



## Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Kathrin Sonnenholzner SPD**  
vom 15.10.2015

### Impfung von Asylbewerbern

Ich frage die Staatsregierung:

1. a) Welche Impfungen für Asylbewerber werden empfohlen?  
b) Welche Impfungen erhalten Asylbewerber in Bayern derzeit?
2. a) Ist die Verfügbarkeit ausreichender Impfstoffe aktuell und in Zukunft gewährleistet?  
b) Wie wird die Bereitstellung von genügend Impfstoffen gewährleistet?  
c) Falls bei Impfstoffen Lücken bestehen, welche Infektionskrankheiten sind betroffen?
3. a) Welche größeren Ausbrüche gab es in den letzten 6 Monaten bei welchen impfpräventablen Erkrankungen in Asylbewerbereinrichtungen?  
b) Wie bewertet die Staatsregierung die Gefahr von größeren Ausbrüchen von Infektionskrankheiten in Asylbewerbereinrichtungen?
4. a) Wann werden Asylbewerber in der Regel frühestens geimpft?  
b) Wie bewertet die Staatsregierung den Zeitpunkt im Hinblick auf die Vermeidung von Ansteckungen?
5. a) Wie viele Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes stehen in den einzelnen Regierungsbezirken für die Gesundheitsuntersuchungen und Impfungen von Asylbewerbern zur Verfügung?  
b) Wie viele weitere Ärzte sind vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) beauftragt zuständig?

## Antwort

des **Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege**  
vom 16.01.2016

Die Schriftliche Anfrage wird im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) wie folgt beantwortet:

### 1. a) Welche Impfungen für Asylbewerber werden empfohlen?

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat ein umfassendes Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen für Asylsuchende veröffentlicht. Das Impfangebot für Asylbewerber in Bayern richtet sich nach den Empfehlungen des RKI (s. Anlage 1: RKI-Empfehlung „Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland“ und STIKO-Empfehlung vom 24. August 2015)\*.

### b) Welche Impfungen erhalten Asylbewerber in Bayern derzeit?

Gemäß der Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes mit Wirkung ab 24.10.2015 bestimmt sich der Umfang der Leistungen für Schutzimpfungen für Asylbewerber nach den entsprechenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

### 2. a) Ist die Verfügbarkeit ausreichender Impfstoffe aktuell und in Zukunft gewährleistet?

### b) Wie wird die Bereitstellung von genügend Impfstoffen gewährleistet?

### c) Falls bei Impfstoffen Lücken bestehen, welche Infektionskrankheiten sind betroffen?

Seit Oktober 2015 informiert das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) auf seinen Internetseiten über Lieferengpässe von Humanimpfstoffen gegen Infektionskrankheiten auf der Basis freiwilliger Informationen der Zulassungsinhaber. Danach gibt es derzeit keine Versorgungsgpässe bei Impfstoffen. Es können jedoch jederzeit Lieferengpässe bei einzelnen Impf-

\*) Von einem Abdruck der Anlagen wurde abgesehen. Sie sind in der elektronischen Fassung der Schriftlichen Anfrage als pdf-Dokument im Internet unter [www.bayern.landtag.de](http://www.bayern.landtag.de) – Dokumente – unter der oben genannten Drs.-Nr. einsehbar.



# Epidemiologisches Bulletin

12. Oktober 2015 / Nr. 41

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Empfehlung des Robert Koch-Instituts

## Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-011.3

### Hintergrund und Rationale

Die Zahl der Asylsuchenden, die nach Deutschland kommen, ist seit 2014 deutlich gestiegen. Eine systematische Erhebung des Impfstatus von Asylsuchenden findet in Deutschland derzeit nicht statt, sodass eine valide Einschätzung der Empfänglichkeit für impfpräventable Erkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe nicht möglich ist. Asylsuchende stammen jedoch überwiegend aus Ländern oder Bevölkerungsgruppen mit eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung und Impfungen.

In den Erstaufnahmeeinrichtungen wie auch in kommunalen Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende leben Menschen über längere Zeit oftmals eng zusammen. In dieser Situation besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Ausbrüche von Infektionskrankheiten in diesen Einrichtungen. Durch eine wachsende Zahl unzureichend geimpfter Asylsuchender kann sich eine epidemiologisch relevante, ungeschützte Bevölkerungsgruppe entwickeln, bei der sich die Schließung von Impflücken aufgrund des dezentralen Gesundheitssystems in Deutschland schwierig gestalten kann.

Durch frühzeitige Impfungen nach Ankunft in Deutschland können folgende Ziele erreicht werden:

- ▶ individueller Schutz der Asylsuchenden,
- ▶ Begrenzung oder Verhinderung von Ausbrüchen impfpräventabler Erkrankungen,
- ▶ Verhinderung der Ausbildung einer schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppe mit möglicherweise unzureichendem Impfschutz.

Die meisten Asylsuchenden sind nicht im Besitz eines Impfausweises. Das vorliegende in Abstimmung mit der Ständigen Impfkommission (STIKO) erarbeitete Konzeptpapier enthält Empfehlungen für ein „Mindest-Impfangebot“ für ungeimpfte Asylsuchende und Asylsuchende mit unklarem Impfstatus in Situationen, in denen die STIKO-Empfehlungen nicht vollständig umgesetzt werden können. Bei der Auswahl des Mindest-Impfangebots (**Anlage 1**) wurden die epidemiologische Bedeutung der Krankheiten, das Risiko von Ausbrüchen (Kontagiosität) und der Schweregrad möglicher Erkrankungen berücksichtigt. Sobald es die Situation zulässt, sollte entsprechend den STIKO-Empfehlungen geimpft werden, siehe dazu insbesondere die Empfehlungen zu Nachholimpfungen in verschiedenen Altersgruppen in den aktuellen STIKO-Empfehlungen ([www.stiko.de](http://www.stiko.de), *Epidemiologisches Bulletin* 34/2015, S. 352ff.). Eine Zusammenfassung der Impfempfehlun-

Diese Woche 41/2015

Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland

Hinweis auf Veranstaltungen

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen Juli 2015

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 38. Woche 2015

ARE/Influenza Zur aktuellen Situation in der 40. Kalenderwoche 2015



gen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. ehrenamtlicher Helfer) der Einrichtungen findet sich am Ende dieses Dokuments (**Anlage 4**).

### Konzept für die frühzeitige Impfung von Asylsuchenden nach ihrer Ankunft in Deutschland

- ▶ Die STIKO empfiehlt, Schutzimpfungen bei Asylsuchenden **möglichst frühzeitig**, bevorzugt innerhalb der ersten Tage nach Aufnahme in einer Erstaufnahmeeinrichtung zu beginnen.
- ▶ Personen, bei denen eine **Grundimmunisierung** gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio **dokumentiert** ist, benötigen eine **einmalige Auffrischimpfung**, sofern die letzte Impfung vor mehr als 10 Jahren (Erwachsene) bzw. 5 Jahren (Kinder) erfolgte (ab dem Alter von 5 Jahren mit Tdap-IPV). Eine dokumentierte einmalige Impfung gegen Masern und Röteln ist zunächst ausreichend. Bei Kindern sollte eine zweite Impfung (dann mit MMR bzw. MMR-V) im weiteren Verlauf durchgeführt werden.
- ▶ Für **Ungeimpfte oder Personen mit unklarem Impfstatus** wird in Situationen, in denen nicht die bestehenden STIKO-Empfehlungen umgesetzt werden können, ein **Mindest-Impfangebot** in Abhängigkeit vom Alter vorgeschlagen (**Anlage 1**). Die Handelsnamen und Anwendungsalter von Impfstoffen für die in diesem Dokument erwähnten Impfungen (Mindest-Impfangebot) sind in **Anlage 2a** aufgeführt.
- ▶ Falls in einer Einrichtung Impfstoffe nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, sind **Kinder bevorzugt zu impfen**.
- ▶ Im Rahmen eines **Ausbruchs** einer impfpräventablen Erkrankung ist es sinnvoll, zunächst prioritär die jeweilige Impfung zur Riegelung der Infektion bei den Bewohnern der Einrichtung vorzunehmen; wenn möglich sollten dabei die in Anlage 1 dargestellten Impfungen gleichzeitig gegeben werden.
- ▶ In den Einrichtungen sollte die Option erwogen werden, zusätzlich zum Mindest-Impfangebot eine **Impfung gegen saisonale Influenza ALLEN Bewohnern** (Kindern wie auch Erwachsenen) anzubieten und nicht nur den Risikogruppen. Zum einen erscheint die Identifizierung von Risikogruppen aufgrund von Sprachbarrieren schwierig; zum anderen besteht in Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. Gemeinschaftsunterkünften von Asylsuchenden aufgrund des engen Zusammenlebens ein im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung erhöhtes Risiko für Influenzaausbrüche, die dann auch nur schwer kontrolliert werden können. Entsprechend den STIKO-Empfehlungen sollten Kinder im Alter von 2–6 Jahren bevorzugt mit einem lebend-attenuierten Influenza-Impfstoff (LAIV) geimpft werden (nasale Applikation). Kinder zwischen 7–17 Jahren können mit LAIV oder Influenza-Totimpf-

stoff geimpft werden. Kinder im Alter von 0,5–2 Jahren sowie Erwachsene (inkl. Schwangere) dürfen nur mit einem Totimpfstoff geimpft werden. Die Handelsnamen und Anwendungsalter von Influenza-Impfstoffen für die Saison 2015/2016 sind in **Anlage 2b** aufgeführt. Sofern Impfling oder Eltern nur 2 Impfungen beim ersten Termin wünschen, sollte prioritär das Mindest-Impfangebot verabreicht werden.

- ▶ Die **Vervollständigung** der bereits vorhandenen oder begonnenen Grundimmunisierung sollte entsprechend den STIKO-Empfehlungen zu Nachholimpfungen im weiteren Verlauf (z. B. durch niedergelassene Ärzte nach Verlegung in die Kommunen) durchgeführt werden.

### Grundsätzliche Hinweise für die Durchführung von Impfungen

- ▶ **Vorhandene Impfausweise** sollen zur Klärung des Impfstatus nach Möglichkeit berücksichtigt werden. Grundsätzlich gilt eine Person ohne Impfdokumentation als ungeimpft und soll entsprechend **Anlage 1** geimpft werden. Bei der Umsetzung des Mindest-Impfangebots können ausnahmsweise **mündliche Angaben** zu früher erfolgten Impfungen berücksichtigt werden, sofern sie als glaubwürdig eingeschätzt werden.
- ▶ **Jede Impfung zählt**. Auch eine für Jahre unterbrochene Grundimmunisierung oder eine zu späte Auffrischimpfung muss nicht erneut begonnen werden, es gibt somit keine zu langen Impfabstände. Die empfohlenen zeitlichen Mindestabstände besonders zwischen der vorletzten und letzten Impfung der Grundimmunisierung sollen jedoch eingehalten werden.
- ▶ **Serologien** zur Abwägung einer Impfscheidung sind im Rahmen der Erstversorgung/Betreuung in Erstaufnahmeeinrichtungen in der Regel nicht notwendig. Eine „Überimpfung“ ist nicht möglich. Auch wenn eine der impfpräventablen Erkrankungen bereits (unbemerkt) durchgemacht oder bereits dagegen geimpft wurde (ohne dokumentiert zu sein), kann geimpft werden.
- ▶ Ein **Mindestabstand** zwischen der Verabreichung von Tot- und Lebendimpfstoffen ist nicht erforderlich. Tot- und Lebendimpfstoffe können **zeitgleich** gegeben werden. Lebendimpfstoffe (z. B. MMR und lebend-attenuierter Influenza-Impfstoff) sollten zeitgleich verabreicht werden; sofern nicht gleichzeitig verabreicht, sollten zwischen der Verabreichung zweier Lebendimpfstoffe mindestens 4 Wochen liegen.
- ▶ Jeder Impfling ist über die zu verhütende Krankheit und die geplanten Impfungen aufzuklären und dessen Impffähigkeit einzuschätzen. Das Robert Koch-Institut (RKI) stellt dazu **Informationsmaterialien einschließlich Einwilligungserklärung** zu verschiedenen Impfungen (MMR, Varizellen, Tdap-IPV, 6-fach-Impfung [DTaP-

IPV-Hib-HepB]) in mehreren (aktuell 16) Sprachen im Internet zur Verfügung: [www.rki.de/impfen](http://www.rki.de/impfen) > Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen.

- Eine besondere Situation ergibt sich bei Kindern und Jugendlichen, die ohne Eltern bzw. Erziehungsberechtigte nach Deutschland kommen. Unbegleitete Minderjährige können selbst wirksam in eine Behandlung einwilligen, wenn sie nach ihrer geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs ermes- sen können. Inwieweit diese natürliche Einsichts- und Entschlussfähigkeit der minderjährigen Person gege- ben ist, muss die Ärztin oder der Arzt im Einzelfall im Hinblick auf den geplanten, konkreten Eingriff beur- teilen. Im Zweifel sollte (zusätzlich) die Einwilligung der Personensorgeberechtigten eingeholt werden. Da eine Einwilligung der Personensorgeberechtigten nur wirksam ist, wenn die Ärztin oder der Arzt sie vor- her aufgeklärt hat, ist es unumgänglich, dass sie über die ärztliche Maßnahme genau informiert werden.

Gemäß § 42 SGB VIII (Sozialgesetzbuch – Achstes Buch – Kinder- und Jugendhilfe) hat das Jugendamt minderjährige unbegleitete Asylsuchende in seine Ob- hut zu nehmen und für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen. Es ist während der Inobhutnah- me berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen notwendig sind. Nach der allerdings uneinheitlichen Praxis in zahl- reichen Kommunen umfasst dies auch die Erklärung der Einwilligung zu Schutzimpfungen.

- Die Impfungen müssen in einem **Impfausweis doku- mentiert** werden, der dem Geimpften ausgehändigt wird. Dazu sollte nach Möglichkeit ein Impfpass be- nutzt werden. Falls dieser nicht verfügbar ist, kann ein **Ersatzdokument** benutzt werden (Muster s. **Anlage 3**).

### Grundsätzliches zu Kontraindikationen

- Banale Infekte, auch mit subfebrilen Temperaturen, sowie das Stillen stellen **keine Kontraindikationen** für Impfungen dar.
- Schwangere können mit Totimpfstoffen (Tdap-IPV, In- fluenza) geimpft werden. Diese sollten bevorzugt in der zweiten Hälfte der **Schwangerschaft** gegeben werden. Impfungen mit **Lebendimpfstoffen** (wie z. B. MMR(V)- Impfstoffe) sind in der Schwangerschaft kontraindiziert. Nach versehentlichen Impfungen mit MMR- oder Vari- zellen-Impfstoffen in der Schwangerschaft wurden je- doch keine Schädigungen des Ungeborenen beobachtet; ein Schwangerschaftsabbruch ist deshalb **nicht** indiziert.

### Zentrale Dokumentation der durchgeführten Impfungen in den Einrichtungen für Asylsuchende

Auch wenn es in der aktuellen Situation schwer umsetz- bar ist, wäre es wünschenswert, die Zahl aller in einer Ein- richtung verabreichten Impfstoffdosen zu erfassen. Dies ermöglicht eine Abschätzung der Impfquoten und mögli- cherweise eine Abschätzung der Anzahl nicht ausreichend geimpfter Asylsuchender in den Kommunen.

Sollte eine solche Erhebung in einzelnen Einrichtungen möglich sein, bietet das RKI Vorschläge für eine struktu- rierte Erfassung und die Zusammenführung der Daten in elektronischer Form auf nationaler Ebene an.

Unter der E-Mail-Adresse [migra-impfweb@rki.de](mailto:migra-impfweb@rki.de) können interessierte Erst- aufnahmeeinrichtungen oder Impfstellen für Asylsuchende Kontakt zum RKI bezüglich der Impfquotenerfassung aufnehmen.

## Anlage 1

## Impfungen für ungeimpfte Asylsuchende und Asylsuchende mit unklarem Impfstatus

A) Mindest-Impfangebot, frühzeitig nach Ankunfts		B) Optional zu erwägende Impfung		C) Im weiteren Verlauf (z. B. Kommunen)	
Alter zum Zeitpunkt der 1. Impfung	1. Impftermin#	In Ergänzung zu dem Mindest-Impfangebot kann folgendes Vorgehen sinnvoll sein	Impfungen für Asylsuchende im weiteren Verlauf entsprechend STIKO-Empfehlung		
2 bis einschließlich 8 Monate	DTaP-IPV-Hib-HBV <sup>1</sup>	<b>Influenzaimpfung</b> für ALLE Asylsuchenden (auch ohne Grundkrankheit), die in Erstaufnahme-/Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind.	Impfungen, die über das Mindest-Impfangebot hinausgehen, können in der Regel nicht während des Aufenthalts in Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. im Rahmen der Erstversorgung durchgeführt werden.		
9 Monate bis einschließlich 4 Jahre	DTaP-IPV-Hib-HBV <sup>1</sup>	<b>Begründung:</b> Zum einen besteht in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende durch das enge Zusammenleben ein im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung erhöhtes Risiko für Influenzaausbrüche. Zum anderen kann aufgrund von Sprachbarrieren die Identifizierung der Risikogruppen schwierig sein.	Sie sollten jedoch im weiteren Verlauf entsprechend dem <b>Nachholimpfkalender der STIKO</b> erfolgen. Dabei sollte vorrangig der MMR-V- (2. Impfung) und der Tdap-IPV-Schutz bei Kindern bis 18 Jahren vervollständigt werden.		
5 Jahre bis einschließlich 12 Jahre	MMR-V <sup>2</sup> Tdap-IPV MMR-V				
Kinder ab 13 Jahre und Erwachsene, die nach 1970 geboren sind	Tdap-IPV <sup>3</sup> MMR <sup>4</sup>				
Erwachsene, die vor 1970 geboren sind	Tdap-IPV <sup>3</sup>				
<b>Zusätzliche Indikationsimpfungen für:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schwangere ab etwa der 20. Woche</li> <li>▶ Personen ab 60 Jahren</li> <li>▶ Kinder und Erwachsene mit chronischen Krankheiten<sup>5</sup></li> </ul>					
<p># Die hier genannten Impfstoffe können zeitgleich verabreicht werden.</p> <p><sup>1</sup> Es kann auch ein Fünffach-Impfstoff verwendet werden. Altersangaben der Zulassung in Anlage 2 beachten.</p> <p><sup>2</sup> Bei Kindern unter 5 Jahren kann erwogen werden, statt des MMR-V-Kombinationsimpfstoffs zum 1. Impftermin MMR- und Varizellen-Impfstoff getrennt zu verabreichen.</p> <p><sup>3</sup> Schwangerschaft stellt keine Kontraindikation dar.</p> <p><sup>4</sup> Nicht in der Schwangerschaft.</p> <p><sup>5</sup> Bei unklarer Anamnese großzügige Indikationsstellung zur Impfung.</p>					

## Anlage 2a

## Handelsnamen und Anwendungsalter der in Anlage 1 erwähnten Impfstoffe in Deutschland

(auf Basis der Angaben in den Fachinformationen – ohne Gewähr. Stand: September 2015)

Antigenkombination	Handelsname	Besondere Hinweise	Lt. Fachinfo Anwendung ab	Lt. Fachinfo Anwendung bis
DTaP-IPV-Hib	Infanrix-IPV + Hib <sup>®</sup>	-	2 Monate	3. Geburtstag (36 Monate)
	Pentavac <sup>®</sup>	-	2 Monate	6. Geburtstag (72 Monate)
DTaP-IPV-HBV-Hib	Infanrix hexa <sup>®</sup>	-	2 Monate	3. Geburtstag (36 Monate)
	Hexyon <sup>®</sup>	-	6 Wochen	2. Geburtstag (24 Monate)
Tdap-IPV	Boostrix Polio <sup>®</sup>	-	4. Geburtstag (48 Monate)	ohne Altersgrenze
	Repevax <sup>®</sup>	-	3. Geburtstag (36 Monate)	ohne Altersgrenze
MMR	M-M-RVaxPro <sup>®</sup>	Lebendimpfstoff	(9–) 12 Monate	ohne Altersgrenze
	Priorix <sup>®</sup>	Lebendimpfstoff	9 Monate	ohne Altersgrenze
MMR-V	Priorix-Tetra <sup>®</sup>	Lebendimpfstoff	(9–) 11 Monate	13. Geburtstag
Varizellen	Varivax <sup>®</sup>	Lebendimpfstoff	(9–) 12 Monate	ohne Altersgrenze
	Varilrix <sup>®</sup>	Lebendimpfstoff	(9–) 11 Monate	ohne Altersgrenze

Bitte Fachinformationen beachten. Die Fachinformationen zu allen in Deutschland zugelassenen Impfstoffen können auf den Seiten des Paul-Ehrlich-Instituts eingesehen werden:

<http://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoff-impfstoffe-fuer-den-menschen/informationen-zu-impfstoffen-impfungen-impfen.html>

## Anlage 2b

## Auflistung der für die Saison 2015/2016 zugelassenen Influenzaimpfstoffe

(auf Basis der Angaben in den Fachinformationen – ohne Gewähr. Stand: September 2015)

Handelsname	Besondere Hinweise	Lt. Fachinfo Anwendung ab	Lt. Fachinfo Anwendung bis
Afluria 2015/2016 <sup>®</sup>	-	5. Geburtstag	ohne Altersgrenze
Begripal 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	ohne Altersgrenze
Fluad 2015/2016 <sup>®</sup>	-	65. Geburtstag	ohne Altersgrenze
Fluarix 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	ohne Altersgrenze
Fluenz Tetra 2015/2016 <sup>®</sup>	nasale Applikation Lebendimpfstoff	2. Geburtstag	18. Geburtstag
Grippe-Impfstoff CSL 2015/2016 <sup>®</sup>	-	5. Geburtstag	ohne Altersgrenze
Grippe-Impfstoff STADA N 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	ohne Altersgrenze
Grippeimpfstoff ratiopharm 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	ohne Altersgrenze
IDflu 2015/2016 <sup>®</sup>	intradermale Applikation	18. Geburtstag (9 µg Antigen pro Stamm) 60. Geburtstag (15 µg Antigen pro Stamm)	59 Jahren (9 µg Antigen pro Stamm) ohne Altersgrenze (15 µg Antigen pro Stamm)
Influsplit Tetra 2015/2016 <sup>®</sup>	-	3. Geburtstag	ohne Altersgrenze
Influvac 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	ohne Altersgrenze
Influvac Junior 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	3. Geburtstag (einschließlich 35 Monate)
INTANZA 2015/2016 <sup>®</sup>	intradermale Applikation	18. Geburtstag (9 µg Antigen pro Stamm) 60. Geburtstag (15 µg Antigen pro Stamm)	59 Jahren (9 µg Antigen pro Stamm) ohne Altersgrenze (15 µg Antigen pro Stamm)
Optaflu 2015/2016 <sup>®</sup>	-	18. Geburtstag	ohne Altersgrenze
Vaxigrip 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	ohne Altersgrenze
Xanaflu 2015/2016 <sup>®</sup>	-	6 Monate	ohne Altersgrenze

Bitte Fachinformationen beachten. Die Fachinformationen zu allen in Deutschland zugelassenen Impfstoffen können auf den Seiten des Paul-Ehrlich-Instituts eingesehen werden:

<http://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoff-impfstoffe-fuer-den-menschen/informationen-zu-impfstoffen-impfungen-impfen.html>

**Anlage 3**

**Muster für ein Ersatzformular zur Dokumentation (*reserve documentation on vaccination*) der durchgeführten Impfungen (zur Aushändigung an den Impfling)**

Nachname: ..... Geschlecht: ..... Herkunftsland: .....  
*Last name Sex Country of origin*  
 Vorname: ..... Geboren am: ..... Unterbringungseinrichtung: .....  
*First name Date of birth Asylum seekers accommodation*

**Folgende Impfungen wurden durchgeführt:** *The following vaccinations were given:*

Datum <i>Date</i>	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffs (Aufkleber) <i>Manufacturer and batch no. of vaccine (label/vignette)</i>	Totimpfungen <i>Inactivated vaccines</i>							Lebendimpfungen <i>Attenuated vaccines</i>				Unterschrift und Stempel des Arztes <i>Signature and stamp of physician</i>
		Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Polio	Hib	Hepatitis B	Influenza	Masern Measles	Mumps	Röteln Rubella	Varizellen	

**Weitere Impfungen** *Further vaccinations*

Datum <i>Date</i>	Impfung gegen <i>Vaccination against</i>	Handelsname und Chargennummer <i>Manufacturer and batch number</i>	Unterschrift und Stempel des Arztes <i>Signature and stamp of physician</i>

**Nächster Impftermin (Datum/Impfungen):**  
*Next appointment (date/vaccinations)*

1. ....  
 2. ....

**Anlage 4**

**Empfehlungen der STIKO zur Impfung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Einrichtungen für Asylsuchende**

Grundsätzlich gilt: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. beispielsweise ehrenamtliche Helferinnen und Helfer) sollten die Standardimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) erhalten haben. Weiterhin ist die ArbmedVV zu beachten.

Die STIKO empfiehlt unabhängig von einer Tätigkeit in Einrichtungen für Asylsuchende allen Personen die Impfungen gegen:

- ▶ Tetanus
- ▶ Diphtherie
- ▶ Kinderlähmung (Polio)
- ▶ Keuchhusten (Pertussis)
- ▶ Masern, Mumps, Röteln (für nach 1970 Geborene)
- ▶ Influenza (für Personen ab 60 Jahre; in der Saison)

Ferner empfiehlt die STIKO die folgenden Impfungen bei beruflicher Indikation, die für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter (inkl. beispielsweise ehrenamtliche Helferinnen und Helfer) in den Einrichtungen gegeben ist:

- ▶ Hepatitis A
- ▶ Hepatitis B
- ▶ Auffrischimpfung gegen Polio, falls letzte Impfung vor mehr als 10 Jahren
- ▶ Influenza (in der Saison)

## Hinweis auf Veranstaltungen

**14. Göttinger Forum: Krankenhaus- und Kommunalhygiene für den Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Termin: 26. und 27. November 2015  
 Veranstaltungsort: Göttingen, Max-Planck-Institut für biophysikalische Chemie  
 Veranstalter: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Krankenhaushygiene des Klinikums Oldenburg  
 Wissens. Leitung: Dr. Matthias Pulz (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover), Dr. Jörg Herrmann (Klinikum Oldenburg)

**Themen**

Wunderwaffe Chlorhexidin?, der One Health-Gedanke: Grundlagen und praktische Umsetzung, Masern in Deutschland: Entwicklung in den letzten Jahren, Umsetzung einer erfolgreichen Impfstrategie in Mecklenburg-Vorpommern, der Infektionsalarmplan Oldenburg für Ebola – eine echte Herausforderung, der Ebola-Virus Ausbruch in Westafrika – Rückblick und Ausblick, Bedeutung von Arzneimitteln als Umweltkontaminanten, Arzneimittel in der Umwelt – Möglichkeiten der Verminderung des Eintrags, das Mikrobiom im Darm, Umgang mit multiresisten-

ten Erregern in den HELIOS-Kliniken, Antibiotika-Anwendungen in der Arztpraxis, Hygienische Aspekte bei Umbaumaßnahmen in stationären Einrichtungen – Betriebsabläufe und Prozesse der Funktionsstelle OP aus Sicht der Hygiene, hat die Raumluftechnik bei operativen Eingriffen: Einfluss auf die Wundinfektionsrate?

Organisation: Helga Wirries, Mara Bethe  
 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt,  
 Roesebeckstrasse 4 – 6, 30 449 Hannover  
 Telefon: 05 11 45 05 – 101  
 Fax: 05 11 45 05 – 140  
 E-Mail: [fortbildung@nlga.niedersachsen.de](mailto:fortbildung@nlga.niedersachsen.de)

Anmeldung: Bitte melden Sie sich bis zum 14. November 2015 über unser Online-Portal (<http://www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de/>) an. Die Teilnahmegebühr beträgt 150,- Euro.

Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Niedersachsen beantragt. Weitere Informationen: [www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de](http://www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten										Berichtsmonat: Juli 2015 (Datenstand: 1.10.2015)					
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern															
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)															
	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
Land	Juli*	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli		Juli	Jan.–Juli	
Baden-Württemberg	-	-	-	51	231	207	10	51	63	5	19	15	0	0	0
Bayern	-	-	-	48	361	301	22	89	90	4	12	12	1	1	1
Berlin	-	-	-	34	202	263	4	46	38	1	2	3	0	0	1
Brandenburg	-	-	-	7	32	34	1	4	4	0	0	0	0	0	0
Bremen	-	-	-	4	28	23	2	14	9	0	0	1	0	0	0
Hamburg	-	-	-	15	121	122	21	48	44	0	0	0	0	0	0
Hessen	-	-	-	31	193	141	15	53	54	1	8	10	0	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	3	28	35	0	2	8	0	1	0	0	0	0
Niedersachsen	-	-	-	11	112	120	4	14	32	1	4	4	0	2	0
Nordrhein-Westfalen	-	-	-	72	451	448	21	90	96	3	14	17	0	2	0
Rheinland-Pfalz	-	-	-	12	78	65	2	19	23	0	6	4	0	0	1
Saarland	-	-	-	2	20	25	4	7	13	2	5	3	0	0	0
Sachsen	-	-	-	14	116	95	2	8	13	1	1	1	0	3	0
Sachsen-Anhalt	-	-	-	10	47	49	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	-	-	-	5	34	57	5	16	10	0	0	0	0	0	0
Thüringen	-	-	-	7	25	28	0	3	1	0	3	0	0	0	0
<b>Deutschland</b>	-	-	-	<b>326</b>	<b>2.079</b>	<b>2.013</b>	<b>113</b>	<b>467</b>	<b>498</b>	<b>18</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>4</b>

\* Es stehen derzeit keine Daten zur Syphilis zur Verfügung.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 38. Woche 2015 (Datenstand: 7. Oktober 2015)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	169	4.865	4.860	0	83	84	60	1.007	944	2	27	38
Bayern	179	6.336	6.060	8	199	189	54	1.311	1.657	4	84	68
Berlin	54	2.343	2.153	3	62	59	11	371	502	4	53	60
Brandenburg	37	1.795	1.789	4	37	25	17	390	509	1	7	5
Bremen	11	423	394	0	2	0	9	54	43	0	2	3
Hamburg	30	1.353	1.485	1	17	37	9	195	219	2	31	30
Hessen	114	3.361	3.401	1	27	32	45	620	664	0	31	28
Mecklenburg-Vorpommern	67	1.484	1.566	0	45	70	9	269	394	0	0	2
Niedersachsen	131	4.098	4.167	3	134	122	52	886	975	1	10	7
Nordrhein-Westfalen	353	13.502	13.857	5	167	230	68	1.990	2.261	1	28	29
Rheinland-Pfalz	101	2.846	2.886	6	83	75	24	503	612	0	13	25
Saarland	34	826	913	0	9	2	1	84	113	0	0	2
Sachsen	134	4.143	3.845	9	144	153	27	734	1.103	0	20	17
Sachsen-Anhalt	45	1.261	1.395	2	54	64	20	448	699	0	6	10
Schleswig-Holstein	63	1.864	1.872	1	21	25	7	258	323	1	9	3
Thüringen	41	1.505	1.519	0	26	28	18	437	748	1	6	10
<b>Deutschland</b>	<b>1.563</b>	<b>52.022</b>	<b>52.166</b>	<b>43</b>	<b>1.110</b>	<b>1.195</b>	<b>431</b>	<b>9.562</b>	<b>11.767</b>	<b>17</b>	<b>327</b>	<b>337</b>

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung <sup>+</sup>			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	4	88	83	71	5.411	4.826	13	1.691	1.983	16	310	371	1	30	46
Bayern	4	246	215	60	7.950	5.486	25	2.297	3.811	21	473	594	9	114	128
Berlin	0	50	55	35	2.061	2.106	6	1.286	1.289	16	248	258	5	100	78
Brandenburg	1	62	77	49	2.853	2.464	10	1.668	1.525	2	71	67	5	50	58
Bremen	2	6	3	4	399	455	2	191	154	0	17	19	1	2	7
Hamburg	1	52	39	16	1.381	1.338	4	733	760	8	87	92	2	34	18
Hessen	5	141	106	21	4.157	2.867	9	1.513	1.791	4	155	214	8	85	66
Mecklenburg-Vorpommern	2	37	35	36	2.699	2.129	20	1.272	1.268	6	74	104	9	76	58
Niedersachsen	6	146	174	42	4.985	4.464	21	2.740	2.001	1	99	150	4	66	74
Nordrhein-Westfalen	10	374	294	107	15.618	9.390	26	4.316	5.269	21	371	627	8	201	280
Rheinland-Pfalz	4	118	119	37	4.550	2.736	12	1.037	1.133	4	99	105	4	27	33
Saarland	1	18	13	10	1.343	510	7	243	522	0	23	32	1	7	10
Sachsen	9	218	186	94	7.379	5.621	22	4.609	2.733	6	226	168	9	161	153
Sachsen-Anhalt	3	116	122	131	4.074	3.083	4	2.199	1.893	3	39	69	3	72	41
Schleswig-Holstein	0	30	68	19	1.657	1.719	4	617	704	2	44	49	4	19	11
Thüringen	3	169	172	31	3.453	2.797	8	2.603	2.089	2	93	121	2	39	33
<b>Deutschland</b>	<b>55</b>	<b>1.871</b>	<b>1.762</b>	<b>763</b>	<b>69.989</b>	<b>52.004</b>	<b>193</b>	<b>29.026</b>	<b>28.928</b>	<b>112</b>	<b>2.431</b>	<b>3.040</b>	<b>75</b>	<b>1.083</b>	<b>1.094</b>

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 38. Woche 2015 (Datenstand: 7. Oktober 2015)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>++</sup>			Hepatitis C <sup>++</sup>			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	4	43	41	3	74	46	13	617	683	0	31	29	8	452	356
Bayern	3	79	68	28	338	101	13	723	803	1	30	26	23	773	496
Berlin	0	24	22	2	44	56	8	306	424	0	9	17	4	267	262
Brandenburg	1	16	19	0	24	13	0	41	53	0	10	4	4	114	80
Bremen	0	1	4	0	2	8	1	6	31	0	1	2	1	53	41
Hamburg	1	11	14	0	28	33	2	80	97	0	7	7	1	131	109
Hessen	3	42	35	8	169	53	6	346	442	0	10	10	7	393	373
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	5	0	10	7	1	31	31	0	5	7	1	35	47
Niedersachsen	2	43	41	3	52	30	9	173	179	0	23	12	8	293	269
Nordrhein-Westfalen	5	122	98	10	169	117	15	624	659	2	38	43	13	848	790
Rheinland-Pfalz	1	20	18	0	33	20	0	171	187	0	19	14	2	197	130
Saarland	0	2	13	0	5	13	1	27	90	0	1	1	4	27	42
Sachsen	1	9	13	3	22	17	3	207	261	0	5	4	3	121	103
Sachsen-Anhalt	2	23	15	1	37	16	1	47	67	0	7	3	5	128	82
Schleswig-Holstein	1	17	11	0	21	12	2	231	112	1	5	12	0	74	60
Thüringen	0	18	18	0	15	2	4	56	94	0	9	5	7	70	51
<b>Deutschland</b>	<b>25</b>	<b>475</b>	<b>435</b>	<b>58</b>	<b>1.043</b>	<b>544</b>	<b>79</b>	<b>3.688</b>	<b>4.213</b>	<b>4</b>	<b>210</b>	<b>196</b>	<b>91</b>	<b>3.979</b>	<b>3.291</b>

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014	2015		2014
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
Baden-Württemberg	0	111	9	0	40	50	0	1	2	18	551	1.158	35	2.087	2.824
Bayern	0	156	100	2	106	99	0	6	7	49	1.487	1.948	19	3.147	3.017
Berlin	0	1.238	11	2	37	41	0	5	3	5	457	511	22	1.165	1.191
Brandenburg	0	102	3	0	9	6	0	0	3	17	426	432	8	435	513
Bremen	0	0	4	0	5	1	0	0	0	0	30	15	0	233	353
Hamburg	0	86	13	0	42	20	0	0	1	9	111	135	3	367	256
Hessen	0	63	19	4	25	45	0	0	1	7	330	510	13	927	967
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	1	0	9	7	0	0	0	3	135	153	0	191	145
Niedersachsen	1	47	7	0	34	32	0	1	3	11	427	647	16	1.183	1.062
Nordrhein-Westfalen	0	66	29	7	146	201	0	3	3	31	1.189	1.346	65	3.177	3.990
Rheinland-Pfalz	0	6	3	0	31	38	0	1	4	6	225	437	10	524	556
Saarland	0	0	1	0	6	4	0	0	1	1	38	75	1	73	85
Sachsen	1	271	4	0	13	22	0	0	1	6	239	528	11	1.430	1.469
Sachsen-Anhalt	0	71	7	0	11	4	0	0	2	2	170	329	9	294	417
Schleswig-Holstein	0	39	40	0	29	19	0	2	2	1	119	147	13	336	340
Thüringen	0	165	0	0	8	10	0	2	3	7	335	492	8	361	293
<b>Deutschland</b>	<b>2</b>	<b>2.437</b>	<b>251</b>	<b>15</b>	<b>551</b>	<b>599</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>173</b>	<b>6.270</b>	<b>8.864</b>	<b>233</b>	<b>15.932</b>	<b>17.479</b>

<sup>+</sup> Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.

<sup>++</sup> Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422).

**Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland**

38. Woche 2015 (Datenstand: 7. Oktober 2015)

Krankheit	2015	2015	2014	2014
	38. Woche	1.–38. Woche	1.–38. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	17	385	1.016	1.167
Brucellose	0	31	31	47
Chikungunya-Fieber	1	87	94	162
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	41	71	90
Dengue-Fieber	11	485	474	626
FSME	2	177	217	265
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	56	65	85
Hantavirus-Erkrankung	11	698	353	571
Hepatitis D	0	13	13	17
Hepatitis E	37	904	472	671
Influenza	2	77.067	6.969	7.508
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	9	400	336	461
Legionellose	34	620	580	859
Leptospirose	1	53	112	160
Listeriose	14	503	427	608
Ornithose	0	6	8	9
Paratyphus	0	24	21	26
Q-Fieber	4	272	201	262
Trichinellose	0	8	1	1
Tularämie	0	18	10	21
Typhus abdominalis	2	43	35	58

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

**Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung****Läuserückfallfieber**

1. Bayern, 16 Jahre, männlich (35. Meldewoche 2015)
2. Niedersachsen, 20 Jahre, männlich (9. und 10. Läuserückfallfieber-Fall 2015)

**Diphtherie**Niedersachsen, 49 Jahre, weiblich (*C. ulcerans*, Hautdiphtherie) (10. Diphtherie-Fall 2015)**Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 40. Kalenderwoche (KW) 2015**

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 40. KW 2015 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex liegen in allen AGI-Regionen im Bereich der Hintergrund-Aktivität.

**Internationale Situation****► Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**Von der 36.–39. KW wurde aus allen Ländern eine niedrige Influenza-Aktivität an TESSy berichtet (<http://www.flunewseurope.org/>).**► Ergebnisse der globalen Influenzasurveillance (WHO-Update Nr. 247 vom 5.10.2015)**Die Ergebnisse im Update der WHO beruhen auf Daten bis zum 20.9.2015. Aus den Ländern der gemäßigten Zone der nördlichen Hemisphäre wurde über eine niedrige, für diese Jahreszeit übliche Influenza-Aktivität berichtet. Aus den USA wurde über eine steigende RSV-Aktivität berichtet ([http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/)).**Humane Erkrankungen mit aviären Influenza-A-Viren**

Die WHO hat zwischen 2003 und dem 4.9.2015 über insgesamt 844 laborbestätigte, humane Fälle von A(H5N1)-Virusinfektion aus 16 Ländern berichtet. Von diesen Fällen sind 449 (53%) verstorben. Damit wurden seit dem letzten Update vom 17.7.2015 keine neuen Fälle an die WHO gemeldet. Außerdem wurden bis zum 4.9.2015 677 laborbestätigte, humane Fälle mit aviärer Influenza-Infektion A(H7N9), darunter 275 (41%) Todesfälle, von der WHO bestätigt. Auch hier sind keine neuen Fälle seit dem Update vom 17.7.2015 an die WHO berichtet worden. Für beide aviären Influenzavirussubtypen gibt es keinen Anhalt für eine fortgesetzte Mensch-zu-Mensch-Übertragung in der Bevölkerung. Ein relevantes Infektionsrisiko besteht bei engem Kontakt zu infiziertem Geflügel. **Informationen (in englischer Sprache) unter:** [http://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/HAI\\_Risk\\_Assessment/en/](http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/). **Generelle Informationen zu aviärer Influenza auf den Internetseiten des RKI unter:** <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/AviaerInfluenza/AviaerInfluenza.html>.

**Video zur Influenza auf dem WHO-YouTube-Kanal**Das WHO Global Influenza Programme hat ein 14-minütiges Video in englischer Sprache mit Fakten zur Influenza veröffentlicht (<https://www.youtube.com/watch?v=yhhJfT86Bgg>).**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
 Nordufer 20, 13353 Berlin  
 Tel.: 030.18754-0  
 E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Redaktion**

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)

Tel.: 030.18754-2324  
 E-Mail: SeedatJ@rki.de

► Dr. med. Markus Kirchner, Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)

E-Mail: KirchnerM@rki.de

► Redaktionsassistent: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

**Vertrieb und Abonentenservice**

E.M.D. GmbH

European Magazine Distribution

Birkenstraße 67, 10559 Berlin

Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825

E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemeiner interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Kostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

**Druck**

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

**Nachdruck**

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273

stoffen, wie z. B. gegen Influenza, Diphtherie, Tetanus oder Polio, auftreten. Ein Lieferengpass ist jedoch nicht immer gleichbedeutend mit einem Versorgungsengpass. In der Regel stehen bei Lieferengpässen einzelner Arzneimittel ein oder mehrere Alternativpräparate zur Verfügung. Beispielsweise können Mehrfachimpfstoffe durch die Kombination mehrerer Einzel- oder Mehrfachimpfstoffe ersetzt werden. Zudem gibt es bei planbaren Impfungen die Möglichkeit, das Zeitfenster für eine Nachimpfung bis zur erneuten Lieferfähigkeit auszunutzen. Sind keine Alternativimpfstoffe anderer Zulassungsinhaber lieferbar, so werden vom RKI Handlungsempfehlungen für Ärzte erarbeitet und veröffentlicht.

Die Ursachen für Lieferengpässe sind vielfältig, liegen z.T. außerhalb des Verantwortungsbereichs des pharmazeutischen Unternehmens und sind in der Regel nicht langfristig vorhersehbar, wie z. B. eine unerwartet starke Zunahme der Nachfrage. In Deutschland ist auch die Impfstoffherstellung privatwirtschaftlich organisiert. Daher liegt es grundsätzlich allein in der Verantwortung des pharmazeutischen Unternehmens, welche Impfstoffe er in welcher Menge in Deutschland in den Verkehr bringt.

Die Impfstoffe werden im Rahmen der kurativen Versorgung entweder von in den Aufnahmeeinrichtungen tätigen Ärzten geordert oder von den niedergelassenen Ärzten. Die Staatsregierung hat keinen unmittelbaren Einfluss darauf, dass seitens der Hersteller ausreichend Impfstoffe produziert werden. Die Staatsregierung steht jedoch in ständigem Kontakt mit den zuständigen Stellen auf Bundesebene, die im Fall von Versorgungsengpässen Empfehlungen zu Impfstoffalternativen, für die Kombination von Impfungen oder für ein geändertes Impfschema aussprechen.

Im Rahmen des „Bayerischen Pharmagipfels“ am 11.11.2015 wurden im Dialog zwischen dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) und den in Bayern ansässigen Unternehmen der pharmazeutischen Industrie Vorschläge erarbeitet, wie Liefer- und Versorgungsengpässen künftig begegnet werden kann.

Ziel der Staatsregierung ist es, eine nachhaltige Arzneimittelversorgung zu sichern. Zugleich soll der Standort Bayern für die Forschung und Produktion von Arzneimitteln gestärkt werden.

### **3. a) Welche größeren Ausbrüche gab es in den letzten 6 Monaten bei welchen impfpräventablen Erkrankungen in Asylbewerberinstitutionen?**

In Asylbewerberinstitutionen bzw. bei Asylbewerberinnen und -bewerbern können wie in der deutschen Bevölkerung auch meldepflichtige Infektionskrankheiten auftreten. Der Nachweis positiver Befunde spiegelt die Häufigkeit der jeweiligen Krankheit in den Herkunftsländern wider. Dementsprechend kamen Infektionen, wie z. B. Windpocken, Masern, Tuberkulose und Hepatitis, bei Flüchtlingen vereinzelt vor.

Aktuell sind in Mittelfranken mehrere kleine Häufungen von Windpocken-Erkrankungen, darunter eine Häufung mit erstmals mehr als 10 Erkrankungsfällen, aufgetreten. In der Erstaufnahmeeinrichtung Herzogenaurach kam es am 05.12.2015 zu einem Ausbruch mit insgesamt 30 erkrankten Personen mit Verdacht auf Influenza.

Es wurden unverzüglich infektionsepidemiologische Interventionsmaßnahmen durchgeführt, wie z. B. Isolierung der Erkrankten, ggf. Zuverlegungsstopps in die betroffenen Unterkünfte und Riegelungsimpfungen bei potenziellen Kontaktpersonen.

### **b) Wie bewertet die Staatsregierung die Gefahr von größeren Ausbrüchen von Infektionskrankheiten in Asylbewerberinstitutionen?**

Aus infektionsepidemiologischer Sicht sind Ausbrüche prinzipiell möglich, insbesondere weil in Erstaufnahmeeinrichtungen wie auch in kommunalen Gemeinschaftsunterkünften Asylsuchende meist auf sehr engem Raum zusammenleben. Die bisherigen infektionsepidemiologischen Erkenntnisse sowie Erfahrungen aus der Praxis in Bayern zeigen, dass insgesamt ein nur geringes Infektionsrisiko besteht und es bislang zu keinen größeren Ausbrüchen gekommen ist (s. auch unter 3 a. Ursache hierfür kann u.a. der ausreichende individuelle Immunschutz von Asylsuchenden sein wie auch die Durchführung eines effizienten Infektionsschutz-Managements: Asylbewerber in Bayern werden in Erstaufnahmeeinrichtungen im Rahmen der Kurzscreening-Untersuchung sowie nach § 62 des Asylgesetzes (AsylG) innerhalb von drei Tagen nach Registrierung auf übertragbare Krankheiten durch das Gesundheitsamt untersucht. Sollten Tatsachen festgestellt werden, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, so trifft die zuständige Behörde/Gesundheitsamt nach Infektionsschutzgesetz die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit hierdurch drohenden Gefahren. Bislang haben sich auch bei der deutschen Bevölkerung keine signifikanten Veränderungen in der Epidemiologie übertragbarer Krankheiten gezeigt.

### **4. a) Wann werden Asylbewerber in der Regel frühestens geimpft?**

Impfungen sind in Bayern grundsätzlich Bestandteil der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Asylsuchende können sich z. B. in den Ärztezentren der Erstaufnahmeeinrichtungen oder beim niedergelassenen Arzt zeitnah impfen lassen. Die Sicherstellung und Finanzierung erfolgt durch den Freistaat. Zuständig für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung und Unterbringung ist das StMAS. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) untersucht jeden Asylbewerber nach Registrierung in einer Erstaufnahmeeinrichtung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung gemäß § 62 AsylG, und bietet – im Rahmen seiner personellen Ressourcen – subsidiäre Impfungen an bzw. führt Impfungen als Infektionsschutzmaßnahme im Ausbruchsfall (Riegelungsimpfung) durch.

### **b) Wie bewertet die Staatsregierung den Zeitpunkt im Hinblick auf die Vermeidung von Ansteckungen?**

Zur Vermeidung von Ansteckungen ist der Aufbau eines schnellstmöglichen Immunschutzes anzustreben. Das StMGP unterstützt daher das „Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland“ des RKI (siehe Anlage 2\*).

### **5. a) Wie viele Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes stehen den einzelnen Regierungsbezirken für die Gesundheitsuntersuchungen und Impfungen von Asylbewerbern zur Verfügung?**

Die Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 62 AsylG und die subsidiäre Durchführung von Impfungen im Rahmen der Möglichkeiten sind Dienstaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Grundsätzlich stehen somit alle Ärztinnen und Ärzte an den Gesundheitsämtern für Untersuchungen und ggf. Impfungen zur Verfügung. Da

jedoch einerseits die konkrete personelle Zuteilung der Aufgaben den Kreisverwaltungsbehörden obliegt und andererseits der Arbeitsanfall in den einzelnen Aufgabenbereichen temporären Schwankungen unterliegt, ist eine konkrete Zuordnung auf bestimmte Personen, die ausschließlich für Untersuchungen und Impfungen von Asylbewerbern zuständig sind, nicht möglich. Vor diesem Hintergrund wird in der nachfolgenden Tabelle die Anzahl aller Ärztinnen und Ärzte der staatlichen Gesundheitsämter in Bayern, bezogen auf die einzelnen Regierungsbezirke, wiedergegeben.

Hinweise:

- Der nachfolgenden Aufstellung liegt der Stichtag 01.11.2015 zugrunde.
- Es werden nur die Ärztinnen und Ärzte an den 71 staatlichen Gesundheitsämtern aufgeführt.
- Ärztinnen und Ärzte, die wegen Mutterschutz, Elternzeit oder Altersteilzeit keinen Dienst leisten, sind in der Aufstellung nicht berücksichtigt.

Regierungsbezirk	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte
Oberbayern	72
Niederbayern	27
Oberpfalz	30
Oberfranken	30
Mittelfranken	29
Unterfranken	35
Schwaben	33
<b>Gesamt</b>	<b>256</b>

**b) Wie viele weitere Ärzte sind vom ÖGD beauftragt zuständig?**

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hat Ende November 2015 eine Umfrage unter den Gesundheitsämtern in Bayern zum Thema „Impfungen von Asylsuchenden“ durchgeführt. Die Auswertung hat ergeben, dass derzeit insgesamt 376 Ärzte zusätzlich vom ÖGD im Zusammenhang mit der Asylthematik beauftragt sind. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass in vielen Fällen der Einsatz nur stundenweise und auf Abruf erfolgt (Stand: 01.12.2015).



# Epidemiologisches Bulletin

24. August 2015 / Nr. 34

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2015

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-001

Die Impfeempfehlungen der STIKO wurden auf der 79. bis 81. Sitzung der STIKO verabschiedet und gelten ab dem 24. August 2015. Die folgenden Ausführungen ersetzen die im Epidemiologischen Bulletin des RKI (Epid. Bull.) 34/2014 veröffentlichten Impfeempfehlungen der STIKO/Stand: August 2014. Begründungen zu den veränderten STIKO-Empfehlungen werden in Kürze im Epid. Bull. 35/2015, 36/2015 und 37/2015 sowie auf den Internetseiten des RKI ([www.stiko.de](http://www.stiko.de)) verfügbar sein. Inhaltliche Änderungen gegenüber 2014 sind am Rand gekennzeichnet.

### Vorbemerkungen

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven medizinischen Maßnahmen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen (UAW) werden nur in sehr seltenen Fällen beobachtet. Unmittelbares Ziel einer Impfung ist es, den Geimpften vor einer bestimmten Krankheit zu schützen. Bei einer bevölkerungsweltweit hohen Akzeptanz und einer konsequenten, von allen Akteuren getragenen Impfpolitik können hohe Impfquoten erreicht werden. Dadurch ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern, der Röteln und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder auf der Grundlage der STIKO-Empfehlungen entsprechend § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) „öffentlich empfohlen“. Die Versorgung bei Impfschäden durch „öffentlich empfohlene“ Impfungen wird durch die Bundesländer sichergestellt.

Für einen ausreichenden Impfschutz bei den von ihm betreuten Personen zu sorgen, ist eine wichtige Aufgabe des Arztes. Dies bedeutet, die Grundimmunisierung bei Säuglingen und Kleinkindern frühzeitig zu beginnen, ohne Verzögerungen durchzuführen und zeitgerecht abzuschließen. Nach der Grundimmunisierung ist lebenslang ggf. durch regelmäßige Auffrischimpfungen sicherzustellen, dass der notwendige Impfschutz erhalten bleibt und – wenn indiziert – ein Impfschutz gegen weitere Infektionskrankheiten aufgebaut wird. Jeder Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollte dazu genutzt werden, die Impfdokumentation zu überprüfen und gegebenenfalls den Impfschutz zu vervollständigen.

Ausgabe

34/2015

**Empfehlungen der  
Ständigen Impfkommission  
(STIKO) am RKI**  
Stand: August 2015

### Inhalt

- ▶ Impfkalendar (Standardimpfungen), S. 329
- ▶ Standardimpfungen des Erwachsenenalters, Indikations- und Auffrischimpfungen, S. 331
- ▶ Anmerkungen zu einzelnen Impfungen, S. 337
- ▶ Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen, S. 341
- ▶ Hinweise zu postexpositionellen Impfungen sowie anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, S. 345
- ▶ Empfehlungen zu Nachholimpfungen, S. 352
- ▶ Liste der wissenschaftlichen Begründungen, S. 361

### Wesentliche inhaltliche Änderungen

- ▶ Standardimpfung gegen Pneumokokken für Säuglinge mit einem 2+1-Impfschema (s. Impfkalendar S. 329 und S. 339)
- ▶ Indikationsimpfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (s. Tab. 2, S. 334 und S. 338)
- ▶ Änderung der Empfehlung zur Gelbfieberimpfung (s. Tab. 2, S. 331 und S. 337)
- ▶ Überarbeitung der Empfehlung zur passiven Immunisierung mit Varizella-Zoster-Immunglobulin (s. Tab. 3, S. 347)



Die **Impfleistung des Arztes** umfasst neben der Impfung:

- ▶ Informationen über den Nutzen der Impfung und die zu verhütende Krankheit,
- ▶ Hinweise auf mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Komplikationen,
- ▶ Erheben der Anamnese und der Impfanamnese einschließlich der Befragung über das Vorliegen möglicher Kontraindikationen,
- ▶ Feststellen der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen,
- ▶ Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung,
- ▶ Aufklärung über Beginn und Dauer der Schutzwirkung,
- ▶ Hinweise zu Auffrischimpfungen,
- ▶ Dokumentation der Impfung im Impfausweis bzw. Ausstellen einer Impfbescheinigung.

## Impfkalender

Der Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Tab. 1) umfasst Impfungen zum Schutz vor Tetanus (T), Diphtherie (D/d), Pertussis (aP/ap), *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib), Poliomyelitis (IPV), Hepatitis B (HB), Pneumokokken, Rotaviren (RV), Meningokokken C, Masern, Mumps, Röteln (MMR), Varizellen (V) sowie gegen humane Papillomviren (HPV) und Influenza.

Das empfohlene Impfalter wird in Wochen, Monaten und Jahren angegeben. Beispiel: Impfung im Alter von 5–6 Jahren: d. h. vom 5. Geburtstag bis zum Tag vor dem 7. Geburtstag. Die Impfungen sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen. Soweit Kombinationsimpfstoffe verfügbar sind und keine Empfehlungen der STIKO dem entgegenstehen, sollten Kombinationsimpfstoffe verwendet werden, um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten. Die Überprüfung und ggf. Vervollständigung des Impfstatus ist in jedem Lebensalter sinnvoll. Fehlende Impfungen sollten sofort, entsprechend den Empfehlungen für das jeweilige Lebensalter, nachgeholt werden.

Zu den zeitlichen Mindestabständen zwischen zwei Impfungen sowie zur Möglichkeit der Koadministration von Impfstoffen sind die Fachinformationen des jeweiligen Impfstoffes zu beachten. Für einen lang dauernden Impfschutz ist es von besonderer Bedeutung, dass bei der Grundimmunisierung der empfohlene Mindestabstand zwischen vorletzter und letzter Impfung nicht unterschritten wird.

Die angegebenen Impftermine berücksichtigen die für den Aufbau eines Impfschutzes notwendigen Mindestabstände zwischen den Impfungen.

Für die Impfprophylaxe genutzt werden sollen die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kinder

(U1 bis U9 sowie evtl. U10 und U11), die Schuleingangsuntersuchung, Schuluntersuchungen, die Jugendgesundheitsuntersuchungen (J1 und evtl. J2) sowie die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz und die Vorsorgeuntersuchungen im Erwachsenenalter. Die im Impfkalender empfohlenen Standardimpfungen sollten auch alle Personen mit chronischen Krankheiten erhalten, sofern keine spezifischen Kontraindikationen vorliegen.

Wegen der besonderen Gefährdung in der frühen Kindheit ist es notwendig, empfohlene Impfungen für Säuglinge **möglichst frühzeitig** durchzuführen und spätestens bis zum Alter von 14 Monaten (bzw. 23 Monaten bei MMR, Varizellen) die Grundimmunisierungen zu vollenden. Erfahrungen zeigen, dass Impfungen, die später als empfohlen begonnen wurden, häufig nicht zeitgerecht fortgesetzt werden. Bis zur Feststellung und Schließung von Impfücken, z. B. bei der Schuleingangsuntersuchung, verfügen unzureichend geimpfte Kinder nur über einen mangelhaften Impfschutz. Vor dem Eintritt in eine Gemeinschaftseinrichtung, spätestens aber vor dem Schuleintritt, ist für einen altersentsprechenden vollständigen Impfschutz Sorge zu tragen.

Spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (d. h. bis zum Tag vor dem 18. Geburtstag) sind versäumte Impfungen nachzuholen. Es ist zu beachten, dass bestimmte Impfungen ein begrenztes Zeitfenster haben. Die RV-Impfung muss bis zum Alter von 24 bzw. 32 Lebenswochen abgeschlossen sein. Die Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) wird nur bis zum 5. Geburtstag und die Impfung gegen Pneumokokken nur bis zum 2. Geburtstag nachgeholt.

Tabelle 1: Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Impfung	Alter in Wochen				Alter in Monaten				Alter in Jahren			
	6	2	3	4	11-14	15-23	2-4	5-6	9-14	15-17	ab 18	ab 60
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) <sup>e</sup>	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) <sup>e</sup>	
Pertussis		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) <sup>e</sup>	
Hib <i>H. influenzae</i> Typ b		G1	G2 <sup>c</sup>	G3	G4	N	N					
Poliomyelitis		G1	G2 <sup>c</sup>	G3	G4	N	N	N	A1		ggf. N	
Hepatitis B		G1	G2 <sup>c</sup>	G3	G4	N	N					
Pneumokokken <sup>a</sup>		G1		G2	G3	N						S <sup>g</sup>
Rotaviren	G1 <sup>b</sup>	G2		(G3)								
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)		N					
Masern					G1	G2	N				S <sup>f</sup>	
Mumps, Röteln					G1	G2	N					
Varizellen					G1	G2	N					
Influenza												S (jährlich)
HPV Humane Papillomviren									G1 <sup>d</sup>	G2 <sup>d</sup>	N <sup>d</sup>	

Erläuterungen

- G Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1-G4)
- A Auffrischung
- S Standardimpfung
- N Nachholimpfung (Grundimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)
- a Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Dosen
- b Die 1. Impfung sollte bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich.
- c Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffes kann diese Dosis entfallen.
- d Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9-13 bzw. 9-14 Jahren (je nach verwendetem Impfstoff) mit 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten, bei Nachholimpfung im Alter > 13 bzw. > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 6 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten).
- e Td-Auffrischung alle 10 Jahre. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.
- f Einmalige Impfung für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, mit einem MMR-Impfstoff
- g Einmalige Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff

## Standardimpfungen des Erwachsenenalters, Indikations- und Auffrischimpfungen sowie Impfungen aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos oder aufgrund einer Reise

Zur Erfüllung des Impfplanes für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (siehe Tab. 1, S. 329) sollte der Impfstatus regelmäßig überprüft und ggf. ergänzt werden; dafür sollte jede Arztkonsultation genutzt werden.

Neben den Standardimpfungen (S), können auch Indikationsimpfungen (I) bei besonderer epidemiologischer Situation oder Gefährdung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene indiziert sein. Bei den Impfungen der Kategorien B (Impfungen aufgrund eines beruflichen Risikos) und R (Reiseimpfungen) handelt es sich um Sonderfälle einer Indikationsimpfung, weshalb diese hier auch aufgeführt werden. Reiseimpfungen können aufgrund der internationalen Gesundheitsvorschriften (Gelbfieber-Impfung) erforderlich sein oder werden zum individuellen Schutz empfohlen.

Die Empfehlung über Art und zeitliche Reihenfolge der Impfungen obliegt dem Arzt und ist im Einzelfall unter Abwägung der Indikation und gegebenenfalls bestehender Kontraindikationen zu treffen.

Neben den von der STIKO empfohlenen Impfungen sind auf der Basis der existierenden Impfstoff-Zulassungen weitere „Impfindikationen“ möglich, auf die nachfolgend nicht eingegangen wird, die aber für den Einzelnen, seiner individuellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend, sinnvoll sein können. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patienten auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern hindert auch eine fehlende STIKO-Empfehlung den Arzt nicht an einer begründeten Impfung.

Wenn die individuell gestellte Impfindikation jedoch nicht Bestandteil einer für Deutschland gültigen Zulassung und der Fachinformation des entsprechenden Impfstoffes ist, erfolgt die Anwendung außerhalb der zugelassenen Indikation. Das hat im Schadensfall Folgen für Haftung und Entschädigung und bedingt besondere Dokumentations- und Aufklärungspflichten des impfenden Arztes. Versorgungsansprüche wegen eines Impfschadens gemäß § 60 IfSG werden nur bei den von den Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Impfungen gewährt.

Die in Tabelle 2 genannten Impfungen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer epidemiologischen Bedeutung als auch hinsichtlich ihrer Kostenübernahme (s. Hinweise zur Kostenübernahme von Schutzimpfungen, S. 343); sie werden in folgende Kategorien eingeteilt:

- S Standardimpfungen** mit allgemeiner Anwendung (siehe auch Impfkalender, Tab. 1, S. 329)
- A Auffrischimpfungen**
- I Indikationsimpfungen** für Risikogruppen bei individuell (nicht beruflich) erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie zum Schutz Dritter
  - B** Impfungen auf Grund eines erhöhten **beruflichen** Risikos, z. B. nach Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz/Biostoffverordnung/Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) und/oder zum Schutz Dritter im Rahmen der beruflichen Tätigkeit
  - R** Impfungen auf Grund von **Reisen**

Tabelle 2: Standardimpfungen des Erwachsenenalters, Indikations- und Auffrischimpfungen

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformation beachten)
<b>Cholera</b>	<b>R</b>	Aufenthalte in Infektionsgebieten, speziell unter mangelhaften Hygienebedingungen bei aktuellen Ausbrüchen, z. B. in Flüchtlingslagern oder bei Naturkatastrophen	Nach Angaben in den Fachinformationen des Herstellers
<b>Diphtherie</b>	<b>S/A</b>	Alle Personen bei fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung oder wenn die letzte Impfung der Grundimmunisierung oder die letzte Auffrischimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt	Erwachsene sollen die nächste fällige Diphtherie-Impfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erhalten, bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung. Bei bestehender Diphtherie-Impfindikation und ausreichendem Tetanus- und Pertussis-Impfschutz sollte monovalent gegen Diphtherie geimpft werden. Ungeimpfte oder Personen mit fehlendem Impfnachweis sollten 2 Impfungen im Abstand von 4–8 Wochen und eine 3. Impfung 6–12 Monate nach der 2. Impfung erhalten. Eine Reise in ein Infektionsgebiet sollte frühestens nach der 2. Impfung angetreten werden.
<b>FSME</b> (Frühsommermeningoenzephalitis)	<b>I</b>	Personen, die in FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind oder	Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen mit einem für Erwachsene bzw. Kinder zugelassenen Impfstoff nach Angaben in den Fachinformationen  Entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden; Hinweise zu FSME-Risikogebieten – veröffentlicht im <i>Epid. Bull.</i> 21/2015 – sind zu beachten.
	<b>B</b>	Personen, die durch FSME beruflich gefährdet sind (exponiertes Laborpersonal sowie in Risikogebieten, z. B. Forstarbeiter und Exponierte in der Landwirtschaft)  Saisonalität beachten: April–November  <b>Risikogebiete in Deutschland</b> sind zur Zeit insbesondere: ► <b>Baden-Württemberg</b> ► <b>Bayern</b> (außer dem größten Teil Schwabens und dem westlichen Teil Oberbayerns) ► <b>Hessen:</b> Landkreis (LK) Odenwald, LK Bergstraße, LK Darmstadt-Dieburg, Stadtkreis (SK) Darmstadt, LK Groß-Gerau, LK Offenbach, SK Offenbach, LK Main-Kinzig-Kreis, LK Marburg-Biedenkopf ► <b>Rheinland-Pfalz:</b> LK Birkenfeld ► <b>Saarland:</b> LK Saar-Pfalz-Kreis ► <b>Sachsen:</b> LK Vogtlandkreis ► <b>Thüringen:</b> SK Jena, SK Gera, LK Saale-Holzland-Kreis, LK Saale-Orla-Kreis, LK Saalfeld-Rudolstadt, LK Hildburghausen, LK Sonneberg, <b>LK Greiz</b>	
	<b>R</b>	Zeckenexposition in FSME-Risikogebieten außerhalb Deutschlands	
<b>Gelbfieber</b>	<b>R</b>	► Vor Aufenthalt in bekannten Gelbfieber-Endemiegebieten im tropischen Afrika und in Südamerika; (Hinweise der WHO zu Gelbfieber-Infektionsgebieten beachten)  oder ► entsprechend den Anforderungen eines Gelbfieber-Impfnachweises der Ziel- oder Transitländer*	Einmalige Impfung in einer von den Gesundheitsbehörden zugelassenen Gelbfieber-Impfstelle.  * Da die Umsetzung der aktuellen Änderungen in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), wonach nach 1-maliger Gelbfieber-Impfung ein lebenslanger Schutz besteht und keine Auffrischimpfung im 10-jährigen Abstand mehr notwendig ist, bis Juli 2016 dauern kann, sollten bis dahin Hinweise zu Einreisebestimmungen (z. B. WHO: <a href="http://www.who.int/entity/ith/2015-ith-county-list.pdf?ua=1/">http://www.who.int/entity/ith/2015-ith-county-list.pdf?ua=1/</a> ; <a href="http://www.who.int/entity/ith/2015-ith-annex1.pdf?ua=1/">http://www.who.int/entity/ith/2015-ith-annex1.pdf?ua=1/</a> ) berücksichtigt werden (Die angegebenen Links enthalten eine aktuelle Übersicht über Länder, in welchen die Gelbfieber-Auffrischimpfung noch gefordert wird bzw. nicht mehr gefordert wird).
	<b>B</b>	► bei Tätigkeiten mit Kontakt zu Gelbfieber-Virus (z. B. in Forschungseinrichtungen oder Laboratorien)	Einmalige Impfung in einer von den Gesundheitsbehörden zugelassenen Gelbfieber-Impfstelle

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
<b>Haemophilus influenzae Typ b (Hib)</b>	I	Personen mit anatomischer oder funktioneller Asplenie	Einmalige Impfung. Ob Wiederholungsimpfungen sinnvoll sind, kann aufgrund unzureichender Datenlage derzeit nicht beurteilt werden.
<b>Hepatitis A (HA)</b>	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung</li> <li>▶ Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen, z. B. Hämophile, oder mit Krankheiten der Leber/mit Leberbeteiligung</li> <li>▶ Bewohner von psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Menschen mit Verhaltensstörung oder Zerebralschädigung</li> </ul>	Grundimmunisierung und Auffrischimpfung nach Angaben in den Fachinformationen  Die serologische Vortestung auf Anti-HAV ist nur bei den Personen sinnvoll, die länger in Endemiegebieten gelebt haben <b>oder</b> in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind <b>oder</b> vor 1950 geboren wurden.
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gesundheitsdienst (inkl. Küche, Labor, technischer und Reinigungs- bzw. Rettungsdienst, psychiatrische und Fürsorgeeinrichtungen, Behindertenwerkstätten, Asylbewerberheime): Durch Kontakt mit möglicherweise infektiösem Stuhl Gefährdete inkl. Auszubildende und Studenten</li> <li>▶ Kanalisations- und Klärwerksarbeiter mit Abwasserkontakt</li> <li>▶ Tätigkeit (inkl. Küche und Reinigung) in Kindertagesstätten, Kinderheimen u. ä.</li> </ul>	
	R	Reisende in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz	
<b>Hepatitis B (HB)</b>	I	1. Personen, bei denen wegen einer vorbestehenden oder zu erwartenden Immundefizienz bzw. -suppression oder wegen einer vorbestehenden Erkrankung ein schwerer Verlauf einer Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z. B. HIV-Positive, Hepatitis-C-Positive, Dialysepatienten <sup>a</sup>  2. Personen mit einem erhöhten nichtberuflichen Expositionsrisiko, z. B. Kontakt zu HBsAg-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft, Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko, i. v. Drogenkonsumenten, Gefängnisinsassen, ggf. Patienten psychiatrischer Einrichtungen <sup>a</sup>	<b>Für die Indikationsgruppen 1–4 gilt:</b> Eine routinemäßige serologische Testung zum Ausschluss einer vorbestehenden HBV-Infektion vor Impfung gegen Hepatitis B ist nicht notwendig. Eine Impfung von bereits HBV-infizierten Personen kann gefahrlos durchgeführt werden, ist allerdings wirkungslos. Eine serologische Testung kann in bestimmten Situationen sinnvoll sein (z. B. aus Kostengründen, zur Vermeidung unnötiger Impfungen, bei hohem anamnestischem Expositionsrisiko wie beispielsweise bei HBsAg-positivem Sexualpartner). <sup>b</sup> Zur Kontrolle des Impferfolgs sollte 4–8 Wochen nach der 3. Impfstoffdosis Anti-HBs bestimmt werden (erfolgreiche Impfung: Anti-HBs ≥ 100 IE/l). <sup>c</sup> Bei „Low-Respondern“ (Anti-HBs 10–99 IE/l) wird eine sofortige weitere Impfstoffdosis mit erneuter Anti-HBs-Kontrolle nach weiteren 4–8 Wochen empfohlen. Falls Anti-HBs immer noch <100 IE/l, bis zu 2 weitere Impfstoffdosen jeweils mit anschließender Anti-HBs-Kontrolle nach 4–8 Wochen. Welches Vorgehen sinnvoll ist, falls nach insgesamt 6 Impfstoffdosen weiterhin Anti-HBs <100 IE/l, wird kontrovers diskutiert; siehe Erläuterungen im <i>Epid. Bull.</i> 36/2013. <sup>3</sup> Bei „Non-Respondern“ (Anti-HBs <10 IE/l) Bestimmung von HBsAg und Anti-HBc zum Ausschluss einer bestehenden chronischen HBV-Infektion. Falls beide Parameter negativ sind, weiteres Vorgehen wie bei „Low-Respondern“ (s. o.). Nach erfolgreicher Impfung, d. h. Anti-HBs ≥ 100 IE/l, sind im Allgemeinen keine weiteren Auffrischimpfungen erforderlich. Ausnahme: Patienten mit humoraler Immundefizienz (jährliche Anti-HBs-Kontrolle, Auffrischimpfung wenn Anti-HBs <100 IE/l), ggf. Personen mit besonders hohem individuellem Expositionsrisiko (Anti-HBs-Kontrolle nach 10 Jahren, Auffrischimpfung wenn Anti-HBs <100 IE/l). Bei im Säuglingsalter gegen Hepatitis B geimpften Personen mit neu aufgetretenem Hepatitis-B-Risiko (Indikationen 1–4) und unbekanntem Anti-HBs sollte eine weitere Impfstoffdosis gegeben werden mit anschließender serologischer Kontrolle (s. o.).
	B	3. Personen mit einem erhöhten beruflichen Expositionsrisiko, z. B. expositionsgefährdetes Personal in medizinischen Einrichtungen (einschließlich Auszubildender, Labor- und Reinigungspersonal), Ersthelfer, Polizisten, Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist (z. B. Gefängnisse, Asylbewerberheime, Behinderteneinrichtungen) <sup>a,b</sup>	
	R	4. Reiseindikation individuelle Gefährdungsbeurteilung erforderlich	

<sup>a</sup> Die angeführten Personengruppen haben exemplarischen Charakter und stellen keine abschließende Indikationsliste dar. In jedem Fall ist eine individuelle Risikobeurteilung erforderlich (siehe *Epid. Bull.* 36/2013)<sup>3</sup>.  
<sup>b</sup> Im Bereich der Arbeitsmedizin sind die Empfehlungen der ArbMedVV zu beachten.  
<sup>c</sup> Bei zur Gruppe 4 (Reiseindikation) gehörigen Personen ist individuell abzuwägen, ob angesichts des konkreten Expositionsrisikos und des individuellen Risikos eines Impfersagens eine Impferfolgskontrolle erforderlich erscheint.

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
Humane Papillomviren (HPV)			s. S. 338
Influenza	S	Personen $\geq$ 60 Jahre	Jährliche Impfung im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.
	I	Alle Schwangeren ab 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon	Impfung mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination
		Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, wie z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)</li> <li>▶ chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten</li> <li>▶ Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen</li> <li>▶ chronische neurologische Krankheiten, z. B. Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben</li> <li>▶ Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion bzw. Immunsuppression</li> <li>▶ HIV-Infektion</li> </ul> Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen	Jährliche Impfung im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.  Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis einschließlich 17 Jahren können mit inaktiviertem Impfstoff oder mit einem attenuierten Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) geimpft werden, sofern keine Kontraindikation besteht (s. Fachinformation). Bei Kindern im Alter von 2 bis einschließlich 6 Jahren sollte LAIV bevorzugt angewendet werden.
	B/I	Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können.	Jährliche Impfung im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.
		Personen mit erhöhter Gefährdung durch direkten Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln	Eine Impfung mit dem aktuellen saisonalen humanen Influenza-Impfstoff bietet keinen direkten Schutz vor Infektionen durch den Erreger der aviären Influenza, sie kann jedoch Doppelinfektionen mit den aktuell zirkulierenden Influenzaviren verhindern (s. a. TRBA 608 des ABAS unter <a href="http://www.baua.de">www.baua.de</a> > Themen von A–Z > Biologische Arbeitsstoffe > Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA)).
	R/I	Für Reisende ab 60 Jahren und die unter I (Indikationsimpfung) genannten Personengruppen, die nicht über einen aktuellen Impfschutz verfügen, ist die Impfung generell empfehlenswert, für andere Reisende ist eine Influenza-Impfung nach Risikoabwägung entsprechend Exposition und Impfstoffverfügbarkeit sinnvoll.	Impfung mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination
I	Wenn eine intensive Epidemie aufgrund von Erfahrungen in anderen Ländern droht oder nach deutlicher Antigendrift bzw. einer Antigenshift zu erwarten ist und der Impfstoff die neue Variante enthält	Entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden	

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
Masern	S	Nach 1970 geborene Personen $\geq 18$ Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit	Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff
	I	Bei bevorstehender Aufnahme bzw. bei Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita): ▶ Säuglinge ab dem Alter von 9 Monaten	Zweimalige Impfung mit einem MMR/V <sup>*</sup> -Impfstoff Sofern die Erstimpfung im Alter von 9–10 Monaten erfolgt, soll die 2. MMR/V-Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres gegeben werden.
	I	Im Rahmen eines Ausbruchs: ▶ Nach 1970 Geborene ab dem Alter von 9 Monaten mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit  ▶ ausnahmsweise 6–8 Monate alte Säuglinge nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung ( <i>Off-label-use</i> )	Einmalige MMR(V) <sup>**</sup> -Impfung Ggf. Vervollständigung entsprechend den für die Altersgruppe geltenden Empfehlungen. Sofern die Erstimpfung im Alter von 9–10 Monaten erfolgt, soll die 2. MMR/V <sup>*</sup> -Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres gegeben werden.  Bei Erstimpfung im Alter von 6–8 Monaten sollen eine 2. und 3. MMR/V <sup>*</sup> -Impfung im Alter von 11–14 und 15–23 Monaten erfolgen  <small>* MMR/V = MMRV oder MMR in Ko-Administration mit VZV-Impfstoff ** MMR(V) = MMR mit oder ohne Ko-Administration von VZV-Impfung</small>
	B	Im Gesundheitsdienst oder bei der Betreuung von immundefizienten bzw. -supprimierten Personen oder in Gemeinschaftseinrichtungen Tätige: nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit	Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff
Meningokokken-Infektionen	I	Gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. -suppression mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, insbesondere ▶ Komplement-/Properdindefekte, ▶ Eculizumab-Therapie (monoklonaler Antikörper gegen die terminale Komplementkomponente C5) ▶ Hypogammaglobulinämie, ▶ funktioneller oder anatomischer Asplenie	Impfung gegen die Serogruppen A, C, W, Y <b>und/oder B</b> , sofern die verfügbaren Impfstoffe für die Altersgruppe zugelassen Nähere Erläuterungen zur Anwendung s. S. 338
	I	Bei Ausbrüchen oder regionalen Häufungen auf Empfehlung der Gesundheitsbehörden (s. S. 348)	Entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden
	B	Gefährdetes Laborpersonal (bei Arbeiten mit dem Risiko eines <i>N.-meningitidis</i> -haltigen Aerosols).	Impfung mit 4-valentem ACWY-Konjugatimpfstoff <b>und einem Men-B-Impfstoff</b>
	R	Reisende in Länder mit epidemischem/hyperendemischem Vorkommen, besonders bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung (z. B. Entwicklungshelfer, Katastrophenhelfer, medizinisches Personal, bei Langzeitaufenthalt); dies gilt auch für Aufenthalte in Regionen mit Krankheitsausbrüchen und Impfempfehlung für die einheimische Bevölkerung (WHO- und Länderhinweise beachten).	Impfung mit 4-valentem ACWY-Konjugatimpfstoff, sofern für die Altersgruppe zugelassen; (s. S. 339)
	R	Vor Pilgerreise nach Mekka (Hadj, <b>Umräh</b> )	Impfung mit 4-valentem ACWY-Konjugatimpfstoff, sofern für die Altersgruppe zugelassen; (s. S. 339) (Einreisebestimmungen beachten)
	R	Schüler/Studenten vor Langzeitaufenthalten in Ländern mit empfohlener allgemeiner Impfung für Jugendliche oder selektiver Impfung für Schüler/Studenten	Entsprechend den Empfehlungen der Zielländer
Mumps	B	Nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, die in Gesundheitsdienstberufen in der unmittelbaren Patientenversorgung, in Gemeinschaftseinrichtungen oder Ausbildungseinrichtungen für junge Erwachsene tätig sind. <sup>18</sup>	Einmalige Impfung mit MMR-Impfstoff

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
Pertussis	S/A	Erwachsene sollen die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erhalten.	Tdap-Kombinationsimpfstoff, bei entsprechender Indikation Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff (zu verfügbaren Impfstoffen s. auch Tab. 8, S. 359)
	I	Sofern in den letzten 10 Jahren keine Pertussis-Impfung stattgefunden hat, sollen 1 Dosis Pertussis-Impfstoff erhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Frauen im gebärfähigen Alter,</li> <li>▶ enge Haushaltskontaktpersonen (Eltern, Geschwister) und Betreuer (z. B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern) eines Neugeborenen spätestens 4 Wochen vor Geburt des Kindes.</li> </ul> Erfolgte die Impfung nicht vor der Konzeption, sollte die Mutter bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt des Kindes geimpft werden.	
	B	Sofern in den letzten 10 Jahren keine Pertussis-Impfung stattgefunden hat, sollte Personal im Gesundheitsdienst sowie in Gemeinschaftseinrichtungen 1 Dosis Pertussis-Impfstoff erhalten.	
Pneumokokken-Krankheiten	S	Personen $\geq$ 60 Jahre	Einmalige Impfung mit einem Polysaccharid-Impfstoff
	I	<p>Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit:</p> <p>1. Angeborene oder erworbene Immundefekte bzw. Immunsuppression, wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ T-Zell-Defizienz bzw. gestörte T-Zell-Funktion</li> <li>▶ B-Zell- oder Antikörperdefizienz (z. B. Hypogammaglobulinämie)</li> <li>▶ Defizienz oder Funktionsstörung von myeloischen Zellen (z. B. Neutropenie, chronische Granulomatose, Leukozyten-adhäsionsdefekte, Signaltransduktionsdefekte)</li> <li>▶ Komplement- oder Properdindefizienz</li> <li>▶ funktioneller Hyposplenismus (z. B. bei Sichelzellanämie), Splenektomie* oder anatomische Asplenie</li> <li>▶ neoplastische Krankheiten</li> <li>▶ HIV-Infektion</li> <li>▶ nach Knochenmarktransplantation</li> <li>▶ immunsuppressive Therapie* (z. B. wegen Organtransplantation oder Autoimmunerkrankung)</li> </ul> <p>2. Chronische Krankheiten, wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ chronische Erkrankungen des Herzens, der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Lungenemphysem, COPD), der Leber oder der Niere</li> <li>▶ Stoffwechselkrankheiten, z. B. Diabetes mellitus</li> <li>▶ neurologische Krankheiten, z. B. Zerebralpareesen oder Anfallsleiden</li> </ul> <p>3. Anatomische und Fremdkörper-assoziierte Risiken für Pneumokokkenmeningitis, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Liquorfistel</li> <li>▶ Cochlea-Implantat*</li> </ul> <p>* Impfung möglichst vor der Intervention</p>	<p>Gefährdete Kleinkinder bis zum Alter von einschließlich 4 Jahren sollen mit Pneumokokken-Konjugatimpfstoff geimpft werden (Anzahl Impfstoffdosen altersabhängig, s. Tab. 7, S. 353), s. auch Stellungnahme der STIKO zur Indikationsimpfung von gefährdeten Kindern im <i>Epid. Bull.</i> 33/2010.</p> <p>Ab dem Alter von 5 Jahren kann die Impfung mit dem 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff oder dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff erfolgen.</p> <p>Bei folgenden Indikationen sind eine, ggf. auch mehrere Wiederholungsimpfungen im Abstand von 5 (Erwachsene und Kinder <math>\geq</math> 10 Jahre) bzw. mindestens 3 Jahren (Kinder unter 10 Jahren) in Erwägung zu ziehen:</p> <p>angeborene oder erworbene Immundefekte einschl. funktioneller oder anatomischer Asplenie (Indikationsgruppe 1, linke Spalte)            chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom</p> <p>Zur Impfung Erwachsener mit Pneumokokken-Konjugat- bzw. Polysaccharid-Impfstoff s. auch Stellungnahme der STIKO im <i>Epid. Bull.</i> 7/2012, S. 55–56.</p>
Poliomyelitis	S/A	<p>Alle Personen bei fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung</p> <p>Alle Personen ohne einmalige Auffrischimpfung</p>	<p>Erwachsene, die im Säuglings- und Kleinkindalter eine vollständige Grundimmunisierung und im Jugendalter oder später mindestens eine Auffrischimpfung erhalten haben oder die als Erwachsene nach Angaben in den Fachinformationen grundimmunisiert wurden und eine Auffrischimpfung erhalten haben, gelten als vollständig immunisiert.</p> <p>Ausstehende Impfungen werden entsprechend den Angaben in den Fachinformationen mit IPV nachgeholt.</p> <p>Darüber hinaus wird eine routinemäßige Auffrischimpfung für Erwachsene nicht empfohlen.</p>

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
(Fortsetzung) Poliomyelitis	I	Für folgende Personengruppen ist eine Impfung indiziert: ▶ Reisende in Regionen mit Infektionsrisiko (die aktuelle epidemische Situation ist zu beachten, insbesondere die Meldungen der WHO) ▶ Aussiedler, Flüchtlinge und Asylbewerber, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, bei der Einreise aus Gebieten mit Poliomyelitis-Risiko, siehe S. 344	Ausstehende Impfungen der Grundimmunisierung bzw. eine nicht dokumentierte Grundimmunisierung werden mit IPV nachgeholt bzw. es erfolgt eine Auffrischimpfung, wenn die letzte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegt.  Personen ohne Nachweis einer Grundimmunisierung sollten vor Reisebeginn wenigstens 2 Impfstoffdosen IPV erhalten.
	B	▶ Personal der oben genannten Einrichtungen ▶ medizinisches Personal, das engen Kontakt zu Erkrankten haben kann ▶ Personal in Laboren mit Poliomyelitis-Risiko	Ausstehende Impfungen der Grundimmunisierung werden mit IPV nachgeholt bzw. es erfolgt eine Auffrischimpfung, wenn die letzte Impfung der Grundimmunisierung bzw. die letzte Auffrischimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt.
Röteln	I	Ungeimpfte Frauen oder Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigen Alter <sup>28</sup>  Einmal geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter <sup>28</sup>	Zweimalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff  Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff
	B	Ungeimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus in Einrichtungen der Pädiatrie, der Geburtshilfe und der Schwangerenbetreuung oder in Gemeinschaftseinrichtungen	Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff
Tetanus	S/A	Alle Personen bei fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung, wenn die letzte Impfung der Grundimmunisierung oder die letzte Auffrischimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt	Erwachsene sollen die nächste fällige Tetanus-Impfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erhalten, bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.  Eine begonnene Grundimmunisierung wird vervollständigt, Auffrischimpfungen in 10-jährigem Intervall.
Tollwut	B	▶ Tierärzte, Jäger, Forstpersonal u. a. Personen mit Umgang mit Tieren in Gebieten mit neu aufgetretener Wildtiertollwut ▶ Personen mit beruflichem oder sonstigem engen Kontakt zu Fledermäusen ▶ Laborpersonal mit Expositionsrisiko gegenüber Tollwutviren	Dosierungsschema nach Angaben in den Fachinformationen  Personen mit weiter bestehendem Expositionsrisiko sollten regelmäßig eine Auffrischimpfung entsprechend den Angaben in den Fachinformationen erhalten.
	R	Reisende in Regionen mit hoher Tollwutgefährdung (z. B. durch streunende Hunde)	Mit Tollwutvirus arbeitendes Laborpersonal sollte halbjährlich auf neutralisierende Antikörper untersucht werden. Eine Auffrischimpfung ist bei < 0,5 IE/ml Serum indiziert.
Tuberkulose		Die Impfung mit dem derzeit verfügbaren BCG-Impfstoff wird nicht empfohlen.	
Typhus	R	Bei Reisen in Endemiegebiete	Nach Angaben in den Fachinformationen
Varizellen	I	▶ Seronegative Frauen mit Kinderwunsch ▶ Seronegative Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation ▶ Empfängliche Patienten mit schwerer Neurodermitis ▶ Empfängliche Personen mit engem Kontakt zu den beiden zuvor Genannten	Zweimalige Impfung  Die Hinweise zur Impfung seronegativer Patienten unter immunsuppressiver Therapie sind dem <i>Epid. Bull.</i> 39/2005 zu entnehmen.  „Empfängliche Personen“ bedeutet: Keine Impfung und anamnestisch keine Varizellen oder bei serologischer Testung kein Nachweis spezifischer Antikörper.
	B	Seronegatives Personal im Gesundheitsdienst, insbesondere in den Bereichen Pädiatrie, Onkologie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Intensivmedizin und im Bereich der Betreuung von Immundefizienten sowie bei Neueinstellungen in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter	

## Anmerkungen zu einzelnen Impfungen

### **Diphtherie**

Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren wird bei Auffrischimpfungen und zur Grundimmunisierung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet, in der Regel kombiniert mit Tetanustoxoid und Pertussis-Antigen oder weiteren indizierten Antigenen.

### **Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)**

FSME-Erkrankungen bei Kindern verlaufen im Allgemeinen leichter als bei Erwachsenen, vorwiegend unter dem Bild einer Meningitis, seltener unter dem Bild einer Enzephalitis. Nur in Einzelfällen ist über neurologische Restschäden berichtet worden. Da Fieberreaktionen von  $> 38^{\circ}\text{C}$  bei 1- bis 2-jährigen Kindern im Rahmen der Impfung bei 15% beobachtet wurden (gegenüber 5% bei 3- bis 11-jährigen Kindern), wird vor der Impfung von Kindern unter 3 Jahren eine besonders sorgfältige Indikationsstellung gemeinsam mit den Eltern empfohlen. Im Übrigen gelten für den Kinder-Impfstoff wie für den Erwachsenen-Impfstoff die in Tabelle 2, S. 331, dargelegten Grundsätze einer Indikationsimpfung einschließlich der in der Tabelle enthaltenen Hinweise zu Risikogebieten und zur Saisonalität der Erkrankung.

### **Gelbfieber**

Die Gelbfieberimpfung wird bei Reisen in Gelbfieber-Endemiegebiete empfohlen und ist bei Aufenthalten in Ländern, in denen eine Gelbfieber-Impfung als Voraussetzung zur Einreise besteht, vorgeschrieben. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2014 nach Bewertung der verfügbaren Evidenz festgelegt, dass nach einmaliger Gelbfieber-Impfung von einem lebenslangen Schutz auszugehen ist. Die bisherige Regelung, dass eine Gelbfieber-Impfbescheinigung nur 10 Jahre gültig ist und die Impfung danach zu wiederholen ist, entfällt somit. Für die Umsetzung der entsprechenden Änderung in den Internationalen Gesundheitsvorschriften haben die Mitgliedsstaaten der WHO bis Juli 2016 Zeit, so dass bis dahin einzelne Länder weiterhin den Nachweis einer höchstens 10 Jahre zurückliegenden Impfung verlangen können. Eine Übersicht über die aktuellen Einreisebestimmungen findet man auf der Webseite der WHO unter [www.who.int/entity/ith/2015-ith-county-list.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/ith/2015-ith-county-list.pdf?ua=1) und [www.who.int/entity/ith/2015-ith-annex1.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/ith/2015-ith-annex1.pdf?ua=1).

Folgende Personengruppen können eventuell von einer Auffrischimpfung profitieren, da bei ihnen die Immunantwort abgeschwächt sein kann und deshalb nach einmaliger Impfung möglicherweise kein lebenslanger Schutz besteht: (1) Kinder, die im Alter  $< 2$  Jahren erstmals geimpft wurden, (2) Frauen, die in der Schwangerschaft geimpft wurden, (3) HIV-Infizierte, (4) Personen, die gleichzeitig zur Gelbfieber-Impfung eine MMR-Impfung erhielten.

Siehe auch die ausführliche wissenschaftliche Begründung zur Änderung der Gelbfieber-Impfempfehlung im *Epid. Bull.* 35/2015.

### **Haemophilus influenzae Typ b (Hib)**

Ab einem Alter von 5 Jahren ist eine Hib-Impfung nur in Ausnahmefällen indiziert (s. Tab. 2, S. 332, z. B. funktionelle oder anatomische Asplenie).

### **Hepatitis B (HB)**

Serologische Vor- bzw. Nachtestungen zur Kontrolle des Impferfolgs sind bei der Grundimmunisierung im Kindes- und Jugendalter nicht erforderlich. Eine Auffrischimpfung nach Impfung im Säuglings- und Kleinkindalter ist derzeit für Kinder und Jugendliche nicht generell empfohlen. Bei Personen, die in der Kindheit gegen Hepatitis B geimpft wurden, sollte eine HB-Auffrischimpfung durchgeführt werden, wenn für diese Person ein neu aufgetretenes Hepatitis-B-Risiko besteht (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung im Gesundheitsdienst). Anschließend soll eine serologische Kontrolle 4 bis 8 Wochen nach der Impfung entsprechend den Empfehlungen in Tabelle 2 erfolgen (s. S. 332 sowie *Epid. Bull.* 31/2007<sup>4</sup> und 36/2013<sup>3</sup>).

### **Hepatitis-B-Immunitätsprophylaxe bei Neugeborenen von HBsAg(Hepatitis-B-Surface-Antigen)-positiven Müttern bzw. von Müttern mit unbekanntem HBsAg-Status**

Entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien ist bei allen Schwangeren nach der 32. Schwangerschaftswoche, möglichst nahe am Geburtstermin, das Serum auf HBsAg zu untersuchen. Wenn das Ergebnis positiv ist, dann ist bei dem Neugeborenen unmittelbar *post partum*, d. h. innerhalb von 12 Stunden, mit der Immunisierung gegen Hepatitis B zu beginnen. Dabei werden simultan die 1. Dosis HB-Impfstoff und HB-Immunglobulin verabreicht. Die begonnene HB-Grundimmunisierung wird einen Monat nach der 1. Impfung durch eine 2. Impfung und frühestens 5 Monate nach der 2. Impfung durch eine 3. Impfung vervollständigt.

Bei Neugeborenen inklusive Frühgeborenen von Müttern, deren HBsAg-Status nicht bekannt ist und bei denen vor bzw. sofort nach der Geburt die serologische Kontrolle nicht möglich ist, wird unabhängig vom Geburtsgewicht ebenfalls unmittelbar *post partum* die Grundimmunisierung mit HB-Impfstoff begonnen. Bei nachträglicher Feststellung einer HBsAg-Positivität der Mutter kann beim Neugeborenen innerhalb von 7 Tagen *postnatal* die passive Immunisierung nachgeholt werden.

Nach Abschluss der Grundimmunisierung des Neugeborenen einer HBsAg-positiven Mutter ist eine serologische Kontrolle erforderlich. Dazu werden 4–8 Wochen nach der 3. Impfstoffdosis die Hepatitis-B-Marker HBsAg, Anti-HBs und Anti-HBc kontrolliert.

Da es aufgrund eines geringen Geburtsgewichtes zu einer verminderten Antikörperantwort kommen kann, ist bei Säuglingen unter 1.000 g bereits 4 Wochen nach der 2. Impfung eine serologische Kontrolle (Anti-HBs) erforderlich. Bei einem Anti-HBs-Wert von  $\geq 100$  IE/l erfolgt die 3. Impfung 5 Monate nach der 2. Impfung. Bei einem Anti-HBs-Wert  $< 100$  IE/l ist die 3. Impfung umgehend zu verabreichen. Vier Wochen später sollte bei diesen Säuglingen eine erneute

Anti-HBs-Kontrolle erfolgen. Bei Werten von  $\geq 100$  IE/l wird eine 4. Impfung dann 9 Monate nach der letzten Immunisierung durchgeführt. Besteht nach der 3. Impfung keine Immunität, sollte die 4. Dosis umgehend appliziert werden. Der Impferfolg ist serologisch (s. o.) zu kontrollieren. Über das weitere Vorgehen (evtl. 5. oder 6. Impfung) ist individuell zu entscheiden (s. a. *Epid. Bull.* 10/2000 und 8/2001).

### Humane Papillomviren (HPV)

Zur Reduktion der Krankheitslast durch Gebärmutterhalskrebs ist eine generelle Impfung gegen humane Papillomviren (Typen HPV 16, 18) für alle Mädchen im Alter von 9–14 Jahren empfohlen. Spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (d. h. bis zum Tag vor dem 18. Geburtstag) sollen versäumte Impfungen gegen HPV nachgeholt werden. Die vollständige Impfserie sollte vor dem ersten Geschlechtsverkehr abgeschlossen sein. Im Alter von 9 bis 13 (Gardasil®) bzw. 9 bis 14 Jahren (Cervarix®) ist aktuell ein 2-Dosen-Impfschema mit einem Impfabstand von 6 Monaten zugelassen. Bei Nachholimpfungen im Alter von  $>13$  Jahren bzw.  $>14$  Jahren oder bei einem Impfabstand von  $<6$  Monaten zwischen der 1. und 2. Dosis ist eine 3. Impfstoffdosis erforderlich. Für die Anzahl der notwendigen Impfstoffdosen sowie den empfohlenen Impfabstand verweist die STIKO auf die entsprechenden Angaben in den Fachinformationen.

Die Impfung gegen HPV sollte auch als Gelegenheit genutzt werden, andere für Jugendliche empfohlene Impfungen zu vervollständigen. Zur gleichzeitigen Gabe mit anderen Impfstoffen verweist die STIKO auf die jeweiligen Fachinformationen.

Frauen, die älter als 17 Jahre sind und keine Impfung gegen HPV erhalten haben, können ebenfalls von einer Impfung gegen HPV profitieren. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, nach individueller Prüfung von Nutzen und Risiko der Impfung seine Patientinnen auf der Basis der Impfstoffzulassung darauf hinzuweisen.

Geimpfte Personen sind darauf hinzuweisen, dass die Impfung mit den aktuell verfügbaren Impfstoffen gegen humane Papillomviren nicht gegen alle potenziell onkogenen HPV-Typen schützt und dass deshalb die Früherkennungsmaßnahmen zum Gebärmutterhalskrebs unverändert in Anspruch genommen werden müssen. Die wissenschaftliche Begründung zur Änderung des Impfalters der HPV-Impfung ist – ergänzend zur wissenschaftlichen Begründung (*Epid. Bull.* 12/2007)<sup>7</sup> und der Bewertung der Impfung (*Epid. Bull.* 32/2009)<sup>6</sup> – im *Epid. Bull.* 35/2014<sup>5</sup> veröffentlicht.

### Influenza

Empfohlen wird die jährliche Impfung im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller, von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) empfohlener Antigenkombination als Standardimpfung aller Personen ab 60 Jahre sowie als Indikationsimpfung bei bestimmten Personengruppen (s. Tab. 2, S. 333). Die jährliche Impfung wird auch dann empfohlen, wenn die Antigenzusammensetzung des Impfstoffs gegenüber der vorhergehenden Saison unverändert ist.

### Masern, Mumps, Röteln (MMR)

Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) durchgeführt werden, in der Regel im Alter von 11–14 Monaten. Bis zum Ende des 2. Lebensjahres soll auch die 2. MMR-Impfung erfolgt sein, um den frühestmöglichen Impfschutz zu erreichen.

In folgenden Situationen kann die 1. MMR-Impfung unter Berücksichtigung der gegebenen epidemiologischen Situation bereits ab einem Alter von 9 Monaten erfolgen:

- ▶ bevorstehende Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita),
- ▶ nach Kontakt zu Masernkranken.

Sofern die Erstimpfung im Alter von 9–10 Monaten erfolgte, muss die 2. MMR-Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres gegeben werden.

Für eine MMR-Impfung von Säuglingen unter 9 Monaten fehlen umfassende Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit, sodass solche Säuglinge in einem Ausbruchsgeschehen in erster Linie durch Impfungen der Kontaktpersonen in der Umgebung zu schützen sind. Individuelle Risiko-Nutzen-Abwägungen können eine Impfung mit 6–8 Monaten ausnahmsweise begründen. Säuglinge, die im Alter von 6–8 Monaten geimpft wurden, sollen zum Aufbau einer langfristigen Immunität 2 weitere MMR/V-Impfstoffdosen mit 11–14 und 15–23 Monaten erhalten.

Nach Kontakt zu Masernkranken kann die passive Immunisierung mit Immunglobulinen bis zu 6 Tagen nach Exposition bei kontraindizierter Impfung vor allem für ungeschützte Personen mit hohem Komplikationsrisiko, z. B. Säuglinge unter 6 Monaten, Immungeschwächte und ggf. Schwangere, erwogen werden. 6–8 Monate alte Säuglinge können nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung alternativ zur 1. Impfung Immunglobuline erhalten. Nach einer Immunglobulingabe ist die MMR/V-Impfung für 5–6 Monate nicht sicher wirksam. Dies sollte bei der Indikation zur Immunglobulingabe berücksichtigt werden (s. auch *Epid. Bull.* 16/2013).

Empfohlen wird die MMR-Impfung auch für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, insbesondere wenn sie im Gesundheitsdienst, in der Betreuung von Immundefizienten bzw. -supprimierten oder in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten (einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff). Eine ausführliche Begründung dieser Empfehlung findet sich im *Epid. Bull.* 32/2010.<sup>12</sup>

### Meningokokken B

Ein Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B (Bexsero®) wurde in Europa im Januar 2013 zugelassen und ist seit Dezember 2013 auch in Deutschland verfügbar. Die STIKO kommt gegenwärtig zu dem Schluss, dass die bisher vorliegenden Studienergebnisse und die daraus resultierende Evidenz für eine abschließende Entscheidung über eine generelle Impfeempfehlung noch nicht ausreichen. Eine Stellungnah-

me zum Stand der Bewertung des neuen Meningokokken-B-Impfstoffs wurde im *Epid. Bull.* 36/2014 veröffentlicht.

Allerdings empfiehlt die STIKO für Personen mit spezifischen Grundkrankheiten zusätzlich zu einer Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W und Y auch eine Impfung gegen Meningokokken B (MenB) (s. Tab. 2, S. 334). Es liegen keine Daten zur Immunogenität und Wirksamkeit der MenB-Impfung bei diesen Personen vor; es ist jedoch wahrscheinlich, dass eine Immunantwort eher schwächer und von kürzerer Dauer ausfällt als bei gesunden Personen. Zudem ist das Risiko, an einer invasiven Meningokokken-Infektion zu erkranken, je nach Grundkrankheit unterschiedlich hoch, wie in der „Wissenschaftliche Begründung für die Aktualisierung der Meningokokken-Impfempfehlung“ detailliert ausgeführt wird (s. *Epid. Bull.* 37/2015). Bei weitem das höchste Risiko – bis zu 10.000-fach höher als die Allgemeinbevölkerung – haben Personen mit terminalen Komplementdefekten sowie Properdindefizienz. Dagegen ist das Erkrankungsrisiko für Personen mit Asplenie ca. 20- bis 30-fach höher als die Hintergrundinzidenz. Das Risiko für Personen mit anderen Immundefekten, z. B. HIV-Infizierte oder Personen mit Hypogammaglobulinämie, liegt noch niedriger. Daher sollte der behandelnde Arzt die Entscheidung für eine Meningokokken-B-Impfung nach individueller Risikoabschätzung treffen.

### Meningokokken C

Empfohlen ist die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C mit einer Impfstoffdosis eines konjugierten Meningokokken-C-Impfstoffs für alle Kinder möglichst früh im 2. Lebensjahr. Primäres Impfziel ist es, die Morbidität invasiver Meningokokken-Erkrankungen der Serogruppe C und die resultierenden Folgen wie Hospitalisierung, schwere Komplikationen, Behinderung und Tod zu reduzieren. Ein zweiter niedrigerer Inzidenzspitzen der Erkrankung besteht in Deutschland für Jugendliche. Eine ausführliche Begründung der Impfempfehlung findet sich im *Epid. Bull.* 31/2006.<sup>17</sup> Eine fehlende Impfung soll bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden. Zur gleichzeitigen Gabe mit anderen Impfstoffen verweist die STIKO auf die jeweiligen Fachinformationen. Zusätzlich zu diesen Hinweisen sind die Empfehlungen zur Impfung von Risikopersonen (s. Tab. 2, S. 334) zu beachten.

### Meningokokken ACWY

Bei bestimmten Indikationen (s. Tab. 2, S. 334 und Tab. 3, S. 346) ist eine Meningokokken-Impfung gegen die Serogruppen ACWY empfohlen. Die 4-valenten ACWY-Konjugatimpfstoffe sind in Deutschland ab dem Alter von 1 Jahr (Nimenrix®) bzw. ab dem Alter von 2 Jahren (Menveo®) zugelassen (Stand: 1. Juli 2015). In den USA ist Menveo® bereits ab dem Alter von 2 Monaten zugelassen. Zum Schutz vor einer Meningokokken-Infektion der Serogruppe C kann ab dem Alter von 2 Monaten ein Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff verwendet werden. Die Mehrzahl der Meningokokken-Erkrankungen bei Säuglingen werden durch Erreger der Serogruppe B verursacht (von 2010-2014, ca. 37 Fälle jährlich), gefolgt von der Serogruppe C (6 Fälle),

während lediglich 0–2 Erkrankungsfälle jährlich durch die Serogruppen A, W oder Y verursacht werden.

Besteht nach einer Impfung gegen die Serogruppe C die Indikation zum Schutz vor einer Meningokokken-Infektion der Serogruppen ACWY nach Vollendung des ersten Lebensjahres fort, sollte mit einem 4-valenten Konjugat-Impfstoff nachgeimpft werden.

### Pertussis

In Anbetracht der epidemiologischen Pertussis-Situation in Deutschland und der Schwere des klinischen Verlaufs einer Pertussis im Säuglingsalter ist es dringend geboten, mit der Grundimmunisierung der Säuglinge und Kleinkinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt, d. h. unmittelbar nach Vollendung des 2. Lebensmonats, zu beginnen und sie zeitgerecht fortzuführen.

Auffrischimpfungen sind mit 5–6 Jahren und 9–17 Jahren empfohlen. Ab dem Alter von 5–6 Jahren werden sowohl zur Auffrischimpfung als auch für eine ggf. nachzuholende Grundimmunisierung Impfstoffe mit reduziertem Pertussis-Antigengehalt (ap statt aP) verwendet (zu verfügbaren Impfstoffen s. auch Tab. 8, S. 359).

Für alle Erwachsenen ist empfohlen, die nächste fällige Td-Impfung **einmalig** als Tdap-Kombinationsimpfung zu verabreichen, bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung. Da ein monovalenter Pertussis-Impfstoff nicht mehr zur Verfügung steht, muss einer der genannten Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. **Bei bestehender Indikation zur Pertussis-Impfung kann auch kurz nach einer erfolgten Td-Impfung eine Impfung gegen Tdap durchgeführt werden.** Für einen der Tdap-Impfstoffe konnte in einer Studie gezeigt werden, dass dieser bereits 1 Monat nach der letzten Td-Impfung verabreicht werden kann, ohne dass es zu vermehrten Nebenwirkungen kommt (die Vergleichsgruppe hatte zuvor keinen Td-Impfstoff, sondern ein Placebo erhalten; siehe dazu *Epid. Bull.* 33/2009, S. 340–341).

Im Zusammenhang mit **Pertussis-Häufungen** kann auch bei vollständig geimpften Kindern und Jugendlichen mit engem Kontakt zu Erkrankten im Haushalt oder in Gemeinschaftseinrichtungen eine Impfung erwogen werden, wenn die letzte Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt. Speziell vor Geburt eines Kindes sollte überprüft werden, ob ein adäquater Immunschutz (Impfung innerhalb der vergangenen 10 Jahre) gegen Pertussis für enge Haushaltskontaktpersonen und Betreuer des Neugeborenen (siehe Tab. 2, S. 335) besteht.

### Pneumokokken

Primäres Impfziel der generellen Impfung aller Kinder bis zum Alter von 24 Monaten mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff ist es, die Morbidität invasiver Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) und die daraus entstehenden Folgen wie Hospitalisierung, Behinderung und Tod zu reduzieren. **Reifgeborene Säuglinge erhalten insgesamt 3 Impfstoffdosen im Alter von 2, 4 und 11–14 Monaten (sogenanntes 2+1-Impfschema).** Zwischen der 1. und 2. Dosis soll ein Abstand von 2 Monaten und zwischen der 2. und 3. Dosis ein

Mindestabstand von 6 Monaten eingehalten werden. **Frühgeborene** (Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche) sollen mit insgesamt 4 Impfstoffdosen im Alter von 2, 3, 4 und 11–14 Monaten (3+1-Impfschema) geimpft werden. Die abweichende Empfehlung für Frühgeborene ist dadurch begründet, dass in der Zulassung der Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe die Anwendung des 2+1-Impfschemas bisher (Stand Juni 2015) auf Reifgeborene beschränkt ist. Eine ausführliche Begründung der Impfeempfehlung findet sich im *Epid. Bull.* 36/2015.

Für Personen  $\geq 60$  Jahre wird als Standardimpfung die einmalige Impfung gegen Pneumokokken mit einem Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff empfohlen. Weitere Indikationen der Pneumokokken-Impfung bei Personen mit bestimmten Risikofaktoren einschließlich Empfehlungen zu Wiederholungsimpfungen bei bestimmten Indikationen sind in Tabelle 2 (S. 335) aufgeführt. Falls nach einer Impfung mit Pneumokokken-Konjugatimpfstoff eine zusätzliche Impfung mit Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff in Betracht gezogen wird, soll laut Fachinformationen ein Mindestabstand von 2 Monaten eingehalten werden. Eine Stellungnahme der STIKO zur Anwendung von Pneumokokken-Konjugatimpfstoff bei Erwachsenen findet sich im *Epid. Bull.* 7/2012. Zur gleichzeitigen Gabe mit anderen Impfstoffen verweist die STIKO auf die jeweiligen Fachinformationen.

### **Poliomyelitis**

Der Polio-Lebendimpfstoff, die orale Polio-Vakzine (OPV), wird wegen des – wenn auch sehr geringen – Risikos einer Vakzine-assoziierten paralytischen Poliomyelitis (VAPP) nicht mehr empfohlen. Zum Schutz vor der Poliomyelitis sollte ein zu injizierender Impfstoff, inaktivierte Polio-Vakzine (IPV), eingesetzt werden (ggf. als Kombinationsimpfstoff). Im Alter von 9–17 Jahren wird für Jugendliche eine Auffrischimpfung mit einem Impfstoff, der IPV enthält, empfohlen. Eine mit OPV begonnene Grundimmunisierung wird mit IPV komplettiert (siehe auch Tab. 2, S. 335).

### **Rotaviren (RV)**

Bei der Impfung gegen RV handelt es sich um eine Schluckimpfung mit einem oralen Lebendimpfstoff. Je nach verwendetem Impfstoff werden ab dem Alter von 6 Wochen 2 (Rotarix<sup>®</sup>) bzw. 3 Dosen (RotaTeq<sup>®</sup>) in einem Mindestabstand von 4 Wochen verabreicht. Es besteht ein möglicherweise geringfügig erhöhtes Risiko für Darminvaginationen (ca. 1–2 Fälle pro 100.000 geimpfte Kinder) innerhalb der 1. Woche nach der 1. RV-Impfung, das mit dem Alter der Impflinge zunimmt. Daher empfiehlt die STIKO dringend, die Impfserie frühzeitig – spätestens bis zum Alter von 12 Wochen – zu beginnen und **vorzugsweise** bis zum Alter von 16 Wochen (Rotarix<sup>®</sup>) bzw. von 20–22 Wochen (RotaTeq<sup>®</sup>) abzuschließen. Die Impfserie **muss** für Rotarix<sup>®</sup> auf jeden Fall bis zum Alter von 24 Wochen und für RotaTeq<sup>®</sup> bis zum Alter von 32 Wochen abgeschlossen sein.

Eine ausführliche Begründung der Impfeempfehlung findet sich im *Epid. Bull.* 35/2013.<sup>29</sup> Zur gleichzeitigen Gabe mit anderen Impfstoffen verweist die STIKO auf die jeweiligen Fachinformationen.

Auch für Frühgeborene und andere reifgeborene, aber stationär versorgte Säuglinge ist die RV-Impfung entsprechend des chronologischen Alters der Impflinge empfohlen. Der Nutzen, dass hospitalisierte Säuglinge durch die RV-Impfung vor einer nosokomialen RV-Infektion geschützt werden, überwiegt deutlich das äußerst geringe Erkrankungsrisiko anderer hospitalisierter Patienten durch die denkbare Übertragung von RV-Impfviren. Das Übertragungsrisiko von Impfviren ist zudem bei konsequenter Anwendung der auf neonatologischen Stationen üblichen Standardhygienemaßnahmen als gering zu bewerten. Zur RV-Impfung von Früh- und Neugeborenen im stationären Umfeld hat die STIKO gemeinsam mit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. und der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V. eine Stellungnahme im *Epid. Bull.* 1/2015 publiziert.

### **Tetanus**

Jede Auffrischimpfung mit Td (auch im Verletzungsfall) sollte Anlass sein, die Indikation für eine Pertussis-Impfung zu überprüfen und gegebenenfalls einen Kombinationsimpfstoff (Tdap) einzusetzen; bei entsprechenden Indikationen Tdap-IPV.

### **Varizellen**

Die 1. Dosis der Impfung gegen Varizellen (V) wird in der Regel im Alter von 11–14 Monaten verabreicht, und zwar entweder simultan mit der 1. MMR-Impfung oder frühestens 4 Wochen nach dieser. Für die 1. Impfung gegen Varizellen und Masern, Mumps, Röteln sollte die simultane Gabe von Varizellen-Impfstoff und MMR-Impfstoff an verschiedenen Körperstellen bevorzugt werden. Grund für diese Empfehlung ist das leicht erhöhte Risiko von Fieberkrämpfen 5–12 Tage nach der Gabe des kombinierten MMRV-Impfstoffs im Vergleich zur simultanen Impfung mit Varizellen- und MMR-Impfstoff. Dies wurde nur bei der Erstimpfung beobachtet. Die 2. Impfung gegen Varizellen sollte im Alter von 15–23 Monaten verabreicht werden und kann mit einem MMRV-Kombinationsimpfstoff erfolgen (siehe auch Mitteilung der STIKO zur „Kombinationsimpfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (MMRV)“ im *Epid. Bull.* 38/2011).

Bei allen ungeimpften Kindern und Jugendlichen ohne Varizellen-Anamnese sollte die Varizellen-Impfung mit 2 Impfstoffdosen nachgeholt werden. Der Mindestabstand zwischen 2 Dosen Varizellen- bzw. MMRV-Impfstoff beträgt 4–6 Wochen (je nach Hersteller, Fachinformation beachten). Kinder und Jugendliche, die bisher nur eine Varizellen-Impfung erhalten haben, sollen eine 2. Impfung bekommen.

Die wissenschaftliche Begründung der Varizellen-Impfeempfehlung wurde im *Epid. Bull.* 32/2009<sup>32</sup>, eine Evaluation dieser Impfeempfehlung im *Epid. Bull.* 1/2013 veröffentlicht.

## Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen

### Aufklärungspflicht vor Schutzimpfungen

Die Aufklärung ist ein wichtiger Teil der Impfleistung des Arztes (siehe Vorbemerkung, S. 327). Vor Durchführung einer Schutzimpfung hat der Arzt die Pflicht, den Impfling oder den anwesenden Elternteil bzw. Sorgeberechtigten über die zu verhütende Krankheit und die Impfung aufzuklären, damit sie über die Durchführung der Impfung entscheiden können. Die Aufklärung sollte umfassen: Informationen über die zu verhütende Krankheit und den Nutzen der Impfung, die Kontraindikationen, Durchführung der Impfung, den Beginn und die Dauer des Impfschutzes, das Verhalten nach der Impfung, mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Impfkomplicationen (siehe *Epid. Bull.* 25/2007) sowie die Notwendigkeit und die Termine von Folge- und Auffrischimpfungen.

Für öffentliche Impftermine wird eine vorherige **Aufklärung** in schriftlicher Form empfohlen. Eine Gelegenheit zu weitergehenden Informationen durch ein Gespräch mit dem Arzt muss gegeben sein. **Aufklärungsmerkblätter** für Impfungen durch die niedergelassenen Ärzte sind auf den Internetseiten der STIKO ([www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Impfen > Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen) online verfügbar und werden von anderen kommerziellen Anbietern vertrieben. Außerdem stehen Aufklärungsmerkblätter über die Homepage des „Forum impfende Ärzte“ ([www.forum-impfen.de](http://www.forum-impfen.de)) mit Passwort unentgeltlich zur Verfügung.

Die Merkblätter enthalten auch einen zur jeweiligen Impfung adäquaten Fragebogen zum Gesundheitszustand des Impflings und zu vorausgegangenen Schutzimpfungen. Ergeben sich bei der Beantwortung Unklarheiten, ist in jedem Fall ein Gespräch mit dem Impfling oder den Eltern bzw. Sorgeberechtigten erforderlich. Die Merkblätter enthalten eine Einwilligungserklärung. Bei Minderjährigen ist regelmäßig die Einwilligung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten einzuholen. Jugendliche können selbst einwilligen, wenn sie die erforderliche Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit besitzen; das ist in der Regel mit 16 Jahren der Fall. Bei Einzelimpfungen ist die mündliche Form der Aufklärung ausreichend. Es bedarf zur Einwilligung keiner Unterschrift. Die durchgeführte Aufklärung ist durch den impfenden Arzt in den Patientenunterlagen zu dokumentieren. Wird der Aufklärung ein entsprechendes Aufklärungsmerkblatt zugrunde gelegt, sollte der impfende Arzt in seiner Dokumentation darauf verweisen. Auch in diesem Fall ist dem Impfling bzw. dem Sorgeberechtigten Gelegenheit für gezielte Nachfragen zu geben.

Zur Unterstützung der Beratungstätigkeit der Ärzte wurden der STIKO-Impfkalender sowie die Einwilligungserklärung für die Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellen-Impfung in 15 Sprachen übersetzt.

Diese Dokumente sind auf den Internetseiten des RKI publiziert ([www.rki.de/impfen](http://www.rki.de/impfen), s. S. 362).

### Kontraindikationen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit akuten schweren Erkrankungen sollten erst nach Genesung geimpft werden (Ausnahme: postexpositionelle Impfung).

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung müssen in Abhängigkeit von der Diagnose keine absolute Kontraindikation gegen eine nochmalige Impfung mit dem gleichen Impfstoff sein. Impfhindernisse können Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffs sein. In Betracht kommen vor allem Neomycin und Streptomycin sowie in seltenen Fällen Hühnereiweiß. Personen, die nach oraler Aufnahme von Hühnereiweiß mit anaphylaktischen Symptomen reagieren, sollten nicht mit Impfstoffen, die Hühnereiweiß enthalten (Gelbfieber-, Influenza-Impfstoff), geimpft werden.

Im Fall eines angeborenen oder erworbenen Immundefekts sollte vor der Impfung mit einem Lebendimpfstoff der den Immundefekt behandelnde Arzt konsultiert werden. **Die serologische Kontrolle des Impferfolgs ist bei Patienten mit Immundefizienz angezeigt.**

Nicht dringend indizierte Impfungen sollten während der Schwangerschaft nicht durchgeführt werden. Für die Lebendimpfstoffe gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen stellt eine Schwangerschaft eine Kontraindikation dar. **Eine Impfung gegen Gelbfieber darf in der Schwangerschaft nur bei eindeutiger Indikation und nur nach sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung verabreicht werden. Die Impfung gegen Gelbfieber soll bei stillenden Frauen nicht erfolgen. Es sind weltweit vereinzelte Fälle beschrieben, in denen gestillte Säuglinge nach Impfung der Mutter gegen Gelbfieber an einer Meningoenzephalitis erkrankt sind.**

### Falsche Kontraindikationen

Häufig unterbleiben indizierte Impfungen, weil bestimmte Umstände irrtümlicherweise als Kontraindikationen angesehen werden. Dazu gehören zum Beispiel:

- ▶ banale Infekte, auch wenn sie mit subfebrilen Temperaturen (< 38,5 °C) einhergehen;
- ▶ ein möglicher Kontakt des Impflings zu Personen mit ansteckenden Krankheiten;
- ▶ Krampfanfälle in der Familie;
- ▶ Fieberkrämpfe in der Anamnese des Impflings: Da fieberhafte Impfreaktionen einen Krampfanfall provozieren können, ist zu erwägen, Kindern mit Krampfbereitschaft Antipyretika zu verabreichen: z. B. bei Totimpfstoffen zum Zeitpunkt der Impfung und jeweils 4 und 8 Stunden nach der Impfung sowie bei der MMR-Impfung zwischen dem 7. und 12. Tag im Fall einer Temperaturerhöhung.
- ▶ Ekzem u. a. Dermatosen, lokalisierte Hautinfektionen;
- ▶ Behandlung mit Antibiotika oder mit niedrigen Dosen von Kortikosteroiden oder lokal angewendeten steroidhaltigen Präparaten;

- ▶ Schwangerschaft der Mutter des Impflings (Varizellen-Impfung nach Risikoabwägung\*);
- ▶ angeborene oder erworbene Immundefekte bei Impfung mit Totimpfstoffen;
- ▶ Neugeborenenikterus;
- ▶ Frühgeburtlichkeit: Frühgeborene sollten unabhängig von ihrem Reifealter und aktuellen Gewicht entsprechend dem empfohlenen Impfalter geimpft werden;
- ▶ stillende Frauen: sie können alle notwendigen Impfungen erhalten außer einer Impfung gegen Gelbfieber (s.o. unter Kontraindikationen)
- ▶ gestillte Säuglinge: diese können unabhängig von der Art ihrer Ernährung (Muttermilch, Muttermilchersatzprodukte oder andere Babynahrung) nach den Angaben im Impfkalender der STIKO geimpft werden.

\* Derzeit ist das Risiko für ein konnatales Varzellensyndrom bei einer seronegativen Schwangeren mit Kontakt zu ihrem ungeimpften und damit ansteckungsgefährdeten Kind höher als das Risiko einer solchen Komplikation durch die Impfung und ggf. die Übertragung von Impfviruzellen durch ihr Kind.

Indizierte Impfungen sollen auch bei Personen mit chronischen Krankheiten – einschließlich neurologischer Krankheiten – durchgeführt werden, da diese Personen durch schwere Verläufe und Komplikationen impfpräventabler Krankheiten besonders gefährdet sind. Personen mit chronischen Krankheiten sollen über den Nutzen der Impfung im Vergleich zum Risiko der Krankheit aufgeklärt werden. Es liegen keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, dass eventuell zeitgleich mit der Impfung auftretende Krankheitschübe ursächlich durch eine Impfung bedingt sein können.

### Impfabstände

Die im Impfkalender, in den Tabellen 2 und 7 sowie den entsprechenden Fachinformationen angegebenen Impfabstände sollten in der Regel eingehalten und weder unterschritten werden.

Bei dringenden Indikationsimpfungen, wie beispielsweise der postexpositionellen Tollwutprophylaxe oder der postnatalen Immunprophylaxe der Hepatitis B des Neugeborenen, ist das empfohlene Impfschema strikt einzuhalten. Mindestabstände sollten nur im dringenden Ausnahmefall (z. B. kurzfristige Auslandsreise) unterschritten werden.

**Für einen lang dauernden Impfschutz ist es von besonderer Bedeutung, dass bei der Grundimmunisierung der empfohlene Mindestabstand zwischen vorletzter und letzter Impfung (in der Regel 6 Monate) nicht unterschritten wird.**

Andererseits gilt grundsätzlich, dass es keine unzulässig großen Abstände zwischen den Impfungen gibt. Jede Impfung zählt! Auch eine für viele Jahre unterbrochene Grundimmunisierung oder nicht zeitgerecht durchgeführte Auffrischimpfung, z. B. gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Hepatitis B, FSME (siehe dazu [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Impfen > Impfungen von A–Z > Antworten auf häufig gestellte Fragen zur FSME-Impfung), **muss nicht neu begonnen werden**, sondern wird mit den fehlenden Impfstoffdosen komplettiert. Dies gilt auch im Säuglings-

und Kleinkindalter. Im Interesse eines frühestmöglichen Impfschutzes sollten Überschreitungen der empfohlenen Impfabstände beim jungen Kind jedoch vermieden werden.

Für Abstände zwischen unterschiedlichen Impfungen gilt:

- ▶ Lebendimpfstoffe (attenuierte, vermehrungsfähige Viren oder Bakterien) können simultan verabreicht werden; werden sie nicht simultan verabreicht, ist in der Regel ein Mindestabstand von 4 Wochen einzuhalten.
- ▶ Bei Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen (inaktivierte Krankheitserreger, deren Antigenbestandteile, Toxoide) ist die Einhaltung von Mindestabständen zu anderen Impfungen, auch zu solchen mit Lebendimpfstoffen, nicht erforderlich. Impfreaktionen vorausgegangener Impfungen sollten vor erneuter Impfung vollständig abgeklungen sein.

### Zeitabstand zwischen Impfungen und Operationen

Bei dringender Indikation kann ein operativer Eingriff jederzeit durchgeführt werden, auch wenn eine Impfung vorangegangen ist. Bei Wahleingriffen sollte nach Gabe von Totimpfstoffen ein Mindestabstand von 3 Tagen und nach Verabreichung von Lebendimpfstoffen ein Mindestabstand von 14 Tagen eingehalten werden.

Weder klinische Beobachtungen noch theoretische Erwägungen geben Anlass zu der Befürchtung, dass Impfungen und operative Eingriffe inkompatibel sind. Um aber mögliche Impfreaktionen von Komplikationen der Operation unterscheiden zu können, wird empfohlen, die genannten Mindestabstände einzuhalten.

Nach operativen Eingriffen sind keine bestimmten Zeitabstände einzuhalten; Impfungen können erfolgen, sobald der Patient in einem stabilen Allgemeinzustand ist. Impfungen aus vitaler Indikation (z. B. Tetanus-, Tollwut-, Hepatitis-B-Schutzimpfung) können jederzeit gegeben werden. Nach Operationen, die mit einer immunsuppressiven Behandlung verbunden sind, z. B. Transplantationen, sind Impfungen in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt zu planen.

### Umgang mit Impfstoffen und Vorgehen bei der Impfung

Impfstoffe sind empfindliche biologische Produkte und müssen vor allem vor Erwärmung geschützt werden. Besonders empfindlich sind Impfstoffe, die vermehrungsfähige Viren enthalten. Alle Impfstoffe sollen im Kühlschrank bei 2–8 °C gelagert werden. Die Lagertemperatur muss regelmäßig überprüft werden. Impfstoffe, die versehentlich falsch gelagert oder eingefroren wurden, sind zu verwerfen. Impfstoffe dürfen nicht mit Desinfektionsmitteln in Kontakt kommen. Durchstechstopfen müssen trocken sein!

Die Injektionskanüle sollte trocken sein, insbesondere sollte Impfstoff die Kanüle außen nicht benetzen. Dies macht die Injektion schmerzhaft und kann zu Entzündungen im Bereich des Stichkanals führen. Nach Aufziehen des Impfstoffs in die Spritze und dem Entfernen evtl. vorhandener Luft sollte eine neue Kanüle für die Injektion aufgesetzt werden. Vor der Injektion muss die Impfstelle desinfiziert werden. Bei der Injektion sollte die Haut wieder trocken sein.

Für intramuskulär zu injizierende Impfstoffe ist die bevorzugte Impfstelle der M. deltoideus. Solange dieser Muskel nicht ausreichend ausgebildet ist, wird empfohlen, in den M. vastus lateralis (anterolateraler Oberschenkel) zu injizieren. Hier ist die Gefahr einer Verletzung von Nerven oder Gefäßen gering. Bei Injektion von Adsorbatimpfstoffen in das subkutane Fettgewebe kann es zu schmerzhaften Entzündungen und zur Bildung von Granulomen oder Zysten kommen. Darüber hinaus ist bei Injektion in das Fettgewebe der Impferfolg in Frage gestellt.

### Dokumentation der Impfung

Im Impfausweis und in der Dokumentation des impfenden Arztes müssen den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) § 22 entsprechend die Chargen-Nummer, die Bezeichnung des Impfstoffs (Handelsname), das Impfdatum sowie die Krankheit, gegen die geimpft wurde, eingetragen werden. Ebenfalls zur Impfdokumentation gehören Stempel und Unterschrift des Arztes. Dies gilt für alle Impfstoffe und kann retrospektive Ermittlungen erleichtern, wenn sich Fragen zu Wirksamkeit und Sicherheit bestimmter Impfstoffe oder einzelner Impfstoffchargen ergeben. Als Impfausweis kann jedes WHO-gerechte Formular, das die Vorgaben des IfSG berücksichtigt, wie z.B. „Internationale Bescheinigungen über Impfungen und Impfbuch“, benutzt werden.

Die Anlage 2 der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weist einen einheitlichen Dokumentationsschlüssel für Impfungen aus, der seit dem 1. Juli 2008 bei der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen verwendet werden soll.

### Fehlende Impfdokumentation

Häufig ist der Arzt damit konfrontiert, dass Impfdokumente fehlen, nicht auffindbar oder lückenhaft sind. Dies ist kein Grund, notwendige Impfungen zu verschieben, fehlende Impfungen nicht nachzuholen oder eine Grundimmunisierung nicht zu beginnen. Von zusätzlichen Impfungen bei bereits bestehendem Impfschutz geht kein besonderes Risiko aus. Dies gilt auch für Mehrfachimpfungen mit Lebendvirusimpfstoffen. Serologische Kontrollen zur Überprüfung des Impfschutzes sind nur in Ausnahmefällen angezeigt (z.B. Anti-HBs bei Risikopersonen); zum Nachweis vorausgegangener Impfungen bei unklarem Impfstatus sind serologische Kontrollen im Allgemeinen nicht sinnvoll.

### Impfreaktionen

**Lokalreaktionen** wie Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Bereich der Injektionsstelle oder **Allgemeinreaktionen** wie z.B. Fieber ( $\leq 39,5$  °C), Kopfschmerzen und Gliederschmerzen, Unwohlsein werden im Allgemeinen innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Impfung beobachtet. 1–4 Wochen nach der MMR-Impfung kann es zu einer leichten „**Impfkrankheit**“ kommen, z.B. mit Masern-ähnlicher oder Mumps-ähnlicher Symptomatik (Impfmasern, leichte Parotisschwellung) und erhöhten Temperaturen. Die prophylaktische Gabe von Antipyretika für den Zeitraum möglicher fieberhafter Impfreaktionen ist zu erwägen.

Schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen nach Impfungen sind äußerst selten. Zeitgleich mit der Impfung auftretende Erkrankungen anderer Genese können als unerwünschte Arzneimittelwirkungen imponieren, deshalb ist ein über die normale Impfreaktion hinausgehendes Vorkommnis unverzüglich differenzialdiagnostisch abzuklären.

### Vorgehen bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung ist umgehend an das Gesundheitsamt zu melden (Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG; Meldeformular beim Gesundheitsamt anfordern oder im Internet unter [www.pei.de](http://www.pei.de) > Vigilanz > Übersicht Meldeformulare). Über unerwünschte Arzneimittelwirkungen ist auch die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu unterrichten (im Internet unter [www.akdae.de](http://www.akdae.de) > Arzneimittelsicherheit > Unerwünschte Arzneimittelwirkung melden). Ebenso kann der Hersteller informiert werden. Die für die Klärung einer unerwünschten Arzneimittelwirkung relevanten immunologischen (z. B. zum Ausschluss eines Immundefektes) oder mikrobiologischen Untersuchungen (z. B. zum differenzialdiagnostischen Ausschluss einer interkurrenten Infektion) sollten unverzüglich eingeleitet werden. Dafür notwendige Untersuchungsmaterialien, z. B. Serum oder Stuhlproben, sind zu asservieren. Der Impfling oder seine Eltern bzw. Sorgeberechtigten sind auf die gesetzlichen Bestimmungen zur Versorgung nach Impfschäden hinzuweisen (§§ 60–64 IfSG). Der Antrag auf Versorgung ist beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen.

### Hinweise zur Kostenübernahme von Schutzimpfungen

Für die Kostenübernahme von Schutzimpfungen kommen verschiedene Träger in Frage. Welche Impfungen als Pflichtleistung von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, ist im Jahr 2007 neu geregelt worden. Nach § 20 d SGBV haben Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des IfSG. Die Einzelheiten zur Leistungspflicht für Schutzimpfungen (Voraussetzungen, Art und Umfang) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Basis der Empfehlungen der STIKO in einer Schutzimpfungs-Richtlinie festzulegen ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)). Dabei soll die besondere Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit berücksichtigt werden. Von diesem Anspruch ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen (Reiseimpfungen). Kommt eine Entscheidung nicht innerhalb von 3 Monaten nach Veröffentlichung der Empfehlungen der STIKO zustande, müssen die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen von den Krankenkassen erstattet werden, bis die Richtlinie vorliegt.

Die Krankenkassen können in ihren Satzungsleistungen die Kostenübernahme auch für Schutzimpfungen vorsehen, die nicht Bestandteil der Richtlinie des G-BA sind. Außerdem haben die Krankenkassenverbände auf Landesebene gemeinsam und einheitlich Vereinbarungen mit den für die Durchführung von Impfungen zuständigen Behörden der Länder zu treffen, in denen die Förderung der Schutzimpfungen und die Erstattung von Impfstoffkosten geregelt werden.

Für die Kostenübernahme von Schutzimpfungen kommen außer den Krankenkassen weitere Träger in Frage. Zu diesen zählen der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) für Schutzimpfungen nach § 20 Abs. 5 des IfSG sowie weitere auf Grund gesetzlicher Vorschriften benannte Stellen (z. B. Arbeitgeber). So darf z. B. ein Arbeitgeber nach § 3 Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz die Kosten für Arbeitsschutzmaßnahmen nicht dem Beschäftigten auferlegen. Zu den Arbeitsschutzmaßnahmen gehören Impfungen, die gemäß Arbeitsschutzgesetz/Biostoffverordnung/Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) anzubieten sind. Das Impfangebot richtet sich insbesondere nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung.

Die in den STIKO-Empfehlungen mit „B“ gekennzeichneten Impfungen umfassen auch solche für Berufsgruppen, die den genannten Verordnungen nicht unterliegen. Ebenso werden in dieser Kategorie auch Impfungen aufgeführt, die vorrangig zum Schutz Dritter indiziert sind. Selbst wenn die genannten Verordnungen in diesen Fällen nicht greifen, sollte der betroffene Arbeitgeber diese Impfungen in seinem eigenen Interesse anbieten, da er hierdurch eventuellen Regressansprüchen entgegenwirken bzw. sich Kosten für Ausfallzeiten seiner Beschäftigten ersparen kann. Inwieweit die mit „B“ gekennzeichneten Empfehlungen eine Pflichtleistung der GKV sind, richtet sich nach der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA. Diese sieht derzeit dort, wo der Arbeitgeber in der Pflicht ist, regelmäßig keinen GKV-Leistungsanspruch vor. Für von der STIKO empfohlene, aber nicht durch den Arbeitgeber zu übernehmende Impfungen ergeben sich aufgrund der Schutzimpfungs-Richtlinie dagegen in vielen Fällen Leistungen der GKV.

### **Impfempfehlungen für Aussiedler, Flüchtlinge oder Asylbewerber in Gemeinschaftsunterkünften**

Es wird empfohlen, Schutzimpfungen bei Bewohnern von Gemeinschaftsunterkünften möglichst frühzeitig durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder durch vom ÖGD beauftragte Ärzte zumindest zu beginnen. Die Vervollständigung der Grundimmunisierung sollte nach dem Verlassen der Gemeinschaftsunterkünfte durch die am späteren Aufenthaltsort niedergelassenen Ärzte oder durch den ÖGD erfolgen.

Vorliegende Impfdokumentationen sollten nach Möglichkeit berücksichtigt werden; die Empfehlungen der STIKO sollten dem Vorgehen zugrunde gelegt werden.

- ▶ Bei ungeimpften Erwachsenen bzw. Erwachsenen mit unklarem Impfstatus sollten Impfungen gegen Diphtherie und Tetanus, gegen Poliomyelitis sowie bei seronegativen Personen gegen Hepatitis B durchgeführt werden. Erwachsene sollen die nächste fällige Td-Impfung (Auffrischimpfung) einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erhalten. Nach 1970 Geborene sollten einmalig gegen Masern (MMR) geimpft werden. Frauen im gebärfähigen Alter sollten zweimal gegen Röteln (MMR) geimpft werden und seronegative Frauen mit Kinderwunsch sollten zweimal gegen Varizellen geimpft werden.
- ▶ Bei ungeimpften Kindern bzw. Kindern mit unklarem Impfstatus sollten Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis sowie gegen Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und gegen Hepatitis B, Meningokokken C und HPV (nur bei Mädchen), bei Säuglingen und Kleinkindern auch gegen Rotaviren, *Haemophilus influenzae* Typ b und Pneumokokken durchgeführt werden.

## Hinweise zu postexpositionellen Impfungen bzw. anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten

Zusätzlich zu den Empfehlungen der Standard- und Indikationsimpfungen gibt die STIKO Empfehlungen zu postexpositionellen Impfungen und zu anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe von Kontaktpersonen im privaten und beruflichen Bereich sowie in Gemeinschaftseinrichtungen. Diese beinhalten Hinweise, wie unzureichend geschützte Personen nach dem Kontakt zu bestimmten Infektionserregern geschützt werden können, um die Weiterverbreitung der Erkrankung zu

verhindern oder den Verlauf der Erkrankung abzumildern. Als Präventionsmaßnahmen werden die postexpositionelle Impfung, die passive Immunisierung durch die Gabe von Immunglobulinen oder eine Chemoprophylaxe aufgeführt. Informationen zur Postexpositionsprophylaxe einzelner Infektionskrankheiten finden sich auch in den „Ratgebern für Ärzte“ des RKI ([www.rki.de/ratgeber](http://www.rki.de/ratgeber)).

**Tabelle 3: Postexpositionelle Impfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe**

Prophylaxe gegen	Indikation	Anwendungshinweise
<b>Diphtherie</b>	Für Personen mit engem ( <i>face to face</i> ) Kontakt zu Erkrankten	Chemoprophylaxe: Unabhängig vom Impfstatus präventive antibiotische Therapie, z. B. mit Erythromycin (siehe RKI-Ratgeber für Ärzte „Diphtherie“, <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a> > Infektionskrankheiten A–Z > Diphtherie) Postexpositionelle Impfung, wenn letzte Impfung >5 Jahre zurückliegt
	Bei Epidemien oder regional erhöhter Morbidität	Impfung entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden
<b><i>Haemophilus influenzae</i> Typ b (Hib)</b>	Nach engem Kontakt zu einem Patienten mit invasiver <i>Haemophilus-influenzae</i> -Typ-b-Infektion wird eine Chemoprophylaxe empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ für alle Haushaltsmitglieder ab einem Alter von 1 Monat, wenn sich dort ein ungeimpftes oder unzureichend geimpftes Kind im Alter bis zu 4 Jahren oder aber eine Person mit relevanter Immundefizienz bzw. -suppression befindet,</li> <li>▶ für ungeimpfte exponierte Kinder bis 4 Jahre in Gemeinschaftseinrichtungen.</li> </ul>	Chemoprophylaxe: Rifampicin: <b>ab 1 Monat:</b> 20 mg/kg/Tag (maximal 600 mg) in 1 ED für 4 Tage <b>Erwachsene:</b> 600 mg p.o. in 1 ED für 4 Tage Da bei Schwangeren die Gabe von Rifampicin kontraindiziert ist, kommt bei ihnen zur Prophylaxe ggf. Ceftriaxon in Frage. Falls eine Prophylaxe indiziert ist, sollte sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens 7 Tage nach Beginn der Erkrankung des Indexfalls, begonnen werden.
<b>Hepatitis A (HA)</b>	Kontakt zu Hepatitis-A-Kranken (vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen)	Postexpositionelle Impfung: Nach einer Exposition von Personen, für die eine Hepatitis A eine besonders große Gefahr darstellt (z. B. chronisch HBV- oder HCV-Infizierte), sollte simultan mit der 1. Impfung ein Immunglobulin-Präparat gegeben werden. siehe auch RKI-Ratgeber für Ärzte „Hepatitis A“, <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a> > Infektionskrankheiten A–Z > Hepatitis A)
<b>Hepatitis B (HB)</b>	Verletzungen mit möglicherweise HBV-haltigen Gegenständen (z. B. Nadelstich) oder Blutkontakt mit Schleimhaut oder nichtintakter Haut	s. postexpositionelle Hepatitis-B-Immunprophylaxe, S. 348
	Neugeborene HBsAg-positiver Mütter oder von Müttern mit unbekanntem HBsAg-Status (unabhängig vom Geburtsgewicht)	s. Anmerkungen zu einzelnen Impfungen, S. 337
<b>Masern</b>	Personen mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit nach Kontakt zu Masernkranken: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ im Alter von 6–8 Monaten: ausnahmsweise nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung (<i>Off-label-use</i>)</li> </ul>	Impfung mit einem MMR (V)**-Impfstoff möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition; zur Anzahl der Impfstoffdosen und den Zeitpunkten der Verabreichung beachten Sie bitte die folgenden altersspezifischen Hinweise. ** MMR(V) = MMR mit oder ohne Ko-Administration von VZV-Impfung 1. Impfung; die 2. und 3. Impfung soll im Alter von 11–14 und 15–23 Monaten erfolgen

(Fortsetzung Tabelle 3)

Prophylaxe gegen	Indikation	Anwendungshinweise
(Fortsetzung) <b>Masern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ im Alter von 9–10 Monaten</li> <li>▶ im Alter von 11 Monaten bis 17 Jahren</li> <li>▶ im Alter von <math>\geq 18</math> Jahren, nach 1970 Geborene</li> </ul>	<p>1. Impfung; die 2. Impfung soll zu Beginn des zweiten Lebensjahres erfolgen</p> <p>Ungeimpfte bzw. Personen mit unklarem Impfstatus erhalten eine zweimalige Impfung im Abstand <math>&gt; 4</math> Wochen; bisher einmal Geimpfte erhalten eine Impfung</p> <p>Ungeimpfte bzw. Personen mit unklarem Impfstatus oder mit nur einer Impfung in der Kindheit erhalten eine einmalige Impfung</p> <p>Bei kontraindizierter aktiver Impfung kann bis zu 6 Tagen nach Exposition für ungeschützte Personen mit hohem Komplikationsrisiko, z. B. Säuglinge unter 6 Monaten, Immungeschwächte und ggf. Schwangere eine passive Immunisierung mit Immunglobulinen erwogen werden.</p> <p>Bei 6–8 Monate alten Säuglingen kann nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung statt der 1. aktiven Impfung eine passive Immunisierung mit Immunglobulinen erwogen werden.</p> <p>Nach Immunglobulingabe ist die MMR-Impfung für 5–6 Monate nicht sicher wirksam. Dies sollte bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden. (s. auch <i>Epid. Bull.</i> 29/2001, S. 223)</p>
<b>Meningokokken</b>	<p>Für Personen mit engem Kontakt zu einem Erkrankten mit einer invasiven Meningokokken-Infektion (alle Serogruppen) wird eine Chemoprophylaxe empfohlen.</p> <p>Hierzu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ alle Haushaltskontaktmittglieder</li> <li>▶ Personen mit Kontakt zu oropharyngealen Sekreten eines Patienten</li> <li>▶ Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren (bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe)</li> <li>▶ Personen mit engen Kontakten in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter (Internate, Wohnheime sowie Kasernen)</li> </ul> <p>Die Chemoprophylaxe ist indiziert, falls enge Kontakte mit dem Indexpatienten in den letzten 7 Tagen vor dessen Erkrankungsbeginn stattgefunden haben. Sie sollte möglichst bald nach der Diagnosestellung beim Indexpatienten erfolgen, ist aber bis zu 10 Tage nach letzter Exposition sinnvoll.</p> <p>Eine postexpositionelle Impfung wird zusätzlich zur Chemoprophylaxe <b>ungeimpften Haushaltskontakten oder engen Kontakten mit haushaltsähnlichem Charakter empfohlen</b>, wenn die Infektion des Indexpatienten durch die Serogruppen A, C, W, Y oder B verursacht wurde. Die Impfung sollte sobald wie möglich nach Serogruppenbestimmung des Erregers beim Indexpatienten durchgeführt werden.</p>	<p><b>Chemoprophylaxe:</b></p> <p><i>Rifampicin:</i> <b>Neugeborene:</b> 10 mg/kg/Tag in 2 ED p.o. für 2 Tage</p> <p><b>Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 60 kg:</b> 20 mg/kg/Tag in 2 ED p.o. für 2 Tage (maximale ED 600 mg)</p> <p><b>Jugendliche und Erwachsene ab 60 kg:</b> 2 x 600 mg/Tag für 2 Tage Eradikationsrate: 72–90 %</p> <p>oder:</p> <p><i>Ciprofloxacin:</i> <b>ab 18 Jahre:</b> einmal 500 mg p.o. Eradikationsrate: 90–95 %</p> <p>ggf. <i>Ceftriaxon:</i> <b>von 2 bis 12 Jahre:</b> 125 mg i. m.</p> <p><b>ab 12 Jahre:</b> 250 mg i. m. in einer ED Eradikationsrate: 97 %</p> <p>Da bei Schwangeren die Gabe von Rifampicin und Gyrasehemmern kontraindiziert ist, kommt bei ihnen zur Prophylaxe ggf. Ceftriaxon in Frage.</p> <p>Der Indexpatient mit einer invasiven Meningokokken-Infektion sollte nach Abschluss der Therapie ebenfalls Rifampicin erhalten, sofern er nicht intravenös mit einem Cephalosporin der 3. Generation behandelt wurde.</p> <p><b>Postexpositionelle Impfung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Bei Serogruppe C:</b> Impfung mit einem Konjugatimpfstoff ab dem Alter von 2 Monaten nach den Angaben in den Fachinformationen (s. S. 339)</li> <li>▶ <b>Bei Serogruppe A, W oder Y:</b> Impfung mit 4-valentem Konjugatimpfstoff, sofern für Altersgruppe zugelassen (s. S. 339)</li> </ul>

(Fortsetzung Tabelle 3)

Prophylaxe gegen	Indikation	Anwendungshinweise
(Fortsetzung) <b>Meningokokken</b>		<p>► <b>Bei Serogruppe B:</b> Impfung mit einem Meningokokken-B-Impfstoff nach den Angaben der Fachinformation, sofern für Altersgruppe zugelassen (s. S. 338)</p> <p>(siehe auch Neuerungen <i>Epid. Bull.</i> 33/2010 und <i>Epid. Bull.</i> 31/2012)</p>
<b>Mumps</b>	Ungeimpfte bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus mit Kontakt zu Mumps-kranken; möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition	Einmalige Impfung mit MMR-Impfstoff
<b>Pertussis</b>	Personen ohne Impfschutz mit engen Kontakten zu einem Erkrankten in Familie, Wohngemeinschaft oder einer Gemeinschaftseinrichtung.	Chemoprophylaxe mit einem Makrolid empfohlen (siehe auch RKI-Ratgeber für Ärzte „Pertussis“ unter <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a> > Infektionskrankheiten A–Z > Pertussis).
<b>Poliomyelitis</b>	Alle Kontaktpersonen von Poliomyelitis-Erkrankten unabhängig von ihrem Impfstatus  Ein Sekundärfall ist Anlass für Riegelungsimpfungen.	Postexpositionelle Impfung mit IPV ohne Zeitverzug  Sofortige umfassende Ermittlung und Festlegung von Maßnahmen durch die Gesundheitsbehörde  Riegelungsimpfung mit IPV und Festlegung weiterer Maßnahmen durch Anordnung der Gesundheitsbehörden
<b>Tetanus</b>	siehe Tabelle 5, S. 350	
<b>Tollwut</b>	siehe Tabelle 6, S. 351	
<b>Varizellen</b>	1. Bei ungeimpften Personen mit negativer Varizellen-Anamnese und Kontakt zu Risikopersonen	Postexpositionelle Impfung innerhalb von 5 Tagen nach Exposition* oder innerhalb von 3 Tagen nach Beginn des Exanthems beim Indexfall. Unabhängig davon sollte der Kontakt zu Risikopersonen (wie z. B die unter 2. Genannten) unbedingt vermieden werden.
	2. Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellen-Komplikationen, dazu zählen: <ul style="list-style-type: none"> <li>► ungeimpfte Schwangere ohne Varizellen-Anamnese</li> <li>► immunkompromittierte Patienten mit unsicherer oder fehlender Varizellen-Immunität</li> <li>► Neugeborene, deren Mutter 5 Tage vor bis 2 Tage nach der Entbindung an Varizellen erkrankte</li> <li>► Frühgeborene ab der 28. Schwangerschaftswoche, deren Mütter keine Immunität aufweisen, nach Exposition in der Neonatalperiode</li> <li>► Frühgeborene die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden, nach Exposition in der Neonatalperiode, unabhängig vom Immunitätsstatus der Mutter</li> </ul>	Postexpositionelle Gabe von Varizella-Zoster-Immunglobulin (VZIG) möglichst früh innerhalb von <b>3 Tagen und maximal bis zu 10 Tagen</b> nach Exposition.* Sie kann den Ausbruch einer Erkrankung verhindern oder deutlich abschwächen.  Für Applikation und Dosierung von VZIG sind die Angaben in den Fachinformationen zu beachten!  Die postexpositionelle Gabe von VZIG kann ggf. in Verbindung mit antiviraler Chemoprophylaxe erfolgen.  * Exposition heißt: <ul style="list-style-type: none"> <li>► 1 Stunde oder länger mit infektiöser Person in einem Raum</li> <li>► <i>face-to-face</i>-Kontakt</li> <li>► Haushaltskontakt</li> </ul>

## Impfungen bei gehäuftem Auftreten oder Ausbrüchen von Meningokokken-Erkrankungen

- ▶ Unter einem „**Ausbruch von Meningokokken-Erkrankungen**“ versteht man 2 oder mehr Erkrankungen der gleichen Serogruppe binnen 4 Wochen in einer Kinder-einrichtung, Schulklasse, Spielgruppe oder einer Gemein-schaftseinrichtung mit haushaltsähnlichem Charakter (Wohnheim, Internat, Kasernenstube u. a.);
- ▶ unter „**regional gehäuftem Auftreten**“ versteht man 3 oder mehr Erkrankungen der gleichen Serogruppe binnen 3 Monaten
  - in einem begrenzten Alterssegment der Bevölkerung (z. B. Jugendliche) eines Ortes oder
  - in einer Region mit einer resultierenden Inzidenz von  $\geq 10/100.000$  der jeweiligen Bevölkerung.

In Ergänzung zur Antibiotikaphylaxe für enge Kontaktpersonen (s. Tab. 3, S. 346 f, sowie Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie – DGPI – oder des Nationalen Referenzzentrums für Meningokokken sowie im RKI-Ratgeber für Ärzte „Meningokokken“) können die zuständigen Gesundheitsbehörden zusätzlich eine Impfprophylaxe empfehlen, sofern das gehäufte Auftreten oder der Ausbruch durch einen impfpräventablen Stamm hervorgerufen wurde. Begründet ist die Impfprophylaxe dadurch, dass die Möglichkeit des Auftretens weiterer Erkrankungen bis zu einigen Monaten nach Beginn der ersten Erkrankungen besteht.

Einbeziehen kann man bei einem Ausbruch in Analogie zur Antibiotikaphylaxe die engen Kontaktpersonen in den Haushalten der Erkrankten sowie deren Intimpartner sowie die engen Kontaktpersonen in Kindereinrichtung, Schulklasse, Spielgruppe und in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter.

Bei regional gehäuftem Auftreten ist die Entscheidung der zuständigen Gesundheitsbehörden in Abwägung von epidemiologischen und zeitlichen Zusammenhängen der Erkrankungen, ihrer Altersverteilung, dem Grad der öffentlichen Besorgnis und der Machbarkeit der Maßnahmen zu treffen.

Zur Impfung können die mit der den Ausbruch verursachenden Meningokokken-Serogruppe korrespondierenden zugelassenen Impfstoffe eingesetzt werden (s. S. 334 Anmerkungen zu Meningokokken).

Bei jedem Verdacht auf eine Meningokokken-Meningitis sollte deshalb umgehend Material zur Erregerisolierung an ein geeignetes Labor gesendet werden. Das Gesundheitsamt sollte auf die möglichst schnelle Übersendung der isolierten Meningokokken an das NRZ dringen, um deren Feintypisierung zu gewährleisten und bei einer Häufung eine Impfprävention empfehlen zu können.

## Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunitätsprophylaxe

*Im Falle einer Exposition gegenüber dem Hepatitis-B-Virus (HBV) ist eine schnelle Prophylaxe erforderlich. Die nachfolgenden Hinweise sind für die arbeitsmedizinische Anwendung formuliert und können analog auf andere Bereiche übertragen werden.*

Ein Infektionsrisiko besteht bei Stich- und Schnittverletzungen (insbesondere mit Hohlnadeln) und bei Blutkontakt mit Schleimhaut oder nicht intakter Haut. Jedes Ereignis dieser Art (z. B. im Gesundheitsdienst bei der Tätigkeit am Patienten, nachfolgend als **Indexpatient** bezeichnet) sollte durch den Beschäftigten (nachfolgend als **Exponierter** bezeichnet) als Arbeitsunfall gemeldet werden. Der HBsAg-Status des Indexpatienten und der HBV-Impfstatus des Exponierten sollten ermittelt werden.

Die weiteren Maßnahmen hängen vom HBsAg-Status des Indexpatienten ab:

1. Der **Indexpatient ist HBsAg-negativ**: Weitere Maßnahmen bzgl. Hepatitis B erübrigen sich (s. \* unten, S. 349). Ist der Exponierte ungeimpft oder unvollständig geimpft, sollte die Grundimmunisierung begonnen bzw. komplettiert werden.
2. Der **Indexpatient ist HBsAg-positiv**: Das weitere Vorgehen ist abhängig vom Impfstatus des Exponierten und ist weiter unten erläutert.

3. Der **HBsAg-Status des Indexpatienten ist unbekannt**: Hier sollte umgehend (innerhalb von 48 h) HBsAg beim Indexpatienten bestimmt werden. In Abhängigkeit vom Testergebnis sollte wie unter 1. bzw. 2. beschrieben vorgegangen werden. Ist eine Testung nicht innerhalb von 48 h oder gar nicht möglich (z. B. Stich erfolgte durch Kanüle im Müllsack), wird der Indexpatient grundsätzlich als HBsAg-positiv eingestuft, d. h. weiteres Vorgehen abhängig vom Impfstatus des Exponierten (s. u.).

Das nachfolgend beschriebene Vorgehen ist zusätzlich in Form eines Fließschemas (s. Abb. 1, S. 349) dargestellt.

### Für vollständig geimpfte Exponierte gilt:

Vorgehen in Abhängigkeit vom letzten Anti-HBs-Wert:

- ▶ **Anti-HBs wurde innerhalb der letzten 10 Jahre gemessen:**
  - Anti-HBs war  $\geq 100$  IE/l: keine Maßnahmen
  - Anti-HBs war  $10-99$  IE/l: Sofortige Bestimmung des aktuellen Anti-HBs-Wertes, das weitere Vorgehen ist vom Testergebnis abhängig (s. Tab. 4, S. 349).
  - Anti-HBs war  $< 10$  IE/l: Blutentnahme (Bestimmung von: HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBs), danach sofort simultane Gabe von HB-Impfstoff und HB-Immunglobulin, ohne das Testergebnis abzuwarten (s. \*\* unten, S. 349). *Ausnahme:* Wenn zu einem früheren, d. h. mehr als 10 Jahre zurückliegenden Zeitpunkt schon einmal ein

Anti-HBs  $\geq 100$  IE/l gemessen wurde, sollte nur HB-Impfstoff (kein HB-Immunglobulin) gegeben werden (s. auch Fließschema Abb. 1).

- ▶ *Anti-HBs wurde zuletzt vor mehr als 10 Jahren oder noch nie gemessen (oder Ergebnis ist unbekannt):* Sofortige Bestimmung des aktuellen Anti-HBs-Wertes. Das weitere Vorgehen ist vom Testergebnis abhängig (s. Tab. 4).

**Für unvollständig geimpfte Exponierte gilt:**

- ▶ Sofortige Bestimmung des aktuellen Anti-HBs-Wertes. Das weitere Vorgehen ist vom Testergebnis abhängig (s. Tab. 4).
- ▶ Durchführung der fehlenden Impfungen (gegebenenfalls kann ein verkürztes Impfschema angewandt werden, siehe Fachinformation).

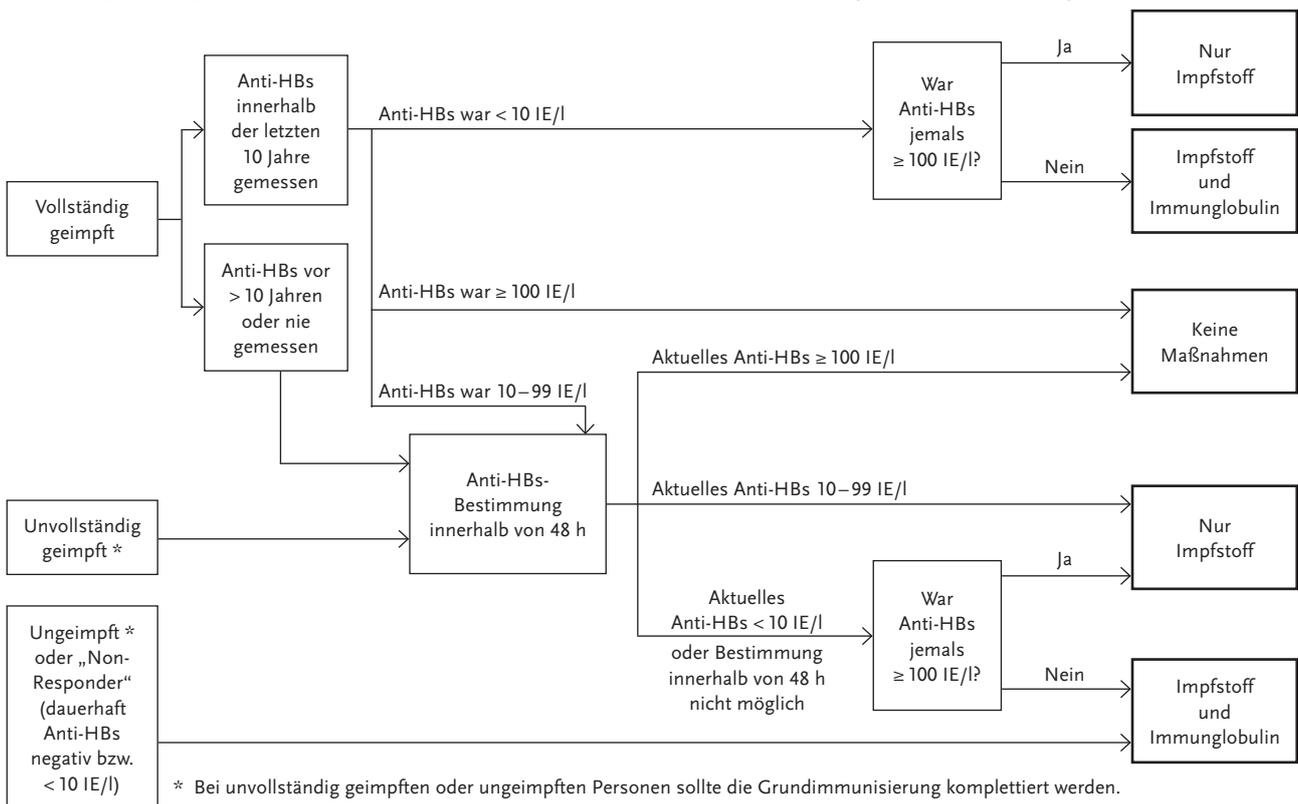
**Für ungeimpfte Exponierte und bekannte „Non-Responder“ (d. h. dauerhaft Anti-HBs < 10 IE/l) gilt:**

- ▶ Blutentnahme (Bestimmung von: HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBs), danach sofort simultane Gabe von HB-Impfstoff und HB-Immunglobulin, ohne das Testergebnis abzuwarten (s. \*\* unten).
- ▶ Bei ungeimpften Personen sollten 2 weitere Impfstoffdosen (im Anschluss an die Erstimpfung) nach dem üblichen Impfschema gegeben werden, um eine vollständige Grundimmunisierung zu erreichen. Die Antikörperantwort auf die HB-Impfung wird durch eine ggf. erfolgte simultane Immunglobulingabe nicht beeinträchtigt.

\* Sehr selten können auch HBsAg-negative Personen infektiös sein. Aus Kosten-Effektivitätsgründen scheint eine routinemäßige Testung aller Indexpatienten auf HBV-DNA nicht praktikabel.

\*\* Ein isoliert positives Ergebnis des Anti-HBc-Tests erfordert u. U. weitere diagnostische Abklärung. Eine erforderliche Impfung darf dadurch nicht verzögert werden.

**Abbildung 1: Vorgehen zur postexpositionellen Hepatitis-B-Immunitätsprophylaxe (Einzelheiten s. Text)**



**Tabelle 4: Hepatitis-B-Immunitätsprophylaxe nach Exposition in Abhängigkeit vom aktuellen Anti-HBs-Wert (Fließschema Abb. 1 und Text beachten!)**

Aktueller Anti-HBs-Wert	Erforderlich ist die Gabe von	
	HB-Impfstoff	HB-Immunglobulin
$\geq 100$ IE/l	Nein	Nein
10 – 99 IE/l	Ja	Nein
< 10 IE/l oder nicht innerhalb von 48 Stunden zu bestimmen	und Anti-HBs war $\geq 100$ IE/l zu einem früheren Zeitpunkt	Nein
	und Anti-HBs war nie $\geq 100$ IE/l oder unbekannt	Ja

## Postexpositionelle Tetanus-Immunprophylaxe im Verletzungsfall

Die Tetanus-Immunprophylaxe ist unverzüglich durchzuführen. Fehlende Impfungen der Grundimmunisierung sind entsprechend den für die Grundimmunisierung gegebenen Empfehlungen nachzuholen.

**Tabelle 5: Tetanus-Immunprophylaxe im Verletzungsfall**

Vorgeschichte der Tetanus-Immunisierung (Anzahl der erhaltenen Tetanus-Impfstoffdosen)	Saubere, geringfügige Wunden		Alle anderen Wunden <sup>1</sup>	
	DTaP/Tdap <sup>2</sup>	TIG <sup>3</sup>	DTaP/Tdap <sup>2</sup>	TIG <sup>3</sup>
Unbekannt	Ja	Nein	Ja	Ja
0 bis 1	Ja	Nein	Ja	Ja
2	Ja	Nein	Ja	Nein <sup>4</sup>
3 oder mehr	Nein <sup>5</sup>	Nein	Nein <sup>6</sup>	Nein

- 1 Tiefe und/oder verschmutzte (mit Staub, Erde, Speichel, Stuhl kontaminierte) Wunden, Verletzungen mit Gewebszertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung oder Eindringen von Fremdkörpern (z. B. Quetsch-, Riss-, Biss-, Stich-, Schusswunden)
  - ▶ schwere Verbrennungen und Erfrierungen
  - ▶ Gewebsnekrosen
  - ▶ septische Aborte
- 2 Kinder unter 6 Jahren erhalten einen Kombinationsimpfstoff mit DTaP, ältere Kinder Tdap (d. h. Tetanus-Diphtherie-Impfstoff mit verringertem Diphtherietoxoid-Gehalt und verringerter azellulärer Pertussis-Komponente). Erwachsene erhalten ebenfalls Tdap, wenn sie noch keine Tdap-Impfung im Erwachsenenalter ( $\geq 18$  Jahre) erhalten haben
  - oder sofern eine aktuelle Indikation für eine Pertussis-Impfung besteht (siehe Tab. 2, S. 335).
- 3 TIG = Tetanus-Immunglobulin, im Allgemeinen werden 250 IE verabreicht, die Dosis kann auf 500 IE erhöht werden; TIG wird simultan mit DTaP/Tdap-Impfstoff angewendet.
- 4 Ja, wenn die Verletzung länger als 24 Stunden zurückliegt.
- 5 Ja (1 Dosis), wenn seit der letzten Impfung mehr als 10 Jahre vergangen sind.
- 6 Ja (1 Dosis), wenn seit der letzten Impfung mehr als 5 Jahre vergangen sind.

## Postexpositionelle Tollwut-Immunprophylaxe

Ausführliche Informationen zur Tollwutepidemiologie in Deutschland finden sich im *Epid. Bull.* 8/2011.

**Tabelle 6: Postexpositionelle Tollwut-Immunprophylaxe**

Grad der Exposition	Art der Exposition durch ein tollwutverdächtiges oder tollwütiges Wild- oder Haustier oder eine Fledermaus	Art der Exposition durch einen Tollwut-Impfstoffködter	Immunprophylaxe * (Fachinformation beachten)
I	Berühren/Füttern von Tieren, Belecken der intakten Haut	Berühren von Impfstoffködtern bei intakter Haut	Keine Impfung
II	Nicht blutende, oberflächliche Kratzer oder Hautabschürfungen, Lecken oder Knabbern an der nicht intakten Haut	Kontakt mit der Impfflüssigkeit eines beschädigten Impfstoffködters an der nicht intakten Haut	Tollwut-Schutzimpfung
III	Bissverletzungen oder Kratzwunden, Kontakt von Schleimhäuten oder Wunden mit Speichel (z. B. durch Lecken), Verdacht auf Biss oder Kratzer durch eine Fledermaus oder Kontakt der Schleimhäute mit einer Fledermaus	Kontamination von Schleimhäuten und frischen Hautverletzungen mit der Impfflüssigkeit eines beschädigten Impfstoffködters	Tollwut-Schutzimpfung und einmalig mit der 1. Dosis simultan Verabreichung von Tollwut-Immunglobulin (20 IE/kg Körpergewicht)

\* Die einzelnen Impfungen und die Gabe von Tollwut-Immunglobulin sind sorgfältig zu dokumentieren.

### Anmerkungen zur postexpositionellen Tollwut-Immunprophylaxe

- ▶ Möglicherweise kontaminierte Körperstellen und alle Wunden sind unverzüglich und großzügig mit Seife oder Detergenzien zu reinigen, mit Wasser gründlich zu spülen und mit 70%igem Alkohol oder einem Jodpräparat zu behandeln; dies gilt auch bei einer Kontamination mit Impfflüssigkeit eines Impfstoffködters. Wunden sollten möglichst nicht primär genäht werden.
- ▶ Ab Expositionsgrad II erfolgt die aktive Immunisierung mit einem Tollwut-Impfstoff gemäß den Angaben in den Fachinformationen.
- ▶ Bei Expositionsgrad III wird zusätzlich zur aktiven Immunisierung eine passive Immunisierung mit Tollwut-Immunglobulin durchgeführt. Dazu wird vom Tollwut-Immunglobulin **soviel wie möglich** in und um die Wunde instilliert und die verbleibende Menge intramuskulär verabreicht.
- ▶ Falls eine indizierte Tollwut-Immunglobulin-Gabe beim ersten Impftermin versäumt wurde, kann diese bis zu 7 Tage nach der ersten Tollwut-Impfstoffdosis nachgeholt werden.
- ▶ Bei erneuter Exposition einer Person, die bereits vorher mit Tollwut-Zellkulturimpfstoffen geimpft wurde, sind die Angaben des Herstellers zu beachten.
- ▶ Bei Impfanamnese mit unvollständiger Impfung oder Impfung mit in der Europäischen Union nicht zugelassenen Impfstoffen wird entsprechend Tabelle 6 eine vollständige Immunprophylaxe durchgeführt.
- ▶ Bei gegebener Indikation ist die Immunprophylaxe unverzüglich durchzuführen; kein Abwarten bis zur Klärung des Infektionsverdachts beim Tier. Wird der Tollwutverdacht beim Tier durch tierärztliche Untersuchung entkräftet, kann die Impfserie abgebrochen oder als präexpositionelle Impfung weitergeführt werden.
- ▶ Zu beachten ist die Überprüfung der Tetanus-Impfdokumentation und ggf. die gleichzeitige Tetanus-Immunprophylaxe (siehe Tab. 5, S. 350).

## Empfehlungen zu Nachholimpfungen

bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unvollständigem oder unbekanntem Impfstatus

### Vorbemerkung

Die vorliegenden Hinweise basieren auf den Empfehlungen zu Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (siehe Impfkalender, S. 329).

Die Hinweise sollen Ärzten im Praxisalltag eine Hilfestellung geben, welche Impfungen bei ungeimpften bzw. verspätet oder unvollständig geimpften Patienten erforderlich sind, um den altersentsprechend empfohlenen Impfschutz zu erreichen. Evidenzbasierte Empfehlungen können bei diesen Fragestellungen häufig nicht gegeben werden, da es oft keine methodologisch hochwertigen Studien zur Impfeffektivität bei irregulären Impfschemata gibt. Die hier aufgeführten Empfehlungen beruhen daher überwiegend auf langjähriger Erfahrung und Expertise der Mitglieder der STIKO.

Weitere Expertenmeinungen sowie Empfehlungen ausländischer Impfkommisionen<sup>2,8-13</sup> wurden berücksichtigt.

Jeder Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollte dazu genutzt werden, den Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen möglichst umgehend nachzuholen.

### Ungeimpfte und Personen mit unklarem Impfstatus

Die Tabelle 7 (s. S. 353–355) gibt einen Überblick über die empfohlenen Impfungen und das entsprechende Impfschema in verschiedenen Altersgruppen. In den angegebenen Altersgruppen sind altersabhängige Besonderheiten der Impfempfehlungen sowie Anwendungshinweise aus den Fachinformationen der zugelassenen Impfstoffe berücksichtigt. Maßgeblich ist das Alter zu Beginn der Nachholimpfserie.

### Teilgeimpfte Personen

Bei teilimmunisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zählen bisher dokumentierte Impfungen, sofern der Mindestabstand zwischen den einzelnen Impfstoffdosen nicht unterschritten wurde. Für einen lang dauernden Impfschutz ist es von besonderer Bedeutung, dass bei der Grundimmunisierung (GI) der empfohlene Mindestabstand zwischen vorletzter und letzter Impfung (meist 6 Monate) nicht unterschritten wird. Unter dieser Voraussetzung gilt:

#### Jede Impfung zählt!

Dies bedeutet, dass es grundsätzlich keine unzulässig großen Abstände zwischen den Impfungen gibt. In der Regel muss auch bei einer für viele Jahre unterbrochenen Grundimmunisierung – z. B. gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, Hepatitis B – die Impfserie nicht neu begonnen werden. Auch eine nicht rechtzeitig gegebene Auffrischimpfung kann zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden.

Unter Berücksichtigung der Anzahl und der Zeitpunkte früher durchgeführter Impfungen sollte ein individueller Impfplan erstellt werden. Die Anzahl der noch erforderlichen Impfstoffdosen zur Komplettierung einer unterbrochenen Grundimmunisierung wird prinzipiell auf Basis der Empfehlungen für das Alter berechnet, in dem die Impfserie begonnen wurde. Im Falle von Impfungen, die nur bis zu einem bestimmten Alter empfohlen werden (Pneumokokken, Hib, Rotavirus), wird eine unvollständige Grundimmunisierung dann nicht fortgesetzt, wenn die zu impfende Person dieses Alter inzwischen überschritten hat. Eine unvollständige HPV-Impfserie soll hingegen auch nach dem 18. Geburtstag komplettiert werden (Kostenübernahme klären).

**Tabelle 7: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit fehlender Grundimmunisierung (GI)**

Ungeimpfte Personen: Tabelle für das aktuelle Alter benutzen

Teilgeimpfte Personen: Tabelle für das Alter bei erster erfolgter Impfung mit dem entsprechenden Antigen benutzen

N = nachzuholende Impfstoffdosis

A = Auffrischimpfung

Kinder < 12 Monate						
Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis				Alter in Jahren	
	0	1	1	6	5–8	9–17
Tetanus	N1	N2	N3	N4	A1	A2
Diphtherie (D)	N1	N2	N3	N4	A1	A2
Pertussis (aP)	N1	N2	N3	N4	A1	A2
Hib	N1	N2 <sup>a</sup>	N3	N4		
Poliomyelitis	N1	N2 <sup>a</sup>	N3	N4		A1
Hepatitis B	N1	N2 <sup>a</sup>	N3	N4		
Pneumokokken	N1		N2	N3		

Kinder von 12 Monaten bis < 5 Jahre					
Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Alter in Jahren	
	0	1	6	5–17	
Tetanus	N1	N2	N3	A1 <sup>b</sup>	A2 <sup>b</sup>
Diphtherie (D)	N1	N2	N3	A1 <sup>b</sup>	A2 <sup>b</sup>
Pertussis (aP)	N1	N2	N3	A1 <sup>b</sup>	A2 <sup>b</sup>
Hib	N1				
Poliomyelitis	N1	N2	N3		A1 <sup>c</sup>
Hepatitis B	N1	N2	N3		
Pneumokokken <sup>d</sup>	N1	Impfabstand ≥ 8 Wochen	N2		
Meningokokken C	N1				
MMR <sup>e</sup>	N1	N2			
Varizellen <sup>e</sup>	N1	N2			

Erläuterung der Fußnoten am Ende der Tabelle 7

(Fortsetzung Tabelle 7)

Kinder von 5 bis < 11 Jahre				
Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Alter in Jahren
	0	1	6	10–17
Tetanus	N1	N2	N3	A1 <sup>f</sup>
Diphtherie (d)	N1	N2	N3	A1 <sup>f</sup>
Pertussis (ap) <sup>g</sup>	N1	N2	N3	A1 <sup>f</sup>
Poliomyelitis	N1	N2	N3	A1
Hepatitis B	N1	N2	N3	
Meningokokken C	N1			
MMR	N1	N2		
Varizellen	N1	N2		

Kinder bzw. Jugendliche von 11 bis < 18 Jahre				
Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Impfintervall
	0	1	6	5–10 Jahre
Tetanus	N1	N2	N3	A1
Diphtherie (d)	N1	N2	N3	A1
Pertussis (ap) <sup>g</sup>	N1			A1
Poliomyelitis	N1	N2	N3	A1
Hepatitis B	N1	N2	N3	
Meningokokken C	N1			
MMR	N1	N2		
Varizellen	N1	N2		
HPV (Mädchen)	9–14 Jahre	G1		G2
	> 14 Jahre	N1	N2	N3
im Alter von 9–13 bzw. 9–14 Jahren (je nach verwendetem Impfstoff) Grundimmunisierung (G1) mit 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten, bei Nachholimpfung (NI) im Alter >13 bzw. >14 Jahren sind 3 Dosen erforderlich (Fachinformation beachten)				

Erläuterung der Fußnoten am Ende der Tabelle 7

(Fortsetzung Tabelle 7)

Erwachsene ab 18 Jahren				
Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Impfintervall
	0	1	6	alle 10 Jahre
Tetanus	N1	N2	N3	A
Diphtherie (d)	N1	N2	N3	A
Pertussis (ap) <sup>g</sup>	N1			A1 (einmalig)
Poliomyelitis	N1	N2	N3	A1 (einmalig)
Masern für nach 1970 Geborene	N1			
Röteln für Frauen im gebärfähigen Alter <sup>h</sup>	N1	N2		
Varizellen für seronegative Frauen mit Kinderwunsch	N1	N2		

**In Anlehnung an die Empfehlungen für Standardimpfungen (Stand: August 2015)**Hib = *Haemophilus influenzae* Typ b

MMR = Masern, Mumps, Röteln

HPV = Humane Papillomviren

- a Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffs kann diese Dosis entfallen.
- b Auffrischimpfung 5–10 Jahre nach der letzten Dosis der Grundimmunisierung bzw. nach einer vorangegangenen Auffrischimpfung.
- c Die Auffrischimpfung soll im Alter von 9–17 Jahren erfolgen.
- d Die Pneumokokken-Impfung ist ab dem Alter von 24 Monaten nicht mehr als Standardimpfung empfohlen und wird auch nicht nachgeholt.
- e Ab dem Alter von 11 Monaten.
- f Je nach Alter bei Abschluss der Grundimmunisierung sind auch 2 Auffrischimpfungen bis zum Erreichen des Erwachsenenalters möglich (Abstand zwischen G1 und A1 sowie A1 und A2 jeweils 5–10 Jahre).
- g In Deutschland ist kein monovalenter Pertussis-Impfstoff verfügbar. Daher kann die Impfung nur mit Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.
- h Ungeimpfte Frauen oder Frauen ohne Impfdokumentation erhalten 2 Impfungen, einmal geimpfte Frauen 1 Impfung. Mangels eines monovalenten Röteln-Impfstoffs kann MMR-Impfstoff verwendet werden.

**Beispiel**

Ein jetzt 2 ½ Jahre altes Kind hat im Alter von 2 und 3 Monaten jeweils eine Dosis Sechsfachimpfstoff DTaP-IPV-Hib-HepB und je eine Pneumokokken-Impfung erhalten, danach keine weiteren Impfungen.

Die Vervollständigung der Grundimmunisierung erfolgt entsprechend den Angaben für „Kinder < 12 Monate“ (= Alter bei erster erfolgter Impfung) in Tabelle 7. Es sind 2 weitere Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis und Hepatitis B mit einem Abstand von mindestens 6 Monaten erforderlich. Zum Schutz vor *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) würde bereits eine weitere Dosis eines Hib-haltigen Impfstoffs ausreichen, da ab einem Alter von 12 Monaten nur einmal geimpft werden muss. Trotzdem können beide Impfungen mit Sechs-

fachimpfstoff erfolgen, um die Anzahl der Injektionen so gering wie möglich zu halten. Durch die zusätzliche Impfstoffdosis Hib ist kein erhöhtes Risiko zu erwarten.

Die fehlenden Impfungen gegen MMR, Varizellen und Meningokokken C sind entsprechend den Angaben für „Kinder von 12 Monaten bis < 5 Jahren“ (gegen diese Krankheiten ist das Kind bislang ungeimpft) nachzuholen. Die Grundimmunisierung gegen Pneumokokken wird nicht fortgesetzt, weil die Impfung ab dem Alter von 24 Monaten nicht mehr empfohlen wird (außer für Kinder mit bestimmten Grundkrankheiten, in diesem Fall wären – je nach verwendetem Impfstoff – 1 oder 2 weitere Impfstoffdosen erforderlich (Fachinformation beachten)).

### Vorgehen bei fehlender Impfdokumentation

Ist der Impfausweis nicht auffindbar, sollte versucht werden, die Informationen zu früher durchgeführten Impfungen aus ärztlichen Unterlagen zu ermitteln. Gegebenenfalls kann auf Basis der dokumentierten Impfanamnese ein neuer Impfausweis ausgestellt werden.

Dem Problem fehlender Impfdokumente begegnet man in der Praxis auch häufig bei immigrierten Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen. Einen Überblick über die aktuellen Impfempfehlungen im Herkunftsland bietet die WHO-Internetseite unter: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/schedules](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules) und die ECDC-Internetseite <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>, wo die nationalen Impfpläne aller Länder aufgelistet sind. Grundsätzlich gilt, dass Impfungen, die nicht dokumentiert sind, den STIKO-Empfehlungen entsprechend nachgeholt werden sollen.

Bei unbekanntem Impfstatus, das heißt bei fehlender oder unvollständiger Dokumentation von Impfungen, ist im Interesse der zu schützenden Person von fehlenden Impfungen auszugehen. Anamnestische Angaben zu bisherigen Impfungen oder durchgemachten Krankheiten (z. B. Masern, Mumps, Röteln) sind mit Ausnahme von Varizellen (s. unten) oft unzuverlässig und sollten bei der Planung von Nachholimpfungen nicht berücksichtigt werden. In Einzelfällen kann ein hiervon abweichendes Vorgehen vertretbar sein.

### Anamnestische Angaben zu Varizellen

Eine Ausnahme zur Zuverlässigkeit anamnestischer Angaben bilden die Varizellen (Windpocken). Studien belegen, dass die Angabe einer früher durchgemachten Varizellen-Erkrankung mit typischem klinischem Bild eine hohe Aussagekraft besitzt.<sup>3</sup> Nach anamnestisch durchgemachten Windpocken ist die Varizellen-Impfung nicht erforderlich. In Zweifelsfällen sollte die Varizellen-Impfung jedoch durchgeführt werden, da insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Komplikationen der Varizellen (z. B. Pneumonie, Enzephalitis, Risiko der Fetopathie bei Erkrankungen in der Schwangerschaft) zunehmen.<sup>4</sup> Bei Personen, die aus tropischen Ländern, insbesondere Südostasien einreisen, ist zu beachten, dass eine Immunität gegenüber Varizellen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dort deutlich seltener besteht als in Europa.

### Indikation für serologische Titerbestimmungen

Serologische Kontrollen sind zur Klärung der Notwendigkeit von Nachholimpfungen nur in Ausnahmefällen sinnvoll, da die in klinischen Laboratorien verwendeten Testmethoden häufig keine ausreichende Sensitivität und Spezifität aufweisen. Für manche impfpräventablen Krankheiten (z. B. Pertussis) existiert kein sicheres serologisches Korrelat, das als Surrogatmarker für bestehende Immunität geeignet wäre. Ferner lässt die Antikörperkonzentration keinen Rückschluss auf eine möglicherweise bestehende zelluläre Immunität zu. Grundsätzlich gilt,

dass routinemäßige Antikörperbestimmungen vor oder nach Standardimpfungen nicht angebracht sind. Ausnahmen bilden die Überprüfung des Impferfolges bei Patienten mit Immundefizienz bzw. -suppression (s. Hinweise der STIKO im *Epid. Bull.* 39/2005) sowie zum Nachweis des Schutzes gegen Hepatitis B bei Personen mit einer Impfindikation gemäß Tab. 2, S. 332. Empfohlen werden Titerkontrollen außerdem zum Nachweis eines Varizellen-Schutzes bei Frauen mit Kinderwunsch und unklarer Varizellen-Anamnese.

### Ist „Überimpfen“ gefährlich?

Von zusätzlich verabreichten Impfstoffdosen geht in der Regel kein erhöhtes Risiko aus. Deshalb können zur Verringerung der notwendigen Injektionen Kombinationsimpfstoffe auch dann verwendet werden, wenn nicht alle enthaltenen Antigene/Impfstoffkomponenten erforderlich sind (s. auch Wahl der Impfstoffe). In Ausnahmefällen kann es nach wiederholter Gabe von Totimpfstoffen zu Nebenwirkungen wie einer ausgeprägten lokalen Unverträglichkeitsreaktion mit schmerzhafter Schwellung und Rötung der betroffenen Extremität (sogenanntes Arthus-Phänomen) kommen. Diese selbstlimitierende Reaktion tritt am ehesten bei hohen vorbestehenden Serum-Antikörperkonzentrationen nach sehr häufigen Impfungen mit Tetanus- und/oder Diphtherietoxoid auf. Nach dem Auftreten eines Arthus-Phänomens sollte vor weiteren Impfungen mit Td eine Antikörperbestimmung erfolgen. Für Pertussis-Antigene besteht dieses Risiko nicht.<sup>5</sup>

Zur Grundimmunisierung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b reicht ab dem Alter von 12 Monaten eine Impfstoffdosis aus. Trotzdem können die üblichen Fünffach- bzw. Sechsfachimpfstoffe DTaP-IPV-Hib(-HepB) weiter verwendet werden, wenn dies zur Komplettierung der übrigen Impfungen zweckmäßig ist. Negative Auswirkungen aufgrund der überzähligen Hib-Impfstoffdosen sind nicht zu befürchten.

### Wahl der Impfstoffe

Kombinationsimpfstoffe sind den monovalenten Impfstoffen vorzuziehen, wenn dadurch die Anzahl der Injektionen reduziert, das Impfziel früher erreicht und die Akzeptanz von Impfungen gesteigert werden kann. Gegen bestimmte Krankheiten (Diphtherie im Kindesalter, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis) sind in Deutschland aktuell keine monovalenten Impfstoffe verfügbar, sodass hier zwangsläufig Kombinationsimpfstoffe gegeben werden müssen (z. B. Nachholen einer fehlenden Mumps- oder Röteln-Impfung mit MMR-Impfstoff). Aufgrund der altersabhängigen Änderungen von Impfindikationen (z. B. *Haemophilus influenzae* Typ b bis zum 5. Geburtstag, Pneumokokken bis zum 2. Geburtstag) und der Einschränkung der Anwendung von zugelassenen Impfstoffen auf bestimmte Altersgruppen sind für Nachholimpfungen meist individuelle Impfpläne notwendig.

Der Sechsfachimpfstoff Infanrix hexa<sup>®</sup> (DTaP-IPV-Hib-HepB) sowie der Fünffachimpfstoff Infanrix<sup>®</sup>-IPV+Hib (DTaP-IPV-Hib) können laut Fachinformationen bis zum

Alter von 36 Monaten (3. Geburtstag) angewendet werden. Der Sechsfachimpfstoff Hexyon® (DTaP-IPV-Hib-HepB) ist für eine Anwendung bis zum Alter von 24 Monaten (2. Geburtstag) zugelassen. Der Fünffachimpfstoff Pentavac® (DTaP-IPV-Hib) sollte nach den Angaben der Fachinformation ab dem Alter von 6 Jahren nicht mehr verwendet werden. Alternativ können fehlende Impfungen mit dem Dreifachimpfstoff Infanrix® (DTaP, zugelassen bis zum 6. Geburtstag) und – simultan oder zeitlich versetzt – mit monovalenten Impfstoffen gegen Hepatitis B und Poliomyelitis ergänzt werden. Eine mit einem bestimmten Kombinationsimpfstoff begonnene Impfsreihe kann mit Impfstoffen eines anderen Herstellers vervollständigt werden.

Für die Hepatitis-B-Impfung werden je nach Lebensalter unterschiedlich dosierte Impfstoffe verwendet (Fachinformation beachten).

### Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis und Pertussis ab dem Alter von 5–6 Jahren

Ab dem Alter von 5–6 Jahren sollen für Impfungen gegen Diphtherie und Pertussis Impfstoffe mit reduzierter Antigenmenge (d statt D und ap statt aP) verwendet werden. Die entsprechenden Kombinationsimpfstoffe mit reduziertem Diphtherie- und Pertussis-Antigengehalt (Tdap, Td-IPV, Tdap-IPV) sind primär zur Auffrischimpfung vorgesehen. Die Zulassung beruht auf dem Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit für die Indikation „Auffrischimpfung“.

Zur Impfung bislang Ungeimpfter zugelassen sind Td-Impfstoffe und monovalente Polio-Impfstoffe (IPV). Da die jeweiligen Td- und Tdap-Impfstoffe bzw. Td-IPV- und Tdap-IPV-Impfstoffe derselben Hersteller hinsichtlich des Tetanus-, Diphtherie- und Polio-Antigengehalts identisch sind, erscheint es immunologisch plausibel, dass auch Tdap- und Tdap-IPV-Impfstoffe für diese Personengruppe geeignet sind.

Von mehreren ausländischen Impfkommissionen (z. B. Schweiz, Frankreich, den USA, Kanada<sup>2,8-10</sup> sowie verschiedenen Experten<sup>11-13</sup> wird die Anwendung von Tdap- bzw. Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoffen auch zur Erstimmunisierung in diesem Lebensalter ohne Einschränkungen empfohlen.

Aktuell liegen nur für einzelne Impfstoffpräparate Daten zur Anwendung von Tdap- und Tdap-IPV-Impfstoffen bei bislang Ungeimpften in dieser Altersgruppe vor (s. u.<sup>\*</sup>).

Es wird davon ausgegangen, dass diese Anwendung von der Zulassung abgedeckt ist. Da nicht gänzlich auszuschließen ist, dass die Anwendung der ap-haltigen Impfstoffe rechtlich dennoch als *Off-Label-Use* bewertet werden könnte, empfiehlt die STIKO, sicherheitshalber entsprechend aufzuklären und dies schriftlich zu dokumentieren.

Ein Schutz gegen Pertussis kann bei älteren Kindern und Erwachsenen bereits durch die einmalige Gabe eines Kombinationsimpfstoffs mit Pertussis-Komponente erreicht werden, weil bei der derzeitigen Durchseuchung mit *Bordetella pertussis* der Impfling im Allgemeinen nicht mehr immunologisch naiv gegen Pertussis ist. In einer Studie wurde bei über 90 % der Geimpften ab dem Alter von 11 Jahren bereits durch eine Impfstoffdosis eine Immunantwort induziert.<sup>14</sup> Entsprechende Hinweise finden sich auch in den Fachinformationen der betreffenden Impfstoffe.

### Off-Label-Use

Unter *Off-Label-Use* versteht man die Verordnung eines zugelassenen Fertigarzneimittels außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs, beispielsweise hinsichtlich der Anwendungsgebiete (Indikationen), der Dosierung oder der Behandlungsdauer. Der behandelnde Arzt haftet bei „Off-Label-Use“ für die medizinische Richtigkeit der Behandlung sowie für eventuelle unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW). Die ärztlichen Fachgesellschaften empfehlen, „Off-Label-Verordnungen“ nur auf Basis von gültigen Leitlinien bzw. Empfehlungen oder von anerkannter wissenschaftlicher Literatur durchzuführen. Unabdingbar ist im Rahmen eines „Off-Label-Gebrauchs“ die vorherige umfassende Aufklärung und Beratung des Patienten bzw. seiner Erziehungsberechtigten über Nutzen und Risiken der jeweiligen Impfung und darüber, dass der Impfstoff im „Off-Label-Use“ angewendet wird. Die ärztliche Behandlung und die ärztliche Aufklärung müssen in der Patientenakte umfassend dokumentiert werden.<sup>15-18</sup>

### Altersabhängige Empfehlungen für die Durchführung von Nachholimpfungen

#### Alter < 12 Monate

Fehlende DTaP-IPV-Hib-HepB- und Pneumokokkenkonjugat-Impfstoffdosen werden nachgeholt. Für eine vollständige

\* Dies ist (Stand Juli 2015) nur für Boostrix® und Boostrix Polio® der Fall.

In einer randomisierten Studie an  $\geq 40$ -jährigen Erwachsenen, die in den vorangegangenen 20 Jahren keinen Diphtherie- oder Tetanustoxoid-haltigen Impfstoff erhalten hatten, wurden die Immunogenität und Verträglichkeit von Boostrix® (Tdap) und Boostrix Polio® (Tdap-IPV) im Vergleich zu Td-Impfstoff untersucht.<sup>6</sup> Unabhängig vom verwendeten Impfstoff hatten nach 3 Impfstoffdosen (0–1–6 Monate) 99–100 % der Probanden schützende Antikörper-Spiegel gegen Diphtherie. Bereits nach 2 Impfstoffdosen hatten 100 % schützende Antikörper-Spiegel gegen Tetanus. Dies galt auch für Personen, die angaben, noch nie gegen Tetanus oder Diphtherie geimpft worden zu sein, u./o. bei denen zu Beginn der Impfsreihe keine Antikörper nachweisbar waren. Eine Antikörperantwort gegen Pertussis wurde bei > 95 % der Probanden bereits durch 1 Dosis Tdap- oder Tdap-IPV-Impfstoff induziert, ohne signifikante Steigerung durch weitere Impfstoffdosen. Die Verträglichkeit war bei allen Impfstoffen gleich gut.<sup>6</sup> Eine ähnliche Studie an Jugendlichen und Erwachsenen von 15–93 Jahren, die nur 1 Dosis der oben genannten Impfstoffe erhielten, zeigte ebenfalls vergleichbare Immunogenität und Verträglichkeit.<sup>7</sup>

ge Erstimmunisierung sollen 3 Impfstoffdosen in einmonatigem Abstand und eine 4. Impfung im Abstand von  $\geq 6$  Monaten zur vorangegangenen Impfung verabreicht werden.

Die Rotavirus-Impfserie kann nur in einem kurzen Zeitfenster nachgeholt werden, da die 1. Impfstoffdosis bis zum Alter von 12 Wochen verabreicht werden sollte und die letzte Dosis je nach verwendetem Impfstoff vorzugsweise bis zum Alter von 16 Wochen (Rotarix®) bzw. 20–22 Wochen (RotaTeq®) abgeschlossen werden sollte (s. Fachinformationen). Die Impfserie muss bis zum Alter von 24 bzw. 32 Wochen abgeschlossen sein.

Weitere Impfungen erfolgen gemäß dem allgemeinen Impfkalender der STIKO.

#### **Alter von 12 Monaten bis < 5 Jahren**

Fehlende DTaP-IPV-Hib-HepB-Impfstoffdosen werden nachgeholt. Für eine vollständige Erstimmunisierung werden 2 Dosen in mindestens einmonatigem Abstand verabreicht sowie eine 3. Impfung im Abstand von  $\geq 6$  Monaten zur vorangegangenen Impfung. Auffrischimpfungen werden im Alter von 5–6 Jahren (frühestens 2 Jahre nach der 3. Impfstoffdosis) und mit 9–17 Jahren gegeben. Ab dem Alter von 12 Monaten sind für Hib nur noch eine Impfstoffdosis und für Pneumokokken nur noch 2 Impfstoffdosen (im Abstand von 8 Wochen) erforderlich. Ab dem Alter von 2 Jahren ist eine Pneumokokken-Impfung nur noch für Kinder mit besonderem Risiko empfohlen (Indikationsimpfung). Zusätzlich erfolgen 2 MMR- und Varizellen-Impfungen im Abstand von 4–6 Wochen und eine Meningokokken-C-Konjugatimpfung.

#### **Alter von 5 bis < 11 Jahren**

Fehlende Polio-Impfungen und DTaP- bzw. Tdap-Impfstoffdosen werden unter Verwendung von Impfstoffen mit altersentsprechendem Antigengehalt nachgeholt. Bis zum 6. Geburtstag kann laut Fachinformation der Dreifachimpfstoff Infanrix® (DTaP) verwendet und simultan am anderen Arm eine Impfung gegen Poliomyelitis mit IPV-Impfstoff erfolgen.

Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren (je nach Angaben des Herstellers) sollte ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid- (d) und Pertussis-Antigengehalt (p) verwendet werden. Je nach Bedarf können die Kombinationsimpfstoffe Tdap oder Tdap-IPV eingesetzt werden (s. S. 357) (3 Impfstoffdosen im Abstand von 0–1–6 Monaten).

In Abhängigkeit vom Alter bei Abschluss der Erstimmunisierung können für diese Altersgruppe eine oder zwei Tdap-Auffrischimpfungen im Alter von 10–17 Jahren sinnvoll sein. Eine Auffrischimpfung sollte frühestens 5 Jahre nach der letzten Dosis der Erstimmunisierung bzw. nach einer vorangegangenen Auffrischimpfung erfolgen. Die Erstimmunisierung gegen Hepatitis B besteht aus 3 Impfungen (0–1–6 Monate). Zusätzlich erfolgen zwei MMR- und Varizellen-Impfungen im Abstand von 4–6 Wochen und eine Impfung mit einem Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff.

Mädchen im Alter von 9 bis 13 bzw. 14 Jahren (je nach verwendetem Impfstoff) sollten eine zweimalige HPV-Impfung nach dem in den Fachinformationen angegebenen Impfschema erhalten.

#### **Alter von 11 bis < 18 Jahren**

Bei fehlender Impfung gegen Pertussis kann ein Schutz bereits durch 1 Dosis Tdap- oder Tdap-IPV-Impfstoff erreicht werden.<sup>14</sup> Falls auch eine Erstimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis indiziert ist, sollte die erste der erforderlichen 3 Impfungen (0–1–6 Monate) mit einem Tdap- bzw. Tdap-IPV-Impfstoff erfolgen (s. Erläuterungen S. 357).

Eine Auffrischimpfung mit Tdap bzw. Tdap-IPV sollte 5–10 Jahre nach Abschluss der Erstimmunisierung, möglichst noch vor Erreichen des Erwachsenenalters, erfolgen. Eine Erstimmunisierung gegen Hepatitis B sollte mit einem für das jeweilige Alter zugelassenen Impfstoff mit 3 Impfstoffdosen (0–1–6 Monate) durchgeführt werden. Zusätzlich erfolgen 2 MMR- und Varizellen-Impfungen im Abstand von 4–6 Wochen und eine Meningokokken-C-Konjugatimpfung.

Bei Mädchen im Alter bis 13 bzw. 14 Jahren (je nach verwendetem Impfstoff) sollte eine zweimalige HPV-Impfung nach dem in den Fachinformationen angegebenen Impfschema durchgeführt werden. Bei älteren Mädchen und jungen Frauen soll die Impfung bis zum Alter von 17 Jahren nachgeholt werden. Bei Nachholimpfung im Alter  $> 13$  bzw.  $> 14$  Jahren sind 3 Impfstoffdosen erforderlich (Fachinformation beachten).

#### **Nachholimpfungen im Erwachsenenalter**

Auch Erwachsene sollten alle für ihre Altersgruppe empfohlenen Impfungen und gegebenenfalls Nachholimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis erhalten. Ungeimpfte bzw. Personen mit unklarem Impfstatus können 3 Dosen eines Td- oder Td-IPV-Kombinationsimpfstoffs (0–1–6 Monate) erhalten. Für den Pertussis-Impfschutz sollte bei der ersten Impfung ein Tdap- bzw. Tdap-IPV-Impfstoff verwendet werden (s. Erläuterungen S. 357).<sup>9</sup> Td-Auffrischimpfungen sollten jeweils 10 Jahre nach der vorangegangenen Impfung erfolgen. Bei der ersten fälligen Auffrischimpfung sollte einmalig ein Tdap-Kombinationsimpfstoff verwendet werden.

Nach 1970 geborene Personen  $\geq 18$  Jahre sollten eine einmalige Masern-Impfung mit einem MMR-Impfstoff erhalten. Frauen im gebärfähigen Alter sollten eine zweimalige Röteln-Impfung mit einem MMR-Impfstoff erhalten.

Die Varizellen-Impfung (2 Impfstoffdosen im Abstand von 4–6 Wochen) ist für seronegative Frauen mit Kinderwunsch empfohlen.

Ab dem Alter von 60 Jahren empfiehlt die STIKO die einmalige Impfung gegen Pneumokokken und die jährliche Impfung gegen Influenza als Standardimpfungen.

Literatur und Tabelle 8 zum Abschnitt „Empfehlungen zu Nachholimpfungen“ s. S. 359 f.

**Tabelle 8: Handelsnamen und Anwendungsalter der im Text erwähnten Impfstoffe in Deutschland**  
(ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Antigenkombination	Handelsname	Anwendung ab <sup>a</sup>	Anwendung bis <sup>a</sup>
<b>DTaP</b>	Infanrix <sup>®</sup>	2 Monate	6. Geburtstag (72 Monate)
<b>DTaP-IPV-Hib</b>	Infanrix-IPV + Hib <sup>®</sup>	2 Monate	3. Geburtstag (36 Monate)
	Pentavac <sup>®</sup>	2 Monate	6. Geburtstag (72 Monate) <sup>c</sup>
<b>DTaP-IPV-Hib-HepB</b>	Infanrix hexa <sup>®</sup>	2 Monate	3. Geburtstag (36 Monate)
	Hexyon <sup>®</sup>	6 Wochen	2. Geburtstag (24 Monate)
<b>Td</b>	Td-Immun <sup>®</sup> , Td-Impfstoff Mérieux <sup>®</sup> , Td-pur <sup>®</sup>	5. Geburtstag (60 Monate)	ohne Altersgrenze
	Td-Rix <sup>®</sup>	6. Geburtstag (72 Monate)	ohne Altersgrenze
<b>Tdap</b>	Boostrix <sup>®</sup> , Covaxis <sup>®</sup> , Tdap-IMMUN <sup>®</sup>	4. Geburtstag (48 Monate)	ohne Altersgrenze
<b>Tdap-IPV</b>	Boostrix Polio <sup>®</sup>	4. Geburtstag (48 Monate)	ohne Altersgrenze
	Repevax <sup>®</sup>	3. Geburtstag (36 Monate)	ohne Altersgrenze
<b>Td-IPV</b>	Revaxis <sup>®</sup>	5. Geburtstag (60 Monate)	ohne Altersgrenze
<b>IPV</b>	IPV-Mérieux <sup>®</sup>	2 Monate	ohne Altersgrenze
<b>MMR</b>	M-M-RVaxPro <sup>®</sup>	(9–) 12 Monate <sup>b</sup>	ohne Altersgrenze
	Priorix <sup>®</sup>	9 Monate	ohne Altersgrenze
<b>MMR-V</b>	Priorix-Tetra <sup>®</sup>	(9–) 11 Monate <sup>b</sup>	13. Geburtstag
<b>Varizellen</b>	Varivax <sup>®</sup>	(9–) 12 Monate	ohne Altersgrenze
	Varilrix <sup>®</sup>	(9–) 11 Monate	ohne Altersgrenze

a laut Fachinformation (Stand: Juli 2015)

b Wird ein früherer Impfschutz für notwendig erachtet, kann bereits ab dem Alter von 9 Monaten geimpft werden, s. Anmerkungen zur Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln (S. 338).

c Altersgrenze in der Fachinformation vom Juli 2015 nicht mehr explizit genannt

## Literatur zum Abschnitt „Empfehlungen zu Nachholimpfungen“

1. Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ): Stellungnahme zu medizinischen Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen. *Monatsschr Kinderheilkunde* 2008;156(2):170–175
2. Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen: Schweizerischer Impfplan 2011, Stand Januar 2011. Bundesamt für Gesundheit Bern 2011; [www.bag.admin.ch/infinfo](http://www.bag.admin.ch/infinfo)
3. Heininger U, Baer G, Bonhoeffer J, Schaad UB: Reliability of varicella history in children and adolescents. *Swiss Med Wkly* 2005 Apr 30;135(17–18):252–255
4. Boelle PY, Hanslik T: Varicella in non-immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates. *Epidemiol Infect* 2002 Dec;129(3): 599–606
5. Stehr K, Heininger U, Uhlenbusch R, et al.: Immunogenicity and safety of a monovalent, multicomponent acellular pertussis vaccine in 15 month-6-year-old German children. *Monovalent Acellular Pertussis Vaccine Study Group*. *Eur J Pediatr* 1995 Mar;154(3):209–2014
6. Theeten H, Rumke H, Hoppener FJ, et al.: Primary vaccination of adults with reduced antigen-content diphtheria-tetanus-acellular pertussis or dTpa-inactivated poliovirus vaccines compared to diphtheria-tetanus-toxoid vaccines. *Curr Med Res Opin* 2007 Nov;23(11):2729–2739
7. Grimprel E, von Sonnenburg F, Sanger R, et al.: Combined reduced-antigen-content diphtheria-tetanus-acellular pertussis and polio vaccine (dTpa-IPV) for booster vaccination of adults. *Vaccine* 2005 May 25;23(28):3657–3667
8. Institut de Veille Sanitaire: Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. *BEH* 2011 (10–11): 117. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-10-11-2011>
9. Advisory Committee on Immunization Practices: Preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adolescents: use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccines. *MMWR* 2006; 55(RR-3)
10. Public Health Agency of Canada: Canadian Immunization Guide. 7th edition 2006. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php>
11. Quast U, Ley-Köllstadt S, Arndt U: Schwierige Impffragen – kompetent beantwortet. 3. Auflage, DGK-Beratung und Vertrieb GmbH 2013
12. Schmitt HJ: Frage des Monats: Kind 6 Jahre ungeimpft. *Impfbrief.de* 2007;Nr.3:6. <http://impfbrief.de>
13. Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen. Vom 2.9.1993; Stand: 1.1.2015; Vom 2.9.1993; Stand: 1.1.2015; [https://www.slaek.de/media/dokumente/ozmedien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/E1\\_2015\\_Druck.pdf](https://www.slaek.de/media/dokumente/ozmedien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/E1_2015_Druck.pdf)
14. Knuf M, Zepp F, Meyer C, Grzegowski E, Wolter J, Riffelmann M, et al.: Immunogenicity of a single dose of reduced-antigen acellular pertussis vaccine in a non-vaccinated adolescent population. *Vaccine* 2006 Mar 15; 24(12):2043–2048
15. Meschke A, Makoski K: Haftung bei Impfungen. *Kinder- und Jugendarzt* 2011;42(6):374–376
16. Meschke A: Impfen über die STIKO hinaus – Rechtliche Aspekte. *Kinderärztliche Praxis* 2008;79 (Sonderheft „Impfen“):2–4
17. Jablonsky H: Richtiges Vorgehen außerhalb der Indikation. Die Haftung im Off-Label-Use. *pädiatrie hautnah* 2011;22(6):475–479
18. Koyuncu A: Arzneimittelversorgung im Off-Label-Use – der rechtliche Rahmen. *Dtsch Med Wochenschr* 2012;137:1519–1523

## Liste der STIKO-Empfehlungen und ihrer wissenschaftlichen Begründungen

### Cholera:

1. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Cholera; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2010 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/31\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/31_10.pdf?__blob=publicationFile))

### Gelbfieber:

2. Wissenschaftliche Begründung zur Änderung der Gelbfieber-Impfempfehlung aufgrund der Änderungen in den Regelungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften zu Gelbfieber; publiziert im *Epid. Bull.* 35/2015

### Hepatitis B:

3. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Hepatitis B; publiziert im *Epid. Bull.* 36/37/2013 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/36\\_37\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/36_37_13.pdf?__blob=publicationFile))
4. Hinweise zur Notwendigkeit der Wiederimpfung 10 Jahre nach erfolgter Grundimmunisierung gegen Hepatitis B (HB) im Säuglings- bzw. Kindesalter, publiziert im *Epid. Bull.* 31/2007 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Ausgabenlinks/31\\_07.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Ausgabenlinks/31_07.pdf?__blob=publicationFile))

### HPV:

5. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen humane Papillomviren publiziert im *Epid. Bull.* 35/2014 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/35\\_14.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/35_14.pdf?__blob=publicationFile))
6. Impfung gegen HPV – Aktuelle Bewertung der STIKO; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2009 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/32\\_09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/32_09.pdf?__blob=publicationFile))
7. Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung; publiziert im *Epid. Bull.* 12/2007 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Ausschnitte/HPV\\_STIKO\\_12\\_07.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Ausschnitte/HPV_STIKO_12_07.pdf?__blob=publicationFile))

### Influenza (saisonal):

8. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Influenza; publiziert im *Epid. Bull.* 36/37/2013 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/36\\_37\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/36_37_13.pdf?__blob=publicationFile))
9. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Influenza; Empfehlung zur Impfung von Schwangeren, publiziert im *Epid. Bull.* 31/2010 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/31\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/31_10.pdf?__blob=publicationFile))
10. Begründung der STIKO für die Influenza-Impfung bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) mit durch Infektionen getriggerten Schüben; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2004 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2004/Ausgabenlinks/32\\_04.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2004/Ausgabenlinks/32_04.pdf?__blob=publicationFile))
11. Wirksamkeit und Sicherheit der Influenza-Impfung für Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen (online verfügbar unter: [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Begruendung/influenza\\_cl.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Begruendung/influenza_cl.pdf?__blob=publicationFile))

### Masern:

12. Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, publiziert im *Epid. Bull.* 32/2010 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32_10.pdf?__blob=publicationFile))

### Meningokokken:

13. Aktualisierung der Meningokokken-Impfempfehlung: Indikationsimpfung – Postexpositionelle Impfung – Berufliche Indikation; publiziert im *Epid. Bull.* 37/2015
14. Änderung der Empfehlungen zur Indikationsimpfung gegen Meningokokken; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2012 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/32\\_12.pdf;jsessionid=F02A0415B5DC8F3800D6D149BB96F8CF.2\\_cid372?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/32_12.pdf;jsessionid=F02A0415B5DC8F3800D6D149BB96F8CF.2_cid372?__blob=publicationFile))
15. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Meningokokken; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2010 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32_10.pdf?__blob=publicationFile))
16. Empfehlung und Begründung einer postexpositionellen Meningokokken-Impfung; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2009 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31\\_09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31_09.pdf?__blob=publicationFile))
17. Begründungen zur allgemeinen Empfehlung der Impfung gegen Meningokokken im Säuglings und Kindesalter – Impfung der Kinder im 2. Lebensjahr mit konjugiertem Meningokokken-Impfstoff der Serogruppe C; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2006 ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Ausgabenlinks/31\\_06.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Ausgabenlinks/31_06.pdf?__blob=publicationFile))

### Mumps:

18. Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Mumps; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2012 ([http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Begruendung/mumps\\_aenderung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Begruendung/mumps_aenderung.pdf?__blob=publicationFile))

### Pertussis:

19. Zusätzliche Pertussis-Impfung im Erwachsenenalter als Tdap-Kombinationsimpfung bei der nächsten fälligen Td-Impfung – Empfehlung und Begründung; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2009 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31\\_09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31_09.pdf?__blob=publicationFile))
20. Klinische Studien mit azellulären Pertussiskomponenten-Impfstoffen bei Erwachsenen: Anlage zum *Epid. Bull.* 31/2009 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31\\_09\\_Anlage\\_Pertussis.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31_09_Anlage_Pertussis.pdf?__blob=publicationFile))
21. Erweiterung der beruflichen Indikationen für eine Pertussis-Impfung; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2009 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31\\_09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/31_09.pdf?__blob=publicationFile))
22. Begründung für die STIKO-Empfehlung einer Pertussis-Auffrischimpfung im Vorschulalter; publiziert im *Epid. Bull.* 03/2006 ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Ausgabenlinks/03\\_06.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Ausgabenlinks/03_06.pdf?__blob=publicationFile))

### Pneumokokken:

23. Wissenschaftliche Begründung zur Änderung der Pneumokokken-Impfempfehlung für Säuglinge; publiziert im *Epid. Bull.* 36/2015
24. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Indikationsimpfung gegen Pneumokokken publiziert im *Epid. Bull.* 36/2014 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/36\\_14.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/36_14.pdf?__blob=publicationFile))
25. Begründungen zur allgemeinen Empfehlung der Impfung gegen Pneumokokken im Säuglings und Kindesalter – Pneumokokken-Impfung mit 7-valentem Konjugatimpfstoff für Kinder unter 2 Jahren; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2006 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Ausgabenlinks/31\\_06.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Ausgabenlinks/31_06.pdf?__blob=publicationFile))
26. Zur Impfung gegen Pneumokokken-Krankheiten; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2005 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/Ausgabenlinks/31\\_05.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/Ausgabenlinks/31_05.pdf?__blob=publicationFile))
27. Begründung der STIKO-Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung; publiziert im *Epid. Bull.* 28/2001 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2001/Ausgabenlinks/28\\_01.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2001/Ausgabenlinks/28_01.pdf?__blob=publicationFile))

### Röteln:

28. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Röteln; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2010 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/32_10.pdf?__blob=publicationFile))

### Rotavirus:

29. Empfehlung und wissenschaftliche Begründung der Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen; publiziert im *Epid. Bull.* 35/2013 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/35\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/35_13.pdf?__blob=publicationFile))

### Tollwut:

30. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Tollwut; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2010 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/31\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/31_10.pdf?__blob=publicationFile))

### Varizellen:

31. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur passiven Immunisierung mit Varicella-Zoster-Immunglobulin (VZIG); publiziert im *Epid. Bull.* 35/2015
32. Impfung gegen Varizellen im Kindesalter: Empfehlung einer zweiten Varizellenimpfung; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2009 ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/32\\_09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/Ausgaben/32_09.pdf?__blob=publicationFile))
33. Begründung der STIKO für eine allgemeine Varizellenimpfung; publiziert im *Epid. Bull.* 49/2004 ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2004/Ausgabenlinks/49\\_04.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2004/Ausgabenlinks/49_04.pdf?__blob=publicationFile))

**Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut****Vorsitzender:**

Dr. Jan Leidel, ehem. Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln

**Stellvertretender Vorsitzender:**

Prof. Dr. Rüdiger v. Kries, Abteilung für Epidemiologie im Kindes- und Jugendalter, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München

**Mitglieder der STIKO:**

Siehe [www.stiko.de/Mitgliedschaft](http://www.stiko.de/Mitgliedschaft)

**Geschäftsstelle der STIKO:**

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Impfprävention  
Seestraße 10, 13353 Berlin

Das Fachgebiet Impfprävention am Robert Koch-Institut bietet telefonische Auskunft bei Fragen zur Umsetzung der STIKO-Empfehlungen an (nur für impfende Ärzte!).

Es wird keine reisemedizinische Impfberatung angeboten.

Tel.: 030. 18 754 – 35 39, Montag von 9.30 – 11.30 Uhr und Donnerstag von 12.00 – 14.00 Uhr

**Bezugsmöglichkeiten der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (Epid. Bull. 34/2015)**

Einzel Exemplare können beim RKI zu folgenden Bedingungen angefordert werden:

- ▶ kostenfrei bis zu 2 Exemplare nach Einsenden eines adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages für das Format A4,
- ▶ mehr als 2 Exemplare nach Bestellung (schriftlich) gegen Rechnung zum Stückpreis von 0,50 Euro.

Wir bitten, zur Bestellung folgende Adresse zu verwenden:

Robert Koch-Institut  
Kennwort „STIKO-Empfehlungen“  
Nordufer 20  
13353 Berlin

Die Impfempfehlungen der STIKO sind auch im Internet abrufbar unter [www.stiko.de](http://www.stiko.de), in englischer Sprache unter [www.stiko.de/en](http://www.stiko.de/en).

Bei Verbreitung dieser Ankündigung wird gebeten, die Bezugsbedingungen korrekt wiederzugeben. Falls ein Nachdruck in anderen Zeitschriften gewünscht ist, wird gebeten, die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* zu kontaktieren.

**Weitere Informationsmaterialien**

- ▶ **RKI-Ratgeber für Ärzte zu einzelnen Infektionskrankheiten**  
[www.rki.de/ratgeber](http://www.rki.de/ratgeber)
- ▶ **Fremdsprachige Informationsmaterialien zu Impfungen**  
[www.rki.de/impfen](http://www.rki.de/impfen) > Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen
  - ▶ **Impfkalender in 16 Sprachen**
  - ▶ **Glossar medizinischer Begriffe zum Thema Impfen in 15 Sprachen**
  - ▶ **Aufklärungsinformationen zur MMR-Impfung in 15 Sprachen**
  - ▶ **Aufklärungsinformationen zur Varizellen-Impfung in 15 Sprachen**
  - ▶ **Aufklärungsinformationen zur Tdap-IPV-Impfung in 15 Sprachen**
  - ▶ **Aufklärungsinformationen zur 6-fach-Impfung in 15 Sprachen**
  - ▶ **Informationen zu Kinderlähmung (engl., franz., arab.)**
- ▶ **Laienverständliche Informationsmaterialien**  
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Thema Impfen (teilweise fremdsprachig): [www.impfen-info.de/infomaterial](http://www.impfen-info.de/infomaterial)

**Impressum****Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel.: 030. 18 754 – 0  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Redaktion**

- ▶ Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)  
Tel.: 030. 18 754 – 23 24  
E-Mail: [Seedatj@rki.de](mailto:Seedatj@rki.de)
- ▶ Dr. med. Markus Kirchner, Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)  
E-Mail: [KirchnerM@rki.de](mailto:KirchnerM@rki.de)
- ▶ Redaktionsassistent: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)  
Tel.: 030. 18 754 – 24 55  
E-Mail: [SmolinskiF@rki.de](mailto:SmolinskiF@rki.de)

**Vertrieb und Abonentenservice**

E.M.D. GmbH  
European Magazine Distribution  
Birkenstraße 67, 10559 Berlin  
Tel.: 030. 330 998 23, Fax: 030. 330 998 25  
E-Mail: [EpiBull@emd-germany.de](mailto:EpiBull@emd-germany.de)

**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im Internet zur Verfügung: [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

**Druck**

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

**Nachdruck**

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)  
PVKZ A-14273