

Pressemappe

zum

1. Süddeutscher Zeckenkongress

21. und 22. März 2012

an der Universität Hohenheim

Referentenliste

zum

1. Süddeutscher Zeckenkongress

21. und 22. März 2012

Prof. Dr. Jochen Süß, Friedrich-Löffler-Institut, Jena

Prof. Dr. Reinhard Kaiser, Chefarzt der Neurologie-Klinik, Pforzheim

Prof. Dr. Ulrich Heininger, Universitäts-Kinderspital beider Basel

Dr. Isolde Piechotowski, Landesministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie,
Frauen und Senioren, Stuttgart

Prof. Dr. Ute Mackenstedt, Universität Hohenheim

Epidemiologie der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) in Deutschland und Europa

Jochen Süss

Friedrich-Loeffler-Institut Jena, Nationales Referenzlabor für durch
Zecken übertragene Erkrankungen

Die FSME ist in 19 europäischen Ländern, von welchen wir auch stringente epidemiologische Daten haben, endemisch.

In den vergangenen 20 Jahren (1991-2010) wurden in Europa plus Russland 169.292 klinische Erkrankungen an FSME gemeldet, das sind durchschnittlich 8.465 Fälle pro Jahr. In Europa ohne Russland wurden 58.451 Fälle registriert, durchschnittlich pro Jahr also 2.923 Fälle.

In Deutschland waren nach den Kriterien des Robert-Koch-Instituts 1998 von den 440 Stadt- und Landkreisen 63 als FSME-Risikokreise eingestuft, 2011 waren es bereits 137. Im Jahr 2011 sind (vorläufig) 422 Erkrankungsfälle registriert worden, was nach 2005 und 2006 den dritthöchsten Wert markiert. In Bayern und Baden-Württemberg werden ca. 86% aller Erkrankungsfälle induziert, jedoch entstehen jährlich auch ca. 5% der Fälle in sog. Nichtrisikogebieten.

Teilt man für die Beurteilung von Tendenzen in der FSME-Morbidität in Europa insgesamt die letzten 20 Jahre in zwei Dekaden ein (1991-2000; 2001-2010), kann man keine signifikanten Differenzen erkennen. Teilt man aber diese Daten wiederum bestimmten Großräumen zu (Skandinavien, Mitteleuropa, Baltikum), fallen erhebliche Differenzen in der Krankheitsentwicklung ins Auge. In den drei skandinavischen Ländern hat die FSME-Morbidität signifikant in der zweiten Dekade zugenommen, ebenso in den mitteleuropäischen Ländern Schweiz, Deutschland, Polen, Tschechien (auf 144%). Die Situation in den baltischen Staaten ist unterschiedlich. Während in Estland eine nicht signifikante und in Lettland eine signifikante Reduktion der Erkrankungshäufigkeit eingetreten ist, verzeichnet Litauen eine nicht signifikante Steigerung der Morbidität. Dabei sollte man aber nicht vergessen, dass z.B. in Lettland in einigen Provinzen 56-94 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner registriert werden!

Besonders bemerkenswert ist die epidemiologische Situation der FSME in Russland, wo in der ersten Dekade 69.957 Fälle registriert worden sind, in der zweiten 40.882, was einer signifikanten Reduktion der

Morbidität auf 58,4% entspricht. Die Gründe für diese Tendenz sind offen bzw. vielschichtig, denn in bestimmten russischen Regionen, z.B. in der Region Nowosibirsk, werden ständig auch neue Risikogebiete identifiziert.

Stellt man ein „ranking“ der „FSME-Länder“ hinsichtlich ihrer reisemedizinischen Bedeutung hinsichtlich des FSME-Risikos entsprechend der registrierten FSME-Fälle in den vergangenen 10 Jahren auf, steht Tschechien an der Spitze, gefolgt von Litauen, Deutschland, Slovenien, Lettland, Polen, Estland, Schweden und der Schweiz. Berechnet man dieses „ranking“ entsprechend der Inzidenz (Erkrankungen/100.000 Einwohner/des gesamten Landes) steht Estland an der Spitze, gefolgt von Slovenien, Lettland, Litauen, Tschechien, Russland, Schweden, der Schweiz und der Slowakei.

Neue Risikogebiete wurden in den letzten drei Jahren in Österreich, Deutschland, der Slowakei, Estland, Finnland, Schweden, Russland und der Schweiz identifiziert.

Eine kausale Therapie der klinischen FSME ist nicht möglich. Es befinden sich aber sehr effektive und gut verträgliche Impfstoffe für Kinder und Erwachsene auf dem Markt, die eine Feldeffektivität von ca. 99% besitzen, was ein absoluter Spitzenwert für Virusimpfstoffe ist. Diese Immunprophylaxe schützt zuverlässig vor einer klinischen FSME nach einem Zeckenstich oder nach der oralen Aufnahme von FSME Virus-belasteter Milch. Das kann sehr gut am Beispiel Österreichs demonstriert werden, wo 85% der Bevölkerung zumindest eine Impfdosis erhalten haben. Im Ergebnis dieses hohen Durchimpfungsgrades sanken die Fallzahlen an FSME von früher ca. 700 auf gegenwärtig 50 – 100 pro Jahr.

Nutzen-Risiko-Abwägung der Impfung gegen FSME

Prof. Dr. Reinhard Kaiser, Neurologische Klinik, Klinikum Pforzheim GmbH

Die Frage nach der Notwendigkeit einer Impfung gegen FSME stellt sich in jedem Jahr aufs Neue. Sie lässt sich nur beantworten in Kenntnis der Erkrankungs- und Krankheitsrisiken und der Nebenwirkungen der Impfung.

In einem Risikogebiet für die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) beträgt die Befallsrate der Zecken mit FSME-Viren circa 2 %. Jede dritte Infektion führt beim Menschen zur Erkrankung. Somit ist nach jedem 50. bis 150. Zeckenstich mit einer Erkrankung an FSME zu rechnen.

Etwa 50 % der FSME Patienten erleben einen schweren Krankheitsverlauf. Im Vordergrund stehen eine schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, erhebliche Kopfschmerzen, hohes Fieber, Bewusstseinsstörungen, Gleichgewichtsstörungen und Lähmungen von Armen und Beinen. Am schwersten erkranken Patienten, bei denen die FSME-Viren neben dem Gehirn auch das Rückenmark infiziert haben.

Bei der FSME nimmt die Schwere des Krankheitsverlaufs mit dem Alter deutlich zu. Ältere Menschen haben daher eine wesentlich schlechtere Prognose als Kinder und Jugendliche.

Mehr als die Hälfte der Patienten leidet nach der akuten Erkrankung unter langwierigen Folgeschäden wie erhöhter Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörung, Lähmungen und Bewegungsstörungen. Manchmal treten diese Beschwerden erst mit einer gewissen zeitlichen Latenz auf und verlaufen dann progredient. Schwere Verläufe einer FSME hinterlassen in mehr als der Hälfte der Betroffenen Dauerschäden mit nachfolgender Berufsunfähigkeit. Neue Studien haben gezeigt, dass drei Jahre nach der akuten Erkrankung kaum noch mit einer Besserung der Beschwerden zu rechnen ist.

Impfkomplikationen sind bei der FSME mit 1,5 Fällen pro einer Million Impfungen extrem selten (sechsmal seltener als bei Tetanusimpfung). Das Risiko einer schweren Verlaufsform einer FSME ist mit 1 pro 500 Zeckenstichen dagegen sehr hoch. Daher empfiehlt sich die Impfung für alle Personen, die sich in einem Endemiegebiet wiederholt Zecken gegenüber exponieren.

Zeckenkongress, Hohenheim, 21.-22.3.2012

Warum die STIKO die Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) empfiehlt

Ulrich Heininger, Universitäts-Kinderspital beider Basel

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine virale Infektionskrankheit, die durch Zeckenstich in Risikogebieten auf Menschen übertragen wird. Risikogebiete gibt es in vielen Regionen der Schweiz und im europäischen Ausland. Eine FSME tritt ca. 1 auf 1000 Zeckenstiche auf. 10-30 % der Infektionen führen zu klinischen Beschwerden, in Deutschland sind das pro Jahr mehrere 100 Fälle. Gefürchtet ist der Befall des zentralen Nervensystems, bei Kindern meist als Hirnhautentzündung (Meningitis), bei Jugendlichen und insbesondere Erwachsenen auch schwerere Verläufe in Form der Hirnentzündung (Enzephalitis) oder Hirn- und Rückenmarkentzündung (Enzephalomyelitis). Diese sind durch neurologische Ausfälle (Lähmungen), Koma, Krampfanfälle, Defektheilungen und vereinzelt auch Todesfälle gekennzeichnet. Die wirksamste Prophylaxe der FSME ist und bleibt die aktive Immunisierung für gefährdete Personen. Impfstoffe sind für alle Altersgruppen ab dem 1. Geburtstag verfügbar. Die vollständige Grundimmunisierung umfasst 3 Impfdosen. Die Impfungen induzieren eine sehr gute Immunantwort und sind gut verträglich. Auffrischimpfungen sind nach 3-5 Jahren (Empfehlung der Hersteller) vorgesehen. Die Wirksamkeit der vollständigen Impfung beträgt nahezu 100%, wie epidemiologische Beobachtungen zeigen. Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe, Patienten die komplette Grundimmunisierung wie auch regelmässige Auffrischimpfungen zukommen zu lassen.

Empfohlen ist die FSME-Impfung in Deutschland für alle Personen ab dem Alter von 1 Jahr,

- die in FSME-Risikogebieten leben oder sich vorübergehend aufhalten
- die durch FSME beruflich gefährdet sind (exponiertes Laborpersonal sowie in Risikogebieten z.B. Forstarbeiter u. Exponierte in der Landwirtschaft)
- als Reisende in FSME-Risikogebiete im Ausland

FSME-Impfung und Borreliose-Meldepflicht aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Christiane Wagner-Wiening, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Isolde Piechotowski, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

Aufgrund der guten ökologischen und klimatischen Bedingungen für Zecken spielen die durch Zecken übertragenen Erkrankungen FSME und Borreliose in Baden-Württemberg eine große Rolle. So zählt Baden-Württemberg mit Bayern zu den Hochendemiegebieten der FSME (Gebiete mit Naturherden des Krankheitserregers). Mit bundesweit 423 Fällen wurden im Jahr 2011 deutlich mehr FSME-Fälle nach dem Infektionsschutzgesetz gemeldet als in den Jahren zuvor. Auf Baden-Württemberg entfielen dabei mit 201 Fällen fast die Hälfte der Fälle. Borreliose ist nach dem Infektionsschutzgesetz nicht meldepflichtig, daher können Fallzahlen für Baden-Württemberg nicht angegeben werden. Verschiedene Bundesländer haben eine Meldepflicht auf Landesebene eingeführt. Vor diesem Hintergrund wird die Einführung einer Meldepflicht in Baden-Württemberg ebenfalls diskutiert.

FSME- Impfung

Die FSME-Impfung wird von der STIKO (Ständige Impfkommision am RKI) allen Personen empfohlen, die in einem Risikogebiet wohnen oder arbeiten und dabei ein Zeckenstichrisiko haben. Zusätzlich empfohlen ist die Impfung für Personen, die sich aus anderen Gründen in Risikogebieten aufhalten und dabei gegenüber Zecken exponiert sind. Durch die Landesverordnung über Öffentlich empfohlene Schutzimpfungen in Baden-Württemberg gilt hier die Impfpflicht ohne geografische Einschränkung. Die Impfpflicht für FSME verfolgt damit das Ziel, alle Personen zu schützen, die gegenüber Zecken exponiert sind.

Die bei der Schuleingangsuntersuchung über vorgelegte Impfbücher erhobenen Daten zur FSME-Impfung zeigen bis zum Jahr 2010 einen kontinuierlichen Anstieg auf einen Anteil von 38,5 % für eine abgeschlossene Grundimmunisierung. Für 2011 wurde mit 32,8 % eine niedrigere Impfquote beobachtet, was vermutlich auf das niedrigere Alter der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung (aufgrund einer Umstellung jetzt 4,5 Jahre gegenüber bisher knapp 6 Jahre) zurückzuführen ist. Wie in der Vergangenheit weisen die Impfquoten zwischen den Landkreisen starke Schwankungen auf. Die höchsten Impfquoten mit bis zu 60 % werden dabei in den Landkreisen der Hochendemiegebiete im Nordschwarzwald und der westlichen Schwäbischen Alb verzeichnet. Daten aus einer Verbraucherbefragung aus dem Jahr 2009 zeigen für Baden-Württemberg, dass Kinder bis 16 Jahre mit 37 % eine deutlich

höhere Impfquote aufweisen als Erwachsene mit ca. 26 %. Da die Krankheit bei Erwachsenen in der Regel schwerer verläuft als bei Kindern, gilt der niedrigeren Durchimpfung bei Erwachsenen verstärkte Aufmerksamkeit. Bei Kindern sollte die zeitgerechte Auffrischungsimpfung beachtet werden.

Borreliose Meldepflicht

Für Borreliose besteht keine bundesweite Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Die Daten zur Zahl von Neuinfektionen bzw. Neuerkrankungen sind daher lückenhaft. Es ist jedoch von einer deutschlandweiten Infektionsgefährdung durch *Borrelia burgdorferi* auszugehen. Das Infektionsrisiko wird im Wesentlichen bestimmt durch die regionale Zeckenpopulation und deren Erregerdurchseuchung sowie die Anzahl der Zeckenkontakte des Menschen. Da keine Impfung zur Verfügung steht, kommt der Vermeidung von Zeckenstichen die größte Bedeutung bei der Prävention der Lyme-Borreliose zu.

Die neuen Bundesländer und Berlin haben seit 2001 eine namentliche Meldepflicht für Borreliose durch Landesverordnungen geregelt. Im Jahr 2011 haben Rheinland-Pfalz und Saarland eine nicht-namentliche (anonyme) Meldepflicht eingeführt. Dass keine bundesweite Meldepflicht besteht, beruht im wesentlichen auf dem Argument, dass Maßnahmen des Gesundheitsamtes zur Verhinderung der Weiterverbreitung weder erforderlich noch möglich sind, da die Borreliose nicht von Mensch zu Mensch sondern ausschließlich von Zecken auf den Menschen übertragen wird. Weitere Argumente sind die fehlende präventive Impfung, die eine entsprechende Überwachung der Wirksamkeit des Impfstoffs begründen würde sowie mangelnde großflächige Bekämpfungsmaßnahmen des krankheitsübertragenden Tieres (wie z.B. bei Tollwut).

Die Lyme-Borreliose weist unterschiedliche Erkrankungsstadien auf, die mit einem breiten Spektrum an klinischen Bildern, Symptomen und Inkubationszeiten einhergehen. Über eine Meldepflicht werden daher i.d.R. nur bestimmte Aspekte des Krankheitsgeschehens erfasst. Die Meldung bezieht sich jeweils auf das klinische Bild und muss mit vergleichsweise hohem Aufwand durch den Arzt erfolgen. Da beim üblichen serologischen Labornachweis nicht zwischen akuter und durchgemachter Erkrankung unterschieden werden kann, wird auf eine allgemeine Meldepflicht für den Labornachweis verzichtet.

Baden-Württemberg setzt sich seit Längerem für die Einführung einer bundesweiten Meldepflicht für Borreliose ein, um eine bundeseinheitliche Vorgehensweise und die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu gewährleisten. Eine Neubewertung der Situation wird auf der Grundlage von Erfahrungsberichten aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland erfolgen.

Wildtiere als FSME-Anzeiger: Neue Wege zur Risikobewertung von FSME-Gebieten

Prof. Dr. Ute Mackenstedt, Fachgebiet Parasitologie, Universität Hohenheim

Bei der Verbreitung zahlreicher arthropodenübertragener Pathogene spielen neben den Vektoren (z.B. Zecken) auch sogenannte Reservoirwirte bei der Aufrechterhaltung eines Naturzyklus eine erhebliche Rolle.

In einer Studie wurden Füchse aus Süddeutschland serologisch und molekularbiologisch untersucht, um ihre Rolle in der Epidemiologie von arthropodenübertragenen Erregern (u.a. FSME, Rickettsien, Leishmania) zu beurteilen. In 32 von 146 Füchsen wurden Antikörper gegen FSME-Viren erfolgreich nachgewiesen, 18 Tiere zeigten grenzwertige Antikörpertitel. Die Antikörperprävalenz betrug somit 21,9 bis 34,1%. Auch die anderen Erreger, Rickettsien und Leishmania, wurden in Füchsen nachgewiesen. Damit sind Füchse kompetente Reservoirwirte für viele Pathogene. Wildtiere sind natürlicherweise sehr stark von Zecken befallen, die u.a. FSME-Viren übertragen können. Der Nachweis von Antikörpern gegen diese Viren könnte für die Einschätzung von FSME-Risikogebieten genutzt werden. Nicht nur Füchse könnten für entsprechende Untersuchungen herangezogen werden, sondern auch Rehe und Wildschweine. Durch eine konsequente Untersuchung erlegter Wildtiere auf Antikörper gegen FSME ist es möglich, das Vorkommen von FSME-Viren in bestimmten Gebieten nachzuweisen, ohne den wesentlich aufwendigeren und weniger erfolgreichen Nachweis von FSME-Viren in Zecken führen zu müssen.

1. Süddeutscher Zeckenkongress



21. – 22. März 2012
Universität Hohenheim

21. März, 15.00 - 18.30 Uhr
Fortbildung für Ärzte

22. März, 9.00 - 17.30 Uhr
Wissenschaftliche Fachtagung

Wissenschaftliche Leitung: Ute Mackenstedt · Jochen Süss · Gerhard Dobler · Peter Kimmig

Für die interessierte Bevölkerung – Zecken hautnah!

22. März, ab 18.00 Uhr

Herzlich eingeladen sind alle interessierten Bürger zu dieser kostenfreien Veranstaltung. Wissenschaftler und Ärzte informieren in Vorträgen und Diskussionen über aktuelle Entwicklungen in der Zeckenforschung und stehen für Ihre Fragen zur Verfügung. Begleitet wird die Veranstaltung durch eine spannende Ausstellung zum Themenkomplex Zecke. Lebende Exemplare unter dem Mikroskop oder in einem „Pusteterrarium“ gehören ebenso dazu wie viele Informationstafeln und Filme zur Biologie von Zecken und Vorbeugung vor Borreliose und FSME.



Anmeldung und weitere Informationen zum Zeckenkongress unter: www.zeckenkongress.uni-hohenheim.de

Mit freundlicher
Unterstützung von :

Baxter

SEKISUI 

 **MSD**
Tiergesundheit

 **RÖMER
APOTHEKE**

**ixogon®
ZECKEN
ROLLEN**

Sehr geehrte Damen und Herren,

400 neue FSME-Fälle und eine steigende Zahl an Borreliose-Erkrankungen – das ist die Bilanz des Jahres 2011. Angesichts dieser Tatsache findet eine Ärztefortbildung im Vorfeld des ersten Süddeutschen Zeckenkongresses statt. Im Zentrum stehen neueste Erkenntnisse zu FSME und Lyme-Borreliose.

Anerkannte Experten betrachten die wichtigsten von Zecken übertragenen Erkrankungen aus verschiedensten Blickwinkeln.

Die FSME als grenzüberschreitende Erkrankung mit europaweiter Tragweite wird aus epidemiologischer und reisemedizinischer Sicht betrachtet. Darüber hinaus wird die Diagnostik der FSME und Borreliose anhand ausgewählter Beispiele aus der täglichen Praxis veranschaulicht.

Der zweite Themenblock befasst sich mit der FSME-Impfung. Hier stehen Ärzte häufig der Herausforderung gegenüber, dass viele Patienten Impfabstände nicht einhalten und ihr Impfschutz damit unvollständig ist. Warum es überhaupt empfehlenswert ist, sich gegen FSME impfen zu lassen? Dieser Frage wird aus Sicht der Ständigen Impfkommission nachgegangen.

Abgerundet wird das Programm durch die Erörterung einer aktuellen Streitfrage: Meldepflicht für Borreliose – ja oder nein.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ute Mackenstedt

Moderation und Diskussionsleitung: Frau Prof. Dr. U. Mackenstedt

**21. März 2012 Ärztefortbildung im Rahmen des
1. Süddeutschen Zeckenkongresses**

15:00 – 15:05 Begrüßung

Frau Prof. Dr. U. Mackenstedt
Universität Hohenheim

**15:05 – 15:35 FSME:
Epidemiologie und Reisemedizin**

Herr Prof. Dr. J. Süss
Friedrich Löffler Institut
Jena

**15:35 – 16:05 Neueste Erkenntnisse zu Borreliose
und FSME: Probleme, Unsicherheiten,
Lösungen**

Herr Prof. Dr. R. Kaiser
Chefarzt Neurologie
Klinik Pforzheim

**16:05 – 16:35 Diagnostik der FSME und Borreliose
anhand konkreter Beispiele**

Herr Dr. H. Hlobil
Laborärzte
Sindelfingen

16:35 – 17:05 Pause

**17:05 – 17:35 Irreguläre Impfabstände-Herausforderung
in der tägl. Praxis am Beispiel
der FSME**

Herr Dr. G. Dobler
Institut f. Mikrobiologie d. Bundeswehr
München

**17:35 – 18:05 Warum die STIKO die FSME-Impfung
empfiehlt**

Herr Prof. Dr. U. Heining
Leitender Arzt
Pädiatrische Infektiologie und Vakzinologie
Universitäts-Kinderspital beider Basel

**18:05 – 18:35 Borreliose Meldepflicht –
Pro und Contra**

Frau Dr. I. Piechotowsky
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung
Familie, Frauen und Senioren
Baden-Württemberg

18:35 Ende

**5 Fortbildungspunkte von der LÄK genehmigt.
Die Fortbildung wird organisiert und durchgeführt
von der Universität Hohenheim und
der Baxter Deutschland GmbH.**

1. Süddeutscher Zeckenkongress

Fachtagung

22.3.2012, Aula im Schloss

Programmablauf

9.00 -9.10 Begrüßung

Prof. Dr. Ute Mackenstedt

Fachgebiet Parasitologie, Universität Hohenheim

9.10 – 9.45 Zecken - kleine Tiere mit erstaunlichem Leistungsvermögen

Prof. Dr. Jochen Süss

Friedrich-Löffler-Institut Jena

I. Zecken und Umwelt (Leitung: Prof. Dr. Jochen Süss)

9.45–10.10 Eine neue Methode und ihre Möglichkeiten zur Erfassung der Wirtssuchaktivität und der Dauer des Lebenszyklus von *Ixodes ricinus*

Dr. Olaf Kahl*, Daniel Kämmer*, Dr. Jacqueline Heger+, Dr. Hans Dautel*,

* tick-radar GmbH, + Justus Liebig Universität Gießen

10.10–10.35 Die aktuelle und zukünftige Klimaentwicklung in Süddeutschland

Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Gerstengarbe

Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung

10.35-10.55 Kaffeepause

10.55-11.20 20 Jahre Erfassung der Zecken und Borrelien: Auswirkungen des Klimawandels?

Dr. Alexandra Schwarz, Prof. Dr. Günter Schaub

Ruhr-Universität Bochum

11.20-11.45 Klima, Wetter, Mikroklima und Wirtssuchaktivität von *Ixodes ricinus* – erste Ergebnisse einer Studie

Prof. Dr. Jochen Süss

Friedrich-Löffler-Institut, Jena

II. Zecken und Pathogene (Leitung: Dr. Gerhard Dobler)

11.50-12.15 Weltweite Bedeutung Zecken-übertragener Krankheitserreger

Dr. Gerhard Dobler

Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr München

12.15-12.40 Vector borne diseases beim Hund in Deutschland am Beispiel der Babesiose und Anaplasmosen

Prof. Dr. Andreas Moritz

Justus-Liebig Universität Giessen

12.40 -13.40 Mittagessen

13.40-14.05 FSME bei Haus- und Wildtieren

Prof. Dr. Martin Pfeffer

Veterinärmedizinische Fakultät der Universität Leipzig

14.05-14.30 Surveillance der FSME in Deutschland: Möglichkeiten und Grenzen

Dr. Wiebke Hellenbrand

Robert-Koch-Institut Berlin

14.30-14.55 Lyme-Borreliose bei Hund und Pferd – Diagnostik und Prophylaxe

Prof. Dr. Reinhard Straubinger

Ludwig-Maximilians-Universität München

14.55-15.20 Stadtparks und Naherholungsgebiete als urbane Lebensräume für Zecken und durch sie übertragbare Zoonoseerreger

Dr. Cornelia Silaghi

Ludwig-Maximilians-Universität München

15.20-15.45 Prävalenz von *Bartonella* spp. in *Ixodes ricinus* im Stadtgebiet

Hannover

Prof. Dr. Christina Strube

Tierärztliche Hochschule Hannover

15.45-16.10 Kaffeepause

**16.10-16.25 *Neoehrlichia mikurensis* - noch ein Zecken-übertragener Erreger
mehr**

Prof. Dr. Martin Pfeffer

Veterinärmedizinische Fakultät der Universität Leipzig

**16.25-16.40 Speziesidentifizierung von *Rickettsia* spp. in *Ixodes ricinus* mittels
Pyrosequenzierung**

Elisabeth Janecek

Tierärztliche Hochschule Hannover

**16.40-16.55 Rehwild und Wildschwein als mögliche Reservoirwirte für
zeckenübertragene Krankheitserreger im Angelberger Forst in
Bayern**

Evelyn Overzier

Ludwig-Maximilians-Universität München

**16.55-17.10 Dynamik natürlicher *Anaplasma phagocytophilum*-Infektionen in
einer Milchviehherde**

Dr. Cornelia Silaghi

Ludwig-Maximilians-Universität München

17.10 abschließende Diskussion

17.30 Ende der Veranstaltung