

**Die Senatorin für  
Gesundheit, Frauen und  
Verbraucherschutz**



# **Infektionsalarmplan des Landes Bremen**

**Maßnahmen bei  
Auftreten hochkontagiöser und  
lebensbedrohlicher  
Infektionskrankheiten**

Stand: 31.01.2020

# Inhaltsverzeichnis

|      |                                                                                  |    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1    | Einleitung .....                                                                 | 3  |
| 2    | Falldefinitionen .....                                                           | 4  |
| 3    | Empfehlungen und Steckbriefe des RKI zu ausgewählten Infektionskrankheiten ..... | 4  |
| 3.1  | Milzbrand: .....                                                                 | 4  |
| 3.2  | Virale hämorrhagische Fieber: .....                                              | 4  |
| 3.3  | Pest.....                                                                        | 4  |
| 3.4  | MERS (Middle East Respiratory Syndrome) .....                                    | 4  |
| 4    | Meldung, Übermittlung und Information (Anlage 1).....                            | 4  |
| 5    | Öffentlichkeitsarbeit.....                                                       | 5  |
| 6    | Vorgehensweise bei Verdacht auf eine hochkontagiöse Infektionskrankheit ...      | 5  |
| 6.1  | Anamnese des Patienten .....                                                     | 5  |
| 6.2  | Patiententransport und -versorgung.....                                          | 5  |
| 6.3  | Schutzkleidung .....                                                             | 6  |
| 6.4  | Umgang mit Kontaktpersonen.....                                                  | 6  |
| 6.5  | Labordiagnostik .....                                                            | 6  |
| 6.6  | Probenverpackung .....                                                           | 6  |
| 6.7  | Probenversand und Probentransport.....                                           | 7  |
| 6.8  | Desinfektion und Abwasserentsorgung .....                                        | 8  |
| 6.9  | Abfallentsorgung .....                                                           | 8  |
| 6.10 | Umgang mit Verstorbenen.....                                                     | 9  |
| 7    | Aktualisierung des Infektionsalarmplanes .....                                   | 9  |
| 8    | Rechtsgrundlagen, Vorschriften und Empfehlungen .....                            | 9  |
| 9    | Hinweise zu den Anlagen.....                                                     | 10 |
|      | Anlage 1 .....                                                                   | 11 |
|      | Anlage 2 .....                                                                   | 12 |
|      | Anlage 3 .....                                                                   | 13 |
|      | Anlage 4 .....                                                                   | 15 |
|      | Anlage 5 .....                                                                   | 17 |
|      | Anlage 6 .....                                                                   | 19 |
|      | Anlage 7 .....                                                                   | 21 |
|      | Anlage 8 .....                                                                   | 24 |
|      | Anlage 9 .....                                                                   | 26 |
|      | Anlage 10 .....                                                                  | 30 |
|      | Anlage 11 .....                                                                  | 33 |

# 1 Einleitung

Der **Infektionsalarmplan** des Landes Bremen fasst für verschiedene hochkontagiöse Infektionskrankheiten die wesentlichen Informationen, Empfehlungen und Maßnahmen zusammen. Diese sind in Abstimmung mit den aktuell gültigen Fachempfehlungen insbesondere des Robert Koch- Institutes (RKI) erstellt und an die Bedarfe und Gegebenheiten im Land Bremen angepasst.

Der Infektionsalarmplan wird regelmäßig- insbesondere bei einem erhöhten Risiko des Auftretens von hochkontagiösen Krankheitserregern in Deutschland- aktualisiert.

Wichtige aktuelle Regelungen werden bei Vorliegen einer besonderen Lage in farbig unterlegten Kästen an den entsprechenden Stellen des Infektionsalarmplanes kenntlich gemacht.

Das **Infektionsschutzgesetz** (IfSG) schreibt den Ländern vor, für bestimmte hochkontagiöse, lebensbedrohliche Infektionskrankheiten Maßnahmen und Vorkehrungen zu treffen.

Als lebensbedrohliche hochkontagiöse Infektionskrankheiten sind laut Infektionsschutzgesetz (§ 6 IfSG) namentlich die Pest und die von Mensch zu Mensch übertragbaren hämorrhagischen Fieber meldepflichtig. Aber auch das Auftreten anderer bedrohlicher Infektionskrankheiten (wie z.B. Milzbrand und MERS) bedarf einer umsichtigen und strukturierten Vorgehensweise, um Dritte nicht zu gefährden.

Das **Robert-Koch-Institut (RKI)** ist eine wissenschaftlich arbeitende obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums. Sie erstellt auf Basis des IfSG unter anderem Empfehlungen zu allen wichtigen Erkrankungen. Um Ausbrüche seltener, hochkontagiöser und lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten erfolgreich zu verhindern bzw. einzudämmen, bietet das RKI für Fachkreise spezielle Informationen an, um frühzeitig für diese biologischen Gefahren zu sensibilisieren: [Erkennen, bewerten und bewältigen von außergewöhnlichen biologischen Gefahrenlagen](#)

Die **Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV)** bilden das völkerrechtliche Fundament der internationalen Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Sie sind in ihrer aktuellen Fassung auf sämtliche Ereignisse anwendbar, die eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen können. Die WHO beruft im Falle des Auftretens einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite einen Notfallausschuss aus internationalen Experten und Vertretern des meldenden Mitgliedstaates ein und entscheidet über das weitere Vorgehen. Auch im weiteren Verlauf des Geschehens sollen regelmäßig relevante Informationen, zusammen mit der Falldefinition, den Laborergebnissen, der Ursache und Art des Risikos, der Zahl der Krankheits- und Todesfälle sowie die Ausbreitung beeinflussende Bedingungen und weitere getroffene Gesundheitsmaßnahmen vom RKI an die WHO gemeldet werden.

## 2 Falldefinitionen

Für die im Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Infektionskrankheiten hat das RKI für die Gesundheitsämter **Falldefinitionen** festgelegt, welche die Kriterien für die Übermittlung der gemeldeten Fälle an das RKI festlegen. Die Falldefinitionen finden sich in aktueller Fassung unter: [Falldefinitionen des RKI](#)

Die Falldefinitionen legen nicht die Kriterien für die Meldung an das Gesundheitsamt fest und richten sich daher nicht an klinisch oder labordiagnostisch tätige Ärzte.

## 3 Empfehlungen und Steckbriefe des RKI zu ausgewählten Infektionskrankheiten

Zu ausgewählten hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten finden sich weiterführende Informationen unter diesen Links:

### 3.1 Milzbrand:

[Informationen zu Anthrax \(Milzbrand, Bacillus anthracis\)](#)

### 3.2 Virale hämorrhagische Fieber:

- **Ebolafieber** ([Informationen zu Ebolafieber](#))
- **Lassafieber** ([Informationen zu Lassafieber](#))
- **Marburgfieber** ([Informationen zu Marburgvirus-Infektionen](#))

### 3.3 Pest

[Informationen zu Pest \(Yersinia pestis\)](#)

### 3.4 MERS (Middle East Respiratory Syndrome)

[Informationen zu MERS \(Middle East Respiratory Syndrome\)](#)

## 4 Meldung, Übermittlung und Information (Anlage 1)

Der Verdachtsfall ist vom feststellenden **Arzt** (§ 6, 8 IfSG) oder **Labor** (§ 7 IfSG) unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die **Gesundheitsämter** Bremen und Bremerhaven übermitteln Verdachtsfälle gemäß § 12 IfSG an das **Landeskompetenzzentrum (LKZ) „Infektionsepidemiologie“** (Landesbehörde im Gesundheitsamt Bremen, Referat 30, Carmen Kellner, Fax Nr. 0421/496-10069).

Die entsprechenden **Meldebögen für Ärzte und Labore** finden sich [hier](#) (Anlage 2 und Anlage 3)

Das Landeskompetenzzentrum am Gesundheitsamt Bremen prüft unverzüglich die vom zuständigen Gesundheitsamt erhaltenen Daten/Informationen nach § 12 (1) Nr. 1 – 3 IfSG und übermittelt diese an das Robert Koch- Institut (siehe Anlage 4 und Anlage 5). Das LKZ informiert außerdem unverzüglich die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (Dirk Heimsoth-Ranft, Abt. 4 Referat 43, Fax 0421/496-9556).

Die Zusammenarbeit bzw. der Informationsaustausch bei epidemisch bedeutsamen Fällen zwischen RKI, dem Bundesministerium für Gesundheit, Behörden des Bundes, Behörden des öffentlichen Gesundheitswesens der Länder und weiteren beteiligten Behörden und Stellen erfolgt mit Unterstützung des RKI. Die Verfahren sind in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung – IfSG Koordinierungs-VwV) vom 12. Dezember 2013 festgelegt.

Das RKI übernimmt die internationalen Meldeverpflichtungen (WHO, EU).

## **5 Öffentlichkeitsarbeit**

Wegen der überregionalen Bedeutung liegt die Federführung der Öffentlichkeitsarbeit in Bremen bei der Pressestelle der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.

## **6 Vorgehensweise bei Verdacht auf eine hochkontagiöse Infektionskrankheit**

### **6.1 Anamnese des Patienten**

Zur Sicherung des Verdachtes ist eine ausführliche Befragung über die Vorgeschichte (Anamnese) erforderlich (Anlage 6): [Spezifische Anamnese \(Patientenfragebogen\)](#)

Sobald ein Verdachtsfall an das Gesundheitsamt gemeldet wird, ist dieses federführend tätig.

### **6.2 Patiententransport und -versorgung**

Verdächtige schwer erkrankte Patienten, die nicht unmittelbar in das Behandlungszentrum für hochkontagiöse Infektionskrankheiten (BZHI) in Hamburg übernommen werden können, werden innerhalb Bremens ausschließlich von der Feuerwehr Bremen bzw. Bremerhaven zunächst mit einem Spezialtransport in ein zu bestimmendes Krankenhaus gebracht. Kann das BZHI den Verdachtsfall nicht direkt übernehmen, ist für eine vorübergehende stationäre Versorgung vorrangig

eine Verlegung des Patienten in einen Isolierbereich des Klinikums Bremen Mitte bzw. des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide anzustreben. Grundsätzlich müssen jedoch alle Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags eine kurzzeitige, vorübergehende ambulante Erstversorgung sicherstellen. **Die Entscheidung über Art und Ziel des Transportes obliegt dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes.** Sofern der klinische Zustand des Patienten es zulässt, spätestens jedoch wenn ein bestätigter Fall vorliegt, wird in Absprache mit dem Amtsarzt eine Verlegung in das Bernhard Nocht- Institut in Hamburg (BZHI) angestrebt. Der Infektionstransport dorthin erfolgt durch die Feuerwehr Hamburg mit Spezialfahrzeugen (Anlage 7).

Die temporäre Absonderung (barrier nursing) innerhalb der Krankenhäuser erfolgt in Abstimmung mit dem zuständigen Amtsarzt (Anlage 8).

Grundsätzliche Regelungen zum Krankentransport kontagiöser Patienten liegen allen Rettungsdiensten im Land Bremen vor (Anlage 9): [Verfahren zum Krankentransport/zur Notfallrettung kontagiöser \(ansteckender\) Patienten](#)

### 6.3 Schutzkleidung

Hinsichtlich der persönlichen Schutzausrüstung für biologische Gefahrenlagen wird auf die Hinweise des RKI verwiesen (Anlage 10): [Informationen zur Schutzausrüstung](#)

### 6.4 Umgang mit Kontaktpersonen

Eine Differenzierung von und Maßnahmen bei Kontaktpersonen ist entsprechend den Vorgaben des RKI vorzunehmen (Anlage 11): [Informationen zum Kontaktpersonen-Management](#)

### 6.5 Labordiagnostik

Für die Diagnostik hochinfektiöser Erkrankungen stehen deutschlandweit ausgewiesene Labore (Nationale Referenzzentren) mit spezifischen Leistungsangeboten und Kontaktadressen zur Verfügung: [Gesamtliste der Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlabore](#)

Im Verdachtsfall auf eine hochkontagiöse Erkrankung bzw. zur Ausschlussdiagnostik anderer Infektionskrankheiten ist eine Abstimmung zwischen dem Krankenhaus, dem örtlichen Medizinischen Labor und dem entsprechenden Nationalen Referenzzentrum unter Einbeziehung des zuständigen Gesundheitsamtes erforderlich.

### 6.6 Probenverpackung

Biologische Proben, von denen vermutlich eine Gefahr für Mensch und/ oder Tier ausgeht, müssen sorgsam verpackt zum zuständigen Labor transportiert werden. Dabei gilt es verschiedene gesetzliche Vorschriften einzuhalten. Diese sind im Wesentlichen durch das **Europäische Übereinkommen zur internationalen Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße (ADR)** festgelegt.

In der **Klasse 6.2 des ADR** werden für die Stoffe (kategorisiert nach Ansteckungspotential) konkrete Kennzeichnungs-, Verpackungs- und Beförderungsrichtlinien festgelegt. [Weiterführende Informationen zu Probentransporten nach ADR](#)

#### **Kategorie A: Klasse 6.2**



**Klassifizierung:** UN 2814 oder UN 2900/**Verpackung:** P 620. Ein ansteckungsgefährlicher Stoff, der in einer solchen Form befördert wird, dass er bei einer Exposition bei sonst gesunden Menschen oder Tieren eine dauerhafte Behinderung oder eine lebensbedrohende oder tödliche Krankheit hervorrufen kann.

Die Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven verfügen über entsprechendes Verpackungsmaterial. Dies steht im Ausnahmefall nach vorheriger Absprache zur Verfügung. Die Feuerwehr Bremen verfügt ebenfalls über einzelne Verpackungsbehälter. Die Behälter können beispielsweise bezogen werden bei Air Sea Containers Ltd, 521 Cavendish Street, Birkenhead CH41 8FZ, England (Artikel: BIOPACK 1 (50 ml), BIOPACK 1 (330 ml), BIOPACK (1,5 l), Tel.: 0044 – 151 653 1500; E-Mail: [sales@air-sea.co.uk](mailto:sales@air-sea.co.uk)

#### **Kategorie B: Klasse 6.2**



**Klassifizierung:** UN 3373/**Verpackung:** P 650. Ein ansteckungsgefährlicher Stoff, der den Kriterien für eine Aufnahme in Kategorie A nicht entspricht.

### **6.7 Probenversand und Probentransport**

#### **Kategorie A**

In der Regel erfolgt der Versand/Transport von Verdachtsproben nach UN 3373. Bei konkretem Verdacht auf das Vorliegen eines Erregers der Kategorie A (z.B. bei viralem hämorrhagischem Fieber oder Anthrax) kann für den Transport von Proben die UN 2814 angewendet werden (vgl. [Vorgehensweise bei Verdacht auf Kontamination mit hochpathogenen und bioterroristisch relevanten Agenzien](#)).

Da in der Regel die Untersuchung der Proben sehr eilig ist, kann entsprechend der o.g. Empfehlung des RKI in Ausnahmesituation der Transport als „Notfallbeförderung zur Rettung menschlichen Lebens oder zum Schutz der Umwelt“ von Polizei oder

Rettungskräften durchgeführt werden und ist dann von Gefahrgutbestimmungen befreit. Auch in diesem Fall sind alle Maßnahmen zu treffen, um eine sichere Beförderung zu gewährleisten.

Der Versand von Proben der Kategorie A sollte umgehend mit dem betroffenen spezialisierten Labor (siehe Anlage 0) telefonisch abgesprochen werden. Eine Beförderung auf dem Postweg ist nicht gestattet. Der Kurierdienst TNT transportiert Proben nach UN 2814 nicht. Im Bedarfsfall kann eine Beförderung mit World Courier erfolgen, Tel. 040- 22 63 34 10 (Hamburg): World Courier Adressen in Deutschland

Für Ärzte, Einsatzkräfte und den öffentlichen Gesundheitsdienst steht in fachlichen Fragen das Robert Koch-Institut rund um die Uhr zur Verfügung (siehe Anlage 0).

### **Kategorie B**

Biologische Substanzen der Kategorie B können nach UN 3373 in der entsprechenden Verpackung auf dem Postweg versandt werden. Wenn Eile geboten ist, ist ein autorisierter Kurierdienst zu bevorzugen:

TNT-Express GmbH, Zentrale Rufnummer Tel: 01806-900 800: [TNT Versand in Bremen](#)

## **6.8 Desinfektion und Abwasserentsorgung**

Für die Desinfektion von Händen, Flächen u.a. sind nur Desinfektionsmittel zu verwenden, die in die folgenden Listen aufgenommen sind:

[Liste des Verbandes für Angewandte Hygiene \(VAH\)](#)

[Liste des RKI](#)

Behördliche Entseuchungen sind ausschließlich mit Desinfektionsverfahren der RKI- Liste durchzuführen.

Das Abwasser, das bei der Versorgung von Verdachtsfällen anfällt, kann in der Regel nach den üblichen Verfahren entsorgt werden. Bei Bedarf werden gesonderte Verfahren bekanntgegeben.

## **6.9 Abfallentsorgung**

Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht besondere Anforderungen gestellt werden, werden nach dem Abfallschlüssel AS 18 01 03 entsorgt. Die Abfälle sollten bei Bedarf vor der endgültigen Entsorgung mit vom Robert Koch-Institut anerkannten Verfahren (s. Liste oben) desinfiziert bzw. autoklaviert werden. [Weiterführende Informationen zur Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes](#)

Falls die Inaktivierung des infektiösen Abfalls vor Ort aus technischen oder logistischen Gründen nicht möglich ist, muss der Abfall außerhalb des Anfallortes sachgerecht beseitigt werden. In diesem Fall ist der Abfall in einer Sonderabfallverbrennungsanlage



(SAV), die für den Abfall mit Abfallschlüssel 180103 genehmigt ist, der sachgerechten Verbrennung zuzuführen.

Für den Transport zur SAV muss entsprechend dem ADR der Abfall grundsätzlich nach der Verpackungsvorschrift P620 mit der Kennzeichnung UN 2814 verpackt werden. Für kleine Materialmengen sind entsprechende Behälter zugelassen.

## **6.10 Umgang mit Verstorbenen**

Für an hochkontagiösen Erkrankungen Verstorbene müssen flüssigkeits- und luftdicht verschließbare Leichensäcke verwendet werden, die von außen desinfiziert werden müssen. Ein direkter Berührungskontakt zu den Verstorbenen ist zu vermeiden. Die entsprechend zu verwendende Schutzkleidung entnehmen Sie den Vorgaben für hochkontagiöse Erkrankungen (siehe oben).

Unter Federführung des Gesundheitsamtes unter Einbindung des Institutes für Rechts- und Verkehrsmedizin ist die Leiche in dem Leichensack in einen Holzsarg zu betten und ins Krematorium zu bringen. Der Sarg darf nicht mehr geöffnet werden. Eine Verbrennung der Leiche muss gegebenenfalls angeordnet werden.

Eine Obduktion soll in der Regel nicht erfolgen, Blutproben oder z.B. ein Leberbiopsiezylinder sind für die Diagnostik oft ausreichend.

## **7 Aktualisierung des Infektionsalarmplanes**

Der Infektionsalarmplan wird durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz regelmäßig geprüft und aktualisiert.

Den Akteuren des öffentlichen Gesundheitsdienstes, den Feuerwehren und der Polizei steht eine ergänzte Version dieses Infektionsalarmplans zur Verfügung. Die nicht zur Veröffentlichung bestimmte ergänzte Version beinhaltet eine zusätzliche Anlage (Anlage 0) in der wichtige Kontaktadressen (teilweise mit privaten Kontaktdaten zur Erreichbarkeit auch außerhalb üblicher Dienstzeiten) enthalten sind.

Bitte richten Sie Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge an:

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, Dirk Heimsoth-Ranft, Contrescarpe 72, 28195 Bremen, Tel.: 0421/361-9556, Fax: 0421/496-9556, E-Mail: [dirk.heimsoth-ranft@gesundheit.bremen.de](mailto:dirk.heimsoth-ranft@gesundheit.bremen.de)

## **8 Rechtsgrundlagen, Vorschriften und Empfehlungen**

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 30 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist
  - a) Meldepflicht: § 6 (Krankheiten) und § 7 (Krankheitserreger)
  - b) Verhütung übertragbarer Krankheiten §§ 16 - 23

- c) Bekämpfung: §§ 24 – 32  
Beobachtung: § 29  
Absonderung: § 30 Abs. 1 – 3  
Räume, Einrichtungen, Transportmittel, Personal (Gemeinden, nötigenfalls Bundesländer): § 30 Abs. 4 – 7  
Untersagung beruflicher Tätigkeiten: § 31
- Biostoffverordnung vom 15.07.2013 (BGBl. I S. 2514)
- Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (205) (IGV-Durchführungsgesetz - IGV-DG) vom 21.03.2013 (BGBl. I S.566)

## 9 Hinweise zu den Anlagen

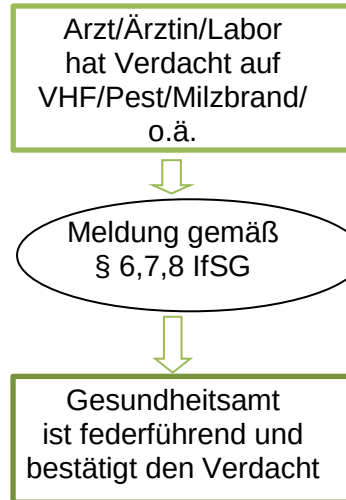
Die beigefügten eingescannten Anlagen dienen ausschließlich der ersten Orientierung insbesondere beim Lesen der gedruckten Version des Infektionsalarmplans. Sie sind keine vollständige Darstellung der im Infektionsalarmplan eingefügten Links. Wenn Sie einzelne Formulare verwenden möchten, öffnen Sie diese bitte über die entsprechenden Links und drucken sie dann aus.

Bitte beachten Sie, dass bei epidemisch bedeutsamen Lagen das Robert Koch-Institut regelmäßig Informationen (wie z.B. Formulare und Merkblätter) aktualisiert. Über die Links des Infektionsalarmplans kommen Sie zu der jeweils aktuellen Empfehlung. Die gesammelten aktuellen Dokumente des RKI sind auf der [Homepage](#) einsehbar.

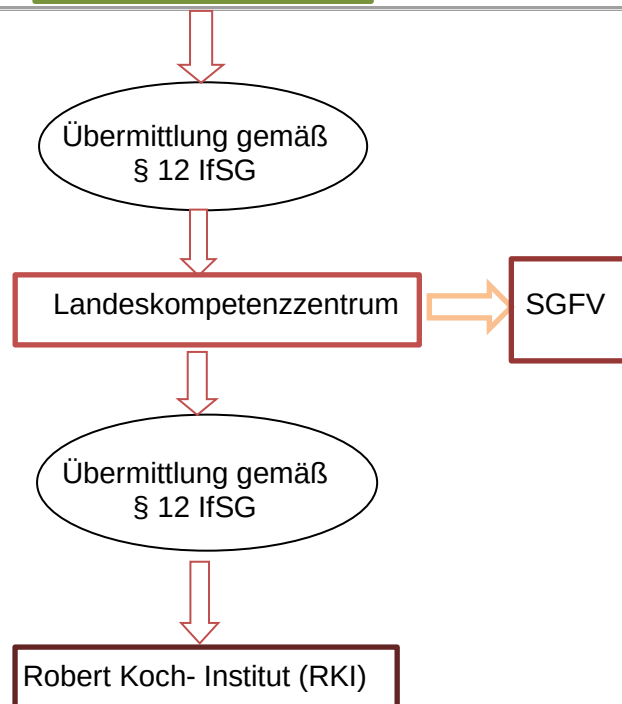
## Anlage 1

### Melde-, Übermittlungs- und Informationswege bei Auftreten einer hochinfektiösen Infektionskrankheit

#### Meldung



#### Übermittlung



#### Bewertung und Information



## Anlage 2

| <b>Patientin (Name, Vorname, Adresse):</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Meldeformular</b><br><b>Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG</b><br><span style="float: right;">- Vertraulich -</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br><b>geb. am:</b> _____<br><b>Telefon<sup>1)</sup>:</b> _____<br><small><sup>1)</sup>Telefonnummer des Patienten/ der Patientin für Rückfragen bitte eintragen</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Verdacht<br><input type="checkbox"/> Klinische Diagnose<br><input type="checkbox"/> Tod Todesdatum: _____<br><input type="checkbox"/> Erkrankungsdatum: _____<br><input type="checkbox"/> Diagnosedatum: _____<br><input type="checkbox"/> Datum der Meldung: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Angaben zum Impfstatus:</b><br>(bei impfpräventablen Krankheiten)<br><input type="checkbox"/> Geimpft, Anzahl Impfdosen: _____<br>Datum der letzten Impfung: _____<br>Impfstoff: _____<br><input type="checkbox"/> Nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> Botulismus<br><input type="checkbox"/> Cholera<br><input type="checkbox"/> Clostridioides difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform<br><input type="checkbox"/> Labornachweis liegt vor (bitte Laborbefund beifügen)<br><input type="checkbox"/> Endoskopie: pseudomembranöse Kolitis<br><input type="checkbox"/> stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion<br><input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation<br><input type="checkbox"/> Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon<br><input type="checkbox"/> Perforation oder refraktärer Kolitis<br><input type="checkbox"/> Tod innerhalb 30 Tagen nach Diagnose und CDI als direkte Todesursache oder zum Tode beitragende Erkrankung<br><input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form)<br><input type="checkbox"/> Diphtherie<br><input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie<br><input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ: _____<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Ikterus (Gelbsucht)<br><input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden<br><input type="checkbox"/> erhöhte Serumentensinasen<br><input type="checkbox"/> Verdacht auf chronische Infektion<br><input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)<br><input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische<br><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie<br><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung<br><input type="checkbox"/> ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS<br><input type="checkbox"/> Influenza, zoonotisch (bei akuter Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)<br><input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)<br><input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)<br><input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten<br><input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor<br><input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen<br><input type="checkbox"/> NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoen | <input type="checkbox"/> Masern<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag (makulopapulös)<br><input type="checkbox"/> Husten<br><input type="checkbox"/> Katarh (wässriger Schnupfen)<br><input type="checkbox"/> Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)<br><input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung<br><input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild<br><input type="checkbox"/> Purpura fulminans<br><input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom<br><input type="checkbox"/> Ekchymosen<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufversagen<br><input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen<br><input type="checkbox"/> Pneumonie<br><input type="checkbox"/> makulopapulöses Exanthem<br><input type="checkbox"/> meningale Zeichen<br><input type="checkbox"/> Petechien<br><input type="checkbox"/> Milzbrand<br><input type="checkbox"/> Mumps<br><input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüsen (≥ 2 Tage)<br><input type="checkbox"/> Enzephalitis<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Hörverlust<br><input type="checkbox"/> Meningitis<br><input type="checkbox"/> Hoden- bzw. Eierstockentzündung<br><input type="checkbox"/> Perikarditis<br><input type="checkbox"/> Paratyphus<br><input type="checkbox"/> Pest<br><input type="checkbox"/> Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schiefe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)<br><input type="checkbox"/> Röteln<br><input type="checkbox"/> Postnatal <input type="checkbox"/> Konnatal | <input type="checkbox"/> Tollwut<br><input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)<br><input type="checkbox"/> Typhus abdominalis<br><input type="checkbox"/> Tuberkulose<br><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis<br><input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)<br><input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)<br>Erreger (falls bekannt): _____<br><input type="checkbox"/> Erregerdiagnostik ist beauftragt<br><input type="checkbox"/> Windpocken (nicht Gürtelrose)<br><input type="checkbox"/> Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. "Stemmenhimmel")<br><input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis<br><input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben<br><input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang<br>Erreger (falls bekannt): _____<br><input type="checkbox"/> Erregerdiagnostik ist beauftragt<br><input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung<br>Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist<br><input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit durch:<br><input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit<br><input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen (≥ 2 Fälle mit wirtsch. o. vermuteten epidemiologischen Zusammenhang)<br>Art der Erkrankung / Erreger: _____<br><input type="checkbox"/> Erregerdiagnostik ist beauftragt |  |
| <b>Epidemiologische Situation</b><br><input type="checkbox"/> Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig<br><input type="checkbox"/> Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG))<br><input type="checkbox"/> Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig (z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenerkrankung (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG))<br><input type="checkbox"/> Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder und Jugendliche (z.B. Schule, Kinderkrippe; § 33 IfSG)<br><input type="checkbox"/> Patient/in ist in Krankenhaus/ stationärer Pflegeeinrichtung seit: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Name / Ort der Einrichtung:</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle</b><br><input type="checkbox"/> Patient/in war im Ausland von: _____ bis: _____ Land / Länder: _____<br><input type="checkbox"/> Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle: _____<br><input type="checkbox"/> Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)<br>Erregername, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition etc.: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>► unverzüglich zu melden an:</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:</b><br/>           GESUNDHEITSAMT Bremen<br/>           - Infektionsepidemiologie -<br/>           Homer Str. 60-70 • 28203 Bremen<br/>           Telefon: 361 - 15 131<br/> <b>FAX: 0421 - 496 - 15 918</b> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt.<br>Name / Ort / Telefonnummer des Labors: _____<br><input type="checkbox"/> Probenahme am: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>Meldende Person</b><br>(Name, Praxis/Krankenhaus/ Einrichtung, Adresse, Telefonnr.):<br><div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

Meldebogen GA BREMEN Stand: 16.06.2019

## Anlage 3

### LABOR-MELDEFORMULAR

#### Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

Bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts für Meldungen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG bei Nachweis von *Echinococcus* spp., HIV, *Plasmodium* spp., *Toxoplasma gondii* (koninatale Infektion) sowie *Treponema pallidum* nutzen.

| <b>Gesundheitsamt – vertraulich –</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>0421 - 361 - 15 131</b><br/> <small>Telefon</small> </div> <div style="width: 45%;"> <b>0421 - 496 - 15 918</b><br/> <small>Fax</small> </div> </div><br><b>Bremen - Infektionsepidemiologie -</b><br><small>zuständiges Gesundheitsamt</small><br><br><b>Homer Straße 60-70</b><br><small>Straße und Hausnummer</small><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>28203</b><br/> <small>PLZ</small> </div> <div style="width: 45%;"> <b>Bremen</b><br/> <small>Ort</small> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle</b><br><br><small>Labor / Untersuchungsstelle</small><br><br><small>Straße und Hausnummer</small><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <small>PLZ</small><br/> <br/> <small>Ort</small> </div> <div style="width: 45%;"> <br/> <br/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <small>Meldende Person</small><br/> <br/> <small>E-Mail</small> </div> <div style="width: 45%;"> <small>Telefon</small><br/> <br/> <small>Datum:</small> <small>Tag</small> / <small>Monat</small> / <small>Jahr</small> </div> </div> |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patient/in</b> <b>Name, Vorname:</b> _____ <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Männlich <b>Geburtsdatum:</b> _____<br><small>Tag</small> / <small>Monat</small> / <small>Jahr</small><br><br><b>Hauptwohnsitz:</b> _____<br><small>Straße und Hausnummer</small> <small>PLZ</small> <small>Ort</small><br><br><b>Derzeitiger Aufenthaltsort</b> _____<br><small>(falls abweichend)</small> <small>Straße und Hausnummer</small> <small>PLZ</small> <small>Ort</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Labordiagnostischer Untersuchungsbefund</b><br><b>Krankheitserreger / Untersuchungsbefund:</b> _____<br><small>(erstelle Angaben zu Spezies, Serovar, Pathovar, Toxintyp, Resistenzen, etc., soweit durchgeführt)</small><br><b>Untersuchungsmaterial:</b> _____ <b>Eingangsdatum des Materials:</b> _____<br><small>Tag</small> / <small>Monat</small> / <small>Jahr</small><br><br><b>Labornummer:</b> _____<br><small>(bei mehreren Materialien bitte kennzeichnen welche Nachweismethode für welches Material verwendet wurde)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nachweismethode:</b> Nur bei positivem Befund ankreuzen (Angaben gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, s. Rückseite)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Serologischer Nachweis</b><br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Einzelner deutlich erhöhter Wert</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Deutliche Änderung zwischen 2 Proben</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IgM</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IgG</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IgA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antikörpernachweis<br/><small>(ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)</small></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andere/nähere Bezeichnung*</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table><br><small>* (z.B. intrahepatisch gebildete Antikörper)</small><br><b>Zusatztest</b> _____<br><small>(z.B. Immunoblot, HBeAg-NT)</small><br><br><b>Toxinnachweis</b><br><input type="checkbox"/> direkter Toxinnachweis<br><input type="checkbox"/> Nachweis des Toxins (z.B. PCR)<br><input type="checkbox"/> indirekter (serologischer) Toxinnachweis<br><br><b>Virulenzfaktornachweis</b><br><input type="checkbox"/> eae <input type="checkbox"/> ipaH <input type="checkbox"/> andere _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Einzelner deutlich erhöhter Wert     | Deutliche Änderung zwischen 2 Proben | IgM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IgG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IgA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antikörpernachweis<br><small>(ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andere/nähere Bezeichnung* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Direkter Erregernachweis</b><br><input type="checkbox"/> Antigennachweis<br><small>(z.B. HBe-Antigen)</small><br><input type="checkbox"/> Erregerisolierung (kulturell) / Virusisolierung<br><input type="checkbox"/> Mikroskopischer Nachweis (auch färberisch)<br><small>(z.B. gram-negative Diplokokken, Trichinella-Larven)</small><br><input type="checkbox"/> Elektronenmikroskopie<br><input type="checkbox"/> Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)<br><br><b>Histologischer Nachweis/Histopathologischer Befund</b><br><br><br><b>Methicillinresistenz-Nachweis bei <i>S. aureus</i></b><br><input type="checkbox"/> Empfindlichkeitsprüfung<br><input type="checkbox"/> mecA-Gen-Nachweis<br><br><b>Nachweis der Carbapenem-Resistenz bei <i>Acinetobacter</i> spp. oder Enterobacteriaceae</b><br><input type="checkbox"/> Empfindlichkeitsprüfung <small>(bitte Antibiogramm der Meldung beifügen)</small><br><input type="checkbox"/> Nachweis einer Carbapenemase: _____<br><small>(bitte Carbapenemase angeben)</small> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Einzelner deutlich erhöhter Wert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Deutliche Änderung zwischen 2 Proben |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| IgM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| IgA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Antikörpernachweis<br><small>(ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Andere/nähere Bezeichnung*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Einsendende/r Ärztin/Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus</b><br><br><small>Name der Einrichtung</small><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <small>Name der einsendenden Person</small><br/> <br/> <small>PLZ</small> </div> <div style="width: 45%;"> <small>Telefon</small><br/> <br/> <small>Ort</small> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen</b><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                                                                                     |                          |                          |                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |





## Anlage 4

### Übermittlung gemäß § 12 Infektionsschutzgesetz (IfSG) betreffend mögliche gesundheitliche Notlagen von internationaler Tragweite/ mögliche schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren

(Übermittlungsbogen für die ÖGD-interne Erstinformation)

**Hintergrund:**  
Deutschland ist verpflichtet, unverzüglich international zu melden:  
- Ereignisse, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können, oder  
- schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren.<sup>1</sup>

Der vorliegende Übermittlungsbogen dient im Hinblick auf Gefahren biologischen oder unbekannten Ursprungs der Erstinformation innerhalb des ÖGD über entsprechende Ereignisse und soll die Erfüllung von Pflichten auf Grund von völker- und unionsrechtlichen Vorschriften vorbereiten. Er sollte schon bei der bloßen Möglichkeit eines relevanten Ereignisses genutzt und unverzüglich an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI übermittelt werden. Im Verlauf der Ermittlungen bekannt werdende neue Informationen sind ebenfalls unverzüglich zu übermitteln. Die abschließende Bewertung, ob das Ereignis an die WHO oder an die Europäische Gemeinschaft zu melden ist, erfolgt am RKI.

Diese Übermittlung ersetzt nicht die elektronische Fallübermittlung nach § 11 Absatz 1 IfSG sowie im Rahmen des europäischen Netzes zur epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten.

|                                     |  |         |  |        |  |
|-------------------------------------|--|---------|--|--------|--|
| Vom Gesundheitsamt (Ort):           |  | Tel.:   |  | Mobil: |  |
| Ansprechpartner:                    |  | E-Mail: |  | Fax:   |  |
| Aktenzeichen wie durch GA vergeben: |  |         |  |        |  |
| Über die zuständige Landesbehörde:  |  | E-Mail: |  | Fax:   |  |
| Ansprechpartner:                    |  | E-Mail: |  | Fax:   |  |

An das Robert Koch-Institut, Fax: 030-1810754-3535

Bitte Fax außerhalb der Dienstzeit immer telefonisch ankündigen: Tel.: 030-18754-0 (Infektionsepidemiologischen Rufdienst verlangen).

#### a) Angaben zum Ereignis

Jeweils soweit verfügbar, die Übermittlung sollte nicht aufgrund fehlender Informationen verzögert werden.

Auftreten, Verdacht oder Tatsachen, die zum Auftreten einer Gefahr biologischen oder unbekannten Ursprungs führen könnten, von:

- |                                                                                  |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pocken                                                  | <input type="checkbox"/> Cholera                                             |
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis                                           | <input type="checkbox"/> Lungenpest                                          |
| <input type="checkbox"/> Humane Influenza, verursacht durch ein neuartiges Virus | <input type="checkbox"/> Gelbfieber                                          |
| <input type="checkbox"/> SARS                                                    | <input type="checkbox"/> klinisches Bild eines viral-hämorrhagischen Fiebers |
| <input type="checkbox"/> andere:                                                 | <input type="checkbox"/> West-Nil-Fieber                                     |

|                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indexpatient, Meldedatum im Gesundheitsamt (TT.MM.JJJJ):                                     |                                                                                                                                                                                                                       |
| Erkrankung/Verdacht:                                                                         | Erreger:                                                                                                                                                                                                              |
| Klinischer Befund:                                                                           | Vorliegende Untersuchungsbefunde:                                                                                                                                                                                     |
| Erkrankungsbeginn (TT.MM.JJJJ):                                                              | Exposition (innerhalb oder außerhalb Deutschlands)                                                                                                                                                                    |
| Hospitalisation? <input type="checkbox"/> Ja<br>Hospitalisationsdatum - Beginn (TT.MM.JJJJ): | In Deutschland infiziert/exponiert: <input type="checkbox"/> Ja/wahrscheinlich<br><input type="checkbox"/> nein/unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> nicht bewertbar<br>Reiseanamnese inkl. Daten/Infektionsort: |
| Tod? <input type="checkbox"/> Ja, Todesdatum (TT.MM.JJJJ):                                   | Vermuteter Übertragungsweg/ Vektor:                                                                                                                                                                                   |
| Bisher ermittelte weitere Personen, Stand (TT.MM.JJJJ):                                      |                                                                                                                                                                                                                       |
| Anzahl der Exponierten/Kontaktpersonen:                                                      |                                                                                                                                                                                                                       |

Stand: 18.03.2019

1. Gesetzliche Grundlagen sind § 12 Abs. 1 IfSG i.V.m. IGV und § 12 Abs. 2 IfSG i.V.m. Beschluss 1082/2013/EU.

**b) Nähere Angaben zum Ereignis (vgl. Art. 6 IGV; Art. 9 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU):**

Weitere Angaben zum Ereignis, z.B. detailliertere Angaben zur Exposition, zum Erreger (z.B. Initialdiagnostik und ggf. Ergebnisse), zu potenziell relevanten Begleitfaktoren;

**b) Anhaltspunkte für ein Ereignis gemäß § 12 IfSG:**

Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass mindestens eine der folgenden Fragen zutrifft?

- ☐ Sind möglicherweise schwerwiegende Auswirkungen des Ereignisses auf die öffentliche Gesundheit zu erwarten?
- ☐ Ist das Ereignis unerwartet oder ungewöhnlich?
- ☐ Besteht ein erhebliches Risiko einer grenzüberschreitenden Ausbreitung?
- ☐ Besteht ein erhebliches Risiko einer Beschränkung des internationalen Reisens oder Handels?
- ☐ Überschreitet das Ereignis tatsächlich oder potenziell die Reaktionskapazitäten der zuständigen (lokalen oder regionalen) Behörden?

Bitte erläutern Sie Ihre Auswahl:

**c) Maßnahmen:**

In Bezug auf Personen und ihre Umgebung inkl. Kontaktpersonen (z.B. Untersuchungsmaterial entnommen/verschickt unter Angabe des Entnahmedatums); auf Fracht, Güter, Gepäck, Beförderungsmittel sowie auf die Öffentlichkeit;

**d) Maßnahmen im Bereich der Risikokommunikation:**

Bereits informierte andere Behörden, Pressemitteilungen, Veröffentlichungen relevanter Informationen für die Fachöffentlichkeit;

**e) Sonstige Informationen:**

Sonstige Informationen, die für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.

Datum:

Stand: 18.03.2019

1. Gesetzliche Grundlagen sind § 12 Abs. 1 IfSG i.V.m. IGV und § 12 Abs. 2 IfSG i.V.m. Beschluss 1082/2013/EU.



## Anlage 5

### Zusatzbogen zur Übermittlung einer übertragbaren Krankheit oder eines Ereignisses von internationaler Tragweite gemäß § 12 Absatz 1 (IfSG)

Dieser Bogen ist vorgesehen für weitere Informationen, die im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) von Relevanz sein können. Bei Auftreten eines Ereignisses, das eine gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite darstellen könnte, hat das Gesundheitsamt der zuständigen Landesbehörde und diese dem Robert Koch-Institut unverzüglich die weiteren folgenden Informationen zu übermitteln:

Sonstige Informationen, die für die Bewertung der Tatsachen und für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind.

Die getroffenen Maßnahmen.

Vom Gesundheitsamt / Ort:

Ansprechpartner:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Mobil:

Über zuständige Landesbehörde:

Ansprechpartner:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Mobil:

Identifikator:

(JJJJ-MM-TT/Bundeslandkennziffer/ Aktenzeichen wie durch Gesundheitsamt vergeben, Beispiel: 2008-01-10/11/100456000583)

An Robert Koch-Institut, Fax: 030-1810754-3535

Bitte Fax außerhalb der Dienstzeit immer telefonisch ankündigen: Tel.: 030-18754-0 (Infektionsepidemiologischen Rufdienst verlangen)

#### 1. Sonstige Informationen, die für die Bewertung der Tatsachen und für die Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheit von Bedeutung sind:

|                  |                                                              |              |
|------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| Indexpatient     | Melddatum                                                    | [TT.MM.JJJJ] |
|                  | Erkrankungsbeginn                                            | [TT.MM.JJJJ] |
|                  | Symptome                                                     |              |
|                  | Schwere des Krankheitsbildes<br>(u.a. Hospitalisation / Tod) |              |
|                  | Reiseanamnese / Infektionsland                               |              |
|                  | Vermuteter Übertragungsweg / Vektor                          |              |
|                  | Sonstiges                                                    |              |
| Weitere Personen | Zahl der Exponierten / Kontaktpersonen                       |              |
|                  | Anzahl aller Krankheitsfälle bisher                          |              |
|                  | Anzahl aller Todesfälle bisher                               |              |
|                  | Sonstiges                                                    |              |

☐ Weitergabe von Informationen an andere Behörden (welche)

#### 2. Getroffene Maßnahmen bisher:

☐ Besondere Maßnahmen wurden bisher noch nicht durchgeführt

Falls Maßnahmen durchgeführt wurden, bitte Seite 2 ausfüllen!

Stand: 13.05.2014

### Maßnahmen in Bezug auf Personen und ihre Umgebung

| Maßnahme                                                                                                 | geplant* | begonnen* | für wie-<br>viele Pers.<br>(Anzahl) | ab wann<br>(TT.MM.JJJJ) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------|-------------------------|
| Hygienemaßnahme (bitte hier erläutern, welche):                                                          |          |           |                                     |                         |
| Absonderungsmaßnahmen für Kranke/Krankheitsverdächtige                                                   |          |           |                                     |                         |
| Quarantänemaßnahmen für Ansteckungsverdächtige                                                           |          |           |                                     |                         |
| Ermittlung/Rückverfolgung von Kontaktpersonen                                                            |          |           |                                     |                         |
| Befragung betroffener Personen/von Kontaktpersonen                                                       |          |           |                                     |                         |
| Ermittlung von sonstigen Infektionsquellen (Vehikel, Vektoren etc.<br>Erläuterung):                      |          |           |                                     |                         |
| Überprüfung des Impfschutzes<br>(bitte auch angeben, ob beim Indexfall (I) oder bei Kontaktpersonen (K)) |          |           |                                     |                         |
| Postexpositionsmassnahmen<br>(bitte auch angeben, ob beim Indexfall (I) oder bei Kontaktpersonen (K))    |          |           |                                     |                         |
| Postexpositionelle Impfung                                                                               |          |           |                                     |                         |
| Postexpositionelle Prophylaxe mit (bitte benennen, welche):                                              |          |           |                                     |                         |
| Riegelungsimpfung                                                                                        |          |           |                                     |                         |
| Sicherstellung von Umweltproben                                                                          |          |           |                                     |                         |
| Sicherstellung von humanem Untersuchungsmaterial (bitte erläutern,<br>welches):                          |          |           |                                     |                         |
| Feststellung von Reiserouten                                                                             |          |           |                                     |                         |
| Beseitigung/sichere Entsorgung verseuchter Stoffe                                                        |          |           |                                     |                         |
| Wasserschutzmaßnahmen                                                                                    |          |           |                                     |                         |
| Aussprechen von Tätigkeitsverboten im Sinne von §§ 34, 42 IfSG und<br>§ 31 in Verbindung mit § 28 IfSG   |          |           |                                     |                         |
| Andere Maßnahmen geplant/begonnen (bitte erläutern, welche):                                             |          |           |                                     |                         |

Weitere Informationen/Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Maßnahmen:

### Maßnahmen in Bezug auf Fracht, Güter, Gepäck, Beförderungsmittel etc.

| Maßnahme                                                                    | geplant* | begonnen* | für wie-<br>viele Pers.<br>(Anzahl) | ab wann<br>(TT.MM.JJJJ) |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------|-------------------------|
| Ab-, Weiter- oder Einreise verweigert                                       |          |           |                                     |                         |
| Ladefliste und Reiseroute überprüft                                         |          |           |                                     |                         |
| Absonderung vorgenommen                                                     |          |           |                                     |                         |
| Desinfektion, Entrattung, Befreiung von Insekten, Entseuchung von<br>Gütern |          |           |                                     |                         |
| Beschlagnahme oder Vernichtung infizierter oder verseuchter Güter           |          |           |                                     |                         |
| Andere Maßnahmen geplant/begonnen (bitte erläutern, welche):                |          |           |                                     |                         |

Weitere Informationen/Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Maßnahmen:

### Weitergabe von Informationen/Kommunikation

| Maßnahme                                                     | geplant* | begonnen* | ab wann (TT.MM.JJJJ) |
|--------------------------------------------------------------|----------|-----------|----------------------|
| Pressemitteilung (Zeitung, Radio, Fernsehen, ...)            |          |           |                      |
| Pressekonferenz                                              |          |           |                      |
| Andere Maßnahmen geplant/begonnen (bitte erläutern, welche): |          |           |                      |

\* bitte im Feld erläutern, von wem: Gesundheitsamt (GA)/Landesstelle (LS)/sonstige Institution (Sonst.)

Stand: 13.05.2014

## Anlage 6

### Spezifische Anamnese (Patientenfragebogen)

|                                                             |                                 |                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Name:                                                       | Vornamen:                       | Aufn.datum:<br>Uhrzeit: |
| Adresse in Deutschland:                                     |                                 | Tel.:                   |
| Heimatanschrift:                                            | diplomatische Vertretung:       |                         |
| Nationalität:                                               | Reisepass-Nr.:                  |                         |
| Geburtsdatum:                                               | Datum des Krankheitsausbruches: |                         |
| Benachrichtigen:                                            |                                 | Tel.:                   |
| Vorbehandelnder Arzt:                                       |                                 | Tel.:                   |
| Zuständiges Gesundheitsamt:                                 |                                 | Tel.:                   |
| Nächstgelegene Klinik/ Abteilung für Infektionskrankheiten: |                                 | Tel.:                   |

**1. Hatte der Patient Kontakt mit einem bestätigten Fall oder einem Verdachtsfall von VHF oder mit Körperflüssigkeiten/ -gewebe/ Untersuchungsmaterial derartiger Fälle innerhalb von 3 Wochen vor Einsetzen der Symptomatik?**

|                                                  |                                    |                                                |                                                                               |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein                    | <input type="checkbox"/> Unbekannt | <input type="checkbox"/> Ja, mit Verdachtsfall | <input type="checkbox"/> Ja, mit bestätigtem Fall                             |
| mit: <input type="checkbox"/> lebendem Patienten |                                    | <input type="checkbox"/> Verstorbenem          | <input type="checkbox"/> Körperflüssigkeiten/-gewebe<br>Untersuchungsmaterial |

**2. War der Patient 3 Wochen vor Einsetzen der Symptomatik in einem Endemiegebiet?**

|                                                                                                                      |                        |                                         |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                        |                        | <input type="checkbox"/> unbekannt      |      |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                          | Aufenthaltsort, -land: | von:                                    | bis: |
| Wohnung/ Unterbringung: <input type="checkbox"/> Hotel                                                               |                        | <input type="checkbox"/> Camping        |      |
| <input type="checkbox"/> andere:                                                                                     |                        |                                         |      |
| Tätigkeit vor Ort: <input type="checkbox"/> Urlaub                                                                   |                        | <input type="checkbox"/> Geschäftsreise |      |
| <input type="checkbox"/> andere Tätigkeit:                                                                           |                        |                                         |      |
| Kontakt mit Tieren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit:                                  |                        | am:                                     |      |
| - nähere Umstände des Kontaktes:                                                                                     |                        |                                         |      |
| Aktivitäten im Freien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z.B. Freizeit-, Sportaktivitäten): |                        |                                         |      |
| - welcher Art?                                                                                                       |                        |                                         |      |
| i.v.-Drogengebrauch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                       |                        |                                         |      |
| Medizinische Behandlung in einem Endemiegebiet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:           |                        |                                         |      |
| - welcher Art?                                                                                                       |                        |                                         |      |
| andere mögliche Risikofaktoren/ Expositionen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:             |                        |                                         |      |
| - wann, welcher Art?                                                                                                 |                        |                                         |      |

**3. Datum der Abreise aus dem Endemiegebiet:**

|                                                   |                                                                                               |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Flug-Nr.:                                         | Fluggesellschaft:                                                                             |
| Hatte der Patient Symptome/ war der Patient krank |                                                                                               |
| - während der Reise?                              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> unbekannt |
| - während einer Zwischenlandung?                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> unbekannt |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>4. Prophylaktische Maßnahmen vor bzw. während der Reise:</b>                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Schutzimpfungen gegen: <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Jap. Enzephalitis <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> Tollwut<br><input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> andere: |  |
| Prophylaxe gegen Malaria: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> ja, und zwar:                                                                                                                                                                 |  |

|                                             |                                                              |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>5. Krankheitszeichen / Befunde:</b>      |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Fieber °C seit:    | <input type="checkbox"/> Myalgie                             |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz        | <input type="checkbox"/> Pharyngitis                         |
| <input type="checkbox"/> Durchfall          | <input type="checkbox"/> Blutungen                           |
| <input type="checkbox"/> blutiger Durchfall | <input type="checkbox"/> Schock                              |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen          | <input type="checkbox"/> Oedeme                              |
| <input type="checkbox"/> Exanthem           | <input type="checkbox"/> retrosternale/ abdominale Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Proteinurie        | <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie                    |
| <input type="checkbox"/> Lymphopenie        | <input type="checkbox"/> erhöhte SGOT                        |
| Weitere klinische Informationen:            |                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6. Kontaktpersonen:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Wer war bisher bei der Betreuung/ Pflege/ Behandlung/ Diagnostik/ bei dem Transport exponiert bzw. ist mit Körperflüssigkeiten/ Untersuchungsmaterialien des Patienten in Berührung gekommen?                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> niemand <input type="checkbox"/> Verwandte, Freunde <input type="checkbox"/> vorbehandelnder Arzt, Arzthelferin<br><input type="checkbox"/> Krankentransportpersonal <input type="checkbox"/> Laborpersonal <input type="checkbox"/> andere:<br>Namens- und Anschriftenliste als Anlage <input type="checkbox"/> |

|                                                     |                 |
|-----------------------------------------------------|-----------------|
| <b>7. Meldung an das zuständige Gesundheitsamt:</b> |                 |
| Gesprächspartner:                                   | Datum: Uhrzeit: |
| Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen:               |                 |

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>8. Weitere Informationen:</b>         |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

Fock R, Wirtz A, Peters M, Finke E-J, Koch U, Scholz D, Niedrig M, Bußmann H, Fell G, Bergmann H (1999) Management und Kontrolle lebensbedrohender hochkontagiöser Infektionskrankheiten. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 42:389-401

## Anlage 7

### **Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz**

Referat 43

Ärztliche Fragen im Gesundheitswesen,

Infektionsschutz

D. Heimsoth-Ranft (43-1)

**Freie  
Hansestadt  
Bremen**

31.01.2020

### **I. Versorgung und Transport eines präklinischen Patienten mit Verdacht auf eine hochkontagiöse Erkrankung in einem Bremer/ Bremerhavener Krankenhaus (Primäreinsatz)**

#### **1. Alarmierung der Feuerwehr (BF) Bremen / BF Bremerhaven**

- Bei Vorliegen des Verdachts auf eine hochkontagiöse Erkrankung bei einem Patienten im ambulanten medizinischen Bereich (z.B. in einer Arztpraxis oder am Flughafen), wird die Feuerwehrleitstelle der BF Bremen/ Bremerhaven alarmiert und ein Infektionstransport angemeldet. Diese nimmt Kontakt zum diensthabenden Amtsarzt/ zur diensthabenden Amtsärztin der Gesundheitsämter Bremen bzw. Bremerhaven auf (siehe Punkt 2.). Der Amtsarzt/ die Amtsärztin entscheidet gemäß § 30 Infektionsschutzgesetz (IfSG) über den Infektionstransport des Patienten in einem Rettungsfahrzeug der Feuerwehr Bremen/ Bremerhaven in das Klinikum Bremen Mitte (KBM) bzw. bei primär pulmonaler Symptomatik das Klinikum Bremen Ost (KBO). In Bremerhaven ist das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide aufnehmendes Krankenhaus. Vor Transport durch die BF Bremen/ Bremerhaven muss der Patient im annehmenden Krankenhaus angemeldet werden.

- Die Leitstelle der BF Bremen ist unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

**0421 112**

- Die Leitstelle der BF Bremerhaven ist unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

**0471 590-0**

- Am Klinikum Bremen-Mitte (KBM) ist der diensthabende Internist/ die diensthabende Internistin der Notfallambulanz unter einer der folgenden Telefonnummern zu erreichen:

**0421 497 -2027/ -2020/ -2021**

Alternativ kann er über die Pforte des KBM unter der folgenden Telefonnummer erreicht werden:

**0421 497-0**

- Am Klinikum Bremen-Ost (KBO) ist der diensthabende Arzt/ die diensthabende Ärztin der Notaufnahme unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

**0421 408-1291**

Alternativ kann er über die Pforte des KBO unter der folgenden Telefonnummer erreicht werden:

**0421 408-0**

- Das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide ist über folgende Telefonnummer zu erreichen:

**0471 299-0 (Zentrale)**

## **2. Alarmierung der Amtsärzte der Gesundheitsämter**

- Die BF Bremen/ Bremerhaven kontaktiert den diensthabenden Amtsarzt/ die diensthabende Amtsärztin des Gesundheitsamtes Bremen oder Bremerhaven, der/die gemäß des Infektions-alarmpflichtes des Landes Bremen die Federführung übernimmt und über einen Infektionstransport (also die Absonderung des Patienten gemäß § 30 IfSG) entscheidet.
- Der diensthabende Amtsarzt / die diensthabende Amtsärztin des GA Bremen ist über die Feuerwehr- und Rettungsleitstelle Bremen sowie über den Kriminaldauerdienst der Polizei Bremen zu erreichen.
- Der diensthabende Amtsarzt/ die diensthabende Amtsärztin des GA Bremerhaven ist über die Feuerwehr- und Rettungsleitstelle Bremerhaven sowie die Einsatzleitstelle der Ortpolizeibehörde Bremerhaven zu erreichen.

II. Verlegung eines Patienten aus einem Bremer Krankenhaus  
in das Behandlungszentrum für lebensbedrohliche hochkontagiöse  
Infektionskrankheiten (BZHI)  
am Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf (UKE)  
auf Grundlage des Vertrages der Nordländer mit dem Bernhard  
Nocht- Institut (BNI) in Hamburg  
(Sekundäreinsatz)

### **1. Kontaktaufnahme mit dem BZHI**

- Bei Bestätigung des Verdachts auf eine hochkontagiöse Erkrankung erfolgt in Abstimmung mit dem Amtsarzt/ der Amtsärztin eine direkte Kontaktaufnahme des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin des Krankenhauses mit dem diensthabenden Arzt/ der diensthabenden Ärztin für Tropenmedizin des Bernhard Nocht- Instituts (BNI) Hamburg.
- Der Arzt/ die Ärztin für Tropenmedizin des BNI entscheidet über die Aufnahme bzw. die Verlegung des Patienten in das BZHI.

- Das BZHI ist über die Pforte des BNI unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

**040 42818-0**

## **2. Alarmierung der Feuerwehr (BF) Hamburg**

- Im Einsatzfall erfolgt die Alarmierung der Rettungsstelle der FW Hamburg über einen anstehenden Transport durch das BZHI. Zur Abklärung der organisatorischen Gegebenheiten ist ein Kontakt der abgebenden medizinischen Einrichtung zur FW Hamburg möglich.
- Die Rettungsleitstelle der BF Hamburg ist unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

**040 42851-4999**

- Die BF Hamburg (Ärztlicher Leiter Herr Dr. Kappus) meldet beim Bundeswehrkrankenhaus (BWK) Hamburg die Begleitung eines Notarztes an, sofern Bremen Bedarf signalisiert.
- Der Patient wird von bis zu 4 Fahrzeugen der FW Hamburg abgeholt (1 Infektionsrettungswagen ohne Gerät, 1 Rettungswagen mit Gerät, 1 Notarzteinsetzwagen, 1 Einsatzfahrdienst).



## **Anlage 8**

### **Patientenversorgung bei hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten (barrier nursing)**

- Grundsätze für Unterbringung und Isolierung von hochkontagiösen Patienten in medizinischen Einrichtungen der Regelversorgung (Verdacht und Erkrankung):

Im Hygieneplan /Managementkonzept eines Krankenhauses sollte ein Bereich zur Isolierung derartiger Patienten ausgewiesen sein.

Die Isolierung des Patienten erfolgt in einem Einzelzimmer mit Nasszelle, das über eine Innenschleuse oder einen Vorraum verfügen sollte.

Ist eine Schleuse oder ein Vorraum nicht vorhanden, sollte der übrige Stationsbereich gesperrt werden.

Der Betrieb der raumluftechnischen Anlage (Klimaanlage) muss mit dem Gesundheitsamt abgesprochen werden.

Medizinisches Personal soll für die Versorgung nur des einen Patienten abgestellt werden und andere Stationsbereiche nicht betreten.

Das Patientenzimmer soll nur mit geeigneter Schutzkleidung betreten werden. Hygienische Händedesinfektion erfolgt vor und nach Tragen der Schutzhandschuhe.

Die Schutzkleidung ist in der Schleuse (Vorraum) zu lagern und beim Ausschleusen abzulegen.

Eine Desinfektion von Flächen erfolgt täglich. Die Desinfektion von Instrumenten, Schutzkleidung, Geschirr und Wäsche erfolgt innerhalb des Raumes, in dem sie benutzt wurden. Dabei sind jeweils Mittel und Verfahren der VAH Liste bzw. RKI Desinfektionsmittelliste Wirkbereich B in der dort angegebenen Konzentration anzuwenden.

Patientenausscheidungen sollten durch Papiertücher gebunden werden.

Abfälle (Verbrauchsmaterial, biologische Materialien wie Patientenausscheidungen) werden in geschlossenen Behältern gesammelt und als sogenannter C-Müll entsorgt. Entsorgung als Sondermüll mit anschließender Verbrennung durch Fremdfirma.

Die Schlussdesinfektion des Raumes erfolgt auf Anordnung des Gesundheitsamtes.

- Grundsätze für Pflege und Behandlung von hochkontagiösen Patienten in medizinischen Einrichtungen der Regelversorgung (Verdacht und Erkrankung):

Zu den Erstmaßnahmen gehört die Erregerdiagnostik zum Ausschluss anderer lebensbedrohlicher Infektionen (Differentialdiagnose) wie vor allem Malaria, Typhus abdominalis, Gelbfieber, Denguefieber, Hantavirus-Infektionen, Leptospirose oder Meningokokkensepsis. Mehrfach-Infektionen sind möglich, z.B. VHF und Malaria.

Probenmaterial des Indexpatienten für klinisch-chemische Laboruntersuchungen und deren Durchführung ist vom Routinedurchlauf zu trennen und auf das Notwendigste zu beschränken.

Die apparativ-technische Diagnostik ist beim Indexpatienten auf das Notwendigste zu

beschränken. Die dazu erforderlichen Geräte (EKG, Sonographie, evtl. Röntgen-C-Bogen) sind in der Isoliereinheit während der Behandlung zu belassen.

Invasive Eingriffe beim Indexpatienten sind auf das Notwendigste zu beschränken. Beschäftigte sind als Kontaktpersonen zu erfassen.

## Anlage 9



Stand 13.02.2014

# Krankentransport / Notfallrettung kontagiöser (ansteckender) Patienten

## 1. Vor dem ersten Patientenkontakt Klärung des Transportgrunds

wenn die Klärung nicht möglich ist und Verdacht auf eine Infektionserkrankung besteht → 2

- Info vom zuletzt behandelnden / einweisenden Arzt
- Info von der Einrichtung / Pflegepersonal
- Info vom Erkrankten / von Angehörigen / Nahestehenden

**Konkrete Fragen**

- **Symptome** der aktuellen Erkrankung:  
Fieber?, Husten?, Erbrechen ?, Durchfall ?
- infektiöse Vorerkrankung bekannt (z.B. MRSA?)
- zurückliegende Krankenhausaufenthalte
- MRSA-Fälle in der Einrichtung bekannt

## 2. Transport von Patienten mit ansteckender (kontagiöser) Erkrankung, *Einteilung in drei Gefährdungsklassen*

**1** Keine Gefährdung bei "normalem" Patientenkontakt  
(Patient ist kooperativ; kein Kontakt zu Blut, Sekreten, Fäkalien)

**2** Kontagiöse Erkrankung mit erhöhten Anforderungen

**3** *Hochkontagiöse Erkrankung* mit höchsten Anforderungen an den Transport - dieser erfolgt *ausschließlich* durch die *Feuerwehr*

### 2.1. **1** Keine Gefährdung bei "normalem" Patientenkontakt

**Erkrankungen**

- Borreliose
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)
- EHEC-Infektion
- Ektoparasiten: Kopfläuse, Scabies (Krätze)
- Gasbrand
- Gastroenteritis (mit Ausnahmen siehe 2.2. und 3.2.)
- Hepatitis A, B, C, D, E
- HIV-Infektion, AIDS-Erkrankung
- Legionellose (Legionärskrankheit)
- Malaria
- MRSA / ORSA (mit Ausnahmen siehe 2.2. und 3.1.)
- Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus-Infektion)
- Tuberkulose, außer offener Lungen-TBC (siehe 2.2.)
- Venerische Infektionen (Syphilis, Gonorrhoe)
- Zoster (Gürtelrose)

**Standardschutz**

- Schutz- / Arbeitskleidung
- Handschuhe

Grundsätzlich gilt



- *der Patient nicht kooperativ ist:*  
z.B. verwirrter, dementer, aggressiver, alkoholisierte Patient
- *aufgrund der konkreten Situation / Erkrankung:*  
möglicherweise verspritzt von Blut,  
das Personal hat möglicherweise Kontakt mit  
Ausscheidungen (Fäkalien, Erbrochenem)

## 2.2. 2 Kontagiöser Transport mit erhöhten Anforderungen

- Erkrankungen**
- Gastroenteritis mit Erbrechen, z.B. Norovirusinfektion
  - Influenza (Personal ist nicht gegen Grippe geimpft)
  - Invasive Meningokokkenerkrankung / -meningitis
  - "Kinderkrankheiten": z.B. Masern, Windpocken
  - **MRSA** - keine Kooperation oder Trachealkanülenträger
  - Offene Lungentuberkulose
  - Q-Fieber
- Erhöhter Schutzbedarf**
- **Mund- / Nasenschutz für den Patienten**, soweit er es toleriert; z.B. eine einfache OP-Maske
  - **Mund- / Nasenschutz für das Personal** (FFP2 S, FFP3)
  - Schutzbrille und Kopfschutz bei Kontakt zu Patientensekreten bzw. -fäkalien
  - Überschuhe bei Sekret- / Fäkalienübertragung
  - Aktive Immunisierung (Influenza, Masern u.a.)

*Bei infektionsrelevantem Kontakt zum Erkrankten (intensiver Kontakt)*

- arbeitsmedizinische Dokumentation, z.B. enger Kontakt zu einem Patienten mit offener Lungen-TBC
- Antibiotikaphylaxe (z.B. Meningokokkenerkrankung)

## 2.3. 3 Hochkontagiöse Erkrankung mit höchsten Anforderungen an den Transport - dieser erfolgt ausschließlich durch die Feuerwehr

- Erkrankungen**
- Cholera
  - Diphtherie
  - Hämorrhagische Fieber (Ebola-, Lassa-, Marburgvirus)
  - Lungenmilzbrand
  - Lungenpest
  - Tollwut (fortgeschrittenes Stadium)
  - Tularämie (Hasenpest)
  - (aviäre Influenza = "Vogelgrippe beim Menschen")
  - (Pocken), (Poliomyelitis (infektiöse Kinderlähmung))
-

- Erhöhter Schutzbedarf**
- Flüssigkeitsdichter Overall (Einmalmaterial)
  - Mund- / Nasenschutz für das Personal (FFP2 S, FFP3)
  - Doppelte OP-Handschuhe oder zusätzlich dickeren Überhandschuh (Haushaltshandschuh)
  - Desinfizierbare Schuhe, Einwegüberziehtiefel
  - Schutzbrille mit seitlichem Spritzschutz
  - Kopfschutzhülle (OP-Haube)
  - Rettungszelle der Feuerwehr Bremen
  - Mund- / Nasenschutz für den Patienten, soweit er es toleriert; z.B. eine einfache OP-Maske
  - Eine Filterung der Abluft ist nicht erforderlich !
- Sonderfälle nach Absprache (Einzelfallentscheidung)**
- geschlossener Anzug mit Respirator
  - Antibiotikaphylaxe für das Personal
- Info an das Gesundheitsamt** über die Feuerwehr- und Rettungsleitstelle
- 

### 3. Wichtige Grundsätze

- 3.1. **Wichtigste Maßnahme** zu Verhinderung der Übertragung einer Infektionskrankheit ist die Durchführung einer

#### **Händedesinfektion**

vor und nach dem Kontakt mit dem Erkrankten bzw. kontaminierten Flächen / Gegenständen.

- 3.2. Der **Umfang von weiteren Schutzmaßnahmen** richtet sich nach der konkreten Gefährdung - Variablen sind

- **Erkrankung des Patienten** (Kontagiosität = Ansteckungsgefahr)
- **Kontaktintensität zum Patienten** (z.B. Reanimation)
- **Kooperation des Patienten**

- 3.3. **Nach dem Transport** eines infektiösen Patienten müssen alle potentiell kontaminierten Flächen (=alle patientennahen Flächen) **scheuer- / wisch-**desinfiziert werden. Es sind Mittel des Wirkungsbereichs AB; z.B. Aldehyde oder Peressigsäure zu verwenden.

Ebenso müssen beim Transport verwendete Diagnostika (z.B. **Blutdruckmanschette**) **wischdesinfiziert** werden.

Alle **Einmalartikel** müssen in einem **zugebundenen Plastikbeutel** über den Hausmüll entsorgt werden - inklusive **geschlossener Kanülenabwurfbehälter**.

**Nach Transport eines hochkontagiösen Patienten** gelten **spezielle Empfehlungen zur Aufbereitung** des Fahrzeugs (z.B. Konzentration des Flächendesinfektionsmittels entsprechend der RKI-Liste), der wiederverwendbaren Materialien sowie der Entsorgung von Abfällen (LAGA-Richtlinie).

---

## 4. Spezielle Fälle / Transporte

### 4.1. MRSA / ORSA

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Kein Problem</i> | bei Kolonisation oder Infektion abgedeckter Wunden sind Standardschutzmaßnahmen ausreichend                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Problem</i>      | <ul style="list-style-type: none"><li>- Keine Kooperation des Patienten</li><li>- Kolonisation oder Infektion der unteren Atemwege, z.B. Trachealkanülenträger</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Maßnahmen</i>    | <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Händedesinfektion: Personal <u>und Patient direkt vor und nach dem Transport</u></b></li><li>- <b>MRSA-Atemwegsinfektion</b> (z.B. Trachealkanülenträger)<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Personal trägt einen Mundschutz</b></li><li>● <b>Personal trägt zusätzlich eine Schutzbrille</b></li><li>● <b>Patient trägt einen einfachen Mundschutz</b>, z.B. eine einfache OP-Maske über dem Mund bzw. über der Trachealkanüle (soweit er es toleriert)</li></ul></li><li>- <b>MRSA-Hautläsionen sind frisch verbunden</b></li><li>- Patient trägt frische Körperwäsche</li></ul> |

### 4.2. Norovirusinfektion

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Kein Problem</i>        | - unkomplizierter Transport ohne Kontakt zu Erbrochenem oder zu Fäkalien                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Problem</i>             | - <b>Erbrechen und / oder Durchfall während des Transports (lässt sich vor dem Transport <i>nie</i> ausschließen)</b>                                                                                                                                                                            |
| <i>Wichtigste Maßnahme</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Händedesinfektion: Personal <u>und Patient direkt vor und nach dem Transport mit einem norovirus-inaktivierenden Händedesinfektionsmittel</u></b></li><li>- Wischdesinfektion der patientennahen Flächen und der sichtbaren Verschmutzungen</li></ul> |
| <i>Weitere Maßnahmen</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Patient erbricht im Rettungswagen (Aerosolbildung)<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Personal trägt einen Mundschutz</b></li><li>● <b>Personal trägt zusätzlich eine Schutzbrille</b></li></ul></li></ul>                                        |

---

## Anlage 10

### Schutzkleidung

#### Die Persönliche Schutzausrüstung in biologischen Gefahrenlagen

» [Richtlinie 89/686/EWG](#)

» [Kategorie III, Typ 3B: Flüssigkeitsdichte Schutzkleidung](#)

» Variante 1: Infektionsschutzset

» Variante 2: Schutzanzug mit Maske und Filteraufsatz

» Variante 3: Schutzanzug mit Filtergebläse

» [Kategorie III, Typ 1: Gasdichte Schutzkleidung](#)

» Variante: Schutzanzug mit Pressluft-Atmung

Die Persönliche Schutzausrüstung (PSA) dient dem Schutz des Helfenden und beugt einer Verschleppung der Kontamination durch Person bzw. Kleidung vor. Ein Infektionsschutz durch die PSA entsteht nur, wenn diese korrekt angelegt, getragen, ausgezogen und dekontaminiert bzw. entsorgt wird. Aus diesem Grund sind regelmäßige Übungen zum Umgang mit der PSA notwendig, um im Ernstfall Fehler und damit Folgeschäden zu vermeiden.

#### **Richtlinie 89/686/EWG**

Schutzausrüstungen werden auf der Grundlage der Richtlinie 89/686/EWG (Richtlinie des Rates vom 21. Dezember 1989 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten für persönliche Schutzausrüstungen) hergestellt und klassifiziert. Dabei werden drei Kategorien unterschieden. Kategorie I umfasst die einfache Schutzausrüstung bei geringem Risiko gesundheitlicher Gefährdung. Kategorie II sind Schutzanzüge zur Abwehr von Gefahren, die nicht in Kategorie I und III erfasst sind. Kategorie III gilt für Schutzausstattung im Einsatz gegen tödliche Gefahren oder bei schwerwiegenden gesundheitlichen Folgeschäden.

Schutzanzüge die in biologischen Gefahrensituationen zum Einsatz kommen, basieren grundlegend auf Chemikalienschutzanzügen der Kategorie III. Die Auswahl der passenden Schutzausrüstung für den Ausseninsatz sollte immer nach einer individuellen Risikoanalyse vor Ort erfolgen. Diese PSA ist nicht identisch mit der Schutzkleidung, die in Laboratorien der Sicherheitsstufen 1-4 benutzt wird.

#### **Kategorie III, Typ 3B: Flüssigkeitsdichte Schutzkleidung**

Meist wird in biologischen Gefahrensituationen Schutzausstattung des Typs 3 der Kategorie III benutzt, da deren flüssigkeitsdichte Eigenschaft eine Dekontamination erlaubt und weniger belastend zu tragen ist als beispielsweise gasdichte Schutzkleidung (siehe Typ 1). Für den Einsatz gegen biologische Agenzien werden die Schutzanzüge zusätzlich mit verschiedenen Methoden getestet und mit „B“ gekennzeichnet. Varianten des Typ 3(B) werden im Folgenden exemplarisch vorgestellt.



### Variante 1: Infektionsschutzset



Variante 1: Infektionsschutzset

Quelle: Schnartendorf/RKI

Beim grundsätzlichen Risiko des Kontakts mit Erregern gemeingefährlicher Infektionskrankheiten benötigen Einsatzkräfte eine Schutzausstattung bestehend aus Schutzanzug, Handschuhen sowie Augen- und Atemschutz. Letzteres wird durch den Einsatz einer FFP3-Maske für einen zeitlich begrenzten Zeitraum gewährleistet. Eine Dekontamination ist wegen des fehlenden Gasfilterschutzes nur bedingt möglich.

**Im Detail** auf dem Bild dargestellt: Handschuhe und Überhandschuhe, Schutzbrille, FFP3-Maske, Schutzanzug mit Kapuze, Überschuhe. Handschuhe, Brille und Maske werden mit Klebeband fixiert. Der

Tragekomfort wird durch die reduzierte Atemfähigkeit deutlich eingeschränkt.

### Variante 2: Schutzanzug mit Maske und Filteraufsatz

Einsatzkräfte, die über einen längeren Zeitraum, kontinuierlich in einer biologischen Gefahrensituation beschäftigt sind, benötigen eine PSA, die eine standardisierte Dekontamination ermöglicht.

**Im Detail:** Handschuhe und Überhandschuhe, Vollmaske mit Filteraufsatz ABEK P3, Schutzanzug mit Kopfhäube und Füßlingen, Gummistiefel. Die Übergänge sollten flüssigkeitsdicht abgeklebt werden. Die Maske mit Filteraufsatz erlaubt eine verbesserte Atmung und absorbiert neben biologischen Erregern in der Luft auch Gase, die bei der Dekontamination entstehen können.



Variante 2: Schutzanzug mit Maske und Filteraufsatz

Quelle: Schnartendorf/RKI



### Variante 3: Schutzanzug mit Filtergebläse



Einsatzkräfte, die für lange Zeit unter hoher

Variante 3: Schutzanzug mit Filtergebläse

Quelle: Schnartendorf/RKI

Erregerkonzentration arbeiten, benötigen eine möglichst komfortable Schutzausrüstung, die die Atmung nicht belastet und eine ausführliche Ganzkörperdekontamination ermöglicht.

**Im Detail:** Schutzanzug mit integrierter Kopfhäube und Gesichtsspritzschutz, Handschuhen und Fußlingen sowie Gebläseeinheit mit Filteraufsatz ABEK PSL. Zusätzliche Überhandschuhe, Gummistiefel. Der Anzug erzeugt einen Überdruck. Luft wird von Innen nach Außen gepresst. Keine freiliegenden Hautpartien. Die Filtereinheit bindet biologische Agenzien wie auch bei der Dekontamination entstehende Gase.

### Kategorie III, Typ 1: Gasdichte Schutzkleidung

#### Variante: Schutzanzug mit Pressluft-Atmung

In Gefahrensituationen, in denen Einsatzkräfte nicht nur biologischen sondern auch anderen Gefahrstoffen ausgesetzt sind, werden Vollschutzanzüge mit umluft-unabhängiger Atemluftversorgung eingesetzt. Aufgrund der starken körperlichen wie auch psychischen Belastung und dem begrenzten Volumen an Atemluft ist die Tragezeit stark begrenzt.

#### **Im Detail:**

Chemikalienvollschutzanzug mit integrierten Handschuhen, Kopfschutz und Gummistiefeln. Die Luft wird nicht gefiltert, sondern der Träger wird über innen mitgeführte Atempressluft versorgt. Die Kapazität des Pressluftatmers beträgt in der Regel 30 bis 40 Minuten.



Chemieschutzanzug

## **Anlage 11**

### **Einteilung von Kontaktpersonen bei Fällen von viralen hämorrhagischen Fiebrern (VHF) in Deutschland**

(hier: Ebola-, Krim-Kongo-, Lassa-, Marburg-Fieber)

#### **Erstellt unter Mitwirkung von und in Abstimmung mit den Obersten und Oberen Landesgesundheitsbehörden:**

Die intensive Ermittlung aller Kontaktpersonen von Fällen von viralen hämorrhagischen Fiebrern (VHF) in Deutschland und deren Überwachung ist von großer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Die Ermittlung von Kontaktpersonen muss bereits bei einem begründeten Verdachtsfall beginnen. Alle erfassten Kontaktpersonen werden nach ihrem Expositionsrisiko in eine der folgenden Kategorien eingeteilt. Personen der Kategorien I und II gelten grundsätzlich als ansteckungsverdächtig im Sinne des IfSG § 2 Nr. 7. Personen der Kategorie III gelten nicht grundsätzlich als ansteckungsverdächtig.

#### **Hohes Expositionsrisiko (Kategorie I)**

Person, die in den letzten 21 Tagen:

- einen ungeschützten direkten Kontakt (<1,5 m Abstand) mit einem an VHF Erkrankten in der gastrointestinalen Phase (symptomatisch, mit Erbrechen, Durchfall, Blutungen, bei Lassa-Fieber zusätzlich Husten) hatte (z.B. häusliche Pflege; Krankentransport; Krankenversorgung).
- einen ungeschützten direkten Kontakt mit Blut, Ausscheidungen, anderen Körperflüssigkeiten oder Geweben – einschließlich über kontaminierte Kleidung, Bettzeug, Leinentücher oder andere Gegenstände – eines an VHF Erkrankten bzw. Verstorbenen hatte (z.B. Nadelstichverletzung; Durchführung invasiver Eingriffe; ungeschützter Geschlechtsverkehr mit einem von VHF genesenen Mann, dessen Samenflüssigkeit nicht getestet wurde; Reanimation; Autopsie; Einbalsamierung; Laborarbeiten; Reinigungstätigkeiten).

Diese Punkte gelten analog für Unfälle mit infizierten Labortieren.

#### **Mittleres Expositionsrisiko (Kategorie II)**

Person, die in den letzten 21 Tagen:

- einen ungeschützten direkten Kontakt (<1,5 m Abstand) mit einem an VHF Erkrankten in der frühen Phase (symptomatisch, aber ohne Erbrechen, ohne Durchfall, ohne Blutungen, bei Lassa-Fieber zusätzlich ohne Husten) hatte (z.B. klinische Untersuchung ohne invasive Eingriffe; Krankentransport; Flugpassagiere +/- 1 Sitz um den VHF Erkrankten herum; häusliche Kontakte ohne Kontakt mit Körperflüssigkeiten).

### **Sehr geringes Expositionsrisiko (Kategorie III)**

Person, die in den letzten 21 Tagen:

- sich in räumlicher Nähe, aber ohne direkten Kontakt (>1,5 m Abstand) zu einem an VHF Erkrankten aufgehalten hat (z.B. Aufenthalt im gleichen Raum; Benutzung des gleichen öffentlichen Transportmittels).
- unter Einhaltung geeigneter Schutzmaßnahmen Kontakt hatte mit:
  - VHF-Erkrankten oder -Verstorbenen,
  - Körperflüssigkeiten von VHF-Erkrankten oder -Verstorbenen,
  - VHF-Viren, erregerehaltigem Material oder infizierten (Labor-)Tieren.

### **Anmerkung**

Kein erkennbares Expositionsrisiko besteht bei einer Person, die:

- Kontakt zu einem an VHF Erkrankten hatte, bevor er Symptome entwickelte.
- Kontakt mit einer asymptomatischen Person hatte, die Kontakt zu einem an VHF Erkrankten hatte.

Stand: 13.02.2019