



Epidemiologisches Bulletin

6. Dezember 2018 / Nr. 49

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017 neu erschienen

Das Infektionsepidemiologische Jahrbuch 2017 ist erschienen und kann online auf der Homepage des Robert Koch-Instituts (RKI) unter www.rki.de/jahrbuch aufgerufen werden. Daten zu den mitten im Jahr 2016 mit der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung eingeführten Meldepflichten liegen für 2017 erstmals für das gesamte Kalenderjahr vor und werden daher im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch 2017 in neuen Kapiteln präsentiert. Dazu zählen u. a. Infektionen bzw. Kolonisationen mit *Acinetobacter* spp. und Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit sowie Arbovirus-Erkrankungen.

Leider standen aufgrund des Umbaus der Datenbank und der Automatisierung von Bewertungsprozessen zum Redaktionsschluss am 1. März 2018 keine Daten zu HIV-Infektionen zur Verfügung, sodass diese nicht in der Druckausgabe veröffentlicht werden konnten.

Im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch wird nicht nur die epidemiologische Situation der verschiedenen meldepflichtigen Krankheiten dargestellt, sondern es werden in den Eingangskapiteln krankheitsübergreifend Indikatoren ausgewertet, die Hinweis darauf geben, wie gut das Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) umgesetzt wird (vgl. Kapitel 3). Dazu zählen u. a. die Vollständigkeit der Angaben bei einzelnen erfassten Variablen und die Zeitnähe der Erfassung. Die regelmäßige Evaluation des Meldesystems ist wichtig, um die Daten besser interpretieren zu können und das System kontinuierlich zu verbessern.¹

Vollständigkeit

Die Vollständigkeit der Daten im Meldesystem gibt wichtige Hinweise auf die Datenqualität. Im Meldesystem werden verschiedene Angaben zu den Einzelfallmeldungen erhoben, die die Gesundheitsämter in die Lage versetzen sollen, weitere Ermittlungen bei den betroffenen Personen durchzuführen und die nötigen Infektionsschutzmaßnahmen anzuordnen. Die gemeldeten und von den Gesundheitsämtern ermittelten Informationen werden in eine Melde- und Übermittlungssoftware eingegeben und in pseudonymisierter Form an die zuständigen Landesbehörden und von dort an das RKI übermittelt. Die übermittelten Angaben werden epidemiologisch ausgewertet und durch das RKI veröffentlicht. Dabei werden einige Informationen für alle Einzelfälle erhoben, wie z. B. Alter, Geschlecht, Hospitalisierung, Tod und Zugehörigkeit der einzelnen Fälle zu Ausbrüchen. Andere Informationen, wie Symptome, Impfstatus, Labormaterial und -methode, werden entsprechend den Erregereigenschaften und der Falldefinitionskategorie nur für einen Teil der Fälle angegeben.

Die Vollständigkeit der Datensätze hängt auch davon ab, wie vollständig die Angaben auf den Meldebögen durch die Ärzte und Labore sind und inwieweit die notwendigen Informationen den Gesundheitsämtern bei der Ermittlung zur Verfügung gestellt werden. So sind die Angaben zu Alter und Geschlecht bei nahezu 100 % der Fälle vorhanden. Auch die Angaben, die zur Erfüllung der Falldefinition erforderlich sind, wie die Verfügbarkeit von klinischen Informationen und Laborangaben, sind bei über 98 % vollständig. Angaben, die teilweise von den Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern ermittelt werden müssen, z. B. zur

Diese Woche 49/2018

[Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017 neu erschienen](#)

[Bitte um Einsendung von Clostridium-difficile-Proben](#)

[Cluster von reiseassoziiertes Legionellose auf Mallorca](#)

[Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen September 2018](#)

[Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 46. Woche 2018](#)

[Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 48. KW 2018](#)



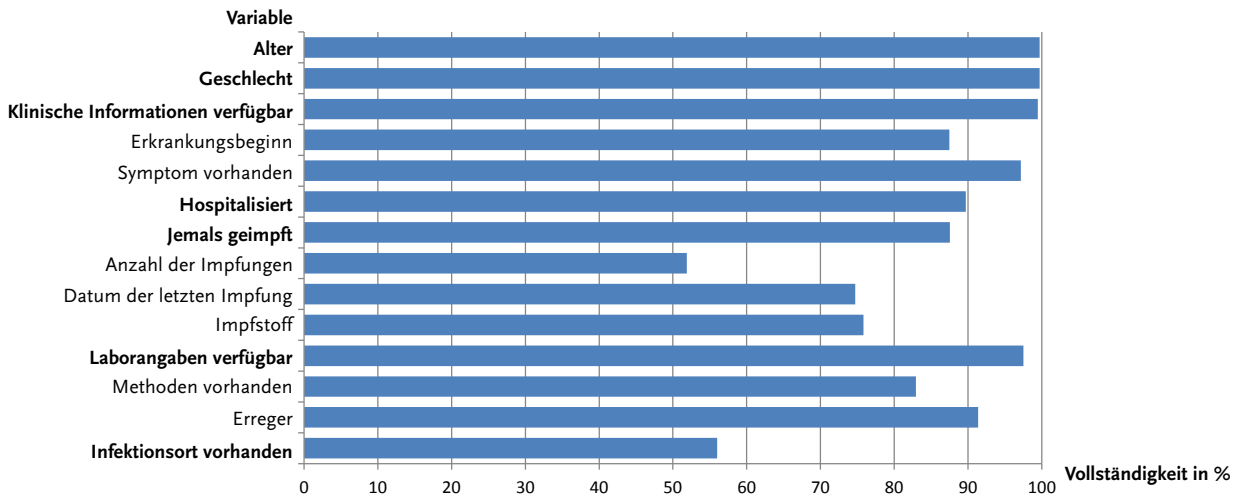


Abb. 1: Vollständigkeit der übermittelten Angaben zu ausgewählten Variablen, Deutschland, 2017

Bewertung des Impfstatus oder Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsort, liegen dagegen nur in 88 % bzw. 56 % der Fälle vor. Auch bei den Übermittlungskategorien, bei denen lediglich der Erregernachweis durch das diagnostizierende Labor meldepflichtig ist und alle zusätzlichen klinischen und epidemiologischen Informationen durch die Gesundheitsämter ermittelt werden müssen, z. B. invasive MRSA-Infektionen, werden ähnlich hohe Vollständigkeiten erreicht (s. Abb. 1).²

Zeitnähe

Wie zeitnah die Meldedaten zur Verfügung stehen, hat entscheidenden Einfluss auf ihren Nutzen für den Infektionsschutz, da sich gerade die epidemiologische Situation von Infektionskrankheiten kurzfristig ändern kann und frühzeitige Interventionen notwendig werden können. Nicht nur die Gesundheitsämter, sondern auch die zuständigen Landesbehörden und das RKI sind auf frühzeitige Informationen zur epidemiologischen Lage angewiesen, denn vielfach haben z. B. Krankheitsausbrüche Auswirkungen über die Grenzen von Bundesländern und Staaten hinaus. Zum Teil können Ausbrüche erst durch die bundesweite Zusammenführung von Meldedaten erkannt werden, weil sich die einzelnen Fälle über mehrere Kreise so verteilen, dass dort diese Häufung gar nicht wahrgenommen werden kann.

Die Meldungen durch Ärzte oder Labore müssen innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem Gesundheitsamt vorliegen. Die gemeldeten Erkrankungen und Erregernachweise, die die Falldefinition erfüllen, müssen vom Gesundheitsamt spätestens am folgenden Arbeitstag an die zuständige Landesbehörde sowie von dort

spätestens am folgenden Arbeitstag an das RKI übermittelt werden. Diese Fristen wurden im Jahr 2013 durch das „Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV-Durchführungsgesetz)“ angepasst und haben zu einer deutlichen Verbesserung der Zeitnähe geführt.³

Verzug auf dem Melde- und Übermittlungsweg

Die erste Verzögerung betrifft die Zeitspanne vom Erkrankungsdatum (Erkrankungsbeginn) bis zum Diagnose datum. Sie hängt von Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung, vom Verhalten des Erkrankten und von der Art der Diagnosestellung ab und lässt sich demgemäß nur schwer beeinflussen. Vom Beginn der Erkrankung bis zum Diagnosedatum betrug die Verzögerung im Jahr 2017 im Median 4 Tage. Bei den mittleren 50 % der Fälle, also jenen zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil, vergingen zwischen Erkrankungsbeginn und Diagnosestellung 2–7 Tage.

Der Verzug auf dem Meldeweg, definiert als Zeitraum zwischen Diagnosedatum und Meldedatum, sollte gemäß § 9 Abs. 3 IfSG 24 Stunden nicht überschreiten. Der Median lag wie auch im Vorjahr bei 1 Tag (25. bis 75. Perzentil 0–3 Tage). Weitere Verzögerungen können durch die Bearbeitung im Gesundheitsamt (Zeitraum zwischen Meldedatum und Falleingabedatum im Gesundheitsamt) verursacht werden. Im Median belief sich der Verzug auf 0 Tage (25. bis 75. Perzentil 0–1 Tag). Der Verzug auf dem Übermittlungsweg (Zeitraum zwischen dem Falleingabedatum und Eingangsdatum am RKI) betrug im Median 1 Tag (25. bis 75. Perzentil 0–1 Tag).

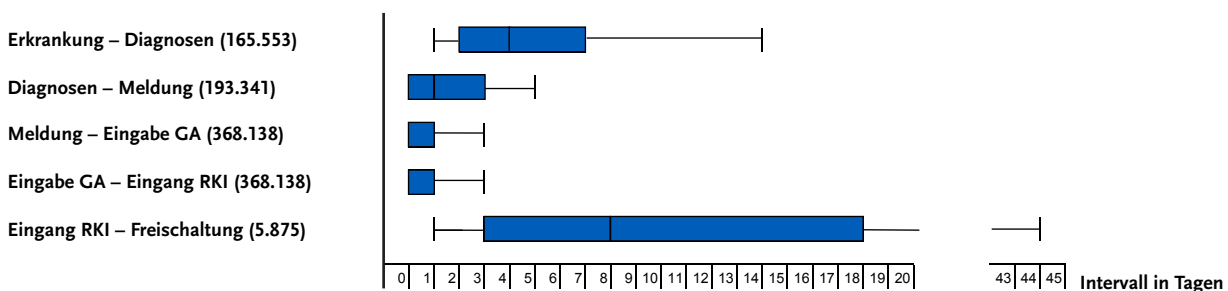


Abb. 2: Melde- und Übermittlungsverzug der namentlich meldepflichtigen Krankheiten und Erregernachweise, Deutschland, 2017 (Anzahl der ausgewerteten Fälle in Klammern)

Eine weitere Verzögerung kann sich durch die Datenaufbereitung und Qualitätskontrolle, die der bundesweiten wöchentlichen Veröffentlichung der Daten vorangeht, ergeben (Zeitraum zwischen Eingangsdatum am RKI und Freischaltungsdatum). Fälle, die einer Einzelfallkontrolle unterliegen, werden mit größerem Verzug veröffentlicht. Der Median lag bei 8 Tagen (25. bis 75. Perzentil 3–18 Tage). Der Verzug der Freischaltung kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Dazu zählen z. B. die Dauer der initialen Qualitätsprüfung am RKI, die Komplexität einzelner Fälle, die aufgrund der Qualitätskontrolle zunächst zurückgehalten werden und erst nach Korrektur durch das zuständige Gesundheitsamt zur Veröffentlichung freigegeben werden, sowie technische Schwierigkeiten auf der Ebene der Gesundheitsämter, die dazu führen können, dass die geforderten Korrekturen in Einzelfällen mehrere Wochen dauern (s. Abb. 2, S. 536).

Literatur

1. Krause G: From evaluation to continuous quality assurance of surveillance systems. *Euro Surveill* 2006 Nov;11(11):3–4. doi: 10.2807/esm.11.11.00657-en
2. Schönfeld V, Diercke M, Gilsdorf A, Eckmanns T, Walter J: Evaluation of the statutory surveillance system for invasive MRSA infections in Germany, 2016-2017. *BMC Public Health* 2018 Aug 24;18(1):1063. doi: 10.1186/s12889-018-5971-y
3. Schumacher J, Diercke M, Salmon M, Czogiel I, Schumacher D, Claus H, Gilsdorf A: Timeliness in the German surveillance system for infectious diseases: Amendment of the infection protection act in 2013 decreased local reporting time to 1 day. *PLoS One* 2017; 12(10): e0187037. Published online 2017 Oct 31. doi: 10.1371/journal.pone.0187037

■ Michaela Diercke
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie |
Team Meldewesen (Teamleiter/-in) | FG 32 Surveillance
Korrespondenz: DierckeM@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Diercke M: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017 neu erschienen.
Epid Bull 2018;49:535–537 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-058.1