

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/1243

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Familie und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein



Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung
Postfach 70 61 | 24170 Kiel

An den
Vorsitzenden des Sozialausschusses
Herrn Peter Eichstädt, MdL
- Landeshaus -
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Kiel, 31. Mai 2013

Sitzung des Sozialausschusses am 16. Mai 2013
betr. TOP 7 „Borreliose in Schleswig-Holstein“, Antrag der Fraktion der FDP

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

der Bitte des Ausschusses nachkommend, übersende ich den o.g. Bericht.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kristin Alheit', written in a cursive style.

Kristin Alheit

Ministerin

Anlagen: 1

Sozialausschuss-Sitzung am 16.05.2013

TOP 7 Borreliose in Schleswig-Holstein, Antrag der Fraktion der FDP

Sachstand:

Für die Lyme-Borreliose besteht keine bundesweite Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Für Schleswig-Holstein liegen keine Meldezahlen vor.

Hintergrund von Meldepflichten

Für die **Einführung einer Meldepflicht** müssen folgende grundsätzliche Überlegungen angestellt werden.

- a) Tritt eine Erkrankung auf, die übertragbar ist und Gesundheitsgefahren für Dritte birgt, sind unmittelbare Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zur Abwehr dieser Gesundheitsgefahren erforderlich, z.B. Anordnung von Schutzmaßnahmen oder Durchführung von Riegelungsimpfungen. Das Veranlassen von Maßnahmen setzt eine Kenntnis des ÖGD über das Krankheitsgeschehen voraus und erfordert Ermittlungen im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen. Eine **namentliche Meldepflicht** ist also die Voraussetzung für **Maßnahmen des ÖGD**.
- b) Soll die **epidemiologische Entwicklung beurteilt** und allgemeine Aussagen zur Infektionsprävention abgeleitet werden, so kann eine **nichtnamentliche Meldung** von Erkrankungen oder Erregernachweisen sinnvoll sein.

Dementsprechend sieht das Infektionsschutzgesetz (IfSG) unterschiedliche Melde-modalitäten vor. Die Einführung einer Borreliose-Meldepflicht könnte eine Aussage zur epidemiologischen Entwicklung zulassen, ohne dass bestehende Präventionsempfehlungen zu ändern wären.

Bestehende Meldepflichten in anderen Ländern:

Zunächst haben die östlichen Bundesländer aus historischen Gründen von der Möglichkeit der Ausweitung der Meldepflicht gemäß §15(3) IfSG Gebrauch gemacht.

Die Lyme-Borreliose ist in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen meldepflichtig.

In Rheinland-Pfalz und im Saarland wurde im Juni 2011 ebenfalls von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und eine nichtnamentliche Meldepflicht (ohne Ermittlungsaufgabe für den ÖGD) eingeführt. Dies erfolgte im Zusammenhang mit einer Studie, die die Belastung von Zecken mit FSME-Viren und mit Borrelien untersuchen soll. Im Rahmen dieser Studie soll eine Korrelation zu menschlichen Infektionen ermittelt werden.

Nach Abschluss der Studie ist eine Evaluation der Meldepflicht vorgesehen.

In Bayern wurde im März 2013 ebenfalls eine nichtnamentliche Meldepflicht eingeführt. Die gewonnenen Daten werden mit Sentinel-Daten abgeglichen und so die Aussagekraft der Meldepflicht überprüft.

Die Meldepflicht ist zunächst befristet. Hier ist – ebenso wie in Rheinland-Pfalz und im Saarland- eine Evaluation vorgesehen.

Die Borreliose als Folge eines Zeckenstichs ist ein seit langem bekanntes Problem. Für eine frühzeitige Behandlung ist es ausschlaggebend, dass die Krankheit in der Ärzteschaft bekannt ist. Dies setzt nicht zwingend eine Meldepflicht voraus.

Grundsätzlich muss bei einem Zeckenstich von einem potenziellen Borreliose-Infektionsrisiko ausgegangen werden.

Daher bestehen Präventionsempfehlungen wie

- Tragen heller Kleidung
- Absuchen des Körpers nach Aufenthalt im Freien
- frühzeitiges Entfernen vorhandener Zecken ohne diese zu Quetschen (a-traumatisch)

Diese bereits bestehenden Präventionsempfehlungen würden durch die Kenntnis der Häufigkeit der Erkrankung nicht verändert werden.

Die Empfehlung einer Impfung für bestimmte Regionen würde es z. B. nicht geben, da derzeit keine Impfung gegen Borreliose verfügbar ist.

Zur Verhinderung von Spätfolgen einer Borreliose-Infektion sind die Diagnose und die Einleitung einer wirksamen Therapie entscheidend. Hier kommt erschwerend hinzu, dass die Labordiagnostik nicht so eindeutige Ergebnisse liefert, wie dies für eine sichere Beurteilung erforderlich wäre. Es fehlt bislang ein eindeutiger Aktivitätsmarker, der es erlauben würde, Krankheitsverlauf und Therapieerfolg ausschließlich mit serologischen Testergebnissen hinreichend sicher zu beurteilen. Dadurch wird den behandelnden Ärzten die Interpretation von Laborergebnissen erschwert.

Die Datenlage ist sicherlich insgesamt verbesserungswürdig. Eine Meldepflicht ermöglicht jedoch nur dann verlässliche Aussagen, wenn sie konsequent befolgt wird und belastbare Daten resultieren.

Das RKI hat im Jahr 2007 und im Jahr 2010 Zusammenfassungen der aus den östlichen Bundesländern gemeldeten Borreliose-Erkrankungen publiziert. Diese zeigen starke Schwankungen. Das RKI weist in den Publikationen auf die in ihrer Auswirkung unklaren Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Meldedaten hin (Sensibilisierung der Bevölkerung, diagnostische Erfahrung, Meldebereitschaft).

Insofern erscheint die Durchführung von Studien zur Ermittlung des Infektionsrisikos geeigneter als eine Meldepflicht.

Die Erfahrungen in den anderen Ländern, die erst seit kurzer Zeit eine Meldepflicht haben, werden zeigen, ob sich dies bestätigt.

Jede Zecke ist als potenzieller Borrelien-Träger zu betrachten und daher so frühzeitig und so a-traumatisch (ohne Quetschen) wie möglich zu entfernen.

An Borrelien-Infektionen und ihre Folgen muss vor allem in der Fachöffentlichkeit gedacht werden.

Zur Information der Bevölkerung über Zecken sind verschiedene Materialien, u.a. der BZgA, erhältlich.

Vergleichbare Empfehlungen sind z. B. auch in dem Leitfaden für die Gründung und den Betrieb von Naturkindertagesstätten des MSGFG enthalten (siehe anliegende Broschüre Seite 18).

Eine Meldepflicht wird nicht grundsätzlich abgelehnt, ist aber auf der Basis der Erfahrungen in den östlichen Bundesländern und den dort erhobenen Daten nicht zu begründen.

Bei weiteren Überlegungen zur Einführung einer Meldepflicht sollten die Erfahrungen aus den anderen Bundesländern, insbesondere die Evaluationen aus Rheinland-Pfalz/Saarland und Bayern, einbezogen werden.

Außerdem wird es eine Rolle spielen, ob und wann ein Impfstoff verfügbar sein könnte (ein Impfstoff ist in Entwicklung, wird aber nicht vor 2017 verfügbar sein).

Um sinnvolle Impfempfehlungen aussprechen zu können, wären belastbare Daten zur Häufigkeit und regionalen Verteilung notwendig.

Das MSGFG beobachtet die weitere Entwicklung und wird die Einführung einer Meldepflicht erneut prüfen, sobald neue Erkenntnisse (Impfstoff, Ergebnisse in anderen Ländern) vorliegen.

Hintergrundinformationen:

Erkrankung

Die Lyme-Borreliose ist in Deutschland die häufigste durch Zecken übertragene Krankheit. Es handelt sich um eine entzündliche Multisystemerkrankung. Die verschiedenen Krankheitserscheinungen können entsprechend unterschiedlichen Latenzzeiten in Frühmanifestationen und Spätmanifestationen unterschieden werden. Individuell kommt es zu unterschiedlichen Krankheitserscheinungen.

Der Erreger ist *Borrelia (B.) burgdorferi sensu lato (sl)*.

Als Erregerreservoir werden kleine Nagetiere und Vögel angesehen. Andere Tiere wie Rehe und Hirsche spielen eine wichtige Rolle als Wirtstiere für Zecken. Mehrere hundert Wirbeltierspezies können von der Schildzecke *Ixodes (I.) ricinus* (Gemeiner Holzbock) befallen werden, die als Vektor für die Übertragung von *B. burgdorferi* auf den Menschen in Europa verantwortlich ist.

Eine Übertragung von Mensch-zu-Mensch findet nicht statt.

Für die Lyme-Borreliose gibt es **unterschiedliche Erkrankungsstadien**, die mit einem breiten Spektrum klinischer Bilder, Symptome sowie Inkubationszeiten einhergehen:

Die Erkrankungen können hierbei unterschiedliche Organe wie z. B. Haut, Gelenke, Herz, Auge oder Nervensystem betreffen. Jedes Stadium kann übersprungen werden, ein selbstlimitierender Verlauf ist in jedem Stadium möglich. Die Inkubationszeit der einzelnen Stadien variiert von 3 bis 32 Tagen bei Erythema migrans mit grippeähnlichen Symptomen bis zu mehreren Wochen und Monaten bei der neurologischen Manifestation der akuten Neuroborreliose sowie unter Einbeziehung des Bewegungsapparates bei der Lyme-Arthritis Monate bis Jahre nach einem Zeckenstich. Die Diagnosestellung erfolgt dementsprechend ebenfalls zeitverzögert.

Die Einteilung der Stadien erfolgt anhand klinischer Manifestationen:

- Stadium I: Erythema (chronicum) migrans, frühe Neuroborreliose
- Stadium II: Meningopolyneuritis Garin-Bujadoux-Bannwarth, Lymphadenitis cutis benigna Bäfverstaedt (Borrelien-Lymphozytom)

- Stadium III: Lyme-Arthritis, Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer, chronische Enzephalomyelitis mit Para- und Tetraparesen (Chronische Formen des 3. Stadiums stellen sehr seltene Erkrankungen dar)

Forschungsbedarf

Dass Forschungsbedarf besteht, wurde erkannt und beschrieben. Im Rahmen eines Experten-Wokshops wurde ein Positionspapier erstellt, das die Probleme der Lyme-Borreliose in Deutschland und Europa offenlegt und Konzepte zur Bearbeitung vorrangiger Fragestellungen empfiehlt (siehe Anlage).