



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

**Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de**



Frühsommer-Meningoenzephalitis in Bayern – Stand und Entwicklungen

Zum Artikel von Dr. Lidia Chitimia-Dobler und Professor Dr. Gerhard Dobler in Heft 3/2024, Seite 90 ff.

Der detail- und kenntnisreiche Artikel vergibt die Chance zu einer überfälligen kritischen Auseinandersetzung mit RKI und STIKO beim Thema FSME.

Obwohl der Artikel auf die internationale Bedeutung der FSME ausführlich eingeht, wird die Definition eines „FSME-Risikogebietes“ durch das RKI, von der das industriunabhängige *arznei-telegramm* schon vor Jahren schrieb, sie „könnte aus den Marketingabteilungen der Hersteller von FSME-Impfstoffen stammen“ (a-t 2007) kritiklos übernommen. Mit einer Inzidenzgrenze von 1 Fall pro 100.000 Einwohner in nur

einem Fünfjahreszeitraum seit 2002 (RKI 2024) liegt diese Anforderung um Größenordnungen unter der zum Beispiel der WHO (≥ 5 Fälle pro 100.000 Einwohner und einem Jahr) oder anderer internationaler Publikationen (zum Beispiel Heuverswyn 2023). Selbst wenn man die WHO-Definition großzügig anwendete (Inzidenz ≥ 5 in nur einem Jahr seit 2001), reduzierte dies die Zahl der Risikogebiete in Deutschland schlagartig auf weniger als ein Drittel (Rabe 2024a).

Zwei weitere gedankliche Prämissen der RKI-Definition werden im Artikel faktisch in Frage gestellt, ohne dass dies kritisch diskutiert würde: es ist dies zum einen die Hinzunahme benachbarter Landkreise in die Risikodefinition des RKI, ohne dass in diesen tatsächlich FSME-Fälle aufgetreten sein müssen – hier weisen die Autoren zu Recht auf die geografisch oft sehr kleinen Naturherde der FSME hin, die diese willkürliche Ausweitung der Definition fragwürdig scheinen lassen. Zum anderen beruht die kontinuierliche Zunahme der RKI-Risikogebiete über die Jahre auch auf der Annahme, einmal vorhandene Naturherde seien sehr stabil und müssten – einmal nachgewiesen – für mindestens 20 Jahre angenommen werden. Das dokumentierte weitgehende Verschwinden der FSME zum Beispiel in Unterfranken hätte ein Anlass sein können, diese Annahme kritisch zu hinterfragen.

Diese sehr spezielle Definition des RKI führt in Bayern zu absurden Situationen: von 96 Landkreisen sind 94 als RKI-Risikogebiet ausgewiesen – davon gab es (Stand 2024) in neun Landkreisen seit fünf Jahren, in 18 seit zehn Jahren und in 15 seit Beginn der Erfassung 2001 überhaupt keine FSME-Fälle bei Kindern und Jugendlichen (mehr) (SurvStat@RKI 2024, grafisch bei Rabe 2024b). Dessen ungeachtet gilt dort die STIKO-Empfehlung zur flächendeckenden FSME-Impfung.

Zuletzt machen sich die Autoren noch mit der international zunehmend isolierten Empfehlung der STIKO bezüglich der FSME-Auffrischimpfungen gemein. International wird hier seit Jahren von einer Schutzdauer von mindestens zehn Jahren ausgegangen (zum Beispiel Schelling 2024).

Durch die unkritische Übernahme inflationärer Risiko-Definitionen des RKI und nicht evidenzbasierter (Auffrisch-)Impfempfehlungen der STIKO wird hier versäumt, den in der täglichen Praxis tätigen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen tatsächliche und belastbare Evidenz für eine differenzierte Impfberatung zur FSME an die Hand zu geben. Angesichts des substanziellen Vertrauensverlustes, den Impfempfehlungen im Allgemeinen und RKI bzw. STIKO im Besonderen während der letzten Jahre in der Bevölkerung erlitten haben, ist diese vertane Chance besonders bedauerlich.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Dr. Steffen Rabe, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 81245 München

Antwort

Zuerst mal herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben unseren Artikel intensiv zu lesen und auch eine umfangreiche persönliche Meinung dazu zu schreiben.

Viele Ihre genannten Punkte beziehen sich auf das RKI und die STIKO. Die STIKO-Empfehlung gilt nun mal in Deutschland als die rechtliche Leitlinie unter anderem auch für die FSME-Impfung und in einem offiziellen Ärzteblatt muss daher die offizielle (rechtlich bindende) Empfehlung wiedergegeben werden.

Eine Reihe der von Ihnen genannten Punkte sind sicherlich mit dem RKI/STIKO zu diskutieren, und ich kann Ihnen versichern, das geschieht von unserer Seite auch sehr intensiv und durchaus nicht kritiklos. Allerdings denke ich, dass diese fachlichen Diskussionen nicht öffentlich ausgetragen werden sollten (und schon gar nicht in einem offiziellen Ärzteblatt), sondern hinter den Türen. Das Beispiel Corona hat gezeigt, wie entsprechende öffentliche Diskussionen zwischen Fachexperten die Nicht-Fachleute eher verunsichern.

Zu einigen Ihrer Punkte möchte ich aber trotzdem direkt Stellung nehmen:

Der von Ihnen erwähnte Beitrag von Heuverswyn legt selbst keine Inzidenzgrenze für eine FSME-Impfung fest, sondern gibt nur die jeweiligen nationalen Empfehlungen wieder. Die Empfehlung der WHO widerspricht (wie viele andere WHO-Gesundheitsempfehlungen auch) nationalen Empfehlungen, unter anderem auch der deutschen Empfehlung. Dies ist vielleicht erklärlich, dass die WHO die weltweite Situation insgesamt im Blick haben muss, während die nationalen Empfehlungen auch nationale, regionale und lokale Gegebenheiten berücksichtigen müssen.

Impfungen sind präventive Maßnahmen, die vor einer möglichen Exposition durchgeführt werden sollten. Daher macht es durchaus Sinn, die möglichen (!) Verbreitungsgebiete weiter zu fassen. Das FSME-Virus zirkuliert in sehr kleinräumigen Arealen, so genannten Naturherden. Allerdings reihen sich diese mosaikartig aneinander, sodass in Süddeutschland große Regionen voller einzelner FSME-Naturherde sind.

Sie halten sich nicht an rein politisch definierte Landkreis-Grenzen. Die Naturherd-Struktur an sich hat aber nichts mit der Verbreitung des FSME-Virus zu tun.

Die Tatsache, dass in einer Region kein FSME-Fall aufgetreten ist, bedeutet nicht zwangsweise, dass es dort keine FSME-Viren gibt, sondern nur, dass es bisher nicht zu einer Infektion, besser Krankheit, des Menschen gekommen ist. Der Mensch ist der denkbar ungünstigste Indikator für das Vorhandensein des FSME-Virus in der Natur, da er ein biologischer Fehlwirt ist. Bisher gibt es keine umfassenden Untersuchungen zum Vorkommen des FSME-Virus in Bayern oder gar in Deutschland. Serologische Untersuchungen am Menschen sind schwierig, da in Bayern auch ein Großteil der Bevölkerung FSME-geimpft ist. Die Impfung hat aber einen entscheidenden Einfluss auf die Inzidenz der Infektion und Erkrankung und sie verschleiert damit das Vorkommen des Virus in entsprechenden Regionen. Ich kann Ihnen von unseren Studien mitteilen, dass sich das Risiko sich mit FSME zu infizieren in den letzten Jahren in einem Landkreis in Baden-Württemberg versiebenfacht hat (Euringer et al. 2023). Eine ähnliche Entwicklung sehen wir übrigens in Österreich, wo dies jedoch bei einer Impfquote von >85 Prozent nur bei genauer Analyse erkennbar wird. Auch in Österreich ist das FSME-Virus weiterhin vorhanden und die Erkrankungszahlen steigen mit der Abnahme der Durchimpfungsrate wieder deutlich an (Verdopplung innerhalb der letzten acht Jahre in Oberösterreich!).

Zur Stabilität der Herde ist zu sagen, dass genau meine (und finnische Untersuchungen) zeigen, dass ein FSME-Herd über Jahrzehnte stabil ist, unabhängig davon, ob ein menschlicher FSME-Fall auftritt oder nicht. Wir können an vielen Stellen in Bayern das FSME-Virus nachweisen, nachdem dort vor 10 bis 15 Jahren einmalig ein FSME-Fall aufgetreten ist und seither nicht mehr. Trotzdem ist das Virus in den Zecken nachweisbar. Und die genetischen Analysen der FSME-Viren zeigen, dass es sich um zu den früheren Viren identische Viren handelt. Nochmals: der Mensch und die menschliche Erkrankung sind der dafür schlechteste Indikator.

Zum Verschwinden der menschlichen FSME-Fälle ist zu sagen, dass dies ein Phänomen ist, das wir erst in den letzten Jahren beobachten und bisher nicht verstehen. Die Tatsache, dass die FSME-Fälle verschwinden, heißt hier ebenfalls nicht zwangsläufig, dass es kein Virus mehr gibt. Hier könnten zum Beispiel auch menschliche Verhaltensänderungen zur Abnahme führen. Wir wissen es nicht. Wollen wir Menschen deshalb empfehlen auf eine Impfung zu verzichten und sie damit (entgegen unserem Präventionsgedanken) einem aktuell nicht kalkulierbaren Infektionsrisiko mit der Möglichkeit schwerer Enzephalitis-Erkrankungen aussetzen?

Zu Ihren Ausführungen zu den Zeiträumen der Auffrisch-Impfung ist zu sagen, dass hier ebenfalls die rechtlichen Grundlagen eindeutig sind. Es gelten die in der Impfstoff-Zulassung genannten Zeiträume und diese sind grundsätzlich bindend. Diese werden übrigens, wie Sie sicher wissen vom PEI (und nicht von der STIKO) festgelegt. Ich kann Ihnen dazu aus internen Informationen mitteilen, dass momentan das PEI (und auch andere nationale Zulassungsbehörden) und nicht die Hersteller-Firmen sich gegen eine Ausweitung der Booster auf 10 Jahre stellen. Ebenfalls, wenn andere Länder andere Empfehlungen geben, dann kann das gegebenenfalls fachlich nachvollziehbar sein, ist jedoch für Deutschland nicht bindend. Daher kann dies auch nicht als allgemein empfohlene Maßnahme für alle Ärzte öffentlich wiedergegeben werden. Wenn ein Arzt sich nicht an die Zulassungsvorgaben hält, handelt er auf eigenes Risiko. Meine eigenen Analysen der Impfdurchbrüche bei FSME-Impfung zeigen, dass wohl ein Großteil dieser gegebenenfalls auf entsprechend nicht eingehaltene Impfabstände zurückzuführen ist, allerdings nicht so sehr bei der Auffrischung, sondern vor allem bei der Grundimmunisierung.

Ich hoffe, dass hiermit einige Ihrer Punkte geklärt werden können.

*Professor Dr. Gerhard Dobler,
Leiter Nationales Konsiliarlabor für FSME,
Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr,
80937 München*

Kostenlose Sonnenschutzcreme an Badestränden – eine gute Idee?

Zum Artikel von Dr. Ursula von Gierke in Heft 3/2024, Seite 78 ff.

Hoffentlich führt dieser Artikel, wenn nur oberflächlich gesehen/gelesen wird – und wer liest alle längeren Artikel vollständig! – nicht zu falschen Schlussfolgerungen?

Wer in der Praxis ständig mit zunehmendem Hautkrebs konfrontiert ist (ich war bis zum 72 Lebensjahr niedergelassen und operierte in den letzten Jahren nahezu ausschließlich alt-uralt Hautkrebspatienten ambulant, um diesen möglichst einen stationären Aufenthalt zu ersparen) und sich seriös Gedanken macht – wie dem zu begegnen sei, kann nur UV-Schutz Maßnahmen befürworten, die sicher sind und nicht ungeahnte Spätfolgen beinhalten: wer weiß – kann abschätzen – was Chemie und dies sind Sonnenschutzcremes für Erwachsene, in 30 Jahren in der Haut bewirkt haben? Schutzcremes für Kinder (Zinkpräparate) sind heller und werden von Erwachsenen nicht gewünscht!?

Definitiv zu weniger Hautkrebs führen könnten: UV-Schutz nicht nur im Kindesalter

1. Textil und
2. UV-Licht meiden zwischen 11 bis 15 Uhr.

Kindergärten und Kinderhorte kennen entsprechende Maßnahmen.

Heißt Aufklärung – Aufklärung – Aufklärung... ist die beste Prophylaxe.

In einer Hausarbeit, die ich im Rahmen einer einjährigen Fortbildung am Nürnberger Klinikum: „Betriebswirtschaft für die Arztpraxis“ erstellte, versuchte ich, all diese Zusammenhänge aufzuzeigen.

*Dr. Gabriele Frickert,
Fachärztin für Chirurgie, Fachärztin für
Plastische Chirurgie, Fachärztin für Haut-
und Geschlechtskrankheiten, i. R.,
90409 Nürnberg*



ärzte-markt.de

Das medizinische Stellenportal für Süddeutschland

🔍
Stellenangebote finden

✓
Anzeige buchen