

Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern

§ 4 (2) des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)

1 Adenoviren (Adenovirus-Konjunktivitis)

Meldepflicht nur für den direkten Nachweis im Konjunktivalabstrich

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Konjunktivitis/Keratokonjunktivitis, häufig assoziiert mit subkonjunktivalen Blutungen.

Labordiagnostischer Nachweis im Konjunktivalabstrich

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden im Konjunktivalabstrich:

- ▶ Virusisolierung in Zellkultur,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ Antigen-Nachweis (z. B. IFT, EIA) in Zellen von Konjunktivalabstrichen.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Adenovirus-Konjunktivitis/Keratokonjunktivitis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. fünf bis zwölf Tage, manchmal länger) zu einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-

epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Adenovirus-Konjunktivitis/Keratokonjunktivitis und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Adenovirus-Konjunktivitis/Keratokonjunktivitis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs.

2 Bacillus anthracis (Milzbrand)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand, das folgende Formen annehmen kann:

- ▶ **Hautmilzbrand** (Pustula maligna): Papulöse, dann vesikuläre Hautläsion, die sich über 1–6 Tage in ein hämorrhagisch-schwarz belegtes Ulkus mit umliegendem Ödem entwickelt (Milzbrandkarbunkel).
- ▶ **Lungenmilzbrand**: Symptome einer akuten Atemwegsinfektion, dann Bronchopneumonie mit hohem Fieber, Dyspnoe, Hypoxie. Radiologisch charakteristisch ist ein verbreitetes Mediastinum.
- ▶ **Darmmilzbrand**: Fieber, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen (ggf. blutig), Durchfall (ggf. blutig), Sepsis.

Bei systemischen Verläufen kann zusätzlich eine Hirnhautentzündung mit Krämpfen und Bewusstseinsverlust auftreten.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Blut oder Gewebeprobe (Haut, Lunge, Darm) sowie anderen klinischen Materialien,
- ▶ Nachweis der Kapsel (Immunofluoreszenzmikroskopie).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand und Nachweis eines epidemiologischen

Zusammenhangs mit einer bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–7 Tage, gelegentlich bis zu 60 Tagen).

Epidemiologischer Zusammenhang: Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Tierprodukte, Felle, Häute.

Klinisch und durch labor- diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

3 *Borrelia recurrentis* (Läuserückfallfieber)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Läuserückfallfieber, charakterisiert durch Fieberschübe von 2–9 Tagen Dauer, unterbrochen durch fieberfreie Phasen von 2–4 Tagen Dauer. Während der Fieberschübe oft flüchtige petechiale Hautausschläge.

Labordiagnostischer Nachweis

Erregernachweis im Dunkelfeld, Phasenkontrast oder im gefärbten Ausstrich aus Blut (entweder direkt oder nach Tierpassage).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/ Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Läuserückfallfieber und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 5–15 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. Kleiderläuse.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labor- diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Läuserückfallfieber und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Läuserückfallfieber vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Läuserückfallfieber ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen

Zusammenhangs, ein. Der Erreger ist in Äthiopien, Sudan, West-Afrika, Vietnam, China, und in den Andengebieten Perus verbreitet.

4 *Brucella* spp. (Brucellose, Malta-Fieber, Mittelmeer- Fieber)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Brucellose, charakterisiert durch akut oder schleichend einsetzendes Fieber, Nachtschweiß, übermäßige Erschöpfung, Inappetenz, Gewichtsverlust, Kopfschmerzen und Gelenkschmerzen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Blut oder anderen klinischen Materialien,
- ▶ Erregernachweis (Immunfluoreszenzmikroskopie) in klinischen Materialien,
- ▶ Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. Brucella-Agglutinationstest, KBR),
- ▶ Nachweis eines einmalig hohen Antikörpertiters (z. B. Brucella-Agglutinationstest, KBR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/ Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Brucellose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 5–60 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. Kontakt zu nachweislich infizierten Tieren oder Verzehr von deren Produkten, Milch, Fleisch.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labor- diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Brucellose und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labor diagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labor diagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Brucellose ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs. Der Erreger ist im Mittelmeerraum Europas, in Afrika, Asien und Lateinamerika verbreitet, hauptsächlich als Zoonose.

5 Campylobacter spp., darm- pathogen (Campylobacter- Enteritis)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Campylobacter-Enteritis, charakterisiert durch Durchfall unterschiedlichen Schweregrads (ggf. mit Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen).

Labor diagnostischer Nachweis

Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl, ggf. Speziesbestimmung.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infek- tion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Campylobacter-Enteritis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor diagnostischen

Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–10 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. Tierkontakte, kontaminierte Lebensmittel, kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labor- diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Campylobacter-Enteritis und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labor diagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labor diagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs.1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

6 Chlamydia psittaci (Ornithose, Psittakose, Papageienkrankheit)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Ornithose, charakterisiert durch Fieber, Kopfschmerzen, Hautausschlag, respiratorische Symptomatik, oftmals atypische Pneumonie.

Labor diagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Chlamydia psittaci-Antikörper-Nachweis mit monoklonalen Antikörpern (z. B. ELISA),
- Erregerisolierung (kulturell) auf Brutei, ggf. Zellkulturen,
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR-Nachweis des MOMP1-Gens).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infek- tion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Ornithose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–4 Wochen).

Epidemiologischer Zusammenhang: Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Vögel.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labor- diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Ornithose und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labor diagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nach- weis bestätigte Infektion

Labor diagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Ornithose ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs.

7 Clostridium botulinum (Botulismus)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Botulismus, das folgende Formen annehmen kann:

- ▶ **Lebensmittelbedingter Botulismus:** Hirnnervenstörung, z. B. Ptosis, Seh- (Doppelbilder) und Schluckstörungen; in schweren Fällen schnell fortschreitende, symmetrische, absteigende schlaffe Lähmung,
- ▶ **Säuglingsbotulismus:** anhaltende Obstipation, Gedeihstörung, Trinkschwäche, Schluckbeschwerden, allgemeine Muskelschwäche einschließlich Atmungsstörung bei Kindern unter einem Jahr,
- ▶ **Wundbotulismus:** klinisches Bild wie bei lebensmittelbedingtem Botulismus nach Besiedlung von Wunden durch *C. botulinum*.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Nachweis von Botulinum-Toxin (z. B. ELISA, Maus-Bioassay) aus Blut, Stuhl, Mageninhalt,
- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl (Säuglingsbotulismus), Wundmaterial (Wundbotulismus).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Botulismus und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 12–36 Stunden, gelegentlich mehrere Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel.

Klinisch und durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Botulismus und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Botulismus ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

8 Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend (Diphtherie)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Diphtherie, charakterisiert durch Krankheitszeichen der oberen Atemwege, gekennzeichnet durch Halsschmerzen, typischerweise festhaftenden pseudomembranösen Belägen auf Tonsillen oder im Nasen-Rachen-Raum, ggf. Fieber.

Labordiagnostischer Nachweis

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) z. B. aus Rachen-, Nasen- oder Wundabstrich sowie anderen normalerweise sterilen klinischen Materialien und
- ▶ Nachweis des Diphtherie-Toxins (z. B. ELEK-Test) bzw. des Diphtherie-Toxin-Gens (z. B. PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Diphtherie und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. 2–5 Tage, gelegentlich länger) mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Klinisch und durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Diphtherie und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Diphtherie vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Diphtherie ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein.

9 Coxiella burnetii (Q-Fieber)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Q-Fieber, charakterisiert durch eine akute fieberhafte grippeähnliche Erkrankung, oftmals mit atypischer Pneumonie, ggf. Hepatitis.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis gegen Phase-2-Antigene (z. B. IFT, ELISA, Mikroimmunfluoreszenz),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis gegen Phase-2-Antigene (≥ vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA, Mikroimmunfluoreszenz),
- ▶ Antikörper-Nachweis gegen Phase-2-Antigene mittels KBR (≥ vierfacher Titeranstieg in zwei Proben),

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z.B. infizierte Affen, Tätigkeit in einem Labor, in dem mit Ebola-Virus gearbeitet wurde.

Klinisch und durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Ebola-Virus-Erkrankung und labor-diagnostischer Nachweis.

Durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labor-diagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labor-diagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten einer Ebola-Virus-Erkrankung vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit einer Ebola-Virus-Erkrankung ohne labor-diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Erkrankungen durch das Ebola-Virus wurden bisher in folgenden Ländern beschrieben: Demokratische Republik Kongo (ehemals Zaire), Sudan, Elfenbeinküste und Gabun.

12a Escherichia coli, enterohämorrhagische Stämme (EHEC)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer EHEC-Erkrankung, charakterisiert durch Durchfall (oft blutig), Bauchkrämpfe mit einer oder ohne eine der folgenden Komplikationen:

- ▶ Komplettes enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS): Hämolytische Anämie, Thrombopenie und Nierenversagen.
- ▶ Inkomplettes enteropathisches HUS: Nur zwei der oben genannten Krankheitszeichen.
- ▶ Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP): komplettes oder inkomplettes HUS, zerebrale Symptome (z. B. Krampfanfälle).

Labor-diagnostischer Nachweis

Bei EHEC-Erkrankung ohne enteropathisches HUS/TTP

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl, ggf. Bestimmung des Serovars und
- ▶ Nachweis des Shiga-Toxins (Stx) (z. B. ELISA) oder des Shiga-Toxins (z. B. PCR) aus dem E. coli-Isolat (der alleinige Stx-Nachweis aus der Stuhlanreicherung gilt lediglich als Verdacht, s. Anmerkung).

Bei enteropathischem HUS/TTP

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl, ggf. Bestimmung des Serovars und
- ▶ Nachweis des Shiga-Toxins (Stx) (z. B. ELISA) oder des Shiga-Toxins (z. B. PCR) aus dem E. coli-Isolat (der alleinige Stx-Nachweis aus der Stuhlanreicherung gilt lediglich als Verdacht, s. Anmerkung).

Falls Erregerisolierung nicht möglich

- ▶ Alleiniger Anti-LPS-IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA, Eastern-Blot) oder
- ▶ alleiniger Anti-LPS-IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer EHEC-Erkrankung und komplettem oder inkomplettem enteropathischen HUS ohne labor-diagnostischen EHEC-Nachweis nach Ausschluss nichtinfektiöser Ursachen.

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer EHEC-Erkrankung und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit für EHEC ca. 2–8 Tage, für enteropathisches HUS bis zu ca. 2 Wochen nach Beginn des Durchfalls).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel, kontaminiertes Wasser, infizierte Tiere.

Klinisch und durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer EHEC-Erkrankung und labor-diagnostischer Nachweis.

Durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labor-diagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit nicht bereits als Ausscheider bekannt.

Nur durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labor-diagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit einer EHEC-Erkrankung ohne enteropathisches HUS/TTP mit alleinigem Stx-Nachweis aus der Stuhlanreicherung bei negativem kulturellen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

Ein alleiniger Stx-Nachweis aus der Stuhlanreicherung sollte Veranlassung zur kulturellen Isolierung des Erregers und Stx-Nachweis im E. coli-Isolat sein. Kann der Erreger nicht isoliert werden, so ist ein Fall mit Stx-Nachweis aus der

Stuhlanreicherung als klinisch (nur bei HUS) oder klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung einzuordnen, sofern entsprechende Symptome vorliegen.

12b Escherichia coli, sonstige darm-pathogene Stämme (enteropathogene E. coli (EPEC), enteroinvasive E. coli (EIEC), enterotoxische E. coli (ETEC), enteroaggregierende E. coli (EAggEC), diffus-adhärente E. coli (DAEC))

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer E. coli-Erkrankung, charakterisiert durch Durchfall ggf. mit Fieber und/oder Bauchkrämpfen.

Labordiagnostischer Nachweis

Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl und Zuordnung der Isolate zu E. coli-Pathovaren (EPEC; ETEC; EIEC; EAggEC; DAEC), entsprechend ihrer Serovarzugehörigkeit (z. B. Agglutinationstest) und ihrer Virulenzmuster (z. B. ELISA, PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer E. coli-Erkrankung und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 9–72 Stunden).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel, kontaminiertes Wasser, infizierte Tiere.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer E. coli-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs.1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

13 Francisella tularensis (Tularämie)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Tularämie, das folgende Formen annehmen kann:

- ▶ **Ulzeroglandulär:** Hautulzera mit regionaler Lymphknotenschwellung (LKS),
- ▶ **Glandulär:** regionale LKS ohne Hautulzera,
- ▶ **Oculoglandulär:** Konjunktivitis mit präaurikularer LKS,
- ▶ **Oropharyngeal:** Stomatitis, Pharyngitis, Tonsillitis, zervikale LKS,
- ▶ **Intestinal:** Bauchschmerzen, Durchfall und Erbrechen,
- ▶ **Pulmonal:** Primäre pleuropulmonale Erkrankung,
- ▶ **Typhoidal:** Primär fieberhafte Erkrankung mit Sepsis.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Blut, Lymphknoten oder anderen klinischen Materialien,
- ▶ Antigen-Nachweis (z. B. Immunofluoreszenzmikroskopie, ELISA),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B.

ELISA, Mikroagglutination, Röhrchen-Agglutinationstest, Hämagglutinationstest),

- ▶ Nachweis eines einmalig hohen Antikörpertiters (z. B. ELISA, Mikroagglutination, Röhrchen-Agglutinationstest, Hämagglutinationstest).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Tularämie und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–14 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Tiere, Verzehr infizierter Tierprodukte, kontaminiertes Wasser.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Tularämie und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Tularämie ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs.

14 FSME-Virus (Frühsommer-Meningoenzephalitis, FSME)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit FSME. Biphaseische Erkrankung mit einer grippalen Initialphase. Nach einem symptomfreien Intervall von 4–10 Tagen Auftreten neurologischer Symptome (z. B. Meningitis, Enzephalitis, Myelitis – auch in Kombination).

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Nukleinsäure-Nachweis aus Blut oder Liquor, post mortem aus Organewebe (z. B. PCR) und Sequenzierung,
- IgM-Antikörper-Nachweis im Blut* oder Liquor (z. B. ELISA, NT),
- IgG-Antikörper-Nachweis im Liquor (z. B. ELISA, NT),
- IgG-Antikörper-Nachweis im Blut* (\geq vierfacher Titeranstieg, z. B. im ELISA, NT),
- Antikörper-Nachweis mittels KBR* (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben).

*Bei Antikörper-Nachweis muss ein zeitlicher Zusammenhang zu einer FSME-Impfung anamnestisch ausgeschlossen sein (z. B. Impfbuchkontrolle).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit FSME nach einem Zeckenstich in einem Hochrisikogebiet¹ (Inkubationszeit ca. 7–14 Tage).

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

¹Kreise, in denen mindestens 25 Fälle in fünf zusammenhängenden Jahren seit 1981 aufgetreten sind.

Kinisch und durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit FSME und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit FSME ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs. Der Erreger kommt hauptsächlich in Russland, auf dem Balkan sowie in Zentral- und Nordeuropa vor. Hochrisikogebiete¹ sind auch Gebiete in Süddeutschland.

15 Gelbfiebervirus (Gelbfieber) – virales hämorrhagisches Fieber

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Gelbfieber, charakterisiert durch akuten Krankheitsbeginn mit allgemeinen Krankheitszeichen (Fieber, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, u. a.), Hepatitis, Albuminurie. Nach kurzer Remission kann die Erkrankung unter dem Bild eines viralen hämorrhagischen Fiebers (hämorrhagische Manifestationen unterschiedlichen Ausmaßes, Multiorganversagen) verlaufen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden: Virusisolierung,

- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- IgM-Antikörper-Nachweis* (z. B. IFT (Ausschluss anderer Flavivirus-Infektionen)),

- IgG-Antikörper-Nachweis* (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, die im Abstand von ca. 10–14 Tagen entnommen wurden, z. B. NT, IFT),
- Antigen-Nachweis (z. B. IFT in klinischen Materialien).

* Bei Antikörper-Nachweis muss ein zeitlicher Zusammenhang zu einer Impfung gegen das Gelbfiebervirus anamnestisch ausgeschlossen sein (z. B. Impfbuchkontrolle).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Gelbfieber und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–6 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. gleiche Reiseroute in einem Endemiegebiet, wie eine Person mit labordiagnostisch bestätigter Infektion.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Gelbfieber und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Gelbfieber vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff „Auftreten“ schließt neben der Infektion/Erkrankung

und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Gelbfieber ohne labor diagnostischen Nachweis (Inkubationszeit ca. 3–6 Tage) und ohne den Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Der Erreger ist im tropischen Afrika und in Südamerika (sog. "Gelbfiebergürtel") verbreitet.

16 *Giardia lamblia* (Giardiasis/Lambliasis)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Giardiasis/Lambliasis, charakterisiert durch Durchfall, Bauchkrämpfe, Blähungen, Gewichtsverlust oder Malabsorption.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ mikroskopischer Nachweis von Trophozoiten oder Zysten in Stuhl oder Duodenalsekret,
- ▶ Antigen-Nachweis (z. B. ELISA, direkter IFT).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Giardiasis/Lambliasis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–25 Tage, gelegentlich länger).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminiertes Wasser oder kontaminierte Lebensmittel.

Klinisch und durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Giardiasis und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

17 *Haemophilus influenzae* (Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae*)

Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor oder Blut.

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer systemischen Erkrankung, charakterisiert durch Meningitis, Sepsis, Epiglottitis, septische Arthritis, Osteomyelitis, Phlegmone.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund in Liquor oder Blut mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell),
- ▶ Antigen-Nachweis (Agglutinationstest),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer systemischen Erkrankung durch Infektion mit *Haemophilus influenzae* und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit unbekannt, wahrscheinlich 2–4 Tage) mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer invasiven Erkrankung durch Infektion mit *Haemophilus influenzae* und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit einer invasiven Erkrankung durch Infektion mit *Haemophilus influenzae* ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs.

18 Hantaviren (Hantavirus-Erkrankung) – virales hämorrhagisches Fieber

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer Hantavirus-Erkrankung, das folgende Formen annehmen kann:

Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom (HFRS):

- ▶ **Hantaan-, Dobrava-(Belgrad-), Seoul-Virus:** akute Erkrankung, charakterisiert durch Fieber, Rückenschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, gefolgt von einer hypotensiven Phase. Die Erkrankung kann unter dem Bild eines viralen hämorrhagischen Fiebers (hämorrhagische Manifestationen unter-

schiedlichen Ausmaßes, Multiorganversagen) verlaufen.

- ▶ **Puumala-Virus:** wie bei Hantaan-Virus, meist ohne hämorrhagischen Verlauf (Nephropathia epidemica).
- ▶ **Pulmonales Hantavirus-Syndrom:**
- ▶ **Sin nombre-Virus und verwandte Viren:** akute Erkrankung, charakterisiert durch Fieber, Muskelschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, gefolgt von akutem Lungenversagen mit interstitiellen Infiltraten (ARDS).

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Virusisolierung,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) und ggf. Sequenzierung zur Differenzierung,
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA, IFT),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. IFT, ELISA).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Hantavirus-Erkrankung und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit wenige Tage bis 2 Monate).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Tiere, kontaminierte Ausscheidungen.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Hantavirus-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten der Verlaufsform eines hämorrhagischen Fiebers vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit hämorrhagischem Fieber ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Das Hantaan-Virus ist hauptsächlich in China, Korea, Südeuropa, das Dobrava-Virus in Europa und das Seoul-Virus weltweit verbreitet. Das Puumala-Virus ist hauptsächlich in Nordeuropa verbreitet. Das Sin nombre-Virus ist in Nordamerika verbreitet und wurde auch bei Erkrankungen in Argentinien, Brasilien, Chile, Paraguay und Uruguay beschrieben.

19 Hepatitis A-Virus (HAV – akute Virushepatitis A)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis, charakterisiert durch akuten/subakuten Krankheitsbeginn mit Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Antigen-Nachweis im Stuhl (z. B. ELISA),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ HAV-IgM-Antikörper-Nachweis* (z. B. ELISA),
- ▶ HAV-IgG-Antikörper-Nachweis* (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA).

*Bei Antikörper-Nachweis muss ein zeitlicher Zusammenhang zu einer Hepatitis A-Impfung anamnestisch ausgeschlossen sein (z. B. Impfbuchkontrolle).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 15–50 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis bei ausstehendem labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

20 Hepatitis B-Virus (HBV – akute Virushepatitis B)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis, charakterisiert durch akuten/subakuten Krankheitsbeginn mit

Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ HBs-Antigen-Nachweis (z. B. ELISA) bestätigt durch Zusatztest (z. B. HBsAg-NT),
- ▶ Hbc-IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und labordiagnostischer Nachweis, soweit eine chronische Infektion mit dem Hepatitis B-Virus ausgeschlossen ist.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit eine chronische Infektion mit dem Hepatitis B-Virus ausgeschlossen ist.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar, soweit eine chronische Infektion mit dem Hepatitis B-Virus ausgeschlossen ist.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis bei ausstehendem labordiagnostischen Nachweis (Inkubationszeit ca. 45–180 Tage), erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

21 Hepatitis C-Virus (HCV – akute Virushepatitis C)

Meldepflicht für alle Nachweise, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt.

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis, charakterisiert durch akuten/subakuten Krankheitsbeginn mit Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden

- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ HCV-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA bestätigt durch Zusatztest, z. B. Immunoblot).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und labordiagnostischer Nachweis, soweit keine chronische Infektion mit dem Hepatitis C-Virus bekannt ist.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit keine chronische Infektion mit dem Hepatitis C-Virus bekannt ist.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar, soweit keine chronische Infektion mit dem Hepatitis C-Virus bekannt ist.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis bei ausstehendem labordiagnostischen Nachweis (Inkubationszeit ca. 2 Wochen bis 6 Monate), erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

22 Hepatitis D-Virus (HDV – akute Virushepatitis D)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis, charakterisiert durch akuten/subakuten Krankheitsbeginn mit Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen.

Labordiagnostischer Nachweis

Nachweis einer HBV-Infektion (HBsAg-positiv oder HBV-Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR)) und positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ HDV-Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ HDV-Antigen-Nachweis,
- ▶ Anti-HDV-IgM-Nachweis.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und labordiagnostischer Nachweis, soweit keine chronische Infektion mit dem Hepatitis D-Virus bekannt ist.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit keine chronische Infektion mit dem Hepatitis D-Virus bekannt ist.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar, soweit keine chronische Infektion mit dem Hepatitis D-Virus bekannt ist.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis bei ausstehendem labordiagnostischen Nachweis, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

Hepatitis D tritt nur zusammen mit oder bei bestehender Hepatitis B-Infektion auf.

23 Hepatitis E-Virus (HEV – Akute Virushepatitis E)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis, charakterisiert durch akuten/subakuten Krankheitsbeginn mit Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden bei Ausschluss einer akuten Hepatitis A, B und C sowie anderer Ursachen einer akuten Hepatitis:

- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ HEV-IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA),
- ▶ HEV-IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 15–64 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder

gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis bei ausstehendem labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig. Das Hepatitis E-Virus ist verbreitet in Südostasien, Zentralasien, im Mittleren Osten, in Ost-, Nord- und West-Afrika und in Mexiko.

23a Akute Virushepatitis Non A – E

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis, charakterisiert durch akuten/subakuten Krankheitsbeginn mit Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen bei Ausschluss anderer bekannter Erreger (z. B. EBV, CMV, Coxiella burnetii, HSV, Parvovirus B19) oder nichtinfektiöser Ursachen einer akuten Hepatitis (z. B. Autoimmunkrankheiten, Intoxikationen).

Labordiagnostischer Nachweis

Negativer Befund bei allen nachfolgend aufgeführten Untersuchungen:

- ▶ Anti-HAV-IgM,
- ▶ Anti-HBc-IgM und HbsAg,

- ▶ Anti-HCV und HCV-Nukleinsäure-Nachweis,
- ▶ Anti-HEV-IgM und HEV-Nukleinsäure-Nachweis.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit akuter Hepatitis und Ausschluss anderer Ursachen einer akuten Hepatitis.

24 Influenza-Viren (Influenza A, B und C)

Meldepflicht nur für den direkten Nachweis.

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Influenza, charakterisiert durch akuten Krankheitsbeginn mit Husten, Fieber $\geq 38,5^\circ\text{C}$, Muskel- und/oder Kopfschmerz.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Virusisolierung,
- ▶ Antigen-Nachweis (z. B. ELISA, IFT in Zellen des Nasen-Rachen-Raums),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Influenza und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. 1–3 Tage) mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labor- diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Influenza und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 sind Fälle von Influenza-Nachweisen vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln.

25 Lassa-Virus (Lassa-Fieber) – virales hämorrhagisches Fieber

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Lassa-Fieber, charakterisiert durch langsamen Krankheitsbeginn mit Fieber, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Husten, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Muskel-, Brustschmerzen, Hörschaden. Die Erkrankung kann unter dem Bild eines viralen hämorrhagischen Fiebers (hämorrhagische Manifestationen unterschiedlichen Ausmaßes, Multiorganversagen) verlaufen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) und ggf. Sequenzierung,
- Virusisolierung aus klinischen Materialien und Differenzierung mit monoklonalen Antikörpern,
- Virus-Nachweis in der Elektronenmikroskopie (Leberbiopsien, post mortem),
- IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. μ Capture ELISA),

- IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg, z. B. im ELISA, IFT).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infek- tion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Lassa-Fieber und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 6–21 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Nagetiere, Tätigkeit in einem Labor, in dem mit Lassa-Virus gearbeitet wurde.

Klinisch und durch labor- diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Lassa-Fieber und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Lassa-Fieber vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Lassa-Fieber ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Erkrankungen durch das Lassa-Virus wurden bisher in folgenden

Ländern beschrieben: Sierra Leone, Liberia, Guinea, Nigeria, Zentralafrika; serologische Nachweise ohne gemeldete Erkrankungen wurden aus Kongo, Mali und Senegal berichtet.

26 Legionella spp. (Legio- nellose/Pontiac-Fieber)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Legionellose/Pontiac-Fieber, charakterisiert durch Fieber, Muskelschmerz, Husten mit Lungenentzündung (Legionellose) oder ohne Lungenentzündung (Pontiac-Fieber).

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Erregerisolierung (kulturell) aus Sekreten des Respirationstraktes, Lungengewebe, Pleuralflüssigkeit,
- SG1-Legionella-Antigen-Nachweis im Urin (ELISA),
- SG1-Legionella-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. Immunfluoreszenztest, Mikroagglutination).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infek- tion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Legionellose/Pontiac-Fieber und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 2–10 Tage für Legionellose; ca. 5–66 Stunden für Pontiac-Fieber).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. Aerosolbildung durch kontaminiertes Wasser, z. B. Whirlpools, Duschen in Hotels oder Krankenhausanlagen.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

**Klinisch und durch labor-
diagnostischen Nachweis bestätigte
Erkrankung**

Klinisches Bild vereinbar mit Legionellose/Pontiac-Fieber und labor-diagnostischer Nachweis.

**Durch labor-diagnostischen Nachweis
bestätigte asymptomatische Infektion**

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

**Nur durch labor-diagnostischen
Nachweis bestätigte Infektion**

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Legionellose/Pontiac-Fieber ohne labor-diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs.

**27 Leptospira interrogans
(Leptospirose, Morbus Weil,
Schlammfieber, Sumpffieber,
Feldfieber, Canicola-Fieber, u. a.)**

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Leptospirose, charakterisiert durch akut einsetzendes Fieber, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, subkonjunktivale Einblutungen, seltener durch Meningitis, Hautausschlag, Ikterus, Nierenversagen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Blut, Liquor, Urin oder anderen klinischen Materialien,
- ▶ Erregernachweis mittels Immunofluoreszenzmikroskopie in klinischen Materialien,
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (≥ vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA).

**Über zuständige Landesbehörde
an das RKI zu übermittelnde Infek-
tion/Erkrankung**

**Klinisch-epidemiologisch bestätigte
Erkrankung**

Klinisches Bild vereinbar mit Leptospirose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 4–19 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. direkter oder indirekter Kontakt mit infizierten Tieren (u. a. Ratten, Schweine, Kühe, Hunde) bzw. ihren Ausscheidungen.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

**Klinisch und durch labor-
diagnostischen Nachweis bestätigte
Erkrankung**

Klinisches Bild vereinbar mit Leptospirose und labor-diagnostischer Nachweis.

**Durch labor-diagnostischen Nachweis
bestätigte asymptomatische Infektion**

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

**Nur durch labor-diagnostischen
Nachweis bestätigte Infektion**

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Leptospirose ohne labor-diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs. Der Erreger ist vor allem in Mittel- und Osteuropa verbreitet.

**28 Listeria monocytogenes
(Listeriose)**

Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Blut, Liquor oder anderen normalerweise sterilen Substraten sowie Abstrichen von Neugeborenen.

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Listeriose, z. B. Fehl- oder Totgeburt, Listeriose des Neugeborenen, Meningitis/Meningoenzephalitis, Septikämie, lokalisierte Infektionen (z. B. Abszesse, Endokarditis).

Labordiagnostischer Nachweis

Erregerisolierung (kulturell) aus Blut, Liquor oder anderen normalerweise sterilen klinischen Materialien sowie Abstrichen von Neugeborenen.

**Über zuständige Landesbehörde
an das RKI zu übermittelnde Infek-
tion/Erkrankung**

**Klinisch-epidemiologisch bestätigte
Erkrankung**

Klinisches Bild vereinbar mit Listeriose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–70 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel.

**Klinisch und durch labor-
diagnostischen Nachweis bestätigte
Erkrankung**

Klinisches Bild vereinbar mit Listeriose und labor-diagnostischer Nachweis.

**Durch labor-diagnostischen Nachweis
bestätigte asymptomatische Infektion**

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

**Nur durch labor-diagnostischen
Nachweis bestätigte Infektion**

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird bei Verläufen mit Gastroenteritis nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

29 Marburg-Virus (Marburg-Virus-Erkrankung) – virales hämorrhagisches Fieber

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer Marburg-Virus-Erkrankung, charakterisiert durch akut auftretendes Fieber, Durchfall (evtl. blutig) und Erbrechen, typischerweise mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Leibschmerzen, Pharyngitis, Rötung der Konjunktiven und ggf. Hautausschlag (makulopapulös). Die Erkrankung kann unter dem Bild eines viralen hämorrhagischen Fiebers (hämorrhagische Manifestationen unterschiedlichen Ausmaßes, Multiorganversagen) verlaufen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) und ggf. Sequenzierung,
- ▶ Virusisolierung aus klinischen Materialien,
- ▶ Elektronenmikroskopie,
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. μ Capture ELISA),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg, z. B. im ELISA, IFT).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Marburg-Virus-Erkrankung und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–9 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Affen, Tätigkeit in einem Labor, in dem mit Marburg-Virus gearbeitet wurde.

Klinisch und durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Marburg-Virus-Erkrankung und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten einer Marburg-Virus-Erkrankung vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit einer Marburg-Virus-Erkrankung ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Erkrankungen durch das Marburg-Virus wurden bisher in folgenden Ländern beschrieben: Uganda, Kenia, Zimbabwe.

30 Masern-Virus (Masern)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Masern, d. h. ein mehr als drei Tage anhaltender, generalisierter Ausschlag (makulopapulös) und Fieber $\geq 38,5^\circ\text{C}$ und mindestens eines der folgenden Symptome: Husten, Katarrh (wässriger Schnupfen), Koplikische Flecken, Konjunktivitis.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Virusisolierung (aus Zellen des Nasen-Rachen-Raums, Konjunktiven, Urin oder Blut),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis* (z. B. ELISA),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis* (≥ 4 -facher Titeranstieg, z. B. ELISA).
- ▶ Antikörper-Nachweis (> 4 -facher Titeranstieg, z. B. ELISA KBR, NT).

* Bei Antikörper-Nachweis muss ein zeitlicher Zusammenhang zu einer Masern-Impfung anamnestisch ausgeschlossen sein (z. B. Impfbuchkontrolle).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Masern ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs.

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Masern ohne labor diagnostischen Nachweis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. 7–18 Tage) mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Klinisch und durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Masern und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als unvollständiges klinisches Bild vereinbar mit Masern ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

31 Mycobacterium leprae (Lepra)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Lepra, das meist chronisch verläuft und folgende Formen annehmen kann:

- ▶ **Indeterminierte Lepra:** früheste Erkrankungsmanifestation mit einzelnen, hypopigmentierten, makulösen Hautläsionen.
- ▶ **Tuberkuloide Lepra:** vereinzelte, gut abgegrenzte, hypopigmentierte, am Rande oft papulös elevierte, sensibilitätsgestörte Hautareale; periphere Hautnerven meist unilateral verdickt.
- ▶ **Lepromatöse Lepra:** zahlreiche beidseitig, symmetrisch angeordnete makulopapulöse Läsionen der Haut oder Schleimhaut der oberen Atemwege, die sich zu knotigen und flächenhaften Infiltrationen entwickeln.
- ▶ **Borderline Lepra:** Erkrankungsformen mit Charakteristika beider Formen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ mikroskopischer Nachweis säurefester Stäbchen in Untersuchungsbrosen aus Haut, Nasenabstrich, peripheren Nerven (Biopsie) von verdächtigen Hautarealen,
- ▶ für Lepra charakteristische histologische Veränderungen in Gewebeprosen (z. B. Haut, Lymphknoten),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ Nachweis eines einmalig hohen PGL-1-Antikörpertiters (z. B. ELISA).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Lepra und labordiagnostischer Nachweis.

Anmerkung

Nicht meldepflichtig ist der Krankheitsverdacht (Inkubationszeit neun Monate bis 20 Jahre), definiert als klinisches Bild vereinbar mit Lepra ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs. Lepra ist in Süd- und Südostasien, im tropischen Afrika und in Teilen Lateinamerikas endemisch.

32 M. tuberculosis-Komplex außer BCG (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microti, M. canetti oder weitere zum Komplex gehörige Spezies) (Tuberkulose)

Klinisches Bild

Mit Tuberkulose vereinbare Symptome oder Organbefunde (z. B. auffälliger Thoraxröntgenbefund, histologischer Befund), die eine ärztliche Indikation zur Durchführung einer vollständigen Antituberkulotika-Therapie ergeben.

Labordiagnostischer Nachweis

Kulturelle Isolierung von Mycobacterium tuberculosis-Komplex mit oder ohne

- ▶ mikroskopischen, färberischen Nachweis säurefester Stäbchen,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) oder
- ▶ Mikroskopischer, färberischer Nachweis säurefester Stäbchen, bestätigt durch Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR) aus gleichem Material, wenn die kulturelle Isolierung des Erregers nicht gelingt.

Die kulturelle Erregerisolierung und die Resistenzbestimmung sind in jedem Fall anzustreben.

Der isolierte Nachweis säurefester Stäbchen oder der isolierte Nukleinsäurenachweis bei vorhandenem klinischen Bild gilt nicht als labordiagnostischer Nachweis, sondern nur als klinisch bestätigte Erkrankung.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Tuberkulose und ärztliche Indikation zur Durchführung einer vollständigen Antituberkulotika-Therapie und, sofern in Erfahrung zu bringen, der Verlauf unter dieser Therapie, vereinbar mit Tuberkulose.

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Tuberkulose und ärztliche Indikation zur Durchführung einer vollständigen Antituberkulotika-Therapie und, sofern in Erfahrung zu bringen, der Verlauf unter dieser Therapie, vereinbar mit Tuberkulose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs zu einer durch Erregernachweis bestätigten Infektion.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Tuberkulose und ärztliche Indikation zur Durchführung einer vollständigen Antituberkulotika-Therapie und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion (bei gleichzeitigem Fehlen eines Organbefundes)

Labordiagnostischer Nachweis und ärztliche Indikation zur Durchführung einer vollständigen Antituberkulotika-Therapie bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Nach dem Tod bestätigte Erkrankung

Nach dem Tod eintreffender labordiagnostischer Nachweis oder charakteristischer pathologischer Befund, der zu Lebzeiten eine ärztliche Indikation zur Durchführung einer vollständigen Antituberkulotika-Therapie gewesen wäre.

Anmerkung

Ubiquitäre Mykobakterien und BCG gelten nicht als Erreger der Tuberkulose. Bei alleinigem Nachweis dieser Erreger ist die Diagnose "Tuberkulose" zu streichen. Unter einer BCG-Behandlung (z.B. Therapie eines Blasenkarzinoms) oder bei einer BCG-Impfkomplikation muss daher eine weitere Typendifferenzierung innerhalb des *M. tuberculosis*-Komplexes erfolgen.

Eine Tuberkulinkonversion ohne tuberkulosetypischen Organbefund oder das Vorhandensein narbiger Residuen nach früherer Erkrankung an Tuberkulose gelten nicht als Erkrankung an Tuberkulose, auch wenn eine Chemoprophylaxe durchgeführt wird.

33 *Neisseria meningitidis* (Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis, charakterisiert durch plötzlich einsetzendes hohes Fieber und mindestens ein Symptom aus den folgenden Gruppen:

- meningeale Zeichen (z. B. Nackensteifigkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen, veränderte Bewusstseinslage),
- Hautveränderungen (makulopapulöses Exanthem, punktförmige (Petechien) oder flächige hämorrhagische Infiltrate der Haut und Schleimhäute (Ekchymosen, Purpura fulminans)),
- rasch einsetzendes Kreislaufversagen.

Vor allem bei Kleinkindern können die klinischen Zeichen der Meningitis zunächst auf Erbrechen und Fieber be-

schränkt sein, bei Säuglingen kann die Fontanelle aufgetrieben sein.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden (aus Blut, Liquor, hämorrhagischen Hautinfiltraten oder anderen normalerweise sterilen klinischen Materialien):

- Erregerisolierung (kulturell),
- mikroskopischer Nachweis von gram-negativen Diplokokken,
- Antigen-Nachweis (Kapselpolysaccharid),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. 2–10 Tage) mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammen-

hangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

34 Norwalk-ähnliche Viren (Erkrankung durch Norwalk-ähnliche Viren)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer Erkrankung durch Norwalk-ähnliche Viren, charakterisiert durch Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, geringgradiges Fieber, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen.

Labordiagnostischer Nachweis (nur aus Stuhl)

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- Elektronenmikroskopie/Immunelektronenmikroskopie,
- Antigen-Nachweis (z. B. ELISA/RIA).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Erkrankung durch Norwalk-ähnliche Viren und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 10–50 Stunden).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Erkrankung durch Norwalk-ähnliche Viren und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

35 Poliovirus (Poliomyelitis)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Poliomyelitis, charakterisiert durch akut eintretende schlaffe Lähmung (acute flaccid paralysis, AFP) einer oder mehrerer Extremitäten mit verminderten oder fehlenden Sehnenreflexen in den betroffenen Extremitäten, ohne sensorische oder kognitive Defizite, wenn andere Ursachen der Parese(n) (traumatische, infektiöse oder nichtinfektiöse) nicht erkennbar sind.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Virusisolierung aus klinischen Materialien (z. B. Stuhl, Liquor oder Rachenspülwasser) und serologische Typisierung,
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) und Sequenzierung,
- Antikörper-Nachweis* (≥ vierfacher Titeranstieg im Neutralisationstest).

* Bei Antikörper-Nachweis muss ein zeitlicher Zusammenhang zu einer Polioimpfung anamnestisch ausgeschlossen sein (z. B. Impfbuchkontrolle).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Poliomyelitis und eines der folgenden Kriterien:

- Fortbestand der Parese länger als 60 Tage nach Auftreten der Symptome,
- Tod des Erkrankten,
- Krankheitsverlauf des Erkrankten nicht bekannt.

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Poliomyelitis und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. 3–35 Tage) mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Poliomyelitis und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Poliomyelitis vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Poliomyelitis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein.

36 Rabies-Virus, Lyssa-Virus (Tollwut)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Tollwut, charakterisiert durch eine akute Enzephalomyelitis, die fast immer innerhalb von 10 Tagen nach Symptombeginn zu Koma und Tod führt. Typische Symptome sind

Kopfschmerzen, Fieber, Angstzustände, sensorische Veränderungen oftmals ausgehend von der Bissstelle, Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur, Lähmungen, Delirien und Krämpfe.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Antigen-Nachweis (z. B. direkte Immunfluoreszenz in klinischen Materialien),
- Virusisolierung,
- Antikörper-Nachweis* (z. B. IFT, NT, ELISA),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) und Sequenzierung.

* Bei Antikörper-Nachweis muss eine frühere Tollwut-Impfung anamnestisch ausgeschlossen sein (z. B. Impfbuchkontrolle).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Tollwut und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit wenige Tage bis 8 Wochen, selten bis zu 7 Jahren).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Tiere.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Tollwut und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird erfasst

- der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Tollwut ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs,
- die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers (nach § 6 Abs. 1 Nr. 4).

Diese sind jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

37 Rickettsia prowazekii (Fleckfieber, Typhus exanthematicus)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Fleckfieber, charakterisiert durch plötzlichen Fieberanstieg, Kopfschmerzen, generalisierte Schmerzen, makulopapulösen Ausschlag.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- IgM-Antikörper-Nachweis (z.B. ELISA),
- IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA, IFT),
- Antikörper-Nachweis mittels KBR (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben),
- Immunofluoreszenzmikroskopie in Gewebeproben, Milz, Lunge etc.,
- Nukleinsäure-Nachweis (PCR) aus klinischen Materialien (z. B. Blut, Gewebe).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Fleckfieber und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–2 Wochen).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. Kleiderläuse.

Die dem Gesundheitsamt im Rahmen von Nachforschungen/Umgebungsuntersuchungen von gemeldeten Fällen nach § 7 bekannt gewordenen klinisch-epidemiologisch bestätigten Fälle sollen über diese Kategorie in gleicher Weise wie gemeldete Fälle übermittelt werden.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Fleckfieber und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Fleckfieber vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Fleckfieber ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Erregerherde kommen in Gebirgsregionen Mexikos, Zentral- und Südamerikas, in Zentral- und Ostafrika sowie in vielen Ländern Asiens vor.

38 Rota-Virus (Rota-Virus-Erkrankung)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer Rota-Virus-Erkrankung, charakterisiert durch wässrigen Durchfall, Erbrechen, Fieber, typischerweise mit hohem Flüssigkeitsverlust.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- Antigen-Nachweis (z. B. ELISA),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- Elektronenmikroskopie.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Rota-Virus-Erkrankung und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 24–72 Stunden).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Rota-Virus-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

39 Salmonella Paratyphi A, B oder C (Paratyphus)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Paratyphus. Krankheitsbild ähnlich wie bei Typhus (über mehrere Tage ansteigendes, unbehandelt anhaltend hohes Fieber mit relativer Bradykardie, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Obstipation oder Durchfall, unproduktivem Husten), aber meist rascherer und milderer Verlauf.

Labordiagnostischer Nachweis

Erregerisolierung (kulturell) aus Blut, Stuhl oder anderen klinischen Materialien (z. B. Urin), die Bestimmung des Serovars ist anzustreben.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Paratyphus und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–10 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Paratyphus und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit nicht bereits als Ausscheider bekannt.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Paratyphus ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

40 Salmonella Typhi (Typhus abdominalis)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Typhus, charakterisiert durch über mehrere Tage ansteigendes, unbehandelt anhaltend hohes Fieber mit relativer Bradykardie, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Obstipation oder Durchfall, unproduktivem Husten.

Labordiagnostischer Nachweis

Erregerisolierung (kulturell) aus Blut, Stuhl oder anderen klinischen Materialien (z. B. Urin).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Typhus und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–30 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Typhus und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit nicht bereits als Ausscheider bekannt.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Typhus ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

41 Salmonella außer S. Typhi und S. Paratyphi (Salmonellen-Erkrankung)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit einer Salmonellen-Erkrankung, charakterisiert durch Durchfall, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Fieber. Salmonella kann auch Infektionen außerhalb des Darmtraktes (z. B. Arthritis, Endokarditis, Pyelonephritis, Sepsis) verursachen.

Labordiagnostischer Nachweis

Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl oder anderen klinischen Materialien (z. B. Blut, Urin), die Bestimmung des Serovars ist anzustreben.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Salmonellen-Erkrankung und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 6–72 Stunden).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z. B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit einer Salmonellen-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit nicht bereits als Ausscheider bekannt.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

42 Shigella spp. (Shigellose)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Shigellose, charakterisiert durch Durchfall, (typischerweise blutig) Fieber, Erbrechen, Bauchkrämpfe, Tenesmen.

Labordiagnostischer Nachweis

Erregerisolierung (kulturell) mit Spezies-Angabe (Sh. sonnei, Sh. flexneri, Sh. boydii, Sh. dysenteriae) aus Stuhl.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Shigellose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 12–96 Stunden).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung wie z.B. auch das Wickeln von Säuglingen/Kleinkindern oder gemeinsame Expositionsquelle wie z.B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Shigellose und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild, soweit nicht bereits als Ausscheider bekannt.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

43 Trichinella spiralis (Trichinellose, Trichinose)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Trichinellose, charakterisiert durch Eosinophilie, Fieber, Myalgien, periorbitales Ödem, Durchfall.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Nachweis von Trichinella-Larven (Mikroskopie) in Muskelbiopsien oder anderen klinischen Materialien,
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z.B. ELISA),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (≥ vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, ELISA, IFT),

- ▶ Antikörper-Nachweis mittels KBR (≥ vierfacher Titeranstieg in zwei Proben).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Trichinellose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 5–45 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: gemeinsame Expositionsquelle wie z.B. kontaminierte Lebensmittel.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Trichinellose und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird bei gastroenteritischen Verläufen nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

44 Vibrio cholerae (Cholera)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Cholera, charakterisiert durch Durchfall und/oder Erbrechen (typischerweise akut einsetzend, mit hohem Flüssigkeitsverlust).

Labordiagnostischer Nachweis (nicht nach Lebendimpfung)

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl, Erbrochenem oder anderen klinischen Materialien und
- ▶ Nachweis des O1- oder O139-Antigens (z. B. Objektträgeragglutination) und
- ▶ Nachweis des Cholera-Enterotoxins (z. B. ELISA) bzw. des Cholera-Enterotoxin-Gens (z. B. PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Cholera und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit wenige Stunden bis ca. 5 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminiertes Wasser oder kontaminierte Lebensmittel.

Klinisch und durch labor-diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Cholera und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Cholera vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung

und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Cholera ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Der Cholera-Erreger ist vor allem in tropischen Ländern Asiens, Afrikas und Amerikas verbreitet.

45 *Yersinia enterocolitica*, darmpathogen (Yersiniose)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Yersiniose, charakterisiert durch Durchfall, Fieber, Übelkeit, Bauchkrämpfe (Pseudoappendizitis), Tenesmen, ggf. gefolgt von extraintestinalen Symptomen (z. B. Erythema nodosum, Arthritis).

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Stuhl oder anderen klinischen Materialien (z. B. Biopsien) und Nachweis von humanpathogenen Serotypen,
- ▶ Agglutinationsreaktion (Widal),
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA, Western-Blot),
- ▶ IgA-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA, Western-Blot),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, ELISA).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Yersiniose und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–10 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Yersiniose und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Krankheitsverdacht, definiert als klinisches Bild vereinbar mit akuter infektiöser Gastroenteritis ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

46 *Yersinia pestis* (Pest)

Klinisches Bild

Klinisches Bild vereinbar mit Pest, charakterisiert durch Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, schweres Krankheitsgefühl und ausgeprägte Leukozytose, das sich in einer oder mehreren der folgenden klinischen Formen manifestiert:

- ▶ Beulenpest als regionale Lymphadenitis,
- ▶ Pestsepsis,
- ▶ Lungenpest,
- ▶ Pharyngitis mit zervikaler Lymphadenitis.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Blut, Sputum, Lymphknotenaspirat oder anderen klinischen Materialien,
- ▶ Anti-F1-IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA),
- ▶ Antigen-Nachweis (F1-Antigen) in klinischen Materialien durch Fluoreszenzmikroskopie,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. F1-Antigen-PCR).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Pest und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–10 Tage).

Epidemiologischer Zusammenhang: Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Flöhe, infizierte Tiere, Tätigkeit in einem Labor, in dem mit *Yersinia pestis* gearbeitet wurde.

Klinisch und durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit Pest und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labor diagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labor diagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von Pest vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Pest ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein. Die Pest ist in weiten Teilen Südasiens, in Zentral- und Südafrika (v. a. Madagaskar) sowie in Nord- und Südamerika endemisch.

47 Andere Erreger hämorrhagischer Fieber

- ▶ Dengue-Fieber und hämorrhagisches Dengue-Fieber/Dengue-Schock-Syndrom (Dengue-Virus),
- ▶ Krim-Kongo-Fieber (Krim-Kongo-Fieber-Virus),
- ▶ Rifttal-Fieber (Rifttal-Fieber-Virus). Südamerikanische hämorrhagische Fieber,
- ▶ Argentinisches hämorrhagisches Fieber (Junín-Virus),
- ▶ Bolivianisches hämorrhagisches Fieber (Machupo-Virus),
- ▶ Venezolanisches hämorrhagisches Fieber (Guanarito-Virus),
- ▶ Brasilianisches hämorrhagisches Fieber (Sabiá-Virus),
- ▶ Omsk hämorrhagisches Fieber, OHF (OHF-Virus),
- ▶ Kyasanur-Forest-Krankheit, KFD (KFD-Virus).

Klinisches Bild

Meist akut (außer bei den südamerikanischen hämorrhagischen Fiebern, die einen langsamen Beginn haben können) auftretende fieberhafte systemische Erkrankungen, die unter dem Bild eines viralen hämorrhagischen Fiebers (hämorrhagische Manifestationen unterschiedlichen Ausmaßes, Multiorganversagen) verlaufen können.

Labor diagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Virusisolierung (Blut oder andere klinische Materialien),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) und ggf. Sequenzierung,
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. IFT, ELISA),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (\geq vierfacher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. IFT, ELISA).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit anderen hämorrhagischen Fiebern und Nachweis eines epidemiologischen Zusam-

menhangs mit einer durch labor diagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 3–14 Tage bei Dengue-Fieber, ca. 1–12 Tage bei Krim-Kongo-Fieber, ca. 3–12 Tage bei Rifttal-Fieber, ca. 7–16 Tage bei südamerikanischen hämorrhagischen Fiebern, ca. 3–8 Tage bei OHF/KFD).

Klinisch und durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit anderen hämorrhagischen Fiebern und labor diagnostischer Nachweis.

Durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion

Labor diagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labor diagnostischen Nachweis bestätigte Infektion

Labor diagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung

Zusätzlich zu der Übermittlungspflicht nach § 11 ist das Auftreten von viralem hämorrhagischen Fieber vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde gemäß § 12 an das RKI zu übermitteln. Der Begriff "Auftreten" schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als klinisches Bild vereinbar mit viralem hämorrhagischen Fieber ohne labor diagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, ein.

Erkrankungen durch das Dengue-Virus wurden bisher in folgenden Ländern beschrieben: Asien, Indien, Pakistan, Mittel- und Südamerika.

Erkrankungen durch das Krim-Kongo-Virus wurden bisher in folgenden Ländern beschrieben: auf der Krim, der Kertsch-Halbinsel, in Kasachstan, Usbekistan, den Rostov- und Astrakhan-Regionen Russlands, Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Irak, auf der Arabischen Halbinsel, Pakistan, West-China, im tropischen Afrika und Südafrika.

Erkrankungen durch das Riftal-Virus wurden bisher in Afrika beschrieben.

Erkrankungen durch das KFD-Virus wurden bisher im Kyasanur Forst in Indien beschrieben. Erkrankungen durch das OHF-Virus wurden bisher in den Steppen im Westen Sibiriens beschrieben.

§ 6 (1) 1. d) – Humane spongiforme Enzephalopathie (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, CJK) außer familiär-hereditärer Formen

“Klassische” CJK

Klinisches Bild

Sporadische CJK

Rasch progrediente neuropsychiatrische Erkrankung, gewöhnlich bei Personen über 60 Jahren, mit Demenz, typischen “sharp wave”-Komplexen im EEG und/oder 14–3-3-Protein im Liquor bei einem Verlauf von <zwei Jahren und mindestens zwei der folgenden Symptome:

- ▶ Myoklonie,
- ▶ visuelle oder zerebelläre Krankheitszeichen,
- ▶ pyramidale oder extrapyramidale Krankheitszeichen,
- ▶ akinetischer Mutismus.

Andere Diagnosen müssen durch Routineuntersuchungen ausgeschlossen sein.

Iatrogene CJK

Rasch progrediente neuropsychiatrische Erkrankung mit Demenz, typischen “sharp wave”-Komplexen im EEG und/oder 14–3-3-Protein im Liquor, mindestens zwei der folgenden Symptome:

- ▶ Myoklonie,
- ▶ visuelle oder zerebelläre Krankheitszeichen,
- ▶ pyramidale oder extrapyramidale Krankheitszeichen,
- ▶ akinetischer Mutismus,

bei einer Person mit Expositionsrisiko (z.B. durch Kornea- oder Duratransplantation, Behandlung mit aus Leichen gewonnenen Hormonen).

Andere Diagnosen müssen durch Routineuntersuchungen ausgeschlossen sein.

Neuropathologischer Nachweis

Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ für CJK typische Histopathologie und/oder Immunhistopathologie im Gehirngewebe (auch post mortem),
- ▶ Nachweis des pathologischen Prionproteins (Western-Blot) im Gehirngewebe (auch post mortem).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit sporadischer oder iatrogener CJK.

Klinisch und pathologisch/histologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild vereinbar mit sporadischer oder iatrogener CJK und neuropathologisch bestätigte Erkrankung (i.d.R. post mortem).

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als unvollständiges klinisches Bild vereinbar mit CJK ohne neuropathologische Bestätigung, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

Neue Variante CJK (vCJK)

I

- A. Progressive neuropsychiatrische Erkrankung,
- B. Dauer der Erkrankung >sechs Monate,
- C. andere Diagnosen durch Routineuntersuchungen ausgeschlossen,
- D. kein Hinweis auf eine iatrogene Exposition (z. B. durch Kornea- oder Duratransplantation oder Behandlung mit aus Leichen gewonnenen Hormonen).

II – Klinische Kennzeichen

- A. Frühe psychiatrische Symptome (Depressionen, Angstzustände, Apathie, Zurückgezogenheit, Wahnvorstellungen),

- B. persistierende schmerzhafte sensorische Symptome,
- C. Ataxie,
- D. Myoklonus, Chorea oder Dystonie,
- E. Demenz.

III

- A. Keine typischen “sharp wave”-Komplexe im EEG (generalisierte triphasische periodische Komplexe mit einer Frequenz von ca. 1 pro Sekunde) (oder kein EEG erhoben).
- B. Beidseits Signalintensität (Hyperintensität) des Pulvinars in der Magnetresonanztomographie (MRT).

IV

- A. Falls vorhanden, Nachweis des pathologischen Prionproteins in einer Tonsillenbiopsie.

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnde Infektion/Erkrankung

Klinisch bestätigte Erkrankung

- I und mindestens 4 der nachfolgenden Kriterien IIA, IIB, IIC, IID, IIE und IIIA und IIIB oder I und IVA.

Klinisch und pathologisch/histologisch bestätigte Erkrankung

IA und neuropathologisch bestätigte Erkrankung (spongiforme Veränderungen und ausgeprägte PrP-Ablagerungen mit floriden Plaques im Bereich des gesamten Groß- und Kleinhirns oder der Nachweis des pathologischen (vCJK) Prionproteins (Western-Blot) im Gehirngewebe post mortem).

Anmerkung

Vom Gesundheitsamt wird der Krankheitsverdacht, definiert als unvollständiges klinisches Bild vereinbar mit vCJK ohne neuropathologische Bestätigung, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus nicht übermittlungspflichtig.

Index der Erreger und Erkrankungen

A					
Adenoviren	Nr. 1	Hantaviren	18	P	
Adenovirus-Konjunktivitis	1	Hepatitis A	19	Papageienkrankheit	6
Argentinisches hämorrhagisches Fieber	47	Hepatitis B	20	Paratyphus	39
B		Hepatitis C	21	Pest	46
Bacillus anthracis	2	Hepatitis D	22	Poliomyelitis	35
Belgrad-Virus	18	Hepatitis E	23	Poliovirus	35
Bolivianisches hämorrhagisches Fieber	47	Hepatitis-A-Virus (HAV)	19	Pontiac-Fieber	26
Borrelia recurrentis	3	Hepatitis-B-Virus (HBV)	20	Psittakose	6
Botulismus	7	Hepatitis-C-Virus (HCV)	21	Puumala-Virus	18
Brasilianisches hämorrhagisches Fieber	47	Hepatitis-D-Virus (HDV)	22	Q	
Brucella spp.	4	Hepatitis-E-Virus (HEV)	23	Q-Fieber	9
Brucellose	4	Humane spongiforme		R	
C		Enzephalopathie (außer familiär-hereditärer Formen)	§ 6 (1) 1. d)	Rabies-Virus	36
Campylobacter spp.	5	I		Rickettsia prowazekii	37
Campylobacter-Enteritis	5	Influenza A,B und C	24	Rifttal-Fieber	47
Canicola-Fieber	27	Influenza-Viren A, B und C	24	Rifttal-Fieber-Virus	47
Chlamydia psittaci	6	J		Rota-Virus	38
Cholera	44	Junin-Virus	47	S	
Clostridium botulinum	7	K		Sabiá-Virus	47
Corynebacterium diphtheriae	8	KFD-Virus	47	Salmonella Paratyphi A, B oder C	39
Coxiella burnetii	9	Krim-Kongo-Fieber	47	Salmonella spp.	39–41
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) § 6 (1) 1. d)		Krim-Kongo-Fieber-Virus	47	Salmonella Typhi	40
CJK, "Klassisch" § 6 (1) 1. d)		Kyasanur-Forest-Krankheit (KFD)	47	Salmonellen-Erkrankung	39–41
CJK, Neue Variante (vCJK) § 6 (1) 1. d)		L		Schlammfieber	27
Cryptosporidiose	10	Lambliasis	16	Seoul-Virus	18
Cryptosporidium parvum	10	Lassa-Fieber	25	Shigella spp.	42
D		Lassa-Virus	25	Shigellose	42
Dengue-Fieber	47	Läuserückfallfieber	3	Sin nombre-Virus und verwandte Viren	18
Dengue-Schock-Syndrom	47	Legionella spp.	26	Südamerikanische hämorrhagische Fieber	47
Dengue-Virus	47	Legionellose	26	Sumpffieber	27
Diphtherie	8	Lepra	31	T	
Dobrava-Virus	18	Leptospira interrogans spp.	27	Thrombotisch-thrombozytopenische	
E		Leptospirose	27	Purpura	12a
E. coli (DAEC)	12b	Listeria monocytogenes	28	Tollwut	36
E. coli (EaggEC)	12b	Listeriose	28	Trichinella spiralis	43
E. coli (EHEC)	12a	Lyssa-Virus	36	Trichinose, Trichinellose	43
E. coli (EIEC)	12b	M		Tuberkulose	32
E. coli (EPEC)	12b	Machupo-Virus	47	Tularämie	13
E. coli (ETEC)	12b	Malta-Fieber	4	Typhus abdominalis	40
E. coli (sonstige darmpathogene Stämme)	12a	Marburg-Virus	29	Typhus exanthematicus	37
Ebola-Virus	11	Marburg-Virus-Erkrankung	29	U	
Escherichia coli spp.	12a, b	Masern	30	V	
F		Masern-Virus	30	vCJK	§ 6 (1) 1. d)
Feldfieber	27	Meningokokken-Meningitis	33	Venezolanisches Fieber	47
Fleckfieber	37	Meningokokken-Sepsis	33	Vibrio cholerae	44
Francisella tularensis	13	Milzbrand	2	Virale hämorrhagische	
Frühsommer-Meningoenzephalitis	14	Mittelmeer-Fieber	4	Fieber	11, 15, 18, 25, 29, 47
FSME	14	Morbus Weil	27	Virushepatitis A	19
FSME-Virus	14	Mycobacterium africanum	32	Virushepatitis B	20
G		Mycobacterium bovis	32	Virushepatitis C	21
Gelbfieber	15	Mycobacterium canetti	32	Virushepatitis D	22
Gelbfiebervirus	15	Mycobacterium leprae	31	Virushepatitis E	23
Giardia lamblia	16	Mycobacterium microti	32	Virushepatitis Non A-E	23a
Giardiasis	16	Mycobacterium tuberculosis	32	W	
Guanarito-Virus	47	N		X	
H		Neisseria meningitidis	33	Y	
Hämolytisch-urämisches Syndrom	12a	Neue Variante CJK	§ 6 (1) 1.	Yersinia enterocolitica	45
Haemophilus influenzae	17	Norwalk-ähnliche Viren	34	Yersinia pestis	46
Hämorrhagisches Dengue-Fieber	47	O		Yersiniose	45
Hämorrhagische Fieber, virale	11, 15, 18, 25, 29, 47	OHF-Virus	47	Z	
Hantaan-Virus	18	Omsk hämorrhagisches Fieber,	47		
		Ornithose	6		