

J. Benzler · G. Krause und die Mitarbeiter der Abt. für Infektionsepidemiologie
Robert Koch-Institut, Berlin

Zur Ausgabe 2004 der Falldefinitionen für die Surveillance meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland

Zusammenfassung

Mit Beginn des Jahres 2004 lösen neue Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts (RKI) die im Jahr 2001 eingeführten Falldefinitionen ab. Die neue Ausgabe enthält Definitionen für 53 Übermittlungskategorien von Einzelfällen, die im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) von den Gesundheitsämtern über die Landesbehörden an das RKI zu übermitteln sind. Die neuen Falldefinitionen berücksichtigen die fortschreitende Entwicklung der Labormethoden und durch systematische Evaluierung identifizierte Hinweise zur Verbesserung. Die Falldefinitionen bestehen aus 3 Evidenztypen – klinisches Bild, laboridiagnostischer Nachweis, epidemiologische Bestätigung –, die jeweils krankheits- bzw. erregerspezifische Prüfkriterien enthalten. Aus der Kombination der 3 Evidenztypen ergeben sich 5 Falldefinitionskategorien: klinisch diagnostizierte Erkrankung, klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung, klinisch-laboridiagnostisch bestätigte Erkrankung, laboridiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild, laboridiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild.

Schlüsselwörter

Surveillance von Infektionskrankheiten · Infektionsschutzgesetz · Übermittlung · Falldefinitionen

Gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a IfSG hat das RKI die Aufgabe, Falldefinitionen zu erstellen, die die Kriterien für die Übermittlung vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI festlegen. Mit Beginn des Jahres 2004 liegt den an der Übermittlung von Einzelfallmeldungen beteiligten Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) eine neue Ausgabe der RKI-Falldefinitionen [1] vor. Diese inhaltlich und formal grundlegend überarbeitete zweite Ausgabe löst die vor 3 Jahren mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes in Kraft getretene erste Ausgabe der Falldefinitionen [2] ab.

Die in den vergangenen Jahren in der täglichen Praxis gemachten Erfahrungen bei der Anwendung der Falldefinitionen zeigen, dass diese innerhalb des ÖGD gut angenommen wurden und ihre Funktion erfüllt haben. Dennoch war eine Überarbeitung notwendig geworden, um zum einen der fortschreitenden Entwicklung der Labormethoden Rechnung zu tragen und zum anderen, weil eine Evaluierung der Falldefinitionen weitere Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten ergeben hat. Damit soll die Gefahr von Fehlinterpretationen bei der Anwendung der Falldefinitionen und zugleich der Bearbeitungsaufwand für die Gesundheitsämter reduziert werden.

Wofür und für wen sind die Falldefinitionen gedacht?

Die Falldefinitionen haben zum Ziel, bundesweit einheitliche Kriterien im Rahmen der epidemiologischen Überwachung von Infektionskrankheiten sicherzustellen. Damit sollen sie zu standardisierten Bewertungen, objektiveren Entscheidungen und letztlich aussagekräftigeren Statistiken beitragen. Vor

dem Hintergrund dieser primär epidemiologischen Aufgabenstellung beschränken sich die Falldefinitionen weitgehend auf solche Kriterien, die für die Entscheidungsfindung zur Übermittlungspflicht notwendig sind.

Mitarbeiter der Gesundheitsämter entscheiden demnach anhand der Falldefinitionen, ob Erkrankungs- oder Todesfälle bzw. Nachweise von Krankheitserregern, die ihnen gemeldet oder anderweitig bekannt wurden, an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln sind. Die Zielgruppe dieser Falldefinitionen sind deshalb primär die Gesundheitsaufseher, Hygieneinspektoren und anderen im Infektionsschutz tätigen Mitarbeiter der Gesundheitsämter, die die Entscheidung zur Übermittlung hauptsächlich treffen.

Wofür sind die Falldefinitionen nicht gedacht?

Die Falldefinitionen legen nicht die Kriterien für die Meldung an das Gesundheitsamt fest. Sie richten sich deshalb nicht an klinisch oder laboridiagnostisch tätige Ärzte. Auf keinen Fall sollten die Falldefinitionen als Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen in Klinik oder Labor missverstanden werden.

Auf eine umfassende Beschreibung des Krankheitsbildes oder differenzialdiagnostische Erwägungen wird bewusst verzichtet, um nicht von der eigentlichen Funktion der Falldefinitionen als Entscheidungsinstrument für die Übermittlung abzulenken.

© Springer-Verlag 2004

Dr. J. Benzler
Robert Koch-Institut, Nordufer 20,
13353 Berlin
E-Mail: benzlerj@rki.de

J. Benzler · G. Krause und die Mitarbeiter
der Abt. für Infektionsepidemiologie

On the 2004 edition of case definitions for the surveillance of notifiable infectious diseases in Germany

Abstract

With the beginning of the year 2004, new case definitions of the Robert Koch Institute (RKI) replace those introduced in 2001. The new edition provides definitions for 53 categories of cases that are to be reported by local health departments through state health authorities to the RKI according to the German infectious disease control act. The new case definitions take into account recent developments in laboratory methods and indications for improvement identified through systematic evaluation. The case definitions consist of three types of evidence – clinical picture, laboratory detection, and epidemiological confirmation – all of which list disease- or pathogen-specific test criteria. Combining the three evidence types results in five case definition categories: clinically diagnosed illness, clinically and epidemiologically confirmed illness, clinically and laboratory-confirmed illness, laboratory-detected infection not fulfilling clinical criteria, and laboratory-detected infection with unknown clinical picture.

Keywords

Public Health Surveillance · Infectious
disease control act · Infectious disease
Reporting · Case definitions

Originalien und Übersichtsbeiträge

Grundlagen für die Überarbeitung der Falldefinitionen

Eine Grundlage für die Überarbeitung der Falldefinitionen war die Auswertung eines Ringversuchs mit 68 realitätsnahen Fallmeldungen, der im Mai 2002 im Rahmen einer Befragung unter Gesundheitsämtern und Landesstellen durchgeführt wurde. Daraus ergaben sich konkrete Hinweise, wie die Falldefinitionen eindeutiger und anwenderfreundlicher gestaltet werden können. Ein weiteres Resultat dieser Auswertung ist eine kommentierte Sammlung der 68 Fallbeispiele [3], anhand derer die Einordnung gemäß Falldefinition geübt werden kann. Sofern sich aufgrund der neuen Falldefinitionen Änderungen der erwarteten Einordnung eines Fallbeispiels ergeben, wird dies dort entsprechend ausgewiesen. In diesem Fallbeispielbuch ist außerdem eine Auswertung der Teilnehmerantworten des Ringversuchs veröffentlicht. Das Fallbeispielbuch kann ebenso wie eine Heftversion der Falldefinitionen, Ausgabe 2004, als PDF-Datei von den Internetseiten des RKI (<http://www.rki.de>) heruntergeladen oder bei Einsendung eines ausreichend frankierten¹ und voradressierten DIN-A4-Rückumschlags unter folgender Adresse angefordert werden:

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie (Abt. 3), Fachgebiet Surveillance (FG 32), Seestr. 10, 13353 Berlin, Stichwort „Fallbeispielbuch“ bzw. „Falldefinitionen“.

Neben Änderungsvorschlägen, die spontan seit Einführung der Falldefinitionen eingingen, hat das RKI aktiv zahlreiche interne und externe Experten in die Überarbeitung der Falldefinitionen eingebunden. Dazu zählten unter anderem die thematisch relevanten Fachgesellschaften, Referenzlabore, nationale Referenzzentren, die Beauftragten für den Infektionsschutz und die Epidemiologen der Bundesländer sowie Amtsärzte in Gesundheitsämtern. Die Berücksichtigung dieser zahlreichen Rückmeldungen erfolgte mit der Absicht, einerseits einen breiten fachlichen Konsens und andererseits eine hohe Anwenderfreundlichkeit

für die Gesundheitsämter herzustellen. Weitere Quellen, die Einfluss auf die Überarbeitung der Falldefinitionen hatten, waren quantitative Auswertungen der Meldedaten seit 2001, gezielte Recherchen in der Fachliteratur sowie Falldefinitionen anderer nationaler oder internationaler Einrichtungen (z.B. EU).

Hinweise für Korrekturen oder andere Verbesserungsmöglichkeiten der hier vorliegenden Falldefinitionen sind stets willkommen. Bitte richten Sie diese z. Hd. der o. g. Autoren.

Struktur der Falldefinitionen

Für jede Übermittlungskategorie (in der Regel ein übermittlungspflichtiger Erreger und die von ihm verursachte Krankheit) liegt eine Falldefinition vor, die derselben einheitlichen Struktur folgt.

Titel der Falldefinition

Der Titel der Übermittlungskategorie richtet sich in der Regel nach der Erregerbezeichnung, gefolgt von der Krankheitsbezeichnung. Die Falldefinitionen sind nach diesem Titel alphabetisch geordnet.

Einordnung nach ICD 10

Um die Vergleichbarkeit mit anderen Gesundheitsstatistiken und -indikatoren zu unterstützen, sind die 4-stelligen Kodierungen der Internationalen Krankheitsklassifikation ICD 10 aufgeführt, die der Übermittlungskategorie entsprechen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass ICD-10-Kodierungen nicht in dem Detail definiert sind wie die Falldefinitionen. Da die ICD 10 nicht primär der infektionsepidemiologischen Überwachung dient, sind die Falldefinitionen oftmals nicht eindeutig in ICD-10-Kodierungen abbildbar, noch ist dies umgekehrt immer möglich.

Ausschlusskriterien

Die Ausschlusskriterien dienen der frühzeitigen Ablehnung eines Falles bezüglich seiner Übermittlung. Oft finden sich hier Kriterien, die sich aus dem Gesetzestext ergeben oder die der gegenseitigen Abgrenzung zweier Übermittlungskategorien dienen. Treffen bei einem Fall die Ausschlusskriterien zu, so muss der übrige Teil der Falldefinition nicht mehr geprüft werden, weil eine Übermittlung ohnehin abzulehnen ist.

¹ Rückumschläge für ein einzelnes Exemplar des Falldefinitionshefts (ca. 220 g) sind mit 1,44 Euro, sonst mit 2,20 Euro (bis 1000 g) freizumachen. Das Fallbeispielbuch wiegt ca. 610 g.

Evidenztypen

Bei den weiteren Kriterien wird zwischen 3 verschiedenen Evidenztypen unterschieden. Kriterien, die wiederholt bei verschiedenen Falldefinitionen auftreten, werden in einem Eingangskapitel „Definition wiederholt verwendeter Begriffe“ definiert. Sie sind in der Falldefinition durch ein vorangestelltes Dreieck (►) gekennzeichnet, sodass leicht erkennbar ist, wenn ein Begriff genauer definiert ist.

Klinisches Bild

Hier sind die klinischen Symptome und Zeichen aufgeführt, die je nach Übermittlungskategorie einzeln oder in Kombination zutreffen müssen, damit der Evidenztyp „klinisches Bild“ erfüllt ist. Dies wird in der Übermittlungssoftware entsprechend eingetragen. Unter dem Evidenztyp „klinisches Bild“ können unter Umständen auch Laborbefunde aufgeführt sein, sofern diese nicht direkte oder indirekte Erregernachweise darstellen.

Bei der Auswahl der Kriterien wurde versucht, ein ausgeglichenes Verhältnis von Sensitivität und Spezifität herzustellen. Bei Vorliegen eines labordiagnostischen Nachweises ist eine hohe Sensitivität des klinischen Bildes (d. h. geringe Anforderungen an die Symptomatik) wichtig. Bei epidemiologisch bestätigten Erkrankungen ohne labordiagnostischen Nachweis ist dagegen eine hohe Spezifität des klinischen Bildes zu fordern. Damit soll verhindert werden, dass in einer Ausbruchssituation Personen mit Krankheitsbildern, die unabhängig davon aufgetreten sind, fälschlicherweise als Teil des Ausbruchs erfasst werden. Diese an epidemiologischen Bedürfnissen orientierte Balance ist naturgemäß eine andere als bei individualdiagnostischen Entscheidungen mit therapeutischen Konsequenzen.

Es wurde bewusst darauf verzichtet, Symptome in ihrer krankheitsspezifischen Komplexität darzustellen. So gibt es bei einigen Krankheiten z. B. recht typische Fiebertverläufe, die differenzialdiagnostisch hinweisend sind. Jedoch ist es selten, dass Symptome entsprechend differenziert gemeldet werden, und schwierig, die fehlenden Angaben zu erfragen. Deshalb werden in den Falldefinitionen bevorzugt undifferenziertere Angaben wie „Fieber“ verwendet.

Labordiagnostischer Nachweis

Hier sind die direkten, indirekten und anderen Nachweise aufgeführt, die als Kriterien für die Übermittlung zugelassen sind. Auch hier gilt, dass je nach Übermittlungskategorie festgelegt ist, ob Erregernachweise einzeln oder in Kombination notwendig sind.

Art des Nachweises

Die Art des Nachweises unterscheidet zwischen direkten und indirekten (serologischen) Erregernachweisen. Direkte Nachweise zeigen die Anwesenheit des Erregers oder seiner Bestandteile an. Dabei kann es sich um intakte lebens- und vermehrungsfähige Erreger handeln, möglicherweise aber auch nur um Bruchteile der Zellwand oder Erbsubstanz. Indirekte Nachweise zeigen die Immunantwort des menschlichen Organismus auf eine Infektion mit dem betreffenden Erreger an. Bei einigen Krankheiten kommen zusätzlich Toxin- oder histologische bzw. pathologische Nachweise vor.

Die Art des Nachweises ist den Einzelkriterien in eckiger Klammer vorangestellt, um zu verdeutlichen, dass dieser Hinweis selbst keine der zu bewertenden Methoden darstellt.

Material

Sofern in der Falldefinition keine Angaben zum Material gemacht werden, bedeutet dies, dass jedes beliebige klinische Material für den entsprechenden Nachweis zulässig ist. Einschränkungen auf bestimmte Untersuchungsmaterialien werden nur dann formuliert, wenn Erregernachweise aus anderen Materialien entweder nicht auf eine akute Infektion, sondern z. B. auf eine Kontamination hinweisen, oder wenn entsprechende Einschränkungen durch das IfSG vorgegeben sind. Wenn sich die Anforderungen an das Material auf mehrere Methoden beziehen, so finden sich diese in der jeweils übergeordneten Gliederungsebene, also zum Teil hinter der Art des Nachweises. Die Tatsache, dass sie dort in eckige Klammern gesetzt sind, soll ihre Bedeutung nicht mindern.

Nachweismethode

Grundsätzlich wird erwartet, dass nur solche Erregernachweise gemeldet werden, die mittels ausreichend validierter Verfahren erfolgt sind. Dies gilt insbesondere für seltene Erreger, deren Nachweise nicht als Routinemethoden etabliert sind. Die Verantwortung hierfür trägt das ausführende Labor. Leitlinien hierzu werden in der Regel von den entsprechenden Fachgesellschaften herausgegeben.

Ausführendes Labor

Grundsätzlich werden in den Falldefinitionen keine Aussagen darüber gemacht, in welchen Laboren oder unter welchen Bedingungen (z. B. Sicherheitsstufen) die Erregernachweise erfolgen sollen.

Feindifferenzierung

Die Feindifferenzierung des Erregers ist im Allgemeinen kein Kriterium der Übermittlung. Die Bestimmung der Spezies und ggf. von Subspezies, Serovar, Lyso- und weiteren Charakterisierungen sind aber für Belange der Surveillance von großer Bedeutung. Derartige Zusatzinformationen sollten – sofern sie vorliegen oder ermittelbar sind – vom Gesundheitsamt in jedem Fall übermittelt werden (vergl. § 11 Abs. 1 Nr. 5 IfSG).

Epidemiologische Bestätigung

Dieser Evidenztyp ist neu in die Falldefinitionen aufgenommen worden. Hier wird explizit genannt, welche epidemiologischen Zusammenhänge und Expositionen als epidemiologische Bestätigung anerkannt werden.

Die epidemiologische Bestätigung darf nicht mit dem epidemiologischen Zusammenhang im Sinne einer Zuordnung zu einem Ausbruchsgeschehen bzw. Herd verwechselt werden. Ein Fall kann durchaus Teil eines Herdes sein, ohne dass die Kriterien der epidemiologischen Bestätigung erfüllt sind, z. B. wenn zu keinem der Fälle des Herdes ein labordiagnostischer Nachweis vorliegt. Ebenso ist die epidemiologische Bestätigung eines Falles möglich, der keinem registrierten Herd angehört, z. B. wenn der Erreger in einem Tier oder Lebensmittel nachgewiesen wurde und keine weiteren Personen betroffen sind. In der Praxis gehen Zuordnung zu einem Herd

Tabelle 1

Kombinationen der Antwortmöglichkeiten in den 3 Evidenztypen, die die Falldefinitions-kategorie „klinisch diagnostizierte Erkrankung“ ergeben

Evidenztyp	Antwortmöglichkeit in der Übermittlungssoftware				
	Ja	Nein	Nicht erhoben	Nicht ermittelbar	Nicht anwendbar
Klinisches Bild	X	–	–	–	–
Labordiagnostischer Nachweis	–	X (in einer der 4 Spalten)			
Epidemiologische Bestätigung	–	X (in einer der 4 Spalten)			

und epidemiologische Bestätigung allerdings oft Hand in Hand.

Übertragungswege

Für Mensch-zu-Mensch-Übertragungen kommen u. a. folgende Übertragungswege in Betracht:

- ▶ fäkal-oral (z. B. durch Schmierinfektionen, z.B. im Kindergarten, beim Wickeln von Säuglingen oder Kleinkindern),
- ▶ respiratorisch (Tröpfcheninfektion, z. B. Anhusten oder -niesen, Küssen),
- ▶ Sexualkontakt,
- ▶ Blut (z. B. durch kontaminierte Spritzen bei i.v.-Drogengebrauch).

Mensch-zu-Mensch-Übertragungen können auch als nosokomiale Infektionen z.B. in Krankenhäusern vorkommen.

Reiseanamnese

Der Aufenthalt in einem typischen Endemiegebiet allein ist kein Kriterium der epidemiologischen Bestätigung. Die Reiseanamnese (d.h. Angaben zu den Aufenthaltsländern unter Berücksichtigung der Inkubationszeit) sollte aber – sofern sie vorliegt oder ermittelbar ist – vom Gesundheitsamt in jedem Fall übermittelt werden (vergl. § 11 Abs. 1 Nr. 7 IfSG).

Auf Angaben zur geographischen Verbreitung von Erregern wurde in den Falldefinitionen bewusst verzichtet, um Angaben zur Reiseanamnese nicht zu beeinflussen und so das Erkennen neuer oder bislang unbekannter Endemiegebiete nicht zu erschweren.

Inkubationszeiten

Die Angaben zu Inkubationszeiten wurden einer Reihe von Standardwerken entnommen. Bei widersprüchlichen Angaben wurde das weiteste Intervall für

die Inkubationszeit angegeben, das sich aus den Daten dieser Quellen ergab.

Gesetzliche Grundlage

Zu jeder Falldefinition wird die gesetzliche Grundlage für Meldepflicht und Übermittlung genannt. Hierbei wird auch der Unterschied zwischen Meldung und Übermittlung deutlich. Der Begriff „Meldung“ bezeichnet die Information des zuständigen Gesundheitsamtes – bzw. bei Erregernachweisen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG des RKI – durch den Meldepflichtigen. Der Begriff „Übermittlung“ hingegen bezeichnet die Informationsweitergabe vom Gesundheitsamt über die Landesbehörde an das RKI. Mit Ausnahme der Sachverhalte nach § 6 Abs.1 Nr. 2 IfSG, § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG und § 7 Abs. 2 IfSG, die nicht erregere- oder krankheitsspezifisch definiert sind, enthalten die vorliegenden Falldefinitionen alle nach IfSG übermittlungspflichtigen Sachverhalte.

Falldefinitions-kategorien

Die o. g. Evidenztypen werden für die Veröffentlichung der Daten in 5 verschiedene Falldefinitions-kategorien zusammengeführt. Diese Einordnung wird von der Übermittlungssoftware auf der Grundlage der Einträge, die zu den einzelnen Evidenztypen gemacht wurden, automatisch vorgenommen.

Die nachfolgend verwendeten Begriffe „klinisches Bild“, „labordiagnostischer Nachweis“ und „epidemiologische Bestätigung“ beziehen sich auf den jeweils zuvor definierten Evidenztyp. Der Begriff „labordiagnostischer Nachweis“ meint hier also immer den Erregernachweis bei dem zu übermittelnden Fall.

A Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Klinisches Bild einer akuten Erkrankung an der ausgewählten Krankheit,

ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung (Tabelle 1).

Diese Kategorie ist nur bei einem kleinen Teil der Krankheiten anwendbar. Sie ersetzt:

„**Klinisch bestätigte Erkrankung.** Klinisches Bild vereinbar mit einer Erkrankung an der ausgewählten Krankheit ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs“ der Falldefinitionen 2001.

B Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer akuten Erkrankung an der ausgewählten Krankheit, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung (Tabelle 2).

Diese Kategorie ersetzt:

„**Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung.** Klinisches Bild vereinbar mit einer Erkrankung an der ausgewählten Krankheit und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion“ der Falldefinitionen 2001.

Wird bei einem solchen Fall der labordiagnostische Nachweis nachträglich erbracht, wird er zu einem klinisch-labordiagnostisch bestätigten Fall umgesetzt.

C Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Klinisches Bild einer akuten Erkrankung an der ausgewählten Krankheit und labordiagnostischer Nachweis (Tabelle 3).

Diese Kategorie ersetzt:

„**Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung.** Klinisches Bild vereinbar mit einer Erkrankung an der ausgewählten Krankheit und labordiagnostischer Nachweis“ der Falldefinitionen 2001.

Für Fälle mit labordiagnostischem Nachweis ist es unerheblich, ob eine epidemiologische Bestätigung vorliegt.

D Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für eine akute Erkrankung an der

Tabelle 2

Kombinationen der Antwortmöglichkeiten in den 3 Evidenztypen, die die Falldefinitions-kategorie „klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung“ ergeben

Evidenztyp	Antwortmöglichkeit in der Übermittlungssoftware				
	Ja	Nein	Nicht erhoben	Nicht ermittelbar	Nicht anwendbar
Klinisches Bild	X	–	–	–	–
Labordiagnostischer Nachweis	–	X (in einer der 4 Spalten)			
Epidemiologische Bestätigung	X	–	–	–	–

Tabelle 3

Kombinationen der Antwortmöglichkeiten in den 3 Evidenztypen, die die Falldefinitions-kategorie „klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung“ ergeben

Evidenztyp	Antwortmöglichkeit in der Übermittlungssoftware				
	Ja	Nein	Nicht erhoben	Nicht ermittelbar	Nicht anwendbar
Klinisches Bild	X	–	–	–	–
Labordiagnostischer Nachweis	X	–	–	–	–
Epidemiologische Bestätigung	X (in einer der 5 Spalten)				

Tabelle 4

Kombinationen der Antwortmöglichkeiten in den 3 Evidenztypen, die die Falldefinitions-kategorie „labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild“ ergeben

Evidenztyp	Antwortmöglichkeit in der Übermittlungssoftware				
	Ja	Nein	Nicht erhoben	Nicht ermittelbar	Nicht anwendbar
Klinisches Bild	–	X	–	–	–
Labordiagnostischer Nachweis	X	–	–	–	–
Epidemiologische Bestätigung	X (in einer der 5 Spalten)				

Tabelle 5

Kombinationen der Antwortmöglichkeiten in den 3 Evidenztypen, die die Falldefinitions-kategorie „labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild“ ergeben

Evidenztyp	Antwortmöglichkeit in der Übermittlungssoftware				
	Ja	Nein	Nicht erhoben	Nicht ermittelbar	Nicht anwendbar
Klinisches Bild	–	–	X (in einer der 3 Spalten)		
Labordiagnostischer Nachweis	X	–	–	–	–
Epidemiologische Bestätigung	X (in einer der 5 Spalten)				

ausgewählten Krankheit nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen (Tabelle 4).

Diese Kategorie ersetzt: „Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion. La-

bordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild“ der Falldefinitionen 2001.

Für Fälle mit labordiagnostischem Nachweis ist es unerheblich, ob eine epidemiologische Bestätigung vorliegt.

E Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben) (Tabelle 5).

Diese Kategorie ersetzt: „Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion. Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar“ der Falldefinitionen 2001.

Für Fälle mit labordiagnostischem Nachweis ist es unerheblich, ob eine epidemiologische Bestätigung vorliegt.

Übermittlung

Nicht alle der 5 o. g. Falldefinitions-kategorien sind für alle Übermittlungskategorien zur Übermittlung zugelassen. Dies ist in der Übermittlungssoftware entsprechend berücksichtigt. Die zu den Falldefinitions-kategorien oben aufgeführte ergänzende Beschreibung trifft für die meisten Übermittlungskategorien zu; bei einzelnen Krankheiten musste die Beschreibung spezifisch angepasst werden.

Referenzdefinition

Aus den oben aufgeführten Falldefinitionskategorien wird deutlich, dass Fälle auch dann übermittelt werden können und müssen, wenn der Evidenztyp „klinisches Bild“ nicht erfüllt ist. Allerdings ist dabei zu beachten, dass für die vereinfachte statistische Darstellung durch das Robert Koch-Institut nur Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen, gezählt werden.

Diese Referenzdefinition fasst in der Regel die Falldefinitionskategorien A, B und C zusammen. Daraus folgt, dass labordiagnostisch nachgewiesene Infektionen bei nicht erfülltem oder bei unbekanntem klinischen Bild in der Referenzdefinition in der Regel nicht ausgewiesen werden. Für einzelne Krankheiten weicht die Referenzdefinition von diesem Schema ab. Dies wird bei entsprechenden Veröffentlichungen explizit aufgeführt.

Hilfestellung beim Umgang mit den Falldefinitionen

Es empfiehlt sich, die neuen Falldefinitionen aufmerksam zu lesen und gerade in der Einführungsphase bei jedem zu

übermittelnden Einzelfall heranzuziehen, um zu vermeiden, dass aus Gewohnheit nicht mehr gültige Passagen der alten Falldefinition weiter angewendet werden.

Je genauer die Falldefinitionen auf der Gesundheitsamtsebene befolgt werden, desto seltener sind Rückfragen seitens der Landesstellen oder des Robert Koch-Instituts nötig. Dabei ist zu beachten, dass durch nachträglich hinzukommende Informationen zu einem Fall die Einordnung der Falldefinition ggf. aktualisiert werden muss. Werden Fälle erst dann in die Übermittlungssoftware eingegeben, wenn alle zu erwartenden Informationen vorliegen, kann dies die Übermittlung deutlich verzögern.

Für konkrete Fragen und Hilfestellungen bei der Interpretation der Falldefinitionen stehen die zuständigen Stellen der Bundesländer zur Verfügung. Zusätzlich bietet die IfSG-Hotline des RKI unter Tel. 01888-754-4636 bzw. ifsg@rki.de Unterstützung an.

Danksagung An der von der Abteilung für Infektionsepidemiologie (Leitung: Frau Dr. A. Ammon) koordinierten Überarbeitung der Falldefinitionen haben zahlreiche Experten innerhalb und außerhalb des RKI mitgewirkt, die hier nicht alle namentlich aufgeführt werden können. Wichtige Beiträge kamen unter anderem aus Referenz- und Konsiliarlaboren, medizinischen Fachgesellschaften, Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämtern. Sehr dankbar sind wir auch für das individuelle Engagement einer Vielzahl klinisch, labormedizinisch und epidemiologisch tätiger Ärzte, die mit ihrer konstruktiven Kritik und ihren Anregungen die notwendige Praxisnähe sichergestellt haben.

Literatur

1. Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern – Ausgabe 2004. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2004, 47: auch als gleichnamige Broschüre veröffentlicht, Robert Koch-Institut, Berlin 2003
2. Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2000, 43:845–869
3. Fallbeispielbuch; Robert Koch-Institut, Berlin 2003

Ausschreibung Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg 2004

Ziele des Qualitätsförderpreises

Das Sozialministerium Baden-Württemberg und die im Gesundheitsforum Baden-Württemberg beteiligten Institutionen loben nun bereits zum dritten Mal auch für das Jahr 2004 den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg (QFP) aus.

Über den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg soll der Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen nachhaltig gefördert und besonders gelungene Projekte gewürdigt werden. Die Auslobung soll gleichzeitig den zahlreichen in Baden-Württemberg initiierten und durchgeführten Qualitätsprojekten die Möglichkeit eröffnen, sich vorzustellen und bekannt zu machen.

Preiskriterien

Mit dem Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg sollen aktuelle, weitgehend realisierte Qualitätsprojekte im Bereich des Gesundheitswesens gefördert werden,

- die einen unmittelbaren Bezug zu Baden-Württemberg haben, d.h. hier entwickelt wurden und zur Anwendung kommen,
- die innovativen Charakter haben, d.h. neue Ansätze der Qualitätsverbesserung aufzeigen, die noch nicht allgemein etabliert sind,
- die einen messbaren Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten (möglichst belegt durch einen Vorher-/Nachher-Vergleich),
- die sowohl einen Praxis- als auch einen konkreten Patientenbezug haben,
- bei denen der Nutzen den Aufwand überwiegt,
- die auf andere Einrichtungen übertragen werden können.

Teilnehmerkreis

An der Ausschreibung können teilnehmen

- Einzelpersonen, z.B. niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Apotheker,
- Einrichtungen, z.B. stationäre oder teilstationäre Kliniken, Rehabilitationskliniken oder
- Arbeitsgruppen, z.B. Kooperationen, Gemeinschaften.

Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer kann sich jährlich mit einem Projekt bewerben. Es können nur solche Qualitätsprojekte zur Preisverleihung zugelassen werden, die nicht bereits anderweitig prämiert wurden.

Einzureichende Unterlagen

In einem Teilnahmeformular sind – neben den allgemeinen Angaben zum Teilnehmerkreis und zur Projektbezeichnung – die wesentlichen Aspekte des Qualitätsprojekts kurz zu beschreiben. Darüber hinaus ist eine kompakte Darstellung des Qualitätsverbesserungsprozesses beizufügen, die die Erfüllung der o.g. Preiskriterien nachvollziehbar macht. Das Teilnahmeformular kann beim Sozialministerium Baden-Württemberg, Abteilung 5, z. Hd. Frau Jetrych, Postfach 10 34 43, 70029 Stuttgart (E-Mail: jetrych@sm.bwl.de, Telefax 0711/ 123-3997) angefordert werden und wird – soweit möglich – in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Einsendeschluss für den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg 2004 ist der 31. März 2004.

Jury

Die Bewertung der eingereichten Projekte und die Ermittlung der Preisträger werden von einer unabhängigen Jury vorgenommen, die sich aus namhaften Vertretern des Gesundheitsforums Baden-Württemberg zusammensetzt. Den Vorsitz in der Jury führt Sozialminister Dr. Friedhelm Repnik MdL. Die Jury tagt nicht öffentlich. Sie behält sich eine Überprüfung der vorgeschlagenen Qualitätsprojekte im Hinblick auf die genannten Preiskriterien vor Ort vor.

Preisvergabe

Der Preis ist insgesamt mit 15.000 EUR dotiert. Er kann von der Jury auf verschiedene Qualitätsprojekte aufgeteilt werden. Die Preisverleihung erfolgt unter Ausschluss des Rechtsweges. Die zuerkannte Preissumme sollte nach Möglichkeit eine projektgebundene Verwendung finden. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten nach der Entscheidung der Jury eine schriftliche Nachricht; die Preisverleihung findet am 27. Oktober 2004 in Stuttgart statt.