



INFEKT-INFO

Herausgeber: Infektionsepidemiologie des Hygiene Institutes • Beltgens Garten 2 • 20537 Hamburg
Leiter: Dr. G. Fell (v.i.S.d.P.), e-Mail: gerhard.fell@bags.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 17
7. September 2001**

Zur Meldepflicht bei Hepatitis B und C

Praktische Hinweise für meldende Ärzte und Labore

Eine der wichtigsten Kennzahlen bei der Beobachtung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung ist die Inzidenz, also die Rate der Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, in der Regel innerhalb eines Jahres. Dem Ziel, letztendlich die Inzidenzen von Infektionskrankheiten zu erfassen, sind die Bestimmungen zum Meldewesen im Infektionsschutzgesetzes (IfSG) verpflichtet. Daher grenzt das IfSG bei Krankheiten, bei denen chronische Stadien und asymptomatische Carrier-Zustände vorkommen, die Meldepflicht auf die Diagnose einer akuten Erkrankung ein. Bei Hepatitis B und C gibt es seit Inkrafttreten des IfSG immer wieder Interpretations- und Definitionsprobleme des Begriffes 'akute Erkrankung' und seiner diagnostischen, insbesondere auch labordiagnostischen Befund-Korrelate.

Aus diesem Grund hat das Robert Koch Institut unlängst Kriterien als Hilfe für die Abgrenzung der (meldepflichtigen) akuten HBV- und HCV-Infektionen von den nicht akuten Infektionen vorgelegt.

Hieraus ergeben sich folgende Klarstellungen für die Handhabung der Meldepflichten:

Hinweise für behandelnde Ärzte in Praxis und Krankenhaus:

Meldepflicht für „akute Virushepatitis“

Für behandelnde Ärzte ist der Erkrankungsverdacht, die Erkrankung oder der Tod an einer **akuten** Virushepatitis meldepflichtig (§ 6, Absatz 1 Nr. 1e IfSG). Die ärztliche Meldepflicht besteht also schon dann, wenn klinische Hinweise auf eine akute Virushepatitis wie erhöhte Serumtransaminasen oder Ikterus vorliegen, ohne dass diese bereits durch entsprechende Erregernachweise bestätigt wurde. Üblicherweise wird sich ein klinischer Hepatitis-Verdacht nicht bereits auf einen bestimmten Hepatitis-Erreger beziehen können, sondern hier ist zur weiteren Differenzierung die Labordiagnose erforderlich.

Liegt dem Arzt nach erfolgter Verdachtsmeldung im Verlauf der Diagnostik das Ergebnis vor, dass es sich um eine chronische Hepatitis B handelt, besteht für ihn die Verpflichtung, dem Gesundheitsamt unverzüglich mitzuteilen, dass sich die Verdachtsmeldung einer **akuten** Virushepatitis nicht bestätigt hat (§ 8 Abs. 5 IfSG).

Liegt dem Arzt dagegen ein HCV-Nachweis aus dem Labor vor, so erlaubt dieser für sich alleine genommen in der Regel bisher noch keine Differenzierung zwischen akuter und chronischer Infektion. Laut RKI ist in solchen Fällen immer dann von einer Meldepflicht auszugehen, wenn die Labor-Diagnose "HCV-Erkrankung" **erstmalig** bei diesem Patienten gestellt wird. Eine Meldung soll auch dann erfolgen, wenn anamnestische Hinweise auf frühere

HCV-typische Expositionsrisiken (z.B. i.v. Drogengebrauch) oder auf frühere klinische Zeichen einer akuten Hepatitis (z.B. Ikterus) vorliegen, aber eine Hepatitis C bisher noch nicht labordiagnostisch gesichert wurde. Diese Festlegung kann die Miterfassung chronischer HCV-Erkrankungen nicht völlig ausschließen, aber sie ist geeignet, die Entscheidung über die Meldepflicht eines Hepatitis C-Befundes zu standardisieren und damit auch standardisierte und vergleichbare Morbiditätsdaten zu produzieren.

Damit Labore ihren Meldeverpflichtungen sinnvoll nachkommen können, ist es von größter Wichtigkeit, dass der einsendende Arzt bei einer Untersuchung auf Hepatitis C dem Labor mitteilt, ob ihm eine chronische Hepatitis C bei dem Patienten bekannt ist. Hierzu ist er ausdrücklich gesetzlich verpflichtet (§ 9 Abs. 2, letzter Satz).

Hinweise für Labore:

Meldepflicht für Hepatitis B-Virus-Nachweise

Nach § 7 Absatz 1 IfSG sind für Labore nur solche HBV-Erregernachweise meldepflichtig, die auf eine akute Infektion hinweisen.

Akute Infektionen können bei der Hepatitis B durch die verfügbaren Tests in der Regel gegenüber einer chronischen Infektion abgegrenzt werden. Folgende Befunde deuten auf eine akute Hepatitis B und ziehen demnach in jedem Fall eine Meldung nach sich:

- Der HBc-IgM-Antikörper-Nachweis
- Der Nukleinsäure-Nachweis bzw. HBs-Antigen-Nachweis bei Kenntnis von Hinweisen auf eine akute Infektion. Dies sind das Vorliegen eines klinischen Bildes mit Ikterus oder erhöhten Serumtransaminasen und/oder der Nachweis von HBc-IgM-Antikörpern

Der alleiniger HBs-Antigen-Nachweis bzw. Nukleinsäure-Nachweis bei fehlenden Hinweisen auf eine akute Infektion bzw. alleinige reaktive Ergebnisse in Antikörper- bzw. Antigen-Suchtests ohne nähere klinische Angaben sind laut RKI keine hinreichenden Kriterien für eine akute Hepatitis B-Neuinfektion und sollten daher nicht gemeldet werden.

Meldepflicht für Hepatitis-C-Virus-Nachweise

Da es für Hepatitis C bislang keine labordiagnostischen Methoden gibt, eine akute von einer chronischen Infektion zu unterscheiden, begründet laut RKI

- jeder HCV-Antikörper-Nachweis sowie
- jeder HCV-Nukleinsäure-Nachweis

zunächst eine Meldepflicht, es sei denn, es ist dem Labor bekannt, dass eine chronische Infektion vorliegt. Diese Zusatzinformation muss dem Labor wie bereits erwähnt vom einsendenden Arzt mitgeteilt werden. Ein Antikörper-nachweis z. B. mittels ELISA sollte durch einen Zusatztest wie z. B. Immunoblot bestätigt sein.

Auf eine Meldung eines HCV-Antikörper- oder HCV-Nukleinsäure-Nachweis kann nur dann verzichtet werden, wenn das Labor bei dem gleichen Patienten diesen Befund bereits früher erhoben und gemeldet hat bzw. die Information vorliegt, dass dem einsendenden Arzt eine chronische Infektion bekannt ist.

Aufgabe der Gesundheits- und Umweltämter im Rahmen der Infektionskrankheiten-Surveillance

Die Gesundheits- und Umweltämter sollen im Endeffekt entscheiden, ob sich hinter einer Meldung ein Fall einer Neuerkrankung, der in den Datenbestand aufzunehmen ist, verbirgt oder nicht. Dazu benötigen sie zwingend sowohl die Informationen über die klinischen und anamnestischen Befunde, die sie über die Meldung der behandelnden Ärzte erhalten, als auch die dazugehörige Befund-Meldung aus dem Labor – also normalerweise zwei Meldungen pro Erkrankungsfall. Liegen alle diese Informationen vor, wird die Übereinstimmung mit den Kriterien der bundeseinheitlichen Falldefinitionen geprüft.

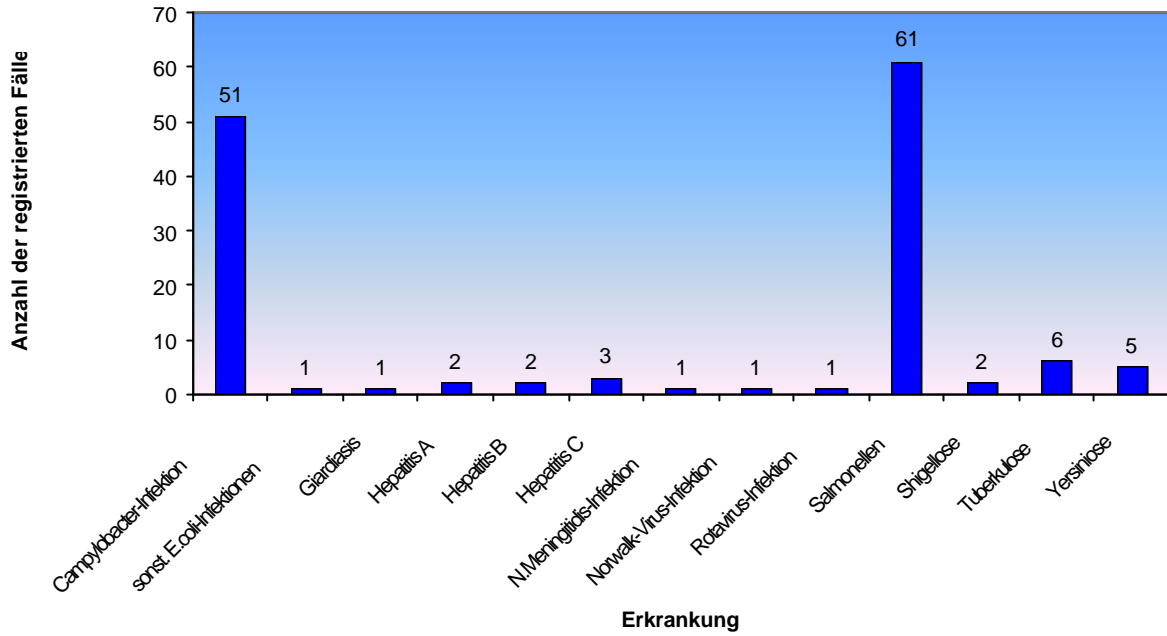
Sind die Kriterien der Falldefinitionen erfüllt, findet der Fall Eingang in den Datenbestand und wird anonymisiert aber mit den im IfSG vorgeschriebenen Zusatzangaben über die zuständige Landesstelle an das RKI übermittelt. Um einen Eindruck von der Komplexität dieser Falldefinitionen zu erlangen, lohnt ein Blick auf die Homepage des RKI (www.rki.de), wo diese unter der Stichwortfolge „Gesundheit und Krankheit“, „Infektionskrankheiten“, „Infektionsschutzgesetz“ verfügbar sind. Unter dem Stichwort „Infektionskrankheiten“ finden sich dort auch Merkblätter für Ärzte mit nützlichen Informationen zu Hepatitis A, B und C und zu anderen Infektionskrankheiten.

Übersicht über die erfassten Erkrankungsfälle in Hamburg 2001

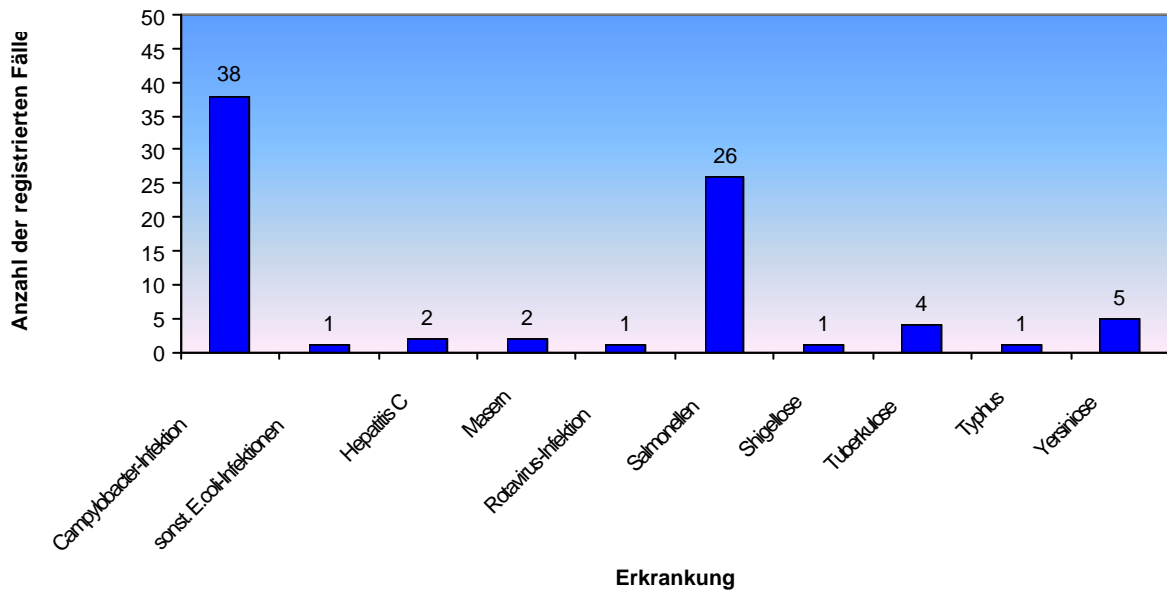
Nachfolgend die aktuelle Übersicht über die in Hamburg registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten der Kalenderwochen 34 und 35, sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 34. Bei den beiden Masern-Fällen in der 35. KW handelt es sich um zwei ungeimpfte Kinder im Alter von drei und fünf Jahren ohne epidemiologischen Zusammenhang. Der in der 35. KW gemelde-

te dritte Typhus-Fall in Hamburg ist auf eine Infektion im Ausland zurückzuführen.

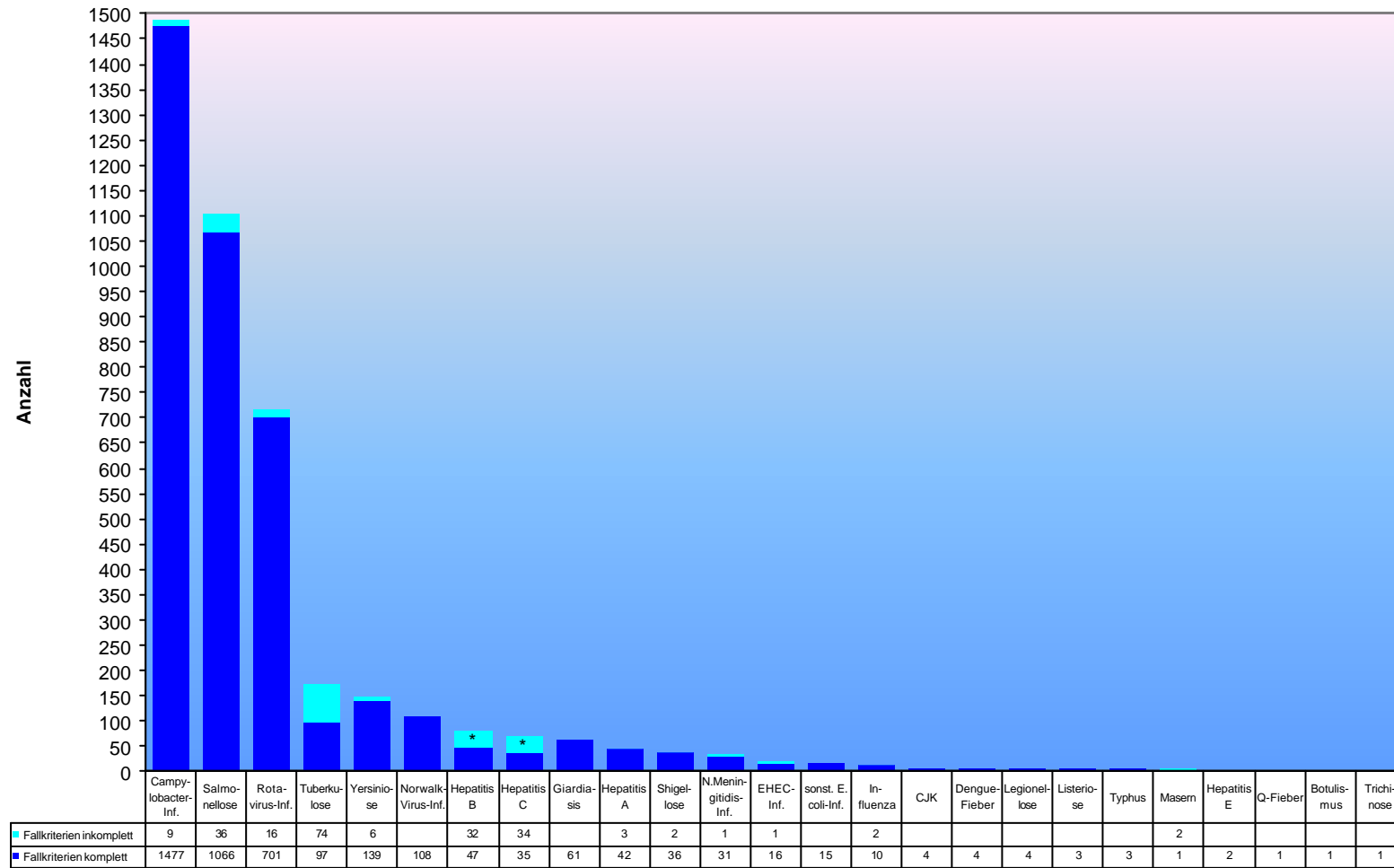
Registrierte Erkrankungen Hamburg 2001, 34. KW (n=137) - vorläufige Angaben



Registrierte Erkrankungen Hamburg 2001, 35. KW (n=81) - vorläufige Angaben



Registrierte Erkrankungsfälle Hamburg KW 1 - 34 kumulativ (n= 4123) - vorläufige Angaben



Erkrankungen

* einschl. reine Labornachweise ohne Symptomatik