

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

Ausgabe 2016

gemäß § 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

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

Ausgabe 2016

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

ISSN

2363-7897

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Postfach 65 02 61
13302 Berlin

Loseblattsammlung

Herausnehmen (Version 2015)	Einfügen (Version 2016)
Deckblatt	Deckblatt
Inhaltsverzeichnis	Inhaltsverzeichnis
	<i>Acinetobacter</i> -Infektion oder –Kolonisation (<i>Acinetobacter</i> spp. mit Carbapenem- Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante)
	Arbovirus-Erkrankung (andere Erreger von Arbovirus-Erkrankungen)
	Chikungunyavirus-Erkrankung (Chikungunyavirus)
	<i>Clostridium-difficile</i> -Erkrankung, schwere Verlaufsform (<i>Clostridium difficile</i>)
Denguefieber (Denguevirus)	Denguefieber (Denguevirus)
	Enterobacteriaceae-Infektion oder –Kolonisation (Enterobacteriaceae mit Carbapenem- Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante)
Influenza, zoonotisch	Influenza, zoonotisch
Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion (MRSA)	Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), invasive Infektion (MRSA)
Virale Hämorrhagische Fieber (andere Erreger hämorrhagischer Fieber)	Virale Hämorrhagische Fieber (andere Erreger hämorrhagischer Fieber)
	Zikavirus-Erkrankung (Zikavirus)

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen

Definitionen

Hinweise zur Anwendung der Falldefinitionen

Struktur der Falldefinitionen

Acinetobacter-Infektion oder –Kolonisation (*Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante)

Adenovirus-Konjunktivitis (Adenovirus im Konjunktivalabstrich)

Arbovirus-Erkrankung (andere Erreger von Arbovirus-Erkrankungen)

Botulismus (*Clostridium botulinum*)

Brucellose (*Brucella* spp.)

Campylobacter-Enteritis (*Campylobacter* spp., darmpathogen)

Chikungunyavirus-Erkrankung (Chikungunyavirus)

Cholera (*Vibrio cholerae*)

Clostridium-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform (*Clostridium difficile*)

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, sporadische Form (klassische CJK)

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, variante Form (vCJK)

Denguefieber (Denguevirus)

Diphtherie (*Corynebacterium* spp., Diphtherie-Toxin bildend)

Ebolafieber - virales hämorrhagisches Fieber (Ebolavirus)

Escherichia coli-Enteritis (*E. coli*, sonstige darmpathogene Stämme)

EHEC-Erkrankung (*Escherichia coli*, enterohämorrhagisch)

Enterobacteriaceae-Infektion oder –Kolonisation (Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante)

Fleckfieber (*Rickettsia prowazekii*)

FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) (FSME-Virus)

Gelbfieber - virales hämorrhagisches Fieber (Gelbfieberevirus)

Giardiasis (*Giardia lamblia*)

Haemophilus influenzae, invasive Erkrankung (*Haemophilus influenzae*)

Hantavirus-Erkrankung (Hantavirus)

Hepatitis A (Hepatitis-A-Virus)

Hepatitis B (Hepatitis-B-Virus)

Hepatitis C (Hepatitis-C-Virus)

Hepatitis D (Hepatitis-D-Virus)

Hepatitis E (Hepatitis-E-Virus)

HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom), enteropathisch

Influenza (Influenzavirus)

Influenza (Influenzavirus, human oder pandemisch)

Influenza (Influenzavirus, zoonotisch)

Keuchhusten (*Bordetella pertussis* und *Bordetella parapertussis*)

Kryptosporidiose (*Cryptosporidium* spp., humanpathogen)

Lassafieber - virales hämorrhagisches Fieber (Lassavirus)

Läuserückfallfieber (*Borrelia recurrentis*)
Legionellose (*Legionella* spp.)
Lepra (*Mycobacterium leprae*)
Leptospirose (*Leptospira* spp, humanpathogen)
Listeriose (*Listeria monocytogenes*)
Marburgfieber - virales hämorrhagisches Fieber (Marburgvirus)
Masern (Masernvirus)
Meningokokken, invasive Erkrankung (*Neisseria meningitidis*)
Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), invasive Infektion (MRSA)
Milzbrand (*Bacillus anthracis*)
Mumps (Mumpsvirus)
Norovirus-Gastroenteritis (Norovirus)
Ornithose (*Chlamydia psittaci*)
Paratyphus (*Salmonella* Paratyphi)
Pest (*Yersinia pestis*)
Poliomyelitis (Poliovirus)
Q-Fieber (*Coxiella burnetii*)
Rotavirus-Gastroenteritis (Rotavirus)
Röteln (Rötelnvirus)
Röteln, konnatale Infektion (Rötelnvirus)
Röteln, postnatale Infektion (Rötelnvirus)
Salmonellose (*Salmonella* spp.), außer Typhus oder Paratyphus
Shigellose (*Shigella* spp.)
Tollwut (Rabiesvirus, Lyssavirus)
Trichinellose (*Trichinella* spp.)
Tuberkulose (*Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex außer BCG)
Tularämie (*Francisella tularensis*)
Typhus abdominalis (*Salmonella* Typhi)
Virale Hämorrhagische Fieber (andere Erreger hämorrhagischer Fieber)
Windpocken (Varicella-Zoster-Virus)
Yersiniose (*Yersinia enterocolitica*, darmpathogen)
Zikavirus-Erkrankung (Zikavirus)

Acinetobacter-Infektion oder –Kolonisation (Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante)

Vorbemerkung

- Diese Übermittlungskategorie umfasst alle zum *Acinetobacter-baumannii*-Komplex gehörigen Spezies, z.B. *A. baumannii*, *A. pittii*, *A. nosocomialis*, mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante.
- Erfolgt ein Nachweis erstmals während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes bzw. bei Nachweis außerhalb des Krankenhauses mindestens 3 Monate nach einem vorherigen Nachweis, ist von einer neuen Episode auszugehen. Der Nachweis ist daher zu melden und es ist ein neuer Fall anzulegen.

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer *Acinetobacter*-Infektion, definiert als:

- ärztliche Diagnose einer Infektion durch *Acinetobacter* spp.

ODER ► krankheitsbedingter Tod.

Zusatzinformation

Falls verfügbar sollten folgende Informationen übermittelt werden:

- Hospitalisierung innerhalb der letzten 12 Monate und Landkreis der Hospitalisierung, wenn dieser vom Landkreis abweicht, aus dem die Meldung übermittelt worden ist,
- Vorliegen einer Kolonisation oder Infektion.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund bei **beiden** folgenden Untersuchungsschritten:

[direkter Erregernachweis:]

- mit **mindestens einer** der beiden folgenden Methoden einschließlich Identifizierung:
 - Erregerisolierung (kulturell),
 - ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR),

[Nachweis der Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante]

- mit **mindestens einer** der beiden folgenden Methoden:
 - Empfindlichkeitsprüfung,
 - ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) mindestens eines Carbapenemaseresistenzgens.

Zusatzinformation

- Die Identifizierung sollte mindestens den Nachweis des *Acinetobacter-baumannii*-Komplex umfassen. Darüber hinaus sollte eine Speziesidentifizierung angestrebt werden. Die Ergebnisse der Speziesidentifizierung sollten übermittelt werden.
- Die Ergebnisse der Empfindlichkeitsprüfung (Antibiogramm) sollten übermittelt werden.
- Zusätzlich sollten das Datum der Probenabnahme des Erstnachweises und die Art des Untersuchungsmaterials übermittelt werden.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer *Acinetobacter*-Infektion und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für eine *Acinetobacter*-Infektion nicht erfüllt. Hierunter fallen auch Nachweise ohne klinische Zeichen einer Infektion (Kolonisationen).

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden Fälle der Kategorien C, D und E gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten Nachweis von *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante ausgedehnt; dies gilt sowohl für Infektionen als auch Kolonisationen. Darüber hinaus können allgemeine nicht erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen

Zusatzinformation

- Der Erstdnachweis einer phänotypischen Nichtempfindlichkeit ist namentlich zu melden, wenn eine Nichtempfindlichkeit gegen Imipenem oder Meropenem vorliegt. Eine alleinige Nichtempfindlichkeit gegenüber Ertapenem ist nicht zu melden.
- Jeder Erstdnachweis einer Carbapenemase-Determinante ist unabhängig von den Ergebnissen der phänotypischen Nichtempfindlichkeitsprüfung namentlich zu melden.
- Die namentliche Meldung beinhaltet auch Nachmeldungen molekularbiologischer Ergebnisse von Isolaten, die bereits zuvor aufgrund der Ergebnisse der phänotypischen Empfindlichkeitsprüfung gemeldet wurden.
- Ebenfalls ist zu melden, wenn sich der Carbapenemase-Verdacht in der molekularbiologischen Untersuchung nicht bestätigt.

Arbovirus-Erkrankung (andere Erreger von Arbovirus-Erkrankungen)

Vorbemerkung

In dieser Kategorie werden alle Arbovirus-Erkrankungen erfasst, für die es keine eigene Übermittlungskategorie gibt, einschließlich West-Nil-Fieber.

Ausschlusskriterien

Nachweis eines spezifisch übermittlungspflichtigen Erregers einer Arbovirus-Erkrankung (Chikungunyavirus, Denguevirus, FSME-Virus, Gelbfieberevirus, Zikavirus, andere Erreger viraler hämorrhagischer Fieber).

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer akuten Arbovirus-Erkrankung, definiert als **mindestens eines** der fünf folgenden Kriterien:

- ► allgemeine Krankheitszeichen,
- ► Fieber,
- Hautausschlag,
- Meningitis oder Enzephalitis,
- Muskel- oder Gelenkschmerzen

ODER ► krankheitsbedingter Tod.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der sechs folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis:]

- Antigennachweis (z.B. ELISA, Schnelltest),
- Elektronenmikroskopie,
- Erregerisolierung (kulturell),
- ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR),

[indirekter (serologischer) Nachweis:]

- IgM-Antikörpernachweis (z.B. ELISA, IFT, Schnelltest),
- IgG-Antikörpernachweis (► deutliche Änderung zwischen zwei Proben, z.B. ELISA, IFT).

Zusatzinformation

Mit der Elektronenmikroskopie kann die Virusfamilie, nicht aber die Spezies differenziert werden.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Inkubationszeit sehr verschieden – meist zwischen wenigen Tagen bis zu ca 2 Wochen.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer akuten Arbovirus-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien einer akuten Arbovirus-Erkrankung nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Erkrankungen der Kategorie C gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten oder indirekten Nachweis von West-Nil-Virus und sonstigen Arboviren ausgedehnt, soweit er auf eine akute Infektion hinweist. Darüber hinaus können allgemeine nicht-erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Chikungunyavirus-Erkrankung (Chikungunyavirus)

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer akuten Chikungunyavirus-Erkrankung, definiert als **mindestens eines** der vier folgenden Kriterien:

- ►Fieber,
- Hautausschlag,
- Kopfschmerzen,
- Muskel- oder Gelenkschmerzen

ODER ►krankheitsbedingter Tod.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der fünf folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis:]

- Antigennachweis (z.B. ELISA, Schnelltest),
- Erregerisolierung (kulturell),
- ►Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR),

[Indirekter (serologischer) Nachweis:]

- IgM-Antikörperrnachweis(z.B. ELISA, IFT, Schnelltest),
- IgG-Antikörperrnachweis (►deutliche Änderung zwischen zwei Proben, z.B. ELISA, IFT).

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Inkubationszeit ca. 3 - 12 Tage.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer akuten Chikungunyavirus-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien einer akuten Chikungunyavirus-Erkrankung nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Erkrankungen der Kategorie C gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten oder indirekten Nachweis von Chikungunya-Virus ausgedehnt, soweit er auf eine akute Infektion hinweist. Darüber hinaus können allgemeine nicht erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Clostridium-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform (Clostridium difficile)

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer schweren Verlaufsform einer *Clostridium-difficile*-Erkrankung definiert als **mindestens eines** der vier folgenden Kriterien:

- Aufnahme in eine medizinische Einrichtung zur Behandlung einer ambulant erworbenen *Clostridium-difficile*-Erkrankung,
- Aufnahme oder Verlegung auf eine Intensivstation aufgrund einer *Clostridium-difficile*-Erkrankung oder ihrer Komplikationen,
- Durchführung eines chirurgischen Eingriffs (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis,
- Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung einer *Clostridium-difficile*-Erkrankung und Wertung der *Clostridium-difficile*-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung.

Zusatzinformation

Ambulant erworbene *Clostridium-difficile*-Erkrankung definiert als Vorliegen der **beiden** folgenden Kriterien:

- Symptombeginn vor oder am Tag der stationären Aufnahme oder dem darauffolgenden Tag,
- kein Aufenthalt in einer medizinischen Einrichtung innerhalb der 12 Wochen vor Symptombeginn.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der vier folgenden Methoden:

[Toxinnachweis nur aus Stuhl oder aus dem Isolat:]

- Nachweis von *Clostridium-difficile*-Toxin A oder B (z.B. ELISA, Zytotoxizitätstest),
- ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) des *Clostridium-difficile*-Toxin-A- oder -B-Gens,

[Histologischer Nachweis:]

- Histologischer Nachweis aus Gewebe,

[Endoskopischer Nachweis:]

- Endoskopischer Nachweis einer pseudomembranösen Kolitis.

Zusatzinformation

Das Ergebnis der molekulargenetischen Typisierung sollte übermittelt werden.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer schweren Verlaufsform einer *Clostridium-difficile*-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Entfällt.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Entfällt.

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren, werden die Fälle der Kategorie C gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 6

Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG auf die Erkrankung sowie den Tod an einer *Clostridium-difficile-Infektion* mit klinisch schwerem Verlauf ausgedehnt. Darüber hinaus können allgemeine nicht erregere- oder krankheitsspezifische Meldepflichten **bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“)**.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Denguefieber (Denguevirus)

Klinisches Bild

Klinisches Bild eines akuten Denguefiebers, definiert als:

- ►Fieber.

ODER ►krankheitsbedingter Tod.

Das klinische Bild kann zusätzlich eine der beiden folgenden Formen annehmen:

- Klinisches Bild eines **hämorrhagischen Denguefiebers**, definiert als Vorliegen der beiden folgenden Kriterien:
 - ►Fieber,
 - ►hämorrhagische Verlaufsform;
- Klinisches Bild eines **Dengue-Schock-Syndroms**, definiert als Vorliegen **aller** drei folgenden Kriterien:
 - ►Fieber,
 - ►hämorrhagische Verlaufsform,
 - Herz-/Kreislaufversagen.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der fünf folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis:]

- Antigennachweis (NS1-Antigen; z. B. ELISA einschließlich Schnelltest),
- Erregerisolierung (kulturell),
- ►Nukleinsäurnachweis (z.B. PCR),

[Indirekter (serologischer) Nachweis:]

- IgM-Antikörpernachweis,
- IgG-Antikörpernachweis (►deutliche Änderung zwischen zwei Proben).

Zusatzinformation

Bei Infektionen, die laut Reiseanamnese außerhalb bislang bekannter Endemiegebiete erworben wurden, sollten besonders hohe Anforderungen an die labordiagnostische Bestätigung gestellt werden (siehe auch Erläuterungen zur Reiseanamnese im Allgemeinen Teil). So sollte beispielsweise ein einzelner ►deutlich erhöhter IgM-Antikörperwert durch einen direkten Erregernachweis bestätigt werden bzw. bei Vorliegen eines Antigennachweises zusätzlich ein Antikörpernachweis (vorzugsweise eine ►deutliche Änderung zwischen zwei Proben) erfolgen. Hingegen entsprechen Erregerisolierung und ►Nukleinsäurenachweis auch ohne zusätzliche Bestätigung den erhöhten Anforderungen.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Inkubationszeit ca. 3 - 14 Tage, gewöhnlich 4 - 7 Tage.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild eines akuten Denguefiebers und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für ein akutes Denguefieber nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Erkrankungen der Kategorie C gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. g IfSG der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an virusbedingtem hämorrhagischen Fieber, sowie gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 51 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis von anderen Erregern hämorrhagischer Fieber (d.h. außer den in § 7 Abs. 1 IfSG namentlich benannten), soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten oder indirekten Nachweis von Dengue-Virus ausgedehnt, soweit er auf eine akute Infektion hinweist. Darüber hinaus können allgemeine nicht-erregerspezifische oder **krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen** (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Enterobacteriaceae-Infektion oder –Kolonisation (Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante)

Vorbemerkung

Erfolgt ein Nachweis erstmals während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes bzw. bei Nachweis außerhalb des Krankenhauses mindestens 3 Monate nach einem vorherigen Nachweis, ist von einer neuen Episode auszugehen. Der Nachweis ist daher zu melden und es ist ein neuer Fall anzulegen.

Ausschlusskriterien

Nachweis eines spezifisch übermittlungspflichtigen Erregers mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante (EHEC, sonstige darmpathogene Stämme von *E. coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., darmpathogene Stämme von *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pestis*).

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer Enterobacteriaceae-Infektion, definiert als:

- ärztliche Diagnose einer Infektion durch Enterobacteriaceae

ODER ► krankheitsbedingter Tod.

Zusatzinformation

Falls verfügbar sollten folgende Informationen übermittelt werden:

- Hospitalisierung innerhalb der letzten 12 Monate und Landkreis der Hospitalisierung, wenn dieser vom Landkreis abweicht, aus dem die Meldung übermittelt worden ist,
- Vorliegen einer Kolonisation oder Infektion.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund bei **beiden** folgenden Untersuchungsschritten:

[direkter Erregernachweis:]

- mit **mindestens einer** der beiden folgenden Methoden einschließlich Speziesidentifizierung:
 - Erregerisolierung (kulturell),
 - ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR),

[Nachweis der Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante]

- mit **mindestens einer** der beiden folgenden Methoden:
 - Empfindlichkeitsprüfung,
 - ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) mindestens eines Carbapenemaseresistenzgens.

Zusatzinformation

- Die Ergebnisse der Empfindlichkeitsprüfung (Antibiogramm) sollten übermittelt werden.
- Zusätzlich sollten das Datum der Probenabnahme des Erstdnachweises und die Art des Untersuchungsmaterials übermittelt werden.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer Enterobacteriaceae-Infektion und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für eine Enterobacteriaceae-Infektion nicht erfüllt. Hierunter fallen auch Nachweise ohne klinische Zeichen einer Infektion (Kolonisationen).

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden Fälle der Kategorien C, D und E gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten Nachweis von Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, mit Ausnahme der isolierten Nichtempfindlichkeit gegenüber Imipenem bei *Proteus* spp., *Morganella* spp., *Providencia* spp. und *Serratia marcescens*, ausgedehnt; dies gilt sowohl für Infektionen als auch Kolonisationen. Darüber hinaus können allgemeine nicht erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen

Zusatzinformationen

- Der Erstnachweis einer phänotypischen Nichtempfindlichkeit gegen Carbapeneme ist namentlich zu melden, wenn
 - bei Erregernachweis von *E. coli* oder *K. pneumoniae* eine Nichtempfindlichkeit gegen Imipenem, Meropenem oder Ertapenem vorliegt.
 - bei Erregernachweis von *Proteus* spp., *Morganella* spp., *Providencia* spp. oder *Serratia marcescens*, eine Nichtempfindlichkeit gegen Ertapenem oder Meropenem vorliegt. Eine isolierte Imipenem-Nichtempfindlichkeit ist nicht zu melden.
 - bei Erregernachweis aller anderen nicht zuvor genannten Enterobacteriaceae eine Nichtempfindlichkeit gegen Imipenem oder Meropenem vorliegt. Eine isolierte Nichtempfindlichkeit gegenüber Ertapenem ist nicht zu melden.
- Jeder Erstnachweis einer Carbapenemase-Determinante ist unabhängig von den Ergebnissen der phänotypischen Nichtempfindlichkeitsprüfung namentlich zu melden.
- Die namentliche Meldung beinhaltet auch Nachmeldungen molekularbiologischer Ergebnisse von Isolaten, die bereits zuvor aufgrund der Ergebnisse der phänotypischen Empfindlichkeitsprüfung gemeldet wurden.
- Ebenfalls ist zu melden, wenn sich der Carbapenemase-Verdacht in der molekularbiologischen Untersuchung nicht bestätigt.

Influenza (Influenzavirus, zoonotisch)

Vorbemerkung

Für die Übermittlungskategorie Influenza sollte je nach Ätiologie die Falldefinition für humane oder für zoonotische Influenza angewendet werden.

Ausschlusskriterien

Humane Influenza (einschließlich pandemische Influenza, siehe Falldefinitionen für humane Influenzaviren)

Vorbemerkung

Für einzelne aviäre Influenza-A-Viren (z.B. Influenzavirus A(H5N1), Influenzavirus A(H7N9)) gibt es spezifische Falldefinitionen, die auf den Webseiten des RKI (Infektionskrankheiten A-Z > Aviäre Influenza) verfügbar sind und bei Bedarf an die epidemiologische Lage angepasst werden können.

Labordiagnostischer Nachweis

Nachweis eines zoonotischen (z.B. aviären oder porcinen) Influenza-A-Virus, das eine humane Infektion verursacht hat.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

Alle Fälle, die als zoonotische Influenza erfasst werden, werden über die zuständige Landesbehörde an das RKI übermittelt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 25 IfSG nur der direkte Nachweis von Influenzaviren, soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung) wurde die Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG auf den Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie den Tod an zoonotischer Influenza ausgedehnt. Darüber hinaus können allgemeine nicht erregerspezifische oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Zusätzlich ist gemäß § 12 Abs. 1 IfSG das Auftreten von Influenza, verursacht durch ein neues Influenzavirus, vom Gesundheitsamt unverzüglich an die zuständige Landesbehörde und von dieser unverzüglich dem RKI zu übermitteln.

Der Begriff „Auftreten“ schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle ohne labordiagnostischen Nachweis ein.

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA), invasive Infektion (MRSA)

Vorbemerkung

Erfolgt ein MRSA-Nachweis in der Blutkultur mindestens 2 Wochen nach einem vorherigen MRSA-Nachweis in der Blutkultur, muss von einer neuen Episode ausgegangen werden. Der Nachweis ist daher zu melden und ein neuer Fall anzulegen.

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer invasiven MRSA-Infektion, definiert als **mindestens eines** der vier folgenden Kriterien:

- ► Fieber,
- Meningitis, Meningoenzephalitis oder Meningomyelitis,
- ► septisches Krankheitsbild,
- Endokarditis,

ODER ► krankheitsbedingter Tod.

Zusatzinformation

Bei Meningitis, Meningoenzephalitis oder Meningomyelitis sollte der mögliche oder gesicherte Fokus erfragt werden. Falls verfügbar, sollten folgende Informationen übermittelt werden:

- invasiver Zugang (z.B. Liquor-Shunt),
- neurochirurgischer Eingriff,
- Trauma,
- Infektion in einer benachbarten Lokalisation (z.B. Sinusitis),
- hämatogene Streuung bei Sepsis bzw. septischem Herd (z.B. Endokarditis).

Bei einem ► septischen Krankheitsbild sollte der mögliche oder gesicherte Fokus erfragt werden. Falls verfügbar, sollten folgende Informationen übermittelt werden:

- zentralvenöser Katheter oder invasiver Zugang anderer Art (z.B. perkutane endoskopische Gastrostomie),
- sonstige Fremdkörper-assoziierte Infektionen (Schrittmacherimplantate, Endoprothesen),
- MRSA-Infektionen
 - der Harnwege/Nieren,
 - des Abdomens (z.B. operativer Eingriff),
 - des Respirationstraktes,
 - der Haut- und Weichteile (z.B. Wundinfektionen, Abszesse),
 - der Knochen und Gelenke (z.B. Spondylodiszitis, Osteomyelitis),
 - andere,
- Fokus unbekannt.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **beiden** folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis nur aus Liquor oder Blut:]

- Erregerisolierung (kulturell),
- Nachweis der Methicillin-Resistenz mit **mindestens einer** der beiden folgenden Methoden
 - Empfindlichkeitsprüfung,
 - ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) des *mecA*-Gens.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer akuten invasiven MRSA-Infektion und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für eine akute invasive MRSA-Infektion nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden Fälle der Kategorien C, D und E gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten Nachweis von MRSA in Blut oder in Liquor ausgedehnt. Darüber hinaus können allgemeine nicht-erreg- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Virale Hämorrhagische Fieber (andere Erreger hämorrhagischer Fieber)

Vorbemerkung

Virale hämorrhagische Fieber können als akut fieberhaftes Krankheitsbild auch ohne Zeichen einer ► hämorrhagischen Verlaufsform auftreten. Der Anteil der Fälle mit hämorrhagischem Verlauf variiert je nach Erreger.

Ausschlusskriterien

Nachweis eines spezifisch übermittlungspflichtigen Erregers eines hämorrhagischen Fiebers (Chikungunyavirus, Denguevirus, Ebolavirus, Gelbfiebervirus, Hantavirus, Lassavirus, Marburgvirus).

Klinisches Bild

Spezifisches klinisches Bild eines akuten viralen hämorrhagischen Fiebers, definiert als:

- ► hämorrhagische Verlaufsform.

Unspezifisches klinisches Bild akuten viralen hämorrhagischen Fiebers, definiert als **mindestens eines** der beiden folgenden Kriterien

- ► Fieber,
- ► krankheitsbedingter Tod.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der sechs folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis eines Virus, das ein virales hämorrhagisches Fieber auslösen kann:]

- Antigennachweis (z.B. ELISA),
- Elektronenmikroskopie,
- Erregerisolierung (kulturell),
- ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR),

[Indirekter (serologischer) Nachweis eines Virus, das ein virales hämorrhagisches Fieber auslösen kann:]

- IgM-Antikörperrnachweis (z.B. ELISA, IFT),
- IgG-Antikörperrnachweis (► deutliche Änderung zwischen zwei Proben, z.B. ELISA, IFT).

Zusatzinformation

Mit der Elektronenmikroskopie kann die Virusfamilie, nicht aber die Spezies differenziert werden.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Inkubationszeit 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 Hämorrhagisches Omsk-Fieber und Kyasanur-Wald-Krankheit.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

(unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien)

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Spezifisches klinisches Bild eines akuten viralen hämorrhagischen Fiebers, ohne labordiagnostischen Nachweis.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Spezifisches oder unspezifisches klinisches Bild eines akuten viralen hämorrhagischen Fiebers und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das weder die Kriterien für das spezifische noch für das unspezifische klinische Bild eines akuten viralen hämorrhagischen Fiebers erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitionskategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Erkrankungen der Kategorie C gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. g IfSG der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an viralem hämorrhagischen Fieber, sowie gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 51 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis von anderen Erregern hämorrhagischer Fieber (d.h. außer den in § 7 Abs. 1 IfSG namentlich benannten), soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten oder indirekten Nachweis von Arboviren ausgedehnt, soweit er auf eine akute Infektion hinweist. Darüber hinaus können allgemeine nicht erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.

Zusätzlich ist gemäß § 12 Abs. 1 IfSG das Auftreten von viralem hämorrhagischen Fieber mit hämorrhagischem Verlauf vom Gesundheitsamt unverzüglich über die zuständige Landesbehörde und von dieser unverzüglich dem RKI zu übermitteln. Der Begriff 'Auftreten' schließt neben der Infektion/Erkrankung und dem Tod auch Verdachtsfälle, definiert als Fieberhafter ► hämorrhagischer Verlauf ohne labordiagnostischen Nachweis, ein.

Zikavirus-Erkrankung (Zikavirus)

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer akuten Zikavirus-Erkrankung, definiert als **mindestens eines** der sechs folgenden Kriterien:

- ►Fieber,
- Hautausschlag,
- Meningitis oder Enzephalitis,
- Muskel- oder Gelenkschmerzen,
- Rötung der Bindehaut
- ►krankheitsbedingter Tod.

ODER Folgen einer akuten Zikavirus-Erkrankung definiert als **mindestens eines** der drei folgenden Kriterien:

- konnatale Zikavirus-Erkrankung, definiert als ►Früh-, ►Totgeburt oder konnatale Fehlbildungen (z.B. Mikrozephalie) bei einem Kind im ersten Lebensjahr,
- Zikavirus-Erkrankung während der Schwangerschaft definiert als ►Fehl-, ►Früh-, ►Totgeburt oder Geburt eines Kindes mit konnataler Zikavirus-Erkrankung,
- Guillain-Barré-Syndrom.

Zusatzinformation

Bei allen Zikavirus-Erkrankungen bei Frauen sollte übermittelt werden, ob eine Schwangerschaft vorliegt.

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der fünf folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis:]

- Antigennachweis (z.B. ELISA, Schnelltest),
- Erregerisolierung (kulturell),
- ►Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR),

[indirekter (serologischer) Nachweis:]

- IgM-Antikörperrnachweis(z.B. ELISA, IFT, Schnelltest),
- IgG-Antikörperrnachweis (►deutliche Änderung zwischen zwei Proben, z.B. ELISA, IFT).

Zusatzinformation

Der Erregernachweis bei der konnatalen Zikavirus-Erkrankung kann aus Nabelschnurblut, Fruchtwasser, Blut oder Gewebe des Fötus oder Neugeborenen erfolgen.

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als folgender Nachweis:

- epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen
 - Mutter-Kind-Beziehung.

Inkubationszeit ca. 3 - 12 Tage.

Zusatzinformation

Es sollte übermittelt werden, ob eine sexuelle Übertragung vorliegt.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

In diese Kategorie fallen Mütter ohne labordiagnostischen Nachweis bei Geburt eines Kindes mit labordiagnostisch nachgewiesener konnataler Zikavirus-Erkrankung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer akuten Zikavirus-Erkrankung (einschließlich Folgen) und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien einer akuten Zikavirus-Erkrankung (einschließlich Folgen) nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Zusatzinformation

Mutter und Tot- oder Neugeborenes werden jeweils als eigener Fall übermittelt und gezählt.

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitionskategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Erkrankungen der Kategorie **B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung), die am 01.05.2016 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 IfSG auf den direkten oder indirekten Nachweis von Zika-Virus ausgedehnt, soweit er auf eine akute Infektion hinweist. Darüber hinaus können allgemeine nicht-erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG entsprechen.