

Infektionskrankheiten: Meldeverhalten in NRW

Die erste Auswertung der übermittelten Daten lässt erkennen, dass die behandelnden Ärzte in Krankenhaus und Praxis ihrer Meldepflicht sehr oft nicht nachkommen.

von Ulrich van Treeck und Matthias Schröter*

Die Erfassung meldepflichtiger Infektionskrankheiten stellt eine wichtige Basis zur Implementierung von Präventionsstrategien gegen diese Erkrankungen dar.

Die Vollzähligkeit (Sensitivität) der Erfassung der Daten ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal des Surveillance-Systems und hat Auswirkungen auf die Interpretationsfähigkeit der generierten Daten und deren Eignung für die Prävention. Deshalb bedürfen sie einer regelmäßigen Evaluation und Qualitätskontrolle.

Quantitative Auswertungen der Meldeprozesse liegen unseres Wissens praktisch nicht vor. Da seit Ende 2003 die Meldegruppe („Ärzte“, „Labore“, „Gemeinschaftseinrichtungen“ u.a.) elektronisch übermittelt werden kann, hat das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) im Rahmen der Qualitätsüberwachung erstmals alle von den Gesundheitsämtern 2004 übermittelten Fälle (n = 47.059) hinsichtlich der Angaben zur Meldegruppe analysiert und ausgewertet. Hierdurch können erste Erkenntnisse über die Herkunft der Meldungen bei den jeweiligen Infektionskrankheiten und das Meldeverhalten der zur Meldung verpflichteten Personen und Einrichtungen gewonnen werden.

Herkunft der Meldungen und übermittelten Fälle

Bei einer Analyse der Gesamtmeldeinzidenzen aller Stadt- und Landkreise sowie der kreisfreien

Städte in NRW für das Jahr 2004 fällt die große Variabilität zwischen 144 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner in Mönchengladbach und über 400 Erkrankungen im Kreis Coesfeld, in Hamm und in Leverkusen auf (Abbildung 1). Im Vergleich der Bundesländer gehörte NRW mit etwa 247 an das Robert Koch-Institut übermittelten Erkrankungsfällen zu den Bundesländern mit der geringsten Gesamtinzidenz

meldepflichtiger Infektionskrankheiten. Der Bundesdurchschnitt lag um über 20 Prozent höher.

Über einen Verlauf von mehreren Jahren betrachtet, weisen regelmäßig überwiegend dieselben Kreise und Städte höhere bzw. niedrigere Gesamtinzidenzen auf. Die beobachteten regionalen Unterschiede dürften daher nicht nur auf das tatsächliche Infektionsgeschehen wie zum Beispiel größere regional und zeit-

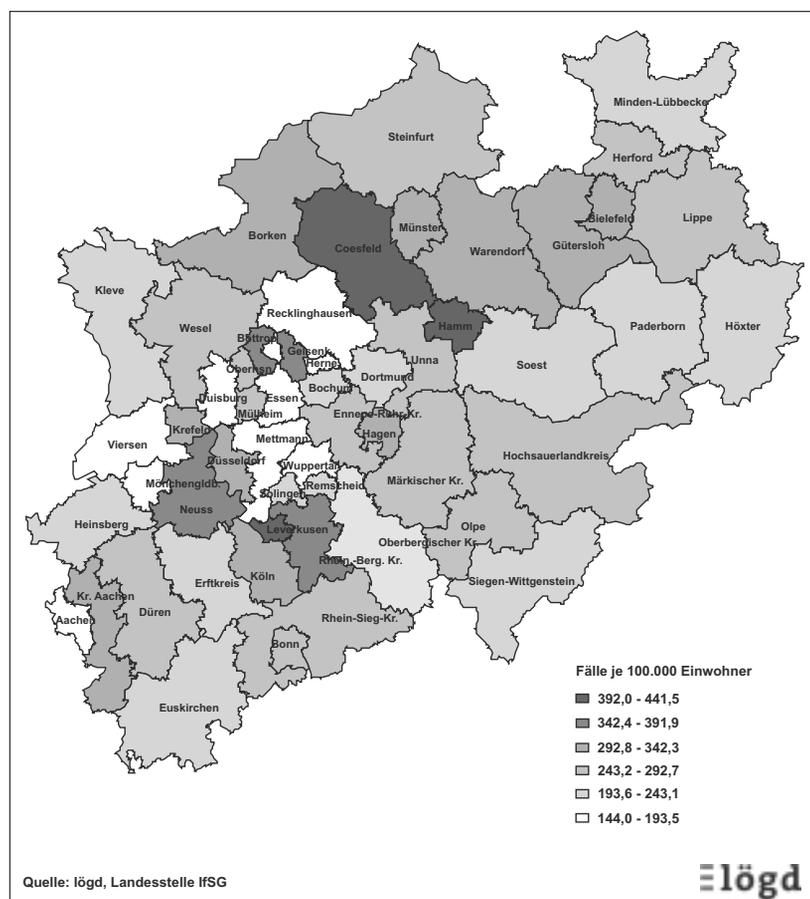


Abb. 1: Gesamtmeldeinzidenzen der übermittelten Infektionskrankheiten nach § 11 IfSG, NRW 2004

* Dr. rer. nat. Ulrich van Treeck und Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Schröter, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), Münster

lich begrenzte Ausbrüche zurückzuführen sein. Auch eine unterschiedliche Verbreitung von Risikoverhaltensweisen dürfte nur bei speziellen Krankheiten (z.B. Hepatitis B und C in den Ballungszentren) eine Rolle spielen. Mögliche weitere Einflussgrößen sind in unterschiedlichem Meldeverhalten der verschiedenen zur Meldung verpflichteten Personen und Einrichtungen zu suchen.

Dualer Meldeweg

Es besteht eine getrennte Meldepflicht für behandelnde Ärzte in Krankenhäusern bzw. Praxen und für Laboratorien (dualer Meldeweg). Nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) melden behandelnde Ärzte in Krankenhäusern bzw. Praxen, Pathologen und Personen anderer Heilberufe (zur Meldegruppe „Ärzte“ zusammengefasst) an die Gesundheitsämter.

Vom Robert-Koch-Institut (RKI) wurde ein neues Meldeformular (Arztmeldebogen) für meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG als Mustervorschlag veröffentlicht, welches ab sofort von den Ärzten genutzt werden kann (siehe auch Amtliche Bekanntmachungen, Seite 59).

Nach § 7 IfSG melden im Wesentlichen die Laborärzte (Meldegruppe „Labore“). Weitere Meldungen kommen von den Leitern von Pflegeeinrichtungen, Justizvoll-

zugsanstalten und anderen (Meldegruppe „Gemeinschaftseinrichtungen“). Hinzu kommen noch Fälle, die durch aktive Fallfindung seitens der Gesundheitsämter selbst generiert werden (Meldegruppe „eigene Ermittlungen“).

Beim Vergleich der Häufigkeit von Meldungen zwischen den oben genannten Arztgruppen und Laboren ist zu berücksichtigen, dass sich die namentliche Meldepflicht der behandelnden Ärzte in Krankenhäusern bzw. Praxen im Wesentlichen auf 15 Krankheiten erstreckt (siehe Meldeformular Seite 59 und Abbildung 3, Seite 19), während der Katalog meldepflichtiger Erregernachweise durch Labore 47 Erregergruppen umfasst.

Bei 36.155 (76,8 Prozent) aller 2004 übermittelten Fälle (n = 47.059) wurde angegeben, von wem die Erkrankung bzw. der Erregernachweis gemeldet wurde. Dabei machten Meldungen von Laboratorien mit 80,8 Prozent den mit Abstand größten Anteil aus; Meldungen von behandelnden Ärzten in Krankenhäusern bzw. Praxen hingegen machten nur knapp 9 Prozent aller Meldungen aus (siehe Abbildung 2).

Zur Gruppe „andere/sonstige“ liegen keine näheren Informationen über die Herkunft der Meldungen vor. Da diese Gruppe vor allem bei Norovirus- und Rotavirus-Infektionen angegeben wurde, die häufig

mit Ausbrüchen assoziiert sind, dürften sie aus Einrichtungen stammen, die im § 8 IfSG bei den Meldegruppen nicht im Einzelnen erwähnt sind (zum Beispiel Schulen und Kindergärten).

Arztmeldepflicht

Ein sehr aussagekräftiger Vergleich ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Meldungen von Ärzten und Laboratorien bei den 15 Krankheiten, die sowohl für den behandelnden Arzt als auch für das diagnostizierende Labor meldepflichtig sind. Dazu gehören auch die Krankheiten, für die kein Labornachweis erforderlich ist und die daher ohne Arztmeldung nicht erfasst werden, wenn sie nicht labordiagnostisch bestätigt werden (HUS, Hepatitis Non A – E, Masern, Tuberkulose, Poliomyelitis und CJK). Eine Übersicht über diese Erkrankungen, die 2004 in NRW gemeldet wurden, gibt Abbildung 3, Seite 19.

Der Anteil der Arztmeldungen ist hier den Angaben der Gesundheitsämter zufolge zwar deutlich größer als bei Betrachtung aller gemeldeten Krankheiten und Erregernachweise. Dennoch werden auch von diesen Erkrankungen dreimal so viele Fälle von Laboratorien wie von Ärzten gemeldet.

Einzig bei der Tuberkulose wurde die Meldegruppe „Ärzte“ häufiger angegeben als die Gruppe „Labore“ (729 zu 644) (Abbildung 3). Bei CJK wurde ausschließlich die Meldegruppe „Ärzte“ genannt (n=13). Bei den Hepatitisfällen war der Anteil der Arztmeldungen hingegen deutlich zu gering. Lediglich bei Hepatitis D wurde etwa die Hälfte der Fälle sowohl vom Labor als auch vom Arzt gemeldet. Auch bei Typhus, Paratyphus und HUS ist die Meldebereitschaft der Ärzte offenbar nur gering ausgeprägt. Bei diesen Krankheiten kann aus den Angaben geschlossen werden, dass Ärzte häufig dann nicht melden, wenn Laboruntersuchungen veranlasst werden.

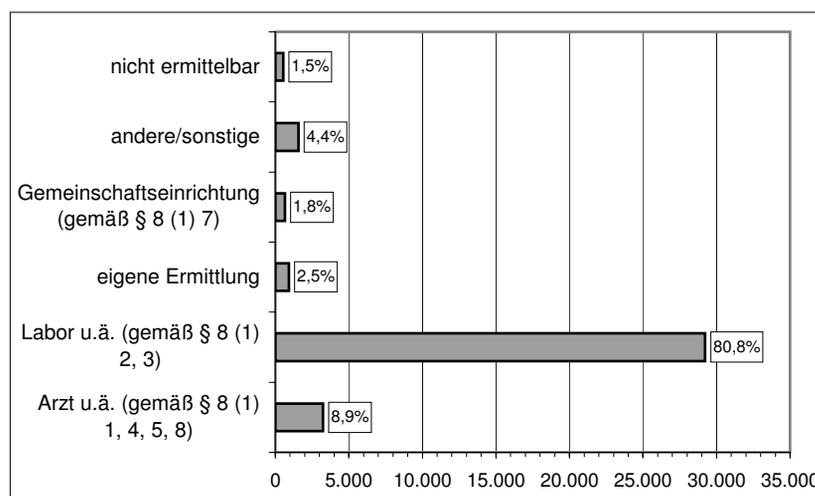


Abb. 2: Verteilung der Meldungen auf die Meldegruppen.

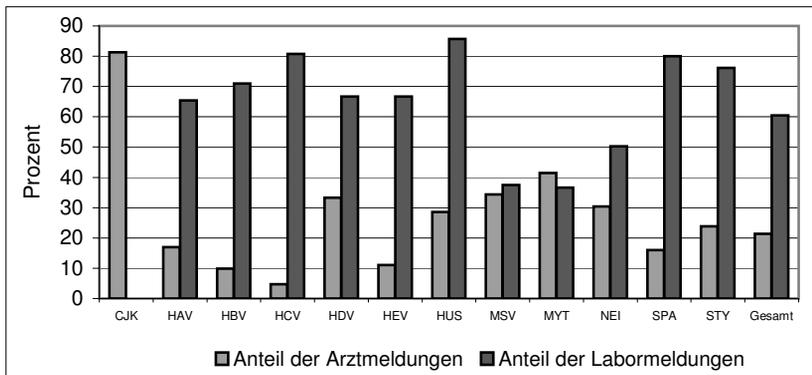


Abb. 3: Anteil der Arzt- und Labormeldungen an den übermittelten Fällen bei nach § 6 IfSG zu meldenden Krankheiten (bezogen auf die Summe der Fälle, nicht auf die Summe der Meldungen); Abkürzungen: CJK = Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, HAV – HEV = Hepatitis A bis E, HUS = hämolytisch-urämisches Syndrom, MSV = Masern, MYT = Tuberkulose, NEI = Meningokokkenkrankung, SPA und STY = Paratyphus und Typhus.

Fazit

Die erste Auswertung der übermittelten Daten lässt erkennen, dass vor allem die behandelnden Ärzte in Krankenhaus und Praxis ihrer Meldepflicht sehr oft nicht nachkommen.

Es muss allerdings einschränkend bedacht werden, dass auch die bei den Gesundheitsämtern erfassten Angaben derzeit noch unvollständig sind.

Zwischen den einzelnen zu meldenden Krankheiten gibt es deutliche Unterschiede in der Erfassung. Der bereits erwähnte duale Melde-

weg, der für die meisten der meldepflichtigen Infektionskrankheiten gilt, erhöht zwar die Wahrscheinlichkeit, dass der Fall zumindest auf einem der Wege gemeldet wird. Hierauf dürfen sich aber weder die praktizierenden Ärzte noch die Laboratorien verlassen.

Weitere Faktoren, die die Gesamtinzidenz der Meldungen beeinflussen, sind die Vollständigkeit der Meldungen, die Qualität der aktiven Fallsuche der Gesundheitsämter und die korrekte Anwendung der Falldefinitionen. Von größerer Bedeutung ist wohl auch die Vermeidung von Laboruntersuchungen

aus Kostengründen, aber auch, weil nicht die Notwendigkeit zur labor-diagnostischen Abklärung der Erkrankung gesehen wird (Beispiel: Lebensmittelinfektionen und infektiöse Gastroenteritiden).

Ein zunehmendes Problem dürfte auftreten, wenn insbesondere die anspruchsvolle Erregerdiagnostik von immer weniger Laboratorien gemäß den Kriterien der Falldefinitionen des RKI durchgeführt wird. Für Privatlabore dürfte sich die Vorgehaltung teurer, aufwendiger Testverfahren zur Diagnostik weniger Fälle pro Jahr kaum lohnen. Die Folge wären vermehrt nicht an die Gesundheitsämter gemeldete Erregernachweise oder Labormeldungen, die von Gesundheitsämtern nicht an die Landes- und Bundesbehörden weitergegeben werden können, weil sie die Falldefinitionen nicht erfüllen.

Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken sollte langfristig die Meldebereitschaft der behandelnden Ärzte in Krankenhaus und Praxis gesteigert werden (*Hinweis: das neue Meldeformular vereinfacht das Meldeverfahren – siehe auch Seite 60*). Darüber hinaus muss eine zuverlässige und vollständige Diagnostik der meldepflichtigen Erreger dauerhaft gewährleistet bleiben.

Damit kleine Kinderseelen wieder lachen lernen.

Die KinderschutzAmbulanz am Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf betreut und therapiert seelisch und körperlich misshandelte Kinder.

Ihre Spende hilft, damit diese Kinder wieder unbeschwert lachen können.



Spendenkonto-Nr. 43 000 900
 Stadtparkasse Düsseldorf
 BLZ 300 501 10
 Kennwort: KinderschutzAmbulanz

www.kinderschutzambulanz.de



Die KinderschutzAmbulanz
 Wir helfen misshandelten Kindern.