

IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung: Zur Umsetzung der neuen Meldepflichten

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-026

Inhalte der Verordnung

Am 1. Mai 2016 tritt die „Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage“ (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung) in Kraft. Diese führt neue Meldepflichten für Ärzte und Labore ein und führt bereits bestehende Meldepflichten aus anderen Verordnungen zusammen. Folgende Meldepflichten sind enthalten:

Meldepflichten für Ärzte

- ▶ der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an zoonotischer Influenza
- ▶ die Erkrankung sowie der Tod an einer *Clostridium-difficile*-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf

Meldepflichten für Labore

- ▶ der direkte oder indirekte Nachweis von Chikungunyavirus, Denguevirus, West-Nil-Virus, Zikavirus und sonstigen Arboviren, soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist
- ▶ die direkten Nachweise folgender Krankheitserreger:
 - *Staphylococcus aureus*, Methicillin-resistente Stämme (MRSA); Meldepflicht für den Nachweis aus Blut oder Liquor
 - Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, mit Ausnahme der isolierten Nichtempfindlichkeit gegenüber Imipenem bei *Proteus* spp., *Morganella* spp., *Providencia* spp. und *Serratia marcescens*; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation
 - *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation

Gründe für die Anpassung der Meldepflichten

Ziel der Einführung der neuen Meldepflichten ist die Anpassung an die epidemiologische Situation, dabei gab es in den letzten Jahren folgende Entwicklungen: Zum einen erfordert die zunehmende Verbreitung von Carbapenem-resistenten Erregern und von *Clostridium-difficile*-Infektionen die Erhebung von bundesweiten Daten zur Häufigkeit dieser Erreger und Krankheiten. Durch die Meldung an das Gesundheitsamt können zudem Ausbrüche frühzeitig entdeckt und Kontrollmaßnahmen eingeleitet werden. Zum anderen wurden in den letzten Jahren Populationen von *Aedes albopictus* in Deutschland entdeckt und in den nächsten Jahren ist mit der Ansiedlung von größeren Populationen v.a. im Süden Deutschlands zu rechnen. Mit der Ansiedlung der Vektoren ist eine autochthone Übertragung von z.B. Denguevirus, Chikungunyavirus oder Zikavirus nicht mehr ausgeschlossen. Durch Einführung der Meldepflicht für Labore können sowohl importierte als auch autochthone Infektionen entdeckt und entsprechende Kontrollmaßnahmen (einschließlich Maßnahmen der Mückenbekämpfung) rechtzeitig eingeleitet werden.

Umsetzung im Meldewesen

Um die Melder über ihre neuen Pflichten zu informieren, wird das Robert Koch-Institut (RKI) dazu einen Artikel im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichen. Zusätzlich wurden die Ärzte über den *RKI-Newsletter* zu aktuellen Infektionsschutzthemen (www.rki.de/newsletter) über die neuen Meldepflichten informiert.

Begleitend zur Einführung der Meldepflicht müssen im Meldewesen entsprechende Anpassungen vorgenommen werden. Dazu zählen u. a. die Anpassung der Meldebögen, die Entwicklung von Falldefinitionen für die Übermittlung der gemeldeten Fälle an die zuständigen Landesbehörden und von dort an das RKI sowie die Aktualisierung der Übermittlungssoftware.

Die Falldefinitionen werden zum 1. Mai 2016 auf den Internetseiten des RKI veröffentlicht: www.rki.de/falldefinitionen. Es werden fünf neue Übermittlungskategorien eingeführt: Arbovirus-Erkrankung (sonstige Arboviren), Chikungunyavirus-Erkrankung, Zikavirus-Erkrankung, *Acinetobacter*-Infektion oder -Kolonisation und Enterobacteriaceae-Infektion oder -Kolonisation. Zudem werden die Falldefinitionen für schwer verlaufende *Clostridium-difficile*-Erkrankungen angepasst. Die Falldefinitionen für MRSA und zoonotische Influenza wurden zuletzt inhaltlich für die Ausgabe 2015 der Falldefinitionen überarbeitet, dort werden nur die Angaben im Abschnitt zur Meldepflicht aktualisiert.

Da die Falldefinitionen seit der Version 2015 als Loseblattsammlung erscheinen, werden die neuen Falldefinitionen vom RKI als pdf-Dokument zur Verfügung gestellt. Diese können bei Bedarf von den Nutzern selbst ausgedruckt und in den Falldefinitionsordner eingeklebt werden.

Arbovirus-Erkrankung (sonstige Arboviren)

Die Kategorie der Arboviren ist durch den Übertragungsweg definiert und umfasst alle durch Gliederfüßer (Arthropoden), z. B. Zecken oder Mücken, auf den Menschen übertragenen Viren. In dieser Kategorie werden Viren aus verschiedenen Virusfamilien zusammengefasst, sodass Pathogenität sowie Krankheitsbild und -schwere sich sehr stark unterscheiden können.

Bisher gibt es eigene Übermittlungskategorien für die Arbovirus-Erkrankungen Denguefieber und FSME; in der Kategorie Virale hämorrhagische Fieber (VHF) werden Fälle von Arboviren übermittelt, bei denen hämorrhagische Verläufe auftreten können. Dazu zählen unter anderen Krim-Kongo-Fieber, Omsk-Fieber, Riftal-Fieber und Kyasanur-Wald-Krankheit.

In Zukunft sollen alle Arbovirus-Erkrankungen, für die es eine eigene Kategorie gibt, in der entsprechenden Kategorie übermittelt werden. Nur diejenigen Arbovirus-Erkrankungen

kungen, die keine eigene Kategorie haben, werden in der erregerübergreifenden Kategorie Arbovirus-Erkrankung (sonstige Arboviren) erfasst und übermittelt. Dort ist eine Erregerliste mit den relevanten Arboviren hinterlegt. Da diese Kategorie sehr heterogen ist, ist eine Auswahl an klinischen Kriterien hinterlegt, die typischerweise bei den bisher bekannten Arbovirus-Erkrankungen vorkommen.

Chikungunyavirus-Erkrankung

Chikungunyavirus-Erkrankungen wurden zuvor in der Kategorie VHF erfasst. Sie zählen neben Denguefieber zu den häufigsten nach Deutschland importierten Arbovirus-Erkrankungen und werden deshalb ab 1. Mai 2016 in einer eigenen Kategorie erfasst.

Zikavirus-Erkrankung oder -Kolonisation

Bei Zikavirus-Erkrankungen soll zusätzlich erfasst werden, ob eine konnatale Zikavirus-Infektion vorliegt. Wie bei anderen Kategorien (z. B. Listeriose, Röteln) sollen Mütter, die ein Kind mit einer konnatalen Zikavirus-Erkrankung geboren haben, auch dann als eigener Fall erfasst und übermittelt werden, wenn sie selbst nicht symptomatisch waren. Ebenso soll erfasst und übermittelt werden, ob ein Guillain-Barré-Syndrom infolge der Infektion aufgetreten ist, falls diese Information dem Meldenden oder dem Gesundheitsamt vorliegt.

Acinetobacter-Infektion oder -Kolonisation

Diese Übermittlungskategorie umfasst alle zum *Acinetobacter-baumannii*-Komplex gehörigen Spezies, z. B. *A. baumannii*, *A. pittii*, *A. nosocomialis*, mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante. Es müssen sowohl Infektionen als auch Kolonisationen gemeldet und übermittelt werden. Dabei werden die Infektionen, die ärztlich diagnostiziert werden, in der Falldefinitions-kategorie C erfasst, während Kolonisationen in die Falldefinitions-kategorie D fallen.

Enterobacteriaceae-Infektion oder -Kolonisation

Bei den Enterobacteriaceae-Infektionen, für die es eigene Übermittlungskategorien gibt, z. B. Salmonellose, *E. coli*-Enteritis, EHEC (Enterohämorrhagische *Escherichia coli*), HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom), Shigellose, Yersiniose, wird ab dem 1. Mai 2016 dort die Carbapenem-Nichtempfindlichkeit erfasst. Alle Enterobacteriaceae ohne eigene Übermittlungskategorie werden in der Sammelkategorie Enterobacteriaceae-Infektion erfasst, in der auch eine entsprechende Erregerliste hinterlegt ist. Wie bei den *Acinetobacter*-Infektionen sind auch hier sowohl Infektionen als auch Kolonisationen zu melden und zu übermitteln.

Clostridium-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform

Für schwer verlaufende *Clostridium-difficile*-Infektionen wurden Meldekriterien definiert, die den Meldeaufwand für die Melder reduzieren sollen. Ein klinisch schwerer Verlauf liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

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

Eine ambulant erworbene Erkrankung liegt dann vor, wenn die Symptomatik vor oder am Tag der stationären Aufnahme oder dem darauffolgenden Tag beginnt und kein Aufenthalt in einer medizinischen Einrichtung innerhalb der 12 Wochen vor Symptombeginn stattgefunden hat.

Ausblick

Die Erfahrungen mit der Einführung der neuen Version 2015 der Falldefinitionen zeigen, dass die Umsetzung der neuen Falldefinitionen einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Durch die kurzen Fristen wird sich die technische Umsetzung in SurvNet@RKI und in der Folge auch bei den anderen kommerziellen Software-Produkten verzögern.

Zu den neuen Meldepflichten und Falldefinitionen werden bei ihrer Anwendung in der Praxis Fragen bei Meldern und im Öffentlichen Gesundheitsdienst auftreten. Das RKI plant Antworten auf häufig gestellte Fragen zu den neuen Meldepflichten und ihrer Implementierung auf seiner Webseite zu veröffentlichen.

Beitrag aus dem Fachgebiet Surveillance der Abteilung für Infektions-epidemiologie des RKI. Ansprechpartnerin ist Michaela Diercke (E-Mail: DierckeM@rki.de).