

## Haemophilus influenzae-Infektionen Merkblatt

### Vorkommen:

Das Bakterium *Haemophilus influenzae* (**Hi**) kommt weltweit vor und besiedelt bei einigen Menschen den Nasen-Rachen-Raum, ohne Symptome zu verursachen. Eine Besiedelung der Scheide kann auch vorkommen. Die Bakterien können als bekapselte (Kapseltyp a bis f) oder unbekapselte (sogenannte nichttypisierbare) Bakterien auftreten. Eine Impfung gibt es bisher nur gegen die Hi-Bakterien mit dem Kapseltyp b (**Hib**).

Gefährlich ist vor allem der Bakteriensubtyp **b**. Erkrankungen mit diesem Subtyp sind seit Einführung der Hib Impfung deutlich zurückgegangen, während die Infektionen mit *Haemophilus influenzae* Bakterien ohne Kapsel zunehmend häufig auftreten, insbesondere bei älteren Menschen.

Trotz des ähnlichen Namens handelt es sich bei *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) nicht um den Erreger der Grippe (Influenza). Diese wird durch Viren hervorgerufen.

### Infektionsweg:

Die Übertragung des Erregers geschieht durch Tröpfcheninfektion – also durch Husten oder Niesen oder direkten Kontakt mit Atemwegssekreten. Während der Geburt kann eine Übertragung auf das Neugeborene im Geburtskanal erfolgen.

### Inkubationszeit:

Die genaue Inkubationszeit, also die Zeit zwischen Ansteckung und Ausbruch der Erkrankung, ist nicht bekannt, möglicherweise 2 bis 4 Tage.

### Krankheitsbild:

*Haemophilus influenzae* verursacht häufig Infektionen der Atemwege (Sinusitis, Bronchitis), vor allem bei Patienten mit vorbestehenden Lungenerkrankungen. Auch andere Organe können betroffen sein (z.B. Mittelohrentzündung). Schwerwiegende Erkrankungen führen zu Blutvergiftung, Hirnhautentzündung und Lungenentzündung. Insbesondere bei Kindern gefährdet ist eine Schwellung des Kehlkopfes (Epiglottitis).

Die eitrige Hirnhautentzündung (Meningitis) äußert sich beispielsweise durch Erbrechen, hohes Fieber, Krämpfe und Bewusstseinsminderung. Bleibt sie unbehandelt, führt sie oft zum Tode. Nach einer überstandenen Hirnhautentzündung bleiben häufig dauerhafte Schäden des Nervensystems zurück – zum Beispiel Sehstörungen, Hör- oder Hirnschäden.

Die Kehlkopfentzündung (Epiglottitis) kann Ersticken verursachen. Charakteristische Symptome einer Kehlkopfentzündung sind zum Beispiel Schluckbeschwerden, hohes Fieber und eine ausgeprägte Atemnot.

### Ansteckungsfähigkeit:

Diese besteht, solange der Erreger bei einer erkrankten Person nachweisbar ist. Etwa 24 Stunden nach Beginn einer auf den Erreger passenden antibiotischen Behandlung besteht im allgemeinen keine Ansteckungsgefahr mehr.

**Diagnostik:**

Der Erreger lässt sich bei Hirnhautentzündung und Blutvergiftung vor allem durch Laboruntersuchungen des Blutes oder der Rückenmarksflüssigkeit nachweisen.

**Behandlung:**

Die Behandlung erfolgt in erster Linie mit Antibiotika.

**Vorbeugende Impfung:**

Impfungen gegen Haemophilus influenzae Typ b gehören zu den Standardimpfungen im Kindesalter. Die Impfung wird zusammen mit anderen Impfstoffen im Alter von 2, 4, und 11 Monaten durchgeführt. Wird bei einem Hib ungeimpften Kind die Impfung im Alter von 1 - 4 Jahren nachgeholt, reicht eine einmalige Impfung aus. Gegen Haemophilus influenzae Bakterien, die **nicht** Typ b sind, gibt es keinen Impfstoff.

**Hygienemaßnahmen:**

Wie bei anderen durch Tröpfchen übertragenen Krankheiten sollte man beim Husten Abstand halten und Einmaltaschentücher nur einmal verwenden. Nach der Benutzung eines Taschentuchs oder Husten mit vorgehaltener Hand sollte man sich die Hände waschen. Bei Fehlen eines Taschentuchs in den Ärmel husten.

**Besuch der Gemeinschaftseinrichtung:**

Für Personen mit Krankheitsverdacht oder Erkrankung an einer Haemophilus influenzae-Typ b-Meningitis besteht ein Betretungs-/Besuchsverbot und ein Tätigkeitsverbot nach § 34 Infektionsschutzgesetz. Eine Wiedermöglichkeit ist nach klinischer Genesung und Beendigung der antibiotischen Behandlung möglich. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich. Das Verbot gilt auch für Mitglieder der Wohngemeinschaft des Erkrankten bzw. Krankheitsverdächtigen. (§ 34 (1) 5. und § 34 (3) 5. Infektionsschutzgesetz). Die Wiedermöglichkeit von Kontaktpersonen kann 24 – 48 Stunden nach vorbeugender Antibiotikaeinnahme erfolgen, ohne diese Prophylaxe frühestens 4 Tage nach letztem Kontakt.

**Hinweise für enge Kontaktpersonen:**

Pflegepersonal sollte Hygieneschutzmaßnahmen bis 24 Std. nach Beginn der Antibiotikatherapie des Patienten einhalten (Schutzkittel, Handschuhe, Mund-Nasen-Schutz, Händedesinfektion etc.).

Mit der vorbeugenden Einnahme eines Antibiotikums kann man nach engem Kontakt zu einer Hib erkrankten Person und möglicher Ansteckung einen Ausbruch der Erkrankung verhindern, wenn diese möglichst frühzeitig nach dem Kontakt durchgeführt wird, spätestens jedoch 7 Tage nach Beginn der Erkrankung der an Hib erkrankten Person.

Da bei Erkrankungen durch andere Hi-Typen als Hib Übertragungen selten sind, wird in diesen Fällen keine vorbeugende Antibiotikaeinnahme empfohlen.

Ihr Gesundheitsamt

---

**Quellen:**

Informationsquellen: [www.rki.de](http://www.rki.de), [www.stiko.de](http://www.stiko.de)

Stand 26.08.2025

## Hinweise für Ärzte:

**Hinweis zur Diagnostik:** Eine Probennahme vor Beginn der antibiotischen Therapie ist empfohlen. Proben aus Blut oder Liquor sollten zur Serotypisierung an das Nationale Referenzzentrum für Meningokokken und *Haemophilus influenzae* in Würzburg geschickt werden, damit bei Vorliegen des Serotyps **b** (Hib) eine postexpositionelle Prophylaxe eingeleitet werden kann.

Nationales Referenzzentrum für Meningokokken und *Haemophilus influenzae*

Institut für Hygiene und Mikrobiologie

Universität Würzburg

Josef-Schneider-Straße 2, E1, 97080 Würzburg

Ansprechpartner: PD Dr. rer. nat. Heike Claus, Dr. Thien-Tri Lam

Tel.: 0931 31 4 6737

Fax: 0931 31 4 6445

E-Mail: [ttlam@hygiene.uni-wuerzburg.de](mailto:ttlam@hygiene.uni-wuerzburg.de) Internet: [www.hygiene.uni-wuerzburg.de/meningococcus](http://www.hygiene.uni-wuerzburg.de/meningococcus)

**Hinweise zur Therapie finden Sie unter: [www.rki.de](http://www.rki.de) >> A – Z >> Infektionskrankheiten A-Z >> Haemophilus Influenzae RKI Ratgeber**

### Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut

Tabelle | Postexpositionelle Impfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (Anpassung der Tabelle 7 der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission)

Siehe: Epidemiologisches Bulletin 34 2025 vom 21. August 2025

### Haemophilus Influenzae Typ b (Hib) Chemoprophylaxe

Nach engem (face-to-face-)Kontakt mit einer Person mit invasiver Hib-Infektion oder Kontakt zu deren oropharyngealen Sekreten wird eine Chemoprophylaxe für folgende Personengruppen empfohlen:

- ▶ ungeimpfte oder unvollständig geimpfte, in Gemeinschaftseinrichtungen exponierte Kinder <5 Jahre
- ▶ alle Kontaktpersonen mit medizinisch begründbarem erhöhtem Risiko für invasive Hib-Erkrankungen\*
- ▶ 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.

In Ausbruchssituationen zusätzlich:

- ▶ alle Kinder und deren Betreuende (unabhängig von Impfstatus und Alter) derselben Gruppe einer Gemeinschaftseinrichtung für Kinder <5 Jahre, wenn dort innerhalb von etwa 2 Monaten  $\geq 2$  Fälle aufgetreten sind und in der Einrichtung nicht oder nicht vollständig geimpfte Kinder <5 Jahre betreut werden
- ▶ alle engen Kontaktpersonen (face-to-face-Kontakt; unabhängig vom Impfstatus und Alter), die im Ausbruchsgeschehen selbst engen und regelmäßigen Kontakt zu vulnerablen Personen\* haben

### Chemoprophylaxe

Rifampicin (erste Wahl):

$\geq 1$  Monat: 1 x 20 mg/kg Körpergewicht (maximal 600 mg) p. o. für 4 Tage

$\geq 18$  Jahre: 1 x 600 mg p. o. für 4 Tage

Ceftriaxon: \*\*

<12 Jahre: 50 mg/kg Körpergewicht (max. 1.000 mg/Tag) parenteral für 2 Tage

$\geq 12$  Jahre und Erwachsene: 1.000 mg/Tag parenteral für 2 Tage

Levofloxacin: \*\*

in allen Altersgruppen: 8 –10 mg/kg Körpergewicht (max. 1.000 mg/Tag) p.o. für 4 Tage

Für eine Chemoprophylaxe bei Schwangeren sollte die Wahl des Antibiotikums individuell und unter Berücksichtigung der Hinweise in den Fachinformationen entschieden werden.

Falls eine Prophylaxe indiziert ist, sollte sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens 7 Tage nach Beginn der Erkrankung des Indexfalls, begonnen werden. In Ausbruchssituationen kann die PEP bis zu Tag 28 nach Erkrankungsbeginn beim Indexfall für enge Kontaktpersonen, die selbst vulnerabel sind oder, die im Ausbruchsgeschehen engen und regelmäßigen Kontakt zu vulnerablen Personen haben, sinnvoll sein.

### **Impfung**

Ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Kinder <5 Jahre sollten gegen Hib nachgeimpft werden.

In Ausbruchssituationen zusätzlich:

► Hib-Impfung für Menschen mit einem medizinisch begründbaren erhöhten Risiko\* für eine invasive Hib-Erkrankung, die einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind

1-malige Impfung mit altersentsprechend zugelassenem Impfstoff (z.B. Act-Hib, Pentavac oder ein vergleichbarer Impfstoff mit Hib-Komponente)

Für Hib-Kombinationsimpfstoffe, die regulär im Kindesalter zur Anwendung kommen, besteht aufgrund höherer Tetanustoxoid- und Diphtherietoxoid- oder Bordetella-pertussis Antigengehalte als Tdap-Kombinationsimpfstoffe für Erwachsene ein potenziell erhöhtes Risiko für lokale und systemische Reaktogenität.

\* Medizinisch begründbares erhöhtes Risiko für eine invasive Hib-Erkrankung besteht z.B. aufgrund von Asplenie, Drogenkonsum, prekärer Wohnsituation/Wohnungslosigkeit, chronischer Leber- oder Nierenerkrankung oder Mangelernährung.

\*\* Unter Berücksichtigung von Kontraindikationen, Alter, möglichen Nebenwirkungen sowie Interaktionspotenzial, Therapiedauer und Dosierungsschema der verwendeten Substanz und ggf. auch der Sicherstellung einer möglichst guten Therapieadhärenz bei schwer erreichbaren Personengruppen (z.B. drogengebrauchende oder wohnungslose Personen) kann die Chemoprophylaxe alternativ zu Rifampicin auch mit Ceftriaxon oder Levofloxacin erfolgen. Bei Nicht-Verfügbarkeit kann auch Ciprofloxacin (Anwendungshinweise s. Fachinformation) zur PEP angewandt werden.