



Epidemiologisches Bulletin

2. Februar 2009 / Nr. 5

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Falldefinitionen übertragbarer Krankheiten für den ÖGD:

Krankheiten, für die gemäß LVO eine erweiterte Meldepflicht zusätzlich zum IfSG besteht (Stand 2009)

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) legt fest, dass die generell vorgesehene Meldepflicht in den Stadtstaaten bzw. den Bundesländern per Landesverordnung ausgeweitet werden kann. Von dieser Möglichkeit haben Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Gebrauch gemacht. In Tabelle 1 (S. 34/35) wird dargestellt, für welche Krankheiten bzw. Erreger, die nach Landesrecht meldepflichtig sind, Falldefinitionen erstellt wurden. Die vorliegenden Falldefinitionen, die das Robert Koch-Institut (RKI) in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesbehörden, den Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboren erarbeitet hat, lösen die im Januar 2002 in Kraft getretenen Falldefinitionen ab. Die Struktur der Falldefinitionen für die gemäß den §§ 6 und 7 IfSG zu übermittelnden Erkrankungs- und Todesfälle und Nachweise von Krankheitserregern wurde übernommen. Neu aufgenommen wurde die Falldefinition für Gasbrand, der in Sachsen und Thüringen meldepflichtig ist. **Im Folgenden wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen gegeben:**

1. **Adenovirus:** Das klinische Bild einer Keratokonjunktivitis epidemica wurde um das Kriterium „typische Hornhautdefekte“ erweitert.

2. ***Bordetella pertussis*:** Eine Dauer von mindestens 14 Tagen bei einer Erkrankung mit Husten wurde als Kriterium für alle Übermittlungskategorien neu eingeführt. Ein alleiniger serologischer IgA-Antikörper-Nachweis erfüllt nicht mehr die Falldefinition und wird durch einen einmaligen deutlich erhöhten IgG-Antikörper-Nachweis ersetzt. Ein einmaliger serologischer Nachweis gilt jedoch nur dann als labordiagnostische Bestätigung, wenn in den drei Jahren zuvor keine Pertussis-Impfung stattgefunden hat.

3. ***Borrelia burgdorferi sensu lato*:** Die Lyme-Arthritis wurde als klinisches Bild neu in die Falldefinition aufgenommen. Die Lyme-Arthritis ist definiert als eine erstmalig (gegebenenfalls intermittierend) auftretende Mon- oder Oligoarthritiden mit Erguss unter Ausschluss von Arthritiden anderer Genese (reaktive Arthritiden und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises). Als weitere Änderung wird der labordiagnostische Nachweis einer lymphozytären Pleozytose und der Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper bei der Hirnnervenlähmung für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre nicht mehr gefordert.

4. ***Clostridium* spp. der Gasbrandgruppe:** Diese Falldefinition wurde neu aufgenommen.

5. ***Clostridium tetani*:** Kriterien für den labordiagnostischen Nachweis wurden eingeführt. Der Nachweis des Tetanustoxins im isolierten Erreger oder im Serum bestätigt die klinische Diagnose, ein negativer Nachweis schließt diese jedoch nicht aus.

Diese Woche

5/2009

Infektionskrankheiten, Meldewesen:

Falldefinitionen übertragbarer Krankheiten, für die gemäß Landesverordnung zusätzlich zum IfSG eine erweiterte Meldepflicht besteht (Stand 2009)

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

2. Woche 2009 (Datenstand: 28. Januar 2009)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur Situation in der 4. Kalenderwoche 2009



6. *Entamoeba histolytica*: Die labordiagnostischen Kriterien wurden überarbeitet, um den Entwicklungen der Labormethoden Rechnung zu tragen.

7. **Mumps-Virus**: Der Nachweis unspezifischer Mumps-Antikörper wurde gestrichen.

8. **Röteln-Virus**: Die klinischen Kriterien wurden erweitert. Gefordert sind nun ein generalisierter Ausschlag und ein weiteres Kriterium. Der Nachweis unspezifischer Röteln-Antikörper wurde gestrichen.

9. *Streptococcus pneumoniae*: Die Liste der klinischen Kriterien wurde erweitert. Der Antigen-Nachweis wurde gestrichen und der Nukleinsäure-Nachweis eingeführt.

10. *Streptococcus pyogenes*: Die klinischen Kriterien wurden erweitert. Mindestens drei Kriterien aus dem Katalog

müssen vorliegen, um das klinische Bild eines Scharlachs zu erfüllen. Der Antikörper-Nachweis des Anti-Streptolysin-O-Tests wurde gestrichen.

11. *Toxoplasma gondii*: Die labordiagnostischen Kriterien wurden überarbeitet.

12. **Varicella-Zoster-Virus**: Der Antigen-Nachweis wurde neu eingeführt. Der IgA-Antikörper-Nachweis und der Nachweis unspezifischer Varizellen-Antikörper wurden gestrichen.

13. **Virusmeningitiden**: Das klinische Bild wurde um das Kriterium „kein Hinweis auf andere Ursache wie neurodegenerative Erkrankungen (z. B. Demenz)“ erweitert. Weiterhin wurden die Laborkriterien umstrukturiert.

Tabelle 1: Übersicht zur erweiterten Meldepflicht in den sechs östlichen Bundesländern (Fortsetzung S. 35)

Erreger	Krankheit	Meldepflicht in	Arztmeldepflicht	Labormeldepflicht
Adenovirus	Keratokonjunktivitis epidemica	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Nein	Nein
		Sachsen	Nein	Nein
		Sachsen-Anhalt	Ja	Nein
		Thüringen	Ja	Nein
<i>Entamoeba histolytica</i>	Amöbiasis	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Nein	Ja
		Sachsen	Nein	Ja
		Sachsen-Anhalt	Nein	Nein
		Thüringen	Nein	Ja
<i>Bordetella pertussis</i>	Keuchhusten	Brandenburg	Ja	Ja
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Ja	Ja
		Sachsen	Ja	Ja
		Sachsen-Anhalt	Ja	Ja
		Thüringen	Ja	Ja
<i>Borrelia burgdorferi</i> s.l.	Borreliose	Brandenburg	Ja	Ja
		Berlin	Nein	Ja
		Mecklenburg-Vorpommern	Ja (nichtnamentlich)	Ja (nichtnamentlich)
		Sachsen	Ja	Ja
		Sachsen-Anhalt	Nein	Ja
		Thüringen	Ja	Nein
<i>Clostridium</i> spp. der Gasbrandgruppe, insbesondere <i>C. perfringens</i> , <i>C. novyi</i> , <i>C. septicum</i>	Gasbrand	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Nein	Nein
		Sachsen	Ja	Nein
		Sachsen-Anhalt	Nein	Nein
		Thüringen	Ja (nichtnamentlich)	Nein

Tabelle 1: Übersicht zur erweiterten Meldepflicht in den sechs östlichen Bundesländern (Fortsetzung von S. 34)

Erreger	Krankheit	Meldepflicht in	Arztmeldepflicht	Labormeldepflicht
<i>Clostridium tetani</i>	Wundstarrkrampf	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Ja (nichtnamentlich)	Ja (nichtnamentlich)
		Sachsen	Ja	Ja
		Sachsen-Anhalt	Nein	Nein
		Thüringen	Ja (nichtnamentlich)	Nein
	Meningitis/ Enzephalitis	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Nein	Nein
		Sachsen	Ja (bakteriell und viral)	Nein
		Sachsen-Anhalt	Ja (viral)	Nein
		Thüringen	Ja (bakteriell und viral)	Ja
Mumpsvirus	Mumps	Brandenburg	Ja	Ja
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Ja	Ja
		Sachsen	Ja	Ja
		Sachsen-Anhalt	Ja	Ja
		Thüringen	Ja	Ja
Rötelnvirus	Röteln	Brandenburg	Ja	Ja
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Ja	Ja
		Sachsen	Ja	Ja
		Sachsen-Anhalt	Ja	Ja
		Thüringen	Ja	Ja
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Invasive Pneumokokkenerkrankung	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Nein	Ja
		Sachsen	(Ja) *	Ja
		Sachsen-Anhalt	Nein	Ja
		Thüringen	Nein	Nein
<i>Streptococcus pyogenes</i>	Scharlach	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Nein	Nein
		Sachsen	Ja	Nein
		Sachsen-Anhalt	Nein	Nein
		Thüringen	Ja	Ja
<i>Toxoplasma gondii</i>	Toxoplasmose (außer konnatale T.)	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Nein	Nein
		Sachsen	Ja	Ja
		Sachsen-Anhalt	Nein	Nein
		Thüringen	Nein	Nein
Varicella-Zoster-Virus	Windpocken	Brandenburg	Nein	Nein
		Berlin	Nein	Nein
		Mecklenburg-Vorpommern	Ja (nichtnamentlich)	Ja (nichtnamentlich)
		Sachsen	Ja (angeboren)	Ja
		Sachsen-Anhalt	Ja	Ja
		Thüringen	Ja	Ja

* Eine Meningitis verursacht durch *Streptococcus pneumoniae* ist durch den Arzt zu melden.

Inhaltsverzeichnis

1	Adenovirus (Keratokonjunktivitis epidemica)	37
2	<i>Bordetella pertussis</i> (Keuchhusten)	37
3	<i>Borrelia burgdorferi</i> sensu lato (Erythema migrans, akute Neuroborreliose, akute Lyme-Arthritis)	39
4	<i>Clostridium</i> spp. der Gasbrand-Gruppe, insbesondere <i>C. perfringens</i> , <i>C. novyi</i> , <i>C. septicum</i> (Gasbrand, Gasödem, Gasangrän, Clostridienmyonekrose)	40
5	<i>Clostridium tetani</i> (Tetanus, Wundstarrkrampf)	41
6	<i>Entamoeba histolytica</i> (Amöbiasis)	42
7	Mumpsvirus (Mumps)	43
8	Rötelnvirus (Röteln, postnatale Infektion)	44
9	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (Invasive Pneumokokken-Erkrankungen)	45
10	<i>Streptococcus pyogenes</i> (Scharlach)	46
11	<i>Toxoplasma gondii</i> (Toxoplasmose; außer konnataler Toxoplasmose)	46
12	Varicella-Zoster-Virus (Varizellen, Windpocken)	47
13	Virusmeningitiden/-meningoenzephalitiden (sofern nicht bereits im Rahmen des IfSG meldepflichtig)	48

Definition verwendeter Begriffe

In diesem Abschnitt sind Begriffe definiert, die im speziellen Teil der Falldefinitionen wiederholt verwendet werden. Sie sind dort durch ein vorangestelltes Dreieck (▶) gekennzeichnet.

Arthritis, definiert als Entzündung eines Gelenkes (Mon- oder Oligoarthritiden (2–4 Gelenke betroffen)) charakterisiert durch Schwellung, Schmerzen und Ergussbildung des Gelenks.

Deutlich erhöhter Wert, definiert als hinreichende Überschreitung des nach Maßgabe von Hersteller und Labor festgelegten Grenzwertes, um nach Auffassung des durchführenden Labors eine akute Infektion anzunehmen.

Deutliche Änderung zwischen zwei Proben, definiert als hinreichender Anstieg (oder in Einzelfällen Abfall) des maßgeblichen Laborwertes zwischen zwei in geeignetem zeitlichen Abstand entnommenen vergleichbaren Proben, um nach Auffassung des durchführenden Labors eine akute Infektion anzunehmen (z. B. negatives Ergebnis, gefolgt von positivem Ergebnis (z. B. ELISA) oder mindestens vierfacher Titeranstieg (z. B. KBR)).

Durchfall, definiert als ≥ 3 ungeformte Stühle in 24 Stunden. Ersatzweise können auch die Auskunft des/der Betroffenen, der Pflegeperson oder des behandelnden Arztes, dass Durchfall vorgelegen habe, entsprechend gewertet werden.

Fieber, definiert als Körpertemperatur (unabhängig vom Ort der Messung) mindestens einmal $\geq 38,5^\circ\text{C}$. Bei plausibler Beschreibung der typischen Fieberbeschwerden (z. B. Nachtschweiß) durch den Patienten können auch anamnestische Angaben ohne erfolgte Temperaturmessung entsprechend gewertet werden.

Lungenentzündung, definiert als **mindestens eines der beiden** folgenden Kriterien:

- Anzeichen einer Lungenentzündung in einer ärztlichen klinischen Untersuchung,
- radiologische Hinweise auf Lungenentzündung.

Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR), definiert als Genamplifikation, gefolgt von einer geeigneten Spezifitätskontrolle (z. B. Sequenzierung).

Septisches Krankheitsbild, definiert als **mindestens eines der beiden** folgenden Kriterien:

- Vorliegen eines septischen Krankheitsbildes nach Einschätzung des behandelnden Arztes oder
- Vorliegen **aller vier** folgenden Kriterien:
 - Hyperthermie ($> 38^\circ\text{C}$) oder Hypothermie ($< 36^\circ\text{C}$),
 - Hyperventilation (Atemfrequenz $> 20/\text{min}$),
 - Tachykardie ($> 90/\text{min}$),
 - Leukozytose ($> 12.000/\text{mm}^3$), Leukopenie ($< 4.000/\text{mm}^3$) oder $> 10\%$ Stabkernige.

1 Adenovirus (Keratokonjunktivitis epidemica)*

* **Anmerkung:** Im Unterschied zu § 7 Abs. 1 Nr. 1 IfSG ist hier zusätzlich auch das klinische Bild allein melde- und übermittlungspflichtig. Aus diesem Grund wurde als übermittlungspflichtiger Tatbestand primär das klinische Bild genannt. Die bundesweite Melde- und Übermittlungspflicht für den direkten Nachweis von Adenoviren aus dem Konjunktivalabstrich nach IfSG bleibt unverändert.

ICD10: **B30.0** Keratokonjunktivitis durch Adenoviren

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer Keratokonjunktivitis epidemica, definiert als **mindestens eines der beiden** folgenden Kriterien:

- typische Hornhautdefekte (7–10 Tage nach Beginn der Bindehautentzündung) **ODER**
- **mindestens eines der drei** folgenden Kriterien, wenn kein Hinweis auf eine toxische, traumatische oder allergische Reizung besteht:
 - starke Rötung und Schwellung der Bindehaut,
 - Karunkelschwellung,
 - präaurikuläre Lymphknotenschwellung.

Labordiagnostischer Nachweis

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

(direkter Erregernachweis nur im Konjunktivalabstrich:)

- Virusisolierung,
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- Antigennachweis (z. B. IFT, EIA).

Epidemiologische Bestätigung

definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung eines zeitlichen und örtlichen Zusammenhangs unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer klinisch und/oder labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch:
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung,
 - gemeinsame Expositionsquelle (z. B. Arztpraxis).

Inkubationszeit ca. 5–12 Tage, manchmal länger.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Keratokonjunktivitis epidemica ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung. Auch Häufungen/Herde ohne mindestens einen labordiagnostisch bestätigten Fall.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Keratokonjunktivitis epidemica, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Keratokonjunktivitis epidemica und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischem Bild, das die Kriterien für eine Keratokonjunktivitis epidemica 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 Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorien **A, B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) der Krankheitsverdacht auf und die Erkrankung an Keratokonjunktivitis epidemica (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrMVO) die Erkrankung und der Tod an Keratokonjunktivitis epidemica (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 j ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Verdachts- oder Erkrankungsfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

2 Bordetella pertussis (Keuchhusten)

ICD10: **A37.-** Keuchhusten
A37.0 Keuchhusten durch *Bordetella pertussis*
A37.1 Keuchhusten durch *Bordetella parapertussis*
A37.8 Keuchhusten durch sonstige *Bordetella*-Spezies
A37.9 Keuchhusten, nicht näher bezeichnet

Klinisches Bild

Klinisches Bild eines Keuchhustens, definiert als eine Erkrankung mit **Husten von mehr als 14 Tage Dauer UND mindestens einem der vier** folgenden Kriterien:

- anfallsweise auftretender Husten,
- inspiratorischer Stridor,
- Erbrechen nach den Hustenanfällen,
- Apnoen (bei Säuglingen).

Zusatzinformation

Bei impfpräventablen Krankheiten sollten stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z. B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden.

Labordiagnostischer Nachweis

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

(direkter Erregernachweis:)

- Erregerisolierung (kulturell) aus Abstrichen/Sekreten des Nasenrachenraums,
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) aus Abstrichen/Sekreten des Nasenrachenraums,
- (indirekter (serologischer) Nachweis:)
- ► IgG-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA) einmalig deutlich erhöhter Wert*,
- ► deutliche Änderung zwischen **zwei** Proben beim IgG- oder IgA-Antikörpernachweis (z. B. ELISA).

* **Bemerkung zu serologischer Nachweis im Einzelserum:** Der serologische Nachweis eines Einzelwertes ist ≤ 36 Monate nach Impfung mit azellulären Pertussis-Impfstoffen **nicht verwertbar**.

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung.

Inkubationszeit ca. 7–20 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Klinisches Bild eines Keuchhustens ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild eines Keuchhustens ohne labordiagnostischen Nachweis aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild eines Keuchhustens und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischem Bild, das die Kriterien für einen Keuchhusten nicht erfüllt.

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, werden nur Erkrankungen der Kategorien **A, B und C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Brandenburg: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten – InfKrankMV) die Erkrankung sowie der Tod an Keuchhusten (§ 1 InfKrankMV) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Bordetella pertussis* (§ 2 InfKrankMV) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Landesverordnung zur Anpassung von Rechtsverordnungen an das Infektionsschutzgesetz und zur Übertragung von Ermächtigungen – Infektionsschutzanpassungsverordnung – IfSANpLVO M-V) der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an Keuchhusten (§ 1 Nr. 2 IfSANpLVO M-V) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Bordetella pertussis* (§ 2 Nr. 1 IfSANpLVO M-V) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Keuchhusten (§ 1 Abs. 1 Nr. 18 IfSGMeldeVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Bordetella pertussis* (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 IfSG MeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) die Erkrankung sowie der Tod an Keuchhusten (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 b VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Bordetella pertussis* (§ 1 Abs. 2 Nr. 1 der VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrM-VO) die Erkrankung sowie der Tod an Keuchhusten (§ 1 Nr. 1 b ThürIfKrMVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Bordetella pertussis* (§ 2 Nr. 2 ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Verdachts- (Mecklenburg-Vorpommern), Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

3 *Borrelia burgdorferi* sensu lato (Erythema migrans, akute Neuroborreliose, akute Lyme-Arthritis)

ICD10: **A69.2** Lyme-Krankheit, Erythema chronicum migrans durch *Borrelia burgdorferi*

G01.- Meningitis bei Lyme-Krankheit

M01.2 Arthritis bei Lyme-Krankheit

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer akuten Lyme-Borreliose, definiert als **mindestens eines der drei** Formen:

- **Erythema migrans**, definiert als sich vergrößernder, rötlicher oder bläulich-roter, rundlicher Fleck oder mehrere Flecken, oft mit zentraler Abblassung.

ICD10: **A69.2** Lyme-Krankheit, Erythema chronicum migrans durch *Borrelia burgdorferi*

- **Akute Neuroborreliose**, definiert als das Vorliegen **mindestens eines der drei** folgenden Kriterien:

- akute schmerzhafte Radikuloneuritis,
- Meningitis,
- akute Lähmung von Hirnnerven.

ICD10: **G01.-** Meningitis bei Lyme-Krankheit

- **Lyme-Arthritis**, definiert als das Vorliegen **beider** folgenden Kriterien:

- erstmalig (ggf. intermittierend) auftretende Mon- oder Oligoarthritis **UND**
- der Ausschluss von Arthritiden anderer Genese (z. B. reaktive Arthritiden und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises).

ICD10: **M01.2** Arthritis bei Lyme-Krankheit

Zusatzinformation

Während bei Erwachsenen häufiger eine Meningoradikuloneuritis (Bannwarth-Syndrom) zu beobachten ist, treten bei Kindern Borrelien-Meningitiden und Hirnnervenlähmungen (oft Facialisparesen) häufiger auf.

Labordiagnostischer Nachweis

Erythema migrans

Da es sich um eine klinische Diagnose handelt, ist ein labordiagnostischer Nachweis nicht erforderlich.

Akute Neuroborreliose

- **Radikuloneuritis, Meningitis**

Nachweis einer lymphozytären Pleozytose und positiver Befund mit **mindestens einer der drei** folgenden Methoden:

(indirekter (serologischer) Nachweis:)

- erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index zum Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper, (direkter Erregernachweis: **nur im Liquor**.)
- Erregerisolierung (kulturell),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR).

- **Hirnnervenlähmung**

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

(indirekter (serologischer) Nachweis:)

- IgG-Antikörperrnachweis (z. B. ELISA), bestätigt z. B. mit Western Blot oder Line-Assay (**nur bei Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren**),

- erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index zum Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper, (direkter Erregernachweis **nur aus Liquor**.)
- Erregerisolierung (kulturell),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR).

Akute Lyme-Arthritis

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

(indirekter (serologischer) Nachweis:)

- IgG-Antikörperrnachweis (z. B. ELISA), bestätigt z. B. mit Western Blot oder Line-Assay, (direkter Erregernachweis **nur aus Gelenkpunktat**.)
- Erregerisolierung (kulturell),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR).

Zusatzinformation

- Lymphozytäre Pleozytose und Antikörperrnachweis im Liquor können beim Vorliegen einer Hirnnervenlähmung fehlen. Bei Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren erfüllt ein IgG-Antikörperrnachweis, bestätigt z. B. mit Western Blot oder Line-Assay, die labordiagnostischen Kriterien.
- Die PCR ist bisher kein validiertes Routineverfahren und hat eine relativ geringe Sensitivität. Der kulturelle Nachweis erfordert wegen der langen Generationszeit des Erregers bis zum Vorliegen des Befundes einen hohen Zeitaufwand und gelingt nur selten, er ist kein Routineverfahren.

Epidemiologische Bestätigung

Entfällt.

Inkubationszeit

- Erythema migrans: Tage bis Wochen nach Zeckenstich.
- Akute Neuroborreliose: Wochen bis Monate nach Zeckenstich.
- Lyme-Arthritis: Monate bis Jahre nach Zeckenstich.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild eines Erythema migrans.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Entfällt.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der akuten Lyme-Borreliose 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 nur Erkrankungen der Kategorien **A** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Berlin: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz) die Erkrankung sowie der Tod an Borreliose (§ 3 Abs. 1b Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Brandenburg: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten – InfKrankMV) die Erkrankung sowie der Tod an Borreliose (§ 1 InfKrankMV) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Borrelia burgdorferi* (§ 2 InfKrankMV) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Gesetz zur Ausführung des Infektionsschutzgesetzes – Infektionsschutzausführungsgesetz IfSAG M-V) der direkte oder indirekte Nachweis von *Borrelia burgdorferi* (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 IfSAG M-V) nichtnamentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Borreliose (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 IfSGMeldeVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Borrelia burgdorferi* (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) der direkte oder indirekte Nachweis von *Borrelia burgdorferi* (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrMVO) die Erkrankung sowie der Tod an Borreliose (§ 1 Nr. 1 h ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

4 *Clostridium* spp. der Gasbrand-Gruppe, insbesondere *C. perfringens*, *C. novyi*, *C. septicum* (Gasbrand, Gasödem, Gasgangrän, Clostridienmyonekrose)

ICD10: **A48.0** Gasbrand (Gasödem): Muskelnekrose, Phlegmone durch Clostridien

Klinisches Bild

Klinisches Bild eines Gasbrandes, definiert als Vorliegen **aller drei** folgenden Kriterien:

- starker Wundschmerz **UND**
- ödembedingte, rasch zunehmende Weichteilschwellung, ggf. Hinweise auf Gasansammlung im Gewebe **UND**
- Tachykardie.

Zusatzinformation

Im Zusammenhang mit einer Gasbranderkrankung sollten stets Angaben zur Infektionsursache erhoben werden.

Exogener Gasbrand

- nach Unfällen mit stark verschmutzten Wunden bzw. offenen Frakturen,
- nach Amputation und gefäßchirurgischen Eingriffen,
- nach Injektionen und Punktionen.

Endogener Gasbrand

- bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen,
- bei diabetischer Gangrän,
- nach Amputationen und gefäßchirurgischen Eingriffen,
- spontan bei intestinalen Läsionen (insbesondere Coecum- und Colonkarzinom durch *C. septicum*),
- postoperativ nach abdominalen Eingriffen (insbesondere Gallenblasen- und Darmoperationen),
- nach septischem Abort.

Labordiagnostischer Nachweis

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

- (direkter Erregernachweis:)
- mikroskopisch aus Muskelquetschpräparat (Bakterioskopie),
- Erregerisolierung (kulturell) aus verdächtigen Wundarealen, fallener Muskulatur oder aus Blutkulturen,
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- (histologisch:)
- Nachweis charakteristischer Veränderungen in Muskelbiopsaten (scholliger Zerfall der Muskulatur, leukozytenarmes Ödem, Gas einschüsse).

Epidemiologische Bestätigung: Entfällt.

Inkubationszeit 1–4 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Klinisches Bild eines Gasbrandes.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Entfällt.

C. Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild eines Gasbrandes 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 Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorien **A** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Gasbrand/Gasödem (§ 1 Abs. 1 Nr. 7 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrM-VO) die Erkrankung sowie der Tod an Gasbrand (§ 1 Nr. 2 a) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

5 Clostridium tetani (Tetanus, Wundstarrkrampf)

ICD10:	A33	Tetanus neonatorum
	A34	Tetanus während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts
	A35	Sonstiger Tetanus, Tetanus ohne nähere Angaben

Klinisches Bild

Klinisches Bild eines Tetanus, definiert als das Vorliegen **mindestens eines der drei** folgenden Kriterien ohne andere offensichtliche medizinische Ursachen:

- schmerzhafte Dauerkontraktionen der Hals- und Kiefer-Muskulatur,
- schmerzhafte Kontraktionen der Rumpfmuskulatur,
- lokalisierte oder generalisierte Muskelspasmen in Zusammenhang mit erhöhtem Muskeltonus.

Zusatzinformation

Bei impfpräventablen Krankheiten sollten stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z.B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden.

Labordiagnostischer Nachweis *

* Der Nachweis des Tetanustoxins (vor Antitoxingabe) im isolierten Erreger oder im Serum (z.B. Maus-Bioassay) bestätigt die klinische Diagnose, ein negativer Nachweis schließt diese jedoch nicht aus.

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

- (direkter Erregernachweis:)
- Erregerisolierung (kulturell) aus Wundmaterial mit anschließendem Tetanustoxin-Nachweis (z. B. Maus-Bioassay), (Toxinnachweis:)
 - Nachweis des Tetanustoxins (vor Antitoxingabe) im Serum (z. B. Maus-Bioassay).

Epidemiologische Bestätigung: Entfällt.

Inkubationszeit ca. 3–21 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Klinisches Bild eines Tetanus.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Entfällt.

C. Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild eines Tetanus und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischem Bild: Entfällt.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischem Bild: Entfällt.

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorie **A** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesgesetz (Infektionsschutzausführungsgesetz – IfSAG M-V) die Erkrankung sowie der Tod an Tetanus (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 IfSAG M-V) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Tetanus (§ 1 IfSGMeldeVO Abs. 1 Nr. 25) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrM-VO) die Erkrankung sowie der Tod an Tetanus (§ 1 Nr. 2 b ThürIfKrMVO) nichtnamentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

6 *Entamoeba histolytica* (Amöbiasis)

ICD10:	A06.-	Amöbiasis
	A06.0	Akute Amöbenruhr
	A06.1	Chronische intestinale Amöbiasis
	A06.3	Amöbom des Darms
	A06.4	Leberabszess durch Amöben
	A06.5	Lungenabszess durch Amöben
	A06.6	Hirnabszess durch Amöben
	A06.7	Amöbiasis der Haut
	A06.8	Amöbeninfektion an sonstigen Lokalisationen
	A06.9	Amöbiasis, nicht näher bezeichnet

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer Amöbiasis, definiert als **mindestens eines der drei** folgenden Kriterien:

- Entzündung des Dickdarms,
- ► Durchfall,
- extraintestinale Abszesse.

Labordiagnostischer Nachweis

Intestinale Amöbiasis

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

(direkter Erregernachweis:)

- Spezies-spezifischer Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- Spezies-spezifischer Antigennachweis,
- histologischer Nachweis von Trophozoiten nur im Biopsiematerial,
- mikroskopischer Nachweis erythrophager Trophozoiten nur im Stuhl.

Extraintestinale Amöbiasis

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

(direkter Erregernachweis:)

- Nukleinsäure-Nachweis von *Entamoeba histolytica* nur in Punktions- oder Biopsiematerial (z. B. PCR),
- mikroskopischer Nachweis von *Entamoeba histolytica* in Punktions- oder Biopsiematerial,
- (indirekter (serologischer) Nachweis:)
- Antikörperrnachweis.

Epidemiologische Bestätigung

definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung (sexuelle Übertragung durch Oral- oder Analverkehr),
 - gemeinsame Expositionsquelle (z. B. Lebensmittel oder Wasser).

Inkubationszeit variabel von 1–2 Tagen bis zu Jahren, in der Regel 2–4 Wochen.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Amöbiasis, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Amöbiasis und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischem Bild, das die Kriterien für eine Amöbiasis 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 Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorien **B** und **C** gezählt.

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

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Infektionsschutzanpassungsverordnung – IfSANpLVO M-V) der direkte oder indirekte Nachweis von *Entamoeba histolytica* (§ 2 Nr. 2 IfSANpLVO M-V) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) jeder Ausscheider von *Entamoeba histolytica* (§ 1 Abs. 3 Nr. 3 IfSGMeldeVO), sowie der direkte oder indirekte Nachweis von *Entamoeba histolytica* (§ 2 Abs 1 Nr. 6 IfSGMeldeVO) gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrM-VO) der direkte oder indirekte Nachweis von *Entamoeba histolytica* (§ 2 Nr. 3 ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

7 Mumpsvirus (Mumps)

ICD-10:	B26.0	Mumps Orchitis
	B26.1	Mumps Meningitis
	B26.2	Mumps Enzephalitis
	B26.3	Mumps Pankreatitis
	B26.8	Mumps mit sonstigen Komplikationen
	B26.9	Mumps ohne Komplikationen

Klinisches Bild

Klinisches Bild des Mumps definiert als:

- geschwollene Speicheldrüse(n), zwei Tage und länger anhaltend, ohne anderen ersichtlichen Grund.

Zusatzinformation

Bei impfpräventablen Krankheiten sollten stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z. B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden.

Labordiagnostischer Nachweis

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

(direkter Erregernachweis in **Rachenabstrich oder -spülflüssigkeit, Speicheldrüsensekret, Zahntaschenflüssigkeit, Urin, Liquor:**)

- Erregerisolierung (kulturell),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
(indirekter (serologischer) Nachweis:)
- IgM-Antikörperrnachweis (z. B. ELISA),
- ► deutliche Änderung zwischen zwei Proben beim IgG-Antikörperrnachweis (z. B. ELISA).

Epidemiologische Bestätigung

definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung.

Inkubationszeit ca. 14–25 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Klinisches Bild des Mumps ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild des Mumps bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild des Mumps und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischem Bild, das die Kriterien für Mumps 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, werden nur Erkrankungen der Kategorien **A**, **B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Brandenburg: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten – InfKrankMV) die Erkrankung sowie der Tod an Mumps (§ 1 InfKrankMV) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Mumpsvirus (§ 2 InfKrankMV) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Landesverordnung zur Anpassung von Rechtsverordnungen an das Infektionsschutzgesetz und zur Übertragung von Ermächtigungen: Infektionsschutzanpassungsverordnung – IfSAnpLVO M-V) der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an Mumps (§ 1 Nr. 2 IfSAnpLVO M-V) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Mumps-Virus (§ 2 Nr. 3 IfSAnpLVO M-V) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Mumps (§ 1 Abs. 1 Nr. 16 IfSGMeldeVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Mumpsvirus (§ 2 Abs. 1 Nr. 9 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) die Erkrankung sowie der Tod an Mumps (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 a VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Mumpsvirus (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 der VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrMVO) die Erkrankung sowie der Tod an Mumps (§ 1 Nr. 1 a ThürIfKrMVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Mumpsvirus (§ 2 Nr. 6 ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

8 Rötelnvirus (Röteln, postnatale Infektion)

ICD ₁₀ :	Bo6	Röteln
	Bo6.o	Röteln mit neurologischen Komplikationen
	Bo6.8	Röteln mit sonstigen Komplikationen
	Bo6.9	Röteln ohne Komplikationen
	Mo1.4A	Röteln Arthritis

Klinisches Bild

Klinisches Bild der Röteln, definiert als:

- ein generalisierter Ausschlag (makulopapulös) **UND**
- **mindestens eines der beiden** folgenden Kriterien:
 - Lymphadenopathie im Kopf-, Hals- oder Nackenbereich,
 - Arthritis/Arthralgien.

Zusatzinformation

Bei impfpräventablen Krankheiten sollten stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z. B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden.

Labordiagnostischer Nachweis

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

*(direkter Erregernachweis nur aus **Rachenabstrich oder -spülflüssigkeit, Zahntaschenflüssigkeit, Urin:**)*

- Erregerisolierung (kulturell),
- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
(indirekter (serologischer) Nachweis:)
- IgM-Antikörperrnachweis (z. B. ELISA),*
- ► deutliche Änderung zwischen zwei Proben beim IgG-Antikörperrnachweis (z. B. ELISA).

* Ein alleiniger Röteln-IgM Antikörperrnachweis sollte nur in Ausbruchssituationen als Bestätigung einer Rötelnkrankung gewertet werden (außer bei Schwangeren). Bei sporadisch auftretenden Fällen mit Rötelnverdacht oder bei Rötelnverdacht in der Schwangerschaft bedarf ein alleiniger IgM-Antikörperrnachweis einer weiteren Bestätigung (z. B. durch Feststellen einer niedrigen Avidität der Rubella-spezifischen IgG-Antikörper).

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung.

Inkubationszeit ca. 14–21 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der Röteln, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der Röteln und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für Röteln 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 Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorien **B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Brandenburg: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten – InfKrankMV) die Erkrankung sowie der Tod an Röteln (§ 1 InfKrankMV) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von Rubellavirus (§ 2 InfKrankMV) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Landesverordnung zur Anpassung von Rechtsverordnungen an das Infektionsschutzgesetz und zur Übertragung von Ermächtigungen: Infektionsschutzanpassungsverordnung – IfSANpLVO M-V) der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an Röteln (§ 1 Nr. 3 IfSANpLVO M-V) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Röteln-Virus (§ 2 Nr. 4 IfSANpLVO M-V) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Röteln (§ 1 Abs. 1 Nr. 20 IfSGMeldeVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Rubellavirus (§ 3 Abs. 2 Nr. 3 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) die Erkrankung sowie der Tod an Röteln (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 c VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Rötelnvirus (§ 1 Abs. 2 Nr. 4 der VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrMVO) die Erkrankung sowie der Tod an Röteln (§ 1 Nr. 1 c ThürIfKrMVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Rubellavirus (§ 2 Nr. 7 ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

Anmerkung zur Übermittlung

Mecklenburg-Vorpommern: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit postnatalen Röteln **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Erregernachweise für Konnatale Röteln sind nach dem § 7 Abs. 3 vom feststellenden Labor direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Speziell hierfür vorgesehene Formulare können beim Robert Koch-Institut angefordert werden.

9 *Streptococcus pneumoniae* (Invasive Pneumokokken-Erkrankungen)

ICD10: **A40.3** Sepsis durch *Streptococcus pneumoniae*
J13 Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer invasiven Pneumokokken-Erkrankung, definiert als **mindestens eines der 14** folgenden Kriterien:

- ► Fieber,
- meningeale Zeichen (z. B. Nackensteifigkeit, Kopfschmerzen, veränderte Bewusstseinslage),
- Hirndruckzeichen (z. B. aufgetriebene Fontanelle, Erbrechen),
- ► septisches Krankheitsbild,
- septische Arthritis,
- Empyem,
- Osteomyelitis,
- bakterielle Peritonitis,
- ► Lungenentzündung,
- Mastoiditis,
- Karditis,
- akute Otitis media,
- Sinusitis,
- HUS.

Zusatzinformation

Bei impfpräventablen Krankheiten sollten stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z. B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden.

Labordiagnostischer Nachweis

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

(direkter Erregernachweis nur in **Liquor, Blut, Gelenkpunktat, Pleuralflüssigkeit oder anderen normalerweise sterilen klinischen Materialien:**)

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

Epidemiologische Bestätigung: Entfällt.

Inkubationszeit ca. 1–3 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Entfällt.

C. Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer invasiven Pneumokokken-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischem Bild, das die Kriterien für eine invasive Pneumokokken-Erkrankung nicht erfüllt.

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, werden nur Erkrankungen der Kategorie **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Infektionsschutzanpassungsverordnung – IfSANpLVO M-V) der direkte oder indirekte Nachweis von *Streptococcus pneumoniae* (§ 2 Nr. 5 IfSANpLVO M-V) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) der direkte Nachweis von *Streptococcus pneumoniae* aus sterilen Körperflüssigkeiten (§ 2 Abs. 1 Nr. 14 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) der direkte Nachweis von *Streptococcus pneumoniae* aus Blut, Liquor oder anderen sterilen Substraten (§ 1 Abs. 2 Nr. 5 der VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

10 *Streptococcus pyogenes* (Scharlach)

ICD10: **A38** Scharlach, Scarlatina

Klinisches Bild

Klinisches Bild eines Scharlachs, definiert als:

- **mindestens eines der vier** folgenden Kriterien:
 - Pharyngitis,
 - Impetigo/Pyodermie,
 - Wundinfektion,
 - ► septisches Krankheitsbild **UND**
- fleckiges Exanthem (makulopapulös) **UND**
- **mindestens eines der drei** folgenden Kriterien:
 - fleckiges Enanthem am weichen Gaumen,
 - Himbeer- oder Erdbeerzunge,
 - Abschuppen der Haut bei Abheilung des Exanthems unter Betonung der palmoplantaren Bereiche.

Labordiagnostischer Nachweis

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

(direkter Erregernachweis:)

- Erregerisolierung (kulturell) aus Pharyngealsekret (Rachenabstrich), Hautabstrich (bei Impetigo/Pyodermie), Wundabstrich oder Blut/Serum,
- Antigennachweis aus Pharyngealsekret (Rachenabstrich).

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung.

Inkubationszeit ca. 1–3 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild eines Scharlachs ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild eines Scharlachs und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischem Bild, das die Kriterien für Scharlach nicht erfüllt.

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, werden nur Erkrankungen der Kategorien **B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Scharlach (§ 1 Abs. 1 Nr. 23 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrMVO) die Erkrankung sowie der Tod an Scharlach (§ 1 Nr. 1 d ThürIfKrMVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von Streptokokken der Gruppe A (§ 2 Nr. 1 ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise (in Thüringen nur bei erfülltem klinischem Bild), die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

11 *Toxoplasma gondii* (Toxoplasmose, außer konnataler Toxoplasmose)

ICD10: **B58.--** Toxoplasmose
B58.0 Augenerkrankung durch Toxoplasmen
B58.1 Hepatitis durch Toxoplasmen
B58.2 Meningoenzephalitis durch Toxoplasmen
B58.8 Toxoplasmosen mit Beteiligung sonstiger Organe
B58.9 Toxoplasmose, nicht näher bezeichnet

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer postnatalen Toxoplasmose, definiert als **mindestens eines der vier** folgenden Kriterien:

- Lymphknotenschwellung,
- Enzephalitis,
- zentralnervöse Störungen,
- Chorioretinitis.

Labordiagnostischer Nachweis

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

(direkter Erregernachweis:)

- Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- mikroskopischer Erregernachweis, (indirekter (serologischer) Nachweis:)
- IgM-Antikörperrnachweis bei negativer IgG-Avidität,
- IgA-Antikörperrnachweis bei negativer IgG-Avidität,
- ► deutliche Änderung zwischen **zwei** Proben beim Antikörperrnachweis,
- IgG-Antikörperrnachweis (einmaliger ► deutlich erhöhter Wert) bei negativer IgG-Avidität und positivem IgM-Antikörperrnachweis.

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch
 - gemeinsame Expositionsquelle (z. B. Lebensmittel oder Wasser).

Inkubationszeit ca. 5–23 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der postnatalen Toxoplasmose, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der postnatalen Toxoplasmose und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für eine postnatale Toxoplasmose 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 Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorien **B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an postnataler Toxoplasmose (§ 1 Abs. 1 Nr. 27 IfSGMeldeVO) sowie der direkte oder indirekte

Nachweis von *Toxoplasma gondii* (§ 3 Abs. 2 Nr. 4 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

Erregernachweise für **konnatale Toxoplasmose** sind gemäß § 7 Abs. 3 IfSG vom feststellenden Labor direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Speziell hierfür vorgesehene Formulare können beim RKI angefordert werden (labinfo@rki.de und Fax 030. /18754-3533 oder -3522).

Zusätzliche Meldepflicht in Sachsen

Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an angeborener Toxoplasmose (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 d IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Über § 7 Abs. 3 Satz 1 IfSG hinaus ist dem zuständigen Gesundheitsamt der direkte oder indirekte Erregernachweis von *Toxoplasma gondii*, soweit der Nachweis auf eine konnatale Infektion hinweist (§ 3 Abs. 2 Nr. 4 IfSGMeldeVO), namentlich zu melden.

12 Varicella-Zoster-Virus (Varizellen, Windpocken)

ICD10:	B01	Varizellen
	B01.0	Varizellen-Meningitis
	B01.1	Varizellen-Enzephalitis
	B01.2	Varizellen-Pneumonie
	B01.8	Varizellen mit sonstigen Komplikationen
	B01.9	Varizellen ohne Komplikationen

Klinisches Bild

Klinisches Bild der Windpocken definiert als:

- (zuerst makulopapulöser dann vesikulärer) Ausschlag an Haut oder Schleimhaut bei gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel“) ohne erkennbare andere Ursache.

Zusatzinformation

Bei impfpräventablen Krankheiten sollten stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z. B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden.

Labordiagnostischer Nachweis

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

(direkter Erregernachweis in **Abstrichen vom Bläscheninhalt, Liquor, BAL, Blut, oder Gewebe:**)

- Virusisolierung,
- Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR),
- Antigennachweis im direkten Immunfluoreszenztest (DIFA),

(indirekter (serologischer) Nachweis:)

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

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- epidemiologischer Zusammenhang mit einer klinisch bestätigten Erkrankung beim Menschen durch
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung.

Inkubationszeit ca. 8–28 Tage.

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Klinisches Bild der Windpocken ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der Windpocken bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der Windpocken und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild: Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischem Bild, das die Kriterien für Windpocken 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 Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorien **A**, **B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 IfSG eigene Ermittlungen an.

Mecklenburg-Vorpommern: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Gesetz zur Ausführung des Infektionsschutzgesetzes – Infektionsschutzausführungsgesetz – IfSAG M-V) die Erkrankung sowie der Tod an Varizellen (§ 1 Abs. 2 Nr. 5 IfSAG M-V) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Varizella-Zoster-Virus (§ 1 Abs. 2 Nr. 6 IfSAG M-V) nichtnamentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) der direkte oder indirekte Nachweis des Varizella-Zoster-Virus (§ 2 Abs. 1 Nr. 15 IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) die Erkrankung sowie der Tod an Varizellen, auch konnatale (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 e VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Varizellenvirus auch im Zusammenhang mit konnatalen Infektionen (§ 1 Abs. 2 Nr. 6 VO über erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrMVO) die Erkrankung sowie der Tod an Windpocken (§ 1 Nr. 1 i ThürIfKrMVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis des Varizella-Zoster-Virus (§ 2 Nr. 9 ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG ggf. eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen an die zuständige Landesbehörde auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

13 Virusmeningitiden/-meningoenzephalitiden (sofern nicht bereits im Rahmen des IfSG meldepflichtig)

ICD10:	A85.0	Enzephalitis durch Enteroviren
	A85.1	Enzephalitis durch Adenoviren
	A85.8	Virusenzephalitis, nicht näher bezeichnet
	A87.-	Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet
	A87.0	Virusmeningitis durch Enteroviren
	A87.1	Virusmeningitis durch Adenoviren
	A87.9	Sonstige Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet

Klinisches Bild

Klinisches Bild einer Virusmeningitis oder –meningoenzephalitis, definiert als:

- kein Hinweis auf andere Ursache wie neurodegenerative Erkrankungen (z. B. Demenz) **UND**
- **mindestens eines der vier** folgenden Kriterien:
 - Nackensteifigkeit,
 - Kopfschmerzen,
 - Übelkeit/Erbrechen,
 - veränderte Bewusstseinslage.

Labordiagnostischer Nachweis

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

- (direkter Erregernachweis **nur im Liquor:**)
 - Nukleinsäure-Nachweis im Liquor (z. B. PCR),
 - Virusnachweis im Liquor (z. B. Virusanzucht),
- (indirekter (serologischer) Nachweis:)
- erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index (Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper),

(zytologisch:)

- bei Ausschluss einer bakteriellen Infektion: Zellzahl im Liquor bis mehrere Hundert/μl (Nachweis einer lymphozytären Pleozytose).

Epidemiologische Bestätigung

definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung eines zeitlichen und örtlichen Zusammenhangs:

- Epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch:
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung,
 - gemeinsame Expositionsquelle (z.B. Wasser, Lebensmittel).
- Inkubationszeit je nach Erreger

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Virusmeningitis/-meningoenzephalitis, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Virusmeningitis/-meningoenzephalitis 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 Falldefinitionskategorien differenzieren, werden nur Erkrankungen der Kategorien **B** und **C** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Die Meldepflicht wird aufgrund des § 15 Abs. 3 Satz 1 IfSG in einer Landesverordnung geregelt.

Sachsen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz – IfSGMeldeVO) die Erkrankung sowie der Tod an Virusmeningitis/Meningo-enzephalitis (§ 1 Abs. 1 Nr. 15 b IfSGMeldeVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Sachsen-Anhalt: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) die Erkrankung sowie der Tod an Virusmeningitis (§ 1 Nr. 2 d Verordnung über die erweiterte Meldepflicht bei übertragbaren Krankheiten) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Thüringen: Dem Gesundheitsamt wird gemäß Landesverordnung (Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung – ThürIfKrMVO) die Erkrankung sowie der Tod an den im § 6 Abs. 1 nicht genannten übrigen Formen der Meningitis/Enzephalitis (§ 1 Nr. 1 g ThürIfKrMVO) sowie der direkte oder indirekte Nachweis von übrigen Erregern der Meningitis/Enzephalitis (§ 2 Nr. 8 ThürIfKrMVO) namentlich gemeldet. Darüber hinaus stellt das Gesundheitsamt nach § 25 Abs. 1 IfSG eigene Ermittlungen an.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- und Todesfälle, die der Falldefinition entsprechen. Darüber hinaus können zusätzlich zur Meldeverordnung weitere Verpflichtungen zur Übermittlung von Informationen auf der Grundlage landesspezifischer Regelungen bestehen.

Der Beitrag „Falldefinitionen übertragbarer Krankheiten für den ÖGD: Krankheiten, für die gemäß LVO eine erweiterte Meldepflicht zusätzlich zum IfSG besteht“ ist auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts verfügbar: www.rki.de > **Infektionsschutz** > **Infektionsschutzgesetz** > **Falldefinitionen** > **nach Länderverordnungen**.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI, (federführend) FG 32 (Surveillance) und FG 33 (Impfprävention) in Zusammenarbeit mit Gerhard Kaesler (Landesamt für Gesundheit und Soziales, Berlin), Gudrun Stange und Claudia Siffczyk (Landesgesundheitsamt Brandenburg), Dr. Martina Littmann, Almuth Lerche (Landesamt für Gesundheit und Soziales, Mecklenburg-Vorpommern), Dr. Sophie-Susann Merbecks, Annett Friedrich (Landesuntersuchungsanstalt Chemnitz, Sachsen), Dr. Hanna Oppermann, Gudrun Frank, Xenia Schmeigler, Dr. Hanns-Martin Irmscher (Landesamt für Verbraucherschutz, Sachsen-Anhalt), Dr. Evelin Jensen, Dr. Rolf Bergmann, PD Dr. Dagmar Rimek, Dr. Ina Werner (Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz). **Ansprechpartnerin** am RKI ist PD Dr. Gabriele Poggensee (PoggenseeG@rki.de).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

2. Woche 2009 (Datenstand: 28.01.2009)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	104	162	175	1	1	2	2	6	6	26	65	101	1	3	0
Bayern	110	139	186	4	4	2	9	17	36	61	81	130	2	2	2
Berlin	6	26	52	0	0	0	1	7	4	8	12	25	1	1	1
Brandenburg	38	55	41	0	0	1	1	3	7	16	26	24	0	0	1
Bremen	5	7	4	0	0	0	0	0	1	1	1	10	0	0	0
Hamburg	21	31	40	0	0	0	1	1	1	8	14	6	2	3	1
Hessen	49	73	74	1	1	0	0	0	2	22	35	76	0	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	24	37	43	0	0	0	2	4	8	13	20	27	0	0	0
Niedersachsen	63	97	111	0	1	1	0	5	5	35	66	118	0	0	1
Nordrhein-Westfalen	273	393	384	2	5	10	14	19	34	108	184	249	0	1	1
Rheinland-Pfalz	50	69	99	2	3	1	2	3	9	21	42	49	0	0	1
Saarland	23	25	36	0	0	0	0	0	0	11	13	19	1	1	0
Sachsen	75	107	146	0	0	2	5	13	18	24	38	68	0	0	0
Sachsen-Anhalt	13	19	36	0	0	1	7	11	7	9	22	52	0	0	0
Schleswig-Holstein	33	38	56	0	0	1	1	1	2	11	16	34	0	0	0
Thüringen	39	53	59	0	0	0	7	10	17	25	31	46	0	2	1
Deutschland	926	1.331	1.542	10	15	21	52	100	157	399	666	1.034	7	14	9

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.
	2009		2008	2009		2008	2009		2008
Baden-Württemberg	2	4	1	1	1	2	3	9	32
Bayern	0	1	6	1	1	2	17	23	52
Berlin	2	3	3	0	1	5	4	9	16
Brandenburg	0	0	1	0	0	0	1	1	1
Bremen	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Hamburg	0	0	3	0	0	2	0	1	0
Hessen	3	3	0	0	0	1	4	6	5
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	0	0	2	0	0	1
Niedersachsen	2	4	4	1	1	4	2	3	9
Nordrhein-Westfalen	4	4	7	1	3	5	10	14	12
Rheinland-Pfalz	0	0	0	2	2	0	5	7	2
Saarland	0	0	0	0	0	1	1	1	2
Sachsen	0	1	1	0	0	0	1	4	7
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	3	4	0
Schleswig-Holstein	3	3	2	2	3	0	3	5	2
Thüringen	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Deutschland	16	23	30	9	13	24	57	90	143

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen,

2. Woche 2009 (Datenstand: 28.01.2009)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.		1.-2.
2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009		2008	2009			2008
2	2	4	930	1.397	2.515	82	116	243	4	10	12	0	0	4	Baden-Württemberg
4	6	10	1.025	1.296	2.202	110	135	279	3	9	23	1	1	0	Bayern
1	2	3	211	442	1.390	35	72	142	0	1	7	1	1	3	Berlin
1	2	1	547	929	1.349	49	75	294	1	1	2	1	1	2	Brandenburg
0	0	1	84	105	128	9	14	8	1	1	0	0	0	0	Bremen
0	1	1	189	328	597	20	32	35	1	2	3	0	1	0	Hamburg
3	6	3	346	488	1.456	49	66	149	8	8	9	0	0	3	Hessen
1	1	2	167	249	1.053	49	66	165	2	3	5	0	0	2	Mecklenburg-Vorpommern
1	7	4	1.076	1.585	3.148	105	145	220	3	3	4	1	2	2	Niedersachsen
4	10	16	2.371	3.403	5.774	171	264	450	7	13	19	2	5	9	Nordrhein-Westfalen
5	5	3	454	713	1.603	55	88	198	2	4	5	1	1	0	Rheinland-Pfalz
0	0	0	99	102	486	11	16	69	1	1	1	1	1	0	Saarland
10	16	18	889	1.460	2.374	78	120	489	2	3	9	2	3	2	Sachsen
0	1	5	253	443	949	31	67	179	1	4	6	0	0	0	Sachsen-Anhalt
3	3	3	369	469	961	15	26	43	1	1	1	0	0	0	Schleswig-Holstein
4	8	10	620	871	1.248	57	87	223	1	2	1	1	1	1	Thüringen
39	70	84	9.630	14.280	27.233	926	1.389	3.186	38	66	107	11	17	28	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.	2.	1.-2.	1.-2.		
2009		2008	2009		2008	2009		2008		
1	4	2	0	0	0	9	13	18	Baden-Württemberg	
2	4	6	0	2	7	2	5	23	Bayern	
0	0	1	0	0	0	7	12	13	Berlin	
0	0	1	0	0	0	0	0	2	Brandenburg	
0	1	0	0	0	1	2	3	0	Bremen	
1	1	0	0	1	0	7	7	9	Hamburg	
0	0	1	0	0	0	5	9	11	Hessen	
1	1	1	0	0	0	2	2	3	Mecklenburg-Vorpommern	
2	4	2	0	0	0	3	3	7	Niedersachsen	
6	8	6	0	0	0	11	19	49	Nordrhein-Westfalen	
0	0	1	1	1	0	3	5	5	Rheinland-Pfalz	
0	0	1	0	0	0	2	2	1	Saarland	
0	1	0	0	0	0	1	3	7	Sachsen	
2	2	0	0	0	0	1	1	4	Sachsen-Anhalt	
0	1	0	0	0	0	0	1	2	Schleswig-Holstein	
0	0	1	0	0	0	2	3	5	Thüringen	
15	27	23	1	4	8	57	88	159	Deutschland	

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 04.05.2001.

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

2. Woche 2009 (Datenstand: 28.01.2009)

Krankheit	2. Woche 2009	1.–2. Woche 2009	1.–2. Woche 2008	1.–52. Woche 2008
Adenovirus-Erkrankung am Auge	5	9	3	180
Brucellose	0	1	2	24
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	0	2	113
Dengue-Fieber	1	2	11	271
FSME	0	0	0	287
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	0	0	58
Hantavirus-Erkrankung	2	2	26	243
Hepatitis D	0	0	0	7
Hepatitis E	2	2	3	101
Influenza	605	792	198	14.854
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	8	10	4	150
Legionellose	3	9	13	510
Leptospirose	2	2	2	64
Listeriose	8	10	9	292
Ornithose	0	0	0	21
Paratyphus	0	1	2	81
Q-Fieber	1	2	1	341
Trichinellose	0	0	0	1
Tularämie	0	1	1	15
Typhus abdominalis	1	1	2	69

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung

Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya:

1. Bayern, 38 Jahre, weiblich (Infektionsland Sri Lanka, 31. Meldewoche 2008)
2. Rheinland-Pfalz, 46 Jahre, männlich (Infektionsland Sri Lanka, 37. Meldewoche 2008; 13. und 14. Chikungunya-Fall 2008)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur Situation bei ARE/Influenza in der 4. Kalenderwoche (KW) 2009

Deutschland: Die Aktivität der ARE ist bundesweit – auch in den südlichen Bundesländern – deutlich angestiegen und befindet sich weiterhin auf einem stark erhöhten Niveau. Weitere Informationen: <http://influenza.rki.de/agi>.

Europa: In der 3. KW 2009 breitete sich die Influenza weiter aus. Die meisten Länder meldeten mittlere bis hohe Influenza-Intensität. Weitere Informationen: <http://www.eiss.org>.

Aviäre Influenza bei Vögeln/Geflügel

Deutschland/International: Zurzeit keine Ausbrüche hochpathogener aviärer Influenza A/H5N1 in Deutschland oder Europa bei Geflügel oder Wildvögeln. Weitere Informationen zu aviärer Influenza: <http://www.fli.bund.de>, zum internationalen Geschehen: www.oie.int/eng/info.

Aviäre Influenza bei Menschen

International: Das Gesundheitsministerium in **Ägypten** bestätigte einen neuen Fall einer humanen H5N1-Infektion bei einem 2-jährigen Mädchen aus dem Distrikt Shebin Elkom. Es erkrankte am 23.01.2009 und wurde hospitalisiert. Sein Zustand ist stabil. Das Gesundheitsministerium in **Indonesien** hat zwei Fälle einer humanen A/H5N1-Infektion bestätigt: Eine 29-jährige Frau aus der Provinz Banten erkrankte am 11.12.2008, wurde am 13.12. hospitalisiert und starb am 16.12.2008. Der zweite Fall ist ein 5-jähriges Mädchen aus der Provinz West-Java, das am 23.12. erkrankte, am 27.12.2008 ins Krankenhaus eingeliefert wurde, wo es am 02.01.2009 starb. In beiden Fällen waren Märkte zum Kauf von Geflügelfleisch besucht worden. Das Gesundheitsministerium in **China** bestätigte den Tod des 16-jährigen Jungen aus der Provinz Hunan, dessen A/H5N1-Infektion letzte Woche gemeldet wurde, und gab drei weitere Fälle bekannt: Eine 31-jährige Frau aus Urumqi erkrankte am 10.01. und starb trotz Behandlung am 23.01.2009 im Krankenhaus. Ein 29-jähriger Mann aus der Stadt Guiyang erkrankte am 15.01. und befindet sich in kritischem Zustand. Ein 18-jähriger Mann aus der Stadt Beiliu erkrankte am 19.01. und starb am 26.01.2009. Weitere Informationen: www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 4. Kalenderwoche 2009 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI, dem NRZ für Influenza am RKI und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK).

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistentin: Sylvia Fehrmann
Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de
Fax: 030.18754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030 18.754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273