

INFEKTOLOGIE

Neue Meldepflichten beachten

Die im Mai in Kraft getretene IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung berücksichtigt unter anderem die zunehmende Verbreitung von Carbapenem-resistenten Erregern und vektorübertragenden Arboviren.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) legt fest, welche Krankheiten bei Krankheitsverdacht, Erkrankung oder Tod (§ 6 „Arztmeldepflicht“) und welche Nachweise von Krankheitserregern (§ 7 „Labormeldepflicht“) meldepflichtig sind. Ändert sich die epidemiologische Situation, kann es erforderlich sein, den Katalog der Meldepflichten durch Gesetzesänderungen oder Verordnungen anzupassen. Daher trat am 1. Mai die „Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage“ (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung) in Kraft. Diese führt neue Meldepflichten ein und fügt bereits bestehende Meldepflichten aus anderen Verordnungen zusammen.

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:

- *Direkter oder indirekter Nachweis* von Chikungunyavirus, Denguevirus, West-Nil-Virus, Zika-virus und sonstigen Arboviren, soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist.
- *Direkter Nachweis* von: *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*; Mel-

depflicht bei Infektion oder Kolonisation.

Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation

Meldewege

Bei der Umsetzung der neuen Meldepflichten wird auf die etablierten Meldewege zurückgegriffen. Die Meldung erfolgt namentlich an das zuständige Gesundheitsamt. Die Meldung der Erkrankung (Arztmeldung) erfolgt direkt an das Gesundheitsamt des Aufenthaltsortes des Patienten. Hält sich der Patient zum Beispiel aufgrund eines Krankenhausaufenthalts nicht am Wohnort auf, informiert das Gesundheitsamt des Aufenthaltsortes das Gesundheitsamt des Hauptwohnsitzes des Patienten.

Die Meldung des Erregernachweises (Labormeldung) wird an das für den einsendenden Arzt zuständige Gesundheitsamt gesandt. Dieses informiert das Gesundheitsamt des Hauptwohnsitzes des Patienten. Die Meldung muss dem Gesundheitsamt innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis vorliegen. Für die Meldung stellen die zuständigen Behörden und das RKI Meldebögen zur Verfügung (1). Nach Eingang der Meldung stellt das Gesundheitsamt die erforderlichen Ermittlungen an und veranlasst die notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen.

Hinweise zu Meldepflichten

Zoonotische Influenza: Seit Inkrafttreten der Aviären-Influenza-Meldepflicht-Verordnung im Jahr 2007 war der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod eines Menschen an aviärer Influenza

durch den feststellenden Arzt meldepflichtig. Da aber nicht nur aviäre Influenzaviren pandemisches Potenzial besitzen, sondern auch Influenza-A-Viren, die in Säugetieren (z. B. Schweinen) zirkulieren, wurde mit der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung die Meldepflicht für die aviäre Influenza auf die zoonotische Influenza ausgedehnt. Damit wurde die nationale Meldepflicht für durch nichthumane Influenzaviren verursachte Erkrankungen an die bereits bestehenden internationalen Meldepflichten angepasst.

Auf seinen Internetseiten gibt das RKI Hinweise für Ärzte (2), wann die Meldung des Krankheitsverdachts nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang (z. B. eine Exposition gegenüber infizierten Tieren oder den Aufenthalt in Risikogebieten) begründet ist. Ärzte in Deutschland sind meldepflichtig, damit im Verdachtsfall rasch eine Umgebungsuntersuchung und eine labordiagnostische Abklärung eingeleitet werden kann. Ärzte sollten sich der Möglichkeit von sporadischen Infektionen mit nichthumane Influenzaviren bewusst sein und insbesondere bei Häufungen von Atemwegserkrankungen bei z. B. beruflich exponierten Personen und bei Auftreten außerhalb der regional üblichen Influenzasaison diese explizit befragen.

***Clostridium-difficile*-Infektionen (CDI), schwere Verlaufsformen:** Bisher wurden *Clostridium-difficile*-Infektionen gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG erfasst. Mit Einführung der Meldepflicht-Anpassungsverordnung wurde diese Meldepflicht jetzt explizit geregelt. Um

den Aufwand für die meldepflichtigen Ärzte möglichst gering zu halten, sind nur schwerverlaufende *Clostridium-difficile*-Infektionen zu melden. Dazu wurden Meldekriterien definiert:

- der Erkrankte zur Behandlung einer ambulant erworbenen *Clostridium-difficile*-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wird*, der Erkrankte zur Behandlung oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wird,
- ein chirurgischer Eingriff (z. B. Kolektomie wegen Megakolon, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis) erfolgt oder
- der Erkrankte innerhalb von 30 Tagen nach CDI-Diagnose stirbt und die Infektion als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wird.

Diese Kriterien wurden an die derzeit gültige Definition für schwere CDI des European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) (3) angepasst und unterscheiden sich deshalb teilweise von den bis April gültigen Kriterien für einen klinisch schweren Verlauf.

In die IfSG-Meldeanpassungsverordnung wurde zusätzlich das Kriterium „Aufnahme in eine medizinische Einrichtung zur Behandlung einer ambulant erworbenen CDI“ aufgenommen. Bei den meldenden Ärzten sollte ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass die ambulant erworbene CDI tatsächlich der Aufnahmegrund für die Behandlung in einer medizinischen Einrichtung und damit ein Zeichen für die Schwere der Infektion ist.

Die bisherige Kriterium „Notwendigkeit einer Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion“ und „Nachweis von *C. difficile* des PCR-Ribotyps 027“ wurde gestrichen. Es war 2007 unter dem Eindruck eines sich rapide ausbreitenden, hochvirulenten Stammes aufgenommen worden. Es zeigte sich jedoch, dass es einerseits leich-

te Verläufe einer CDI durch Ribotyp 027 gibt und andererseits auch schwere Verläufe bei Infektionen durch andere Ribotypen auftreten. Die Durchführung einer Feintypisierung (z. B. Ribotypisierung) von *C.-difficile*-Isolaten bei schweren Verläufen und nosokomialen Ausbrüchen wird jedoch nach wie vor für sinnvoll gehalten.

Arboviren: Die Kategorie der Arboviren ist durch den Übertragungsweg definiert und umfasst alle durch Gliederfüßer (Arthropoden wie Mücken oder Zecken) auf den Menschen übertragenen Viren. In dieser Kategorie werden Viren aus verschiedenen Virusfamilien zusammengefasst. Das Spektrum an Pathogenität, Krankheitsbild und -schwere ist breit. Um die Diagnose zu sichern, ist es erforderlich, eine entsprechende Labordiagnostik zu veranlassen. Zur Abklärung des Verdachts auf eine meldepflichtige Infektionskrankheit kann der Arzt die EBM-Ausnahmekennziffer 32006 auf dem Laboranforderungsschein angeben, so dass sein Budget nicht belastet wird.

Die Meldepflicht schließt mit Blick auf die Globalisierung von Reisen und Handel relevante Lücken zwischen den bislang einzeln schon meldepflichtigen Arboviren FSME, Gelbfieberevirus und weiteren arboviralen Erregern hämorrhagischer Fieber (zum Beispiel Denguevirus).

In den letzten Jahren wurden Populationen von *Aedes albopictus* in Deutschland entdeckt und es besteht die Gefahr der Ansiedlung von größeren Populationen dieser potenziellen Vektoren für Denguevirus, Chikungunyavirus oder Zikavirus im Süden Deutschlands. Damit ist eine autochthone Übertragung nicht mehr ausgeschlossen.

Auch in der Zukunft ist damit zu rechnen, dass bislang wenig beachtete exotische Arboviren ihr Vorkommen stark verändern und somit eine Gefahr für Deutschland darstellen. Die Arboviren-Meldepflicht für Labore leistet einen Beitrag dazu, dass entsprechende Kontrollmaßnahmen (einschließlich Maßnahmen der Vektorbekämpfung) auf der Basis der diagnostizierten

importierten und autochthonen Infektionen rechtzeitig eingeleitet werden können.

Bei Verdacht, Erkrankung oder Tod an einem virusbedingtem hämorrhagischen Fieber besteht zusätzlich die Arztmeldepflicht.

Carbapenem-nichtempfindliche Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp.: Die zunehmende Verbreitung von Carbapenem-resistenten Erregern erfordert die Erhebung von bundesweiten Daten zu ihrer Häufigkeit. Die Antibiotikagruppe der Carbapeneme erhält besondere Aufmerksamkeit, da sie als Reserveantibiotika häufig als letzte Alternative eingesetzt werden. Die Kenntnis über das Vorkommen von Erregern mit Resistenzen gegen Carbapeneme ist für die Einleitung von Präventionsmaßnahmen daher von besonderer Bedeutung. Dabei sieht die IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nicht nur die Meldung von Infektionen, sondern auch von Kolonisationen vor.

Durch die namentliche Meldung an das Gesundheitsamt können Ausbrüche frühzeitig entdeckt und Kontrollmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Wichtig ist die Ermittlung des möglichen Eintrages der Erreger in die betroffene Gesundheitseinrichtung und der ursprünglichen Quelle. Durch die Nachverfolgung von Kontaktpersonen vor dem Nachweis können die Informationen zum Auftreten der Resistenz an andere medizinische oder pflegerische Einrichtungen weitergegeben werden.

Hilfestellungen des RKI

Das RKI bietet darüber hinaus auf seiner Internetseite vielseitige Informationen für Ärzte an, z. B. RKI-Ratgeber für Ärzte (4) und eine alphabetische Übersicht über Infektionskrankheiten von A bis Z (5).

Michaela Diercke, Dr. med. vet. Silke Buda,
Dr. med. Bettina Weiß, PhD Christina Frank,
Dr. med. Andreas Gilsdorf
Abteilung für Infektionsepidemiologie,
Robert Koch-Institut, Berlin

 Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3816
oder über QR-Code.



*Eine ambulant erworbene Erkrankung liegt dann vor, wenn die diesbezügliche 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.

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 38/2016, ZU:

INFEKTILOGIE

Neue Meldepflichten beachten

Die im Mai in Kraft getretene IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung berücksichtigt zum Beispiel die zunehmende Verbreitung von Carbapenem-resistenten Erregern und von Clostridium-difficile-Infektionen.

LITERATUR

1. Robert Koch-Institut: Meldebögen.
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldebogen/Meldungen_node.html
2. Robert Koch-Institut: RKI-Empfehlungen für die Meldung und das Management von Personen mit Verdacht auf aviäre Influenza (H7N9, H5N1) (2013). http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaereInfluenza/Archiv_Meldung.html
3. European Centre for Disease Prevention and Control: European Surveillance of Clostridium difficile infections. Surveillance protocol version 2.2 (2015). <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/European-surveillance-clostridium-difficile.v2FINAL.pdf>
4. Robert Koch-Institut: RKI-Ratgeber für Ärzte. <http://www.rki.de/ratgeber>
5. Robert Koch-Institut: Infektionskrankheiten A–Z. http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/InfAZ_marginal_node.html