



JETZT NEU

Therapie der Epilepsie

Bestellformular:
siehe Seite 44



ISSN 1869-6597

3344

Papier aus chlorfrei gebleichtem Zellstoff

Gebühr bezahlt

neuro aktuell



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial

Der Fall Gustl Mollath sollte dem Freistaat Bayern eine Warnung sein **3**

FSME

Fast vollständiger Schutz gegen FSME schon nach zwei Impfungen **7**

Kommentare

Impfunlust: Wer sich nicht impfen lässt, ist ein asozialer Trittbrettfahrer **8**

Österreich: Hokuspokus statt Leitlinien **9**

Neuro-Quiz **10**

Denkanstoß

Inklusion – Mythos der Gleichheit **10**

Morbus Parkinson

Die ich rief, die Geister ... MAO-B-Hemmer in der Parkinson-Therapie **13**

Schmerz

Rund um die Uhr – an jedem Ort – präzise: Digitale Schmerzmessung **16**

Neurologie

Auswirkungen von (synthetischen) Geschlechtshormonen bei Frauen **17**

Multiple Sklerose

Stellenwert und Risikoabwägung: Neu zugelassene Therapien der Multiplen Sklerose **23**

Psychotherapie bei beruflichen Belastungen

Bedeutung von Erwerbsarbeit für die psychische Gesundheit **27**

Ausschreibungen **29**

Preis **30**

News **30**

Urlaub

Unerwünschte Mitbringsel: Tropenkrankheiten **37**

Online angebotene Reise-Versicherungspakete sind oft überdimensioniert **41**

Neuro Forschung **42**

Zuletzt

Musisch interessierte Ärzte verstehen ihre Patienten besser **45**

Impressum **45**

Komplexbehandlung und personalisierte Medizin

Trends in der Behandlung von Menschen mit Epilepsie und geistiger Behinderung

Christian Brandt, Bielefeld

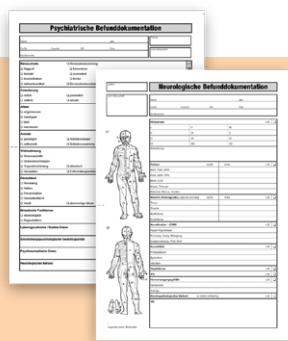
Die Epilepsie ist mit einer Prävalenz von ca. 0,6 % eine häufige neurologische Erkrankung. Die Prävalenz von geistiger Behinderung (GB) liegt in westlichen Ländern bei 3 %. Je schwerer die Ausprägung der GB, desto häufiger ist sie mit einer Epilepsie vergesellschaftet: Bei Kindern mit leichter GB (IQ 50-70) liegt in 6 % auch eine Epilepsie vor, hingegen sind es 24 % bei schwerer und sogar 50 % bei schwerster GB (IQ < 20)¹. Ebenfalls gilt: Je komplexer eine Behinderung ist, desto häufiger tritt sie zusammen mit Epilepsie auf: Erwachsene mit Zerebralparese (CP) haben in 13 % eine Epilepsie, bei Vorliegen eines Autismus sind es 25 %, bei GB 26 % und beim gemeinsamen Auftreten von CP und GB 40 %². Die Begriffe „mentale Retardierung“, „geistige Behinderung“, „Intelligenzminderung“ reflektieren unterschiedliche Herangehensweisen an die Begrifflichkeit und drücken sicher auch die unterschiedlichen Sichtweisen aus, die zu ihrer jeweiligen Entstehungszeit vorherrschten.

Fortsetzung auf Seite 3

Schnell, einfach und sicher dokumentieren

Dokumentationsblöcke für Neurologie und Psychiatrie.

Siehe Seite 38



Der Fall Gustl Mollath sollte dem Freistaat Bayern eine Warnung sein

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

das in Bayern geplante neue Unterbringungsgesetz für psychisch Kranke (PsychKHG) ist laut Gesetzentwurf eher zu einem „Gefährdungsgesetz“ geraten, das psychisch Kranke zunächst als gefährlich sieht und sich entsprechend in erster Linie auf die Gefahrenabwehr konzentriert. Vorbild ist anscheinend das ebenfalls geplante neue bayerische Polizeiaufgabengesetz, nach welchem z. B. ein halbes Jahr „Präventivhaft“ verhängt werden kann, ohne dass eine Straftat vorliegt. Nach heftiger Kritik der Fach-Verbände und Oppositionsparteien sah sich das bayerische Kabinett nach einer Anhörung im April nun doch zu Nachbesserungen gezwungen: So wird auf die sogenannte Unterbringungsdatei verzichtet. Darin sollten ursprünglich Daten von Menschen gespeichert werden, die per Gerichtsentscheid in die Psychiatrie eingewiesen wurden. Menschen mit psychischen Problemen sollen nicht mehr wie Straftäter behandelt werden.

Erinnern wir uns an den Justizskandal rund um Gustl Mollath. Mehr als sieben Jahre saß dieser in der geschlossenen Psychiatrie – zu Unrecht, wie sich später herausstellte. Er soll laut Anklage u. a. seine Frau misshandelt und Reifen zerstochen haben. 2006 sprach man ihn zwar wegen Schuldunfähigkeit frei, anstelle einer Strafe wurde allerdings der Maßregelvollzug in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung angeordnet, da – nach Ansicht des Gerichts – weiter Gefahr von Mollath ausging. Begründung: Er leide an einem paranoiden Wahn bezüglich eines Schwarzgeldskandals. Doch dieser angebliche Wahn stellte sich Mitte November 2012 als Wahrheit heraus. Im August 2013 wurde Gustl Mollath schließlich aus der geschlossenen Psychiatrie entlassen. Das Oberlandesgericht Nürnberg hatte die Wiederaufnahme seines Verfahrens angeordnet. Nach 17 Verhandlungstagen am Landgericht Regensburg wurde er 2014 freigesprochen. Das Gericht ordnete eine Entschädigung für Mollath an.

Mollath hatte Begutachtungen immer mit der Begründung abgelehnt, er sei nicht geisteskrank. Erst 2011 stimmte er einer ausführlichen, nicht vom Gericht veranlassten Exploration von neun Stunden Dauer zu. Der aus vielen menschenrechtlichen Expertisen bekannte Psychiater Friedrich Weinberger verfasste danach eine bemerkenswert ausführliche gutachtliche Stellungnahme, die aber von der zuständigen Justizbehörde in Bausch und Bogen verworfen wurde. Im Sommer 2013 wurde Mollath dann von einem Tag auf den

anderen aus der geschlossenen Unterbringung mit der Maßgabe auf die Straße gesetzt, sein Zimmer innerhalb von drei Stunden zu räumen, ohne dass man sich um seine weitere Betreuung oder Unterkunft kümmerte. Eine Wohnung besaß er nicht mehr. Sein von den Eltern geerbtes Haus hatte inzwischen die geschiedene Frau ersteigert.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der neue bayerische Ministerpräsident Söder mit dem PsychKHG Stärke vor allem auch gegenüber der AfD profilieren will: Nach dem Motto „einsperren, ehe etwas passiert“, sogenannte Gefährder unschädlich machen, Menschen, auch wenn sie keine Straftaten begangen haben, aber etwas seltsam und „unheimlich“ daherkommen, einsperren, psychisch Kranke mithilfe einer Art Polizeirecht „verräumen“, weil sie vielleicht auf Grund ihrer Erkrankung als zumindest potenzielle Kriminelle gelten. Glücklicherweise haben die parlamentarische Kontrollmechanismen funktioniert. Seien wir dankbar für einige deutliche Verbesserungen in der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker wie die Einrichtung eines landesweiten Netzes psychiatrischer Krisendienste, Festschreibung einer jeweils nach drei Jahren obligatorischen Psychiatrieerberichterstattung und Stärkung der Selbsthilfe.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Trends in der Behandlung von Menschen mit Epilepsie und geistiger Behinderung

Während die ICD-10 von *Intellectual Disability* spricht, wird mittlerweile auch der breitere Begriff *Intellectual and Developmental Disability* gebraucht. Der vorliegende Artikel verwendet „Geistige Behinderung“, ohne damit in terminologische Diskussionen eingreifen zu wollen.

Nach der Klärung der Prävalenz stellt sich die Frage nach der Prognose einer Epilepsie im Kontext einer GB. Während generell 70 bis 80 % der Menschen mit Epilepsie anfallsfrei werden können, sind es bei Menschen mit Epilepsie und GB weniger. Auch hier gibt es Unterschiede je nach Ausprägung der GB. In einer Gruppe von 675 Bewohnern einer Langzeiteinrichtung, die an einer Epilepsie litten, waren 36 % anfallsfrei, und zwar 44 % bei Vorliegen einer Lernbehinderung, 39 % bei leichter, 33 % bei mäßiger, 32 % bei schwerer und 22 % bei schwerster GB⁵. Unter Umständen sind diese Ergebnisse nicht auf die Allgemeinheit der Menschen mit Epilepsie und GB übertragbar, da in einer Langzeiteinrichtung vermutlich häufiger Menschen

mit einer schwerer behandelbaren Epilepsie leben. Das Mortalitätsrisiko, gemessen mit der Standardisierten Mortalitätsratio (SMR), liegt bei Epilepsie allgemein mit einer SMR von 1,6 bis 3 bereits höher als in der Allgemeinbevölkerung. Kommen GB oder CP hinzu, steigt die SMR je nach Studie auf 7 bis 50⁴. Als wichtige Todesursachen werden Pneumonien und anfallsbezogene Todesursachen, z. B. der plötzliche unerwartete Tod bei Epilepsie (SUDEP), genannt. Hier deuten sich bereits Ansätze zu einer Verringerung des Mortalitätsrisikos an, z. B. die Anlage einer PEG zur Verhinderung von Aspirationspneumonien bei Schluckstörungen oder auch die nächtliche Anfallsüberwachung zur SUDEP-Prophylaxe. Die Frage, ob eine GB im Kontext einer Epilepsie das Risiko eines SUDEP erhöht, kann noch nicht abschließend beantwortet werden, es gibt aber Hinweise in dieser Richtung.

Die Behandlungsmöglichkeiten einer Epilepsie umfassen – wie bei Menschen mit normaler Intelligenz auch – medikamentöse, epilepsiechirurgische und andere Therapieverfahren. Auf epilepsiechirurgische Möglichkeiten kann hier nicht näher eingegangen werden. Es soll aber festgestellt werden, dass eine GB kein generelles Ausschlusskriterium in Bezug auf ein prächirurgisches Monitoring bzw. eine epilepsiechirurgische Operation darstellt. Neben resektiven Verfahren, die unten im Kontext des Tuberöse Sklerose Komplexes (TSC) nochmal erwähnt werden, ist auch an palliative Verfahren wie die Kallosotomie zur Verhinderung von Sturzanfällen zu denken⁵.

Pharmakotherapie

Im Folgenden soll es jedoch um die medikamentöse Behandlung gehen. Trotz einer Vielzahl zugelassener Antiepileptika (*Antiepileptic Drugs*; AED) gibt es nur wenige randomisierte kontrollierte Studien, die Effektivität und Sicherheit von AED bei Menschen mit Epilepsie und GB untersuchen. In einem aktuellen *Cochrane-Review* wurden entsprechende Studien mit einer Gesamtzahl von 1.116 eingeschlossenen Patienten gefunden⁶. Dies ist eine Zahl, die sonst schon mal in ein bis zwei großen Studien eingeschlossen wird. Die Daten belegen im Großen und Ganzen die Wirksamkeit der AED auch bei dieser Gruppe von Patienten. Damit ist die kleine Zahl der Studien vielleicht weniger ein Problem als ihre oft unzureichende Qualität. So wurden nur für vier Studien Daten zur Anfallsfreiheit berichtet, für acht Studien Daten zur Anfallsfrequenz bzw. Responderrate und für drei Angaben zum Verhaltensmonitoring. Keine Studie berichtet Daten zum kognitiven Outcome. Dies wäre aber wichtig. Für Topiramamat beispielsweise konnte in einer kleinen Studie aus unserem Zentrum gezeigt werden, dass dieses Medikament bei Menschen mit GB kognitive Nebenwirkungen verursachen kann, die denen bei Menschen mit normaler Intelligenz vergleichbar sind⁷. Es gibt Hinweise, dass Menschen mit Epilepsie und GB sensibler mit Nebenwirkungen auf AED reagieren als

andere⁸. Wie oben schon geschrieben wurde, sind die Aussichten auf Anfallsfreiheit bei Menschen mit Epilepsie und GB geringer. Außerdem treten oft Sturzanfälle auf. Deshalb sind adaptierte Erfolgskriterien zu berücksichtigen. Eine geringere Zahl von Sturzanfällen, das Ausbleiben von Status epilepticus oder eine Zunahme anfallsfreier Tage kann wichtiger sein als eine bestimmte prozentuale Reduktion der Anfallsfrequenz. Für weitere Ausführungen zur medikamentösen Therapie siehe z. B. auch bei 9 und 10.

Komorbiditäten berücksichtigen

Die Komplexität der Behandlungssituation wird erhöht durch eine Vielzahl von Komorbiditäten, die bei Menschen mit GB gehäuft auftreten (siehe Tabelle 1).

Körperliche Behinderungen (z. B. Spastik, Zerebralparese)
Verhaltensauffälligkeiten ⁵
Adipositas
Ernährungsprobleme / Untergewicht
Obstipation
Zahnprobleme
Atemwegsinfektionen (Lungenentzündung)
Harnwegsinfekte
Osteoporose
Knochenbrüche
Refluxkrankheit

Tabelle 1: Körperliche Begleiterkrankungen bei Patienten mit Epilepsie und IM

Einige Syndrome sind durch spezielle Konstellationen gekennzeichnet. So ist der Tuberöse Sklerose-Komplex (TSC) eine Multisystemerkrankung mit Beteiligung von Hirn, Nervensystem, Psyche, Niere, Herz, Haut, Lunge, Auge, Gastrointestinaltrakt, endokrinem System und Zähnen. Dementsprechend benötigen die Patienten eine multidisziplinäre Betreuung¹¹. Das Down-Syndrom muss nicht, aber kann mit epileptischen Anfällen einhergehen. Als Faustregel kann man annehmen, dass im jüngeren Lebensalter eher fokale Epilepsien auftreten und bei älteren Patienten generalisierte mit myoklonischen und generalisierten tonisch-klonischen Anfällen. Häufige Begleiterkrankungen sind angeborene Herzfehler, Seh- und Hörstörungen, Autoimmunerkrankungen, schlechter Zahnstatus und akute neurologische Probleme.

Bei mehreren genetisch bedingten Krankheitsbildern, die mit Epilepsie und GB einhergehen können, zeichnen sich neue Behandlungsmöglichkeiten ab. Für den TSC (siehe oben), der mit Mutationen des TSC1- oder TSC2-Gens einhergeht, ist seit einigen Jahren ein gestörter mTOR (*mechanistic Target of Rapamycin*) pathway bekannt. In diesen greifen verschiedene Medikamente ein, u. a. Everolimus¹². Für dieses Medikament wurde in einer doppelblinden, multizentrischen

Studie die Überlegenheit gegenüber Plazebo im Hinblick auf eine Besserung der Anfallsfrequenz gezeigt¹². Gerade bei TSC ist aber auch prächirurgisches Video-EEG-Monitoring mit der Frage nach einem sogenannten führenden Tuber sinnvoll.

Das Dravet-Syndrom beginnt in den ersten 1-2 Lebensjahren und geht mit einer Anfallstetradе aus frühen infantilen febrilen klonischen Anfällen, Myoklonien, atypischen Absencen und komplex-fokalen Anfällen einher. Auch für das Dravet-Syndrom, häufig verknüpft mit einer SCN1A-Mutation, existieren medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten wie Valproat, Topiramat, Clobazam, Stiripentol¹³, aber auch Erkenntnisse, dass Natriumkanalblocker eher die Anfallsituation verschlechtern. Hier zeigen sich erfreuliche Ansätze, dass die personalisierte oder Präzisionsmedizin Einzug in die Behandlung von Menschen mit Epilepsie und GB hält.

Besonderheiten erkennen

Zu Recht werden heute nicht nur in der Epileptologie, sondern in der Medizin allgemein die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit GB bei ambulanter oder stationärer Behandlung berücksichtigt. Komorbide Krankheiten können sich atypisch präsentieren, z. B. Depressionen, aber auch schmerzhafte organische Erkrankungen, die Betroffenen können über eine eingeschränkte Kooperations- und verbale Kommunikationsfähigkeit verfügen, und Krankheiten können durch die begleitende GB verschleiert werden, analog dem Konzept des *Diagnostic overshadowing*. Bei stationärer Behandlung kommt hinzu, dass der Krankenhausaufenthalt belastend für die Patienten sein kann. Ambulant und stationär sind die Institutionen oft nicht auf die Bedürfnisse der Patientengruppe eingerichtet. Herangehensweisen im unmittelbaren Behandlungsrahmen sind in Tabelle 2 aufgeführt¹⁴.

Besonderheiten des Patienten erkennen
Eigene Haltung reflektieren
Aufenthalt planen
Sedierende Medikation / Narkose erwägen
Einbeziehung vertrauter Personen
Verständlich kommunizieren
Abstimmung im Team
Kontinuierliche Fortbildung

Tabelle 2: Annäherungen an die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung (nach 14)

Ganz aktuell wurde am Epilepsiezentrum Bethel untersucht, inwieweit die stationäre Behandlung von Menschen mit Epilepsie und GB im Rahmen eines spezialisierten Behandlungskonzepts die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Als Instrument wurde ein Fragebogen eingesetzt, der im Wesentlichen die Epilepsie-bezogenen Sorgen von Angehörigen

und Betreuern der Patienten umfasst¹⁵. Es zeigten sich bei dieser prospektiven Studie deutliche Verbesserungen in der Behandlungs-, verglichen mit einer Kontrollgruppe im Wartelistendesign (Müffelmann et al., Vortrag auf dem DGN-Kongress 2017 in Leipzig). Im politischen Rahmen wurde auf die besonderen Bedürfnisse der angesprochenen Patientengruppe mit dem Gesetz zur Einführung der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE) reagiert. Ein besonderer Aspekt ist die Bedeutung der Transition der Behandlung vom Kinder- und Jugendarzt in den Erwachsenenbereich. In verschiedenen Studien wurden Faktoren herausgearbeitet, die diesen Prozess positiv oder negativ beeinflussen können (siehe Tabelle 3)¹⁶⁻¹⁸.

Negativ	Positiv
Zeitmangel	Qualität der Vorbereitung
fehlende Spezialisten für Erwachsene mit Behinderung	längere Betreuung durch denselben Neuropädiater
fehlende multidisziplinäre Teams für Erwachsene	Team
	Transition ab einem Alter von 18
	Stabiler Zustand vor Transition

Tabelle 3: Positive und negative Faktoren bei der Transition

In der Zusammenfassung ist bei Menschen mit Epilepsie und GB eine ganzheitliche Herangehensweise unter Einbeziehung von Angehörigen und Betreuern erforderlich, daneben aber auch eine individuelle Syndromdiagnose, ggf. mit Hilfe genetischer Untersuchungen, die eine personalisierte Behandlung ermöglichen.

Literatur

- Lhato SD, Sander JW. The epidemiology of epilepsy and learning disability. *Epilepsia*. 2001;42 Suppl 1:6-9; discussion 19-20.-
- McDermott S, Moran R, Platt T, Wood H, Isaac T, Dasari S. Prevalence of epilepsy in adults with mental retardation and related disabilities in primary care. *Am J Ment Retard*. 2005;110(1):48-56.
- Huber B, Hauser I, Horstmann V, Jokeit G, Liem S, May T, et al. Long-term course of epilepsy in a large cohort of intellectually disabled patients. *Seizure*. 2007;16(1):35-42.
- Forsgren L, Edvinsson SO, Nystrom L, Blomquist HK. Influence of epilepsy on mortality in mental retardation: an epidemiologic study. *Epilepsia*. 1996;37(10):956-63.
- Kerr M, Linehan C, Brandt C, Kanemoto K, Kawasaki J, Sugai K, et al. Behavioral disorder in people with an intellectual disability and epilepsy: A report of the Intellectual Disability Task Force of the Neuropsychiatric Commission of ILAE. *Epilepsia Open*. 2016;1(3-4):102-11.
- INVALID CITATION.
- Brandt C, Lahr D, May TW. Cognitive adverse events of topiramate in patients with epilepsy and intellectual disability. *Epilepsy & behavior: E&B*. 2015;45:261-4.
- Harbord MG. Significant anticonvulsant side-effects in children and adolescents. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*. 2000;7(3):213-6.
- Baier H, Kerling F, Brandt C. Ist eine Akutbehandlung epileptischer Anfälle möglich und sinnvoll? *Zeitschrift für Epileptologie* 2017.
- Kerling F, Brandt C, Baier H. Antiepileptika – Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Epileptologie* 2017.
- Hamer HM, Kasper BS, May TW, Mayer T, Straub HB, Steinhoff B, et al. Characteristics and health care of adult Tuberous Sclerosis Complex (TSC) patients in german epilepsy centers. *Epilepsia*. 2016;57(S2):70.

- 12 French JA, Lawson JA, Yapici Z, Ikeda H, Polster T, Nabbout R, et al. Adjunctive everolimus therapy for treatment-resistant focal-onset seizures associated with tuberous sclerosis (EXIST-3): a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet*. 2016;388(10056):2153-63.
- 13 May TW, Boor R, Mayer T, Jurgens U, Rambeck B, Holert N, et al. Concentrations of stiripentol in children and adults with epilepsy: the influence of dose, age, and comedication. *Ther Drug Monit*. 2012;34(4):390-7.
- 14 Brandt C, Ottenotbrock H. Den Krankenhausaufenthalt gestalten. *CNE-fortbildung*. 2012;6(01):11-2.
- 15 May TW, Thorbecke R, Müffelmann B, Brandt C, Endermann M, Hopf LJ, et al. Validation of a german version of the Glasgow Epilepsy Outcome Scale (GEOS) for people with epilepsy and intellectual disability. *Epilepsia*. 2016;57(S2):73.
- 16 Kuchenbuch M, Chemaly N, Chiron C, Dulac O, Nabbout R. Transition and transfer from pediatric to adult health care in epilepsy: a families' survey on Dravet syndrome. *Epilepsy & behavior: E&B*. 2013;29(1):161-5.
- 17 Camfield PR, Gibson PA, Douglass LM. Strategies for transitioning to adult care for youth with Lennox-Gastaut syndrome and related disorders. *Epilepsia*. 2011;52 Suppl 5:21-7.
- 18 Geenen SJ, Powers LE, Sells W. Understanding the role of health care providers during the transition of adolescents with disabilities and special health care needs. *J Adolesc Health*. 2003;32(3):225-33.

Dr. Christian Brandt

Leitender Abteilungsarzt der Abteilung für Allgemeine Epileptologie
Epilepsiezentrum Bethel
Krankenhaus Mara gGmbH
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
Maraweg 21 · 33617 Bielefeld
Tel.: 0521 / 772 788 04 · Fax: 0521 / 772 788 57
E-Mail: christian.brandt@mara.de

60 Jahre, die an FSME erkranken, haben eine im Vergleich zu jungen Menschen 15-fach erhöhte Mortalität. Die Ständige Impfkommision (STIKO) empfiehlt die FSME-Impfung für Personen, die in Risikogebieten wohnen oder arbeiten und dabei ein Risiko für Zeckenstiche haben und Personen, die sich aus anderen Gründen in Risikogebieten aufhalten und gegenüber Zecken exponiert sind. In der Regel sind drei Impfungen notwendig, um den vollen Impfschutz zu erreichen. Nach der ersten Impfung findet entsprechend dem klassischen Schema die zweite ein bis drei Monate später statt. Die dritte Impfung ist dann – je nach Impfstoff – fünf bis zwölf Monate (FSME-Immun®) bzw. neun bis zwölf Monate (Encepur®) nach der zweiten Impfung fällig. Der Impfschutz hält laut RKI dann mindestens drei Jahre lang.

Nach vollständiger Impfung kann bei 99 Prozent der Geimpften mit einem vollständigen Schutz vor FSME gerechnet werden. Bereits nach zwei Impfungen besteht bei 98 Prozent ein Schutz, der allerdings nur etwa ein Jahr anhält.

Derzeit werden von den Herstellern verschiedene Impfschemata angeboten, unter anderem auch sogenannte Schnellschemata, die kurzfristig angewendet werden können, zum Beispiel bei anstehender Reise in ein Risikogebiet. Zur korrekten Anwendung von FSME-Impfstoffen sollten immer die Fachinformationen berücksichtigt werden, empfiehlt das RKI.

In drei Jahren in Folge gab es in Deutschland immer mehr von Zecken übertragene FSME-Fälle

Die Übertragung der FSME-Viren erfolgt bereits innerhalb der ersten Stunden nach dem Zeckenstich. Die Zahl der dem Robert-Koch-Institut in Berlin gemeldeten FSME-Fälle ist im vergangenen Jahr wieder deutlich gestiegen: 505 Krankheitsfälle waren es 2017 im Vergleich zu 360 Meldungen im Jahr 2016 und 228 Fällen im Jahr 2015.

In Deutschland besteht laut RKI weiterhin ein Risiko für eine FSME-Infektion vor allem in Bayern und Baden-Württemberg, in Südhessen und im südöstlichen Thüringen. Einzelne Risikogebiete befinden sich zudem in Mittelhessen (LK Marburg-Biedenkopf), im Saarland (Saar-Pfalz-Kreis), in Rheinland-Pfalz (LK Birkenfeld) und seit 2014 mit dem LK Vogtlandkreis auch in Sachsen. Somit bleiben weiterhin 146 Kreise als FSME-Risikogebiete definiert.

Die insgesamt langsame Zunahme der FSME-Risikogebiete in den letzten Jahren fand überwiegend innerhalb der oder direkt angrenzend an die beschriebenen süddeutschen Areale statt. Dennoch wurden in den vergangenen Jahren, und vermehrt im Jahr 2016, auch in Bundesländern ohne FSME-Risikogebiete einzeln FSME-Erkrankungen beobachtet, so dass besonders während der Zeckensaison bei entsprechender Symptomatik überall in Deutschland differenzialdiagnostisch an FSME gedacht werden sollte.

FSME

Impfquoten auch in Risikogebieten
stagnierend bis rückläufig

Fast vollständiger Schutz gegen FSME schon nach zwei Impfungen

Die Impfquoten bei Schulanfängern in den vier Bundesländern mit der Mehrzahl der FSME-Risikogebiete waren bis 2009 / 2010 gestiegen, haben jedoch seitdem fast überall abgenommen. Besonders in Baden-Württemberg sind in den Risikogebieten mit wenigen Ausnahmen niedrige Impfquoten zu verzeichnen, beklagt das Robert-Koch-Institut (RKI).

Nach Daten aus bevölkerungsbezogenen Erhebungen der Gesellschaft für Konsumforschung der vergangenen Jahre lagen die Impfquoten in der Allgemeinbevölkerung meist unter denen der Schulanfänger. Es muss davon ausgegangen werden, dass laut RKI der Impfschutz von älteren Personen unter dem der Kinder liegt. Da aber nur 5 bis 10 Prozent aller übermittelten Fälle bei Kindern unter 15 Jahren auftreten und die Inzidenz ab dem Alter von 40 Jahren deutlich steigt, hält das Institut eine hohe Impfquote bei Erwachsenen für besonders wichtig. Außerdem hätten ältere Menschen bei einer FSME-Infektion ein deutlich höheres Risiko als Kinder, schwer zu erkranken und bleibende Komplikationen zu erleiden. Menschen im Alter über