

INFEKT-INFO

Herausgeber: Infektionsepidemiologie des Instituts für Hygiene und Umwelt • Beltgens Garten 2 • 20537 Hamburg
Leiter: Dr. G. Fell (v.i.S.d.P.), E-mail: gerhard.fell@hu.hamburg.de

Nachdruck : mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken

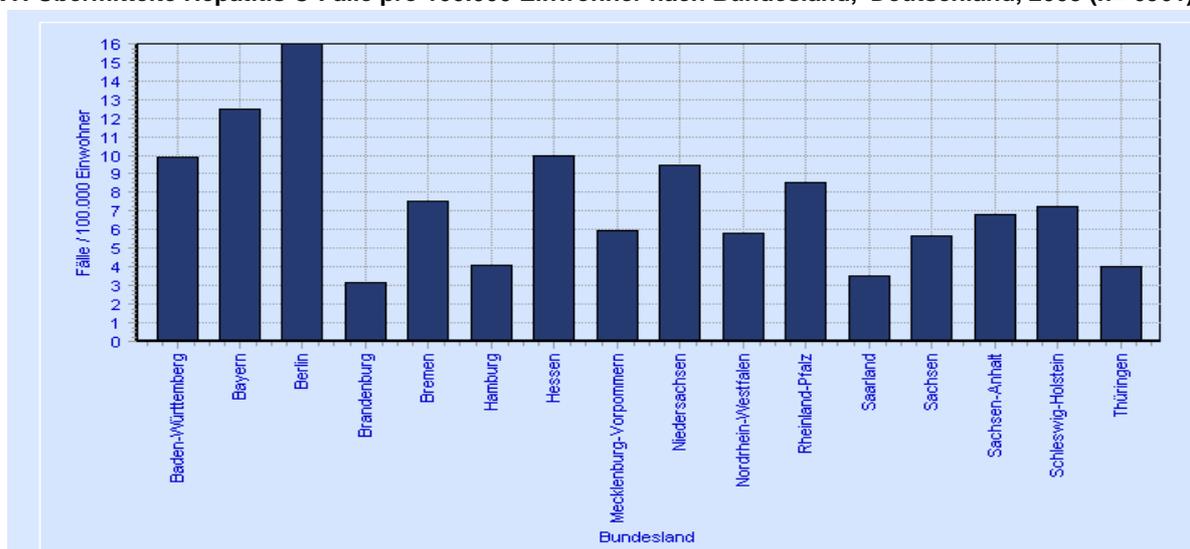
Kurzbericht über die im Rahmen der
Infektionskrankheiten-Surveillance
nach IfSG in Hamburg registrierten
Erkrankungen

Ausgabe 14 / 2004
9. Juli 2004

Ansätze zur Verbesserung der Datenqualität bei der Surveillance der Hepatitis C in Hamburg

Bei der näheren Betrachtung der Inzidenz der Hepatitis-C-Meldungen in Hamburg im Jahr 2003 stößt man relativ rasch auf 2 auffällige Phänomene: Im Bundesvergleich der Inzidenzen rangiert Hamburg an viertletzter Stelle, noch niedrigere Inzidenzen weisen lediglich die Länder Thüringen, Saarland und Brandenburg auf (Abb. 1).

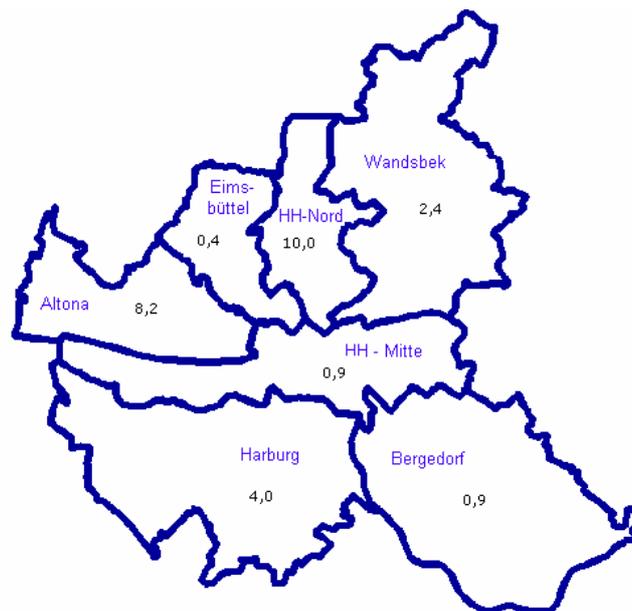
Abb.1: Übermittelte Hepatitis C-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Bundesland, Deutschland, 2003 (n= 6961)



Diese Tatsache überrascht vor allem deswegen, weil es plausibel ist, davon auszugehen, dass in großstädtischen Ballungszentren der Anteil der Bevölkerungsgruppen, in denen Inzidenz und Prävalenz der Hepatitis C bekanntermaßen hoch sind (hier insbesondere i.v. Drogengebraucher) größer ist, als in ländlichen Gebieten. Dies müsste sich eigentlich in einer eher überdurchschnittlichen Gesamtinzidenz der Hepatitis C niederschlagen.

Die zweite Auffälligkeit besteht in der ausgesprochen inhomogenen Verteilung der Inzidenzen in den 7 Hamburger Bezirken (Abb. 2).

Abb. 2: Inzidenz der Hepatitis C in den Hamburger Bezirken 2003 (n= 70)



Quelle: Zentrum f. Infektionsepidemiologie und Impfwesen. Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Hamburg 2003, Seite 42.

Die zum Teil beträchtlichen Unterschiede in den Bezirken haben wir in unserem Jahresbericht ausführlich kommentiert. So wie die im überregionalen Vergleich niedrige Hepatitis-C-Inzidenz in Hamburg eher auf eine globale Untererfassung der tatsächlichen Neuerkrankungen hindeutet, spricht nach der

zeitigen Erkenntnissen auch alles dafür, dass bei den unterschiedlichen Häufigkeiten in den Bezirken Unterschiede beim Verfahren der Meldung, des Umfangs der in den Meldungen enthaltenen Informationen und der Bewertung der Informationen bei der Anwendung der Fall- bzw. der Referenzdefinition eine Rolle spielen.

Bekanntlich leidet die Validität der Erfassung der Rate der Neuerkrankungen an Hepatitis C unter dem Fehlen eines labordiagnostischen Markers, der eine Abgrenzung einer Neuinfektion von einer älteren bereits bestehenden bzw. chronischen Infektion erlaubt. Aus diesem Grunde hat das RKI Ende 2003 festgelegt, dass hilfsweise das Merkmal des erstmaligen Labornachweises einer Hepatitis-C-Infektion bei einem Patienten als Kriterium herangezogen werden soll, mit dessen Hilfe man eine brauchbare Näherung an die tatsächliche Rate der Neuerkrankungen erzielen kann.

Dies setzt indessen voraus, dass die Information, ob dieses Kriterium erfüllt ist, oder nicht, auch beim Gesundheitsamt ankommt bzw. für das Gesundheitsamt verfügbar ist. Formal betrachtet sind die Voraussetzungen dafür günstig, denn der Gesetzgeber legt in § 9, Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) folgendes fest:

„Der einsendende Arzt hat bei einer Untersuchung auf Hepatitis C dem Meldepflichtigen mitzuteilen, ob ihm eine chronische Hepatitis C bei dem Patienten bekannt ist.“

Dies sollte eigentlich bei den meldepflichtigen Laboren dazu führen, dass die Erregernachweise bei Patienten mit dieser Mitteilung des einsendenden Arztes gar nicht erst gemeldet werden, so dass beim Gesundheitsamt theoretisch nur Meldungen von Neuerkrankungen bzw. Erstnachweisen eingehen dürften.

Praktisch funktioniert die Kommunikation dieser erforderlichen anamnestischen Zusatzinformation zwischen einsendenden Ärzten, Laboren und Gesundheitsämtern aber (übrigens bundesweit) alles andere als reibungslos, so dass die Gesundheitsämter in erheblichem Umfang mit Hepatitis-C-Meldungen konfrontiert sind, die nicht die Information enthalten, die nötig

wäre, um das Kriterium des erstmaligen Labornachweises abprüfen zu können. Angesichts unterschiedlicher Spielräume, die den Gesundheitsämtern für eine erfolgreiche Nachermittlung dieser Zusatzinformation beim behandelnden Arzt oder beim Patienten direkt zur Verfügung stehen, und angesichts des Ermessensspielraumes hinsichtlich der abschließenden Bewertung und Verarbeitung letztlich offen gebliebener Meldungen sind regional artifizielle Unterschiede bei der Erfassungsrate der Hepatitis-C-Fälle nahezu vorgeprogrammiert. Zusätzliche Probleme können im Zusammenspiel von Laboren, Gesundheitsämtern und Beratungs- und Untersuchungsstellen für bestimmte Zielgruppen (Drogenabhängige, Prostituierte etc.) entstehen, wenn dort die Nachermittlungen der Gesundheitsämter auf Vorbehalte stoßen, oder aufgrund der Anonymität der Klienten erschwert sind.

Verbesserungen in der Kommunikation der Information ‚HCV-Erstnachweis‘ bzw. ‚kein Erstnachweis‘ stellen daher einen wichtigen Ansatz zur Qualitätssicherung der Hepatitis-C-Surveillance dar. Ferner sind auch Abstimmungen und Vereinheitlichungen beim Vorgehen im Rahmen der abschließenden Bewertung offen gebliebener oder grenzwertiger Fälle auf der Ebene der Gesundheitsämter zielführend.

Wir planen, in den nächsten Wochen und Monaten diese Ansätze in Hamburg im Sinne eines Qualitätssicherungsprojektes gezielt aufzugreifen und zu bearbeiten. Dazu wollen wir u. a. Gesprächsrunden mit Vertretern der Gesundheitsämter, von Beratungs- und Untersuchungsstellen und anderen Akteuren auf diesem Gebiet initiieren. Dabei werden wir als infektionsepidemiologische Landesstelle davon profitieren, dass unser Institut in der Abteilung für klinische Mikrobiologie und Hygiene über eine labordiagnostische Einheit verfügt, in der u.a. HCV-Diagnostik im Auftrag staatlicher Beratungsstellen und anderer Auftraggeber stattfindet und in der die Frage einer möglichen Untererfassung von HCV-Meldungen und der Optimierung der Meldeverfahren aus labordiagnostischer Sicht ebenfalls bereits bearbeitet wird. Über die Ergebnisse des Projektes werden wir berichten. Wenn sich unsere Vermutungen

bewahrheiten, dann wäre wohl – gewissermaßen geradezu als ‚Erfolgsbarometer‘ für diese Bemühungen – in nähere Zukunft mit einem kräftigen Anstieg der Hepatitis-C-Inzidenz in Hamburg zu rechnen.



Übersicht über die aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Die folgenden Abbildungen und die nächste Tabelle zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 26 und 27 des Jahres 2004 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 27.

In der 27. KW wurde der zweite Fall eines Hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) in diesem Jahr gemeldet. Es handelt sich um ein 2 Jahre altes Kleinkind, welches in der Folge einer Infektion mit EHEC mit Erbrechen, Nierenfunktionsstörung, hämolytischer Anämie und Thrombozytopenie erkrankte.

Abb. 3: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2004, 26. KW (n=75) -vorläufige Angaben-

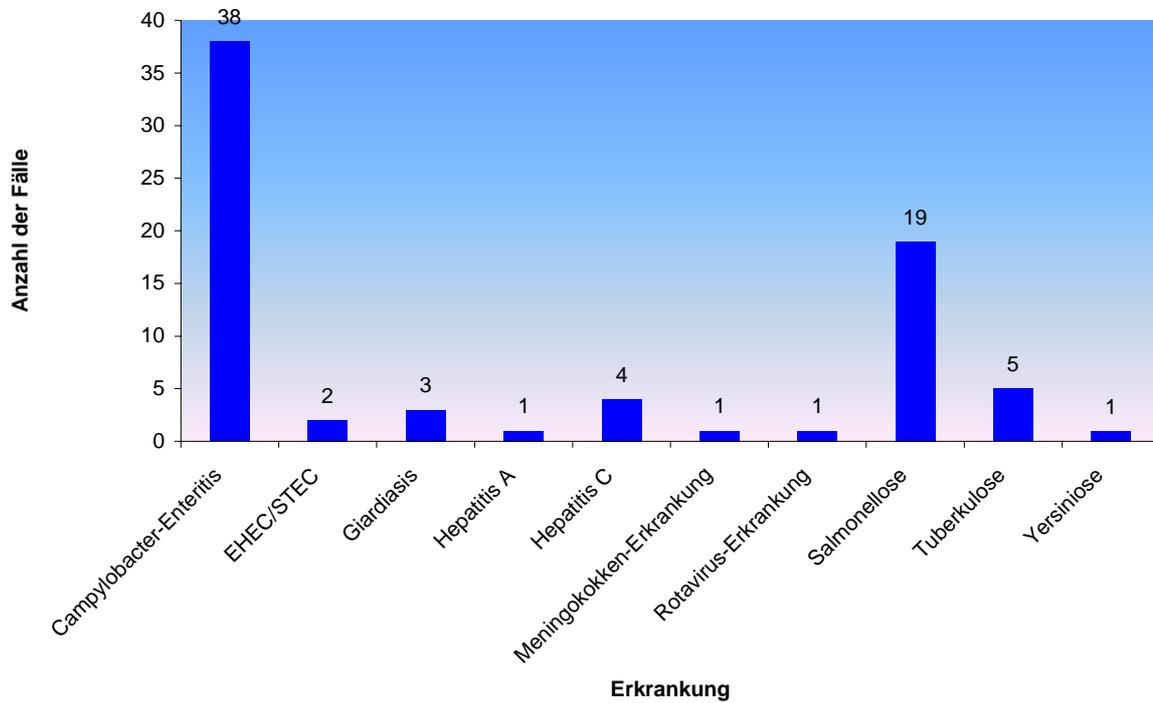


Abb. 4: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2004, 27. KW (n=48) -vorläufige Angaben-

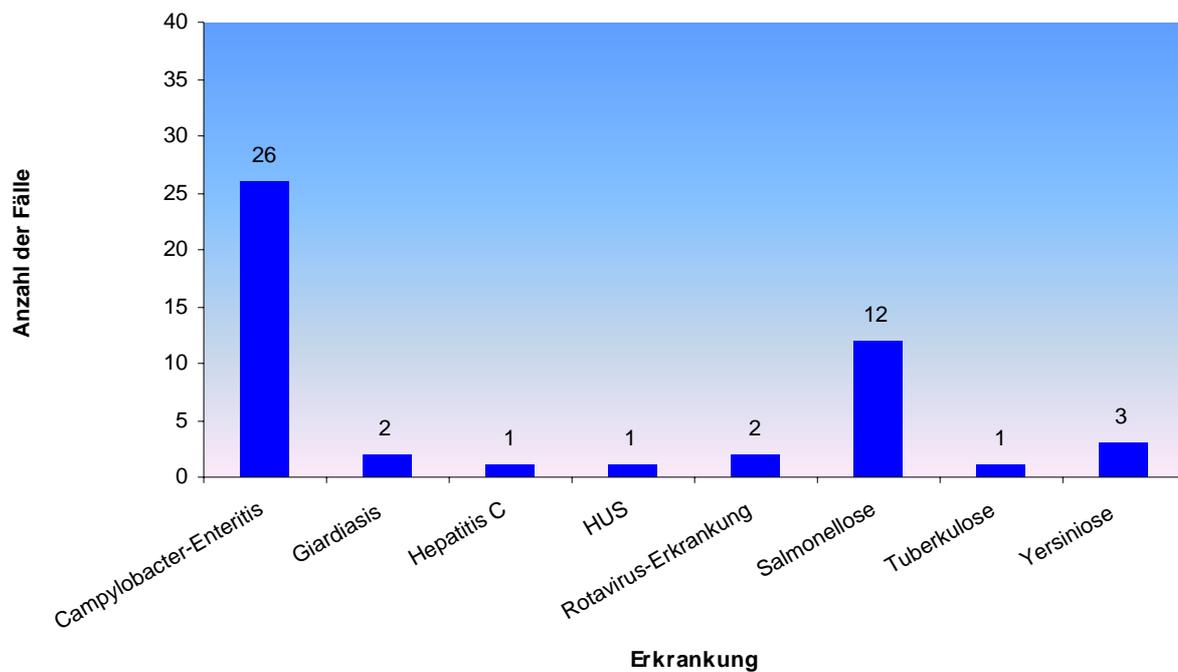
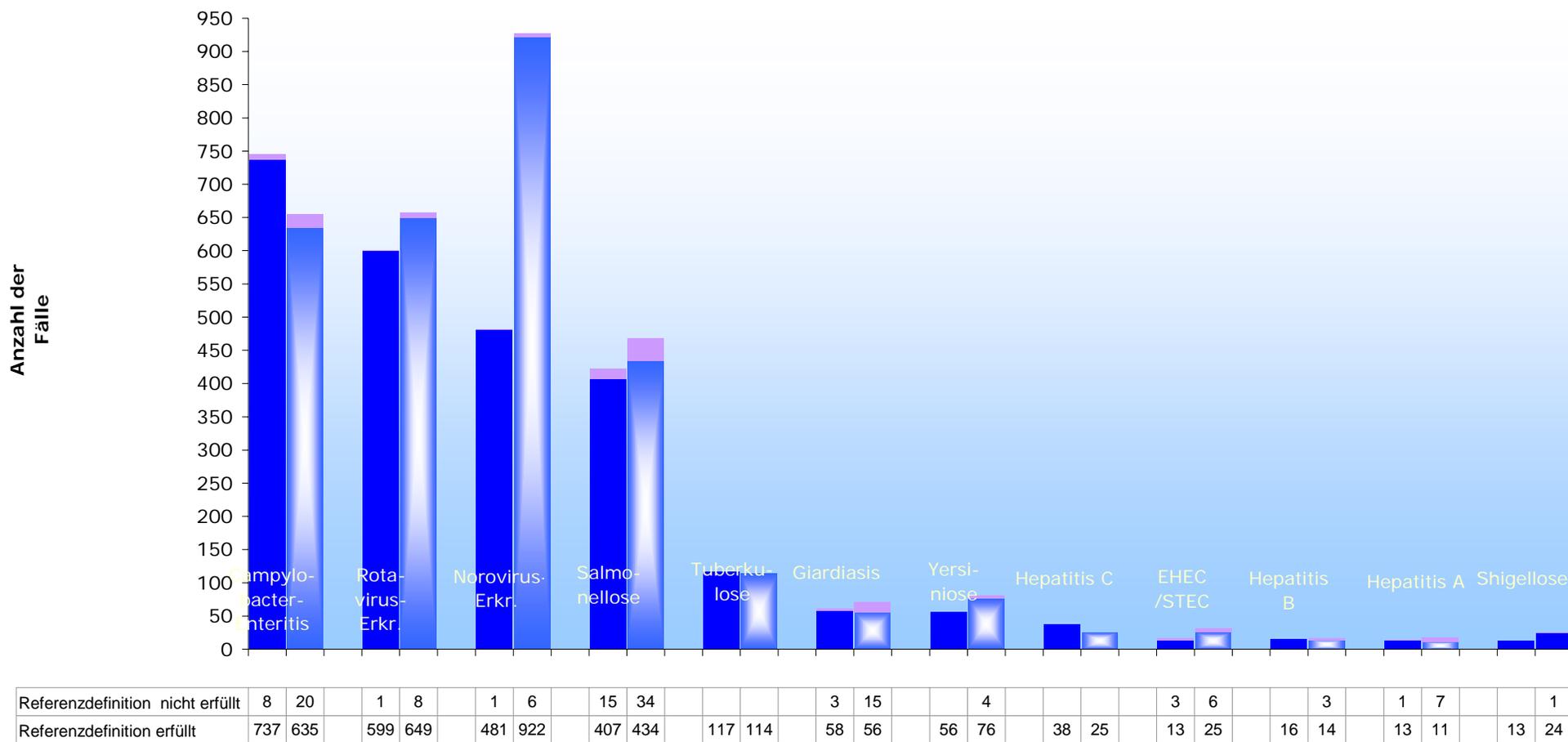


Abb. 5: Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1-27 2004 kumulativ (n =2580) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n =3089) – vorläufige Angaben



Erkrankungen

■ = Fälle KW 1-27 2004

■ = Fälle KW 1-27 2003

■ = Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab.1: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-27 2004 kumulativ (n=163) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=131) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-27 2004	Anzahl der Fälle KW 1-27 2003
Influenza	22	18
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	14	14
Kryptosporidiose	5	2
Meningokokken-Erkrankung	5	12
Denguefieber	4	6
Adenovirus-Konjunktivitis	2	
HUS	2	
Legionellose	2	3
Paratyphus	2	2
Cholera	1	
Haemophilus influenzae-Erkrankung	1	1
Listeriose	1	
Masern	1	4
Typhus	1	1
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		1
Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen	60	67
Fälle aus Häufung mit RSV-Nachweis	40	