemeinschaftseinrichtungen in den ersten 3 Tagen nach Mumps-Kontakt.
Parvovirus B 19-Infektionen (Ringelröteln)	In den Tagen vor Auftreten des Ausschlags.	Kein Tätigkeits- und Besuchsverbot. Ausnahme: Kinder mit Erkrankungen des blutbildenden Systems, die über längere Zeit hochinfektös sein können.	Nein	Nicht erforderlich, da Kinder (bes. Mädchen) lebenslangen Schutz erwerben sollen.	Für schwangere Kontaktpersonen gynäkologische Überwachung (Serologie, Ultraschall) empfohlen.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Pertussis	Ab Ende der Inkubationszeit, am höchsten im Stadium catarrhale, abklingend im Stadium convulsivum.	Ohne Antibiotikabehandlung 3 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome. Mit Antibiotikabehandlung 5 Tage nach Therapiebeginn.	Nein	Nicht erforderlich, solange keine keuchhustenverdächtigen Symptome auftreten.	Bei engen Kontaktpersonen: Vorgehen hinsichtlich Chemoprophylaxe bzw. Impfung: – bei Ungeimpften : Chemoprophylaxe mit Makrolid und einmalige Pertussis-Impfung nur bei gegebener Indikation. – bei unvollständig Geimpften : Chemoprophylaxe mit Makrolid und einmalige Pertussis-Impfung. – bei vollständig Geimpften : Einmalige Pertussis-Impfung, wenn letzte Impfung > 5 Jahre
Pest	Solange Erreger im Bubonenpunktat, Sputum oder Blut nachweisbar.	Nach Abklingen der klinischen Symptomatik und Beendigung der Antibiotikatherapie.	Ja	Häusliche Isolation mit ärztlicher Überwachung für 6 Tage, danach Wiederzulassung möglich.	Für Kontaktpersonen mit Inokulations-, Aerosol- und Inhalationskontakt Chemoprophylaxe empfohlen.
Poliomyelitis	Solange Virus ausgeschieden wird. Virusausscheidung beginnt im Rachensekret 1-2 Tage, im Stuhl 2-3 Tage nach Infektion und kann mehrere Wochen andauern.	Frühestens 3 Wochen nach Krankheitsbeginn und nach Vorliegen von 2 negativen Stuhlproben.	Ja	Nicht erforderlich bei • bestehendem Impfschutz oder • postexpositioneller Schutzimpfung. Ansonsten für 3 Wochen nach letztem Kontakt zu Erkranktem und negativen virologischen Kontrolluntersuchungen. Ärztliches Attest erforderlich.	Allen exponierten (unabhängig vom Impfstatus) und gefährdeten Personen wird die aktive Schutzimpfung empfohlen.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Röteln	7 Tage vor bis 7 Tage nach Ausbruch des Exanthems.	Kein Tätigkeits- und Besuchsverbot aus epidemiologischen Gründen.	Nein	Nicht erforderlich.	MMR für alle ungeimpften bzw. einmal geimpften Kinder sowie für gefährdete Personen in Gemeinschaftseinrichtungen in den ersten 3 Tagen nach Rötelnkontakt. Immunoglobulingabe für seronegative Schwangere umstritten.
Scharlach	Bis 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen Antibiotikatherapie. Unbehandelt bis zu 3 Wochen.	Bei wirksamer antibiotischer Behandlung und ohne Krankheitszeichen ab dem 2. Tag nach Therapiebeginn. Ohne Antibiotikatherapie nach Abklingen der Krankheits-symptome und einem negativen Rachenabstrich.	Nein	Nicht erforderlich. Aufklärung über Infektionsrisiko und mögliche Krankheits-symptome.	Nur bei erhöhtem Erkrankungsrisiko (z. B. Immunsuppression, chron. Erkrankungen, Zustand nach ARF oder AGN) Antibiotikatherapie empfohlen.
Skabies (Krätze)	Solange lebende Milben auf bzw. in der Haut nachzuweisen sind.	Nach sachgerechter Mittel-anwendung, klinischer Abheilung und Nachweis der endgültigen Freiheit von lebenden Milben durch den behandelnden Arzt.	Ja	Ausschluss nicht erkrankter Kontaktpersonen nicht erforderlich. Eine Behandlung wird dringend empfohlen, da sie ansonsten als krankheitsverdächtig anzusehen sind. Über Verbleib in Gemeinschaftseinrichtung entscheidet das Gesundheitsamt (zumindest pflichtgemäße 6-wöchige Überwachung).	Mitbehandlung aller engen Kontaktpersonen, auch wenn sie (noch) keine Symptome aufweisen. Nach Auftreten von Krätzeerkrankungen sind alle bekannten und potentiellen Kontaktpersonen für 6 Wochen einer ständigen Überwachung zu unterziehen.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Tuberkulose (ansteckungsfähige, offene Lungen-TB)	Solange säurefeste Stäbchen im Sputum-direktpräparat, im Bronchialsekret oder Magensaft nachweisbar sind. Ansteckungsfähigkeit an Hustenhäufigkeit gekoppelt; unter antituberkulöser Therapie in ersten 2-3 Wochen rasch abklingend.	Bis 2 Wochen nach Entfieberung oder Abklingen des Hustens. Bei initialem Nachweis säurefester Stäbchen bis zum Vorliegen von 3 aufeinander folgenden negativen mikroskopischen Proben. Unter antituberkulöser Kombinationstherapie mindestens 3 Wochen Besuchsverbot.	Ja	Nicht erforderlich, solange keine tuberkuloseverdächtigen Symptome auftreten. Erforderlich bei symptomatischen Kontaktpersonen, die sich notwendiger Umgebungsuntersuchung entziehen.	Gesundheitliche Kontrolle und Testung durch Gesundheitsamt und ggf. Einleitung einer Chemoprophylaxe.
Varizellen	1-2 Tage vor Ausbruch des Exanthems bis ca. 5-7 Tage nach Auftreten der letzten Bläschen.	1 Woche nach Beginn (erste Bläschen) einer unkomplizierten Erkrankung.	Nein	Nicht erforderlich.	Postexpositionelle Impfung für ungeimpfte Personen mit negativer Varizellenanamnese und Kontakt zu Risikogruppen (< 5 Tagen postexpositionell oder < 3 Tagen nach Exanthembeginn beim Indexfall) zu erwägen. Immunoglobulinalgabe innerhalb von 96 Stunden nach Exposition für bestimmte Risikogruppen empfohlen.

Erkrankung	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Zulassung nach Erkrankung	Schriftliches ärztliches Attest	Ausschluss von Kontaktpersonen	Postexpositionsprophylaxe
Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)	Solange Viren im Speichel, Blut und Ausscheidungen nachweisbar.	Nach Abklingen der klinischen Symptomatik und Beendigung der Ansteckungsfähigkeit in Abstimmung mit Expertengremium und zuständigem Gesundheitsamt.	Ja	Für die Dauer der maximalen Inkubationszeit erforderlich. Die Wiederzulassung erfolgt in Abstimmung mit Expertengremium und zuständigem Gesundheitsamt. Engmaschige ambulante Gesundheitskontrolle.	Bei engen Kontaktpersonen zu an Lassa-Fieber Erkrankten wird die Gabe von Ribavarin über 10Tage empfohlen.