



Epidemiologisches Bulletin

3. November 2000 / Nr. 44

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Rückfallfieber – selten, aber ernst zu nehmen

Rückfallfieber ist eine nichteinheimische, systemische Infektionskrankheit, die durch zum Genus *Borrelia* gehörende bakterielle Erreger verursacht wird und durch einen phasenhaften Fieberverlauf charakterisiert ist. Es handelt sich um eine Zoonose; je nach dem beteiligten Vektor werden Läuserückfallfieber (epidemisches Rückfallfieber, engl.: louseborne relapsing fever) oder Zeckenrückfallfieber (endemisches Rückfallfieber, engl.: tickborne relapsing fever) unterschieden.

Beide Formen des Rückfallfiebers können außerhalb Europas insbesondere bei Reisen unter schlechten hygienischen oder sehr naturnahen Bedingungen bzw. mit engen Kontakten zur einheimischen Bevölkerung erworben werden. Leitsymptom ist Fieber, verschiedenste Organmanifestationen sind möglich.

In den letzten Jahren wurden nur einzelne Erkrankungsfälle nach Deutschland importiert. Wenngleich nach gegenwärtiger Einschätzung eine Einschleppung eher selten zu erwarten ist, handelt es sich um oft schwer verlaufende und potenziell gefährliche Erkrankungen. Die in den letzten Jahren beobachteten Fälle lassen erkennen, dass meist zunächst nicht an Rückfallfieber gedacht wurde. Rückfallfieber ist bei fieberhaften Erkrankungen heimkehrender Touristen mit einem anzunehmenden Expositionsrisiko sicher nicht allzu selten differentialdiagnostisch mit zu erwägen, weil es außerhalb Europas zahlreiche Endemiegebiete oder auch verschiedene Epidemiegebiete gibt. Bei Verdacht kann der Erreger im Blut mikroskopisch nachgewiesen werden. Nachfolgend wird über Erkrankungsfälle berichtet, die dem Robert Koch-Institut seit 1997 zur Kenntnis kamen:

Fallberichte: Rückfallfieber

1. Läuserückfallfieber nach Rückkehr aus Afrika: Ein 38-jähriger dunkelhäutiger Afrikaner, der seit Jahren in Deutschland (Nordrhein-Westfalen) lebt, stellte sich Mitte April 2000 bei seinem Hausarzt vor. Er klagte über Fieber, Abgeschlagenheit und starke Schmerzen im ganzen Körper (»von unten nach oben ansteigend«). Zwei Tage zuvor war er von einem zweimonatigen Aufenthalt in seiner Heimat (Senegal) zurückgekehrt. In der Vorgeschichte des Patienten sind mehrere Malaria-Erkrankungen bekannt, die letzte vor drei Jahren. Der Hausarzt äußerte auch in diesem Fall einen Verdacht auf Malaria und überwies den Patienten an eine Laborpraxis zur diagnostischen Klärung. Die am 18.04. vorgenommenen Untersuchungen auf Malaria mittels Blutaussstrich und dem Versuch des Antigennachweis im Dicken Tropfen und des Nachweises von Antikörpern im Serum hatten ein negatives Ergebnis.

Nach sieben Tagen (25.04.) suchte der Patient wegen unerträglich starker Schmerzen erneut die Laborpraxis auf und ersuchte um eine weitere Untersuchung auf Malaria. Die Malariadiagnostik hatte wieder ein negatives Ergebnis, aber dieses Mal führte der Nachweis spiralförmiger Bakterien im Blutaussstrich zum Verdacht auf eine Borreliose, speziell auf eine Infektion mit *Borrelia recurrentis*. Gleichzeitig erfolgte unter dem klinischen Verdacht auf eine Meningitis und Pneumonie die Aufnahme in eine Universitätsklinik. Nach Kontakt zwischen Laborpraxis und Klinik wurde die Therapie mit Erythromycin eingeleitet. Der Verlauf war komplikationslos, die Entlassung war nach 10 Tagen möglich.

Diese Woche

44/2000

Rückfallfieber:

- ▶ Bericht über vier importierte Erkrankungsfälle
- ▶ Übersicht

Lyme-Borreliose:

Epidemiologische Daten aus dem Land Brandenburg

ARE/Influenza:

Aktuelle Situation

Mitteilungen:

- ▶ Reihe der MiQ erweitert
- ▶ HIV-Workshop in Leipzig
- ▶ Fortbildungsveranstaltung: Hepatologie 2000 in Berlin



2. Läuserückfallfieber nach Rückkehr aus Afrika: Ein 28-jähriger Mann aus Nordrhein-Westfalen erkrankte 6 Tage nach Rückkehr von einem 6-wöchigen Aufenthalt in Gambia (Westafrika) akut mit hohem Fieber und starken allgemeinen Krankheitserscheinungen, so dass der am Folgetag konsultierte Hausarzt sofort die Einweisung in ein Krankenhaus vornahm. Hier wurde das Krankheitsbild innerhalb eines Tages durch den Nachweis von Borrelien im Blut geklärt. Nach spezifischer Behandlung und komplikationslosem Verlauf konnte er nach 9 Tagen entlassen werden. Der Patient hatte in Gambia in einer größeren Stadt in einer Familie gelebt. Zum Zeitpunkt der Erkrankung wurden Einstiche und Juckreiz am linken Unterarm festgestellt. Die Daten und Befunde sprechen für Läuserückfallfieber.

3. Zeckenrückfallfieber nach Aufenthalt in Zentralamerika:

Ein 37-jähriger, tropenmedizinisch erfahrener Mann kehrte am 21.12.97 von einer dreiwöchigen Rundreise durch Belize und Südmexiko zurück. Er hatte biologische Feldforschungsstationen besucht, dabei längere Wanderungen durch den Regenwald unternommen und in primitiven Hütten mit Palmdach übernachtet. Neben den sinnvollen Impfungen hatte er sich mit Moskitonetzen geschützt, aber auf eine medikamentöse Malariaprophylaxe verzichtet. Er erkrankte 7 Tage später nach einer körperlichen Belastung akut mit starkem Frösteln, Kopf-, Glieder- und Rückenschmerzen und stellte sich noch am gleichen Abend in der Notfallambulanz eines Berliner Klinikums vor. Hier konnte eine akute Malaria ausgeschlossen werden. Es fand sich eine reifzellige granulozytäre Leukozytose, die sonstigen kontrollierten Werte lagen im Normbereich. Eine Aufnahme zur Beobachtung lehnte der Patient zu diesem Zeitpunkt ab. Am Folgetag bestand die Symptomatik weiter, die den Patienten an eine früher abgelaufene Dengue-Erkrankung erinnerte. Es kam erneut zu starkem Frösteln bei schon bestehender Temperatur um 39 °C, so dass der Patient von sich aus eine Behandlung mit Chloroquin begann. Danach ging es ihm zunehmend schlechter, so dass er zwei Tage nach Krankheitsbeginn einer stationären Behandlung zustimmte.

Bei Aufnahme war der Patient noch hoch fieberhaft, der Allgemeinzustand war deutlich reduziert. Es bestand kein Meningismus, der Rachenring war leicht gerötet, die Zunge trocken, gering belegt, Herz und Lungen waren klinisch unauffällig, Leber und Milz indolent am Rippenbogen palpabel. Bei den Laboruntersuchungen war jetzt ein Anstieg des C-reaktiven Proteins auf 25 mg/l und eine Erhöhung der Blutsenkungsgeschwindigkeit auf 39/70 mm n.W. auffallend. Die granulozytäre Leukozytose war unverändert, hinzu kam eine Thrombopenie. Im Blutaussstrich und Dicken Tropfen ließen sich spärlich, aber eindeutig Borrelien nachweisen. Die Erkrankung wurde aufgrund der anamnestischen Hinweise als ein durch Zecken übertragene Rückfallfieber (mögliche Erregerspezies: *Borrelia mazzottii*) eingeordnet, Tests zur weiteren Zuordnung der Erregerspezies waren nicht verfügbar. Auffallend war, dass in den folgenden zwei Wochen im *B.-burgdorferi*-ELISA IgM-Antikörper nachweisbar wurden, während der Western

Blot negativ blieb. Das Mitreagieren der Tests auf Lyme-Borreliose gilt als charakteristisch. Eine Blutkultur blieb steril.

Nach der diagnostischen Klärung wurde noch am Aufnahmetag eine orale antibiotische Therapie mit Doxycyclin eingeleitet. Der Patient entwickelte eine typische Herxheimer-Reaktion mit einem stammbetontem, sich rasch zentrifugal ausbreitenden makulopapulösen, z. T. konfluierenden, nicht juckendem Exanthem (ohne Beteiligung der Fußsohlen und Handflächen) und ausgeprägten Arthralgien (besonders in den Knien). Innerhalb von 24 Stunden ging das Fieber zurück. In der Folgezeit ließen sich keine Borrelien mehr im Ausstrich und Dickem Tropfen nachweisen. Der Patient wurde, auf seine Bitte hin, nach wenigen Tagen deutlich gebessert in eine ambulante Weiterbehandlung entlassen.

4. Rückfallfieber nach Rückkehr aus Ägypten/Israel:

Eine 20-jährige Frau aus Berlin war Mitte April 1997 (13.04.) während einer Reise durch Ägypten und Israel mit intermittierendem Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen erkrankt und wurde, nach Hause zurückgekehrt, nach zwischenzeitlicher Beschwerdefreiheit 12 Tage später (25.04.) mit gleicher Symptomatik in eine Infektionsabteilung aufgenommen (Körpertemperatur bis max. 40,4 °C). Unter den erhobenen Laborbefunden fiel zu diesem Zeitpunkt nur der Nachweis von IgM-Antikörpern gegen *B. burgdorferi* auf (IgG negativ), allerdings fehlten anamnestische und klinische Anhaltspunkte für eine Lyme-Borreliose. Ein Malaria wurde ausgeschlossen, andere Fieberursachen konnten nicht festgestellt werden. Unter symptomatischer Therapie entfieberte die Patientin am zweiten Behandlungstag spontan. Fieber und andere Krankheits-symptome traten nicht mehr auf. Auf Drängen der Patientin erfolgte die Entlassung bei relativem Wohlbefinden (29.04.).

Einen Tag nach der Entlassung (30.04.) trat wieder Fieber bis 40,0 °C auf, als sich die Patientin am 03.05. in der Klinik vorstellte, wurde sie erneut aufgenommen. An diesem Tag wurden einmalig Temperaturen von max. 39,0 °C gemessen. Jetzt war die Leber unter dem Rippenbogen tastbar, die Blutsenkungsgeschwindigkeit war erhöht (56/95 mm n.W.). Wieder waren IgM-Antikörper gegen *B. burgdorferi* im ELISA nachweisbar, auch der Western Blot war positiv, dagegen blieb der Nachweis von IgG negativ. Es folgte ein 4-tägiges fieberfreies Intervall, in dem die Patientin völlig beschwerdefrei war. Serologisch wurden wiederholt IgM-Antikörper gegen *B. burgdorferi* – bei fehlendem IgG – nachgewiesen. Vom 7.5. bis zum 9.5. erlitt die Patientin plötzlich wieder mehrere Fieberschübe mit Temperaturen bis 40,3 °C, begleitet von starken Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Unter den Laborbefunden fielen eine Leukozytose und ein erhöhtes CPR auf. Eine Malaria wurde wiederholt ausgeschlossen. Sämtliche Blutkulturen waren steril.

Die Klärung der Diagnose gelang am 8. 5. durch den Direktnachweis von Spirochäten im Dicken Tropfen und Blutaussstrich (Giemsa-Färbung). Die Reiseanamnese spricht eher für ein Zeckenrückfallfieber. Aufgrund der befürchteten Induktion einer Jarisch-Herxheimer-Reaktion

Rückfallfieber (engl.: *relapsing fever, recurrent fever*) – eine Übersicht

Erreger:

Läuserückfallfieber: *Borrelia (B.) recurrentis*

Zeckenrückfallfieber: Regional unterschiedlich mehrere Spezies in Abhängigkeit von Vektor und Reservoir: z. B. *B. duttonii* (Ost-, Zentral- und Südafrika), *B. hispanica* (Spanien, Portugal, Marokko, Algerien, Tunesien), *B. mazzottii* (Süden der USA, Mexiko, Zentral- und Südamerika).

Vektor/Infektionsweg/Reservoir:

► **Läuserückfallfieber:** Überträger ist die Kleiderlaus (*Pediculus humanus corporis*). Die Läuse infizieren sich, indem sie Blut infizierter Menschen saugen und bleiben während ihres 20- bis 40-tägigen Lebens Überträger. Der Mensch wird nicht beim Biss der Laus infiziert, sondern dadurch, dass infizierte Läuse infolge des beim Saugen entstandenen Juckreizes beim Kratzen zerquetscht werden und ihre Körperflüssigkeit in die Haut eingekratzt wird. Für *Borrelia recurrentis* ist der Mensch der einzige Wirt. Voraussetzung für das Entstehen neuer Infektionen oder eines Ausbruchs sind infizierte Personen in einer Population mit Läusebefall. Ein erhöhtes Risiko besteht bei engen Kontakten mit der einheimischen Bevölkerung in Gebieten mit gehäuftem Vorkommen bzw. in Lagern.

► **Zeckenrückfallfieber:** Übertragung durch den Stich infizierter Zecken verschiedener Spezies der Gattung *Ornithodoros*; prinzipiell auch durch Bluttransfusion. Erregerreservoir dieser Krankheit sind entweder der Mensch (nur *Borrelia duttonii* mit dem Vektor *Ornithodoros moubata*, der Lederzecke, in Afrika) oder Nager, die in enger Nachbarschaft mit Menschen leben und von denen ausgehend Menschen über verschiedene Zeckenarten infiziert werden können. Infizierte Zecken bleiben Träger des Erregers, den sie auch direkt an ihre Nachkommen weitergeben. Besonders gefährdet sind Menschen, die sich berufsbedingt länger in Naturherden aufhalten (z. B. Waldarbeiter, Trekkingtouristen, Expeditionsteilnehmer).

Vorkommen:

► **Läuserückfallfieber:** Läuserückfallfieber kann unter schlechten hygienischen Bedingungen (mangelhafte Körper-, Kleidungs- und Wohnungshygiene), wie sie beispielsweise auch in Massenquartieren und Flüchtlingslagern gegeben sind, epidemisch auftreten. Epidemiologisch bestehen viele Gemeinsamkeiten mit dem Fleckfieber. Es existieren geographisch begrenzte Herde in Ost-, Zentral- und Nordafrika, Asien und Südamerika, ihre Zahl war in den letzten Jahren rückläufig.

► **Zeckenrückfallfieber:** Zeckenrückfallfieber ist in weiten Teilen der Welt endemisch. Naturherde bestehen in Europa nur in Spanien und Portugal, sonst in allen Regionen der Erde außer Australien.

Symptomatik:

Die Inkubationszeit beträgt (2)–5 bis 15–(18) Tage. Hauptsymptom ist plötzliches hohes Fieber, das mehrere Tage

(2–7) anhält. Nach einem fieberfreien Intervall (2–5–9 Tage) folgt in der Regel ein neuer Anfall. Mehrere Fieberphasen sind möglich, sie werden mit zunehmender Immunität schwächer. Neben dem Fieber bestehen schwere Kopf-, Glieder- und Rückenschmerzen.

Bei einem Teil der Erkrankten treten Blutungen (Petechien, Ekchymosen, Hämaturie), Ikterus, Photophobie oder Verwirrtheit auf. Pathophysiologisch sind häufig Leber, Milz und Nieren von Entzündungserscheinungen betroffen. Mögliche Komplikationen sind eine Pneumonie, Myokarditis, Parotitis, Neuritis, Iritis u. a. Die Letalität unbehandelter Erkrankungsfälle beträgt 30–40 % und mehr. Das Zeckenrückfallfieber gilt als gutartiger.

Diagnostik:

Die Verdachtsdiagnose ergibt sich bei entsprechenden klinischen und anamnestischen Hinweisen. Sie wird durch mikroskopische Untersuchung gesichert (z. B. Blutausschrieb nach Giemsa oder mit Acridinorange gefärbt oder Nativpräparate im Dunkelfeld, ggf. nach Anreicherung durch Zentrifugation); prinzipiell sind zum Nachweis der Malariaplasmodien eingesetzte mikroskopische Verfahren auch zum Borrelien-Nachweis geeignet.

Der kulturelle Erregernachweis ist *in vivo* (Maus) und *in vitro* (z. B. BSK-Medium) möglich, erfordert aber längere Zeit. Der Nachweis spezifischer Antikörper besitzen keine größere praktische Bedeutung. Kreuzreagierende Antikörper gegen *B. burgdorferi* sind zu beachten.

Grundsätzlich muss bei Fieber nach Aufenthalt in außereuropäischen Regionen immer erst eine Malaria sicher ausgeschlossen werden! Differentialdiagnostisch sind u. a. die Lyme-Borreliose, die Leptospirose, Typhus abdominalis und Dengue zu beachten.

Therapie:

Zur Therapie geeignet sind Tetracycline, Penicillin oder Erythromycin. Unter der spezifischen Therapie muss mit einer Jarisch-Herxheimer-Reaktion gerechnet werden, die ggf. eine Schocktherapie erfordert. Bei adäquater Therapie ist die Letalität nicht höher als 1–3 %.

Präventive Maßnahmen:

Ziel der Prävention auf Reisen ist, eine Exposition gegenüber Ektoparasiten auszuschließen. Gegen Läuserückfallfieber schützen neben hygienisch einwandfreien Lebensbedingungen Kontaktinsektizide und Entlausung (Kleidung, Leib- und Bettwäsche, Decken, Matratzen, Gepäck). Gegen Zeckenrückfallfieber sind bei Aufenthalt in Naturherden geschlossene Kleidung und Zecken-Repellents (abwehrende Mittel) zu empfehlen. In bekannten Infektionsgebieten wird bei einer möglichen Exposition, u. U. auch zur Chemoprophylaxe (Tetracycline) geraten. Quarantänemaßnahmen oder Einreisebeschränkungen sind nicht üblich.

Meldepflicht:

Nach BseuchG waren der Verdacht, die Erkrankung und der Tod an Rückfallfieber meldepflichtig. Künftig wird nach § 7 des IfSG nur noch der im Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung geführte Nachweis von *Borrelia recurrentis* durch den feststellenden Arzt meldepflichtig sein.

wurde für den Beginn der spezifischen Therapie mit Doxycyclin ein fieberfreies Intervall abgewartet, sie wurde am 12.05. unter laufender intensivmedizinischer Überwachung eingeleitet. Die Patientin blieb nun fieber- und beschwerdefrei. Am 4. Behandlungstag wurde von der intravenösen auf eine orale Applikation des Doxycyclin umgestellt. Die Behandlung wurde nach insgesamt 9 Tagen beendet, am 21.05. wurde die Patientin entlassen. Eine poststationäre Vorstellung nach 8 Tagen bestätigte die

Heilung, die festgestellte Hepatosplenomegalie hatte sich zurückgebildet.

Wir danken den Ärzten, die an der Diagnostik und Behandlung sowie an den Ermittlungen beteiligt waren, insbesondere Herrn Dr. A.-F. Saleh, Laboratorium Dr. Merten und Partner GbR, Köln (Fall 1, der im übrigen bisher nicht in die Meldestatistik einging), Herrn Dr. Menn, Gesundheitsamt Krefeld (Fall. 2), Frau Rögler, Medizinische Klinik – Schwerpunkt Infektiologie – der Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum (Fall 3) sowie Frau Prof. Dr. R. Baumgarten und Herrn PD Dr. Fengler, II. Innere Klinik/ Infektiologie, Krankenhaus Prenzlauer Berg, Berlin (Fall 4).

Zur Lyme-Borreliose in Brandenburg

Die Lyme-Borreliose ist eine in Deutschland häufige und klinisch bedeutsame Infektionskrankheit. Sie war gemäß BSeuchG nicht meldepflichtig, auch nach dem IfSG werden eine Erkrankung oder ein Erregernachweis nicht meldepflichtig sein. Insgesamt stehen für Deutschland bisher wenig Daten zu Auftreten, Verbreitung und Manifestation zur Verfügung. Da auf eine Surveillance auf diesem Gebiet nicht verzichtet werden kann und einzelne klinisch-epidemiologische Studien nicht ausreichen, ist es zu begrüßen, dass in einigen Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt) im Rahmen einer erweiterten Meldepflicht auf der Basis des BSeuchG versucht wurde, gesicherte Erkrankungsfälle durch Meldung zu erfassen. In Thüringen wird seit 1991 mit einer »empfohlenen freiwilligen Meldung« gearbeitet. Aus den meldenden Ländern wurden dem RKI zu den Zahlenmeldungen weitere epidemiologische Daten übermittelt, die seit 1994 als Einzelfallerfassung in einem Register dokumentiert werden. Seit 1997 liegen die entsprechenden Daten auch für Berlin vor.

Hier werden zunächst Meldedaten aus Brandenburg vorgestellt. In Brandenburg ist die Meldeinzidenz nach wie vor deutlich höher als in den übrigen neuen Bundesländern. Die durch eine interdisziplinäre Beratergruppe »Borreliose« bei der Landesärztekammer initiierte und in den letzten Jahren fortlaufend praktizierte Aufklärungstätigkeit in der Ärzteschaft führte zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Laboruntersuchungen seitens der Arztpraxen und einem zunehmend besseren Beachten der Melderegulierung. Obwohl die bisherigen Meldedaten auch in Brandenburg nicht die reale Situation widerspiegeln, ist es dort durch eine vergleichsweise gute Compliance der Ärzte offensichtlich zu einer stabilen Erfassung eines bestimmten Teiles der Morbidität gekommen. Für das Jahr 1999 wurden 836 gesicherte Lyme-Borreliose-Erkrankungsfälle gemeldet (32,2 Erkr. pro 100.000 Einw.). Das entspricht 54 % (836/1545) aller aus den neuen Bundesländern und Berlin gemeldeten Fälle. Die Häufigkeit der im Sommer 2000 erfassten Erkrankungen lag im gleichen Bereich, im September war allerdings eine ungewöhnliche Zunahme zu beob-

achten (256 Erkrankungsmeldungen), für die eine besondere Zeckenaktivität in den Vorwochen eine Erklärung sein könnte (s. Abb. 1).

54 % der 1999 in Brandenburg gemeldeten Erkrankten waren weiblichen, 46 % männlichen Geschlechts. In der Altersverteilung spiegeln sich die Freizeitaktivitäten wider: nur 12 Kinder im 1. bis 4. Lebensjahr erkrankten, 548 Erkrankte (66 %) waren im Alter zwischen 25 und 45 Jahren. An einen Zeckenstich in der Anamnese konnten sich 540 der Erkrankten (65 %) erinnern; dieser Wert hängt erfahrungsgemäß sehr von der Sorgfalt der Befragung ab (im Sommer 2000 betrug er 71 %). Die Anteile wichtiger klinischer Manifestationen sind in der Abbildung 2 dargestellt. Unter 3.176 Lyme-Borreliosen, die seit 1995 in Brandenburg erfasst wurden, hatten das Erythema chronicum migrans (EM) einen mittleren Anteil von 66 %, die Lyme-Arthritis von 13 % und die Formen der Neuroborreliose von 5 %. Im zeitlichen Verlauf hat der Anteil des Erythema chronicum migrans zugenommen, während sich der der disseminierten Verlaufsformen entsprechend verringert hat. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das EM häufiger als solches erkannt und behandelt und damit die Rate der Spätmanifestationen gesenkt wurde. Bei 62 der 836 im Jahr 1999 gemeldeten Erkrankten erfolgte die Behandlung in einem Krankenhaus (7,4 %). Die Rate der Krankenhausbehandlungen hat sich in den letzten Jahren deutlich verringert, offenbar deshalb, weil immer mehr Ärzte mit der ambulanten Behandlung vertraut sind.

Die Daten aus Brandenburg sollen als Beispiel dienen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit findet auch in anderen Bundesländern eine analoge Entwicklung statt, weil infizierte Zecken als Überträger offensichtlich in ganz Deutschland – wenn auch mit bestimmten örtlichen Unterschieden – vorkommen. Im *Epidemiologischen Bulletin* werden in Kürze weitere epidemiologische Daten zur Lyme-Borreliose in den neuen Bundesländern sowie die bisherigen Ergebnisse einer Fall-Kontrollstudie zur Lyme-Borreliose im Landkreis Oder-Spree, die im Jahr 2000 von Mitarbeitern des RKI gemeinsam mit Ärzten des Landes Brandenburg durchgeführt wurde, publiziert.

Für die Angaben zur Lyme-Borreliose in Brandenburg danken wir Herrn Dr. T. Talaska, Groß Lindow, Interdisziplinäre Beratergruppe Lyme-Borreliose der LÄK Brandenburg, sowie Frau Pfeil und Herrn Lubig, Landesgesundheitsamt Brandenburg, Waldstadt Wünsdorf.

Anzahl d. Meldungen

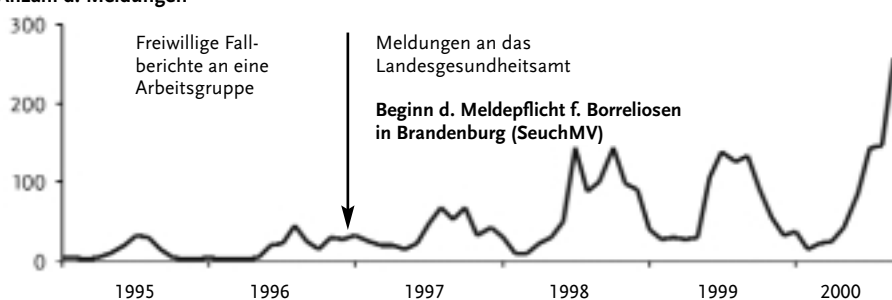


Abb. 1: Gemeldete Lyme-Borreliose im Land Brandenburg 1995–2000 (30.9.) nach Monaten

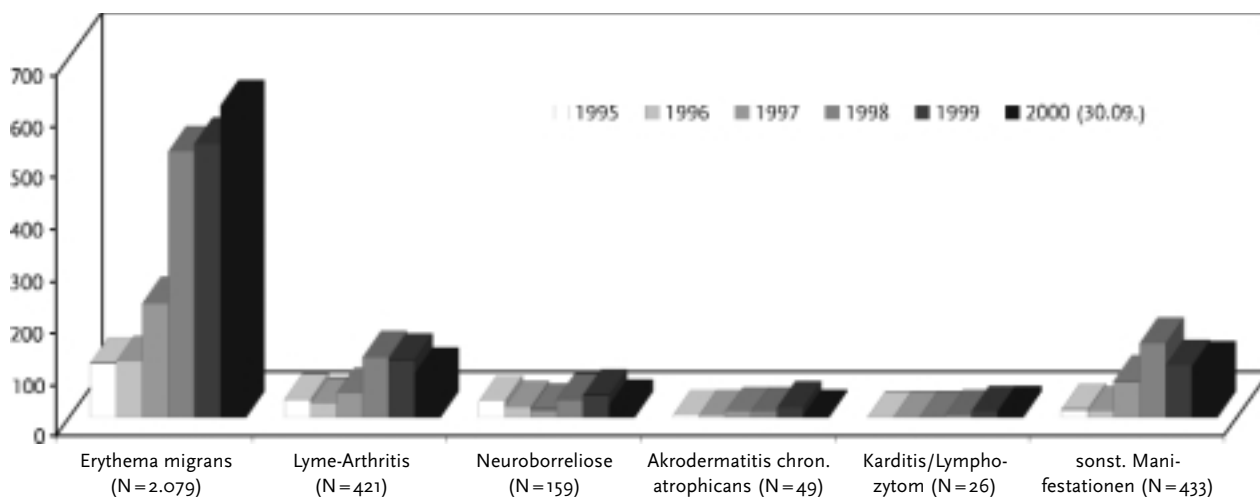


Abb. 2: Gemeldete Lyme-Borreliose im Land Brandenburg 1995–2000 (30.09.) nach ausgewählten Gruppen der klinischen Manifestation (N=3.167)

Akute respiratorische Erkrankungen (ARE)/Influenza – aktuelle Situation

Die Surveillance der ARE und der Influenza wurde saisonal verstärkt. Im Netz der Beobachtungspraxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) liegt in der 43. Woche der ARE-Anteil an den Praxiskontakten mit 9,8% (20,1% in pädiatrischen und 7,3% in allgemeinmedizinischen Praxen) in einem für die Jahreszeit normalen Bereich. Auch die anderen Indikatoren (wie der Praxisindex) lassen auf ein jahreszeitlich normales Niveau der Atemwegsinfekte schließen. Es werden sehr verschiedene klinische Bilder (darunter vereinzelt hochfieberhafte Infekte, obstruktive Bronchitiden, Bronchopneumonien, atypische Pneumonien) beobachtet und verschiedene Erreger nachgewiesen (Adeno-, Coxsackie-, RS- und Rotavirus, Mykoplasmen, Streptokokken). Influenzatyphische Erkrankungsverläufe werden nur sehr vereinzelt beobachtet.

Auch in den Nachbarländern bleibt die Morbidität bisher auf einem normalen Niveau. Obwohl einzelne Influenzavirus-Infektionen belegt sind, gibt es keine Anzeichen für eine nennenswerte Influenza-Aktivität. Bisherige Isolate: Schweiz: 3 Influenza-A-Viren (36. und 37. Kalenderwoche), Nordfrankreich: 1 A/H1N1/NewCaledonia/10/99-like-Virus (40. Woche), Irland: 1 A/H3N2 (41. Woche). In Belgien erfolgte ein Influenza-A-Nachweis mit dem IFT (39. Woche), in England ist eine Influenza-A-Infektion und in Finnland eine Influenza-B-Infektion mittels Antigennachweis diagnostiziert worden (40. bzw. 41. Woche).

Quelle: Mitteilungen des NRZ für Influenza am Niedersächsischen LGA, Hannover (Dr. R. Heckler) und am Robert Koch-Institut, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger) sowie der Arbeitsgemeinschaft Influenza, Marburg (Dr. H. Uphoff).

Mikrobiologisch-infektiologische Qualitätsstandards (MiQs) – neue Ausgaben, neue Auflagen

Die MiQs sind ein für die praktische Arbeit wertvolles Angebot, das eine bisher vorhandene Lücke schließt. Namhafte Experten stellen im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) klare Richtlinien auf, die vom klinischen Verdacht durch rationelles Vorgehen direkt zur Diagnose führen. Dieses Loseheftwerk richtet sich somit nicht nur an den Laborarzt und Mikrobiologen, sondern auch an Kliniker, MTA, Medizinstudenten etc. und wird für die Akkreditierung empfohlen.

Neu erschienen sind jetzt das **Heft 12 »Lyme-Borreliose«** und **Heft 13 »Infektionen des Mundes und der oberen Atemwege«**. Anfang des nächsten Jahres folgt das **Heft »Organmykosen«**. Des weiteren werden die zuerst erschienenen Hefte 1 bis 3 überarbeitet. Hierzu benötigen die Autoren noch entsprechende Kritiken, Anregungen, Verbesserungsvorschläge

Ausführliche Informationen und bisherige Hefte:

Sekretariat MiQ-DGHM
Ing.-Büro Figge-Schäffner, Frau Angelika Schäffner
Elsenpfuhlstr. 46, 13437 Berlin; Tel.: 030.41 10 73 69
E-Mail: MiQ@ifs-onlineoffice.de

Informationen im Internet: www.ifs-onlineoffice.de

Leipziger HIV-Workshop

Termin: 18. November 2000, 9.00–12.30 Uhr

Ort: Leipzig Marriott Hotel, Am Hallischen Tor 1, 04109 Leipzig

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. B.R. Ruf

Auskunft/Anmeldung: Städtisches Klinikum »St. Georg« Leipzig, Sekretariat 2. Klinik für Innere Medizin, Delitzscher Str. 141, 04129 Leipzig, Tel.: 03 41.9 09–26 01, Fax: 03 41.9 09–26 30, E-Mail: innere2@sanktgeorg.de

Hinweis: Die Veranstaltung ist gebührenfrei. Der Besuch kann auf das Sächsische Fortbildungsdiplom angerechnet werden.

Fortbildungsveranstaltung »Hepatology 2000«

Diagnostik von Leberkrankheiten – führt Budgetsenkung zur Qualitätsminderung? (für AiP geeignet)

Termin: 18. November 2000, 9.00–12.30 Uhr

Ort: Berlin, »Wabe« im Thälmannpark, Danziger Str. 101, 10405 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Frau Prof. Dr. R. Baumgarten, Herr PD Dr. J.-D. Fengler

Auskunft und Anmeldung: II. Innere Abteilung/Infektion, Krankenhaus Prenzlauer Berg, Danziger Str. 75, 10405 Berlin
Tel.: 030.42 42–21 62, Fax: 030.42 50–133