



Lyme-Borreliose – epidemiologische Situation in den östlichen Bundesländern

Meldepflicht

laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) keine bundesweite Meldepflicht aber:

Ausweitung der Meldepflicht in

Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, **Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen!**

Falldefinition

Eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt ist vom behandelnden Arzt abzugeben bei

- dem klinischen Bild des **Erythema migrans** mit einem sich vergrößernden, rötlichen oder bläulich-roten, rundlichen Fleck mit deutlich abgesetztem Rand und/oder
- dem klinischem Bild vereinbar mit **früher Neuroborreliose** mit mind. einem der Merkmale akute, schmerzhaft Radikuloneuritis, akute Lähmung von Hirnnerven (z. B. Facialisparesie) oder Meningitis.

Spezifische Antikörper sind nur in ca. 50 % aller Fälle von Erythema migrans nachweisbar. Deshalb erfolgen Diagnose und Therapie unabhängig von Laborergebnissen.

In **Sachsen** haben sich die gemeldeten Fälle von Lyme-Borreliose innerhalb von 5 Jahren mehr als verdoppelt:

2002	1.034	2003	1.289
2004	1.464	2005	1.636
2006	2.216 Fälle		

Erkrankungsgipfel liegt in den **Sommermonaten** Juni bis September, aber kaum verminderte Inzidenz auch in **allen anderen Monaten** (z. B. warmer Herbst und milder Winter 2005/2006)

Frauen erkranken häufiger (55 %) als Männer (45 %). Am **häufigsten** betroffen ist die Altersgruppe der **60-69Jährigen**, gefolgt von den 50-59Jährigen. Der Kinder-Gipfel liegt bei den 5-9Jährigen.

Klinische Manifestation: **Erythema migrans (89,7 %)**, Radikuloneuritis (1,6 %), Lähmung eines Hirnnervs (1,0 %); Meningitis (0,6 %); ohne Angaben (7,1 %). Meningitis-Gipfel der bis 20Jährigen 2,7 %.

Unser Angebot zur Diagnostik

Infektionsserologische Untersuchung auf Borrelien-Antikörper

1. Stufe Screening/Suchtest mittels IHA
(indirekter Hämagglutinationstest)
u./o.
Elisa („2. Generationsteste“) IgM & IgG-Nachweis
falls reaktiv
2. Stufe  Immunoblot (Westernblot) oder Line-Assay IgM & IgG