



Reise-Impfempfehlungen des Auswärtigen Amts

auf der Basis der

Aktuellen Empfehlungen des Ständigen Ausschuss Reisemedizin (StAR) der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V. ([DTG](#))

Der [StAR](#) erarbeitet jährlich Empfehlungen zu [Reiseimpfungen](#) und zur [Malariaprophylaxe](#). Diese sind mit dem Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amts abgestimmt. Sie entsprechen damit den amtlichen Empfehlungen für Reisen ins Ausland und werden über die Reise- und Sicherheitshinweise des Auswärtigen Amts publiziert sowie kontinuierlich der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage und den Einreisebestimmungen der Länder angepasst. Sie ergänzen die durch die Ständige Impfkommision ([STIKO](#)) für Deutschland erstellten Impfempfehlungen.

Aufgrund der großen Anzahl unterschiedlichster Reiseziele, Reisedauern, epidemiologischer **Risiken und individuellen Faktoren ist eine „Standard“-Reiseimpfempfehlung** für alle Reisende nur sehr begrenzt möglich.

Reiseimpfungen sind grundsätzlich individuelle Vorsorge, können aber auch aufgrund länderspezifischer Ein- und Ausreisevorschriften im internationalen Reiseverkehr auch verpflichtend sein. Reiseimpfempfehlungen schließen Empfehlungen für Langzeitaufenthalte und Arbeitsaufenthalte im Ausland ein.

Die folgende tabellarische Übersicht ist eine Zusammenfassung der ausführlichen Empfehlungen des StAR, die Sie [HIER](#) finden. Sie geben dem Arzt/der Ärztin Hinweise für die jeweils individuelle Beratung und sollen auch für informierte Laien einen Überblick zu den verfügbaren Reiseimpfungen und ihren Indikationen darstellen.

Dort, wo Standardimpfungen auch eine reisemedizinische Relevanz haben (z. B. Polio, Masern, Meningokokken, Hepatitis B), werden diese auf der Basis der STIKO-Empfehlungen in die Auslandsimpfempfehlungen integriert, so dass ein zusammenfassender Überblick entsteht.

Folgende Kategorisierung (Kt) wird verwendet:

V	Vorschrift - Einreisevorschrift entsprechend den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) oder nationaler Einreisebestimmungen
R	Reisemedizinische Indikation (bei individuellem Risiko und privat veranlassten Reisen /Aufhalten)
tA	tätigkeitsbedingte Auslandsaufenthalte (gemäß AMR 6.6, ArbMedVV)
S	Standardimpfung gemäß STIKO mit allgemeiner Anwendung
A	Auffrischimpfung gemäß STIKO
N	Nachholimpfung (bis zum 18. Lj) gemäß STIKO, Grund- bzw. Erstimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie
I	Indikationsimpfung im Inland gemäß STIKO für Risikogruppen bei individuell (nicht beruflich) erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie zum Schutz Dritter
B	Berufliche Indikationsimpfung im Inland aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos z. B. nach Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz/ Biostoffverordnung/Verordnung Arbeitsmedizinische Vorsorge (AMR 6.5., ArbMedVV) und/oder zum Schutz Dritter im Rahmen beruflicher Tätigkeit

Empfehlungen und Hilfen zur Indikationsstellung bei der Beratung zu Reiseimpfungen (alle Altersgruppen, Aufzählung ohne Festlegung der Relevanz)

Tick-Borne Encephalitis (TBE) (umfasst Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), sibirischen (RSSE) und fernöstlichen Virustyp)

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	Zeckenexposition in TBE-Risikogebieten im Ausland	Die handelsüblichen Impfstoffe schützen gegen alle 3 Subtypen. Empfehlungen für Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen variieren nach Impfstoffhersteller. Schnellimpfschema (Tag 0, 7, 21) nur dann, wenn das Standardimpfschema zeitlich nicht möglich ist. Kontraindikation bei Hühnereiweißallergie und UAW bei Kleinkindern beachten.
I	Zeckenexposition in FSME-Risikogebieten in Deutschland	Entsprechend den Empfehlungen der deutschen Gesundheitsbehörden. Bei Reisen in Deutschland auch über GKV. Saisonalität beachten: April – November Karte der Risikogebiete in Deutschland siehe HIER→ Ein Impfschutz sollte möglichst zu Beginn der Zeckensaison aufgebaut sein/bestehen – ca. 95% der Erkrankungen werden in den Monaten Mai bis November gemeldet.
B	Siehe STIKO Seite 8	

Gelbfieber

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
V	Nachweis einer Gelbfieberimpfung für definierte Ziel- oder Transitländer bei Ein- oder Weiterreise insbesondere aus Verbreitungsgebieten. (formale Indikation)	Schutz der Länder vor Einschleppung (aktuelle Liste der WHO HIER→) Impfung nur in einer von den Gesundheitsbehörden der Länder zugelassenen Gelbfieber-Impfstelle. Das Internationale Zertifikat für eine Gelbfieber-Impfung ist lebenslang gültig. Eintrag der lebenslangen Gültigkeit in den Impfausweis gem. IGV: „ <i>life of person vaccinated</i> “. Dies betrifft bereits ausgestellte und neue Gelbfieber-Impfzertifikate. Seit 2016 dürfen Reisende mit einem Gelbfieber-Impfzertifikat nicht mehr mit dem Grund, dass dieses nach 10 Jahren abgelaufen sei, abgewiesen werden. Der Impfnachweis ist bei Ausreise aus einem Verbreitungsgebiet bis maximal 6 Tage (längste Inkubationszeit von Gelbfieber) begründet, wird aber gelegentlich auch Personen abverlangt, die dem Pass nach aus einem Land mit Gelbfiebervorkommen stammen. Einreisebestimmungen können sich kurzfristig ändern. Reisehinweise des Auswärtigen Amtes beachten HIER→ . Im Zweifelsfall wird die Kontaktaufnahme mit einer Gelbfieberimpfstelle empfohlen.

R/ tA	Reisen in Länder mit Gelbfieber-Risiko in Afrika und Südamerika zum Individualschutz (medizinische Indikation, Individualschutz)	<p>Aktuelle WHO Hinweise zur Gelbfieberversbreitung HIER→ Zum verbesserten Individualschutz bei erneuter Indikation gilt für Deutschland seit 2022 folgendes:</p> <p>Lebenslange Immunität besteht nicht und erforderte bei Indikation eine Nachimpfung bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immungesunde: einmalige Auffrischung nach 10 Jahren, d.h. insgesamt 2 Impfungen im Leben • Kinder, die im Alter < 2 Jahren erstmals geimpft wurden einmalige Auffrischung nach 5 Jahren • Frauen, die zum Zeitpunkt der Impfung schwanger waren: einmalig vor erneuter Exposition • Personen mit Immunsuffizienz zum Zeitpunkt der Impfung: vor erneuter Exposition, ggfs. individuell weitere Impfungen bei Risiko <p>Der Impfstoff ist offiziell ab dem 6. Monat zugelassen. Bei Kindern zwischen 6 - 9 Monaten wegen erhöhtem Enzephalitisrisiko besonders strenge Risiko-Nutzen-Abwägung. Absolute Kontraindikationen (KI) für eine Gelbfieberimpfung sind: Alter < 6 Monate, Stillzeit bei Kind ≤ 6 Monate, schwere Hühnereiweißallergie, schwere Unverträglichkeit vorangegangener Gelbfieberimpfungen, symptomatische HIV-Infektion und HIV-Infektion mit CD4 <200/μl, Immundefizienz (kongenital, idiopathisch oder therapeutisch), Thymuserkrankungen, inkl. Thymom, Thymektomie, Myasthenia gravis, Z. n. Thoraxoperation, bei der der Thymus möglicherweise mit entfernt wurde (z. B. Bypassoperationen unter der Verwendung der Aa. mammae), progrediente maligne Erkrankungen. Relative KI siehe Fachinformation. Die Indikation für eine Erstimpfung bei Personen über 60 Jahren ist streng zu stellen, gegebenenfalls sollte nach Risikoabwägung ein Impfbefreiungszeugnis ausgestellt werden. Mindestabstand von Lebendimpfungen zu immunmodulatorischer oder immunsuppressiver Therapie beachten. Muster Gelbfieberimpfung-Aufklärungsbogen HIER→.</p>
B	Siehe STIKO Seite 8	

Hepatitis A (HA)

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	Reisen in Regionen mit hoher Hepatitis A-Prävalenz / niedrigem Hygienestandard unabhängig vom Reisetil und Reisedauer.	Bei vor 1950 geborenen Personen und bei Menschen, die aus Verbreitungsgebieten stammen oder sich lange dort aufgehalten haben oder in Familien aus Verbreitungsgebieten aufgewachsen sind sowie bei anamnestisch durchgemachter Hepatitis kann eine Anti-HAV-Testung sinnvoll sein. Bei positivem Befund ist eine HA-Impfung nicht notwendig.
I/B	Siehe STIKO Seite 9	<p>Erste Dosis an Tag 0, zweite Dosis nach 6–18 Monaten. Nach der zweiten Dosis liegt bei fast 100 % der Geimpften ein HA-Schutz vor. Der Schutz hält mindestens 25 Jahre an, vermutlich lebenslang.</p> <p>Auch kurz vor Abreise ist die aktive Impfung sinnvoll, da die Schutzwirkung angesichts der langen HA-Inkubationszeit von 15–50 Tagen vor Beginn der Erkrankung eintritt. Daher eignet sich die monovalente HA-Impfung auch als Postexpositionsprophylaxe (PEP).</p> <p>Bei gleichzeitiger Indikation für HA und HB bzw. HA und Typhus sind Kombinationsimpfstoffe verfügbar.</p>

		<p>Für die Grundimmunisierung mit dem die HB-Komponente enthaltenden Kombinationsimpfstoff sind (wie beim monovalenten HB-Impfstoff) 3 Impfstoffdosen im Abstand 0, 1 und 6 Monate notwendig. Die monovalenten Impfstoffe sind mit ggf. indizierten Kombinationsimpfstoffen im Fall von Folgeimpfungen kompatibel.</p> <p>Cave: Die Kombinationsimpfstoffe Twinrix/TwinrixKinder enthalten nur halb so viel HA-Antigen wie die monovalenten HA-Impfstoffe, weshalb sie nicht für die postexpositionelle Prophylaxe oder bei kurzfristiger Ausreise angewendet werden können.</p> <p>Für Kleinkinder, Kinder und Jugendliche stehen Präparate mit reduzierter Dosis zur Verfügung.</p>
--	--	---

Hepatitis B (HB)

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	<p>Reisen in Länder mit hohem oder moderatem Hepatitis B Risiko und individuellem Risiko gemäß Gefährdungsbeurteilung.</p> <p>Als Risiko gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reisedauer von > 4 Wochen, auch kumuliert über mehrere (absehbare) Reisen • Geplante oder wahrscheinliche Sexualkontakte mit Partnern aus der lokalen Bevölkerung • Absehbarer Kontakt zum Gesundheitswesen des Ziellandes für invasive Maßnahmen oder für den Erhalt von Blutprodukten • Piercings, Tattoos u.ä. im Reiseland • Aktivitäten im Reiseland mit hohem Verletzungsrisiko 	<p>Bei nicht gegen Hepatitis B grundimmunisierten erwachsenen Reisenden.</p> <p>Eine serologische Testung zum Ausschluss einer HBV-Infektion vor Impfung ist im reisemedizinischen Kontext (R) nicht grundsätzlich notwendig, kann aber bei Indikation in der Kategorie tA sinnvoll sein.</p> <p>Eine Kontrolle des anti-HBs-Titers kann auch Reisenden nach 4-8 Wochen angeboten werden und sollte im Impfausweis dokumentiert werden; bei einem anti-HBs Titer von > 100 U/l ist bei Immungesunden von einem lebenslangen Impfschutz auszugehen.</p> <p>Regulär im Säuglingsalter geimpften Personen und unbekanntem Anti-HBs-Status erhalten bei neuer Indikation eine Auffrischimpfung.</p> <p>Ausnahme ggfs. bei Personen mit besonders hohem individuellem Expositionsrisiko z.B. im Rahmen der Arbeitsmedizin. Hier Anti-HBs-Kontrolle nach 10 Jahren, Auffrischimpfung bei Anti-HBs < 100 IE/l.</p> <p>Vorgehen bei „Low- oder Non-Respondern“ (Anti-HBs 10 – 99 IE/l) siehe STIKO Seite 10.</p> <p>Bei gleichzeitiger Indikation für Hepatitis A und B ist ein Kombinationsimpfstoff verfügbar (Twinrix®/TwinrixKinder®). Dieser Impfstoff enthält im Vergleich zum monovalenten Impfstoff nur die halbe Dosis Hepatitis A. Zuvor noch nicht gegen Hepatitis A und B geimpfte Reisende sind nicht sicher geschützt, wenn sie nur eine Dosis des Kombinationsimpfstoffs erhalten.</p> <p>Für Last-Minute-Reisende existiert ein Schnellimpfschema für Erwachsene (0-7-21-365 Tage). Dies ist sowohl für die monovalente Hepatitis-B-Impfung als auch für Twinrix® in dieser Altersgruppe zugelassen.</p> <p>Für Säuglinge, Kinder und Jugendliche gibt es Darreichungsformen mit reduzierter Dosis.</p>
I/B	<p>Siehe STIKO Seite 10</p> <p>Die berufliche Indikation gilt auch für das Ausland, AMR 6.6 beachten</p>	

Influenza, saisonale

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	<p>Generell für alle Reisenden insbesondere auch zur Verhinderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • differentialdiagnostischer Probleme bei Tropenerkrankungen vor Ort 	<p>Ganzjähriges Risiko in den Tropen.</p> <p>Langzeitreisende im Süden sollten sich mit Impfstoff der Südhalbkugel vor dem dortigen Winter impfen lassen.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • von Reiseverzögerungen durch influenzabedingtes Fieber bei Pandemiekontrollen <p>insbesondere bei Teilnahme an Großveranstaltungen (z.B. Hadsch) oder Gruppenreisen und Kreuzfahrten</p>	Bei einer reisebedingten Impfung gegen Influenza im Frühling/Sommer soll trotzdem die saisonale Impfung ab Herbst erfolgen (und umgekehrt).
--	---

Japanische Enzephalitis (JE)

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Längerfristige Aufenthalte (> 4 Wochen) in Endemiegebieten (Süd-, Südost- und Ostasien, Australien); auch kumulativ bei wiederholten Kurzzeitreisen und Verwandtenbesuchen 2. Unabhängig von der Gesamtreisedauer mit absehbar ausgedehnten Aufenthalten in ländlichen oder landwirtschaftlichen Gegenden der Endemiegebiete, speziell während der Hauptübertragungszeit (Regenzeit und danach) 3. voraussichtlicher Aufenthalt in der Nähe von Reisfeldern und Schweinezucht, auch periurban 4. Wunsch des Reisenden nach umfassendem Schutz 5. bei Risikofaktoren für schwere Verläufe z.B. Alter ≥ 65 Jahre, Immunsuppression 	<p>Verbreitungsgebiete siehe HIER→. Neu: Seit März 2022 sind auch Risikogebiete in Australien HIER→ ausgewiesen.</p> <p>Je 1 Dosis am Tag 0 und 28; Schnellimpfschema für Erwachsene (18–65 Jahre): je 1 Dosis am Tag 0 und 7.</p> <p>Bei beiden Impfschemata sollte die Grundimmunisierung mindestens eine Woche vor einer möglichen Exposition abgeschlossen sein. Abschluss der Grundimmunisierung bei erneuter Exposition innerhalb von 12–24 Monaten. Dann 10 Jahre Schutz.</p> <p>Kinderimpfstoff ist nicht verfügbar. Kinder von 2 Monaten bis 3 Jahren: 0,25 ml i. m., ab 3 Jahre 0,5 ml i. m. Markierung auf dem Spritzenkolben beachten (= Verwerfen von 0,25 ml-Impfstoff).</p> <p>Bis vor ca. 14 Jahren wurden JE-Totimpfstoffe verwendet, die aus Zellkulturen von murinen Neuronen stammten (z. B. JE-Vax®) sowie auch Mäusehirnvakzine (= inaktiviertes JEV Stamm Nakayama-NIH).</p> <p>Eine Auffrischung nach Grundimmunisierung mit diesen historischen Vakzinen ist mit einer Dosis des modernen, auf Vero-Zellen kultivierten Impfstoffs IXIARO® möglich.</p>
B	Siehe STIKO Seite 11	

Masern

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
S / I / B	Siehe STIKO Seite 11	Kinder können z.B. bei Reisen in Länder mit geringen Durchimpfraten und bei erhöhter Infektionsgefahr bereits im Alter von 6-8 Monaten geimpft werden (Off-Label-Use), danach sind 2 weitere Impfungen mit 11-14 und 15-23 Monaten erforderlich.

Meningokokken-Infektion

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
V	Pilgerreisen nach Saudi-Arabien (Hadsch, Omrah).	<p>Impfung mit 4-valentem ACWY-Konjugatimpfstoff vorgeschrieben (aktuelle Einreisebestimmungen auf der Webseite des Gesundheitsministeriums von Saudi-Arabien beachten HIER→). WHO-Informationen Seite 37 HIER→</p> <p>Bei Verwendung eines Konjugatimpfstoffes beginnt die Gültigkeit des Impfzertifikats 10 Tage nach der Impfung und gilt für 5 Jahre. Da international noch Polysaccharidimpfstoffe verwendet werden, muss im Impfpass in englischer Sprache die Verwendung des Konjugatimpfstoffes („conjugate vaccine“) ausdrücklich dokumentiert sein.</p>

R/ tA	<p>Bei Vorliegen einer Kombination aus epidemiologisch-geographischem mit einem durch die Reiseumstände bedingt erhöhtem individuellem Übertragungsrisiko, d.h. Reisen in die afrikanischen Risikogebiete in der epidemischen Jahreszeit (Trockenzeit) oder bei aktuellen Ausbrüchen und individuellem Risiko z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz als Katastrophenhelfer, medizinisches Personal • Bundeswehr und Polizeikräfte in Auslandseinsätzen • Langzeitaufenthalte (auch Säuglinge und Kleinkinder) • Vorausschbare Interaktionen mit lokaler Bevölkerung in Schulen, Heimen, öffentlichen Verkehrsmitteln • Jugendliche und Studenten in Gemeinschaftsunterkünften im Kontext von Hilfs- und Sozialprojekten • Austauschschüler • Abenteuer-/Rucksackreisen • Besuch von Massenveranstaltungen, Pilgerreisen. 	<p>Ein epidemiologisch-geographische Risiko besteht in afrikanischen Ländern mit jährlich wiederkehrenden, saisonal bedingten Epidemien und in Ländern mit sporadisch auftretenden Ausbrüchen (sog. Meningitisgürtel, siehe HIER→)</p> <p>Impfung mit 4-valentem ACWY-Konjugat-impfstoff. In Deutschland sind nur noch Konjugatimpfstoffe verfügbar.</p> <p>Bei Säuglingen und Kleinkindern von z.B. Langzeitausreisenden oder sog. visiting friends and relatives (VFR) sollte vor Reisen in den Meningitisgürtel die Standardimpfung gegen Meningokokken der Gruppe C durch einen tetravalenten Impfstoff (ACWY) in der altersentsprechenden Dosierung ersetzt werden.</p> <p>Abweichende Impfschemata und zusätzliche Auffrischimpfungen bei Säuglingen und Kleinkinder beachten.</p>
R/ tA/ I	<p>Ganzjährige Reisen in die afrikanischen Risikogebiete und Vorliegen individueller Risikofaktoren (s. STIKO-Kategorie I Seite 11) z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • höhere Infektanfälligkeit • Risiko eines schwereren Krankheitsverlauf 	<p>Kontrolle Impfstatus, ggfs. Auffrischung und Ergänzung für alle Subtypen</p>
R/ tA	<p>Außerhalb des afrikanischen Meningitisgürtels bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schülern/Studenten vor Langzeitaufhalten in Ländern mit empfohlener allgemeiner Impfung für Jugendliche. • Impferfordernissen vor Schulaufhalten im Ausland. • voraussichtlicher Unterbringung in Wohnheimen <p>Impfung kann erwogen werden bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reisen in tropische und subtropische Regionen mit niedrigem sozioökonomischem Status mit voraussichtlich engem Kontakt zu Kindern/Jugendlichen aus der einheimischen Bevölkerung (z.B. in Slumprojekten) • sexuellem Risikoverhalten, z.B. bei MSM (Men who have sex with men). 	<p>Impfung entsprechend dem vorherrschenden Subtyp oder den Empfehlungen der Zielländer und der Schulen.</p> <p>Weltweite Serogruppenverteilung siehe HIER→</p>
I/B	<p>Siehe STIKO Seite 12</p>	

Poliomyelitis

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
V	Reisen in Länder mit Poliovildvirus- oder vakzineassoziierten Virusvorkommen cVDPV1 und cVDPV3 (= WHO-Kategorie I) und <u>Ausreise</u> nach Aufenthalt von > 4 Wochen Schutz vor internationaler Polioausbreitung durch Reisende	Aktualisierte Reise- und Sicherheitshinweise des Auswärtigen Amts zur Poliomyelitis HIER→ , wo die vierteljährlich aktualisierte Länderliste der WHO eingearbeitet wird. Für Länder mit WPV1, cVDPV-1 und/oder -3 Risiko gilt: Alle Einwohner und Langzeitreisenden > 4 Wochen, die aus dem gelisteten Land ausreisen, müssen vier Wochen bis 12 Monate vor Ausreise mit einer Dosis gegen Polio geimpft sein. Steht eine dringende Reise an und es wurde nicht in den vergangenen 4 Wochen bis 12 Monaten gegen Polio geimpft, sollte sichergestellt werden, dass mindestens zum Abreisezeitpunkt eine Impfung vorliegt. Dies wird u.U. bei Ausreise kontrolliert. Eine Dokumentation ist im „ <i>International Certificate of Vaccination or Prophylaxis</i> “ im Impfausweis erforderlich. Die betroffenen Länder finden Sie aktuell HIER→ .
	Reisen in Länder mit Poliovildvirus- oder vakzineassoziierten Virusvorkommen cVDPV1 und cVDPV3 und <u>Ausreise</u> nach Aufenthalt von < 4 Wochen	Auffrischimpfung alle 10 Jahre
V	Einreise nach Saudi-Arabien aus definierten Ländern (nicht bei Einreise aus Deutschland)	Aktuelle Einreisebestimmungen auf der Webseite des Gesundheitsministeriums von Saudi-Arabien HIER→ . z.B. auch bei Mehrstaatenreise beachten.
R/ tA	Reisen in Regionen mit cVDPV2- Infektionsrisiko (= WHO-Kategorie II) sowie weitere vulnerable Länder einschließlich WHO-Kategorie III Länder Liste siehe HIER→	Aktualisierte Reise- und Sicherheitshinweise des Auswärtigen Amts zur Poliomyelitis HIER→ , wo die vierteljährlich aktualisierte Länderliste der WHO eingearbeitet wird. Für Länder mit cVDPV-2 Risiko gilt: Alle Einwohner und Langzeitreisende <u>> 4 Wochen</u> , die eine internationale Reise antreten sind aufzufordern, sich 4 Wochen bis 12 Monate vor Ausreise mit einer Dosis gegen Poliomyelitis impfen zu lassen. Steht eine dringende Reise an und es wurde in den vergangenen 4 Wochen bis 12 Monaten nicht gegen Polio geimpft, sollte mindestens zum Abreisezeitpunkt eine Impfung vorliegen. Für Reisende <u>< 4 Wochen</u> in Länder mit cVDPV-2 Risiko und für Reisende jeder Reisedauer in für das Wiederauftreten von Polio vulnerable Länder einschließlich Kategorie III Länder gilt: Auffrischung alle 10 Jahre Liste siehe HIER→ Personen ohne Nachweis einer Grundimmunisierung sollten vor Reisebeginn wenigstens 2 Impfstoffdosen IPV erhalten.
tA	Beruflich Reisende in Länder mit Infektionsrisiko, die dort besonders gefährdet sind z.B. <ul style="list-style-type: none"> • medizinisches Personal, das potentiell engen Kontakt zu Erkrankten hat • Personal der Entwicklungszusammenarbeit oder der Not- und Katastrophenhilfe, was z.B. in Einrichtungen mit Geflüchteten (Flüchtlingslager, Gemeinschaftsunterkünften) tätig ist 	Alle Länder der Kategorie I, II und III sowie vulnerable Länder Liste siehe HIER→ Nach Grundimmunisierung mit einmaliger Auffrischimpfung weitere Auffrischimpfungen alle 10 Jahre solange das Expositionsrisiko weiterbesteht und keine andere Impfvorschrift greift.

Tollwut

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	<p>Reisende in Länder mit hohem Tollwutrisiko, speziell bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langzeitaufhalten (> 4 Wochen) bzw. auch kumulativ bei wiederholten Kurzreisen • unzureichender ärztlicher Versorgung vor Ort • Mangel an Immunglobulin und modernen Impfstoffen • einfachen Reise- oder Aufenthaltsbedingungen • Aktivitäten mit erhöhter Expositionsgefahr (z.B. Fahrrad- oder Motorradtouren) • vorhersehbarem Umgang bzw. Kontakt mit Säugetieren, inkl. Fledermäusen <p>Kleinkinder und Kinder sollten großzügig geimpft werden, da sie oft den Kontakt zu Tieren suchen, gleichzeitig aber unter Umständen über Risikokontakte nicht immer berichten (können).</p>	<p>Präexpositionelles <u>Impfschema</u> nach <u>Herstellerangaben</u>: 3-malige i.m.-Impfung 0–7–21 Tage (Rabipur®) bzw. 0–7–(28) Tage – 1 Jahr (Tollwut-Impfstoff HDC®). Die beiden Impfstoffe sind innerhalb einer Impfserie miteinander austauschbar. Auffrischimpfungen bei weiter bestehendem Expositionsrisiko nach spätestens 5 Jahren.</p> <p>Präexpositionelles <u>Impfschema</u> WHO: Nur für Immunkompetente, off-Label-use in Deutschland, daher besondere Aufklärung notwendig, Aufklärungsblatt siehe HIER→. 2-malige i.m.-Impfung im Abstand von mindestens 7 Tagen. Aus immunologischen Gründen empfiehlt es sich, die zweite Impfung möglichst spät (Tag 28) durchzuführen. Keine weiteren Auffrischimpfungen präexpositionell notwendig. Ein Hinweis, dass das WHO-Schema zur Anwendung kam, sollte im Impfausweis dokumentiert werden. Stellungnahme des StAR (DTG) zum WHO-Impfschema HIER→ Alle Schemata erfordern unverzügliche Postexpositionsprophylaxe und die sehr wichtige, sofortige und gründliche Wundreinigung nach einem Tierbiss. Hierauf sollte bei jeder Beratung hingewiesen werden.</p>
B	<ul style="list-style-type: none"> • siehe STIKO Seite 14 	<p>Die besondere berufliche Indikation gilt auch für das Ausland, AMR 6.6 (download) beachten.</p>

Typhus

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	<ul style="list-style-type: none"> • Großzügige Indikation bei Reisen nach Süd- und Zentralasien (Indien, Nepal, Pakistan, Afghanistan, Bangladesch) unabhängig vom Reisestil, • Langzeitaufenthalte in endemische Gebiete, insbesondere bei einfachen Aufenthaltsbedingungen z. B. Freiwilligendienste (weltwärts etc.) • Rucksackreisen • Reisen in endemische Gebiete in Mittel- und Südamerika, Afrika und Asien unter einfachen Reise-, Aufenthalts- bzw. Arbeitsbedingungen mit niedrigen Hygienestandards (z. B. Trekking, Hilfeinsätze), speziell auch bei aktuellen Ausbrüchen und Katastrophen. • Reisenden mit Vorkrankheiten z. B. bei Immundefekten, Achlorhydrie etwa durch Medikamente wie Protonenpumpenhemmer, nach Cholezystektomie, bei internen Prothesen • Reisende mit Migrationshintergrund in Länder mit erhöhtem Risiko 	<p>Totimpfstoff: Vi-Kapselpolysaccharid von <i>Salmonella Typhi</i> (Stamm: Ty2) 1 × 0,5 ml i. m. (ab vollendetem zweiten Lebensjahr) oder Lebendimpfstoff: apathogene, attenuierte Keime von <i>Salmonella Typhi</i> (Schluckimpfstoff: ab 5 Jahren, Stamm Ty21a) Je eine Kapsel oral an den Tagen 1, 3 und 5, jeweils nüchtern mindestens eine Stunde vor einer Mahlzeit.</p> <p>Begrenzte Wirksamkeit beider Impfstoffe (zwischen 50 – 70%), Beginn ca. 14 Tage (Totimpfstoff) bzw. 10 Tage (Lebendimpfstoff) nach der Impfung.</p> <p>Für den oralen Typhusimpfstoff gilt: Unmittelbar vor, während und 3 Tage nach der Impfung dürfen keine Antibiotika, Sulfonamide oder Malaria Mittel gegeben werden.</p> <p>Gegen enteritische Salmonellosen sind beide Typhusimpfstoffe unwirksam. Ca. 50% Wirksamkeit der oralen Impfung gegen Paratyphus B</p>

Vibrio cholerae (Cholera)

Kt	Indikation	Anwendungshinweise/Bemerkungen (Fachinformation beachten)
R/ tA	Keine allgemeine Empfehlung für Reisende. Erwogen werden kann die Impfung bei: <ul style="list-style-type: none">• Reisen in Cholera-Epidemiegebiete mit absehbar ungesichertem Zugang zu sauberem Trinkwasser• Längerfristiger Tätigkeit in Cholera-Epidemiegebieten (z. B. medizinisches Personal)• Katastrophenhelfern	Grundsätzlich ist das Risiko, während einer Reise oder eines Aufenthaltes in Infektionsgebieten an Cholera zu erkranken, extrem gering. Die konsequente Einhaltung der Lebensmittel-, Trinkwasser- und Körperhygiene schützt vor einer Cholerainfektion. Eine signifikante Wirksamkeit gegen ETEC wurde widerlegt und stellt keine Indikation für die Gabe der Impfung dar. Kein Schutz gegen Serovar 0139.