

Stellungnahme: Unzureichende Datenlage zur Lyme-Borreliose – Fehlende Meldepflicht

von Jutta Zacharias

Vorbemerkung

Seit vielen Jahren wird von den Borreliose-Selbsthilfeorganisationen sowie von einigen Wissenschaftlern und Medizinern die Aufnahme der Lyme-Borreliose in das Infektionsschutzgesetz gefordert. Denn diese in Deutschland weit verbreitete Infektionskrankheit ist bislang nur in den ostdeutschen Bundesländern aufgrund einer landesrechtlichen Regelung meldepflichtig.

Am 15.6.2006 verabschiedete die Mitgliederversammlung des Bundesverband Zecken-Krankheiten e.V. (BZK) eine „Stellungnahme zur Verbesserung der Kenntnisse über das Infektions- und Erkrankungsrisiko der Lyme-Borreliose – Aufnahme in das Infektionsschutzgesetz“, in der die Forderung nach einer bundesweiten Meldepflicht detailliert begründet wird und zudem eine Erweiterung der Falldefinitionen für die landesrechtlichen Meldungen gefordert wird. Die von mir damals in meiner Funktion als Mitglied des Beirats des BZK verfasste Stellungnahme ging in der Folge den zuständigen Stellen sowie den Landtags- und Bundestagsfraktionen zu. Auf dieser Grundlage fanden zahlreiche Gespräche mit den Verantwortlichen statt.

Das Robert-Koch-Institut hat die Falldefinitionen für die landesrechtliche Meldepflicht zum 1.1.2009 erweitert, wobei diese m.E. immer noch nicht ausreichend sind, um ein annähernd realitätsnahes Bild der jährlichen Neuerkrankungsrate abzubilden. Auch eine bundesweite Meldepflicht der Lyme-Borreliose ist offensichtlich nach wie vor vom Bundesgesundheitsministerium nicht geplant.

Deshalb habe ich eine Überarbeitung der damals von mir verfassten Stellungnahme vorgenommen, in der auch auf die veränderten Falldefinitionen eingegangen wird.

I. Einleitung

Nach Schätzungen des Nationalen Referenzzentrums für Borrelien und des Robert-Koch-Instituts erkranken jedes Jahr in Deutschland etwa 60.000 bis 100.000 Menschen an einer Lyme-Borreliose (auch „Lyme-Krankheit“ oder verkürzt „Borreliose“ genannt), wobei wegen einer unzureichenden Datenlage von einer weitaus höheren Dunkelziffer auszugehen ist. Die Lyme-Borreliose ist eine multiorganische und systemische Erkrankung, die vom Grunde her alle Organe befallen kann, sich aber vor allem im Bereich der Haut, der Nerven, des Gelenk-, Sehnen und Muskelsystems und des Herzens manifestiert. Nach wie vor sind zahlreiche Fragen zur Pathogenese sowie zu den möglichen Persistenzmechanismen dieser Krankheit offen. Das vorhandene Studienmaterial weist jedoch darauf hin, dass die Lyme-Borreliose eine vom Grunde her zur Chronifizierung neigende Erkrankung ist. Ein Borreliose-Impfstoff ist bislang nicht auf dem Markt und wird nach Expertenmeinung auch in naher Zukunft nicht zur Verfügung stehen. Schutzmaßnahmen gegen Zeckenstiche sind nur eingeschränkt wirkungsvoll und werden häufig wegen einer schlechten Praktikabilität nicht durchgeführt.

Vor diesem Hintergrund kommt sowohl einer bundesweiten wie auch regionalen Erhebung des Infektions- und Erkrankungsrisikos eine zentrale Bedeutung zu, da sich daraus entsprechende Maßnahmen zur primären und sekundären Prävention ableiten.

Das Datenmaterial zur Durchseuchung der Zecken sowie zur Seroprävalenz (positive Serologie in der Bevölkerung), Inzidenz (jährliche Neuerkrankungsrate) und Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) ist in Deutschland jedoch äußerst unzureichend, weshalb das tatsächliche Infektions- und Erkrankungsrisiko unklar ist.

Das Robert-Koch-Institut führte in seinem Bericht „Surveillance of Lyme borreliosis in Germany, 2002 and 2003“ aus, dass die Lyme-Borreliose eine potenziell ernste Infektion ist, häufig in Deutschland vorkommt, wobei aber nur wenige Daten über ihr Auftreten, ihre Verbreitung und ihre klinische Manifestationen verfügbar wären. Es wird weiter ausgeführt, dass die Meldedaten der ostdeutschen Bundesländer ein wichtiger Beitrag wären, um diesbezüglich bessere Informationen zu erhalten.

In einer Beantwortung einer Landtagsanfrage wird vom Baden Württembergischen Ministerium für Arbeit und Soziales 2006 (Drucksache 14/435) u.a. angegeben:

„Genaue Zahlen über die Häufigkeit von Borreliose-Erkrankungen (Inzidenz) stehen nicht zur Verfügung, da in Deutschland keine bundesgesetzliche Meldepflicht für Borreliose besteht. Aufgrund von Schätzungen ist von einer Erkrankung auf 1.000 bis 2.000 Einwohner pro Jahr auszugehen. In einigen Landesteilen, wie im Kraichgau, liegen allerdings weit höhere Inzidenzen vor (1 auf 200 Einwohner pro Jahr). Insgesamt muss man in Baden-Württemberg mit ca. 5.000 bis 10.000 Borreliose-Erkrankungen pro Jahr rechnen. Ebenso ist unklar, wie häufig sich bei einer unbehandelten oder unzureichend mit Antibiotika therapierten Lyme-Borreliose späte Erkrankungsformen entwickeln. Denn aufgrund einer unzuverlässigen Studienlage, Probleme bei der Diagnose und Therapiekontrolle und einer fehlenden bundesweiten Meldepflicht gibt es hierzu keinerlei zuverlässige Angaben.“

a) Fehlende bundesweite Meldepflicht

Die Lyme-Borreliose wurde bislang nicht in das Infektionsschutzgesetz aufgenommen, sondern ist nur aufgrund landesrechtlicher Regelungen in den ostdeutschen Ländern meldepflichtig. Die diesen Meldungen zugrunde liegenden Falldefinitionen führten lt. den Ausführungen des Robert-Koch-Instituts im Epidemiologischen Bulletin Nr. 38 vom September 2007 zu einer Untererfassung der jährlichen Inzidenz. Zum 1.1.2009 wurden die Falldefinitionen deshalb erweitert, sind jedoch nach wie vor nicht geeignet, eine auch nur annähernd realitätsnahe Erfassung der jährlichen Neuerkrankungsrate zu gewährleisten.

b) Fehlende aktuelle Daten über die Durchseuchung der Zecken

Eine Infektion mit der durch die Schildzecke *Ixodes ricinus* („gemeiner Holzbock“) übertragenen Spirochäte *Borrelia burgdorferi* ist in ganz Deutschland möglich. Es wird davon ausgegangen, dass im Bundesdurchschnitt etwa 20% der adulten Zecken Borrelienträger sind, wobei der Durchseuchungsgrad je nach Region etwa 10% bis 50% betragen kann. Es fehlen jedoch nicht nur aktuelle regionale Daten, sondern auch ausreichendes Studienmaterial über einen möglichen Anstieg der Zeckenpopulationen sowie der Zecken-Durchseuchung mit *Borrelia burgdorferi*.

c) Unzureichende Kenntnisse über das Infektionsrisiko und Erkrankungsrisiko

Im Umweltforschungsplan des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit „Mögliche Auswirkungen von Klimaveränderungen auf die Ausbreitung von primär humanmedizinisch relevanten Krankheitserregern über tierische Vektoren sowie auf die wichtigen Humanparasiten in Deutschland 2003“ wird u.a. ausgeführt:

„Sichere Angaben sind jetzt indessen für die Transmissionsrate von Borrelien verfügbar.“ Und weiter: „Legt man die Werte einer Zeckenbefallsrate von über 30% und eine Transmissionsrate von ca. 25% zugrunde, ist davon auszugehen, dass in Borrelien-Hochendemiegebieten ca. jeder 10. Zeckenstich zu einer Borrelien-Infektion führt.“

In einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation von 2006 wird angegeben, dass etwa 5,6% der deutschen Bevölkerung eine positive Borrelien-Serologie aufweisen würde. Unter Zugrundelegung dieser Daten hätten über vier Millionen Einwohner schon einmal Kontakt mit dem Erreger gehabt. Das europäische Studienmaterial weist darauf hin, dass es etwa bei 30% bis 70% der Infektionen zu einer manifesten Erkrankung kommt. G. Stanek von der Universität Wien gibt in einem Übersichtsartikel aus dem Jahr 2002 an (Auszug): „Wenn man die Übertragungsquote von Borrelien auf den Menschen nach Zeckenstich studiert und die Borrelien-Infektion der Zecke mittels Immunfluoreszenz, Nukleinsäureamplifikationstests und/oder Kultur ermittelt, dann findet man, dass nach dem Stich durch eine Borrelien-infizierte Zecke 36% der betroffenen Personen infiziert werden und 75% mit klinischen Symptomen erkranken.“

Würde man lediglich einen Mittelwert von etwa 50% Erkrankungsrisiko nach einer erfolgten Infektion zugrunde legen, so würde das bedeuten, dass von mindestens 4 Millionen Einwohnern, die eine positive Borrelien-Serologie aufweisen, mindestens zwei Millionen Menschen in Deutschland entweder in der Vergangenheit oder aktuell von dieser Krankheit betroffen waren bzw. sind.

Unklarheiten über die Ursachen des Anstieg der jährlichen Inzidenzrate in den ostdeutschen Bundesländern

Die in den ostdeutschen Bundesländern erhobenen Daten zeigen, dass es zwischen 2002 bis 2006 zu einem Anstieg der gemeldeten Neuerkrankungsrate von etwa 110% gekommen ist, wobei Unklarheit darüber besteht, ob dies auf eine Zunahme der Zeckenpopulation und –durchseuchung, einen tatsächlichen Anstieg der Erkrankung-Fälle oder eine verbesserte Diagnostik und Meldung durch die Ärzte zurückzuführen ist. Um in diesem Bereich weitere Erkenntnisse zu erhalten, wären weitere Datenerhebungen, wie u.a. Abgleichungen der Inzidenzentwicklung mit regionalen epidemiologischen Untersuchungen zur Durchseuchung der Zecken notwendig, die jedoch bislang nicht vorgenommen werden.

Zunahme des Infektions- und Erkrankungsrisikos durch Klimaveränderungen?

Die World Health Organisation (WHO) Europe veröffentlichte Ende 2006 einen Bericht über die Zunahme der Lyme-Borreliose durch Klimaveränderungen in Europa. Es wird hier ausgeführt, dass es dringend notwendig ist, vorbeugende Maßnahmen wie Informationen der breiten Öffentlichkeit durchzuführen, die Kontroll-Tätigkeiten eines europäischen Netzes zu stärken und standardisierte Methoden anzuwenden, um diese als Grundlage für zukünftige Forschungsaktivitäten zur Verfügung zu stellen.

Die UN erwähnt in ihrem jüngsten Bericht über den Klimawandel auch die Zunahme von durch Zecken übertragbaren Erkrankungen, wie Lyme-Borreliose und FSME. (Zweiter Teil des UN Klima Reports 2007)

Im Pressebericht zu einer Tagung des Umweltbundesamtes „Klimawandel kann zur Verbreitung von Krankheitsüberträgern führen“ (Presseinformation Nr. 67/2007) wird u.a. ausgeführt: „Überwachungsprogramme für Überträger - wie Mücken oder Zecken - gibt es nur in einzelnen europäischen Ländern. In Deutschland fehlen sie. Sie sind aber nach Meinung der Fachleute erforderlich, um Gegenmaßnahmen frühzeitig mit Infektionsschutz und dem Umweltschutz in Einklang zu konzipieren und bei Bedarf anwenden zu können“.

II. Forderungen zur bundesweiten Meldepflicht der Lyme-Borreliose

In den Richtlinien der EU zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerkrankungen vom 17.11.03 wird die Lyme-Borreliose als eine überwachungspflichtige (d.h. meldepflichtige) Erkrankung je nach epidemiologischem Ausmaß aufgeführt. (EU-Amtsblatt L 325, Direktive des EU-Parlaments 2003/99/EC)

Aufgrund der bisherigen Datenlage ist davon auszugehen, dass dieses „epidemiologische Ausmaß“ in Deutschland vorhanden ist.

In den USA ist die Lyme-Borreliose seit Anfang der 90er Jahre eine meldepflichtige Erkrankung. Auch zahlreiche europäische Staaten haben bereits seit vielen Jahren eine allgemeine Meldepflicht für diese Erkrankung eingeführt. Es ist deshalb in keiner Weise nachvollziehbar, dass dieses Instrumentarium zur Überwachung von Infektionskrankheiten in Deutschland bei der Lyme-Borreliose nicht bundesweit angewendet wird.

II.1. Es sind die häufigsten in Europa/Deutschland durch Zecken übertragbaren Erkrankungen bzw. Krankheitserreger in das Infektionsschutzgesetz aufzunehmen

Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind bislang unter § 7 folgende namentlich zu meldende (auch) durch Zecken übertragbare Krankheitserreger aufgeführt, bei denen, soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden ist, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen:

- Francisella tularensis (Tularämie),
- FSME-Virus (Frühsommer-Meningoenzephalitis).

Ergänzt werden muss dies durch weitere mögliche Infektionen durch Zecken, wie z.B. humanpathogene Erreger der Ehrlichiose, Babesiose, Rickettsien und insbesondere der Lyme-Borreliose.

II.2. Insbesondere die Lyme-Borreliose ist in das Infektionsschutzgesetz aufzunehmen.

Zuverlässige epidemiologische Erkenntnisse im Rahmen eines Kontrollsystems (u.a. Meldepflicht) sind eine Grundvoraussetzung, um den Gesundheitsbehörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, Ärzten, Tierärzten und Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten als Grundlage für ihre entsprechenden Aktivitäten zur primären und sekundären präventiven Krankheitsverhütung und Prioritätensetzung bei der Diagnose und Therapie zu dienen.

Die bislang unzureichende Datenlage über die Lyme-Borreliose hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass primäre und sekundäre Maßnahmen zur Krankheitsverhütung nur unzureichend umgesetzt wurden. Zur Zeit ist noch kein Borreliose-Impfstoff auf dem Markt. Umso wichtiger ist es, dass ausreichende Maßnahmen ergriffen werden, um eine Infektion und Erkrankung zu verhindern.

- a) Notwendige primäre präventive Maßnahmen vor einem Zeckenstich, wie z.B.:
- Eindämmung der Zeckenpopulation,
 - Eindämmung der Reservoir-Wirte der Zecken bzw. deren Infektionen mit auf den Menschen übertragbaren Infektionserregern,
 - Aufklärung über Schutzmaßnahmen gegen Zeckenstiche,
 - Aufklärung der Ärzte und der Bevölkerung über die Gefahren einer Infektion mit *Borrelia burgdorferi* und den weiteren durch Zecken übertragbaren Krankheiten, ihre Häufigkeit und regionale Verbreitung,
 - Verstärkte Forschungsaktivitäten im Bereich der Impfstoffentwicklung bei der Lyme-Borreliose
- b) Notwendige sekundär präventive Maßnahmen nach einem Zeckenstich, wie z.B.:
- Absuchen des Körpers nach evtl. anhaftenden Zecken,
 - fachgerechte Entfernung einer Zecke,
- c) Notwendige Maßnahmen zur Erkennung, Diagnose und Therapie einer Erkrankung
- Zuverlässige und rechtzeitige Diagnose
 - Rechtzeitige und ausreichende Therapie

(Anmerkung: Die Aufzählung der präventiven Maßnahmen ist nur beispielhaft.)

Die Lyme-Borreliose im Vergleich mit anderen artverwandten Infektionserregern und weiteren durch Zecken übertragbaren Infektionskrankheiten

Nach dem Infektionsschutzgesetz sind einige andere durch Zecken übertragbare Krankheiten bundesweit meldepflichtig.

- Der direkte oder indirekte Nachweis einer Infektion mit dem FSME-Virus (Krankheit: Frühsommer-Meningoenzephalitis) ist nach dem IfSG, § 7 namentlich zu melden. Es wurden 2005 etwa 500 Neuerkrankungsfälle gemeldet. Die jährliche Neuerkrankungsrate der Lyme-Borreliose liegt somit mindestens 100 bis 200 Mal höher. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch nicht jede FSME-Infektion zu einer Erkrankung führt. Es wird davon ausgegangen, dass die FSME in 1/3 bis 2/3 der Fälle asymptomatisch verläuft, d.h. zu keiner Erkrankung führt. Hierzu Hohlbach und Oehme: "Bei diesen Erregerprävalenzen liegt das Risiko, nach Zeckenstich an FSME zu erkranken, um 1:10000 und das Risiko für eine Lyme-Borreliose um 1:100, Letzteres unter Voraussetzung einer mindestens zwei- bis dreitägigen Adhäsionszeit der Zecke." (9)

Ebenso ist eine Infektion bzw. Erkrankung an einigen eng mit *Borrelia burgdorferi* verwandten Spirochäten nach dem Infektionsschutz bundesweit zu melden.

- *Borrelia recurrentis* gehört wie *Borrelia burgdorferi* zur Gruppe der Borrelien. Nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 IfSG muss der direkte oder indirekte Nachweis von *Borrelia recurrentis* (Krankheit: Läuse-Rückfallfieber) namentlich gemeldet werden, sobald es Hinweise auf eine akute Infektion gibt. Im Jahr 2004 wurde nach Angaben des RKI lediglich ein Fall von Läuse-Rückfallfieber gemeldet. Die Ansteckung erfolgte hier offensichtlich im Ausland.

- Der Nachweis einer Infektion durch den Krankheitserreger *Treponema pallidum* (Krankheit: Syphilis), der eng verwandt mit *Borrelia burgdorferi* ist, muss nach dem IfSG namentlich gemeldet werden. Für das Jahr 2005 werden die gemeldeten Fälle vom Robert-Koch-Institut mit 3200 angegeben. Die jährliche Neuerkrankungsrate der artverwandten Borreliose ist somit etwa 20 bis 30 Mal höher als eine Neuinfektion mit *Treponema pallidum*.
- Eine Infektion mit *Leptospira interrogans* (Krankheit Leptospirose) ist nach dem IfSG namentlich zu melden. Nach Angaben des RKI wurden im Jahr 2005 etwa 58 Leptospirose-Fälle gemeldet. Eine Erkrankung durch *Borrelia burgdorferi* kommt etwa 2000 Mal häufiger vor.

III.2. Bundeseinheitliche Meldepflicht der Lyme-Borreliose notwendig

Das IfSG sieht vor, dass die Meldepflicht für bestimmte weitere Erreger durch eine Landesverordnung der Bundesländer ausgeweitet werden kann. Von der Einführung einer Meldepflicht für die Lyme Borreliose haben jedoch bislang nur die neuen Bundesländer Gebrauch gemacht.

Bislang haben die westdeutschen Bundesländer, wie z.B. Niedersachsen, eine landesrechtliche Melderegulation abgelehnt. Wie dem Beschluss des Niedersächsischen Landtags vom 18.5.2005 (Drs. 15/1939) zu entnehmen ist, bestehen mehrere Vorbehalte gegen eine Aufnahme in das Infektionsschutzgesetz oder eine landesrechtliche Regelung in den betreffenden westdeutschen Bundesländern, die wie folgt umrissen werden können:

- Es wird angeführt, dass vor dem Hintergrund der Verwaltungsmodernisierung und des Bürokratieabbaus eine Einführung der Meldepflicht für Borrelien – ob namentlich oder anonym – nicht zu befürworten sei. Diese Argumentation ist nicht nachvollziehbar. Denn es liegt in der Natur der Sache, dass der „bürokratische“ Aufwand für die Meldungen von häufig auftretenden Infektionskrankheiten größer als bei selteneren Infektionen ist. Es wäre jedoch gesundheitspolitisch bedenklich und würde die Ziele eines Infektionsschutzgesetzes kontakarisieren, wenn in das IfSG nur Infektionskrankheiten aufgenommen würden, die selten vorkommen und deshalb bei der Meldung keinen großen Aufwand für die Beteiligten verursachen.
- Weiter wird angegeben, dass sich bei der Borreliose die Feststellung einer Erkrankung nicht nur auf den Laborbefund stützt und deshalb die Meldung kompliziert sein könnte. Auch dieses Argument ist nicht nachvollziehbar. Denn bei einer Reihe weiterer Krankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig sind, sagt ein positives serologisches Ergebnis nichts über eine akute Erkrankung aus. Wenn diagnostische Probleme festgestellt werden, dann sollte das zur Folge haben, dass alle erdenklichen Anstrengungen unternommen werden, um die Diagnostik zu verbessern. Aber es wäre gesundheitspolitisch bedenklich, wenn Infektionserkrankungen nur deshalb nicht ins Infektionsschutzgesetz aufgenommen werden, weil der Nachweis einer Erregeraktivität schwierig ist.
- Ausgeführt wird weiter, dass mit einer namentlichen Meldepflicht der öffentliche Gesundheitsdienst im Einzelfall in die Lage versetzt würde, Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung zu ergreifen. Dies würde in erster Linie für Infektionen gelten, die von Mensch zu Mensch übertragbar sind. Würde ein Fall einer Borreliose bekannt, so stünden dem keine konkreten Maßnahmen gegenüber, eine Weiterverbreitung zu

verhindern. Dieses Argument dürfte kaum haltbar sein, da im Infektionsschutzgesetz grundsätzlich auch nicht von Mensch zu Mensch übertragbare Infektionen aufgeführt sind. Dies sind u.a. die Leptospirose und die FSME.

- Es wird zudem angegeben, dass es ist nicht abschätzbar wäre bis wann für Europa ein Borreliose-Impfstoff marktreif sein würde. Auch diese Argumentation ist nicht nachvollziehbar. Denn es gibt gegen einige der im IfSG aufgeführten Infektionskrankheiten, wie der Syphilis, dem Läuserückfallfieber oder HIV, bislang auch noch keinen Impfschutz. Wenn zur Bekämpfung einer Infektionskrankheit bislang kein Impfstoff vorhanden ist, so müssen alle erdenklichen Maßnahmen ergriffen werden, um durch anderweitige Maßnahmen das Infektions- wie auch die Erkrankungsrisiko zu reduzieren. Das kann jedoch nicht als Begründung für eine Ablehnung einer bundesweiten Meldepflicht dienen.

Von Gegnern einer bundesweiten Borreliose-Meldepflicht wird zudem häufig erklärt, dass nicht jede Infektion mit *B. burgdorferi* auch zu einer manifesten Erkrankung führen würde, weshalb objektivierbare Parameter zur Feststellung einer Inzidenz fehlen würden. Auch diese Argumente sind nicht nachvollziehbar, da im Infektionsschutz zahlreiche Infektionskrankheiten aufgeführt sind, bei denen eine Infektion nicht immer auch zu einer (schweren) Erkrankung führt.

- Da z.B. auch Infektion mit dem FSME-Virus nicht in jedem Fall zu einer Erkrankung, führt, basieren die entsprechenden Falldefinitionen auch hier nicht nur auf labor diagnostischen Nachweisen sondern auch auf klinischen Kriterien.
- Eine Infektion mit dem artverwandten Erreger *T. pallidum* ist nach dem IfSG nicht namentlich zu melden. Nach den Ausführungen des RKI führen nur etwa die Hälfte aller Infektionen mit *T. pallidum* zu einem symptomatischen Verlauf. Dies ist vergleichbar mit der Lyme-Borreliose. Eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi* führt etwa bei 30% bis 70% der Fälle zu einem symptomatischen Verlauf.

Solche Argumentationen ignorieren, dass ein Meldesystem keinen Selbstzweck erfüllt. Ein Surveillance-System im Gesundheitsbereich muss vom Grunde her mehrere aufeinander abgestimmte Maßnahmen beinhalten, die nur in ihrer Gesamtheit wesentliche Informationen über ein (erhöhtes) Infektions- und Erkrankungsrisiko sowie daraus abzuleitende primären und sekundären Präventionsmaßnahmen ermöglichen. Beispiele gibt es hierzu in anderen Bereichen, wie z.B. bei den nosokomialen Infektionen. So sind auch bei der Lyme-Borreliose mehrere aufeinander abgestimmte Maßnahmen notwendig, die neben einer bundesweiten Meldepflicht auch Studien und Untersuchungen zur Zeckenpopulation, zu den zeckenbegünstigenden Habitaten, zur Durchseuchung der Zecken, zur Inzidenz im Verhältnis zur Seroprävalenz usw. beinhalten müssen.

Einschränkungen ergeben sich zudem grundsätzlich bei Meldungen nach dem IfSG. Sie sind jedoch nicht auf den Bereich Lyme-Borreliose begrenzt. Dies sind u.a.:

- Falldefinitionen für eine Meldepflicht müssen sich zwar eng an der Einzelfalldiagnostik orientieren. Die Kriterien sind jedoch schon allein aus Gründen der Praktikabilität und Zuverlässigkeit bei den Meldungen meist enger gefasst, als dies für eine individuelle Einzeldiagnostik notwendig ist.

- Das Meldeverhalten der Ärzte ist sehr unterschiedlich. Wesentliche Faktoren dürften hierbei auch sein: die Verständlichkeit der Falldefinitionen, die Handhabbarkeit der Meldebögen sowie ein ausreichendes Wissen der Ärzte über die Krankheit sowie deren Diagnose.
- Erkrankungen, die nach dem IfSG meldepflichtig sind, können von einem Arzt übersehen oder fehldiagnostiziert werden.

III. Nach wie vor unzureichende Falldefinitionen als Grundlage für die zur Zeit gültige landesrechtliche Meldung

Die vom RKI entwickelten Falldefinitionen zur landesrechtlich geregelten Meldung der Lyme-Borreliose sind trotz einer Überarbeitung zum 1.1.2009 immer noch unzureichend. Danach ist nur das Erythema migrans, die frühe Neuroborreliose und die Lyme-Arthritis meldepflichtig.

a) Krankheitsbilder:

In der vorhergehenden Falldefinition wurde nur das Erythema migrans sowie die frühe Neuroborreliose berücksichtigt. Die ab 1.1.2009 geltenden Falldefinitionen wurden nun erweitert, indem nun auch die Lyme-Arthritis aufgenommen wurde.

Die Lyme-Arthritis wird in den Falldefinitionen definiert als erstmalig (gegebenenfalls intermittierende) auftretende Mon- oder Oligoarthritis mit Erguss unter Ausschluss von Arthritiden anderer Genese (reaktive Arthritiden und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Das ist jedoch eine unzureichende Definition der im frühen Stadium auftretenden Gelenk- und Muskelerkrankungen bzw. -symptome. Denn hier werden für das früh disseminierte Stadium vor allem angegeben: „Die rheumatologischen Frühsymptome (Stadium II) von seiten des Bewegungsapparates sind in dieser Phase typischerweise flüchtig und äußern sich durch "wandernde", zum Teil heftige Arthralgien und Myalgien, die jeweils wenige Stunden bis einige Tage lang anhalten. Gelenkschwellungen werden in diesem Stadium nur selten beobachtet.“ Burmester, Gerd-Rüdiger; Kamradt, Thomas; Krause, Andreas; Priem, Susanne: Die Lyme-Arthritis: Klinik, Diagnose und Therapie, Deutsches Ärzteblatt 1998)

Nicht berücksichtigt wurde zudem:

- Wenn das Erythema migrans nicht aufgetreten ist oder übersehen wurde, kann sich die Lyme-Borreliose ähnlich wie die FSME erstmalig mit „grippeähnlichen Symptomen“ (ohne Husten und Schnupfen) bemerkbar machen. Während bei der FSME diese Symptomatik jedoch bei den Falldefinitionen angegeben wird, ist dies bei der Lyme-Borreliose nicht der Fall.
- Ebenso wurde das gerade bei Kindern häufiger auftretende Frühsymptom in Form eines Borrelien-Lymphozytoms nicht berücksichtigt. (siehe hierzu auch DGN: Leitlinien Neuroborreliose 2008)
- Es kann bei einem Teil der Fälle zu einer Mitbeteiligung des Herzens kommen. Auch diese Erkrankung fehlt in den Falldefinitionen. (siehe hierzu auch DGN: Leitlinien Neuroborreliose 2008)

b) Diagnosekriterien

In der früheren Version wurden vor allem die geforderten diagnostischen Kriterien für die Meldung der frühen Neuroborreliose als unzureichend angesehen. Nun wird als weitere Änderung in den neuen Falldefinitionen der labordiagnostische Nachweis einer lymphozytären Pleozytose und der Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper bei der Hirnervenlähmung für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre nicht mehr gefordert. Das mag zwar bei dieser Altersgruppe zu einer besseren Erfassung führen.

Da diese Ausnahme-Regelung jedoch bei Erwachsenen nicht angewendet wird, sondern die vorherigen Kriterien weiterhin Geltung haben, dürfte es in diesem Bereich auch weiterhin zu einer „Untererfassung“ kommen.

Mit den ab 1.1.2009 gültigen Falldefinitionen wird es deshalb weiterhin zu einer Unterfassung der tatsächlichen jährlichen Neuerkrankungen kommen. Auch wenn darauf hingewiesen wird, dass diese Falldefinitionen nicht für die Einzelfalldiagnostik geeignet sind, besteht trotzdem die Gefahr, dass die behandelnden Ärzte der Meinung sind, es würden lediglich die in diesen Falldefinitionen angeführten frühen Erkrankungsformen im Rahmen einer Lyme-Borreliose vorkommen. Diese Gefahr ist vor allem deshalb vorhanden, weil es bislang keine allgemein akzeptierte Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Lyme-Borreliose in Deutschland gibt.

Meißen, 13.3.2009

Jutta Zacharias

E-Mail: jzacharias@freenet.de

Homepage: www.zecken-borreliose.de