




























Maßnahmen der postexpositionellen spezifischen Prophylaxe (PEP) zur Prävention von Infektionskrankheiten















Stand: 01.01.2026





















Die nachstehenden Handreichungen zu Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach Exposition gegenüber Krankheitserregern als auch Erkrankten sind in tabellarischer Form eine Hilfe für die klinisch tätige Ärztin / den klinisch tätigen Arzt bei der Auswahl der postexpositionellen Prophylaxen. Die gewählte Darstellung soll zu einer besseren Übersicht dieser Maßnahmen beitragen, um den Einsatz und die Handhabung solcher Prophylaxen für Anwenderinnen und Anwender zu erleichtern.











Krankheit	wer? wann?	aktive Immunisierung	antimikrobielle/ Ak-Prophylaxe
Diphtherie	 Personen mit engem ungeschützten (face-to-face) Kontakt zu an Rachendiphtherie Erkrankten bzw. ungeschützter Kontakt zu Hautdiphtherie		
	 ≤ 72 h (max. 96 h)	 Auffrischung wenn Impfung > 5 Jahre zurück oder Vervollständigung Grundimmunisierung	 Antimikrobiell <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicillin G 1 x i.m. (1,2 Mega I.U. Depot-Penicillin) oder ▪ Clarithromycin 2 x 7,5 mg/kg KG (7d) max. 2 x 0,5 g/d
			unabhängig vom Impfstatus bei unklarer mikrobieller Resistenz Kombination beider Substanzen
Gruppe A-Streptokokken, schwere invasive Krankheit (iGAS)*	 Personen, die in den 7 Tagen vor der Diagnose einer schweren iGAS ungeschützten (face-to-face) oder längeren Kontakt mit einem der Erkrankten in einem sozialen Umfeld hatten, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen, die im selben Haushalt leben und/oder schlafen ▪ Personen im selben Wohnheim ▪ Personen, die sich die Küche in einer Gemeinschaftseinrichtung teilen ▪ Pflegekräfte von Erkrankten <p>Personen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen mit mehreren schweren iGAS-Fällen versorgt werden oder arbeiten und</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine typische klinische Symptomatik haben ▪ bei denen im Pharyngealabstrich Gruppe A-Streptokokken nachgewiesen wurden <p>Personen mit engem Kontakt (s. oben) und hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen ≥ 75 Jahre ▪ HIV-Infizierte oder Personen unter laufender Tumorchemotherapie ▪ Schwangere nach der 36. SSW ▪ Wöchnerinnen bis 4 Wochen postpartal ▪ Neonaten bis zum Alter von 28 Tagen ▪ Personen, die innerhalb von 7 Tagen vor der Diagnose einer schweren iGAS oder weniger als 48 Stunden nach Beginn der Antibiotikabehandlung beim Indexfall an Windpocken mit aktiven Läsionen erkrankt sind 		
	 < 24 h (max. 10 d)	 kein Impfstoff verfügbar	 Cefadroxil (alle Altersgruppen) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 x 25 mg/kg/d für 5d (max. 2 x 1000 mg/d) <p>Clarithromycin (alle Altersgruppen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 x 7,5 mg/kg/d für 5d (max. 2 x 0,5 g/d) <p>Clindamycin (alle Altersgruppen)</p>










Krankheit	wer? wann?		aktive Immunisierung		antimikrobielle/ Ak-Propylaxe	
						<ul style="list-style-type: none"> 2 x 10 mg/kg/d für 5d (max. 3 x 0,6 g/d) <p>*Rifampicin nach Alter und Gewicht</p> <ul style="list-style-type: none"> < 1 Monat: 1 x 10 mg/kg/d ≥ 1 Monat bis 30 kg: 1 x 20 mg/kg/d 30 kg: 600 mg/d
		<p>*Definition schwere iGAS-Erkrankung:</p> <p>1) mikrobiologischer Nachweis von A-Streptokokken und</p> <p>2a) schwere Sepsis Oder</p> <p>2b) Toxic Shock-Syndrom</p> <p>Frühzeitige Einbindung von Experten und des ÖGD Bildung eines Ausbruchsteams</p>				<p>Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefadroxil Clarithromycin <p>*Rifampicin</p> <ul style="list-style-type: none"> nur bei schon unter dem Verdacht einer invasiven Meningokokken-Krankheit begonnenen Prophylaxe
H. influenzae Typ b, invasive Krankheit		<p>Personen mit engem (face-to-face) Kontakt zu invasiv Erkrankten (enge Kontaktpersonen) im Rahmen von Herdbekämpfungsprogrammen nach Empfehlungen der öffentlichen Gesundheitsbehörden (s. auch: https://www.gesunde.sachsen.de/download/LUA-HM-VuB-Meningokokken-Haemophilus.pdf)</p> <ul style="list-style-type: none"> bei Ausbrüchen (≥ 2 Erkrankte innerhalb von zwei Monaten in derselben Gemeinschaftseinrichtung) bei regional gehäuftem Auftreten invasiver Erkrankungen (≥ 3 Erkrankungen innerhalb von drei Monaten in einem Alterssegment einer Region oder altersspezifische Inzidenz von ≥ 10/100.000) <p>Personen mit engem (face-to-face) Kontakt zu invasiv Erkrankten und hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> ungeimpfte oder unvollständig geimpfte, in Gemeinschaftseinrichtungen exponierte Kinder < 5 Jahre alle Kontaktpersonen mit medizinisch begründbarem erhöhtem Risiko für invasive Hib-Erkrankungen (z.B. Asplenie, Drogenkonsum, prekäre Wohnsituation/ Wohnungslosigkeit, chronische Leber- oder Nierenerkrankung, Mangelernährung) alle Haushaltsmitglieder der erkrankten Person, wenn sich in ihrem Haushalt mindestens ein ungeimpftes oder unvollständig geimpftes Kind < 5 Jahre oder eine Person mit medizinisch begründbarem erhöhtem Risiko für invasive Hib-Erkrankungen befindet. Bewohnende von Einrichtungen (z. B. Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende oder Wohnungslose, Internate, Wohnheime, Kasernen, Justizvollzugsanstalten), die haushaltsähnlichen Kontakt haben, werden als Haushaltsmitglieder betrachtet. 				
		≤ 7 d nach Erkrankungsbeginn bei Indexfall		Nachimpfung ungeimpfter/unvollständig geimpfter Kinder < 5 Jahre		<p><u>Rifampicin</u> nach Alter und Gewicht</p> <ul style="list-style-type: none"> < 1 Monat: 1 x 10 mg/kg/d für 2d oral ≥ 1 Monat bis 30 kg: 1 x 20 mg/kg/d für 2d oral > 30 kg: 600 mg/d für 2d oral <p><u>Ceftriaxon</u> nach Alter und Gewicht</p> <ul style="list-style-type: none"> < 18 Jahre: 1 x 50 mg/kg i.m. oder i.v. ≥ 18 Jahre: 1 x 1-2 g i.m. oder i.v.
						<p>Schwangerschaft</p> <p>Ceftriaxon bis 32. SSW Rifampicin ab 11. SSW</p>

Krankheit	wer? wann?		aktive Immunisierung		antimikrobielle/ Ak-Prophylaxe																								
Hepatitis A		Personen mit Kontakt zu an Hepatitis A Erkrankten																											
		< 14 d p. e.		alle empfänglichen Personen → Beginn oder Vervollständigung Grundimmunisierung bei > 25 Jahre zurückliegender Grundimmunisierung ggfls. serologische Kontrolle (Auffrischungsimpfung nur bei Seronegativität)		Kontaktpersonen, bei denen eine aktive Immunisierung nicht möglich oder nicht wirksam ist → standardisiertes humanes IgG (Dosierung nach Herstellerangaben)																							
Hepatitis B		Bei Verletzungen mit möglicherweise HBV-haltigen Gegenständen (z. B. Nadelstichverletzung) und Blut- und/oder Schleimhautkontakte zu HBsAg-positiven Personen in Abhängigkeit von der vorhandenen dokumentierten Immunität. Bei fehlender Dokumentation unmittelbare Bestimmung von Anti-HBs-Ak (Vorgehen siehe Tabelle)!																											
		≤ 48 h		<table><tr><th rowspan="2">Aktueller Anti-HBs-Ak-Titer</th><th colspan="2">Gabe von</th></tr><tr><th>Hepatitis B Impfstoff</th><th>Hepatitis B Immunglobulin</th></tr><tr><td>≥ 100 IE/l</td><td>Nein</td><td>Nein</td></tr><tr><td>10 – 99 IE/l</td><td>Ja</td><td>Nein</td></tr><tr><td>< 10 IE/l oder nicht innerhalb von 48 h ermittelbar</td><td>Ja</td><td>Nein</td></tr><tr><td></td><td>Anti-HBs-Ak jemals ≥ 100 IE/l</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Anti-HBs-Ak nie ≥ 100 IE/l oder unbekannt</td><td>Ja</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Ja (12 IE/kg, mind. 500 IE)</td></tr></table>			Aktueller Anti-HBs-Ak-Titer	Gabe von		Hepatitis B Impfstoff	Hepatitis B Immunglobulin	≥ 100 IE/l	Nein	Nein	10 – 99 IE/l	Ja	Nein	< 10 IE/l oder nicht innerhalb von 48 h ermittelbar	Ja	Nein		Anti-HBs-Ak jemals ≥ 100 IE/l			Anti-HBs-Ak nie ≥ 100 IE/l oder unbekannt	Ja			Ja (12 IE/kg, mind. 500 IE)
	Aktueller Anti-HBs-Ak-Titer	Gabe von																											
		Hepatitis B Impfstoff	Hepatitis B Immunglobulin																										
	≥ 100 IE/l	Nein	Nein																										
10 – 99 IE/l	Ja	Nein																											
< 10 IE/l oder nicht innerhalb von 48 h ermittelbar	Ja	Nein																											
	Anti-HBs-Ak jemals ≥ 100 IE/l																												
	Anti-HBs-Ak nie ≥ 100 IE/l oder unbekannt	Ja																											
		Ja (12 IE/kg, mind. 500 IE)																											
			Neugeborene von HBsAg-Trägerinnen → unmittelbar (innerhalb von 12 h) postnatal simultan Hepatitis B-Impfung und kontralateral Gabe von Hepatitis B-Immunglobulin (200 IE) i.m. Neugeborene von Müttern mit unbekanntem HBsAg-Status → unmittelbar (innerhalb von 12 h) postnatal Hepatitis B-Impfung i.m., die Gabe von Hepatitis B-Immunglobulin (30-100 IE/kg, d.h. üblicherweise 1 ml eines Präparats mit einer Anti-HBs-Konzentration von 200 IE/ml) bei mütterlicher HBsAg-Positivität soll bis 48 h (maximal 7 d) postnatal erfolgen.																										
HIV-Infektion		nach signifikanter Exposition entsprechend aktueller Leitlinie https://daignet.de/leitlinien-und-empfehlungen/hiv-leitlinien/																											
		≤ 24 h (max. 96 h)		∅		PEP entsprechend aktuell gültiger Empfehlungen (siehe Link oben)																							

Krankheit	wer? wann?	aktive Immunisierung	antimikrobielle/ Ak-Propylaxe
Masern	 Personen mit Haushalts-, anderen sozialen oder beruflichen Kontakten zu Erkrankten beginnend ab 5 d vor dem Ausbruch des Exanthems beim Indexfall		
	 aktiv ≤ 72 h p.e. passiv ≤ 6 d p.e.	 alle empfänglichen Kontaktpersonen ab 6 Monate MMR-Kombinationsimpfung	 empfängliche Kontaktpersonen mit Kontraindikationen gegen eine Impfung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangerschaft ▪ Säuglinge < 6 Monate ▪ Immundefiziente humanes IVIG 0,4 g/kg einmalig
		cave: Schwangerschaft!	
Meningokokken, invasive Krankheit	 Personen mit <i>engem ungeschützten Kontakt</i> zu invasiv Erkrankten (enge Kontaktpersonen): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Haushaltsmitglieder ▪ Personen mit Kontakt zu oropharyngealen Sekreten des Indexfalls ▪ Kinder < 6 Jahre in Betreuungseinrichtungen (bei guter Gruppentrennung nur betroffene Gruppe) ▪ Personen in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter (Internate, Wohnheime, Kasernen, Schulen, u.a.) ggf. Ausdehnung des Personenkreises bei <i>Ausbrüchen</i> oder <i>regional gehäuftem</i> Auftreten (Entscheidung des Gesundheitsamtes): <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Ausbrüchen (≥ 2 Erkrankte gleicher Serogruppe innerhalb von vier Wochen in derselben Gemeinschaftseinrichtung) ▪ bei regional gehäuftem Auftreten (≥ 3 Erkrankungen gleicher Serogruppe innerhalb von drei Monaten in einem Alterssegment einer Region oder altersspezifische Inzidenz von ≥ 10/100.000) 		
	 ≤ 10 d nach letztem Kontakt (so früh als möglich)	 Ungeimpfte (wenn beim Indexfall Infektion mit impfpräventabler Serogruppe vorliegt): <u>Serogruppen-spezifische Impfung</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Men ACWY oder ▪ Men B 	 alle engen Kontaktpersonen <u>Rifampicin</u> nach Alter und Gewicht <ul style="list-style-type: none"> ▪ < 1 Monat: 1 x 10 mg/kg/d für 2d oral ▪ ≥ 1 Monat bis 30 kg: 1 x 20 mg/kg/d für 2d oral ▪ > 30 kg: 600 mg/d für 2d oral <u>Ceftriaxon</u> nach Alter und Gewicht <ul style="list-style-type: none"> ▪ < 18 Jahre: 1 x 50 mg/kg i.m. oder i.v. ▪ ≥ 18 Jahre: 1 x 1-2 g i.m. oder i.v. <u>Azithromycin</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 18 Jahre: 1 x 500 mg <u>Ciprofloxacin</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ab 18 Jahre: 1 x 500 mg p.o.
		Impfung erst nach Identifikation der Serogruppe (wenn diese zeitnah möglich ist). Ansonsten Impfung gegen alle Serogruppen!	Schwangerschaft Ceftriaxon bis 32. SSW Rifampicin ab 11. SSW Azithromycin
Mpox (incl. weiteren Orthopoxvirusinfektionen)	 empfängliche Personen mit direktem engen körperlichen Kontakt zu Erkrankten oder dem Erreger		
	 ≤ 96 h p.e. (> 96 h bis 14 d p.e.)	 2 Impfungen mit MVA-BN-Vakzine im Abstand von vier Wochen	 antimikrobiell für den prophylaktischen Einsatz antiviraler Substanzen (Tecovirimat, Cidofovir/Brincidofovir) gibt es keine Daten, bei Fehlen aller anderen aufgeführten Optionen kann dies als Einzelfallentscheidung diskutiert werden

Krankheit	wer? wann?		aktive Immunisierung		antimikrobielle/ Ak-Prophylaxe	
						Ak-Therapie Vaccinia-Immunglobulin (VIG) kann bei bestehenden Kontraindikationen für die Impfung oder Unwirksamkeit der Impfung als Einzelfallentscheidung diskutiert werden
				Schwangerschaft ist keine Kontraindikation!		
Mumps		empfängliche Personen (ab Jahrgang 1970) mit direktem Kontakt zu Erkrankten				
		≤ 72 h p.e.		MMR-Kombinationsimpfung		∅
				cave: Schwangerschaft!		
Pertussis		Ungeimpfte in Familie, Wohngemeinschaft oder Gemeinschaftseinrichtung Geimpfte, wenn Gefährdete in Umgebung (<i>B. parapertussis</i> : Säuglinge < 6 Monate oder deren Kontaktpersonen) im Rahmen von Herdbekämpfungsprogrammen nach Empfehlungen der öffentlichen Gesundheitsbehörden				
		≤ 21 d nach letztem Kontakt		Auffrischung, wenn Impfung > 5 Jahre zurück oder Beginn oder Vervollständigung Grundimmunisierung		<u>Clarithromycin</u> nach Gewicht <ul style="list-style-type: none"> ab 1 Monat: 2 x 7,5 mg/kg/d für 7d (max. 2 x 0,5 g/d) <u>Cotrimoxazol</u> (bei Resistenzen, Makrolid-Allergie) nach Alter und Gewicht <ul style="list-style-type: none"> ab 2 Monaten bis 17 Jahre: TMP/SMX 2 x 24 mg/kg/d für 14d ≥ 18 Jahre: TMP/SMX 2 x 960 mg/kg/d für 14d
						Schwangerschaft Clarithromycin
Poliomyelitis		alle Kontaktpersonen des Indexfalls und seiner Ausscheidungen unabhängig vom Impfstatus bei Ausbruch (≥ 2 Erkrankte) → Riegelungsimpfungen nach Empfehlungen der Gesundheitsbehörden				
				IPV parenteral		∅
Röteln		alle empfänglichen Kontaktpersonen des Indexfalls				
		≤ 72 h p.e.		MMR-Kombinationsimpfung		∅
				cave: Schwangerschaft!		

Krankheit	wer? wann?		aktive Immunisierung		antimikrobielle/ Ak-Prophylaxe	
Tetanus		Verletzungsfall, wenn die betroffene Person ungeimpft ist, unbekannten Impfstatus aufweist, eine vollständige Grundimmunisierung nicht dokumentiert ist oder die letzte Impfung mehr als 10 Jahre zurückliegt. Bei Erwachsenen sollte ein 3- oder 4-valenter Impfstoff zur Anwendung kommen!				
		so früh wie möglich		siehe untere Tabelle		antimikrobielle Therapie infizierter Wunden beachten!
	Anzahl der dokumentierten Tetanusschutzimpfungen		Tetanus Toxoid-haltigen Kombinationsimpfstoff (Altersbeschränkungen und Impfkalender hinsichtlich Impfücken beachten!)		Tetanus-Immunglobulin (250 bis 500 IE)	
	unbekannt / undokumentiert		Ja Grundimmunisierung vervollständigen		Ja	
	keine oder 1 dokumentierte Impfung		Ja Grundimmunisierung vervollständigen		Ja	
	2 dokumentierte Impfungen		Ja		Nein Ja, wenn hohe Erregerlast vorliegt*	
	3+ dokumentierte Impfungen		Nein Ja, wenn letzte Impfung > 10 Jahre zurückliegt		Nein	
	*hohe Erregerlast wahrscheinlich bei: hohem Verschmutzungsgrad der Wunde; > 12-24 h bestehende, nicht gereinigte Wunden					
			Schwangerschaft ist keine Kontraindikation!			
Tollwut		alle Personen mit einer Exposition Grad II und III gegenüber tollwütigen oder tollwutverdächtigen Tieren und Flüssigkeiten aus Tollwutimpfstoffködern				
		so früh wie möglich		siehe untere Tabelle		präemptive antimikrobielle Therapie tiefer Tierbissverletzungen beachten!
	Expositionsgrad	Art des Kontaktes mit tollwutverdächtigem oder tollwütigem Tier*		Art des Kontaktes mit Tollwutimpfstoffköder		Vorgehen zur Immunprophylaxe (Fachinformation des jeweiligen Produkts beachten)
	I	▪ Berühren/Füttern von Tieren ▪ Belecken intakter Haut		▪ Berühren von intakter Haut		keine Impfung
	II	▪ Knabbern an unbedeckter Haut ▪ oberflächliche, nicht blutende Kratzer ▪ Belecken der nichtintakten Haut		▪ Kontakt nichtintakter Haut mit Impfflüssigkeit		aktive Impfung ungeimpft: Tag 0, 3, 7, 14-28 vollständig geimpft: Tag 0, 3 immunsupprimiert: Tag 0, 3, 7, 14, 28
	III	▪ jegliche Bissverletzungen oder Kratzwunden ▪ Kontamination von Schleimhäuten mit Speichel (z. B. durch Lecken, Spritzer) ▪ Expositionsgrad II zu Fledertieren		▪ Kontamination von Schleimhäuten und frischen Hautverletzungen mit der Impfflüssigkeit		aktive Impfung ungeimpft: Tag 0, 3, 7, 14-28 vollständig geimpft: Tag 0, 3 immunsupprimiert: Tag 0, 3, 7, 14, 28 passive Immuntherapie** simultan mit der ersten Impfung Gabe von Tollwut-Ig (20 IE/kg KG)
	* Stand 1.01.2026: Deutschland ist frei von terrestrischer Tollwut, epidemisch gibt es lediglich die Fledermaustollwut (hier findet man Informationen zur globalen Epidemiologie beim Menschen und bei Tieren); ** so viel wie möglich an der Inokulationsstelle infiltrieren; restliche Menge intramuskulär					
	▪ kontaminierte Körperstellen/Wunden unverzügliche und großzügige Reinigung mit Seife oder ähnlichen Detergenzien, gründliche Spülung mit Wasser und Behandlung mit 70%igem Alkohol oder einem Jod-haltigen Desinfektionsmittel					
	▪ Bei gegebener Indikation Durchführung der Immunprophylaxe so schnell wie möglich; kein Abwarten bis zur Klärung des Infektionsverdachts beim Tier					
	▪ Bei Entkräftigung des Tollwutverdachtetes beim Tier durch tierärztliche Untersuchung Abbruch der Immunprophylaxe oder Weiterführung im Sinne einer präexpositionellen Impfung					
			Schwangerschaft ist keine Kontraindikation!			

Krankheit	wer? wann?		aktive Immunisierung		antimikrobielle/ Ak-Prophylaxe	
Tuberkulose		<p>enger, infektionsrelevanter Kontakt</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Indexfall mikroskopisch positiv → Exposition in geschlossenen Räumen bzw. Verkehrsmitteln über insgesamt mind. 8 h▪ Indexfall nur kulturell oder molekularbiologisch positiv → kumulative Expositionszeit von mind. 40 h▪ intensive Kontakte (z.B. bei Aerosol-generierenden Maßnahmen) ohne adäquate PSA und Exposition besonders suszeptibler Personen sind individuell zu bewerten <p>Durchführung eines IGRA und einer adäquaten Bildgebung (Rö oder CT Thorax) bei engen Kontaktpersonen</p> <ul style="list-style-type: none">▪ IGRA positiv (Nachweis einer LTBI) → Chemoprävention▪ IGRA negativ (kein Nachweis einer LTBI) → Chemoprophylaxe bei allen Kindern < 5 Jahre und allen Personen ≥ 5 Jahre, wenn diese besonders vulnerabel sind (zelluläre Immundefizienz)				
				Kinder ≤ 5 Jahre mit negativem IGRA oder THT BCG-Impfung post-expositionell bei (prä-) XDR-Tb beim Indexfall immer als Einzelfall-entscheidung → unbedingt Rück-sprache mit Experten (Kontakt über: siko@lua.sms.sach-sen.de)		<p><u>INH (H)</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ < 15 Jahre: 1 x 10 mg/kg (max. 0,3 g/d)▪ ≥ 15 Jahre: 1 x 5 mg/kg (max. 0,3 g/d) <p><u>Rifampicin (R)</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ < 15 Jahre: 1 x 15 mg/kg (max. 0,6 g/d)▪ ≥ 15 Jahre: 1 x 10 mg/kg (max. 0,6 g/d) <p>Dauer der Chemoprävention (Monate) 9H oder 4R oder 3HR Dauer der Chemoprophylaxe Nach 2 Monaten erneuter IGRA, wenn positiv → wie bei Chemoprävention wenn negativ → beenden</p>
						<p>Schwangerschaft Beginn Chemoprävention ab 2. TM oder postpartal Indexfall mit MDR/RR/prä-XDR/XDR Rücksprache Behandlungszentrum</p>
Varizellen		<p>Personen mit signifikanter Exposition</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Face-to-face oder Haushaltskontakt▪ Aufenthalt mit einer Dauer ≥ 1 h im selben Raum <p>und negativer Varizellen-Anmnese oder nicht vollständig dokumentierter Impfmunität</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ohne erhöhtes Risiko für einen komplikativen Krankheitsverlauf (a)▪ mit erhöhtem Risiko für einen komplikativen Krankheitsverlauf (b):<ul style="list-style-type: none">- ungeimpfte Schwangere ohne Varizellen-Anamnese- Immunsupprimierte mit unsicherer Immunität- Neugeborene, wenn die Mutter 5d prä- bis 2d postpartal an Varizellen erkrankt- Frühgeborene mit Exposition (ab 28. SSW, wenn Mutter ohne Immunität, vor 28. SSW unabhängig von der Immunität der Mutter)				
		≤ 5 d p.e.		Expositionsgruppe (a) unmittelbar Impfung		<p>Expositionsgruppe (b) VZV-Ig (25 I.E./kg KG) oder Aciclovir oral für 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Neonaten: 4 x 20 mg/kg (unmittelbar)▪ 2 bis 17 Jahre: 4 x 10 mg/kg bis max. 4 x 800 mg/d (d7-d14 p.e.)▪ ab 18 Jahren: 4 x 800 mg/d (d7-d14 p.e.)
				postexpositionell keine aktive Impfung für Personen der Expositionsgruppe (b)		

Quellen / Literatur (in alphabetischer Reihenfolge):

1. AG „Antibiotic Stewardship (ABS) ambulante Pädiatrie“ (ABSaP). Antibiotische Therapie in der ambulanten Pädiatrie. Stand März 2024.
2. Al Jurdi A, Kotton CN. Monkeypox in Transplant Recipients: No Breaks Between Outbreaks. *Transplantation* 2022; 106(11): e512-e513. DOI: 10.1097/TP.0000000000004337.
3. Arciuolo RJ, Jablonski RR, Zucker JR, Rosen JB. Effectiveness of measles vaccination and immune globulin post-exposure prophylaxis in an outbreak setting-New York City, 2013. *Clin Infect Dis.* 2017; 65(11): 1843–1847.
4. Awad G et al. Robust hepatitis B vaccine-reactive T cell responses in failed humoral immunity. *Mol Ther Methods Clin Development* 2021; 21: 288-298. DOI: 10.1016/j.omtm.2021.03.012.
5. Banatvala J, van Damme P, Oehen S. Lifelong protection against hepatitis B: the role of vaccine immunogenicity in immune memory. *Vaccine* 2000; 19: 877-885. DOI: 10.1016/S0264-410X(00)00224-3.
6. Bergsten H, Palma Medina LM, Morgan M, et al. Adjunctive Rifampicin Increases Antibiotic Efficacy in Group A Streptococcal Tissue Infection Models. *Antimicrob Agents Chemother.* 2021; 65(11): e0065821. DOI: 10.1128/AAC.00658-21.
7. Bertram R, Itzek A, Marr L et al. Divergent effects of emm types 1 and 12 on invasive group A streptococcal infections-results of a retrospective cohort study, Germany 2023. *J Clin Microbiol* 2024; 62(8): e0063724. DOI: 10.1128/jcm.00637-24
8. Doi H, Kanto T. Factors influencing the durability of hepatitis B vaccine responses. *Vaccine* 2021; 39: 5224-5230. DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.07.017.
9. Feiterna-Sperling C et al. S2k-Leitlinie zur Diagnostik, Prävention und Therapie der Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter. Eine Leitlinie unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) e.V. *Pneumologie* 2017; 71: 629–680. DOI: 10.1055/s-0043-116545.
10. Gallagher T, Lipsitch M. Postexposure Effects of Vaccines on Infectious Diseases. *Epidemiol Rev* 2019; 41(1): 13-27. DOI: 10.1093/epirev/mxz014.
11. Hedin K, Thorning S, van Driel ML. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023; 11(11): CD004406. DOI: 10.1002/14651858.CD004406.
12. Herzog C, van Herck K, van Damme P. Hepatitis A vaccination and its immunological and epidemiological long-term effects – a review of the evidence. *Hum Vacc Immunother* 2021; 17(5): 1496-1519. DOI: 10.1080/21645515.2020.1819742.
13. Khan F, Bai Z, Kelly S et al. Effectiveness and Safety of Antibiotic Prophylaxis for Persons Exposed to Cases of Invasive Group A Streptococcal Disease: A Systematic Review. *Open Forum Infect Dis* 2022; 9(8): ofac244. DOI: 10.1093/ofid/ofac244.
14. O’Shea J et al. Interim Guidance for Prevention and Treatment of Monkeypox in Persons with HIV Infection — United States, August 2022. *Morb Mort Wkly Rep* 2022; 71 (32):1023-1028. DOI: 10.15585/mmwr.mm7132e4.
15. Prevention of Invasive Group A Streptococcal Infections Workshop Participants. Prevention of invasive group A streptococcal disease among household contacts of case patients and among postpartum and postsurgical patients: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention. *Clin Infect Dis.* 2002; 35: 950-9. DOI: 10.1086/342692. Erratum in: *Clin Infect Dis.* 2003 Jan 15;36(2):243
16. Rizk JG et al. Prevention and treatment of Monkeypox. *Drugs* 2022; 82(1): 957-963. DOI: 10.1007/s40265-022-01742-y.
17. Schaberg T et al. Tuberkulose im Erwachsenenalter – Eine S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie, Chemoprävention und Chemoprophylaxe der Tuberkulose im Erwachsenenalter des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose e.V. (DZK) und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) *Pneumologie* 2022;76: 727-819. DOI: 10.1055/a-1934-8303.
18. Schillie S et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep* 2018; 67 (1): 1-33. DOI: 10.15585/mmwr.rr6701a1.

19. UK Health Security Agency. Guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) for varicella or shingles (February 2025). <https://www.gov.uk/government/publications/post-exposure-prophylaxis-for-chickenpox-and-shingles/guidelines-on-post-exposure-prophylaxis-pep-for-varicella-or-shingles-january-2023>
20. Security Agency. UK guidelines for the management of contacts of invasive group A streptococcus (iGAS) infection in community settings V2 (March 2023). <https://www.gov.uk/government/publications/invasive-group-a-streptococcal-disease-managing-community-contacts>
21. Watts V, Usdin M, Mearkle R et al. Antibiotic chemoprophylaxis for close contacts of invasive group A streptococcus in community settings: Evidence review. J Infect 2025; 90: 106468
22. WHO. Diphtheria. Vaccine-Preventable Diseases Surveillance Standards. September 5th 2018.
23. WHO. Diphtheria Outbreak Toolbox – update August 2024. Web: <https://www.who.int/emergencies/outbreak-tool-kit/disease-outbreak-toolboxes/diphtheria-outbreak-toolbox> (letzter Zugriff am 7.05.2025)
24. WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE). Tetanus vaccines: WHO position paper – February 2017. Wkly Epidemiol Rec 2017; 92: 53.
25. WHO Technical document: Prevention and management of wound infection. Guidance from WHO’s Department of Violence and Injury Prevention and Disability and the Department of Essential Health Technologies. 2013, Rev. 2019. Web: <https://www.who.int/publications/i/item/prevention-and-management-of-wound-infection>