

Leistungsverzeichnis Mikrobiologie

Stand: 01/2024



Niedersachsen

Inhaltsverzeichnis

Dienstzeiten und Erreichbarkeit der Labore für Virologie, Bakteriologie und Parasitologie	3
1 Einführung	4
2 Übersicht nach Organsystemen und Erregern	5
3 Virologie	7
3.1 Allgemeine Hinweise	7
3.2 Wichtige Hinweise zu virologischen und serologischen Untersuchungsmaterialien	8
3.3 Übersicht	10
3.4 Übersicht 2	11
3.5 Übersicht 3	12
Untersuchungsverfahren zum Nachweis akuter Infektionen	12
4 Untersuchungsverfahren zur Immunitätsbestimmung	13
5 Verzeichnis	14
6 Bakteriologie	35
6.1 Allgemeine Hinweise	35
7 Verzeichnis	37
8 Parasitologie	61
8.1 Allgemeine Hinweise	61
8.1.1 Vorbemerkung	61
8.1.2 Probenlagerung/Probentransport	61
8.1.3 Chemische Konservierung/Fixierung	61
8.1.4 Feuchthaltung	62
8.1.5 Versandart	62
8.2 Probenart	62
8.3 Der Untersuchungsauftrag	63
9 Verzeichnis	65
10 Klinisch-chemische Untersuchungen	68
10.1 Urin zur Untersuchung im Rahmen des Drogenscreening	68
10.2 Serum und Liquor zur Bestimmung von Antikörperindizes viraler oder bakterieller Erreger: siehe Präanalytik Virologie	70
11 Abkürzungen	73
12 Angaben zur Zeitdauer	74

1 DIENSTZEITEN UND ERREICHBARKEIT DER LABORE FÜR VIROLOGIE, BAKTERIOLOGIE UND PARASITOLOGIE:

Montag bis Freitag 07:30 – 16:00 Uhr

Samstag 08:00 – 11:00* Uhr

Telefon während der Dienstzeiten:

Serologie (05 11) 45 05-2 01

Virologie (05 11) 45 05-2 01

Parasitologie (05 11) 45 05-2 01

Bakteriologie* (05 11) 45 05-2 53 *(Samstag 08:00 – 10:00 Uhr)

Erreichbarkeit **Zentrale**: Montag-Freitag 8.00-16.00 unter (05 11) 45 05-0

Dienstgebäude: Roesebeckstr. 4-6; 30449 Hannover

Postanschrift: Postfach 910727; 30427 Hannover

Internet: <http://www.nlga.niedersachsen.de>

Stand: Januar 2024

2 EINFÜHRUNG

Das vorliegende Leistungsverzeichnis enthält – getrennt für die Bereiche Virologie, Bakteriologie und Parasitologie – die im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) durchgeführten mikrobiologischen Laboruntersuchungen. Wegen der unvermeidlichen fortlaufenden Anpassungen und notwendigen Aktualisierungen in kürzeren Zeitabständen haben wir diesen Leistungskatalog formal möglichst unaufwändig gestaltet. Unsere Akkreditierung (DAkKS, ML 17693-01) bezieht sich jeweils auf die aktuelle Urkunde mit Anlage. Diese Dokumente sind auf unserer Internetseite einsehbar. Untersuchungen außerhalb der Akkreditierung sind entsprechend gekennzeichnet. Auf Anfrage stellen wir die Abschätzung der Messunsicherheit zu den Untersuchungsverfahren zur Verfügung. Der Hinweis auf Fremdleistung/Fremdvergabe weist die Untersuchung eines Parameters in einem Auftragslaboratorium aus.

Auf den Seiten 5 und 6 finden Sie Hinweise zu Erregern oder Erregergruppen, welche bei wichtigen Krankheitsbildern bzw. Leitsymptomen ätiologisch in Frage kommen, und die von uns nachgewiesen werden können. Sprechen sie uns bitte jederzeit an, falls Sie einen in Frage stehenden Erreger oder das betreffende Krankheitsbild in unserem Verzeichnis nicht finden sollten. Die Auswahl der Untersuchungsverfahren passen wir dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik an. Alle von uns akzeptierten Untersuchungsaufträge begründen automatisch eine beidseitige Vereinbarung.

Umfang und Durchführung unserer Untersuchungsverfahren werden, den modernsten Entwicklungen folgend, laufend aktualisiert. Ihre Anregungen nehmen wir dabei jederzeit gern entgegen. Zögern Sie bitte nicht, uns kritische Hinweise und Verbesserungsvorschläge zu übermitteln. Nur durch Rückkopplung und in vertrauensvoller Zusammenarbeit können wir unsere Diagnostik weiter optimieren.

Hierzu gehört selbstverständlich auch der Umgang mit allen von Ihnen übermittelten Informationen unter Datenschutzaspekten bei uns im Hause. Wir setzen allerdings voraus, dass auch bei unseren Einsendern datenschutzrechtlichen Belange berücksichtigt werden.

Freigabe: 15.1.2024, i. A. Dr. Olbrich

3 ÜBERSICHT NACH ORGANSYSTEMEN UND ERREGERN

Organsystem / Haupt-Lokalisation		Nachweisbare Erreger (direkter /indirekter Nachweis)
Magen-Darm Säuglinge, Kleinkinder, alte Menschen	Vir	Adenovirus, Astrovirus, Enterovirus, Norovirus, Rotavirus
Proktitis, Proktocolitis Antibiotika-assoziierte Enterocolitis, pseudomembranöse Colitis hämorrh. Enteritis Säuglinge Reiswasserstuhl	Bak	Neisseria gonorrhoeae Clostridium difficile EHEC Campylobacter Salmonellen Shigellen Yersinien u.a. Dyspepsie-coli (EPEC) Vibrio cholerae
Magen-Darm	Myk	Hefen (bei Immunsuppression)
	Par	Ancylostoma Ascaris Anisakis Balantidium Blastocystis Cryptosporidium Dientamoeba Diphyllobothrium Entamoeba histolytica Enterobius Fasciolopsis Giardia Hymenolepis Isospora Mikrosporidien Sarcocystis Taenia saginata Taenia solium Schistosoma
Leber, Gallensystem	Vir	Cytomegalie-Virus Epstein-Barr-Virus Hepatitis A-Virus Hepatitis B-Virus, (Hepatitis-D-Virus) Hepatitis C-Virus Hepatitis E-Virus
Perihepatitis	Bak	Aerobier / Anaerobier Leptospiren Chlamydia spp
	Par	Cryptosporidium Echinococcus granulosus Echinococcus multilocularis Fasciola Opisthorchis Clonorchis Entamoeba histolytica Fasciolopsis
Lunge, Bronchien	Vir	Adenovirus Cytomegalie-Virus Influenza-Virus Masern-Virus Metapneumovirus Parainfluenzavirus Respiratory-Syncytial-Virus SARS-CoV-2
	Bak	Pneumokokken Haemophilus influenzae Staphylokokken, B-Streptokokken Enterobakterien Nonfermenter

		Anaerobier (bei Aspirationspneumonie, Abszeß-Punktat) Aktinomyzeten
Tuberkulose		Mykobakterien
	Par	Ascaris Echinococcus granulosus Echinococcus multilocularis Fasciola Entamoeba histolytica Filarien (Wuchereria, Brugie) Hakenwürmer Paragonimus Strongyloides Toxocara (Larva migrans visceralis) Toxoplasma
Herz	Vir	Adenovirus Enterovirus Influenzavirus
	Bak	Borrelien Coxiella burnetii
		Gramnegative Bakterien
		Grampositive Bakterien Treponema pallidum
	Par	Leishmania
Harnwege Nephritis, Urethritis, Cystitis	Vir	Adenovirus Cytomegalie-Virus
Urethritis, Cystitis, Pyelonephritis	Bak	Aerobier, ggf. Anaerobier Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae
	Myk	Sproßpilze
	Par	Schistosoma haematobium
ZNS	Vir	Adenovirus Enterovirus FSME-Virus Herpes-simplex-Virus HI-Virus Influenzavirus Masern-Virus Mumps-Virus Varicella-Zoster-Virus
	Bak	Aerobier / Anaerobier Haemophilus influenzae Meningokokken Pneumokokken Borrelien Treponema pallidum
	Par	Echinococcus granulosus Echinococcus multilocularis Taenia solium Toxocara (Larva migrans visceralis) Toxoplasma

4 VIROLOGIE

4.1 Allgemeine Hinweise zu Probenentnahme und Transport

Die folgenden Anforderungen sind im Rahmen des Untersuchungsauftrages wesentlich. Anderenfalls kann die Aussagefähigkeit der Laborergebnisse mehr oder weniger stark eingeschränkt sein.

Die Materialentnahme soll gezielt unter weitestgehender Vermeidung einer Kontamination durch die Standortflora des umgebenden Gewebes erfolgen. Der günstigste Entnahmeort entspricht nicht notwendigerweise dem erkrankten Organ(system) (siehe Tab.1).

Verwendung von geeigneten Probenahme- und Transportsystemen (bruchsicher, doppelwandig - Bereitstellung durch das NLGA).

Unverzögerlicher Probenversand und sachgerechte Lagerung des Materials bis zum Versand. Die für virologische Untersuchungen eingesandten Materialien sollen gekühlt gelagert werden (ca. 4 °C). Die Verwendung von Kühlthermen (z.B. für Rachenabstrichtupfer) erhöht die Wahrscheinlichkeit der Erregeranzucht.

Proben, deren Abnahmedatum bei Probeneingang bereits 7 Tage zurückliegt, werden grundsätzlich nicht untersucht. Bei derartig langen Probenlagerungszeiten unter undefinierten Lagerbedingungen muss angenommen werden, dass zum einen die Stabilität der nachzuweisenden Analyte stark beeinträchtigt ist und dass andere Prozesse die Validität der Testungen stark vermindern würden (z.B. Hämolyse, bakterielle Kontamination,...). Im Einzelfall sind Ausnahmen möglich, wenn sichergestellt ist, dass eine adäquate Lagerung der Probe erfolgt ist (Kühlung).

Begleitschein und Probenröhrchen müssen mit Namen und Geburtsdatum des Patienten gekennzeichnet sein. In speziellen Fällen (z.B. HIV-Untersuchungen) sind auch statt des Namens ein Kürzel oder ein Alias und statt des Geburtsdatums das Geburtsjahr ausreichend.

Wichtig ist die konkrete Formulierung des Untersuchungsauftrages. Dieser kann auch lauten "Alle Untersuchungen, die aufgrund der geschilderten Symptome sinnvoll erscheinen" – vorausgesetzt, dass klinische Angaben vorhanden sind.

Der Begleitschein sollte neben der unverzichtbaren Angabe des Probenahmedatums relevante klinische Informationen (incl. Erkrankungsbeginn) zur speziellen Fragestellung enthalten. Nur so ist eine Befundinterpretation von Seiten des Labors möglich.

Die Begleitscheine müssen vom Auftraggeber unterschrieben sein.

Hilfreich ist die Angabe einer Telefonnummer, falls telefonische Nachfragen erforderlich sein sollten.

4.2 Wichtige Hinweise zu virologischen und serologischen Untersuchungsmaterialien

Für molekularbiologische Untersuchungen (PCR) aus Blut ist die Einsendung eines separaten Probenröhrchens (10ml EDTA-Blut) erforderlich. Serumröhrchen mit Anforderungen für Antikörperbestimmungen und PCR-Untersuchungen können ausschließlich für Antikörpertestungen verwendet werden. Dieses Vorgehen vermeidet Kontaminationen in der sehr sensitiven PCR-Diagnostik.

- **Abstrichmaterial** (Rachenabstrich, Nasenabstrich, Nasen-/Rachenabstrich, Konjunktiven):
Probenahme und Transport mit den vom NLGA bereitgestellten Transportmedien. Die Versendung in Kühlthermen (Styroporbehälter mit Kühlakkus) bei 4 °C erhöht die Wahrscheinlichkeit der Erregeranzucht. Falls der Versand nicht sofort erfolgen kann, muss das Untersuchungsgut bei 4 °C aufbewahrt werden. Material zur Virusanzucht sollte innerhalb der ersten drei Krankheitstage entnommen werden. Die Austrocknung des Materials muss unbedingt vermieden werden. Wenn im Bedarfsfall kein dafür vorgesehenes Transportmedium zur Verfügung steht, können ausnahmsweise andere Abstrichtupfer verwendet werden, die durch etwas physiologische Kochsalzlösung vor der Austrocknung während des Transports geschützt werden. Keinesfalls Abstrichröhrchen für bakteriologische Untersuchungen (Tupfer in Gel) verwenden.

- **Faeces:**

Material zur Virusanzucht innerhalb der ersten zwei Krankheitswochen entnehmen. Auf Grund der Heterogenität des Materials ist die Einsendung mehrerer Proben empfehlenswert.

- **Liquor:**

Kein Transportmedium verwenden. Lagerung bei 4 °C. Wenn eine Verarbeitung oder der Transport innerhalb von 24 h (48 h) nicht möglich ist, sollte die Probe bei -70 °C eingefroren werden. Material zur Virusanzucht innerhalb der ersten Krankheitswoche entnehmen. Eine zusätzliche Einsendung von Faecesproben ist in jedem Fall sinnvoll.

- **Punktionsmaterial** (Nasenaspirat, Pleura-, Perikardial-, Peritonealflüssigkeit, Rachenspülwasser, Synovialflüssigkeit) &

- **Bronchial-Lavage:**

Kein Transportmedium verwenden. Lagerung bei 4 °C.

- **Rachenspülwasser:**

10ml 0,9% NaCl-Lösung in den Rachenraum fließen lassen. Ca. 5 Sekunden gurgeln (einfaches Mundspülen ist nicht ausreichend). Gesamte Gurgelflüssigkeit in einem Probengefäß auffangen für den Transport fest verschließen.

- **Sekret:**

Bläscheninhalt sollte entweder steril aspiriert werden oder aus erst kürzlich aufgebrochenen Bläschen entnommen werden, da hier die Virusmenge noch groß ist. Bereits verkrustete Effloreszenzen enthalten nicht mehr genügend Erreger.

- **Sektionsmaterial:**

Gewebeproben in steriles Röhrchen bzw. sterilen Becher mit Schraubverschluss geben. Nicht mit Formalin oder anderen Substanzen fixieren. Zum Schutz vor Austrocknung bei kleinen Probenmengen physiologische Kochsalzlösung verwenden.

- **Serum:**

Für Antikörperbestimmungen werden 5-10 ml Blut benötigt. Serumproben können ungekühlt mit der normalen Post verschickt werden. Vollblut darf nicht eingefroren werden!

- **EDTA-Blut:**

EDTA-Blut dient am häufigsten zur Beurteilung der zellulären Bestandteile des Blutes (Blutbild) bzw. im virologischen Zusammenhang für die Bestimmung der CD4-T-Helferzellen bei HIV-Infektion. Für die Beurteilung der Zellen sollte EDTA-Blut bei Untersuchung nicht älter als 24 h sein.

Zum Nachweis von Viren in EDTA-Blut sollte eine separate Monovette verwendet werden, die nicht für andere Analysen vorgesehen ist. Das Material muss schnellstmöglich, noch am Tag der Blutentnahme im Labor eintreffen. Eine Kühlung ist unter dieser Voraussetzung nicht notwendig. Tieffrieren zerstört die Blutzellen und macht eine Untersuchung unmöglich.

- **Urin:**

Material zur Virusanzucht innerhalb der ersten Krankheitswoche entnehmen.

Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht über die zu erwartenden Erreger bei verschiedenen Erkrankungsbildern bzw. erkrankten Organen/Organsystemen. Zusätzlich ist das in diesem Zusammenhang günstige Untersuchungsmaterial angegeben.

4.3 Übersicht

Diagnose	Mögliche Erreger	Untersuchungs- material
Arthritis	Borrelieen, Brucellen, Salmonellen, Yersinien	Serum
Bronchitis, Tracheobronchitis, Krupp, Pneumonie	Adenovirus, Chlamydien, Coxiella burnetii, Cytomegalie-Virus bei Immunsupprimierten, Influenzavirus, Legionellen, Masernvirus, Metapneumovirus, Mykoplasma pneumoniae, Parainfluenzavirus, Respiratory-Syncytial-Virus, SARS-CoV-2	Rachen/Nasen- abstrich, Serum, Bronchialavage, Sputum
Enzephalitis	Adenovirus, Enterovirus, FSME-Virus, Herpes-Simplex-Virus, HIV, Influenzavirus, Masernvirus, Mumpsvirus, Varicella-Zoster-Virus	Serum, Liquor, Faeces
Erkältungskrank- heiten, Tonsillitis, Pharyngitis, Krupp	Adenovirus, Cytomegalie-Virus, Enterovirus, Epstein-Barr-Virus, Influenzavirus, Metapneumo- virus, Parainfluenzavirus, Respiratory-Synzytial- Virus, Rhinovirus	<u>Rachen-/Nasen- abstrich</u> , Rachenspül- wasser, Nasenaspirat
Fetale-/Embryonale Infektionen	Cytomegalie-Virus, Parvovirus-B19, Rötelnvirus, Toxoplasma gondii, Varicella-Zoster-Virus	(mütterliches) Serum
Gastroenteritis	Adenovirus, Astrovirus, Enterovirus, Norovirus, Rotavirus	Faeces
Hepatitis	Cytomegalie-Virus, Epstein-Barr-Virus, Hepatitis-A/B/C/D/E-Virus	Serum
Immunsystem	Cytomegalie-Virus, Epstein-Barr-Virus, HIV	Serum
Konjunktivitis, Keratitis	Adenovirus, Chlamydien, Herpes-Simplex-Virus, Varicella-Zoster-Virus	Abstrichmaterial
Meningitis (und andere neurolo- gische Manifesta- tionen)	Adenovirus, Borrelieen, Enterovirus, FSME-Virus, Herpes-Simplex-Virus, HIV, Influenzavirus, Mumpsvirus, Treponema pallidum, Varicella- Zoster-Virus	Serum, Liquor, Faeces
Myokarditis	Adenovirus, Borrelieen, Enterovirus, Influenzavirus	Serum, Faeces, Rachen-/Nasenabstrich
Nephritis	Hanta-Virus	Serum
Opportunistische Infektionen	Cytomegalie-Virus, Toxoplasma gondii	Serum
Parotitis	Mumpsvirus	<u>Serum</u> , Speichel, Urin
Infektionen während der Schwangerschaft, Peri- oder neonatale Infektionen	Cytomegalie-Virus, Enterovirus, Hepatitis-B-Virus, Hepatitis-C-Virus, Herpes-Simplex-Virus, HIV, Parvovirus-B19, Rötelnvirus, Varicella-Zoster-Virus, Toxoplasmen	Serum, Urin
Persistierende Virusinfektionen	Cytomegalie-Virus, Epstein-Barr-Virus, (Hepatitis-B-Virus), (Hepatitis-C-Virus), (Hepatitis-D-Virus), Herpes-Simplex-Virus, HIV, (Masernvirus), Röteln- virus, Varicella-Zoster-Virus	Serum, Material je nach Indikation
Urogenital- Entzündungen	Chlamydien, Herpes-Simplex-Virus, Mumpsvirus (Orchitis), Mykoplasmen	Abstrichmaterial, Serum
Virale Hautkrankheiten (Bläschen)	Enterovirus, Herpes-Simplex-Virus, Varicella- Zoster-Virus	Abstrichmaterial, Serum, Punktionsma- terial, bei V.a. Entero- viren auch Faeces
Virale Hautkrankheiten (Exantheme)	Adenovirus, Enterovirus, Epstein-Barr-Virus, Masernvirus, Rötelnvirus, Cytomegalievirus, Parvovirus, Varicella-Zoster-Virus	Serum, bei V.a. Enteroviren auch Faeces

4.4 Übersicht 2

Organsystem	Wichtige Erreger
Auge	Adenovirus, Cytomegalie-Virus, Herpes-Simplex-Virus, Yersinien
Bewegungsapparat	Borrelien, Brucellen, Salmonellen, Yersinien
Darm	Adenovirus, Astrovirus, Enterovirus, Norovirus, Rotavirus
Geschlechtsorgane	Chlamydia trachomatis, Herpes-Simplex-Virus, Humanes Papillomavirus, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum
Herz	Borrelien, Enterovirus
Leber	Cytomegalie-Virus, Epstein-Barr-Virus, Hepatitis-A/B/C/D/E-Virus
Lungen und Bronchialsystem	Adenovirus, Cytomegalie-Virus, Enterovirus, Hantavirus, Influenzavirus, Legionellen, Masernvirus, Metapneumovirus, Parainfluenzavirus, Respiratory-Syncytial-Virus, Rhinovirus, SARS-CoV-2, Varicella-Zoster-Virus
Mund / Rachen	Adenovirus, Enterovirus, Herpes-Simplex-Virus
Muskulatur	Coxsackievirus
Niere und Harnwege	Adenovirus, Cytomegalie-Virus, Hantavirus
Tumore	Epstein-Barr-Virus, Hepatitis-B-Virus, Hepatitis-C-Virus

4.5 Übersicht 3

Untersuchungsverfahren zum Nachweis akuter Infektionen

Erreger	Diagnostika	Erreger	Diagnostika
Adenovirus	EIA (Antigennachweis) PCR Virusanzucht	Humane Papillomviren (HPV)	PCR
Astrovirus	EIA (Antigennachweis)	Influenzavirus	PCR Virusanzucht
Borrelien	EIA PCR Westernblot	Leptospiren	EIA
Bocavirus	PCR	Masernvirus	EIA PCR
Brucellen	EIA	Metapneumovirus	PCR
Coronavirus (saisonal)	PCR	Mumpsvirus	PCR EIA
Coxiella burnetii	EIA (Phase 1, 2)	Norovirus	PCR
Cytomegalie-Virus	EIA PCR	Parainfluenzavirus	PCR Virusanzucht
Chikungunya-Virus	EIA PCR	Parvovirus – B19	EIA
Enterovirus	PCR Virusanzucht	Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)	PCR Virusanzucht
Epstein-Barr-Virus	EIA	Rhinovirus	PCR
Dengue-Virus	EIA PCR	Rötelnvirus	EIA PCR
FSME-Virus	EIA PCR	Rotavirus	EIA (Antigennachweis)
Hantavirus	EIA Westernblot	Toxoplasma gondii	EIA
Hepatitis-A-Virus	CMIA	Treponema pallidum	CMIA EIA IFT Partikelagglutinationstest
Hepatitis-B-Virus	CMIA PCR	SARS-CoV-2	PCR
Hepatitis-C-Virus	CMIA PCR Westernblot	Varicella-Zoster-Virus	EIA PCR

Hepatitis-E-Virus	EIA PCR	West-Nil-Virus	PCR
Herpes-Simplex-Virus	PCR Virusanzucht	Zikavirus	PCR EIA
HIV 1 + 2	CMIA PCR Westernblot		

5 UNTERSUCHUNGSVERFAHREN ZUR IMMUNITÄTSBESTIMMUNG

Erreger	Diagnostik
Cytomegalie-Virus	EIA
FSME-Virus	EIA
Hepatitis-A-Virus	EIA
Hepatitis-B-Virus	EIA
Masernvirus	EIA
Mumpsvirus	EIA
Parvovirus-B19 (Ringelröteln)	EIA
Rötelnvirus	EIA
Varicella-Zoster-Virus	EIA

6 VERZEICHNIS

Adenoviren			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
Virusanzucht	Faeces, Abstrichmaterial (z.B. Nase, Rachen, Konjunktiven)	Akute respiratorische Erkrankungen, Bronchitis, Pharyngitis, Konjunktivitis, Keratokonjunktivitis epidemica, Exantheme, mesenteriale Adenitis, Krupp, hämorrhagische Zystitis, Gastroenteritis	Inkubationszeit 4-6 Tage. Örtlich begrenzte Infektionen (Gastroenteritis, Konjunktivitis) lassen sich serologisch kaum nachweisen. Meldepflicht nach §7 IfSG im Konjunktivalabstrich
EIA (Antigen)	Faeces		
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nase, Rachen, Konjunktiven)		
Astroviren			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (Antigen)	Faeces	Gastroenteritis	Meldepflicht nach §6 IfSG bei zwei oder mehr zusammenhängenden Erkrankungen bzw. Tätigkeit nach §42
Bacillus anthracis			Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstriche (Haut, Nase, Rachen), Blut, andere erregerehaltige Körperflüssigkeiten. Andere ggf. erregerehaltige Proben.	V.a. Milzbrand, V.a. Verwendung von Milzbranderegern im Rahmen eines bioterroristischen Anschlags.	Telefonische Ankündigung und Absprache von Einsendungen insbesondere bei Umweltproben ist erforderlich. Meldepflicht nach §6 und §7 IfSG
Bocavirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Akute respiratorische Erkrankungen, Bronchitis, Bronchiolitis, Pharyngitis, Pneumonie	

Borrelien			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum, Liquor	V.a. Borrelieninfektion, Erythema migrans, Lyme-Arthritis, Neurologische Manifestationen, Lymphadenosis cutis benigna, Akrodermatitis chronica atrophicans, Karditis	Antikörper sind frühestens 4-6 Wochen nach Infektion nachweisbar.
Westernblot	Serum, Liquor	Manifstationen, Lymphadenosis cutis benigna, Akrodermatitis chronica atrophicans, Karditis	Bestätigungstest bei positivem oder fraglichem EIA-Resultat.
Antikörperindex EIA	Serum & Liquor (gleichzeitig entnommen)	Beurteilung einer ZNS-Beteiligung	
PCR	Punktat	V.a. Gelenkbeteiligung	Gleichzeitige Untersuchung im Serum ist erforderlich, da negativer Direktnachweis in seiner Aussage beschränkt ist. PCR-Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich
Brucellen (<i>Brucella abortus/melitensis</i>)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgA/IgG/IgM)	Serum	V.a. Morbus Bang / Maltafieber, intermittierendes oder ondulierendes Fieber mit allgemeinem Krankheitsgefühl, reaktive Arthritis, Osteomyelitis, Splenomegalie, Lymphknotenschwellung	Inkubationszeit: wenige Tage bis 3 Wochen. Infektion bevorzugt bei Personen mit Tier- oder Fleischkontakt, Urlaubern aus südlichen Ländern und nach Verzehr von Rohmilchprodukten. Falsch positive Ergebnisse durch Kreuzreaktion bei Yersinien-, Salmonellen-, Cholera-Infektionen oder Tularämie sind möglich. Meldepflicht nach §7 IfSG
Chlamydia trachomatis			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrich (z.B. Cervix), Urin	Urogenital-Infektionen (z.B. Urethritis, Zervizitis, Reiter-Syndrom), Lymphogranuloma venerum, Trachom, Konjunktivitis oder Pneumonie bei Neugeborenen.	Ein Direktnachweis ist anzustreben, da bei Infektion die Schleimhautbarriere nicht notwendigerweise überwunden wird und somit eine Antikörperbildung unterbleiben kann!

Chlamydomphila pneumoniae			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Akute und chronische Infektionen des oberen Respirationstraktes (Pharyngitiden, Sinusitiden, Bronchitiden) und Pneumonie. Häufig asymptomatische Verläufe.	Sehr selten Endokarditis, Myokarditis, Meningoradikulitis, Erythema nodosum oder reaktive Arthritiden.
Chikungunyavirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Reiseassoziierte Infektion. Übertragung durch Mückenstiche. Symptome am häufigsten Fieber sowie Gelenkschmerzen und -schwellungen.	Autochtone Infektionen bzw. Ausbrüche auch in Südeuropa (Italien) berichtet.
PCR	Serum / Plasma		
Humanes Coronavirus (saisonal)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Erreger zumeist leichter akut respiratorischer Infektionen	Nachweis der Spezies Humanes Coronavirus-229E, -NL63, -OC43 und -HKU1. Der Nachweis von SARS-CoV-2 oder MERS-CoV erfolgt auf Anforderung in einem eigenen Untersuchungsgang (siehe dort).
Coxiella burnetii (Q-Fieber)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Q(uey)-Fieber, Atypische Pneumonie, Meningoenzephalitis als Komplikation, Endokarditis als Spätschaden	Inkubationszeit 9-20 Tage. Abnahme im akuten und konvaleszenten Stadium, Übertragung durch infizierten Staub (oder Milch). Reservoir: Schaf, Ziege, Rind. Endemisch vor allem in Süddeutschland als Zoonose. Im EIA Nachweis von Phase I und Phase II Antikörpern zur Abgrenzung von frischen, chronischen und stattgehabten Infektionen.
Coxsackie-Viren siehe ⇒ Picornaviren			

Cryptococcus neoformans			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
Latex-Agglutinationstest	Serum	Lungen-Mykosen, häufig primär betroffen, später hämatogene Streuung; Haut-Mykosen; Knochen-Mykosen; Meningo-Encephalo-Mykosen	
Cryptosporidium parvum			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (Antigen)	Faeces	Zoonose, verläuft bei immunkompetenten Personen i.d.R. als selbstlimitierende Durchfallerkrankung	Möglichst frische Stuhlproben (möglichst noch am selben Tag) einsenden. Meldepflicht nach §7 IfSG.
Cytomegalievirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Nachweis der Infektion bzw. einer Reaktivierung unter Immunsuppression, bei Immundefekt oder während der Schwangerschaft. Wesentliche Bedeutung als prä- oder perinatale Infektion.	Bei immunsupprimierten Erkrankten ist zum Zeitpunkt der Infektion häufig kein oder ein verspäteter Antikörpernachweis möglich. Ein im Vergleich zum IgG hoher IgM-Titer spricht für eine Primärinfektion. Kreuzreaktion mit EBV-Ak ist möglich. Bei Primärinfektionen bis zur 21. SSW IgM-Nachweis aus Nabelschnurblut.
PCR	EDTA-Blut		
Dengue-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Reiseassoziierte Infektion mit häufig asymptomatischem Verlauf. Übertragung durch Mückenstiche. Symptome am häufigsten Fieber sowie Knochen- und Muskelschmerzen. Schwere Verläufe sind bei Zweitinfektion häufiger.	
PCR	Serum / Plasma		

Diphtherie-Toxoid-Antikörper			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Überprüfung des Impfschutzes gegen Diphtherie	Bei V.a. akute Infektion Rachenabstrich zum direkten Erregernachweis einsenden.
Echoviren siehe ⇒ Picornaviren			
Echinococcus granulosus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Raumforderung in der Leber, selten extrahepatisch. Verdacht auf cystische Echinokokkose	Meldepflicht nach §7 IfSG
Echinococcus multilocularis			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Raumforderung in der Leber, selten extrahepatisch. Verdacht auf alveoläre Echinokokkose	Meldepflicht nach §7 IfSG
Entamoeba histolytica			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG)	Serum		
EIA (Antigen)	Faeces		Möglichst frische Stuhlproben (möglichst noch am selben Tag) einsenden. Versand muss nicht „körperwarm“ erfolgen.
Enteroviren siehe ⇒ Picornaviren			

Epstein-Barr-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM / EBNA)	Serum	Verdacht auf primäre oder reaktivierte EBV-Infektion, infektiöse Mononukleose, EBV-assoziierte Hepatitis, chronisch-aktive EBV-Infektion, Fatigue-ähnliches Syndrom	Inkubationszeit 4-7 Wochen. Das Erkrankungsstadium lässt sich anhand der drei untersuchten Parameter (IgG / IgM / EBNA) differenzieren.
Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum, Liquor	ZNS-Symptome nach Zeckenstich: Meningitis, Meningoenzephalitis. Impfstatus nach Impfung oder Nachweis einer natürlichen Immunität.	IgM – positiv: Hinweis auf akute Infektion mit FSME-Virus. Zwei Blutproben im Abstand von 7-14 Tagen entnehmen zur Erfassung der Ak-Dynamik. Meldepflicht nach §7 IfSG. PCR-Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich
PCR			
Giardia intestinalis			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (Antigen)	Faeces		Möglichst frische Stuhlproben (möglichst noch am selben Tag) einsenden. Meldepflicht nach §7 IfSG.
Hantavirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Verdacht auf endemische oder epidemische Nephropathie, hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom	Übertragung durch Nagetiere, besonders Waldarbeiter und Jäger sind gefährdet. Meldepflicht nach §7 IfSG.
Line-Immunoassay		Bestätigungstest	

Hepatitis A-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
CMIA (IgG / IgM)	Serum	Diagnose einer frischen Hepatitis A. Immunstatus-Bestimmung vor oder nach Impfung.	Inkubationszeit 2-7 Wochen. Positives IgM zusammen mit erhöhten Transaminasen zeigt akute Hepatitis A an. IgG-Ak persistieren lebenslang. Meldepflicht nach §6 und §7 IfSG für akute Infektionen.
Hepatitis B-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
HBs-Ag (CMIA)	Serum	Untersuchung der Infektiosität	In Kombination mit HBc-Ak: Hepatitis B-Suchtest.
HBc-Ak (CMIA / IgG / IgM)	Serum	Untersuchung vor Impfung	Ak persistieren lebenslang. Bei positivem Nachweis erfolgt weitere Differenzierung. In Kombination mit HBs-Ag: Hepatitis B-Suchtest.
HBs-Ak (CMIA)	Serum	Untersuchung der Immunität, Impfkontrolle	
HBe-Ag (CMIA)	Serum	Untersuchung der Infektiosität, Verlaufskontrolle bei chronischer Hepatitis	Bei positivem Nachweis muss eine Virusreplikation angenommen werden. Spricht für relativ hohe Infektiosität.
HBe-Ak (CMIA)	Serum	Untersuchung der Infektiosität, Verlaufskontrolle bei chronischer Hepatitis	Ak persistieren lebenslang und können als zusätzliche Marker für durchgemachte Hepatitis B dienen. Gleichzeitiger Nachweis von HBs-Ag und HBe-Ak spricht für eine relativ geringe Infektiosität.
PCR quantitativ	Serum	Untersuchung der Infektiosität	Nachweis der Virämie und ggf. quantitative Eingrenzung der Infektiosität ergänzend zu den Ak/Ag-Tests. Nachweisgrenze der PCR: 15 i.U./ml. Meldepflicht nach §6 und §7 IfSG für akute Infektionen.

Hepatitis C-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
CMIA	Serum	Verdacht auf Hepatitis C	Ak werden oft erst 2-6 Monate nach einer Infektion gebildet. Bei positivem Nachweis sollte eine Bestimmung der HCV-RNA erfolgen.
Westernblot	Serum	Antikörpernachweis (Bestätigungstest)	
PCR, quantitativ	Serum	Nachweis der Virämie, Bestimmung der Viruslast	Nachweisgrenze der PCR: 30 i.U./ml.
Genotypisierung	Serum	Bestimmung des Virustyps	Meldepflicht nach §6 und §7 IfSG für akute Infektionen.
Hepatitis D-Virus			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Serum	Diagnose einer Hepatitis D-Infektion	Das Hepatitis D-Virus ist ein unvollständiges Virus und benötigt zur Replikation das Hepatitis B-Virus. Es kommt daher nur zusammen mit HBs-Ag vor!
Hepatitis E-Virus			
Testauswahl	Material	Klinische Relevanz	Bemerkungen
EIA (IgG / IgM)	Serum	Diagnose einer HEV-Infektion	Vorkommen besonders in Asien und Afrika. In Europa Infektionen zumeist durch Schweinefleischverzehr. Die Erkrankung verläuft in der Regel gutartig und selbstlimitierend. Meldepflicht nach §6 und §7 IfSG für akute Infektionen.
PCR	Faeces / EDTA-Blut		

Herpes-Simplex-Virus Typ 1 und 2			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Liquor, Abstriche, Punktate	Verdacht auf HSV-Infektion bei Enzephalitis, Colitis, Haut und Schleimhauterkrankungen	Virus-Direktnachweis, Differenzierung nach HSV Typ 1 oder 2.
Virusanzucht	Liquor / Bläschenpunktat / Abstrichmaterial (z.B. Nase, Rachen) / Urin		Eine Virusanzucht aus Liquor ist nur bei HSVTyp 2 erfolgversprechend.
Humanes Herpesvirus Typ 6 (Exanthema subitum)			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Serum	Verdacht auf 3-Tage-Fieber. Bei Erwachsenen chronisches Fatigue-Syndrom, chronische Fieberzustände mit Lymphadenopathie.	Inkubationszeit 3-5 Tage. In der erwachsenen Bevölkerung hoher Durchseuchungsgrad.
Humanes Immundefizienzvirus (HIV)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
HIV1/2 CMIA (Ak/Ag)	Serum	Verdacht auf HIV-Infektion	Sehr sensitiver Suchtest auf HIV1 und HIV2. Positive Ergebnisse werden durch Westernblot und ggf. PCR überprüft.
HIV1/2 Line-Immunoassay	Serum	Bestätigungstest	Jeder erstmals positive Befund muss durch eine zweite Blutentnahme kontrolliert werden, bevor die HIV-Diagnose gestellt wird (Ausschluss von Probenverwechslungen). Meldepflicht nichtnamentlich an das RKI.
HIV-1-PCR, quantitativ	Serum EDTA-Blut	Diagnose der akuten Infektion bei noch negativem Antikörperstatus, Abklärung von fraglichen Resultaten in der Antikörperdiagnostik.	Ein negatives Resultat schließt eine HIV-Infektion nicht aus, da die Viruslast ggf. unterhalb der Nachweisgrenze liegen kann. Nachweisgrenze der PCR: 150 Kopien/ml. Meldepflicht nichtnamentlich an das RKI.

Humane Papillomaviren (bestimmte High-Risk-Typen)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Cervical-Abstriche. Untersuchung von Abstrichen anderer Herkunft (vaginal, urethral, anal, oral) sind möglich, vom Testhersteller aber nicht evaluiert.	Verdacht auf HPV-Infektion, Früherkennung eines Carzinom-Risikos.	Nachweis und Differenzierung von High-Risk-Typen (bezogen auf das Risiko der Carzinomentstehung) 16 und 18, sowie Nachweis der High-Risk-Typen 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 und 68 ohne Differenzierung. Spezielles Transportmaterial muss für den Test im Labor angefordert werden.
Influenza A und B Viren			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Auch Differenzierung des Hämagglutinins nach H1, H3, H5, H7, H9 möglich. Ggf. nach Fragestellung „Ausschluss aviärer Influenza“.	Inzwischen stehen hinreichend schnelle Labormethoden zur Verfügung, so dass eine kurzfristige Diagnose möglich ist.
Virusanzucht	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Testdauer: 2 Tage bis 2 Wochen. Das Untersuchungsergebnis ist abhängig von guter Entnahmetechnik. Die Anzucht der Isolate ermöglicht eine anschließende Differenzierung nach Subtyp und Varianten.	Die Impfstoffzusammensetzung für die nachfolgende Winterperiode berücksichtigt diese Ergebnisse. Post-mortales Material zur Virusisolierung sollte bald nach dem Tod entnommen werden. Geeignet sind Rachenabstriche, Bronchus, Trachea oder Lunge (jeweils kirschgroße Gewebeteile).
Legionella pneumophila			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Das Pontiac-Fieber ist ein akut fiebriger Infekt ohne Pneumonie. Bei der sog. Legionärs-Krankheit handelt es sich um eine Verlaufsform mit Pneumonie insbesondere bei Personen >50 Jahre	

Leptospiren			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (Antikörper)	Serum	V.a. Leptospireninfektion (Vasculitis, Myalgie, Funktionsstörung von Leber und Nieren)	Erregerreservoir: Mäuse, Ratten, Hunde, Schweine und Rinder. Inkubationszeit 1-2 Wochen. Antikörperanstieg in der zweiten Woche mit zweiphasigem Erkrankungsverlauf. Meldepflicht nach §7 IfSG.
Lues siehe Treponema pallidum			
Masernvirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM) IgG-Avidität	Serum	Diagnostik akuter Infektionen (IgM) oder zusammen mit IgG bei Verdacht auf Reinfektion. IgG: Impfschutzkontrolle, Feststellung des Immunstatus vor der Schwangerschaft, Verlauf von Maserninfektion oder Reinfektion.	Inkubationszeit 14 Tage. IgM ist 2 - 5 Tage nach Exantheausbruch nachweisbar. Persistenz für 4 - 5 Wochen oder länger. IgG ist 6 – 12 Tage nach Exanthe nachweisbar und steigt innerhalb von 2 – 4 Wochen auf hohe Titer an. IgG bleibt i.d.R. über lange Zeit bestehen (auch nach Schutzimpfung). Bei den sog. atypischen Masern und bei der SSPE finden sich extrem hohe IgG-Titer. Bei Verdacht auf Reinfektion IgG-Bestimmungen im Abstand von 10 – 14 Tagen mit gleichzeitiger IgM-Bestimmung. Masern können in der Gravidität zum Abort oder zur Frühgeburt führen. Missbildungen sind extrem selten beobachtet worden. Seronegativen schwangeren Patientinnen müssen daher sofort, spätestens bis zum 4. Tag nach Masernkontakt Immunglobuline als Prophylaxe verabreicht werden. Neugeborene von Müttern mit Masern um den Geburtstermin herum sollten Immunglobuline erhalten. Meldepflicht nach §6 und §7 IfSG.
PCR	Urin, Rachenabstrich, Speichelproben	Diagnose einer akuten Infektion	PCR-Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich

MERS-Coronavirus (Middle-East-Respiratory-Syndrome)			Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Rachenspülwasser, Sputum, Rachenabstrich	Nachweis von MERS-Coronavirus bei klinischem Verdachtsfall. Ein einmaliges negatives Resultat schließt eine Infektion nicht aus. Material aus dem unteren Respirationstrakt erhöht die Aussagekraft eines negativen Ergebnisses.	Die Untersuchung sollte insbesondere bei kürzlichem Aufenthalt in Endemiegebieten (Naher Osten) und Vorliegen einer Pneumonie angefordert werden. Schon der Verdachtsfall ist nach §6 meldepflichtig. Meldepflicht nach §7 IfSG.
Humanes Metapneumovirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Infekte des oberen Respirationstraktes, selten Bronchiolitis, Pneumonie	Die Inzidenz ist insbesondere bei kleinen Kindern hoch.
Mumpsvirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Differential-Diagnose: Parotitis, Pankreatitis, Meningitis. Nach der Pubertät: Epididymoorchitis, Oophoritis.	Inkubationszeit 18-21 Tage. IgM-Anstieg innerhalb von 2-5 Tagen nach Auftreten der ersten Symptome. IgG-Anstieg nach 6 Tagen mit lebenslanger Persistenz. Reinfektion mit abgeschwächter Symptomatik dennoch möglich. In diesem Fall Vergleich des IgG-Titeranstiegs durch 2 Blutentnahmen im Abstand von 10-14 Tagen. Seronegativen schwangeren Patientinnen sollte sofort nach Mumpskontakt ein Immunglobulinpräparat zur Prophylaxe verabreicht werden. Falsch positive Reaktionen durch Kreuzreaktivität mit Parainfluenza sowie unspezifische Antikörperstimulation bei EBV-Infektion sind möglich. Bei Parotitis und Pankreatitis ist auch die Amylase erhöht. Meldepflicht nach §6 und §7 IfSG.
Virusanzucht	Speichel, Urin, Liquor		
PCR	Urin, Rachenabstrich, Speichel		PCR-Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich

Mycoplasma pneumoniae			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nasopharyngeale Aspirate, BAL, Nasen-, Rachenabstrich)	Pharyngitis, Tracheobronchitis, Husten, Fieber, atypische Pneumonie	
Neisseria gonorrhoeae			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrich (z.B. Cervix, Urethra)	Insbesondere Urogenitalinfektion aber auch andere Schleimhäute können betroffen sein (Rektum, Oropharynx). Weitere Krankheitsbilder: Prostatitis, Epididymitis, Bartholinitis, Cervicitis, Adnexitis, Endometritis.	
Noroviren (Norwalk-like-Viren) Genogruppe I & II			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Faeces	Gastroenteritis. Saisonale Betonung in den Wintermonaten	Übertragung durch kontaminierte Lebensmittel und Mensch-zu-Mensch (faecal-oral). Meldepflicht nach §6 IfSG bei zwei oder mehr zusammenhängenden Erkrankungen bzw. Tätigkeit nach §42. Meldepflicht nach §7 des IfSG

Parainfluenza-Viren Typ 1-3			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nase, Rachen)	Akute Infektionen des Respirationstraktes. Parainfluenza-Viren sind neben RSV die häufigsten Erreger viraler Infektionen des Respirationstraktes bei (Klein-) Kindern (Krupp).	Inkubationszeit 2-6 Tage. Serum im Akut- und im Rekonvaleszenzstadium im Abstand von 10-14 Tagen abnehmen. Kreuzreaktionen zwischen den einzelnen Parainfluenzatyphen einerseits und Mumps (insbesondere Parainfluenza Typ 2) andererseits sind möglich.
Virusanzucht			
Parvovirus B 19 (Ringelröteln)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Verdacht auf Erythema infectiosum (Ringelröteln). Hydrops fetalis bzw. Fruchttod bei Infektion in der Schwangerschaft, akut anaplastische Krisen bei Patienten mit chronisch hämolytischer Anämie (z.B. Sichelzellanämie, β -Thalassämie), Anämien bzw. Knochenmarkdepression bei immundefizienten Patienten.	Inkubationszeit 14 Tage. Kontagiosität bis ca. 3 Tage nach Exanthembeginn. Zu diesem Zeitpunkt ist i.d.R. IgM nachweisbar. Bei Infektionen in der Schwangerschaft kommt es in ca. 10% zu einer diaplazentaren Infektion des Feten mit der Ausbildung eines Hydrops fetalis. Risiko des intrauterinen Fruchttodes. Zweiterkrankungen sind möglich, aber selten.

Picornaviren (Rhinoviren & Enteroviren incl. Coxsackie-, Echo-, Polioviren)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Verdacht auf Enterovirus-Infektion bei fieberhaften Atemwegserkrankungen, Diarrhoen, Herpangina, Sommergrippe, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, aseptische Meningitis, Myokarditis, Perikarditis, Paresen, Konjunktivitis, Exantheme.	Schneller Antikörperanstieg nach Erkrankung. Methode der Wahl ist PCR und die Virusanzucht aus Faeces, Liquor oder Rachenabstrich. Letztere ermöglicht i.A. eine Differenzierung nach Serotyp. Bevorzugtes Auftreten im Sommer und Herbst.
PCR	Faeces, Liquor, Abstrichmaterial (z.B. Rachen)		
Virusanzucht			
Virus-Typisierung	Isolate		
Poliomyelitisviren siehe ⇒ Picornaviren			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
Virusanzucht	Faeces, Liquor, Rachenabstrich	Verdacht auf Poliomyelitis. DD der abakteriellen Meningitis und Enzephalitis	Inkubationszeit für die Erstsymptomatik 2-4 Tage, für das Auftreten der Organsymptomatik 10-20 Tage.
Virus-Typisierung	Isolate	Unterscheidung Poliovirus von anderen Enteroviren.	Meldepflicht nach §6 und §7 des IfSG.
PCR	Isolate	Nachweis von Poliovirus	Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich
Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nase, Rachen)	Häufigste Ursache für Pneumonien bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren. Klinisches Bild: Atypische Pneumonie, Bronchiolitis, Pharyngitis, Krupp. Bei älteren Patienten z.T. schwere Pneumonien	Inkubationszeit 3-7 Tage, Kontagiosität 5 Tage bis 3 Wochen.
Virusanzucht			

Rhinoviren			Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Nase, Rachen)	Häufigste Erreger des Schnupfens mit meist geringerer klinischer Relevanz	
Rötelnvirus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Nachweis einer akuten Rötelninfektion, Nachweis einer intrauterinen Rötelninfektion, Nachweis der Immunität	IgM- und IgG-Ak sind 3-5 Tage nach Beginn des Exanthems nachweisbar. Antikörpernachweis nach Impfung nach ca. 4-8 Wochen mit ca. 10% Impfversagern. Meldepflicht nach §6 und §7 des IfSG
PCR	Abstrichmaterial (z.B. Rachen)		Untersuchung nicht im akkreditierten Bereich
Rotaviren			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (Antigen)	Faeces	Differentialdiagnose akuter gastrointestinaler Infekte bei Säuglingen, Klein- und Schulkindern und selten auch bei Erwachsenen mit akuten wässrigen Diarrhoen mit oder ohne Erbrechen.	Inkubationszeit 3-7 Tage, Kontagiosität 5 Tage bis 3 Wochen. Serumantikörper treten frühestens 8-14 Tage nach Krankheitsbeginn auf. Meldepflicht nach §6 IfSG bei zwei oder mehr zusammenhängenden Erkrankungen bzw. Tätigkeit nach §42. Meldepflicht nach §7 des IfSG

SARS-CoV-2 (Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Corona-Virus-2)			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
PCR	Rachenabstrich, Nasenabstrich, Nasen-/Rachenabstrich, Rachen-spülwasser, Sputum, Tracheal-sekret	Nachweis von SARS-CoV-2 bei klinischem Verdachtsfall. Material aus dem unteren Respirationstrakt ist bei V.a. Pneumonie erforderlich.	Meldepflicht nach §7 IfSG.
EIA (IgG / IgM)	Serum	Hinweis auf stattgehabte (IgG) oder akute (IgM) Infektion oder Z.n. Impfung	Eine Immunität ist durch einen IgG-Nachweis nicht sicher nachweisbar. Eine akute Infektion ist bei negativem IgM-Resultat nicht auszuschließen.
Schistosoma spezies			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA Western-Blot IgG	Serum	Fieber, Kopfschmerzen, Leberschwellung, Juckreiz in der „Wanderphase“. Verdacht auf Darmbillharziose; Fremdkörpergranulome, fibrotische Leber und portaler Hypertonus. Blutungen in Speiseröhre und Magen, Verschlechterung der Leberfunktion fortgeschritten: Ascites. Blutiger Urin bei Verdacht auf Blasenbilharziose	Gezielte Nachfrage nach Reisen in Endemiegebiete.
Taenia solium			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG)	Serum	Verdacht auf Neurocysticercose. DD bei zerebralen Raumforderungen / Herdsymptomen; Schmerzen und (calcifizierenden) Herden in der Muskulatur.	

Tetanus			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Überprüfung des Impfschutzes gegen Tetanus	
Tollwutvirus			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG)	Serum	Impfkontrolle, Verdacht auf Tollwut	Übertragung insbesondere bei Bissverletzung durch das im Speichel enthaltene Virus, aerogene Infektion bei Aufenthalt in Fledermaushöhlen möglich. Aktiv-passive Immunisierung innerhalb von 4 Tagen nach Exposition. Inkubationszeit reicht von Tagen bis zu mehreren Jahren in Abhängigkeit von Infektionsdosis und Lage der Bissstelle. Der Antikörpernachweis dient in erster Linie der Impfkontrolle. Bei Erkrankungsverdacht ist ein sicherer Ausschluss der Infektion zu Lebzeiten nicht möglich. Meldepflicht nach §6 und §7 des IfSG
Toxocara canis			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG)	Serum	Wandernde Larven von Spulwürmern des Hundes oder der Katze im menschlichen Fehlwirt nach oraler Eiaufnahme (Kinderspielplätze), auch Auge (Kinder)	
Western-Blot (IgG)	Serum		

Toxoplasma gondii			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM) IgG-Avidität	Serum	V.a. Toxoplasma-Infektion bei Immunsuppression oder während der Schwangerschaft bzw. konnatal. Der Aviditätstest gibt Hinweis auf den Infektionszeitpunkt.	Infektionsquellen sind insbesondere Katzenkot, kontaminiertes roh verzehrtes Fleisch und Salate. Meldepflicht für konnatale Infektionen.
Treponema pallidum			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
Treponema pallidum-Ak (CMIA)	Serum	Erkennung bzw. Ausschluss einer Treponema pallidum-Infektion sowie Therapiekontrolle	Stufendiagnostik mit initialem Treponema pallidum-Ak (CMIA)-Screeningtest. Bei positivem Ergebnis erfolgen Bestätigungstest sowie Zusatzuntersuchungen zur Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit. Ist bei negativem Screeningtest die Zeit zwischen wahrscheinlicher Exposition und Probenahme kürzer als 2 Wochen wird eine erneute Einsendung mit entsprechendem Zeitabstand empfohlen. Meldepflicht nichtnamentlich direkt an das RKI.
Immunfluoreszenz-Test			
Partikelagglutinationstest (Cardiolipin-flockung)			
EIA (IgM)			
Trichinella spiralis			Fremdleistung
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA	Serum	Nach Genuss von rohem oder nicht ausreichend gebratenem Fleisch nach unzureichender Fleischschau (Haus- oder Wildschwein, bei Auslandsaufenthalt ggfs. auch andere Fleischsorten: Pferd, Bär, etc.); Fieber, Gesichtssedeme, Eosinophilie; Muskelschmerzen	Meldepflicht nach §7 IfSG

Varicella-Zoster-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Verdacht auf Primärinfektion mit Varicella-Zoster, Reaktivierung einer latenten VZV-Infektion (Gürtelrose), Reaktivierung einer latenten VZV-Infektion bei beeinträchtigter zellulärer Immunität, Feststellung der Immunitätslagez.B. vor einer Schwangerschaft (nur IgG-Bestimmung nötig), akute Enzephalomyelitis, postinfektiöse Enzephalitis.	Inkubationszeit 16-21 Tage. Infektios 3-4 Tage vor Exanthembeginn bis zum Ende des Bläschenstadiums. Nachweis einer Primärinfektion durch spezifische IgM- und IgG-Ak 4-6 Tage nach Exanthembeginn. Kontrolluntersuchung im Abstand von 8 Tagen. Bei VZV-Kontakt in der Schwangerschaft bedürfen seronegative Schwangere einer passiven Immunisierung mit Hyperimmunglobulin (innerhalb von 24 Stunden). Serologische Reaktionen wie bei Varicella-Zoster können auch bei einer Herpes-Simplex-Primärinfektion nach früher durchgemachtem Varicella-Zoster vorkommen.
PCR	Abstriche, Bläscheninhalt, Liquor		Meldepflicht nach §6 und §7 des IfSG
Antikörperindex EIA	Serum & Liquor (gleichzeitig entnommen)	Beurteilung einer ZNS-Beteiligung	
Westnil-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Vornehmlich reiseassoziierte Infektion mit häufig asymptomatischem Verlauf. Übertragung durch Mückenstiche. Erkrankung häufig mit Symptomen eines grippalen Infektes und Exanthem. Als Komplikation sind Meningitis/ Enzephalitis möglich.	
PCR	Serum / Plasma Liquor		

Zika-Virus			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
EIA (IgG / IgM)	Serum	Reiseassoziierte Infektion mit Übertragung durch Stechmücken. Erkrankung häufig mit Symptomen eines grippalen Infektes, Exanthem und/oder Konjunktivitis. Infektionen in der Schwangerschaft können beim Fötus zu Fehlbildungen des Gehirns führen (Mikrozephalie).	
PCR	Serum / Plasma Urin Samenflüssigkeit		

7 BAKTERIOLOGIE

7.1 Allgemeine Hinweise

Bemerkungen:

Der Aussagewert bakteriologischer und mykologischer Untersuchungen hängt maßgeblich von der Auswahl des geeigneten Untersuchungsmaterials, der korrekten Entnahmetechnik und den Versandbedingungen ab. Folgende Grundsätze sollten beachtet werden:

- Materialgewinnung, soweit klinisch vertretbar, möglichst vor Beginn der antibiotischen Therapie.
- Gezielte Materialentnahme vom Infektionsort unter weitestgehender Vermeidung einer Kontamination durch die physiologische Standortflora des umgebenden Gewebes.
- Verwendung von geeigneten Abnahme- und Transportsystemen (werden von uns zur Verfügung gestellt).
- Die Proben sollen möglichst schnell in das Labor gelangen. Bis zum Transport ist auf eine sachgerechte Lagerung zu achten.
- Bei dringenden Untersuchungen oder Materialien, die sofort verarbeitet werden müssen, bitte rechtzeitig telefonisch anmelden und den Transport organisieren.
- Probe beschriften (mindestens Name u. Geburtsdatum des Patienten)
- **Auf dem Begleitschein sollten folgende Angaben nicht fehlen: Name und Geburtsdatum des Patienten, der genaue Entnahmeort, die Verdachtsdiagnose, die gewünschte Untersuchung (s. u.), der Abnahmetag mit Uhrzeit und eine evtl. antibiotische Vorbehandlung (Wann? Womit?).**

Anforderungen von Untersuchungen

Bei der Anforderung "pathogene Keime und Resistenz" wird der Untersuchungsgang an dem für den Entnahmeort typischen Erregerspektrum ausgerichtet. Bei möglicher klinischer Relevanz der nachgewiesenen Keime wird ein Antibiogramm angefertigt.

Untersuchungen, die ausdrücklich angefordert werden müssen, da sie den Einsatz spezieller Kulturmedien oder gesonderter Verfahren erfordern, sind im folgenden Kapitel für die jeweiligen Untersuchungsmaterialien gesondert aufgeführt (z. B. Mykobakterien, MRSA-Screening).

Transportsysteme

- **Abstrichtupfer** sollten grundsätzlich in ein festes Transportmedium (z.B. Amies Medium) überführt werden, um das Material vor dem Austrocknen zu schützen und den Erhalt z. B. von Anaerobiern und anderen empfindlichen Erregern zu gewährleisten (Verfallsdatum beachten).
- **Flüssige Materialien** (z. B. Eiter, Punktate) sollten auf das Transportmedium oder in ein steriles Röhrchen gegeben werden.
- **Objektträgerkultur-Systeme für Urin (bei ungekühltem Transport >24h), Urinröhrchen mit Stabilisatorzusatz (z.B. Borsäure) für Nativurin (bei ungekühltem Transport ≤24h)**
- **Sputum** (2-5 ml) in sterile 30ml Röhrchen.

Alle Systeme (außer Urinkulturträger, Urinröhrchen mit Stabilisator) können im Zentrallager des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes angefordert werden.

Lagerung

Beimpfte Urinkulturträger (z. B. Uricult[®]):

im Brutschrank bei 37 °C

Abstrichtupfer, Eiter, Punktate:

im Kühlschrank bei 4 - 8 °C

Sputum, Trachealsekret, BAL, nativer Urin, Stuhl:

im Kühlschrank bei 4 - 8 °C

8 VERZEICHNIS

a) Direktnachweis

Wunde / Ulcus		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PVL-PCR (Panton-Valentine-Leukozidin) – Pilzkultur (Sproßpilze) – Corynebacterium diphtheriae/ulcerans 	<p>Wundinfektion PVL-Nachweis sinnvoll bei rezidivierenden oder therapierefraktären S.aureus Infektionen</p>	<p>Bei Wunden und Ulzerationen vor Probenentnahme fibrinöse / nekrotische Belege steril entfernen, danach Abstrich von Wundgrund und – randbezirken (ohne Berührung intakter Wundrandbereiche) Möglichst rascher Transport ins Labor.</p>

Abszessinhalte / Eiter		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PVL-PCR (Panton-Valentine-Leukozidin) – Mikroskopie u. Kultur auf Mykobakterien – Aktinomyzeten – Pilzkultur (Sproßpilze) 	<p>Abszess, Wundinfektion Ein Tupferabstrich aus einer zuvor völlig entleerten Abszesshöhle hat für die mikrobiologische Untersuchung wenig Wert. PVL-Nachweis sinnvoll bei rezidivierenden oder familiär gehäuften Abszessen/Furunkulosen und/oder bei Therapie-refraktären <i>S.aureus</i> Infektionen</p>	<p>Materialgewinnung möglichst vor chirurgischer Abszess-Eröffnung. Nach sorgfältiger Hautdesinfektion Punktion des Eiterherdes und Aspiration in steriler Spritze (<u>so viel Material wie möglich, mind. 2 ml</u>). Sinnvoll ist die zusätzliche Entnahme einer Gewebeprobe aus dem Granulationsgewebe der Abszesswand. Einsendungen in sterilem Röhrchen (evtl. mit steriler NaCl-Lösung). Abstriche von Eiter sind eher ungeeignet. Möglichst rascher Transport ins Labor.</p>
Biopsiematerial – Gewebeprobe		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mikroskopie u. Kultur auf Mykobakterien – Pilzkultur (Sproßpilze) 	<p>Gewebeinfektionen</p>	<p>Gewebeprobe in steriles Röhrchen bzw. sterilen Becher mit Schraubverschluss geben (evtl. mit steriler NaCl-Lösung - für bakteriologische Untersuchungen <u>nicht</u> in Formalin fixieren).</p> <p>Bei V.a. Mykobakteriose sind möglichst mehrere steril entnommene Gewebeprobe zu untersuchen. Abstriche sind ungeeignet!</p>

Bronchialsekret I		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Semiquantitative Kultur auf aerobe Keime – Resistenzbestimmung – <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sproßpilze) – Nachweis von Chlamydia trachomatis mittels PCR (nur bei Neugeborenen, s. Kapitel 5) – Anaerobier nur bei Materialgewinnung durch geschützten Bürstenabstrich 	<p>Infektionen der tieferen Atemwege</p> <p>Gegenüber Sputum und Trachealsekret ist die Kontaminationsgefahr durch Flora der oberen Luftwege vermindert, jedoch nicht ausgeschlossen.</p>	<p>Bronchoskopische Absaugung oder Bürstenabstrich.</p> <p>Ist nicht ausreichend Material zu erhalten, kann eine bronchoalveoläre Lavage durchgeführt werden.</p>

Bronchialsekret II – Nachweis von Mykobakterien		
Untersuchung	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Auramin- bzw. Ziehl-Neelsen-Präparat – Anzüchtung auf festen Nährböden und in Flüssigkultur – Differenzierung – Resistenzbestimmung 	<p>Bei Lungen-Tbc bringt Bronchialsekret meist eine höhere Erregerausbeute als Sputum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Volumen möglichst 2-5ml. - Bronchoskopische Absaugung. - Ist nicht ausreichend Material zu erhalten, kann eine bronchoalveoläre Lavage durchgeführt werden. - Anwendung von Lokalanästhetika kann durch bakterizide Wirkung das Ergebnis verfälschen. Die Transportdauer sollte 24 Stunden nicht überschreiten, die maximale Transportdauer liegt bei 48 Stunden. Ggf. Probe(n) bei 2-8 °C zwischenlagern.

Bronchoalveoläre Lavage (BAL)		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Quantitative Kultur auf aerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sproßpilze) – Chlamydia trachomatis mittels PCR (nur bei Neugeborenen, s. Kapitel 5) – Kultur auf Mykobakterien, s. „Bronchialsekret II“ 	<p>Infektiöse Lungenerkrankungen</p> <p>Höhere Ausbeute als bei der Untersuchung von provoziertem Sputum.</p> <p>Bitte unbedingt Verdachtsdiagnosen angeben und welche Untersuchungen durchgeführt werden sollten.</p>	<p>Erste Portion Spülflüssigkeit der BAL verwerfen, da diese häufig stärker mit Normalflora kontaminiert ist. Die BAL-Proben sollten möglichst schnell nach der Abnahme gekühlt ins Labor gebracht werden. BAL-Proben, die älter sind als 36 Std. (gekühlt) werden nur noch semiquantitativ verarbeitet.</p> <p>Für Mykobakteriendiagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - möglichst gezielt das betroffene Segment lavagieren. - Recovery-Flüssigkeit ohne weitere Behandlung für die Mykobakterien-Diagnostik auffangen. - Volumen möglichst 20-30ml - Anwendung von Lokalanästhetika kann durch bakterizide Wirkung das Ergebnis verfälschen.

Ejakulat		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sproßpilze) – Chlamydia trachomatis-Nachweis mittels PCR, s. Kapitel 5 – Neisseria gonorrhoeae-Nachweis mittels PCR (s. Kapitel 5) 	<p>Prostatitis, Orchitis, Epididymitis</p> <p>Für komplette Diagnostik bei chronischen Infektionen möglichst Harnröhrenabstrich, Ejakulat und Urin einsenden.</p> <p>Ausschluss einer Chlamydieninfektion. Der Chlamydien-Nachweis aus dem Harnröhrenabstrich ist der Ejakulat-Untersuchung vorzuziehen.</p>	<p>Vor der Materialgewinnung Reinigung der Harnröhrenmündung.</p> <p>Ejakulat sollte möglichst bald ins Labor gelangen, um ein Absterben empfindlicher Erreger zu verhindern.</p>

Gelenkpunktat		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Nachweis antibakterieller Hemmstoffe – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) – Neisseria gonorrhoeae-Nachweis kulturell u. ggf. mittels PCR, s. Kapitel 5 – Chlamydia trachomatis mittels PCR, s. Kapitel 5 	<p>Differentialdiagnostik von Arthritiden</p> <p>Bei Verdacht auf reaktive Arthritis bitte urogenitale Abstriche einsenden und entsprechende serologische Untersuchungen durchführen</p>	<p>Probenentnahme und Transport s. u. "Punktate"</p>

Harnröhrenabstrich		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) – Chlamydia trachomatis-Nachweis mittels PCR, s. Kapitel 5 – Neisseria gonorrhoeae-Nachweis mittels PCR (s. Kapitel 5) 	<p>Urethritis</p> <p>Entscheidend für den erfolgreichen Erregernachweis ist die Gewinnung einer ausreichend großen Zellzahl, da Chlamydien sich intrazellulär vermehren.</p>	<p>Abstrich frühestens 3 Stunden nach der letzten Miktion abnehmen. Bereich um die Harnröhrenmündung mit Wasser und Seife reinigen, gut abspülen und mit sterilem Tupfer abtrocknen. Dünnen Abstrichtupfer ca. 2 cm einführen und drehen, dann in Transportmedium* überführen.</p> <p>*Das Entnahmematerial incl. Transportmedium kann im Labor angefordert werden.</p>

Katheterspitzen		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Semiquantitative Kultur auf aerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) 	<p>Verdacht auf Katheterinfektion</p>	<p>Zunächst Alkohol-Desinfektion der Insertionsstelle. Ziehen des Katheters nach Verdunstung des Alkohols. Ca. 5 cm des distalen Segmentes mit steriler Schere abschneiden. In das Transportmedium geben.</p>
Konjunktivalabstrich		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kultur auf aerobe Keime <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) – Chlamydia trachomatis-Nachweis mittels PCR, s. Kapitel 5 – Neisseria gonorrhoeae-Nachweis mittels PCR, s. Kapitel 5 	<p>Konjunktivitis</p> <p>Sinnvoll bei Neugeborenenkonjunktivitis</p>	<p>Antimikrobielle Augentropfen und –salben rechtzeitig absetzen. Materialgewinnung möglichst vor Anwendung von Lokalanästhetika.</p> <p>Abstrichtupfer für Chlamydien mehrmals kräftig drehen, um zellhaltiges Material zu gewinnen. Tupfer in Chlamydien-Transportmedium geben, überstehendes Ende abschneiden, Röhrchen verschließen und kräftig schütteln.</p>

Magennüchternsekret und Magenspülwasser		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Nachweis von Mykobakterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Auramin bzw. Ziehl-Neelsen-Präparat – Anzüchtung – Differenzierung – Resistenzbestimmung 	<p>Lungen-Tuberkulose</p> <p>Bei unproduktivem Husten bzw. geringer Erregerausscheidung kann die Untersuchung von Magensaft zusätzlich zur Sputumuntersuchung die Nachweisrate erhöhen.</p> <p>Bei kleinen Kindern sind Magennüchternsekret oder Magenspülwasser gegenüber Sputum vorzuziehen.</p>	<p>Patient nüchtern. Entnahme morgens.</p> <p>Für die Einsendung von Magensaft bitte Probenröhrchen mit Na-Phosphatpuffer verwenden, ggf. anfordern.</p> <p>Volumen möglichst 2-5 ml bei Magennüchternsekret bzw. 20-30ml bei Magenspülwasser</p>
Mittelohrsekret		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) 	<p>Otitis media</p>	<p>Aus dem Trommelfelldefekt austretendes Sekret mit Tupfer aufnehmen, dabei Berührung der Gehörgangswand vermeiden. Den Tupfer in ein Transportmedium geben. Falls kein Defekt vorhanden, Abstrich unter Sicht vom Tubenausgang in Nasopharynx (Kontaminationsgefahr). Tympanozentese für diagnostische Zwecke nur bei Neugeborenen und chronischen, therapieresistenten Fällen indiziert.</p>

Nasennebenhöhlensekret		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) 	<p>Sinusitis</p>	<p>Punktion der Nebenhöhlen und Aspiration von Sekret oder endoskopische Sekretgewinnung. Nebenhöhlen-Spülflüssigkeit ist häufig durch Nasenflora kontaminiert, was die Bewertung erschwert. Material auf das Transportmedium geben. Abstriche aus Vestibulum nasi ungeeignet!</p>

Punktate aus normalerweise sterilen Körperhöhlen Pleura-, Perikard-, Peritoneal-, (Aszites-) Punktat		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Nachweis antibakterieller Hemmstoffe – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) <p><u>Nachweis von Mykobakterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Auramin bzw. Ziehl-Neelsen-Präparat – Anzucht – Differenzierung – Resistenzbestimmung 	<p>Pleuritis, Perikarditis, Peritonitis</p>	<p>Nach sorgfältiger Hautdesinfektion Punktion und Aspiration von 1 – 5 ml Flüssigkeit (so viel wie möglich). Ist ein sofortiger Transport ins Labor zu erwarten, kann das Material im sterilen Röhrchen mit Schraubverschluss eingesandt werden. Anderenfalls sollte ein Teil des Punktats unter sterilen Kautelen in eine aerobe und eine anaerobe Blutkulturflasche gegeben werden; bitte zusätzlich immer natives Punktat im sterilen Röhrchen einschicken (es wird für das Grampräparat benötigt).</p> <p>Für <u>Nachweis von Mykobakterien:</u></p> <p>Volumen möglichst 30-50ml, da Mykobakterien in diesen Proben oft nur in sehr geringen Mengen vorkommen.</p>

Redonspitzen		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kultur auf aerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) 	<p>Wertvolleres Material ist der Inhalt von Redonflaschen.</p>	<p>Material in Transportmedium geben.</p>
Rektal- / Analabstrich		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kultur auf darmpathogene Keime <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kultur auf multiresistente Erreger (MRSA, VRE, ESBL, MRGN, Colistin-resistente Enterobacterales) – Nachweis von Chlamydia trachomatis mittels PCR, s. Kapitel 5 	<p><u>Nur</u> wenn Gewinnung einer Stuhlprobe nicht möglich ist!</p> <p>Screening-Untersuchung zur Erhebung des Trägerstatus (MRGN nach telef. Vorankündigung) Proktitis und Proktokolitis z. B. bei homosexuellen Männern ("gay bowel syndrome")</p>	<p>Seitenlagerung des Patienten mit angewinkelten Knien. Abstrichtupfer mindestens 5 cm in die Analöffnung einführen und mehrfach drehen. Tupfer in Transportmedium einbringen.</p> <p>Analregion oberflächlich abstreichen und Tupfer in Transportmedium überführen.</p> <p>Entnahme am besten gezielt von ulzerierten Läsionen. Tupfer kräftig drehen, in Chlamydien-Transportmedium einbringen und bei 4 °C nicht länger als 24 Std. lagern.</p>

Sputum I		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – semiquantitative Kultur auf aerobe Keime – Resistenzbestimmung <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) – Chlamydia trachomatis mittels PCR (nur bei Neugeborenen, s. Kapitel 5) 	<p>Bronchitis, Bronchiolitis, Pneumonie</p> <p>Am besten geeignet ist das 1. Morgensputum, gewonnen nach gründlichem Spülen des Mund-Rachenraumes mit Leitungswasser.</p> <p>Verdacht auf Candidose, atypische Pneumonie</p>	<p>Morgensputum besonders geeignet. Gründlich abhusten (2-5 ml) in ein Sputum-Röhrchen (30 ml-Kunststoff-Röhrchen mit Schraubverschluss). Bei erfolgloser Expektorationsprovokation durch Inhalation eines hypertonen Aerosols (3-6 % NaCl) mittels Vernebler. Cave: erhöhte Infektionsgefahr für Personal und Mitpatienten! Bitte optisch kontrollieren, ob eitriges Material aus den tiefen Atemwegen gewonnen wurde. Keinen Speichel einschicken!</p> <p>Das Sputum muss bis zur Abholung im Kühlschrank aufbewahrt werden, um eine Überwucherung durch Keime der Mundflora zu vermeiden (jedoch nicht länger als 24 Std., da empfindliche Erreger sonst absterben).</p>

Sputum II – Nachweis von Mykobakterien		
Untersuchung	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Mikroskopisches Präparat: – Auramin + Ziehl-Neelsen-Präparat – Kultur Differenzierung, Resistenzbestimmung 	<p>Tuberkulose, atypische Mykobakteriosen</p> <p>Geeignet ist nur Material aus den tiefen Atemwegen (möglichst erstes Morgensputum). Vorher <u>nicht</u> mit Leitungswasser spülen oder gurgeln! Kontamination mit Speichel vermeiden. Proben möglichst vor Beginn einer antibiotischen Therapie entnehmen (Ausnahme: Behandlungskontrolle). Evtl. zusätzlich Untersuchung von Magensaft. Bronchialsekret bringt meistens eine höhere Erregerausbeute als Sputum.</p> <p>S. a. "Magensaft, Bronchialsekret".</p>	<p>Mindestens 3 an unterschiedlichen Tagen abgehustete Morgensputa in Einzelportionen von 2-5 ml. Die Transportdauer sollte 24 Stunden nicht überschreiten, die maximale Transportdauer liegt bei 48 Stunden. Ggf. Probe(n) bei 2-8 °C zwischenlagern.</p> <p>Bei erfolgloser Expektorationsprovokation von Sputum, s. u. "Sputum I".</p>

Stuhl-Diagnostik I		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kultureller Nachweis von enteropathogenen Keimen: <ul style="list-style-type: none"> – Salmonellen – Shigellen – Typhus/Paratyphus – Yersinien – Campylobacter – EHEC – EPEC – Clostridium difficile (+Toxinnachweis) 	<p>Gastroenteritis, Enterokolitis</p> <p>Bei Verdacht auf Typhus/Paratyphus: 1. Krankheitswoche nur Blutkultur positiv, Stuhlkultur erst ab 2. Woche positiv.</p> <p>Bei Verdacht auf Yersinien, Campylobacter und Shigellen Antikörper-Nachweis im Serum möglich, nach ca. 1 Woche positiv.</p>	<p>Eine haselnussgroße Portion mit Löffelchen in das Stuhlröhrchen übertragen. Es sollten 3 Stuhlproben an 3 verschiedenen Tagen entnommen werden. Jede Probe sollte aber noch am selben Tag ins Labor gelangen! Keine Sammeleinsendungen!</p> <p>Bei Verdacht auf Ruhr körperwarme Stuhluntersuchung nötig, da Shigellen schnell absterben.</p>

Stuhl-Diagnostik II		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rotavirus-Nachweis (Antigennachweis im Stuhl) – Adenovirus-Nachweis (Antigennachweis im Stuhl) – Astrovirus-Nachweis (Antigennachweis im Stuhl) – Norovirus-Nachweis (PCR) – Clostridium difficile Toxin-Nachweis (EIA) und kulturelle Anzucht, Ribotypisierung – Dyspepsie-Coli EPEC u. a. mittels PCR – Enterohämorrhagische E. coli (EHEC): <ul style="list-style-type: none"> – Nachweis von Shigatoxinen (Toxin-EIA/PCR) – kultureller Nachweis, Serotypisierung – – Kultur auf Vibrio cholerae 	<p>Gastrointestinale Infektionen bei Säuglingen, Kleinkindern und alten Menschen</p> <p>Pseudomembranöse Colitis Antibiotika-assoziierte Enterokolitis, Ribotypisierung bei nosokomialen Ausbrüchen und/oder schwerem Krankheitsverlauf</p> <p>Enteritis bei Kindern < 3 Jahre</p> <p>blutig, wässriger Stuhl, HUS, thrombot.-thrombozytopenische Purpura, Nierenversagen, hämorrhagische Kolitis</p> <p>Cholera, Reiswasserstuhl, telefonische Rücksprache erforderlich.</p>	<p>Entnahme siehe oben: „Stuhldiagnostik I“</p> <p>Ribotypisierung nicht im akkreditierten Bereich – telef. Vorankündigung erforderlich</p> <p>NGS-basierte EHEC-Serotypisierung nicht im akkreditierten Bereich</p>

Stuhl-Diagnostik III – Pilze		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kultureller Nachweis von Sproßpilzen mit Differenzierung – Semiquantitative Mengenangabe 	<p>Die Untersuchung ist nur sinnvoll bei: längerer Antibiotikatherapie immundefizienten Patienten nach Zytostatikatherapie</p>	<p>Siehe oben: „Stuhl Diagnostik I“ Stuhl ohne Beimengung in sauberes Gefäß</p>
Trachealsekret		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>S. u. "Sputum I + II"</p>	<p>Infektionskontrolle bei intubierten Patienten</p> <p>Trachealsekret ist häufig kontaminiert durch Mundflora. Leukozyten im Grampräparat müssen nicht unbedingt auf eine Infektion hinweisen, da auch der mechanische Reiz durch den Tubus eine Entzündungsreaktion hervorrufen kann.</p> <p>Bei Verdacht auf Frühgeborenen-Pneumonie</p>	<p>Trachealkanüle bzw. -tubus wechseln; sterilen Katheter einführen, aspiriertes Sekret in steriles Röhrchen mit Schraubverschluss übertragen (Gefahr der Aerosolbildung beim Öffnen von Röhrchen mit Steckverschluss). Lagerung und Transport s. u. "Sputum".</p>

Tuberkulose			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
Interferon-Gamma-Release Assay (IGRA): QuantiFERON-Test (QFT)	Vollblut, spezielle Abnahmeröhrchen müssen von der Fa. Qiagen angefordert werden.	<p>Immunologischer Nachweis einer Infektion mit Tuberkulose-Erregern.</p> <p>Gezielte Testung bei Verdacht einer erfolgten Tuberkuloseansteckung nach Kontakt mit einer an TB erkrankten und infektiösen Person.</p> <p>Der Test dient im Wesentlichen der Untersuchung auf eine latente Tuberkulose. Die Aussagekraft für den Nachweis einer aktiven Tuberkulose ist stark eingeschränkt.</p>	Bei BCG-ungeimpften Personen unter 15 Jahren kann alternativ der Tuberkulin-Hauttest eingesetzt werden.

Urin-Diagnostik I - „Urinkultur“		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Nachweis antibakterieller Hemmstoffe – quantitative Kultur auf aerobe Keime <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) 	<p>Zystitis, Pyelonephritis Morgenurin ist zur bakteriologischen Untersuchung am besten geeignet, da hier die Bakterienzahlen am höchsten sind; der Abstand zur letzten Miktion sollte mindestens 3 Std. betragen. Bei Einsendung von Eintauchnährböden sind Grampräparat und Hemmstofftest nicht möglich. Angabe des Entnahmedatums und der Art der Uringewinnung (Mittelstrahlurin, Dauerkatheter etc.) auf dem Schein ist notwendig und erleichtert die Beurteilung. Bei einwandfreier Gewinnung ist <u>Mittelstrahlurin</u> in der Regel ausreichend. Urinentnahme mittels <u>Einmal-Katheterisierung</u> ist nur angezeigt, wenn eine Gewinnung von Mittelstrahlurin nicht möglich ist (Gefahr der Keimeinschleppung). Bei <u>Dauerkatheter-Trägern</u> darf der Urin nicht aus dem Beutel entnommen werden, sondern muss durch Punktion des proximalen Abschnitts des Katheters nach Desinfektion der Einstichstelle gewonnen werden. <u>Blasenpunktion</u>surin Weitere Möglichkeit der Gewinnung einer kontaminationsfreien Urinprobe. Indikation genau prüfen!!!</p>	<p>Ca. 5 – 10 ml Urin im sterilen Kunststoffröhrchen mit Schraubverschluss versenden. Da die Kontaminationsflora sich auch bei Zimmertemperatur stark vermehrt, muss Urin ohne Stabilisatorzusatz (z.B. Borsäure) bis zum Transport ins Labor im <u>Kühlschrank</u> aufbewahrt werden (möglichst nicht länger als 24 Std). Ist dies nicht möglich, sollte ein Eintauchnährboden verwendet werden. Mittelstrahlurin-Gewinnung: Ggf. in Form einer schriftlichen Patienteninformation anbieten. Sorgfältige Reinigung der äußeren Genitalien, gründliches Nachspülen mit klarem Wasser und trocken tupfen. Etwa die Hälfte der Blasenfüllung ins WC ablaufen lassen, dann Urin ohne Unterbrechung des Harnstrahls im sterilen Urinbecher auffangen; die letzte Portion wieder ins WC laufen lassen. Urin aus dem Becher in ein steriles Kunststoffröhrchen umfüllen und dieses verschrauben.</p>

Zervixabstrich		
<i>Untersuchung</i>	<i>Klinische Indikation / Bemerkungen</i>	<i>Probenentnahme und Transport</i>
<p>Grundprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grampräparat – Kultur auf aerobe und anaerobe Keime <p>Nur auf Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pilzkultur (Sprosspilze) – Nachweis von Neisseria gonorrhoeae mittels PCR (s. Kapitel 5) – Nachweis von Chlamydia trachomatis mittels PCR (s. Kapitel 5) 	<p>Bei Verdacht auf Vaginose</p> <p>Der Antigen-Nachweis kann noch aussichtsreich sein, wenn die Gonokokken sich wegen Anbehandlung nicht mehr anzüchten lassen.</p>	<p>Nach SpekulumEinstellung Zervix mit sterilem Tupfer trockenwischen. Dünne Abstrichtupfer ca. 1 – 2 cm in den Zervikalkanal einführen. Materialgewinnung mit rotierender Bewegung. Tupfer in Transportmedium geben.</p> <p>Für den N. gonorrhoeae bzw. Chlamydia trachomatis-Antigen-Nachweis (PCR) bitte spezielles Transportmedium verwenden. .</p>

9 PARASITOLOGIE

9.1 Allgemeine Hinweise

9.1.1 VORBEMERKUNG

Wann immer möglich, sollte der **direkte** Parasitennachweis angestrebt werden:

- Nachweis morphologisch identifizierbarer Entwicklungsstadien
- Immunologische Verfahren zum Nachweis gelösten Erreger-Antigens
- Molekularbiologische Techniken

Verfahren des **indirekten Nachweises** von Parasitosen – also der Bestimmung spezifischer **Antikörper** – sind für wichtige Protozoen-Infektionen verfügbar (z.B. Amöbiasis). Hingegen sind die Möglichkeiten für spezifische und sensitive antikörper-serologische Untersuchungen auf Helminthen-Infektionen sehr begrenzt. Glücklicherweise steht aber für den wichtigsten europäischen Helminthen, Echinococcus, eine sehr gute Serologie-Methodik zur Verfügung.

9.1.2 PROBENLAGERUNG/PROBENTRANSPORT

9.1.2.1 Kühlung

Grundsätzlich sollen **alle** zur Einsendung an uns bestimmte parasitologisch-diagnostischen Materialien bis zum Versand **gekühlt gelagert** werden. **Nicht** erforderlich jedoch ist Kühlung während des **Versands**.

9.1.2.2 Temperierung

Es ist **nicht erforderlich**, parasitologisch-diagnostische Proben temperiert zu lagern und zu versenden. Der einzige Parasit, für den eine Temperierung nötig wäre, **Trichomonas vaginalis**, ist in isoliertem Körpermaterial (i.d.R. Urin) derart hinfällig, dass es sehr schwierig ist, ihn **vermehrungsfähig** oder **direkt-identifizierbar** in ein externes Labor zu transportieren.

Die immer noch nachgefragte Temperierung von Faeces-Proben zur Untersuchung auf **Entamoeba histolytica** ist obsolet. Für Giardia intestinalis („Lamblien“) gilt dies entsprechend.

Faecesproben zur Untersuchung auf **Entamoeba histolytica** oder **Giardia** bedürfen mithin keiner besonderen Versandform.

9.1.3 CHEMISCHE KONSERVIERUNG/FIXIERUNG

In keinem Fall sollten an uns einzusendende Proben (auch Teile ganzer Parasiten, z. B. Bandwurmglieder) chemisch konserviert werden, weder mit organischen Lösungsmitteln noch mit Formol. Auch **Objekträgerpräparate** von Blut (Ausstrich, Dicker Tropfen), Hautläsionsabdrücke usw. sind uns **stets unfixiert** (und selbstverständlich ungefärbt) einzusenden.

9.1.4 FEUCHTHALTUNG

Feuchthaltung für Biopsate ist notwendig. Auch ganze Helminthen, Bandwurmglieder und Zecken (auch nichtlebende) müssen während der Lagerung und des Versandes feucht gehalten werden (aber keine organischen Lösungsmittel benutzen!).

9.1.5 VERSANDART

Ausreichend ist Versand mit normaler Post. Obwohl das in Faeces-Proben nachzuweisende parasitäre Entwicklungsstadium typischerweise eine Dauer- und Verbreitungsform des Parasiten ist, sollten auch **Faeces alsbald ins Labor** gelangen, da diagnostisch bedeutsame morphologische Merkmale einiger parasitärer Formen innerhalb weniger Tage unkenntlich werden können.

9.2 Probenart

Die für den **Direktnachweis** geeigneten Probenarten sind bei den einzelnen Parasitengattungen bzw. Parasitenarten im Verzeichnis (S. 55-58) angegeben. Im Folgenden wird auf einige besonders beachtenswerte Einzelheiten aufmerksam gemacht.

- **Faeces**
Relativ feste Faeces sollten etwa das Volumen einer Haselnuss haben, mit steigender Faeces-Liquidität ist auch ein größeres Probenvolumen wünschenswert. Die Treffsicherheit der mikroskopischen Untersuchung auf **Giardia** kann erhöht werden, wenn drei Proben von verschiedenen Tagen innerhalb einer Woche eingesandt werden. Das gleiche gilt für den **Enterobius**-Nachweis, für den allerdings der Perianalabdruck (siehe unten) noch geeigneter ist. Für die „Zielfahndung“ nach **Schistosoma**-Eiern müssen eventuell bis zu 5 Stuhlproben von verschiedenen Tagen mikroskopiert werden.
- **Duodenalaspirat**
Dieses Material steht gelegentlich für parasitologische Untersuchungen zur Verfügung. Es besteht i.A. aber keine Notwendigkeit, es speziell für Untersuchungen auf Parasiten zu gewinnen (gilt auch bei Verdacht auf Giardia-Infektion).
- **Perianalabdruck**
Diese Probenart ist für den Nachweis des **Enterobius**-Befalls im großen und ganzen verlässlicher als eine (einmalige) Stuhluntersuchung.

Anfertigung des Abdrucks:

Ein Stück **t r a n s p a r e n t e n** TESA-Klebestreifens wird mit der Klebeseite mehrmals in der unmittelbaren Umgebung des Anus angedrückt und dann längs (und möglichst plan), auf einen **O b j e k t t r ä g e r** aufgeklebt. Günstigste Probenahmezeit ist frühmorgens.

Falls kein Perianalabdruck genommen werden kann, sollten drei Stuhlproben von verschiedenen Tagen einer Woche zur Untersuchung gelangen, die möglichst morgens vor dem Waschen gewonnen werden.

- **Urin**
Für den Nachweis von Schistosoma-Eiern sollten möglichst drei Sammelurine von drei aufeinander folgenden Tagen (Gesamturin ca. 10:00 bis 14:00 Uhr) eingesandt werden.
- **Serum/Plasma**
Für Antikörperbestimmungen werden 5-10 ml Blut bzw. 2 ml Serum benötigt. Serumproben können ungekühlt mit der normalen Post verschickt werden. Vollblut darf nicht eingefroren werden!

Untersuchungsproben für die Malaria-Diagnostik nur nach Rücksprache mit dem Labor

Für die Diagnostik einer akuten Malaria werden 2 ml EDTA-Blut oder Dicke-Tropfen-Präparate aus Kapillarblut zum **d i r e k t e n** Erregernachweis benötigt. Eingesandte Objektträgerpräparate genügen oft nicht den Anforderungen. Deshalb empfehlen wir unbedingt das Einsenden von EDTA-Blut. Eine optimale technische Qualität solcher Präparate (Ausstrich und Dicker Tropfen) ist unerlässlich für die Schnelligkeit der Befundung und die Verlässlichkeit der Speziesdifferenzierung (Beachten Sie bitte auch die erhebliche diagnostische Bedeutung eines aussagekräftigen Vorberichts, siehe unten).

Untersuchungen von Zecken nur nach Rücksprache mit dem Labor

Die Einsendung von Zecken zur Untersuchung sollte möglichst zeitnah erfolgen. Bitte immer, auch bei vermeintlich toten Zecken, etwas angefeuchtetes Filterpapier o.ä. mit in das Probengefäß geben. Wichtige Angaben für die Beurteilung sind Alter des Patienten, Herkunft der Zecke (Deutschland oder Urlaubsland), die geschätzte Saugdauer und die Stichstelle am Körper.

9.3 Der Untersuchungsauftrag

Für die **Stuhluntersuchung** braucht der Untersuchungsauftrag i.A. nicht spezifiziert zu werden, da von uns jede Probe routinemäßig auf sämtliche potenziell mit den Faeces ausgeschiedene Parasitenstadien – im Auftragsformular als „parasitologisches Grundprogramm“ bezeichnet – untersucht wird. Eine Ausnahme sind selten zu erwartende (z. B. **Strongyloides**) oder i.d.R. sehr spärlich ausgeschiedene Formen (z. B. Eier von **Schistosoma** oder **Fasciola**). Da in derartigen Fällen eine spezielle Untersuchungstechnik angezeigt sein kann, sollten Sie uns einen speziellen **Erregerverdacht stets mitteilen** und möglichst auch kurz begründen.

Bitte machen Sie bei Verdacht auf eine **importierte Parasitose** möglichst aussagekräftige Angaben zur **Anamnese**. Das gilt unbedingt bei Verdacht auf eine **Malaria!** Angaben wie „Auslandsaufenthalt“ oder „Ausschluss einer Malaria“ sind hier absolut ungenügend. Vielmehr ist die **genaue Bezeichnung** des Landes oder der Länder, in denen sich der Patient oder die Patientin aufgehalten hatte, von eminenter Wichtigkeit. Auch der

Zeitpunkt des Einsetzens der klinischen Erscheinungen und der Tag der Rückkehr des Patienten oder der Patientin nach Deutschland sind diagnostik-erhebliche Daten.

Hygieneschädlinge und andere Arthropoden aus Krankenhaus-, Pflege- und Wohnbereich können identifiziert und auf Wunsch taxonomisch bestimmt werden. Falls es sich nicht um Identifizierung bereits sicher gestellter Verdachtsexemplare handelt, sondern um den Nachweis von Parasiten in Probenmaterial (z.B. Hausstaub), sollte im Hinblick auf geeignete Probenahmeorte und -techniken unbedingt vorher Rücksprache mit uns gehalten werden.

Nach Rücksprache mit der Laborleitung können im Einzelfall weitere serologische Untersuchungen durchgeführt bzw. an entsprechende Referenzlaboratorien weitergeleitet werden.

10 VERZEICHNIS

Vorherrschende Lokalisation	Gruppe	Nachweisbare Parasiten (direkt) bzw. Parasitosen (Antikörper)	Untersuchungsmaterial	Untersuchungstechniken	Spezielle Hinweise
Magen-Darm Dünndarm	Protozoen	Blastocystis	Faeces	Mikroskopie	Bei chronisch rezidivierenden Diarrhöen mit größeren, klinisch stummen Intervallen an Giardia denken!
		Cryptosporidium Dientamoeba Giardia	Faeces Faeces Faeces	Ag-ELISA Mikroskopie Mikroskopie, Ag-ELISA	
		Isozoen Jodamoeba Sarcocystis	Faeces Faeces Faeces	Mikroskopie Mikroskopie Mikroskopie	
	Helminthen	Ascaris Diphyllobothrium (Fischbandwurm)	Faeces Faeces	Mikroskopie Mikroskopie	
Hymenolepis (Kinder!) Taenia saginata Taenia sp.		Faeces Faeces Faeces	Mikroskopie Mikroskopie Mikroskopie		
Importiert: Ancylostoma Taenia solium		Faeces Faeces	Mikroskopie Mikroskopie		
Dickdarm	Protozoen	Balantidium Cryptosporidium	Faeces Faeces	Mikroskopie Ag-ELISA	Cryptosporidium-Befall bei Immundefekt im gesamten Gastrointestinaltrakt möglich
		Importiert: Entamoeba histolytica	Faeces	Mikroskopie, Ag-ELISA	
Mesenterialgefäße	Helminthen	Enterobius Importiert: Strongyloides Trichostrongylus Trichuris	Faeces Faeces Faeces Faeces	Mikroskopie Mikroskopie Mikroskopie Mikroskopie	
		Importiert: Schistosoma	Faeces	Mikroskopie	
Leber, Gallensystem	Protozoen	Cryptosporidium Giardia	Faeces	Ag-ELISA Mikroskopie, Ag-ELISA	

		Importiert: Entamoeba histolytica	Faeces, Colonbipsat, Cystenaspirat Serum	Mikroskopie, Ag-ELISA Ak-ELISA	
	Helminthen	Echinococcus granulosus Echinococcus multilocularis Fasciola Opisthorchis Importiert: Clonorchis Fasciolopsis	Cystenaspirat, Leberpunktat Serum Serum Faeces Faeces Faeces Faeces	Mikroskopie Ak-ELISA Ak-ELISA Mikroskopie Mikroskopie Mikroskopie Mikroskopie	
Lunge	Helminthen	Ascaris Echinococcus granulosus Fasciola Paragonimus Strongyloides	Faeces, Sputum, BAL Serum Sputum Serum Faeces Faeces, Sputum Faeces, Duodenalsaft	Mikroskopie Mikroskopie Ak-ELISA Mikroskopie Mikroskopie Mikroskopie	
Urogenital-System	Helminthen	Importiert: Schistosoma haematobium	Urin	Mikroskopie	Siehe „Information zu Proben“

Vorherrschende Lokalisation	Gruppe	Nachweisbare Parasiten (direkt) bzw. Parasitosen (Antikörper)	Untersuchungsmaterial	Untersuchungstechniken	Spezielle Hinweise
Haut	Arthropoden	Sarcoptes scabiei	Hautgeschabsel, Hautexzidat	Mikroskopie	
		Milben	Verdachtexemplare	Taxonomische Bestimmung, Beratung	
		Pediculus spp. Phthirus pubis Flöhe	Haare, Verdachtexemplare Haare, Verdachtexemplare Verdachtexemplare	Mikroskopie Mikroskopie Taxonomische Bestimmung, Beratung	
		Wanzen	Verdachtexemplare	Taxonomische Bestimmung, Beratung	
Wundmyiasis		Andere Insekten	Verdachtexemplare	Taxonomische Bestimmung, Beratung	
Hautmyiasis		Fliegen-Eier und –Larven (Wund-Myiasis)	Verdachtexemplare	Taxonomische Bestimmung, Beratung	
		Importiert: Myiasis-Erreger (außer einheimischen Wundinfektionen)	Verdachtexemplare	Taxonomische Bestimmung, Beratung	
ZNS, Auge					
	Helminthen	Echinococcus granulosus	Serum Serum	ELISA AK-ELISA	Fuchsbandwurm auch Auge (Kinder)
		Echinococcus multilocularis			
Blut, Milz, RHS	Protozoen	Malariaerreger (Plasmodium spp.)	EDTA-Blut, Objektträger mit „Dickem Tropfen“ und Ausstrichen von Kapillarblut	Mikroskopie, Artdifferenzierung, ggf. Bestimmung der Parasitämie	Siehe allgemeine Hinweise „Untersuchungsproben für die Malaria-Diagnostik“
	Helminthen	Filarien (Mikrofilarien)	EDTA-Blut	Mikroskopie	

11 KLINISCH-CHEMISCHE UNTERSUCHUNGEN

11.1 Urin zur Untersuchung im Rahmen des Drogenscreenings

Untersuchungen erfolgen aus Urin (Spontanurin)

Zu beachten ist, dass eine starke Verdünnung des Urins z.B. durch große Flüssigkeitzufuhr auch zur Verdünnung der nachzuweisenden Analyte führt, so dass die Konzentrationen ggf. vorhandener Substanzen oder deren Metabolite die jeweiligen Cut-offs bzw. die Nachweisgrenzen unterschreiten können. Zur Vermeidung stark verdünnter Urinproben (Urinkreatinin < 20 mg/dl) wird beispielsweise die Verwendung des ersten Morgenurins empfohlen, da dieser i.A. ausreichend stark konzentriert ist. Zur Abschätzung der Urinkonzentration wird vom Labor grundsätzlich die Kreatininkonzentration bestimmt. Werte unter 20 mg/dl deuten auf eine relevante Verdünnung hin, so dass eine Kontrolluntersuchung in diesen Fällen empfohlen wird.

Bei Untersuchungen im Rahmen des Drogenscreenings besteht die Gefahr der Probenmanipulation durch den Probanden, da der Nachweis von Drogengebrauch negative Konsequenzen nach sich ziehen kann. Dabei sind die Abgabe von Fremdurin oder Ersatzflüssigkeiten (Apfelsaft, Tee), artifizielle Verdünnung des Urins oder der Zusatz von Substanzen (Peroxide, Chromate, Nitrite), die mit den Nachweisverfahren interferieren, zu vermeiden. Die Kreatininbestimmung kann in manchen Fällen auch Hinweise auf Manipulationen (Verdünnung, Ersatzflüssigkeit) geben. Größere Sicherheit über die Zuordnung der Probe zum Probanden oder anderweitige Manipulation bietet die Probenahme unter Sichtkontrolle.

Weitere Hinweise auf die Validität der gewonnenen Probe liefern Temperatur, pH-Wert oder das spezifische Gewicht des frischen Urins. Die Temperatur sollte zwischen 32,5 und 37,7°C liegen, der pH-Wert zwischen 4,7 und 8,5 und das spezifische Gewicht zwischen 1,003 und 1,035 kg/l.

Ein ausreichendes Urinvolumen von 8-9 ml ist in geeigneten Transportgefäßen unverzüglich an das Labor zu senden. Entsprechende Gefäße incl. der für den Transport notwendigen Umröhrchen können vom Labor angefordert werden. Dabei ist es wichtig, nach Aufnahme des Urins das Schraubgewinde der Probengefäße mit der gelben Kappe wieder gut zu verschließen, um ein Auslaufen und Unbrauchbarwerden der Probe zu vermeiden. Transportzeiten von mehr als 48 h insbesondere bei ungekühltem Urin können den Nachweis der Ziel-Substanzen gefährden (falsch-negative Resultate). Dies ist insbesondere bei der Bestimmung von Cannabinoiden zu beachten. Hier kann bei ungekühlter Probe ein Konzentrationsverlust von bis zu 4% pro Tag auftreten. Der Probenversand sollte also möglichst zeitnah nach Probenahme erfolgen und zügig sein. Falls ein sofortiger Versand nicht möglich ist, müssen die Proben im Kühlschrank gelagert werden.

Demgegenüber kann es durch die Einnahme von Medikamenten oder Nahrungsmitteln zu positiven Resultaten kommen, die nicht auf die Einnahme illegaler Drogen zurückzuführen sind (beispielsweise können Codein-haltige Hustensäfte oder Mohnkuchen zu positiven Ergebnissen im Opiat-Assay führen). Demzufolge sind Testungen auf Opiate nach Genuss

von Mohnkuchen nur eingeschränkt beurteilbar. Zudem sollten eingenommene Medikamente im zeitlichen Zusammenhang mit der Probenahme auf dem Einsendeschein notiert werden, um dem Labor eine Interpretation positiver Resultate zu ermöglichen.

11.2 Serum und Liquor zur Bestimmung von Antikörperindizes viraler oder bakterieller Erreger: siehe Präanalytik Virologie

Drogenscreening			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
Amphetamine / Methamphetamine (ELISA)	Spontanurin (8-9 ml auch bei mehreren gewünschten Parametern)	incl. Love Drug, Ecstasy, Adam, XTC, MDM	Die Ausscheidung ist stark pH-abhängig (höher im sauren Milieu). Nach letzter Einnahme sind Amphetamine 1-2 (evtl. 3) Tage lang nachweisbar.
Benzodiazepine (ELISA)		Nachweis der Einnahme von Alprazolam, Bromazepam, Chlordiazepoxid [Librium®], Clobazam, Clonazepam [Rivotril®], Demoxepam, Diazepam [Valium®], Flunitrazepam [Rohypnol®], Flurazepam [Dalmadorm®], Lorazepam [Tavor®], Lormetazepam, Medazepam [Nobrium®], Midazolam, Nitrazepam [Mogadan®], Nordiazepam, Oxazepam [Adumbran®], Prazepam, Temazepam, Triazolam [Halcion®])	Der Screeningtest kann nach Einnahme mehrere Tage positiv bleiben, bei längerer Einnahme größerer Mengen auch deutlich länger.
Buprenorphin (ELISA)		Verwendung zur Heroin-Substitutionstherapie. Substanz wird auch missbräuchlich verwendet.	
Cannabinoide (ELISA)			Nur starker Cannabis-Konsum ergibt ein positives Testresultat (negativ bei Passivrauchen). Ein Rückschluss auf den Zeitpunkt der Einnahme ist nicht möglich. Durch Kumulation im Fettgewebe kann der Test bis zu 3 Monate nach Absetzen der Droge positiv bleiben.

Drogenscreening Screeningteste			
<i>Testauswahl</i>	<i>Material</i>	<i>Klinische Relevanz</i>	<i>Bemerkungen</i>
Cocain (ELISA)	Spontanurin (8-9 ml auch bei mehreren gewünschten Parametern)		Das als Hauptmetabolit nachgewiesene Benzoyllecgonin kann nach letzter Einnahme bis zu 3 Tage lang nachweisbar sein.
EDDP (Methadon-Metabolit) (ELISA)			Therapeutische Dosen werden nicht immer sicher erfasst. Daher eignet sich der Test nicht zur Therapiekontrolle.
Opiate (ELISA)			Synthetische Drogen wie Pethidin oder Methadon werden nicht erfasst. Ein positiver Test kann nicht als beweisend für einen Morphin- oder Heroin-Konsum angesehen werden, da z.B. Mohnkuchen oder manche Hustensäfte ein positives Testresultat verursachen können. Beweisend für einen Heroin-Konsum ist der Nachweis von 6-Monoacetylmorphin im Urin.
Monoacetylmorphin (ELISA)			Bei positivem Opiat-Nachweis gilt der Nachweis von Monoacetylmorphin als Hinweis auf Heroinmissbrauch.
Synthetische Cannabinoide (Spice) (ELISA)			Synthetische Cannabinoide umfassen eine Vielzahl verschiedener Substanzen, die in ihrer Zusammensetzung einem starken Wandel unterliegen. Dies ergibt sich nicht zuletzt durch den Versuch der Hersteller, den Nachweis zu erschweren. Der hier verwendete Test weist die aktuell gängigen Verbindungen nach. Falsch negative Resultate durch neue, nicht erwartete Substanzen sind jedoch nicht auszuschließen.
Pregabalin (ELISA)			Die Untersuchung auf Pregabalin ist nicht im Grundprogramm der im Drogenscreening getesteten Substanzen enthalten und muss bei Bedarf gesondert auf dem Probenbegleitschein angefordert werden.

Drogenscreening-Bestätigungsanalytik in Fremdvergabe			
GC/MS, LC/MS	Spontanurin (8-9 ml auch bei mehreren gewünschten Parametern)	Bestätigungsanalytik zum gesicherten Nachweis von Substanzen. Eine solche Analytik ist erforderlich, um juristisch verwertbare Nachweise zu erhalten. Ergebnisse aus den Screeningverfahren (ELISA) sind nicht gerichtlich verwendbar.	Die Untersuchungen werden in Fremdvergabe durchgeführt. Proben aus dem Drogenscreening werden in unserem Labor für mindestens 2 Wochen aufbewahrt und können auf Anforderung zur Bestätigung eines positiven ELISA-Resultates entsprechend weitergeleitet werden.

12 ABKÜRZUNGEN

Ag	Antigen	IFT	Immunfluoreszenztest
AIDS	Acquired Immuno-Deficiency-Syndrom	IHA	Indirekter Hämagglutinationstest
Ak	Antikörper	KBR	Komplement-Bindungsreaktion
Bak	Bakteriologie	Myk	Mykologie
BAL	Bronchoalveoläre Lavage	Par	Parasitologie
CMIA	Chemilumineszenz-Mikropartikelimmunoassay	PCR	Polymerase-Chain-Reaction/Polymerasekettenreaktion
DD	Differential-Diagnose	RIA	Radioimmunoassay
EBNA	Epstein-Barr-Virus-Spezifisches Nukleäres Antigen	RHS	Retikuloendotheliales System
EBV	Epstein-Barr-Virus	SSPE	Subakut Sklerosierende Panenzephalitis (Masern)
EDTA	Ethylendiamintetraessigsäure	SSW	Schwangerschaftswoche
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia coli	U/l	Units/Liter, Enzymeinheit pro Liter
EIA	Enzym-Immunoassay	V.a.	Verdacht auf
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbent Assay	Vir	Virologie
EPEC	Enteropathogene Escherichia coli	ZNS	Zentrales Nervensystem
FTA-Abs	Fluoreszenz-Treponema-Ak-Absorptionstest		
HAH	Hämagglutinationshemmtest		

13 ANGABEN ZUR ZEITDAUER

Folgende Tabelle gibt Auskunft darüber, in welchem Zeitraum nach Probeneingang im Labor mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Untersuchungsergebnis vorliegt. Voraussetzung ist, dass das Untersuchungsmaterial bis 9:00 Uhr im Labor eingetroffen ist. In Einzelfällen (z.B. ungewöhnlich hohe Zahl von Einsendungen, technische Probleme) können Zeitangaben leicht abweichen. Nach Ablauf des angegebenen Zeitraums können Ergebnisse telefonisch abgefragt werden, der Zeitraum bis dem Einsender ein Befund schriftlich vorliegt, wird zusätzlich vom Befundtransport (Post, Bote) bestimmt und beträgt durchschnittlich 24 h. Bei Untersuchungen, bei denen Zeiträume >5 Tage angegeben sind, können nach telefonischer Rücksprache bei dringender Indikation Testungen ggf. vorgezogen werden.

Die zur Untersuchung eingesandten Proben werden abhängig von Material, Untersuchungsauftrag und zuständigem Laborbereich für unterschiedlich lange Zeiträume aufbewahrt. Dies ermöglicht dem Einsender, auch nachträglich zusätzliche Untersuchungen oder Untersuchungs-wiederholungen zu beauftragen. Die konkreten Zeiträume können jederzeit im Labor angefragt werden. Entsprechende Aufbewahrungszeiträume für Rückstellproben bewegen sich beispielsweise zwischen 7 Tagen für Material zur bakteriologischen Untersuchung bis hin zu 10 Jahren für Blutproben.

Adenovirus	
EIA Antigen	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
Astrovirus	
EIA Antigen	1 bis 2 Arbeitstage
Bocavirus	
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Borrelien	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Antikörper-Index	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 2 Arbeitstage
Westernblot	0 bis 1 Arbeitstag (zusätzlich zu EIA)
Brucellen	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Chlamydia trachomatis	
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Chlamydophila pneumoniae	
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Saisonale Coronaviren	

PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Coxiella burnetii	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Cryptosporidien	
EIA Antigen	1 bis 2 Arbeitstage
Cytomegalievirus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 2 Arbeitstage
Drogenscreening	
Alle Parameter	1 bis 2 Arbeitstage
Echinococcus granulosus/multilocularis	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Entamoeba histolytica	
EIA Antigen	1 bis 2 Arbeitstage
Enteroviren	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Virusanzucht	bis 14 Arbeitstage
Virustypisierung	2 bis 4 Wochen
Epstein-Barr-Virus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
FSME-Virus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 2 Arbeitstage
Giardia	
EIA Antigen	1 bis 2 Arbeitstage
Hantavirus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Westernblot	1 bis 3 Arbeitstage
Hepatitis A-Virus	
CMIA	1 bis 2 Arbeitstage
Hepatitis B-Virus	
CMIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	2 bis 3 Arbeitstage
Hepatitis C-Virus	
CMIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 5 Arbeitstage

Genotypisierung	1 bis 28 Arbeitstage
Westernblot	bis 6 Arbeitstage
Hepatitis E-Virus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	2 bis 3 Arbeitstage
Herpes-Simplex-Virus	
PCR	1 Arbeitstag
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
HIV	
CMIA	1 bis 2 Arbeitstage
Westernblot	1 bis 3 Arbeitstage
PCR	1 bis 5 Arbeitstage
HPV	
PCR	1 bis 6 Arbeitstage
Influenzavirus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
Legionella pneumophila	
PCR aus respiratorischen Abstrichen	1 bis 3 Arbeitstage
Leptospiren	
EIA	1 bis 3 Arbeitstage
Masernvirus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 2 Arbeitstage
Metapneumovirus	
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Mumpsvirus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
Mykoplasma pneumoniae	
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Neisseria gonorrhoeae	
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Norovirus	
PCR	1 Arbeitstag
Parainfluenzaviren	

PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
Parvovirus B19	
EIA	1 bis 3 Arbeitstage
Picornaviren	
PCR aus respiratorischen Abstrichen	1 bis 3 Arbeitstage
Poliomyelitisviren	
PCR	1 bis 2 Arbeitstage
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
Virus-Typisierung	1 bis 2 Wochen
RS-Virus	
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
Rhinoviren	
PCR	2 bis 10 Arbeitstage
Rötelnvirus	
PCR	1 bis 2 Arbeitstage
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Rotavirus	
EIA Antigen	1 bis 2 Arbeitstage
SARS-CoV-2	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 3 Arbeitstage
Treponema pallidum	
CMIA	2 Arbeitstage
IFT	1 bis 6 Arbeitstage
Cardiolipinflockung	1 Arbeitstag
EIA (IgM)	1 bis 3 Arbeitstage
Varicella-Zoster-Virus	
EIA	1 bis 2 Arbeitstage
Antikörperindex	1 bis 2 Arbeitstage
PCR	1 bis 2 Arbeitstage
Virusanzucht	3 bis 14 Arbeitstage
Bakteriologische Untersuchungen	
Nachweis „pathogene Keime und Resistenzbestimmung“	2 bis 5 Arbeitstage (materialabhängig)
PVL-PCR (Panton-Valentine-Leukozidin)	2 bis 21 Arbeitstage

Mykobakterien	
Mikroskopie	1-2 Arbeitstage
Kultur	bis 8 Wochen – max. 12 Wochen
Tuberkulose	
Interferon-Gamma-Release Assay (IGRA)	1 bis 2 Arbeitstage (nach Dringlichkeit)
Clostridium difficile	
(+Toxinnachweis)	1 Arbeitstag
Kulturelle Anzucht	2 bis 4 Arbeitstage
Ribotypisierung	5 bis 21 Arbeitstage
EHEC	
EHEC - PCR	2 bis 3 Arbeitstage
Parasitologische Direktnachweise	
	1 bis 2 Arbeitstage