

Reiseschutzimpfungen für Seniorinnen und Senioren

DSTG-Senioreninnen und Senioren, die sich körperlich fit fühlen und unternehmungslustig sind, reisen heute so aktiv und vielfältig wie nie zuvor. Mit dem Ruhestand beginnt für viele DSTG-Mitglieder ein neues Kapitel voller Abenteuer und Fernweh. Ob Weltreisen, Kreuzfahrten, Fernreisen oder ein Besuch bei der Familie im Ausland – Ruheständler erkunden heute gerne die Kontinente. Heute ist es für Seniorinnen und Senioren selbstverständlich und auch einfach, ferne Länder zu bereisen. Mit mehr Zeit, Erfahrung und oft auch finanzieller Freiheit können heute DSTG-Mitglieder alle Erdteile auf ganz besondere Weise erkunden. Ob Kultur- und Naturerlebnisreisen oder entspannte Wellnessurlaube: Ruheständler entdecken die weite Welt und die Vielfalt mit Neugier, Komfort und oft auch mit mehr Zeit als jüngere Reisende. Deutsche Staatsbürger genießen eine der größten Reisefreiheiten weltweit – mit einem deutschen Reisepass kann man visumfrei in über 190 Länder reisen.

Zur Ergänzung des Senioren-Info 5/25 – Standard-Impfungen – erklärt der DSTG-Seniorenbeirat Berlin die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu Reiseschutzimpfungen für Seniorinnen und Senioren, ergänzt mit praktischen Hinweisen für die Vorbereitungen von Fernreisen.

1. Personalausweis, Pass und andere Dokumente

Für Reisen innerhalb der EU genügt in der Regel der Personalausweis; bei Fernreisen ist der Reisepass erforderlich. Personalausweis bzw. Pass sollten mindestens bis zum Rückreisedatum gültig sein, manche Länder verlangen sechs Monate darüber hinaus eine Gültigkeit. Beizeiten sollte auch geklärt werden, ob und inwieweit zusätzlich ein Visum, eine elektronische Genehmigung (z. B. ESTA, eTA) oder Transitgenehmigungen erforderlich sind. Für die Reise sollten von allen wichtigen Dokumenten Papierkopien und digitale Kopien gefertigt werden. Vor Reiseantritt sollte genau geprüft werden, welche



Dokumente einzelne Urlaubsänder verlangen. Auf der Website des Auswärtigen Amtes gibt es hierzu detaillierte länderspezifische Hinweise für die Einreisebestimmungen. In allen EU-Ländern reicht der nationale Führerschein aus. Für Fahrten außerhalb der Europäischen Union ist häufig ein Internationaler Führerschein neben dem nationalen Führerschein erforderlich. Dieser muss vorab in Deutschland beantragt werden und ist nur in Kombination mit dem normalen deutschen Führerschein gültig. Er ist kein eigenständiger Führerschein, sondern ein Zusatzdokument zum nationalen Führerschein und drei Jahre gültig. In einigen Ländern kann die Gültigkeit verkürzt sein, abhängig von lokalen Vorschriften. Die in Deutschland ausgestellten internationalen Führerscheine sind mehrseitig, grau und haben in etwa das Format der alten deutschen Papierführerscheine.



2. Informationen des Auswärtigen Amtes

Vor jeder Fernreise sollten die [Reise- u. Sicherheitshinweise des Auswärtiges Amtes](#) beachtet werden. Auf der Homepage sind nach Ländern sortiert alle wichtigen Daten und Adressen veröffentlicht, die Touristen im Land stets zur Hand haben sollten. Aufgelistet sind die Botschaft der Bundesrepublik Deutschland, die verschiedenen Generalkonsulate der Bundesrepublik Deutschland, Reisewarnungen, rechtliche Besonderheiten und wichtige Zollvorschriften.

Für deutsche Staatsangehörige besteht im Ausland keine Meldepflicht. Um in Krisen- und in Katastrophenfällen deutschen Staatsangehörigen konsularische Hilfe leisten zu können, bietet das Auswärtige Amt deutschen Staatsangehörigen die Möglichkeit, sich in der onlinebasierten Krisenvorsorgeliste „ELEFAND“ zu registrieren. [ELEFAND](#) steht für „Elektronische Erfassung von Deutschen im Ausland“ und ist das offizielle Register des Auswärtigen Amtes für Deutsche, die sich im Ausland, unabhängig davon, ob sie sich dort lediglich vorübergehend zu einer Urlaubs- oder Geschäftsreise oder für mehrere Monate, aufhalten. Im Krisen- oder Katastrophenfall (z. B. Naturkatastrophen, politische Unruhen, Evakuierungen) können deutsche Staatsangehörige direkt kontaktiert und über Hilfsmaßnahmen, wie Sicherheitsmaßnahmen oder Rückholaktionen, informiert werden. Die Registrierung ist freiwillig und kostenlos.



3. Reisemedizin

Private Reisen, vor allem in tropische und subtropische Länder, können mit besonderen Gesundheitsgefahren verbunden sein. Mit diesen Gefahren beschäftigt sich die [Reisemedizin](#). Sie umfasst Gesundheitsuntersuchungen zur Überprüfung der [Reisetauglichkeit](#), Beratungen sowie Reiseimpfungen. Ruheständler sollten drei Monate vor Abreise in Länder mit gesundheitlichen Risiken den persönlichen vollständigen Impfschutz, einschließlich Standard- und Reiseimpfungen kontrollieren lassen. Für eine Beratung stehen [spezialisierte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte](#) sowie [Tropeninstitute](#) und teilweise Gesundheitsämter in den Berliner Bezirken zur Verfügung. Informationen über aktuelle gesundheitliche Risiken im Reiseland finden sich auf den [Internetseiten des Auswärtigen Amtes](#).

Vor Fernreisen können sich Ruheständler bei mehreren Berliner Anlaufstellen informieren, welche Impfungen vor Einreise (z. B. Gelbfieber, Typhus o. Tollwut) vorgeschrieben sind und welche durch das Impfbuch oder entsprechende Bescheinigungen ggf. bei Einreise auch nachgewiesen werden müssen.

- ↳ Infektiologisches Zentrum Steglitz (IZS), Schloßstraße 88, 12163 Berlin
- ↳ Reisepraxis Berlin-Mitte, Friedrichstraße 134, 10117 Berlin
- ↳ Reisepraxis Berlin-Steglitz bei Globetrotter Ausrüstung, Schloßstraße 20, 12163 Berlin
- ↳ Reisemedizinische Ambulanz Charité-Universitätsmedizin Berlin [Campus](#) Virchow-Klinikum
- ↳ Reisemedizinische Ambulanz Charité-Universitätsmedizin Berlin Charité [Campus](#) Mitte
- ↳ Praxis für Reisemedizin, Eichborndamm 3, 13403 Berlin

Die Berliner Einrichtungen bieten nach Anmeldung sowohl Beratung als auch die Durchführung notwendiger Impfungen für Reisen in tropische und subtropische Regionen an. Da Infektionserreger nach Deutschland importiert oder ins Reiseland exportiert werden können, liegt ein adäquater Impfschutz von Reisenden auch im öffentlichen Interesse.

Die Ständige Impfkommission (STIKO), die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e.V. (DTG) und auch das Robert Koch-Institut (RKI) führen keine individuellen Beratungen zu Impfungen durch, auch nicht zu Reiseimpfungen.

Wer seine Reiseunterlagen frühzeitig prüft und organisiert, erspart sich vor Ort viel Stress. Ein fehlendes Visum, ein abgelaufener Ausweis oder Pass oder der nicht auffindbare Impfpass können nicht nur teuer werden, sondern schlimmstenfalls auch zum Abbruch der Fernreise führen.

4. Reiseapotheke

Eine gut [ausgestattete Reiseapotheke](#) ist für Seniorinnen und Senioren essenziell, da altersbedingte Gesundheitsrisiken und eingeschränkte medizinische Versorgung im Ausland die Selbstversorgung notwendig machen. Die wichtigsten Medikamente sollten individuell abgestimmt und rechtzeitig vorbereitet werden. Vor Fernreisen sollte – je nach Reiseziel – neben der wichtigen Prüfung des eigenen Impfstatus z. B. gegen Hepatitis A/B, Typhus, Gelbfieber, Tollwut und der Malaria prophylaxe bei Reisen in Risikogebieten, die [Reiseapotheke](#) auf notwendige Hilfsmittel und einzunehmende Medikamente (Verfalldatum!) kontrolliert werden. Wegen des tropischen Klimas, der Hygieneunterschiede und möglicher Infektionskrankheiten sollte die Reiseapotheke besonders gut ausgestattet sein. Je nach Ferienziel ist es ratsam, die [Ausstattung](#) (ggf. nach ärztlicher Beratung) individuell anzupassen bzw. zu ergänzen. Dies gilt insbesondere bei Urlaubszielen mit eingeschränkter medizinischer Versorgung.



Ein schriftlicher Medikamentenplan mit Wirkstoffnamen, Dosierung und Einnahmezeiten ist hilfreich – idealerweise mehrsprachig. In manchen Ländern sind gefälschte Medikamente verbreitet; daher ist es besser, immer eigene Medikamente mitzunehmen. Die Medikamente in Originalverpackung und mit Beipackzettel sollten stets im Handgepäck transportiert werden und erleichtern die Identifikation und Zollkontrollen. Kühlpflichtige Medikamente (z. B. Insulin) benötigen geeignete Transportbehälter.

Zur [Grundaustattung](#) einer Reiseapotheke gehören

- ↳ **Persönlich benötigte Medikamente:** alle regelmäßig einzunehmenden Arzneimittel in ausreichender Menge, inkl. ärztlicher Bescheinigung bei verschreibungspflichtigen Präparaten;
- ↳ **Verbandsmaterial:** Pflaster, sterile Kompressen, Mullbinden, Wundsalbe;
- ↳ **Desinfektionsmittel:** für Haut und Wunden;
- ↳ **Fieberthermometer und Pinzette:** für Kontrolle und Entfernung von Fremdkörpern;
- ↳ **Reiseübelkeit:** Dimenhydrinat (z. B. Vomex A), Ingwerpräparate;
- ↳ **Schmerz- und Fiebermittel:** z. B. Paracetamol oder Ibuprofen;
- ↳ **Mittel gegen Durchfall:** Loperamid, Elektrolytlösungen, ggf. Probiotika;
- ↳ **Mittel gegen Verstopfung:** z. B. Lactulose oder Macrogol;
- ↳ **Allergien:** Antihistaminika (z. B. Cetirizin), ggf. Adrenalin-Autoinjektor bei schweren Allergien;
- ↳ **Insektenschutz:** Repellents mit DEET oder Icaridin, ggf. Moskitonetz;
- ↳ **Sonnenschutz und After-Sun:** hoher Lichtschutzfaktor, kühlende Lotionen;
- ↳ **Augen-/Nasentropfen,** ggf. Ohrentropfen für lokale Beschwerden, Druckausgleich bei Start/Landung.

Je nach Reiseland und Risikogebiet empfehlen Tropenmediziner zusätzlich:

- ↳ **Antibiotika:** z. B. Azithromycin gegen bakterielle Durchfallerkrankungen (nur nach ärztlicher Beratung);
- ↳ **Malaria prophylaxe:** z. B. Atovaquon/Proguanil (Malarone®), Doxycyclin oder Mefloquin – je nach Region und Reisedauer; nach Beratung durch Tropenmediziner;
- ↳ **Notfallset bei Malaria:** Standby-Therapie bei hohem Risiko;
- ↳ **Mittel gegen Pilzinfektionen** (z. B. Clotrimazol);
- ↳ **Rehydrierungslösungen** für den Flüssigkeitsausgleich bei Durchfall;
- ↳ **Kohletabletten** (z. B. medizinische Kohle bei Vergiftungen).

5. Krankenversicherungsschutz im Ausland

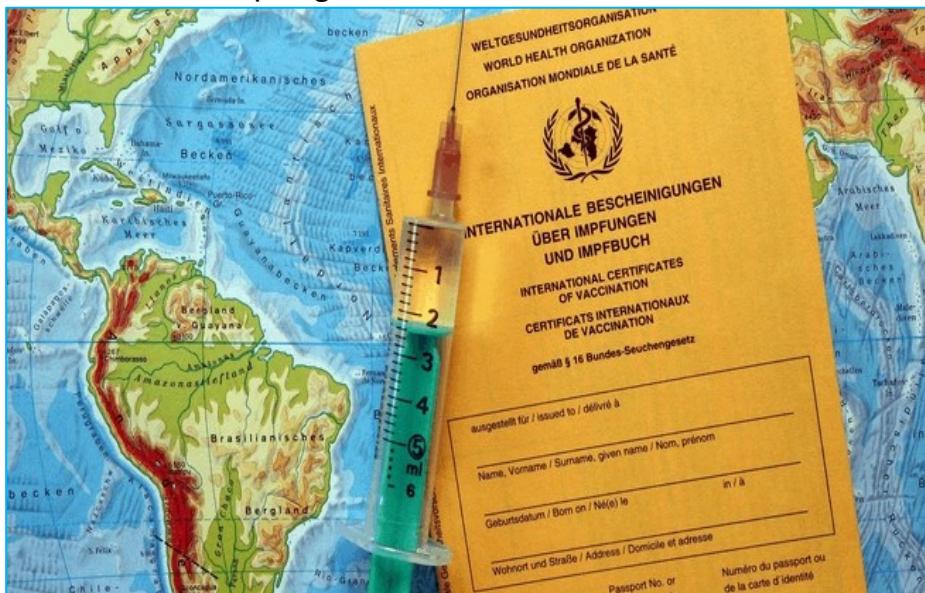
Mit dem Alter steigen gewöhnlich die persönlichen gesundheitlichen Risiken und eine Fernreise kann schnell teuer werden, wenn sie abgebrochen oder gar nicht erst angetreten wird. Eine umfassende Senioren-Reiseversicherung sollte medizinische Notfälle im Ausland und insbesondere auch einen medizinisch notwendigen Krankenrücktransport (auch Flug) nach Deutschland abdecken.

Private Auslandskrankenversicherungen sichern Reisende außerhalb ihres Wohnsitzlandes gegen die finanziellen Folgen von Krankheiten und Unfällen ab. Sie übernehmen in der Regel ärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte, Medikamente und im Notfall auch den Rücktransport ins Heimatland.

Seniorinnen und Senioren mit unterschiedlichem PKV- bzw. GKV-Krankenversicherungsschutz sollten frühzeitig klären, welche Kosten die Krankenversicherung/Krankenkasse im betreffenden Land übernimmt. Mit einer entsprechenden Zusatzversicherung kann im Notfall auch der Rücktransport mit einem Rettungsflug nach Deutschland versichert werden.

6. Impfbuch

Ein Blick in das Impfbuch („Internationale Bescheinigungen über Impfungen und Impfbuch“ gemäß § 22 Infektionsschutzgesetz) vor Fernreisen ist unentbehrlich, um den aktuellen Impfstatus zu erkennen. Das Impfbuch – auch Impfpass oder Impfausweis genannt – ist ein offizielles medizinisches Dokument, das alle Impfungen einer Person chronologisch aufliest. Es dient als Nachweis über erhaltene Schutzimpfungen und ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsvorsorge. Vor Reisen in bestimmte Länder können vertraute Ärztinnen und Ärzte beraten und helfen, das Impfbuch zu aktualisieren oder bei Verlust ein neues auszustellen. Denn das Impfbuch dient als offizieller Nachweis bei Behörden, bei Ärzten oder medizinischem Personal, in einzelnen außereuropäischen Ländern auch gegenüber der Grenzpolizei. Im Impfbuch (Seite 18 und 19) werden Indikations- und Reiseimpfungen sowie beruflich notwendige Impfungen



gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, Humane Papillomviren (HPV), Japanische Enzephalitis, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Tollwut, Typhus, Varizellen, Zoster dokumentiert. Vor Fernreisen können sich Seniorinnen und Senioren an Ärztinnen und Ärzte wenden, um durch eine Blutabnahme den eigenen aktuellen Impfstatus zu erfahren. Die Testergebnisse werden im Impfbuch vermerkt und dienen ggf. auch als Nachweis bei Einreisen in bestimmten außereuropäischen Ländern.

7. Ständige Impfkommission (STIKO)

Für Reisende gibt es zu vielen [Ländern](#) Impfempfehlungen – teils verpflichtend, teils als Vorsorgemaßnahme. Diese Empfehlungen hängen vom Reiseziel, der Aufenthaltsdauer, dem Reisestil und individuellen Gesundheitsrisiken ab. Die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Ständigen Impfkommission (STIKO) berücksichtigen individuelle Risiken als auch globale Entwicklungen.

8. Von der STIKO empfohlene Reiseimpfungen

| Länder mit häufigen Impfempfehlungen | | |
|--|---|--|
| Reiseimpfung | Länder / Impfpflicht vor Einreise / Empfehlung | Anmerkungen |
| Cholera <u>Erreger:</u> Vibrio cholerae-Bakterien | <p><u>Erhöhtes Risiko laut STIKO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika: Mosambik, Sambia, Tansania, Angola; ↳ Südostasien: auch möglich <p><u>Empfehlung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Bangladesch, Nepal, Indien, Indonesien, Philippinen, Myanmar ↳ Afrika: Demokratische Republik Kongo, Nigeria, Äthiopien, Sudan, ↳ Lateinamerika: Haiti, Venezuela, Peru | verunreinigtes Wasser oder Lebensmittel, Die Pflichtimpfung gilt meist nicht für Touristen, sondern für humanitäre Helfer, medizinisches Personal oder Langzeitreisende. Inkubationszeit: 2-3 Tage |
| Chikungunya-Fieber-Erkrankung <u>Erreger:</u> Chikungunya-Virus (CHIKV) | <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika: Kenia, Tansania, Uganda, Mosambik, Kamerun, Madagaskar ↳ Asien: Indien, Sri Lanka, Thailand, Indonesien, Philippinen, Myanmar ↳ Lateinamerika: Brasilien, Kolumbien, Peru, Bolivien, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dominikanische Republik ↳ Europa: Elsass (Frankreich), Norditalien ↳ Deutschland: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz u. Thüringen | Mückenstich Inkubationszeit: 3-7 Tage |
| COVID-19 <u>Erreger:</u> SARS-CoV-2-Virus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) | <ul style="list-style-type: none"> ↳ EU - gültiger digitaler Impf-/Genesenennachweis: I27 EU-Staaten; Schweiz, Norwegen, Island, Liechtenstein ↳ Außerhalb Europa: Viele Länder passen ihre Regelungen dynamisch an! ↳ China (Nachweispflicht COVID-19-Impfung oder Booster) Akzeptanz von Genesenennachweisen (je nach Land) | Hinweis auf DSTG-Senioren-Info 3/25! |
| Dengue <u>Erreger:</u> Denguevirus | <ul style="list-style-type: none"> ↳ Südostasien: Indonesien, Vietnam, Thailand, Philippinen ↳ Lateinamerika: Brasilien, Kolumbien, Peru, Mexiko ↳ Afrika: Subsahara-Regionen mit Ausbrüchen (Angola, Mosambik) | Mückenstich Inkubationszeit: 5-7 Tage |
| FSME Frühsommer-Meningoenzephalitis <u>Erreger:</u> FSME-Virus (Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus) | <ul style="list-style-type: none"> ↳ Deutschland: Risikogebiete ↳ Österreich: ganzes Land ↳ Schweiz: Mittelland und Alpenvorland ↳ Skandinavien/Baltikum: ländliche/bewaldete Gebiete ↳ Asien | Zeckenbiss Inkubationszeit: 7-14 Tage |
| Gelbfieber <u>Erreger:</u> Gelbfiebervirus | <p><u>Impfpflicht bei Einreise:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika: Ghana, Nigeria, Kenia, Äthiopien, Tansania, Uganda, Angola, Demokratische Republik Kongo, Sudan, Sierra Leone, u.a. ↳ Südamerika: Brasilien, Kolumbien, Peru, Bolivien, Ecuador, Französisch-Guayana ↳ Mittelamerika/Karibik: Panama, Trinidad & Tobago, Suriname <p><u>Empfehlung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ West-/Zentralafrika, Amazonasgebiet in Südamerika, ↳ Teile von Südostasien | Virus wird durch tagaktive Stechmücken übertragen Impfung muss durch gelben internationalen Impfausweis dokumentiert sein! Mückenstich Inkubationszeit: 3-6 Tage |
| Hepatitis A <u>Erreger:</u> Hepatitis-A-Virus (HAV) | <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika: Ägypten, Marokko, Tunesien, Senegal, Ghana, Kenia, ↳ Asien: Indien, Nepal, Thailand, Vietnam, Indonesien, Philippinen, China ↳ Mittel-/Südamerika: Mexiko, Brasilien, Peru, Kolumbien, Ecuador, Bolivien ↳ Osteuropa: Rumänien, Bulgarien, Albanien, Kosovo, Ukraine ↳ Naher Osten: Türkei, Iran, Irak, Jordanien, Libanon | fäkal-orale Schmierinfektion, verunreinigtes Wasser, Lebensmittel oder direkter Kontakt mit infizierten Personen Mückenstich Inkubationszeit: 35-30 Tage |

| Virus/Bakterien | Länder / Impfpflicht vor Einreise / Empfehlung | Anmerkungen |
|---|---|---|
| Hepatitis-B (HBV) <u>Erreger:</u> Hepatitis-B-Virus (HBV) | <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika ↳ Asien: China, Indien, Indonesien, Philippinen, Vietnam ↳ Südamerika: Brasilien, Peru, Kolumbien ↳ Osteuropa: Ukraine, Rumänien, Albanien ↳ Naher Osten: Türkei, Iran, Irak, Saudi-Arabien | Kontakt mit infektiösem Blut oder Körperflüssigkeiten Inkubationszeit: 60-120 Tage |
| Malaria <u>Erreger:</u> Parasiten der Gattung Plasmodium | <p>Hochrisikogebiete mit ganzjähriger Übertragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika: Äquatorialguinea, Angola, Benin, Tansania, Uganda, Ghana, Kamerun, Nigeria, Sudan, Madagaskar ↳ Asien: Bangladesch (Südosten), Indien (Nordosten), Myanmar, Papua-Neuguinea; Afghanistan (unterhalb 2500 m), Bhutan (Grenzregionen), Indonesien (ländliche Gebiete), Venezuela ↳ Lateinamerika: Bolivien (Amazonasbecken), Brasilien (nördliche Regionen), Peru (Tiefland) | Wegen fehlender Impfstoffe wird statt einer Impfung eine Tablettenprophylaxe empfohlen: Atovaquon/Proguanil (Malarone) Doxycyclin Mefloquin Mückenstich Inkubationszeit: 7-30 Tage |
| Japanische-Enzephalitis <u>Erreger:</u> Japanische-Enzephalitis-Virus (JEV) | <p>Empfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Ost- / Südostasien: Indien, Nepal, Sri Lanka, Bangladesch, Thailand, Laos, Vietnam, Kambodscha, Myanmar, Malaysia, Indonesien, Philippinen ↳ China: südliche und ländliche Regionen ↳ Japan: ländliche Gebiete während der Sommermonate ↳ Südkorea : ländliche Regionen ↳ Pazifikregion | Übertragung durch nachtaktive <i>Culex</i> -Mücken Keine generelle Impfpflicht bei Einreise in ein Land! Mückenstich Inkubationszeit: 7-10 Tage |
| Meningokokken <u>Erreger:</u> Neisseria meningitidis-Bakterien | <p>Impfpflicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Saudi-Arabien <p>Nachweis erforderlich, spätestens 10 Tage vor Einreise:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Australien, ↳ Kanada, USA <p>Empfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika ↳ Indien ↳ Lateinamerika | Tröpfcheninfektion (z. B. Husten, Niesen, enger körperlicher Kontakt) Inkubationszeit: 3-4 Tage |
| Poliomyelitis (Kinderlähmung) <u>Erreger:</u> Poliovirus | <p>Impfpflicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Saudi-Arabien <p>Empfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika: Nigeria, Äthiopien, Sudan, Angola, Tschad ↳ Asien: Indien, Nepal, Bangladesch, Indonesien ↳ Naher Osten: Syrien, Irak, Jemen | Poliovirus, über Schmierinfektion (fäkal-oral) oder kontaminiertes Wasser/Lebensmittel <u>Temporäre Impfpflicht bei Ausreise:</u> Inkubationszeit: 7-14 Tage |
| Tollwut <u>Erreger:</u> Rabies-Virus | <p>Empfehlung für Regionen mit hohem Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Afrika: Ägypten, Marokko, Kenia, Tansania, Südafrika, Nigeria, Uganda, Madagaskar ↳ Asien: Indien, Nepal, Sri Lanka, Thailand, Vietnam, Indonesien, Philippinen, China ↳ Lateinamerika: Brasilien, Peru, Bolivien, Kolumbien, Mexiko ↳ Osteuropa: Rumänien, Bulgarien, Albanien, Ukraine ↳ Naher Osten: Türkei, Iran, Irak, Afghanistan | Inkubationszeit: 20-60 Tage |
| Typhus/ <u>Erreger:</u> Salmonella enterica Serovar Typhi- Bakterien Paratyphus <u>Erreger:</u> Salmonella Paratyphi A, B, V-Bakterien | <p>Länder mit erhöhtem Infektionsrisiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Süd- und Südostasien: Indien, Nepal, Bangladesch, Pakistan, Indonesien, Vietnam, Myanmar, Philippinen ↳ Afrika: Ägypten, Kenia, Nigeria, Uganda, Tansania, Madagaskar, Demokratische Republik Kongo ↳ Lateinamerika: Mexiko, Peru, Bolivien, Kolumbien, Brasilien ↳ Naher Osten: Irak, Iran, Afghanistan, Syrien | Fäkal-oral über verunreinigtes Wasser oder Lebensmittel Die Impfung bietet keinen vollständigen Schutz! Inkubationszeit: 8-14 Tage/ Inkubationszeit: 4-7 Tage |

| Cholera | | | | |
|------------|--|-------------------|---|--|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ Dukoral® | oraler Impfstoff PZN: 18259313 | Valneva Sweden AB | Für Kinder ab 2 Jahren und Erwachsene | Erstdosis: 2 Wochen vor Reisebeginn. Zweitdosis: 1 bis 6 Wochen nach der ersten. Schutz: ca. 2 Jahre |
| ↳ Qdenga® | Tetavalenter, lebend-attenuierter Impfstoff (DENV-2-basiert) | Takeda GmbH | ab 4 Jahren (unabhängig vom Serostatus) | zwei Einzeldosen im Abstand von 0 und 3 Monaten (gemäß EPAR) |

Cholera ist eine akute bakterielle Infektionskrankheit, die durch *Vibrio cholerae* verursacht wird. Sie führt zu massivem Durchfall und lebensgefährlichem Flüssigkeitsverlust, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt wird. Die **Cholera**-Impfung ist weltweit nur selten verpflichtend, wird aber in bestimmten Situationen dringend empfohlen. Die Pflicht gilt meist nicht für Touristen, sondern für humanitäre Helfer, medizinisches Personal oder Langzeitreisende. Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt die **Impfung** für Personen mit erhöhtem Risiko, z. B. bei chronischen Darmerkrankungen oder geschwächtem Immunsystem.

| Chikungunya | | | | |
|-------------|-------------------------|----------------|----------------------------|---|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ Vimkunya® | Polysaccharid-Impfstoff | Bavaria Nordic | Zulassung: ab 12 Jahren | Einmalige Dosis ausreichend STIKO: uneingeschränkt empfohlen |
| ↳ Ixchiq® | Lebendimpfstoff | Valneva | Zulassung: 12–59 Jahre | Einmalige Dosis ausreichend Nicht empfohlen über 65 Jahre |

Der **Chikungunya-Virus** wird durch Gelbfiebermücken „*Aedes aegypti*“ und Asiatische Tigermücken „*Aedes albopictus*“, die bevorzugt in tropischen und subtropischen Klimazonen vorkommen, auf Menschen übertragen. Die invasive Stechmückenart, die sich zunehmend in neue Regionen ausbreitet, gilt als Überträger gefährlicher Viruserkrankungen - Dengue, Zika, Gelbfieber und auch Chikungunya.

Der **Chikungunya-Virus** ist in über 60 Ländern endemisch. Verbreitungsregionen sind:

- Süd- und Südostasien (z. B. Indien, Indonesien, Thailand, Malaysia, Philippinen, Vietnam, Sri Lanka, Myanmar)
- Afrika (West-, Ost- und Zentralafrika, u. a. Senegal, Guinea, Nigeria, Kenia, Tansania, Gabun)
- Amerika (Karibikinseln wie Dominikanische Republik, Martinique, Guadeloupe; Mittel- und Südamerika, z. B. Brasilien, Bolivien, Kolumbien, Peru)
- Südeuropa (autochtonen Ausbrüche in Italien, Frankreich, Spanien)

Ursprünglich aus Südostasien ist die Asiatische Tigermücke seit den 1990er Jahren in Europa in Italien, Frankreich, Spanien, Griechenland und Deutschland etabliert; in Deutschland sind Landkreise in Baden-Württemberg, Hessen, Berlin, Brandenburg betroffen.

Nach einer Inkubationszeit von 2–7 Tagen nach dem Stich beginnt die akute Phase (1-2 Wochen) in der Regel mit plötzlichem Fieber und ausgeprägten Gelenkschmerzen. In den meisten Fällen klingt die akute Erkrankung nach ein bis zwei Wochen folgenlos ab. Nach überstandener Infektion besteht lebenslange Immunität; asymptomatische Verläufe sind möglich.

Bei Personen über 60 Jahre oder bei schweren Grunderkrankungen kann es zu einer Chronifizierung der Gelenkschmerzen kommen und die Beschwerden können über mehrere Monate fortbestehen.

Seit 2025 sind zwei **Impfstoffe** gegen Chikungunya in Deutschland zugelassen.

COVID-19-Impfstoffe 2025/2026

| Impfstoff | | Type | Hersteller | Dosierung | Anmerkungen |
|-------------------------------------|---------|---|--------------------------------------|---|---|
| ↳ Comirnaty® LP.8.1 | 1 Dosis | mRNA-Impfstoff; angepasst an LP.8.1 Omicron LP.8.1 | BioNTech/ Pfizer | ab 6 Monate bis 4 Jahre: 3 µg ab 5 Jahre bis 11 Jahre: 10 µg ab 12 Jahre: 30 µg | EU-Zulassung vom Bund bereitgestellt |
| ↳ Spikevax® LP.8.1 | 1 Dosis | mRNA-Impfstoff; angepasst an LP.8.1 Omicron LP.8.1 | Moderna | ab 6 Monate: 25 µg oder 50 µg | EU-Zulassung |
| ↳ Nuvaxovid® | | Proteinbasierter Impfstoff | Novavax | | |

*) bisher nicht veröffentlicht

*) bisher nicht veröffentlicht

*) bisher nicht veröffentlicht

*) 365.000 Dosen geplant vom Bund

COVID-19 hat sich mittlerweile von einer pandemischen zu einer endemischen Erkrankung entwickelt. Das Virus zirkuliert weiterhin in der Bevölkerung, führt jedoch aufgrund der dominierenden Omikron-Varianten sowie der hohen Immunität durch Impfungen und durchgemachten Infektionen deutlich seltener zu schweren Verläufen oder Langzeitfolgen. In Deutschland dominiert seit Herbst 2025 die Omikron-Sublinie XFG „Stratus“. die laut Zahlen des [Robert Koch-Instituts \(RKI\)](#) seit Herbst 2025 mehr als die Hälfte aller COVID-19-Infektionen ausmacht. Auch im Abwasser lässt sich die steigende Viruslast von SARS-CoV-2 nachweisen. Ausführliche Informationen wurden im DSTG-Senioren-Info 3/25 veröffentlicht.

Aktuell gibt es nur wenige Länder, die z. Z. bei der Einreise einen Nachweis über eine Corona-Impfung verlangen, und meist nur unter bestimmten Bedingungen. Antigentests (Schnelltests) auch aus dem letzten Jahr können weiterhin genutzt werden, solange das Haltbarkeitsdatum nicht überschritten ist und sie bei der empfohlenen Temperatur gelagert wurden. Es gibt bisher keine Hinweise, dass die Tests bei den neuen Varianten nicht funktionieren könnten.

Impfkalender [Impftermine vor geplanter Fernreise]

| | | | | | |
|--|---|--|---|----------------|--------------------|
| Cholera FSME Japanische Enzephalitis Über 1 Monat | 2 Schutzimpfungen (Schluckimpfung) im Abstand von 1 – 6 Wochen Schutzwirkung 1 Woche nach der letzten Impfung | | | | |
| | FSME | 2 Impfungen im Abstand von 4 Wochen Schutzwirkung von 97,3 % eine Woche nach der letzten Impfung | | | |
| | Japanische Enzephalitis | 3 Impfungen Schutzwirkung ca. 2 - 4 Wochen nach der ersten Impfung | | | |
| | | Hepatitis A | 2 Impfungen Schutzwirkung nach 12 – 15 Tagen nach erster Impfung | | |
| | | Tollwut | 3 Impfungen im Abstand von 7 bzw. 14 Tagen Schutzwirkung nach letzter Impfung | | |
| | | Typhus | 1 Impfung Schutzwirkung keine 100 % | | |
| | | Gelbfieber | 1 Impfung Schutzwirkung nach 10 Tagen | | |
| | 4 Wochen | 3 Wochen | 2 Wochen | 1 Woche | Reisebeginn |

Dengue-Virus (DENV 1 – DENV 4)

| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
|--------------|---|-----------------|---|---|
| ↳ Dengvaxia® | Tetavalenter, rekombinanter Lebend-attenuierter Impfstoff (Yellow-Fever-Backbone) | Sanofi Winthrop | 9–45 Jahre, nur seropositiv | drei Einzeldosen im Abstand von 0, 6 und 12 Monaten |
| ↳ Qdenga® | Tetavalenter, lebend-attenuierter Impfstoff (DENV-2-basiert) | Takeda GmbH | ab 4 Jahren (unabhängig vom Serostatus) | zwei Einzeldosen im Abstand von 0 und 3 Monaten |

Dengue-Virus (DENV) ist ein in den Tropen/Subtropen verbreiteter Erreger aus der Familie der Flaviviren. Vier Serotypen (DENV-1 bis DENV-4), können unabhängig voneinander und mehrfach nacheinander Infektionen auslösen. Denguefieber zählt zu den weltweit häufigsten Mückenerkrankungen. Die Hauptverbreitungsgebiete liegen in Mittel- und Südamerika, Südostasien, Afrika und Teilen Ozeaniens.

Das **Denguefieber** beginnt akut mit hohem Fieber, starken Kopfschmerzen hinter den Augen, ausgeprägten Muskel- und Gelenkschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und meist einem makulopapulösen Hautausschlag. Die Beschwerden halten einige Tage bis zu einer Woche an. Bei einem Teil der Erkrankten entwickelt sich ein schwerer Verlauf mit Plasmaaustritt, hypovolämischem Schock (Dengue-Shock-Syndrom), schweren Blutungen oder Organbeteiligung. Warnzeichen für Verschlechterung sind anhaltendes Bauchweh, fortschreitendes Erbrechen, auffällige Blutungsneigung, veränderte Vigilanz, schnelle Atemfrequenz oder sinkender Blutdruck.

Es gibt keine spezifische antivirale Therapie gegen das Dengue-Virus. Die Behandlung ist rein symptomatisch.

FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)

| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
|---------------|----------------------------|------------------------|---|--|
| ↳ FSME-Immun® | inaktivierter Totimpfstoff | Pfizer | 9–45 Jahre, nur seropositiv | 3 Impfdosen (Grundimmunisierung) |
| ↳ Encepur® | inaktivierter Totimpfstoff | Chiron/GlaxoSmithKline | ab 4 Jahren (unabhängig vom Serostatus) | zwei Einzeldosen im Abstand von 0 und 3 Monaten (gemäß EPAR) |

In mehreren **europäischen Ländern** bestehen FSME-Risikogebiete mit autochthonen Übertragungen, besonders in Mittel-, Ost- und Nordosteuropa sowie einigen Regionen Südeuropa. Das Robert Koch-Institut veröffentlicht Karten und Inzidenzdaten zur FSME in Deutschland. Aktuell weisen 183 Landkreise der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Thüringen, Hessen, Sachsen und Brandenburg Infektionen aus.

Die Infektion erfolgt durch den Stich einer infizierten Zecke (Schildzecke *Ixodes ricinus*). Die saisonale Aktivität der Zecken reicht in Deutschland von April bis November. Nur ein geringer Prozentsatz aller Zecken trägt das Virus, sodass FSME deutlich seltener als Borreliose auftritt.

Die Inkubationszeit beträgt üblicherweise zwischen vier und 28 Tagen, in denen sich das Virus unbemerkt vermehrt. FSME ist eine durch Zecken übertragene Virusinfektion, die Gehirn, Hirnhäute und gelegentlich das Rückenmark befällt. Milde bis schwere neurologische Verläufe mit Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, Bauchschmerzen und Übelkeit folgen. Da es keine antivirale Therapie gegen FSME gibt, beschränkt sich die Behandlung auf fiebersenkende und schmerzstillende Maßnahmen. Schwere Verläufe mit neurologischen Ausfällen erfordern oft eine intensivmedizinische Versorgung.

Der einzige verlässliche Schutz ist die FSME-Impfung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine FSME-Grundimmunisierung für alle Personen, die in einem der genannten Risikogebiete verreisen.

- ↳ Drei Dosen Grundimmunisierung im Abstand von 1–3 Monaten
- ↳ Erste Auffrischung nach drei Jahren
- ↳ Weitere Booster alle drei bis fünf Jahre, abhängig von Alter und Impfstofftyp

Unabhängig vom Impfstatus mindern die bekannten hygienischen Schutzmaßnahmen das Infektionsrisiko.

| Gelbfieber | | | | |
|-------------|---|--|-------------|---|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ Stamaril® | Lebend-attenuierter Impfstoff (Stamm 17D) | Sanofi Winthrop Industrie; Parallelimporte | ab 9 Monate | einmalig 0,5 ml intramuskulär oder subkutan; Einzeldosis bietet lebenslangen Schutz |

Gelbfieber ist eine schwere Virusinfektion, die durch Stechmücken übertragen wird. Die Infektionskrankheit tritt im äquatorialen Afrika (z. B. Angola, Ghana, Nigeria, Uganda, Sudan sowie in Mittel- und Südamerika auf. In Südamerika umfasst die Gelbfieberzone zwölf Länder (u. a. Brasilien, Kolumbien, Peru, Venezuela, Ecuador) sowie karibische Inseln. In Asien sind bislang keine Fälle bekannt.

Gelbfieber (ein Flavivirus) wird vorwiegend durch infizierte Stechmücken (insbesondere Aedes- und Haemagogus-Arten) von infizierten Wirten auf Menschen übertragen; eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung erfolgt nicht direkt, sondern nur über Mücken als Zwischenwirte. Ausbrüche treten sporadisch auf, häufig nach Regenzeiten in ländlichen Regionen Afrikas und Südamerikas mit erhöhter Moskitoaktivität. Ausbrüche treten regional unterschiedlich und punktuell auf. Zusätzlich besteht in Gelbfiebergebieten ein Malaria-Risiko. In Asien kommt Gelbfieber nicht endemisch vor. Nationale Gesundheitsbehörden (z. B. RKI in Deutschland) veröffentlichen regelmäßig Reisewarnungen und Impfempfehlungen.

Nach einer Inkubationszeit von 3–6 Tagen treten Fieber, Kopfschmerzen und Muskelschmerzen auf. Die Krankheit kann von milden fiebigen Symptomen bis auch zu schweren viszerotropen oder hämorrhagischen Verläufen mit Gelbfärbung der Haut reichen. In schweren Fällen kommt es zu Leberentzündung, inneren Blutungen und Organversagen. In vielen Ländern ist der Impfnachweis bei Einreise Pflicht. Eine reisemedizinische Beratung vor Fernreisen ist dringend empfohlen.

Nach WHO-Empfehlung reicht bei den meisten Menschen eine einmalige Dosis für einen lebenslangen Schutz. Bei Erstimpfung ab 60 Jahren ist eine Risiko-Nutzen-Abwägung geboten; weil steigend mit dem Alter das Risiko schwerer neuro- (z. B. Enzephalitis) und viszerotroper Reaktionen erhöht ist.

Für Senioren ist Gelbfieber in Endemiegebieten potenziell lebensgefährlich.

| Hepatitis A | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------|---|--|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ Havrix®, Avaxim®, Vaqta® | Inaktivierter Ganzvirusimpfstoff | GSK; Sanofi; Merck | 9–45 Jahre, nur seropositiv | Grundimmunisierung: 2 Dosen 6–12 Monate auseinander |
| ↳ Twinrix® | Kombi Hepatitis A + B | GSK | ab 4 Jahren (unabhängig vom Serostatus) | Gleiches Schema wie Hepatitis A |

Hepatitis A ist eine akute, durch das Hepatitis-A-Virus (HAV) ausgelöste Leberentzündung. Sie verläuft überwiegend selbstlimitierend und führt nicht zu chronischen Infektionen. Die Ansteckung erfolgt primär fäkal-oral durch Verzehr von kontaminierten Lebensmitteln (z. B. Salate, Gemüse, Muscheln) oder Getränken (Wasser, Smoothies) bzw. ungewaschene Hände bei der Nahrungszubereitung.

Nach durchgemachter Infektion oder vollständiger Impfung besteht ein lebenslanger Schutz.

Impfen lassen sollten sich Reisende in Regionen mit mittlerer bis hoher Hepatitis-A-Endemizität, z. B. Indien, Ägypten, Pakistan, Marokko, Teile Afrikas, Süd- und Mittelamerika sowie Südostasien. Rückkehrer aus bekannten Endemiegebieten machen rund 80–90 % der gemeldeten Infektionen aus.

Für eine individuelle Beratung und Aktualisierung des Impfstatus empfiehlt sich stets eine reisemedizinische Konsultation etwa sechs Wochen vor Reiseantritt. Geimpft wird mit zwei Dosen inaktiviertem Impfstoff. Die erste Dosis sollte idealerweise mindestens vier Wochen vor Abreise erfolgen, um einen zuverlässigen Schutz aufzubauen. Nach abgeschlossener Grundimmunisierung mit zwei Dosen ist in der Regel keine routinemäßige Hepatitis-A-Auffrischimpfung erforderlich.

| Hepatitis B | | | | |
|--------------------|---|--|--------------|---|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ Stamaril® | Lebend-attenuierter Impfstoff (Stamm 17D) | Sanofi Winthrop Industrie; Parallelimporte | ab 9 Monate | einmalig 0,5 ml intramuskulär oder subkutan; Einzeldosis bietet lebenslangen Schutz |

Hepatitis B ist eine Virusinfektion, die eine akute oder chronische Entzündung der Leber (Hepatitis) auslöst. Sie zählt zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit und wird verursacht durch das **Hepatitis-B-Virus (HBV)**, das sich in Leberzellen vermehrt und deren Funktion stört.

Weltweit sind 100 000 000 Menschen mit HBV infiziert, wobei die Prävalenz in Regionen wie Subsahara-Afrika und Ostasien am höchsten ist. In Deutschland liegt die Prävalenz deutlich niedriger. Chronisch infizierte Personen können über Jahrzehnte ansteckend bleiben. Übertragungswege sind ungeschützter Geschlechtsverkehr, vor allem bei häufig wechselnden Partnern, Kontakt mit infiziertem Blut und auch Kontakt mit kontaminierten Gegenständen wie Rasierklingen oder Zahnbürsten, da das HBV einige Zeit außerhalb des Körpers infektiös bleibt.

Der **Krankheitsverlauf** reicht von unbemerkt oder milden grippeähnlichen Symptomen bis zu schwerer Gelbsucht. Ungefähr ein Drittel der akut Infizierten zeigt keine Beschwerden, ein weiteres Drittel klagt über unspezifische Symptome und beim letzten Drittel tritt eine Gelbsucht auf, in deren Folge es auch zu einer Leberzirrhose oder einem Leberzellkarzinom kommen kann.

Die STIKO empfiehlt für Erwachsende eine Impfung nur für Risikogruppen und Reisende in Regionen mit hoher HBV-Prävalenz. Durch den Schutz vor einer Infektion mit Hepatitis B schützt sie gleichzeitig auch gegen eine Infektion mit dem Hepatitis-D-Virus. Es gibt keine Behandlung, die HBV vollständig eliminiert.

| Japanische-Enzephalitis-Virus (JEV) | | | | |
|--|---|--|---------------|---|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ IXIARO® | Inaktivierter Verozell-basierter Totimpfstoff | Valneva | ab 1 Jahr | 0,5 ml i. m. an Tag 0 und Tag 28 Boosterempfehlung: erste Auffrischung n. 12–24 Monate |
| ↳ JE-VAX® | Inaktivierter Ganzvirus-Totimpfstoff | Research Foundation for Microbial Diseases of Osaka University | ab 12 Monaten | Nicht in Deutschland erhältlich! |

Japanische Enzephalitis (JE) tritt **weltweit** in 25 **Ländern** auf, darunter in 24 Staaten des asiatisch-pazifischen Raums sowie in Australien.

Die JE ist eine durch Stechmücken der Gattungen Culex (Culex tritaeniorhynchus) und Aedes übertragene ausgelöste Gehirnentzündung. Schweine und Wasservögel dienen als Reservoirwirte. JEV-Fälle treten vor allem in ländlichen Gebieten mit Reisfeldbewässerung auf und häufen sich während der Regenzeit sowie in der Dämmerung. Die Mehrzahl der Infektionen verläuft asymptomatisch oder nur mit milden, grippeähnlichen Beschwerden (Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen).

Bei etwa 0,4 % der symptomatischen Patienten entwickelt sich eine schwere neurologische Form mit Meningismus und Enzephalitiszeichen. Langzeitfolgen können dauerhafte neurologische Schäden wie motorische Defizite, kognitive oder sprachliche Einschränkungen sowie rezidivierende Anfälle sein.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine **Impfung** gegen die Japanische Enzephalitis für Aufenthalte in Endemiegebieten während der Übertragungszeit, insbesondere bei Reisen in aktuelle Ausbruchsgebiete, sowie voraussehbaren Aufenthalt in der Nähe von Reisfeldern und Schweinezucht (nicht auf ländliche Gebiete begrenzt). In Deutschland ist derzeit nur ein Totimpfstoff (Ixiaro®) zugelassen. Die Grundimmunisierung sollte mindestens eine Woche vor Beginn des Risikokontakts abgeschlossen sein. Mehr als 93 % der Geimpften bilden nach zwei Impfstoffdosen einen schützenden Antikörpertiter aus. Bei Personen ab 65 Jahren sinkt die Serokonversionsrate auf etwa 65 %. Der Impfschutz hält in der Regel 12–24 Monate an, bevor eine Auffrischungsdosis empfohlen wird. Neben Impfung sind Mückenschutz und Aufenthalt in mückengeschützten Unterkünften wichtig. Eine vorherige ärztliche Beratung ist zweckmäßig.

| Malaria | | | | |
|---|------------|-------------------|--------------|----------------------|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| In Deutschland ist keine Malaria-Impfung (Impfstoff) für Reisende oder die allgemeine Bevölkerung verfügbar. Die derzeit zugelassenen Malaria-Impfstoffe sind ausschließlich für den Einsatz in bestimmten afrikanischen Ländern vorgesehen und nicht regulär in Europa erhältlich. | | | | |

Malaria ist in vielen [tropischen und subtropischen Gebieten](#) eine verbreitete und lebensbedrohliche Krankheit. [Malaria](#) ist in über 100 tropischen und subtropischen Ländern verbreitet. Die Weltgesundheitsorganisation ([WHO](#)) und Tropeninstitute teilen die Welt in Risikozonen ein.

Malaria wird nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragen. Die Infektion erfolgt ausschließlich über einen Stich der weiblichen Anopheles-Mücke, die mit dem Malaria-Erreger (Plasmodium) infiziert ist:

1. Eine Anopheles-Mücke sticht eine infizierte Person und nimmt dabei Plasmodien auf.
2. Die Parasiten entwickeln sich in der Mücke weiter (ca. 10–14 Tage).
3. Beim nächsten Stich gelangen die Plasmodien über den Speichel der Mücke in den Blutkreislauf eines anderen Menschen.
4. Die Erreger befallen zunächst die Leberzellen, später die roten Blutkörperchen – dort vermehren sie sich und lösen die typischen Symptome aus.

Die Inkubationszeit hängt vom jeweiligen Malaria-Erreger ab:

| Malaria-Inkubationszeiten nach Erregerart | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| Malariaform | Erreger | Inkubationszeit | Besonderheiten |
| Malaria tropica | Plasmodium falciparum | 7–14 Tage (selten bis zu 4 Wochen) | |
| Malaria tertiana | P. vivax, P. ovale | 12–18 Tage (selten bis zu mehreren Monaten) | sog. Hypnozoiten (Ruheformen in der Leber) können Monate bis Jahre später eine Rückfall-Malaria auslösen |
| Malaria quartana | P. malariae | 18–40 Tage (selten bis zu mehreren Monaten) | |
| Malaria knowlesi | P. knowlesi | ca. 9–12 Tage | |

Infektionen verlaufen asymptomatisch; Symptome sind Fieber (oft remittierend oder wellenförmig), Schüttelfrost, Schwitzen, Kopfschmerz, Muskelschmerzen, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Durchfälle.

Wegen fehlender Impfung bleibt für Reisende die Malaria- Chemoprophylaxe Prophylaxe, eine Kombination aus Mückenschutz und ggf. Medikamenten weiterhin die wichtigste Schutzmaßnahme.

Folgende Maßnahmen sind unverzichtbar, auch bei Medikamenteneinnahme:

- Repellents mit DEET (≥30 %) oder Icaridin auf unbedeckte Haut auftragen
- Lange, helle Kleidung tragen – besonders abends und nachts
- Moskitonetze über dem Bett (ggf. imprägniert mit Permethrin)
- Klimatisierte Räume oder Fenster mit Mückengittern nutzen
- Vermeidung von stehenden Gewässern (Brutstätten für Mücken)

| Medikamentöse Malaria Vorbeugung, abhängig vom Reiseziel und der Aufenthaltsdauer | | | |
|---|----------------------|----------------------------|---|
| Wirkstoff | Einnahmebeginn | Einnahmedauer | Besonderheiten |
| Malarone® (Atovaquon/Proguanil) | 1–2 Tage vor Reise | bis 7 Tage nach Rückkehr | gut verträglich |
| Doxycyclin | 1–2 Tage vor Reise | bis 4 Wochen nach Rückkehr | nicht für Kinder <8 Jahren Sonnenempfindlichkeit |
| Mefloquin | 2–3 Wochen vor Reise | bis 4 Wochen nach Rückkehr | neuropsychiatrische Nebenwirkungen möglich |

Meningokokken

| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
|--------------|--|-----------------|--------------|---|
| ↳ Bexsero® | Proteinbasiertes Impfstoff | GlaxoSmithKline | ab 2 Monate | 2 Dosen im Abstand von ≥1 Monat STIKO: seit 2024 Standardimpfung für Säuglinge |
| ↳ Trumenba® | Rekombinanter Totimpfstoff | Pfizer | ab 10 Jahren | 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten Für immungeschwächte Personen geeignet |
| ↳ Nimenrix® | Konjugatimpfstoff Polysaccharide der Serogruppen A, C, W, Y konjugiert mit Tetanustoxoid | Pfizer | ab 6 Wochen | 1 Dosis ab 6 Wochen, Auffrischung im 2. Lebensjahr/ 1 Dosis |
| ↳ Menveo® | Konjugatimpfstoff Polysaccharide der Serogruppen A, C, W, Y konjugiert mit CRM197 (modifiziertes Diphtherietoxin) | GSK | ab 2 Jahren | 1 Dosis |
| ↳ Menjugate® | Konjugatimpfstoff erzeugt starke Immunantwort, auch bei Kleinkindern | GlaxoSmithKline | ab 2 Monate | Grundimmunisierung: ab 12 Monaten 1 Dosis |

Meningokokken (*Neisseria meningitidis*) sind weltweit verbreitet. Insgesamt unterscheidet man zwölf Serogruppen, von denen fünf (A, B, C, W135, Y) in Afrika, Asien, Europa, Südamerika, Australien/ Neuseeland fast alle invasiven Erkrankungen verursachen. Im sog. Meningitis-Gürtel südlich der Sahara dominieren Serogruppe A-Epidemien mit bis zu mehreren 100000 Erkrankungen und Todesfällen.

In [Europa und Deutschland](#) sind Serogruppe B mit rund 80 % und Serogruppe C mit etwa 25 % der Erkrankungen vorherrschend. Die zusammengefassten Serogruppen A, W und Y machen hier etwa 10 % aller Fälle aus.

Meningokokken sind Bakterien (*Neisseria meningitidis*), die durch Tröpfchen beim Husten oder Niesen auf andere Menschen übertragen werden. Für eine Ansteckung ist stets ein enger Kontakt erforderlich, da die Erreger außerhalb des Körpers rasch absterben. Meningokokken können eine lebensgefährliche Meningitis (Entzündung der Hirnhäute, die Gehirn und Rückenmark) oder [Sepsis](#) (Blutvergiftung) auslösen. Am häufigsten sind Kleinkinder betroffen. Die invasiven Erkrankungen wie Meningitis und Sepsis treten sporadisch in Gemeinschaften, Internaten, Kasernen oder bei Großveranstaltungen auf. Schwere Verläufe mit raschem Organversagen und hoher Letalität sind möglich und lebensbedrohlich. Die Erkrankung kann sich innerhalb weniger Stunden lebensbedrohlich entwickeln – sofortige ärztliche Hilfe ist entscheidend.

In Deutschland sind invasive Meningokokken-Erkrankungen selten und nach § 6 IfSG meldepflichtig.

Die Standardimpfung in Deutschland ist nach Empfehlung der STIKO eine Dosis im 1. Lebensjahr.

Gesunde Personen ohne spezielle Risikofaktoren haben in Deutschland keine generelle STIKO-Indikation für eine Meningokokken-Schutzimpfung. Die Indikationskriterien orientieren sich nicht am Alter, sondern grundsätzlich an medizinischen Risikofaktoren und dem Reiseland.

Für Pensionäre und Rentner ohne spezifische Risikofaktoren besteht bei Reisen in Regionen, die nicht zu den Meningitis-Endemiegebieten zählen, keine STIKO-Empfehlung zur Meningokokken-Impfung.

Vor Reisen in endemische oder epidemische Regionen bzw. mit erhöhtem Erkrankungsrisiko (z. B. afrikanischer Meningitis-Gürtel) empfiehlt die STIKO [Impfungen](#) gegen Meningokokken; detaillierte [Empfehlungen](#) und der [Impfkalender](#) sind beim RKI veröffentlicht. Das genaue Impfschema (Anzahl der Dosen und Intervalle) richtet sich nach Alter, Impfstoff und individuellem Risiko. Zusätzlich sollte 4–6 Wochen vor Abreise eine reisemedizinische Beratung mit einer Ärztin oder einem Arzt erfolgen.

| Poliomyelitis | | | | |
|----------------------|----------------------------------|--|--------------|--|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ Boostrix Polio® | Kombinationsimpfstoff (Tdap-IPV) | GlaxoSmithKline; EURIM-PHARM; EMRA-MED; CC Pharma; u. a. | ab 9 Monate | Grundimmunisierung; Auffrischung; Nachholimpfungen ab 3 Jahren |

Die **Poliomyelitis (Kinderlähmung)** begleitet den Menschen seit Jahrtausenden. Sie ist eine Viruserkrankung, die zu Lähmungen der Arme und Beine führen kann, in schweren Verlaufsformen zum Tod wegen Lähmung der Atemmuskulatur oder Schädigung von Gehirnzentren. Der Name Kinderlähmung ist irreführend, denn auch Erwachsene können daran erkranken. Poliomyelitis ist in Europa und Nordamerika seit vielen Jahren als poliofrei eingestuft. Endemisch kommt das Wildtyp-Poliovirus aktuell nur in Afghanistan und Pakistan vor, vereinzelt treten importierte oder durch Impfvirusabkömmlinge ausgelöste Fälle in anderen Regionen auf.

Vollständig grundimmunisierte Erwachsene benötigen in der Regel keine weitere Auffrischung. Personen mit fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung sollten fehlende Impfstoffdosen, insbesondere bei Reisen in Polio-Risikogebiete, nachholen.

| Tollwut | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---|--------------|---|
| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
| ↳ Rabipur® PZN: 16632601 | Inaktivierter Totimpfstoff | Bavarian Nordic; Eurim-Pharm; Kohlpharma; Orifarm | ab Geburt | Intramuskulär 3 Dosen an Tag 0, Tag 7 und Tag 21–28 |
| ↳ Verorab® | Inaktivierter Totimpfstoff | Sanofi Winthrop; EMRA-MED; Kohlpharma | ab Geburt | Intramuskulär (Schutzhauer 3 Jahre) |

Tollwut (Rabies) ist in über 150 Ländern aller Kontinente (Ausnahme: Antarktis) präsent. **Tollwut** ist eine fast immer tödlich verlaufende Virusinfektion, die durch den Biss oder Speichelkontakt infizierter Tiere (Lyssaviren) übertragen wird. Eine sofortige Postexpositionsprophylaxe (Impfung nach Kontakt) ist lebensrettend. Endemische Hundetollwutrisiken bestehen vor allem in Ländern mit großen freilaufenden Hundepopulationen und unzureichender Impfversorgung, etwa Indien, Nigeria, Pakistan und der Demokratischen Republik Kongo, aber auch in kontrollierten Ländern wie Brasilien oder Argentinien. In Asien und Afrika sind Hunde das Hauptreservoir und Überträger. In Amerika (Nord-, Mittel- und Südamerika) dominieren Fledermäuse als Reservoir. In Australien kommt das Australian Bat Lyssavirus (ABLV) in Flughunden und Fledermäusen vor; die klassische Hundetollwut ist nicht endemisch. Weltweit etwa 60.000 Todesfälle pro Jahr laut WHO – World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation).

Europa gilt seit 2008 als frei von terrestrischer Hundetollwut. Fledermaus-Lyssaviren zirkulieren jedoch in heimischen Fledermauspopulationen. Seit April 2008 gilt auch Deutschland als frei von Hund- und Fuchstollwut; Fledermäuse können aber Überträger sein (z. B. bei Höhlenwanderungen).

Tollwut ist eine weltweit verbreitete Zoonose, verursacht durch neurotrope Viren der Familie Rhabdoviridae, Gattung Lyssavirus. Die Inkubationszeit variiert stark und beträgt Tage bis mehrere Monate abhängig von Bissstelle und Virusmenge. Frühsymptome bestehen in unspezifischen Prodromi wie Fieber, Unwohlsein, Kopf- und Gliederschmerzen und lokalem Schmerz an der Expositionssstelle.

Die Ansteckung erfolgt primär durch Bisse oder Kratzer infizierter Tiere, über infektiösen Speichel, der in Wunden oder Schleimhäute gelangt; selten durch Aerosole in Fledermaushöhlen. Die Inkubationszeit variiert stark – typischerweise 2–3 Monate, kann aber von wenigen Tagen bis zu mehreren Jahren reichen.

Tollwut ist in Deutschland nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig.

Typhus/Paratyphus

| Impfstoff | Typ | Hersteller | Alter | Verabreichung |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------|---|
| ↳ Typhim Vi® PZN: 04686164 | Polysaccharid-Totimpfstoff Lebend-attenuierter oraler Impfstoff Salmonella typhi Ty21a | Sanofi Winthrop Industrie; Parallelimport Bavarian Nordic A/S | ab 2 Jahren ab 5 Jahren | 0,5 ml einmalig, mindestens 14 Tage vor Exposition; - kombinierbar mit Hepatitis A - 3 magensaftresistenten Kapseln an Tag 1, 3, 5; mit jeweils 2 Tagen Abstand (Schutzdauer 1 Jahr) |
| ↳ Viatim® | Kombi Hepatitis A + Typhus-Polysaccharid Totimpfstoff | kohlpharma GmbH; Parallelimporte | ab 16 Jahren | Einmalige Injektion (Schutzdauer 3 Jahre) - keine schweren Nebenwirkungen - |

Typhus kommt weltweit vor. Am häufigsten kommt die Krankheit jedoch in Ländern mit schlechten Hygienebedingungen bei der Nahrungsverarbeitung und -behandlung vor, sowie an Orten, wo es keine geeignete Abwasserbehandlung gibt. Betroffen sind daher meist Menschen in Entwicklungsländern. Typhus ist in Gebieten mit mangelhafter Wasser- und Abwasserinfrastruktur endemisch, vor allem in Südasien (Indien, Pakistan, Bangladesch), Teilen Afrikas und Lateinamerikas. Paratyphus ist in denselben Regionen verbreitet, oft parallel zu Typhus, in denen schlechte hygienische Bedingungen herrschen.

Risikogebiete für Reisende sind Südamerika, Afrika und Südostasien - besonders betroffen sind dabei Reisen unter einfachen Reisebedingungen.

Typhus ist eine schwere bakterielle Infektion mit Typhusbakterien (*Salmonella typhi*). Durch den Verzehr verunreinigter Nahrungsmittel oder Wasser wird die Infektion übertragen. Gelegentlich kommt es auch zu direkten fäkal-oralen Übertragungen. Dabei stellen insbesondere Schalentiere aus abwasserverseuchten Gebieten eine häufige Infektionsquelle dar. Auch der Verzehr von Gemüse und rohen Früchten, die mit Fäkalien gedüngt wurden, kann zu einer Infektion führen ebenso wie Milch und Milchprodukte, die durch den Kontakt mit den genannten pflanzlichen Produkten kontaminiert wurden. Auch Fliegen können die Erreger auf Lebensmittel übertragen, was zur Infektion eines Menschen ausreicht.

Die Inkubationszeit beträgt 2 - 21 Tage, in der Regel 10 - 14 Tage.

Frühe Symptome sind unspezifisch: Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeines Unwohlsein und leichtes Fieber. Die Erkrankung beginnt mit Übelkeit und Fieber, das innerhalb von 2-3 Tagen oft auf 39-41 °C steigt. Typisch sind Bauchschmerzen, anfangs Verstopfung, später teils „erbsbreiartige“ Durchfälle, zentrale Abdomenbeschwerden, und mitunter rötliche, kleine Fleckchen auf der Bauchhaut sowie langsamer Herzschlag. Komplikationen sind eine Hirnhautentzündung oder Perforation des Darms. 2-5 % der Erkrankten können zu chronischen Trägern werden.

Typhus und Paratyphus müssen in jedem Fall **antibiotisch** behandelt werden.

Als Antibiotika werden eingesetzt

- Ceftriaxon, Cefotaxim - als Standardtherapie bei zunehmender Chinolon-Resistenz weltweit;
- Azithromycin - als Alternative bei Unverträglichkeiten oder Resistenz.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt bei Aufenthälten in Endemiegebieten einen **Typhus-Impfstoff**. In Deutschland sind drei Impfstoffe zugelassen; einer der Totimpfstoffe ist kombiniert mit Hepatitis-A-Impfstoff erhältlich. Die Impfung sollte mindestens 2 Wochen vor Reisebeginn abgeschlossen sein. Neben Typhus können je nach Reiseziel weitere Impfungen sinnvoll oder vorgeschrieben sein. Eine Woche vor bis eine Woche nach der Impfung mit dem Stamm Ty21a sollten Malariamittel wie Proguanil, Mefloquin und Antibiotika nicht eingenommen werden.

Für Paratyphus (*Salmonella Paratyphi A, B, C*) stehen derzeit **keine** zugelassenen Impfstoffe zur Verfügung. Die verfügbaren **Typhus-Impfstoffe** schützen nicht vor Paratyphus-Infektionen. Bei Reisen in Hochrisikogebiete sind Hygienemaßnahmen und Lebensmittelvorsorge entscheidend.

9. DSTG-Freizeitunfallversicherung

Der DSTG-Seniorenbeirat Berlin weist darauf hin, dass der DSTG-Landesverband Berlin seinen Mitgliedern bei einem Unfall im Urlaub für den Krankenhausaufenthalt ein Krankenhaustagegeld zahlt.

10. Beihilfe für Krankheitsaufwendungen in einem Mitgliedsstaat der EU

Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Absatz 3 LBhVO ist in diesen Fällen nicht anzuwenden.

Für die Vorlage prüfungsfähiger Belege bei der Beihilfestelle Berlin ist stets die beihilfeberechtigte Person verantwortlich. Deshalb ist bei Fernreisen insbesondere darauf zu achten, dass in der ärztlichen Rechnung stets die Diagnose als auch eine detaillierte Leistungsbeschreibung dokumentiert wird.

Alle ärztlichen Behandlungen während der Fernreisen sollten vollständig durch Rechnungsbelege (Übersetzung nicht vergessen!) nachweisbar sein. Nur dann können beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Seniorinnen und Senioren sicher sein, dass die Beihilfestelle die eingereichten krankheitsbedingten Aufwendungen (Arzt, Krankenhaus, Medikamente) berücksichtigt.

Soweit ein Beleg (Arztrechnung, Rezept etc.) inhaltlich nicht den in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Anforderungen entspricht oder Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, kann die Beihilfestelle nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung, vorlegen.

Ein Kostenvergleich ist somit erforderlich. Im Rahmen einer Mitwirkungspflicht obliegt es der antragstellenden Person nachzuweisen, wie hoch die Kosten der Behandlung im Inland gewesen wären. Sofern trotz wiederholter Bemühungen keine inländische Vergleichsrechnung beigebracht werden kann, benötigt die Beihilfestelle zumindest detaillierte ärztliche Angaben über die im Ausland durchgeführten Behandlungen.

Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1.000,-- Euro sollte eine Übersetzung beigefügt sein. Eine Übersetzung unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. Ohne Nachweis des Umrechnungskurses werden Rechnungsbeträge in ausländischer Währung zum Interbankenkurs am Tag der Festsetzung umgerechnet.

11. Beihilfe für Krankheitsaufwendungen außerhalb der EU

Prinzipiell bringen Reisen in tropische Regionen ein besonders hohes Risiko einer Erkrankung mit sich. Deshalb sollte für eine Fernreise weit oben auf der Checkliste die eigene Gesundheitsvorsorge stehen.

Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, sind diese Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn

- sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
- beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
- die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist.

Zum Schluss noch zwei wichtige Hinweise:

- ◆ Schutzimpfungen aus Anlass privater Reise/Fernreise und
- ◆ Aufwendungen einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Reise/Fernreise

sind nach Berliner Beihilfevorschriften – LBhVO – nicht beihilfefähig!