

Diphtherie: Personenbezogene Kontroll- und Präventionsmaßnahmen

Eine Standardverfahrensanleitung (SVA) für die Gesundheitsbehörden
in Österreich

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMASGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Autorinnen und Autoren (in alphabetischer Reihenfolge): Flora Harmer, Florian Heger, Alexander Indra, Sigrid Kiermayr, Lena König, Maria Paulke-Korinek, Sonja Pleininger, Andreas Reich, Amra Sarajlić, Stefanie Schindler, Marianna Traugott, Christoph Wenisch

Beteiligte Fachgesellschaft: Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (vertreten durch Heidrun Kerschner)

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK); Diphtherie: Personenbezogene Kontroll- und Präventionsmaßnahmen, Eine Standardverfahrensanleitung (SVA) für die Gesundheitsbehörden in Österreich, 2026.

Inhalt

Inhalt	3
Meldeverpflichtungen	4
Die Infektionskrankheit und Übertragungsarten	5
Verlaufsformen.....	6
Respiratorische Diphtherie	6
Hautdiphtherie	7
Risikogruppen	8
Therapie	9
Prävention	10
Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines Diphtherie-Verdachtsfalls	12
Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines Diphtherie-Erkrankungsfalls	15
Behördliche Maßnahmen bei Kontaktpersonen einer an Diphtherie erkrankten Person	18
Erhebung von Kontaktpersonen	18
Behördliche Maßnahmen bei engen Kontaktpersonen	19
Empfehlungen für die Absonderung	23
Umgang mit asymptomatischen Keimträger:innen („Ausscheider:innen“)	24
Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen zur Prävention einer Infektion mit Corynebacterium diphtheriae	25
Probennahme und Testverfahren	26
Probennahme	26
Probentransport	26
Testverfahren und Ergebnisinterpretation	27
Diphtherie – Falldefinition	29
Klinische Kriterien.....	29
Laborkriterien	30
Epidemiologische Kriterien.....	30
Fallklassifizierung.....	30
Glossar	31
Änderungen zur Vorversion	32

Meldeverpflichtungen

In Österreich sind gemäß § 1 Abs. 1 Z 2 des Epidemiegesetzes 1950 (EpiG), BGBl. Nr. 186/1950, **Erkrankungs- und Todesfälle an Diphtherie zu melden**. Gemäß § 2 Abs. 1 EpiG hat die Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde (BVB), in deren Gebiet sich die kranke oder krankheitsverdächtige Person aufhält oder der Tod eingetreten ist, **binnen 24 Stunden** zu erfolgen.

Die **zur Meldung Verpflichteten** sind in § 3 Abs. 1 EpiG festgelegt. Dazu zählen unter anderem **die:der zugezogene Ärzt:in sowie jedes Labor**, das den betreffenden Erreger diagnostiziert hat. Labore haben gemäß der Verordnung betreffend elektronische Labormeldungen in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten, BGBl. II Nr. 184/2013, seit 01.01.2014 die Verpflichtung, ihre Meldungen elektronisch an das Epidemiologische Meldesystem (EMS) zu übermitteln.

Die BVB haben gemäß § 5 Abs. 1 EpiG bei jedem Verdacht des Auftretens von Diphtherie unverzüglich die zur Feststellung der Krankheit, der Infektionsquelle und zur Verhinderung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Erhebungen und Untersuchungen einzuleiten. Hierfür muss nicht zwingend eine Meldung durch eine:n Ärzt:in oder ein Labor vorausgegangen sein.

Die Infektionskrankheit und Übertragungsarten^{1,2,3}

Diphtherie ist eine durch das Toxin Diphtherie-Toxin-produzierender Stämme von *Corynebacterium (C.) diphtheriae*, seltener *C. ulcerans* oder *C. pseudotuberculosis*, verursachte Erkrankung. Die Inkubationszeit beträgt ca. 2 bis 5 Tage, selten bis zu 10 Tage.

Für *C. diphtheriae* sind Menschen das einzige Erregerreservoir. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch, in der Regel aerogen über Tröpfchen oder durch direkten Kontakt mit respiratorischen Sekreten oder Wundexsudaten, selten auch durch Kontakt mit Erbrochenem oder kontaminierten Oberflächen.

C. ulcerans kommt auch bei Wild-, Nutz- und Haustieren vor, eine Übertragung von Tier zu Mensch erfolgt oftmals durch Kontakt mit Hauskatzen oder -hunden oder durch Kontakt mit kontaminierten Lebensmitteln (z. B. kontaminierte Rohmilch). *C. ulcerans* ist zwar vorwiegend mit dem klinischen Bild der Hautdiphtherie assoziiert, kann jedoch auch eine respiratorische Form der Diphtherie verursachen.

C. pseudotuberculosis kommt bei Schafen und Ziegen vor, die Übertragung auf Menschen ist selten.

Bei unzureichenden Durchimpfungsraten in der Bevölkerung besteht Ausbruchspotenzial. In Ausbruchssituationen dürfte vor allem die direkte Übertragung von Mensch zu Mensch maßgeblich das Transmissionsgeschehen beeinflussen. Auch geimpfte und

¹ Robert Koch-Institut (RKI). [RKI-Ratgeber Diphtherie](#) (abgerufen am 17.12.2025)

² UK Health Security Agency (UK HSA). [Public health control and management of diphtheria in England – 2025 Guidelines](#) (abgerufen am 05.12.2025)

³ Truelove SA, Keegan LT, Moss WJ, Chaisson LH, Macher E, Azman AS, Lessler J. Clinical and Epidemiological Aspects of Diphtheria: A Systematic Review and Pooled Analysis. *Clin Infect Dis*. 2020 Jun 24;71(1):89-97. doi: 10.1093/cid/ciz808. PMID: 31425581; PMCID: PMC7312233.

asymptomatische Personen können Diphtherie übertragen. Ein asymptomatischer „Carrier“-Status über Monate hinweg ist möglich.

Erkrankte sind in der Regel so lange infektiös, wie Erreger in Sekreten bzw. Läsionen nachgewiesen werden können. Bei nicht therapierten Erkrankten handelt es sich hierbei normalerweise um 2 bis 4 Wochen. Im Falle von chronischen Hautläsionen kann der Erreger über mehrere Monate nachgewiesen werden.

Sofern eine wirksame Therapie eingeleitet wird, ist die Ansteckungsfähigkeit in der Regel nach 5 Tagen beendet.

Verlaufsformen^{4,5}

Diphtherie kann sich durch respiratorische Symptome äußern oder sich als Haut- bzw. Schleimhautläsionen manifestieren. Die Erkrankung wird in erster Linie durch das Diphtherie-Toxin verursacht.

Respiratorische Diphtherie

Diese weist Manifestationen an Pharynx, Tonsillen, Larynx oder Nase auf. Der Krankheitsbeginn ist durch unspezifische Symptome wie Halsschmerzen, Müdigkeit und Lymphknotenschwellung gekennzeichnet.

Bei der klassischen Form der respiratorischen Diphtherie erfolgt im Verlauf (ca. 1 bis 3 Tage nach Symptombeginn) eine graduelle Ausbildung von weißen, grauen, grünen oder schwarzen anhaftenden Pseudomembranen in der Tonsillopharyngeal-Region oder im Nasopharynx, welche beim Abtragen stark bluten. Diese können sich auf den Larynx, die Trachea und Bronchien ausdehnen und zu Dyspnoe führen.

Komplikationen: Eine Hauptproblematik der Diphtherie-Erkrankung ist die systemische Toxinwirkung, meist ausgehend von der klassischen respiratorischen Verlaufsform. Das in die Zellen aufgenommene Diphtherie-Toxin kann zu schweren Schädigungen der betroffenen Zellen führen, am häufigsten kommt es zu Myokarditis oder peripherer

⁴ Robert Koch-Institut (RKI). [RKI-Ratgeber Diphtherie](#) (abgerufen am 17.12.2025)

⁵ Land Steiermark. [Steirischer Seuchenplan, 4. Auflage](#). 2016.

Neuritis. Die Schwellung im Bereich des Halses kann zu einer Obstruktion der Atemwege führen. Darüber hinaus kann es zu einer Verlegung der Atemwege durch dislozierte Membranen kommen. Insbesondere bei Kindern unter 5 Jahren und Erwachsenen ab 40 Jahren kann die Letalität respiratorischer Verlaufsformen bis zu 40 % betragen.

Personen mit vollständiger Grundimmunisierung und regelmäßig durchgeführten Auffrischungen erkranken in der Regel nicht oder zeigen einen milden Krankheitsverlauf. Bei der milden Form der respiratorischen Diphtherie fehlen die klassischen Pseudomembranen. Daher lässt sich die respiratorische Diphtherie bei geimpften Personen klinisch kaum von anderen bakteriellen Infektionen der oberen Atemwege wie Laryngitis, Nasopharyngitis oder Tonsillitis abgrenzen.

Hautdiphtherie ^{6,7,8}

Diese ist endemisch in tropischen Gebieten, in gemäßigten Breiten kommen nur vereinzelt Fälle vor. Die Hautdiphtherie äußert sich klassischerweise durch schmierig belegte, nicht schmerzhafte, ulzeröse Hautläsionen, welche als Mischinfektionen mit Streptokokken und/oder Staphylokokken auftreten. Häufig sind Körperstellen an den unteren Extremitäten mit vorbestehenden Verbrennungen, Wunden oder Insektenstichen betroffen. Oftmals ist die Hautdiphtherie jedoch nicht von anderen sekundären bakteriellen Hautinfektionen unterscheidbar. Bei Personen mit entsprechender (Reise-) Anamnese sollte daher bei Auftreten von verdächtigen Hautläsionen eine Diphtherie in Betracht gezogen werden, unabhängig vom Impfstatus.

Hautdiphtherie führt selten zu systemischen Komplikationen (siehe Therapie), sie kann jedoch Infektionsquelle einer respiratorischen Diphtherie sein, bei der erkrankten Person selbst oder bei Kontaktpersonen.

⁶ Land Steiermark. Steirischer Seuchenplan, 4. Auflage. 2016.

⁷ Robert Koch-Institut (RKI). RKI-Ratgeber Diphtherie (abgerufen am 17.12.2025)

⁸ World Health Organization (WHO). WHO laboratory manual for the diagnosis of diphtheria and other related infections. 3rd revision.

Risikogruppen ^{9, 10}

Nicht-immunisierte Personen sowie Personen, welche keine regelmäßigen Auffrischungsimpfungen erhalten haben, zählen zu den Risikogruppen für schwere Erkrankungsverläufe. Respiratorische Diphtherie tritt insbesondere bei **nicht- oder nur teilimmunisierten** Personen auf. Unter einem Alter von 6 Monaten ist die Erkrankung selten.

Während des europäischen Diphtherieausbruchs 2022/2023 waren insbesondere **Personen mit Migrationshintergrund** betroffen. Darüber hinaus wurden auch sporadische Erkrankungsfälle bei Personen ohne Migrationsgeschichte beobachtet, die häufig mit prekären Lebensbedingungen, einschließlich Obdachlosigkeit, assoziiert sind.

⁹ Hoefler A, Seth-Smith H, et al.; 2022 European Diphtheria Consortium. *Corynebacterium diphtheriae* Outbreak in Migrant Populations in Europe. *N Engl J Med.* 2025 Jun 19;392(23):2334-2345. doi: 10.1056/NEJMoa2311981. Epub 2025 Jun 4. PMID: 40466062.

¹⁰ Roewer de Porto IF, Dangel A, Schneider L, Zasada AA, Haller J, Abdelgawad I, Siffczyk C, Paradowska-Stankiewicz I, Wichmann O, Badenschier F, Berger A, Rau C, Sing A. Two diphtheria sub-clusters with autochthonous cases in Germany and Poland within a *Corynebacterium diphtheriae* ST-574 outbreak, 2022 to July 2025. *Euro Surveill.* 2025 Aug;30(33):2500539. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.33.2500539. PMID: 40843519; PMCID: PMC12372894.

Therapie¹¹

Eine frühzeitige Behandlung ist essenziell. Die Therapie sollte **schon bei klinischem Verdacht auf respiratorische Diphtherie so früh wie möglich** begonnen werden und simultan mit **Antitoxin sowie Antibiotika** erfolgen. Je mehr Zeit seit Symptombeginn vergangen ist, desto höhere Dosen von Antitoxin sind indiziert. Gegen schon in Zellen eingedrungenes Diphtherie-Toxin ist das Antitoxin wirkungslos, es neutralisiert lediglich zirkulierendes Toxin. Auch bei Hautdiphtherie kann der Einsatz von Diphtherie-Antitoxin indiziert sein, dies ist individuell abzuklären. Jedenfalls indiziert ist eine entsprechende Therapie mit Antibiotika. Antibiotika müssen unter Berücksichtigung der entsprechenden Antibiogramme eingesetzt werden.

Das Diphtherie-Antitoxin ist aktuell in Österreich nicht in Apotheken frei verfügbar. Die nationale Auskunftsstelle zum Diphtherie-Antitoxin ist die 4. Medizinische Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin der Klinik Favoriten, Kundratstraße 3, 1100 Wien, Infektionshauptdienst: +43 1 60191 72444

Falls die letzte Diphtherie-Auffrischungsimpfung mehr als 5 Jahre zurückliegt, sollte laut Impfplan Österreich nach Abschluss der Eradikationstherapie einmalig eine Booster-Impfung gegen Diphtherie durchgeführt werden bzw. erforderlichenfalls die Grundimmunisierung nachgeholt werden. Dafür sollten die altersabhängig empfohlenen Kombinationsimpfstoffe eingesetzt werden.

¹¹ Robert Koch-Institut (RKI). [RKI-Ratgeber Diphtherie](#) (abgerufen am 17.12.2025)

Prävention ¹²

Der effektivste Schutz gegen Diphtherie ist die Impfung. Sie zählt laut dem Impfplan Österreich zu den für alle empfohlenen Impfungen. Der Impfstoff gegen Diphtherie enthält Diphtherie-Toxoid. Das ist Diphtherie-Toxin, welches durch eine Behandlung mit Formalin unschädlich gemacht wurde. Das Toxoid ist an Aluminiumhydroxid adsorbiert. Empfohlen ist in Österreich ausschließlich der Einsatz von Kombinationsimpfstoffen. Dabei werden bis zum vollendeten 6. Lebensjahr 6-fach-Impfstoffe mit Komponenten gegen Diphtherie-Tetanus-Polio-Pertussis-Haemophilus influenzae B und Hepatitis B empfohlen, ab dem vollendeten 6. Lebensjahr Kombinationsimpfstoffe mit reduzierter Diphtheriekomponente und zusätzlich Komponenten gegen Tetanus-Pertussis und teils gegen Polio empfohlen.

Die Grundimmunisierung ist laut dem Impfplan Österreich im ersten Lebensjahr ehestmöglich ab der vollendeten 6. Lebenswoche, jedenfalls im 3. Lebensmonat im 2+1-Schema empfohlen; 2. Dosis 2 Monate nach der 1. Dosis, 3. Dosis 6 Monate nach der 2. Dosis im Alter von 10–12 Monaten. Die erste Auffrischungsimpfung sollte mit einem Vierfach-Impfstoff im 6. Lebensjahr erfolgen. Die zweite Auffrischungsimpfung wird nach 5 Jahren bzw. spätestens in der 8. Schulstufe/im 14. bzw. 15. Lebensjahr/vor Ende des Pflichtschulalters empfohlen. Die Impfungen bis zur Vollendung der Schulpflicht stehen im kostenfreien Kinderimpfprogramm von Bund, Ländern und Sozialversicherung zur Verfügung.

Nach der **Grundimmunisierung im Säuglingsalter mit 6-fach-Impfstoffen** und den **beiden Auffrischungsimpfungen im Kindes-/Jugendalter mit 4-fach-Impfstoffen** sind regelmäßige Auffrischungsimpfungen empfohlen. Für weitere Details siehe die jeweils aktuelle Version des Impfplans Österreich unter <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html>.

Versäumte Grundimmunisierungen sollten laut dem Impfplan Österreich (teils off-label) bis zum vollendeten 5. Lebensjahr mit 6-fach-Impfstoffen durchgeführt werden; 2. Dosis nach 1–2 Monaten, 3. Dosis 6–12 Monate nach der 2. Dosis. Ab dem vollendeten 5.

¹² Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK); Impfplan Österreich 2025/2026, Version 1.1 vom 10.10.2025.

Lebensjahr sollen versäumte Grundimmunisierungen (off-label) mit 4-fach-Impfstoffen durchgeführt werden; 2. Dosis nach 1 Monat, 3. Dosis 6 Monate nach der 2. Dosis.

Bei Versäumnis einer Auffrischungsimpfung und einem Impfabstand bis zu 20 Jahren kann die Impfung mittels einer Dosis nachgeholt werden, bei einem Impfabstand von 20 Jahren und mehr sollte eine Auffrischungsimpfung inklusive serologischer Titerkontrolle erfolgen. Bei negativem Antikörpernachweis: Neubeginn der Grundimmunisierung, die vorangegangene Impfung zählt als 1. Dosis.

Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines Diphtherie-Verdachtsfalls^{13,14,15}

Ein Verdachtsfall für Diphtherie liegt vor, wenn eine Person klassische Symptome einer respiratorischen Diphtherieerkrankung (Symptome einer Erkrankung der oberen Atemwege mit Laryngitis, Nasopharyngitis oder Tonsillitis und adhärennten Membranen/Pseudomembranen) aufweist oder wenn ein:e Mitarbeiter:in im öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. ein:e Ärzt:in aufgrund von anamnestischen bzw. epidemiologischen Erhebungen und/oder eines Laborergebnisses einen Verdacht auf eine Diphtherieerkrankung (respiratorische Diphtherie oder Hautdiphtherie) stellt .¹⁶

- **Absonderung:** Der Verdachtsfall ist gemäß **§ 7 Abs. 1 EpiG iVm den §§ 4 und 5 der Absonderungsverordnung** (betrifft Absonderungsmaßnahmen bei kranken, krankheitsverdächtigen oder ansteckungsverdächtigen Personen gemäß § 1 der Absonderungsverordnung) **abzusondern** (siehe Empfehlungen für die Absonderung)
 - Ein **Verdachtsfall** ist solange abzusondern, bis Kulturen von einem Abstrich aus dem Oro-/Nasopharynx (bzw. falls vorhanden von (Schleim-)Hautläsionen und

¹³ Robert Koch-Institut (RKI). RKI-Ratgeber Diphtherie (abgerufen am 17.12.2025)

¹⁴ Land Steiermark. Steirischer Seuchenplan, 4. Auflage. 2016.

¹⁵ UK Health Security Agency (UK HSA). Public health control and management of diphtheria in England – 2025 Guidelines (abgerufen am 05.12.2025)

¹⁶ Das kann der:die behandelnde Ärzt:in, oder auch eine Mitarbeiter:in einer BVB sein, der:die, bei unspezifischer respiratorischer Symptomatik (ohne adhärennte Membranen/Pseudomembranen) oder einer (Schleim-)Hautläsion, aufgrund anamnestischen/epidemiologischer Erhebungen oder positiver Kultur auf relevante Corynebakterien eine Diphtherieinfektion vermutet. Beispiele hierfür sind bisher nicht bekannte symptomatische Kontakte zu einem laborbestätigten Fall, symptomatische Personen mit gemeinsamer Expositionsquelle mit einem laborbestätigten Fall, symptomatische Personen mit Erregerisolierung von *Corynebacterium diphtheriae*, *ulcerans* oder *pseudotuberculosis* oder bekannte Kontaktpersonen, welche, passend zur Inkubationszeit, erste Symptome entwickelt haben.

- Oro-/Nasopharynx) ein negatives Ergebnis für Toxin-produzierende Corynebakterien zeigen
- Ein **Verdachtsfall aus der Umgebung von Diphtheriekranken** (entspricht **symptomatischer Kontaktperson**) ist so lange abzusondern, bis Kulturen von zwei Abstrichen (abgenommen im Mindestabstand von 24 Stunden und frühestens 24 Stunden nach Beendigung der Antibiotikatherapie) aus dem Oro-/Nasopharynx bzw. bei Hautdiphtherie von (Schleim-)Hautläsionen und Oro-/Nasopharynx ein negatives Ergebnis für Toxin-produzierende Corynebakterien zeigen
 - **Aufklärung:** Aktive Information der abgesonderten Person über Symptomatik, Verlauf der Erkrankung, Absonderung
 - **Labordiagnostik:** Jeder Verdachtsfall sollte labordiagnostisch abgeklärt werden. Dabei ist auf eine adäquate Probenahme zu achten (siehe Probennahme und Testverfahren). Falls noch keine labordiagnostische Abklärung veranlasst wurde, ist diese umgehend nachzuholen
 - **Impfung:** Erhebung der Impfanamnese, inklusive Überprüfung der entsprechenden Dokumentation (siehe Prävention)¹⁷
 - **Einmeldung** des Diphtherie-Verdachtsfalls ins **EMS**, inklusive aller erhobenen Informationen
 - Bei ausschließlichem Aufenthalt im Ausland in der möglichen Ansteckungszeit¹⁸ : Eintrag „importiert“ ins EMS mit Angabe des Infektionslandes und Benachrichtigung der Österreichischen Meldestelle für grenzüberschreitende Infektionskrankheiten (ICTA) bei der AGES
 - Bei ausschließlichem Aufenthalt in Österreich in der möglichen Ansteckungszeit¹⁸: Eintrag „nicht importiert“ ins EMS mit Angabe „Österreich“ als Infektionsland und gegebenenfalls Kontaktaufnahme zu betreffenden LSDs/BVBs zur Ermittlung von Infektionsquellen und potentiell vorhandenen Infektionsketten
 - Bei Aufenthalten sowohl im Ausland als auch in Österreich in der möglichen Ansteckungszeit¹⁸ ist eine individuelle Einschätzung durch die zuständige BVB zu treffen und die Ermittlung anzupassen

¹⁷ Impfungen gelten dann als gegeben, wenn sie dokumentiert sind (z.B. Impfpass, eImpfpass).

¹⁸ 2-10 Tage vor Symptombeginn

- **Suche nach der möglichen Quelle der Infektion inkl. Ermittlung des wahrscheinlichen Infektionsortes:**
 - Erhebung einer Reiseanamnese (sowohl Ausland als auch innerhalb Österreichs) und möglicher Kontakte zu Erkrankungsfällen für die geschätzte Zeitspanne der eigenen Ansteckung¹⁸
 - Bei Verdacht auf *C. ulcerans*-Infektion: Erhebung von Kontakten zu Tieren (Nutz- und Haustiere) und/oder Konsum von nicht pasteurisierter Milch oder Milchprodukten für die geschätzte Zeitspanne der eigenen Ansteckung¹⁸

Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines Diphtherie-Erkrankungsfalls^{19,20}

Ein Diphtherie-Erkrankungsfall liegt vor, wenn eine symptomatische Diphtherie-Infektion labordiagnostisch bestätigt wird.

Als labordiagnostische Bestätigung für den Erkrankungsfall gilt hier bereits der **Nachweis des Toxin-Gens mittels PCR** bei potentiell Toxin-produzierenden Corynebakterien (siehe Probennahme und Testverfahren), das Ergebnis des Elek-Tests muss nicht abgewartet werden.

- **Absonderung des Erkrankungsfalls:** Die Absonderung bleibt aufrecht, bis Kulturen von zwei Abstrichen (abgenommen im Mindestabstand von 24 Stunden und frühestens 24 Stunden nach Beendigung der Antibiotikatherapie) aus dem Oro-/Nasopharynx bzw. bei Hautdiphtherie von (Schleim-)Hautläsionen und Oro-/Nasopharynx ein negatives Ergebnis für Toxin-produzierende Corynebakterien zeigen oder bis der Elek-Test ein negatives Ergebnis für die Toxinproduktion zeigt (siehe Probennahme und Testverfahren sowie Empfehlungen für die Absonderung)
- **Aufklärung:** Aktive Information von abgesonderter Person über Symptomatik, Verlauf der Erkrankung, Absonderung
- **Impfung:** Erhebung der Impfanamnese, inklusive Überprüfung der entsprechenden Dokumentation (siehe Prävention)²¹

¹⁹ Robert Koch-Institut (RKI). RKI-Ratgeber Diphtherie (abgerufen am 08.04.2026)

²⁰ UK Health Security Agency (UK HSA). Public health control and management of diphtheria in England – 2025 Guidelines (abgerufen am 05.04.2026)

²¹ Impfungen gelten dann als gegeben, wenn sie dokumentiert sind (z.B. Impfpass, eImpfpass).

- **Einmeldung** des Diphtherie-Erkrankungsfalls ins **EMS**, inklusive aller erhobenen Informationen
 - Bei ausschließlichem Aufenthalt im Ausland in der möglichen Ansteckungszeit²²: Eintrag „importiert“ ins EMS mit Angabe des Infektionslandes und Benachrichtigung der Österreichischen Meldestelle für grenzüberschreitende Infektionskrankheiten (ICTA) bei der AGES
 - Bei ausschließlichem Aufenthalt in Österreich in der möglichen Ansteckungszeit²²: Eintrag „nicht importiert“ ins EMS mit Angabe „Österreich“ als Infektionsland und gegebenenfalls Kontaktaufnahme zu betreffenden LSDs/BVBs zur Ermittlung von Infektionsquellen und potentiell vorhandenen Infektionsketten
 - Bei Aufenthalten sowohl im Ausland als auch in Österreich in der möglichen Ansteckungszeit²² ist eine individuelle Einschätzung durch die zuständige BVB zu treffen und die Ermittlung anzupassen

- **Ausbruchsmeldung:** Falls ein Zusammenhang mit einem anderen Diphtherie-Erkrankungsfall vorliegt, **Anlegen eines Ausbruchs bzw. Hinzufügen zu einem bereits angelegten Ausbruch im EMS**

- **Erhebung von Kontaktpersonen:**
 - Erhebung von Kontaktpersonen zur Identifikation weiterer potentiell infizierter Personen und erforderlichenfalls Einleitung von postexpositioneller Prophylaxe (PEP). Dies inkludiert Haushaltsmitglieder sowie Kontaktpersonen im beruflichen und privaten Umfeld, in der Kinderbetreuungsstätte, Schule oder anderen Gemeinschaftseinrichtung (siehe Behördliche Maßnahmen bei Kontaktpersonen einer an Diphtherie erkrankten Person).
 - Wurden Kontaktpersonen aus anderen Bezirken bzw. Bundesländern ermittelt, sind die jeweils zuständigen Gesundheitsbehörden umgehend zu informieren, erforderlichenfalls Information an Benachrichtigung der Österreichischen Meldestelle für grenzüberschreitende Infektionskrankheiten (ICTA) bei der AGES

²² 2-10 Tage vor Symptombeginn

- **Verkehrsbeschränkung von engen Kontaktpersonen** (siehe Behördliche Maßnahmen bei Kontaktpersonen einer an Diphtherie erkrankten Person)
- **Suche nach der möglichen Quelle der Infektion** (sofern Fall nicht bereits bekannte Kontaktperson eines Diphtherie-Erkrankungsfalls) inkl. Ermittlung der/des wahrscheinlichen Infektionsorte/s:
 - Erhebung einer Reiseanamnese (sowohl Ausland als auch innerhalb Österreichs) und möglicher Kontakte zu Diphtherie-Erkrankungsfällen für die geschätzte Zeitspanne der eigenen Ansteckung²²
 - Bei Vorliegen einer *C. ulcerans*-Infektion: Erhebung von Kontakten zu Tieren (Nutz- und Haustiere) und/oder Konsum von nicht pasteurisierter Milch oder Milchprodukten für die geschätzte Zeitspanne der eigenen Ansteckung²²

Zur Erhebung potentiellen Infektionsquellen, Impfanamnese und Klinik stellt die AGES einen **standardisierten Fragebogen** zur Verfügung, welcher nach Erhebung pseudonymisiert (unter Angabe der EMS-ID) an die AGES gesandt werden soll. Die ersetzt jedoch nicht die Eingabe relevanter Informationen ins EMS durch die zuständige BVB.

Der **Fragebogen** sowie auch der **Begleitschein** für die Einsendung von Material bzw. Isolat zur Diphtherie-Diagnostik ist zum Download verfügbar unter: <https://www.ages.at/ages/referenzzentralen-labors/nationale-referenzzentrale-diphtherie-labor>

Behördliche Maßnahmen bei Kontaktpersonen einer an Diphtherie erkrankten Person^{23,24,25,26,27}

Erhebung von Kontaktpersonen

Es sind alle Kontaktpersonen durch die zuständige BVB zu erheben (Namentliche Registrierung, Erhebung von Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Berufsort, Berufstätigkeit und Wohnverhältnisse, Impfanamnese).

Eine Kontaktperson (KP) ist jede Person, die Kontakt zu einem Diphtherie-Erkrankungsfall oder zu einem: einer asymptomatischen Keimträger:in während der Zeitperiode der Ansteckungsfähigkeit hatte. Ansteckungsfähigkeit besteht in der Regel bis zu 10 Tage vor Symptombeginn²⁵. Bei asymptomatischen Keimträger:innen wird der Verdachtszeitpunkt auf eine Ansteckung als Beginn der Ansteckungsfähigkeit genommen.

Das Risiko einer Ansteckung wird durch Dauer und Nähe des Kontaktes zu einer erkrankten Person beeinflusst.

²³ Robert Koch-Institut (RKI). [RKI-Ratgeber Diphtherie](#) (abgerufen am 07.04.2026)

²⁴ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). [Factsheet about diphtheria](#) (abgerufen am 17.12.2025)

²⁵ UK Health Security Agency (UK HSA). [Public health control and management of diphtheria in England – 2025 Guidelines](#) (abgerufen am 12.04.2026)

²⁶ Land Steiermark. [Steirischer Seuchenplan, 4. Auflage](#). 2016.

²⁷ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). [Rapid Risk Assessment - Increase of reported diphtheria cases among migrants in Europe due to *Corynebacterium diphtheriae*, 2022](#).

Die **Entscheidung**, wer als enge Kontaktperson gilt, kann nur durch die **örtlich zuständige Gesundheitsbehörde** getroffen werden und ist eine **Einzelfallentscheidung**.

Im Folgenden sind Beispiele für die Klassifikation als **enge Kontaktperson** angeführt:

- Haushaltskontakte
- Kontakte in Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Nutzung derselben Wohneinheit, Küche, Sanitäranlagen etc.)
- Kinder in derselben Betreuungseinheit (z. B. Kindergartengruppe)
- Personen mit engen physischen Kontakten (z. B. Küssen, Sexualkontakte)
- Personen, die ohne adäquate Schutzausrüstung medizinische/pflegerische Maßnahmen an der erkrankten Person durchgeführt haben (z. B. Mund-zu-Mund-Beatmung; Wundversorgung bei Hautdiphtherie; HNO-Begutachtung)

Beispiele von Kontaktpersonen, die wahrscheinlich **keine engen Kontakte** darstellen:

- Personen, die regelmäßig den Haushalt der betroffenen Person besuchen (dabei aber keinen engen physischen Kontakt haben)
- Personen, die am selben Arbeitsplatz tätig sind (gemeinsames Büro)
- Gesundheitspersonal ohne direkten Kontakt zu oropharyngealen Sekreten bzw. ohne Wundexposition

Liegt die Zuständigkeit für eine ermittelte Kontaktperson bei einer anderen BVB, sind die jeweils zuständigen Behörden so rasch wie möglich zu informieren.

Liegt die Zuständigkeit für eine ermittelte Kontaktperson im Ausland, ist die Österreichische Meldestelle für grenzüberschreitende Infektionskrankheiten (ICTA) bei der AGES über dafür eingerichtete Kanäle zu benachrichtigen. Diese leiten die Informationen dann an die jeweiligen Länder weiter.

Behördliche Maßnahmen bei engen Kontaktpersonen

- **Verkehrsbeschränkung: Kontaktpersonen sind von Schulen, Kindergärten und ähnlichen Einrichtungen fernzuhalten**, bis Kulturen von zwei Abstrichen (abgenommen im Mindestabstand von 24 Stunden, wobei jedenfalls der zweite Abstrich frühestens 24 Stunden nach Beendigung der Antibiotikatherapie erfolgen sollte²⁸) aus dem Oro-/Nasopharynx ein negatives Ergebnis für Toxin-produzierende Corynebakterien zeigen

- **Aufklärung: Aktive Information der engen Kontaktperson** über Symptomatik, Verlauf der Erkrankung sowie sorgsame Handhygiene und Hygiene beim Husten, Niesen und Schnäuzen

- **Abnahme eines Abstriches** zur labordiagnostischen Abklärung vor Gabe der postexpositionellen Prophylaxe (Oro-/Nasopharynx-Abstrich bzw. falls vorhanden von (Schleim-)Hautläsionen²⁹)(siehe Probennahme und Testverfahren)

- **Postexpositionelle Prophylaxe:**
 - Enge Kontaktpersonen sollten **unabhängig vom Impfstatus** innerhalb der möglichen Inkubationszeit (10 Tage nach Letztexposition) eine **postexpositionelle Prophylaxe (PEP) mit Antibiotika** erhalten. Wegen häufiger Resistenzen sollte – sofern verfügbar – bei der Antibiotikaauswahl der PEP das Antibiogramm des Indexfalls berücksichtigt werden. Die Empfindlichkeit gegenüber Amoxicillin kann von jener gegenüber Penicillin abgeleitet werden, für Clarithromycin und Azithromycin existieren aktuell keine klinischen Breakpoints³⁰. Generell ist zur postexpositionellen Prophylaxe der Einsatz der untenstehenden Antibiotika sinnvoll. Bei Nicht-Verfügbarkeit, Unverträglichkeit oder Resistenzen kann aber auch auf andere Präparate zurückgegriffen werden. Bei Unklarheiten kann mit einer Infektiologin bzw. einem Infektiologen sowie mit der AGES (Nationale Referenzzentrale für Diphtherie-Labor) Rücksprache gehalten werden.

²⁸ bzw. frühestens nach 10 Tagen nach Letztexposition, sofern keine PEP eingenommen wurde

²⁹ Eine Kontaktperson mit Vorliegen von (Schleim-)Hautläsionen entspricht einem Verdachtsfall aus der Umgebung von Diphtheriekranker (siehe Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines Diphtherie-Verdachtsfalls) – Es ist daher im Rahmen der Probennahme zwingend eine klinische Untersuchung auf das Vorliegen von (Schleim-)Hautläsionen durchzuführen.

³⁰ The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 13.0, 2023. <http://www.eucast.org>

- **1. Wahl**

Amoxicillin 3 x 500 mg für 7 Tage (z. B. Ospamox®)

- **2. Wahl**

Clarithromycin 2 x 500 mg für 7 Tage (z. B. Klacid®)

ODER

Azithromycin 1 x 500 mg für 3 Tage³¹ (z. B. Zithromax®)

Kann bei Penicillinallergie gegeben werden

Das in vielen internationalen Empfehlungen noch häufig angeführte Erythromycin (z. B. Erythrocin® 3 x 500 mg) bietet gegenüber den o. g. moderneren Makroliden keinen Vorteil

Cave: Makrolidantibiotika (Clarithromycin, Azithromycin, Erythromycin) können die QTc-Zeit³² verlängern

• **Abklärung des Impfstatus** und gegebenenfalls Ergänzung fehlender Impfungen:

- Ungeimpfte Personen: Unverzüglich reguläres, altersadäquates Grundimmunisierungsschema mit den jeweils altersabhängig empfohlenen Kombinationsimpfstoffen (3/4-fach- oder 6-fach-Impfstoff)
- Bereits geimpfte Personen: Weitere Impfung mit altersabhängig empfohlenen Kombinationsimpfstoffen, wenn die letzte Impfung mehr als fünf Jahre zurückliegt

³¹ Azithromycin zeichnet sich durch eine länger anhaltende Gewebekonzentration (von bis zu sieben Tagen) aus. Daher ist es empfohlen, den Tag sieben nach Beginn der Antibiotikagabe als Tag der Beendigung der Antibiotikatherapie anzunehmen, um ein zuverlässiges Testergebnis zu erhalten.

³² Die QTc-Zeit ist die herzfrequenzkorrigierte QT-Dauer im EKG, die angibt, wie lange die Herzkammern für Erregung und Erregungsrückbildung benötigen

- **Selbstüberwachung:** Aufforderung, den Gesundheitszustand **für 10 Tage** nach Letztkontakt selbst zu überwachen und das Auftreten von Symptomen (Fieber, Halsschmerzen, geschwollene Halslymphknoten, grauweißer Rachenbelag) zu melden. **Bereits bei Auftreten erster Symptome** (Fieber, Halsschmerzen, geschwollene Halslymphknoten, grauweißer Rachenbelag) ab dem 2. Tag nach Erstkontakt **wird die Kontaktperson zum Diphtherie-Verdachtsfall** (für das Vorgehen bei symptomatischen Kontaktpersonen siehe Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines Diphtherie-Verdachtsfalls)
- **Abschluss:** Am Tag 10 nach Letztkontakt ist ein Abschlusstelefonat durch die zuständige BVB zu führen, in dem nach dem Gesundheitszustand gefragt wird. Sind keine Symptome vorhanden, ist über das Ende der Verkehrsbeschränkung aufzuklären

Empfehlungen für die Absonderung^{33,34,35}

- Schutzmaßnahmen gegen eine Tröpfchen- oder Kontaktübertragung sollten getroffen werden
- Betreuung sollte ausschließlich durch Personal mit einem aktuellen Impfschutz erfolgen
- Bei an Hautdiphtherie erkrankten Personen sollten Wunden und Ulzera zur Vermeidung einer Übertragung gut abgedeckt sein
- Zur Eindämmung der Übertragung sind adäquate Desinfektionsmaßnahmen (Flächen- und Händedesinfektion) in der Umgebung der erkrankten Person erforderlich (siehe Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen zur Prävention einer Infektion mit *Corynebacterium diphtheriae*)

³³ Robert Koch-Institut (RKI). RKI-Ratgeber Diphtherie (abgerufen am 02.12.2025)

³⁴ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid Risk Assessment - Increase of reported diphtheria cases among migrants in Europe due to *Corynebacterium diphtheriae*, 2022. 2022.

³⁵ UK Health Security Agency (UK HSA). Public health control and management of diphtheria in England – 2025 Guidelines (abgerufen am 20.12.2025)

Umgang mit asymptomatischen Keimträger:innen („Ausscheider:innen“)^{36,37}

Vor der Einstufung als asymptomatische:r Keimträger:in sollte eine **Begutachtung** stattfinden, um Wunden oder Läsionen, die auf eine Hautdiphtherie hinweisen, auszuschließen. Asymptomatische Keimträger:innen (entsprechen Ansteckungsverdächtigen gemäß Absonderungsverordnung), die mit Toxin-produzierenden *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* oder *C. pseudotuberculosis* besiedelt sind, sollten über das Krankheitsbild aufgeklärt und aufgefordert werden, mögliche Symptomentwicklung selbst zu beobachten. Sie sollten enge (Haushalts-)Kontakte zu anderen Personen weitestgehend vermeiden. Eine **antibiotische Eradikationstherapie** ist indiziert. Dabei müssen Antibiotika unter Berücksichtigung der entsprechenden Antibiogramme eingesetzt werden.

Ausscheider:innen sind von Schulen, Kindergärten und ähnlichen Einrichtungen fernzuhalten, bis Kulturen von zwei Abstrichen (abgenommen im Mindestabstand von 24 Stunden und frühestens 24 Stunden nach Beendigung der Antibiotikatherapie) aus dem Oro-/Nasopharynx ein negatives Ergebnis für Toxin-produzierende Corynebakterien zeigen.

Falls die letzte Diphtherie-**Auffrischungsimpfung** mehr als 5 Jahre zurückliegt, sollte **nach Abschluss der Eradikationstherapie** einmalig eine Booster-Impfung gegen Diphtherie durchgeführt werden bzw. gegebenenfalls die Grundimmunisierung nachgeholt werden. Dafür sollten die altersabhängig empfohlenen Kombinationsimpfstoffe eingesetzt werden.

³⁶ UK Health Security Agency (UK HSA). [Public health control and management of diphtheria in England – 2025 Guidelines](#) (abgerufen am 20.12.2025)

³⁷ Robert Koch-Institut (RKI). [RKI-Ratgeber Diphtherie](#) (abgerufen am 17.12.2025)

Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen zur Prävention einer Infektion mit *Corynebacterium diphtheriae*^{38,39}

In der Umgebung der erkrankten Person (z. B. Krankenhauszimmer, Wohnung, Einrichtung) sind zur Prävention der Übertragung des Erregers **adäquate Desinfektionsmaßnahmen** erforderlich. Oberflächen und Gegenstände, die die erkrankte Person berührt hat oder die deren Ausscheidungen (z.B. Tröpfchen, Wundsekret) ausgesetzt waren, müssen umgehend mit einem ÖGHMP oder VAH gelisteten Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit gegen Bakterien desinfiziert werden. Das ÖGHMP-Expertenverzeichnis mit allen gelisteten Desinfektionsmitteln ist online verfügbar unter <https://expertisen.oeghmp.at/>. Erforderlichenfalls sollte Rücksprache mit einer Fachärztin oder einem Facharzt für Mikrobiologie und Hygiene erfolgen. Weiters sollen Personen, die zur erkrankten Person Kontakt haben (z. B. Pflegepersonal bei der Wundversorgung oder bei der Probenabnahme), entsprechende Schutzausrüstung (FFP2-Maske und Einweghandschuhe, langärmeliger Schutzmantel, Schutzbrille bei Aerosolexposition) tragen und für die Händedesinfektion ebenso ein gelistetes Händedesinfektionsmittel verwenden.

³⁸ Land Steiermark. Steirischer Seuchenplan, 4. Auflage. 2016.

³⁹ Robert Koch-Institut (RKI). RKI-Ratgeber Diphtherie (abgerufen am 17.12.2025)

Probennahme und Testverfahren^{40,41}

Probennahme

Zur Untersuchung eignen sich bei Verdacht auf **respiratorische Diphtherie Abstriche aus dem Oro-/Nasopharynx** bzw. bei Verdacht auf **Hautdiphtherie von (Schleim-) Hautläsionen**, wobei Abstriche von mehreren Bereichen die Sensitivität erhöhen. Bei Vorliegen von Pseudomembranen ist der Abstrich bevorzugt unterhalb dieser zu entnehmen (Cave: Gefahr der Verlegung der Atemwege). Zusätzlich können auch Gewebestücke eingesandt werden. Die Probennahme hat möglichst vor Beginn einer spezifischen Therapie zu erfolgen. Bei der Probennahme ist auf eine persönliche Schutzausrüstung zu achten (Schutz vor Tröpfcheninfektion bei respiratorischen Proben bzw. Schmierinfektionen bei Hautwunden) und sie sollte nur durch Personal erfolgen, welches einen aufrechten Diphtherie-Impfschutz aufweist.

Probentransport

Nach Abstrichnahme ist ein rascher Probentransport in das Labor anzustreben. Sollte ein Transport zum Labor nicht sofort möglich sein (innerhalb von 2 bis 8 Stunden nach der Entnahme), müssen die Proben bei 4 bis 8°C gelagert werden. Als Transportmedium eignen sich beflockte Tupfer mit Amies-Medium. Bevorzugt sollte flüssiges Amies-Medium (z. B. Copan eSwabs™) verwendet werden, bei Nicht-Verfügbarkeit können auch Amies-Geltupfer verwendet werden. Gewebestücke sollen in einem sterilen Gefäß bedeckt von Kochsalzlösung (NaCl) vor Austrocknung geschützt transportiert werden.

⁴⁰ World Health Organization (WHO). WHO laboratory manual for the diagnosis of diphtheria and other related infections. 3rd revision.

⁴¹ Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). Diphtherie (abgerufen am 17.01.2026)

Testverfahren und Ergebnisinterpretation

Die mikrobiologische Diphtherie-Diagnostik beinhaltet die **Identifikation und Isolierung von potenziell Toxin-produzierenden Corynebakterien** (*C. diphtheriae*, *C. ulcerans* und *C. pseudotuberculosis*) aus einer klinischen Probe. Da eine Anzucht auf Spezialnährböden erforderlich ist, muss dem Labor die Verdachtsdiagnose Diphtherie unbedingt vorab mitgeteilt werden.

Von Laboratorien isolierte Reinkulturen sollen nach Speziesbestätigung zur weiterführenden Diagnostik an die Nationale Referenzzentrale Diphtherie – Labor der AGES eingesandt werden (Einsendeschein, siehe unten).

Bei Identifizierung von potentiell Toxin-produzierenden Corynebakterien erfolgt an der Nationale Referenzzentrale zunächst eine PCR auf das Vorhandensein des Toxin-Gens. Bei positiver PCR findet ein Bestätigungstest mittels Elek-Ouchterlony-Immunpräzipitationstest (Nachweis der Bildung von Diphtherie-Toxin) statt. Eine negative PCR auf das Diphtherietoxin-Gen oder ein negatives Elek-Test-Ergebnis schließen eine Toxinproduktion aus. Der Elek-Test wird durchgeführt, da Stämme zwar ein entsprechendes Toxin-Gen tragen können, das Toxin aber nicht zwangsläufig exprimiert werden muss. Ein positives Elek-Test-Ergebnis bestätigt somit die Toxinproduktion des identifizierten Corynebakteriums, wodurch die Laborkriterien der Diphtherie als erfüllt gelten (siehe Falldefinition). Das Auftreten solcher Stämme ist sporadisch und sehr selten und aus diesem Grunde in erster Linie epidemiologisch relevant.

Aufgrund der langen Durchführungs- und Auswertungsdauer des Elek-Tests sowie der Tatsache, dass bei Vorliegen eines nachgewiesenen Toxin-Gens eine fehlende Bestätigung der Toxinproduktion durch den Elek-Test nur äußerst selten ist, ist der molekularbiologische **Nachweis des Toxin-Gens ausreichend für die Definition eines Diphtherie-Erkrankungsfalles**. Entsprechende **behördliche Maßnahmen** sind daher **bereits bei Nachweis des Toxin-Gens** zu setzen und **nicht erst nach Vorliegen des Elek-Test-Ergebnisses**.

Begleitschein für die Einsendung von Material bzw. Isolat zur Diphtherie-Diagnostik steht auf der Webseite der AGES im Downloadbereich zur Verfügung:

<https://www.ages.at/ages/referenzzentralen-labors/nationale-referenzzentrale-diphtherie-labor>

Adresse und Kontakt für Rückfragen:

AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien
Nationale Referenzzentrale Diphtherie – Labor
Währingerstraße 25a, 1090 Wien

referenzzentralen.wien@ages.at

Telefon: +43 50 555-37111

Fax: +43 50 555-37109

Diphtherie – Falldefinition⁴²

Die Falldefinitionen haben zum Ziel, sowohl national, aber auch auf der EU-Ebene, einheitliche Kriterien im Rahmen der epidemiologischen Überwachung sicherzustellen. Damit sollen sie zu standardisierten Bewertungen, aussagekräftigeren Statistiken und letztlich objektiveren Entscheidungen beitragen. Die Falldefinitionen legen nicht die Kriterien für gemäß §3 Epidemiegesetz zur Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde (BVB) verpflichtete Personen fest. Sie richten sich deshalb nicht an klinisch oder labordiagnostisch tätige Ärzt:innen. Auf keinen Fall sollten die Falldefinitionen als Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen in Klinik oder Labor missverstanden werden.

Klinische Kriterien

Mindestens eine der folgenden klinischen Ausprägungen:

- **Klassische respiratorische Diphtherie:** Erkrankung der oberen Atemwege mit Laryngitis, Nasopharyngitis oder Tonsillitis UND eine adhärente Membran/Pseudomembran
- **Milde respiratorische Diphtherie:** Erkrankung der oberen Atemwege mit Laryngitis, Nasopharyngitis oder Tonsillitis OHNE eine adhärente Membran/Pseudomembran
- **Hautdiphtherie:** Hautläsion
- **Sonstige Diphtherie:** Läsion der Augenbindehaut oder der Schleimhäute

⁴² BMASGPK Epidemiologisches Meldesystem Benutzerhandbuch – Fachlicher Teil, 2025

Laborkriterien

Isolierung von Toxin-produzierenden *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* oder *C. pseudotuberculosis* aus einer klinischen Probe.

Epidemiologische Kriterien

Mindestens einer der folgenden epidemiologischen Zusammenhänge:

- Übertragung von Mensch zu Mensch
- Übertragung von Tier auf den Menschen

Fallklassifizierung

Möglicher Fall

Jede Person, die die klinischen Kriterien für klassische respiratorische Diphtherie erfüllt.

Wahrscheinlicher Fall

Jede Person, die die klinischen Kriterien für Diphtherie (klassische respiratorische Diphtherie, milde respiratorische Diphtherie, Hautdiphtherie, sonstige Diphtherie) erfüllt UND mindestens eines der epidemiologischen Kriterien erfüllt.

Bestätigter Fall

Jede Person, die die Laborkriterien erfüllt UND mindestens einen der klinischen Befunde aufweist.

Glossar⁴³

aerogene Übertragung	Übertragung durch die Luft in Form von → Aerosolen
Aerosol	Ein durch Zerstäubung entstandenes Gemisch aus feinen Schwebeteilchen – hier Krankheitserreger – und der Luft, das über die Atemluft eine → aerogene Übertragung ermöglicht
Ansteckungsfähigkeit, Periode der	Infektiöse Periode; Zeitraum, in dem ein Krankheitserreger von einem infizierten Organismus auf natürliche Weise direkt oder indirekt auf ein anderes Lebewesen übertragen werden kann
Antibiogramm	Ergebnis der Untersuchung zur Bestimmung der Resistenz eines Bakterien- oder Pilzstamms gegen eine Anzahl festgelegter Chemotherapeutika. Die Grundlage der Methoden ist die Bestimmung der Minimalen Hemmkonzentration (MHK). Es wird festgestellt, ob ein Mikroorganismus sensibel (susceptible), intermediär (intermediate) oder resistent (resistant) gegenüber einer Substanz ist
Eradikationstherapie	Behandlung einer Krankheit durch vollständige Beseitigung ihrer auslösenden Ursache, im engeren Sinn durch die Beseitigung auslösender Krankheitserreger
Exposition	Kontakt; das unmittelbare „Ausgesetztsein“ gegenüber einem Krankheitserreger oder einer anderen Infektionsquelle
Indexperson, Indexfall	Der erste festgestellte Erkrankungsfall in einer Serie von Kontakterkrankungen
klinische Breakpoints	Grenzwerte der minimalen Hemmkonzentration (MHK) oder des Hemmhofdurchmessers bestimmter Bakterien-Spezies. Sie werden als Interpretationshilfe zur Bestimmung der Sensibilität von Mikroorganismen bei der Testung verschiedener Antibiotika verwendet
naso-/oropharyngeal	den Nasenrachen-/Mundrachenraum betreffend
Postexpositionsprophylaxe (PEP)	Schutzmaßnahme durch Impfung, Immunglobulingabe oder Verabreichung eines Medikaments bei Personen, die Kontakt zu einem Krankheitserreger hatten
Wundexsudat	Flüssigkeit (Wundflüssigkeit), die aus einer Wunde austritt und aus Wasser, Proteinen, Zelltrümmern und manchmal Bakterien besteht

⁴³ Begriffserklärungen basierend auf RKI (2015), Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie. und [Medizinwissen suchen, KnowHow teilen - DocCheck Flexikon](#)

Änderungen zur Vorversion

Version	Veröffentlichung	Änderungen zur Vorversion
V 1.0	11/2022	-
V 2.0	02/2023	sprachliche und redaktionelle Anpassungen; Überarbeitung des Kapitels „Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen“ sowie der PEP-Empfehlungen
V 3.0	2026	Überarbeitung der PEP-Empfehlungen und der Kapitel „Prävention“ sowie „Probennahme und Testverfahren“; Definition von Verdachts- und Erkrankungsfall; sprachliche und redaktionelle Anpassungen

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

post@sozialministerium.at

sozialministerium.at