

CRM Kommentar

Zeckensaison 2026

Hohe Fallzahlen, neue Risikogebiete und ein Impfstoffkandidat am Horizont

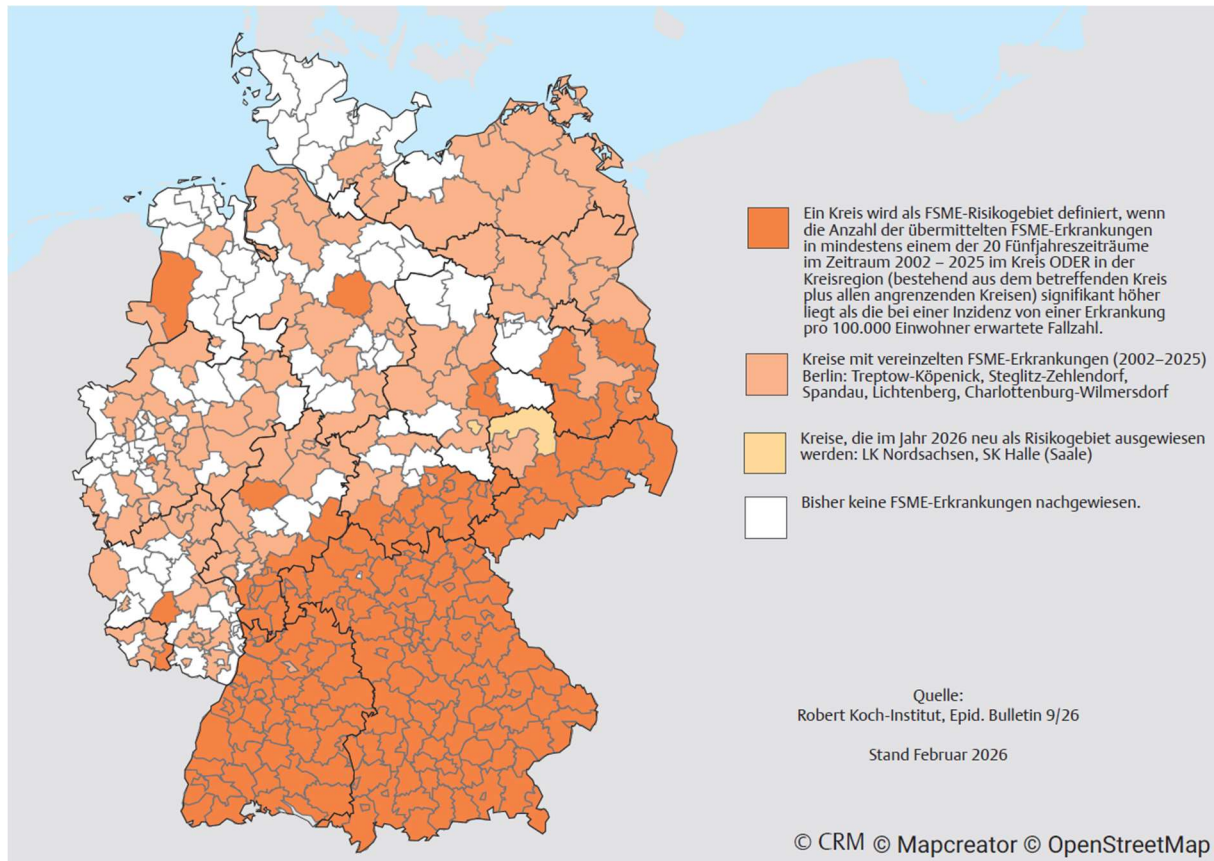
Mit steigenden Temperaturen beginnt auch in diesem Frühjahr die Hochsaison für *Ixodes ricinus*. Zecken sind zwar ganzjährig aktiv, die höchste Aktivität liegt jedoch im Frühjahr und Herbst – die kommenden Wochen markieren damit den kritischen Einstieg in die Expositionsphase. Anlass genug, die aktuelle epidemiologische Lage zu bilanzieren.

FSME 2026: Neue RKI-Risikogebiete – Karte mit methodischen Grenzen

Das RKI hat die Karte der FSME-Risikogebiete im Epidemiologischen Bulletin 9/2026 (Stand: 26.02.2026) aktualisiert. Neu hinzugekommen sind der Landkreis Nordsachsen sowie der Stadtkreis Halle (Saale) in Sachsen-Anhalt – damit sind bundesweit 185 Kreise als FSME-Risikogebiete ausgewiesen. Das Jahr 2025 dürfte mit 693 gemeldeten FSME-Erkrankungen den bisherigen Höchststand von 704 Fällen aus dem Jahr 2020 nahezu erreicht oder übertroffen haben. Die epidemiologische Datenlage ist besorgniserregend – die RKI-Karte als Steuerungsinstrument verdient jedoch auch kritische Reflexion:

- Reaktive statt prädiktive Kartierung. Die Einstufung eines Kreises als Risikogebiet erfolgt auf Basis einer langfristigen epidemiologischen Bewertung über 20 Fünfjahreszeiträume, nicht auf Basis einzelner Ausbruchsgeschehen. Das bedeutet: Gebiete werden erst dann als Risikogebiet klassifiziert, wenn bereits Menschen erkrankt sind. Für die Impfindikation im Gespräch mit Patientinnen und Patienten ist diese ex-post-Logik ein strukturelles Problem.
- Unterschätzte Exposition außerhalb der Karte. Auch in Bundesländern ohne FSME-Risikogebiete wurden vereinzelt FSME-Erkrankungen beobachtet, sodass bei entsprechender Symptomatik überall in Deutschland differenzialdiagnostisch an FSME gedacht werden sollte. 2025 wurden in 10 Landkreisen erstmalig autochthone FSME-Fälle gemeldet. Die Karte gibt also eine Mindestrisikoabschätzung – keine epidemiologische Sicherheitsgrenze.
- Die Nordwärtsdrift setzt sich fort. Bemerkenswert ist, dass nach dem ersten sächsischen Risikogebiet im Jahr 2014 aktuell bereits 11 von 13 sächsischen Kreisen Risikogebiete sind. Das Verbreitungsmuster zeigt eine klare geografische Ausdehnung nach Norden und Osten – klimatisch getrieben und langfristig prognostizierbar, aber kartografisch mit systeminhärenter Verzögerung abgebildet.

- Impfquoten bleiben inakzeptabel niedrig. In Risikogebieten sind die Impfquoten weiterhin gering, insbesondere bei Personen im Alter über 60 Jahren, bei denen das Risiko eines schweren Verlaufs deutlich erhöht ist. Für die Praxis bedeutet das: FSME-Impfstatus konsequent erfassen, Auffrischungen aktiv ansprechen und die Impfindikation nicht allein von der Postleitzahl abhängig machen.



Borreliose: Kein Impfstoff – aber bald?

Die Lyme-Borreliose bleibt bundesweit die häufigste durch Zecken übertragene Erkrankung – und die einzige ohne verfügbaren Impfschutz. Das könnte sich mittelfristig ändern: Pfizer und Valneva haben Ende März 2026 Topline-Daten aus der Phase-3-Studie VALOR (Vaccine Against Lyme for Outdoor Recreationists) ihres sechswertigen OspA-basierten Impfstoffkandidaten PF-07307405 vorgelegt. Der Kandidat zeigte eine Wirksamkeit von 73,2% (28 Tage nach Dosis 4) gegenüber der Placebogruppe bei Probanden ab fünf Jahren; das Sicherheitsprofil war unauffällig. Methodisch ist jedoch Vorsicht geboten: Das vorab definierte statistische Kriterium (untere Grenze des 95%-KI > 20) wurde im primären Endpunkt nicht erreicht, da weniger Fälle als erwartet akkumuliert wurden. Pfizer plant dennoch Zulassungsanträge bei den Regulierungsbehörden – der Ausgang bleibt abzuwarten.

Der Wirkmechanismus ist bemerkenswert: Impfinduzierte Antikörper gegen OspA werden beim Saugakt vom Wirt aufgenommen und hemmen die Borrelien direkt im Zeckendarm, bevor eine Transmission stattfindet. Damit würde erstmals ein Impfstoff nicht den menschlichen Wirt, sondern den Vektor selbst als Zielort nutzen.

Bis zur Zulassung – frühestens Ende 2027 zu erwarten – bleibt die Früherkennung (Erythema migrans, serologische Diagnostik bei klinischem Verdacht) und konsequente antibiotische Therapie die Grundlage des Borreliose-Managements.

Schutz vor Zeckenstichen: Was in der Praxis zählt

Der mechanische und chemische Expositionsschutz bleibt unverzichtbar – gerade für Borreliose, gegen die nach wie vor kein Impfstoff verfügbar ist. Geschlossene, helle Kleidung mit langen Ärmeln und Hosen (Socken über die Hose) reduziert die Kontaktfläche. DEET- oder Icaridin-haltige Repellentien bieten ergänzenden Schutz. Nach Aufenthalt im Freien: vollständige Körperabsuche, da Zecken bevorzugt an Kniekehlen, Leisten, Achseln und Haaransatz stechen. Zecken sofort und vollständig entfernen – ohne Drehung, ohne Quetschen. Wichtig für die Beratung: FSME-Viren werden meist schon kurz nach dem Stich übertragen, während die Borrelien-Übertragung in der Regel erst nach ein bis zwei Tagen erfolgt. Das rasche Entfernen der Zecke schützt also primär vor Borreliose – nicht vor FSME, wo die Impfung der einzige wirksame Schutz bleibt.

Fazit

Die RKI-Karte ist ein nützliches, aber reaktives Instrument. Sie beschreibt die Vergangenheit – und gibt dem Praktiker noch keine Antwort auf die Frage, wo die nächsten Risikogebiete entstehen werden. Angesichts des fortschreitenden Nordwärtstrends und der anhaltend niedrigen Impfquoten sollte die FSME-Impfempfehlung im ärztlichen Gespräch nicht kleinteilig an Kreisgebieten festgemacht werden, sondern an der individuellen Expositionssituation. Das Borreliose-Kapitel bleibt vorerst offen – die Studiendaten geben berechtigte Hoffnung, aber noch ist der weitere Verlauf der Zulassungsverfahren offen.