



Epidemiologisches Bulletin

23. August 2018 / Nr. 34

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Mitteilung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut – 2018/2019

Die Impfempfehlungen der STIKO wurden auf der 88. bis 90. Sitzung der STIKO verabschiedet. Die folgenden Ausführungen ersetzen die im Epidemiologischen Bulletin des RKI (Epid. Bull.) 34/2017 veröffentlichten Impfempfehlungen. Begründungen zu den veränderten STIKO-Empfehlungen wurden bereits in den Epid. Bull. 2/2018 (QIV-Empfehlung) und 26/2018 (HPV-Jungenimpfung) veröffentlicht bzw. werden im Epid. Bull. 35/2018 veröffentlicht sowie auf den Internetseiten des RKI (www.stiko.de) verfügbar sein. Inhaltliche Änderungen gegenüber 2017/2018 sind am Rand gekennzeichnet. Die aktuellen Empfehlungen werden auch im Pocket-Format veröffentlicht oder können über die STIKO-App aufgerufen werden (s. S. 381).

1. Vorbemerkungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist ein im Infektionsschutzgesetz (IfSG) verankertes unabhängiges Expertengremium aus 12 bis 18 Mitgliedern, das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden alle 3 Jahre berufen wird. Die Kommission gibt in Deutschland gemäß dem IfSG Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten. Bei der Erarbeitung von Impfempfehlungen führt die Kommission in erster Linie eine medizinisch-epidemiologische Nutzen-Risiko-Bewertung auf Basis der besten verfügbaren Evidenz durch. Dabei berücksichtigt sie auch den Nutzen einer Impfung auf Bevölkerungsebene (z. B. zu erwartende epidemiologische Effekte einer Impfempfehlung). Die STIKO-Empfehlungen dienen den obersten Landesgesundheitsbehörden als Grundlage für deren öffentlichen Empfehlungen und bilden gemäß Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Grundlage für die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), ob eine Schutzimpfung als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird.

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

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

Diese Woche 34/2018

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut – 2018/2019

Inhalt

- ▶ Impfkalender, S. 338
- ▶ Standardimpfungen des Erwachsenenalters, Indikations- und Auffrischimpfungen, S. 339
- ▶ Anmerkungen zu einzelnen Impfungen, S. 346
- ▶ Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen, S. 352
- ▶ Postexpositionelle Impfungen bzw. andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, S. 362
- ▶ Empfehlungen zu Nachholimpfungen, S. 368
- ▶ Liste der wissenschaftlichen Begründungen, S. 378

Wesentliche inhaltliche Änderungen und Ergänzungen zu den Empfehlungen 2017/2018:

- ▶ Präzisierung, die Influenza-Impfung gegen die saisonale Influenza mit einem quadrivalenten Influenza-Impfstoff vorzunehmen (Epid. Bull. 2/2018) (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 2/2018)
- ▶ HPV-Impfempfehlung für Jungen im Alter von 9–14 Jahren (Epid. Bull. 26/2018) (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 26/2018)
- ▶ Obere empfohlene Altersgrenze für die zweite Tdap-Auffrischimpfung auf 16 Jahre herabgesetzt
- ▶ Neue Tetanus-PEP-Tabelle
- ▶ Redaktionelle Änderungen: „Hinweise zum Impfmanagement in der Praxis“ und „Impfempfehlungen für MigrantInnen und Asylsuchende nach Ankunft in Deutschland“
- ▶ Geschlechtergerechte Formulierungen



Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen	335
2. Impfkalender	338
3. Standardimpfungen des Erwachsenenalters, Indikations- und Auffrischimpfungen sowie Impfungen aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos oder aufgrund einer Reise	339
3.1 Übersicht	339
3.2 Anmerkungen zu einzelnen Impfungen	346
4. Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen.	352
4.1 Aufklärungspflicht vor Schutzimpfungen	352
4.2 <i>Off-label-use</i>	353
4.3 Dokumentation der Impfung	353
4.4 Impfmanagement in der Arztpraxis	354
4.5 Impfabstände	355
4.6 Hinweise zur Schmerz- und Stressreduktion beim Impfen	355
4.7 Kontraindikationen und falsche Kontraindikationen	357
4.8 Impfen bei Immundefizienz bzw. Immunsuppression	358
4.9 Impfkomplicationen und deren Meldung	358
4.10 Lieferengpässe von Impfstoffen	359
4.11 Impfeempfehlungen für MigrantInnen und Asylsuchende nach Ankunft in Deutschland	359
4.12 Hinweise zur Kostenübernahme von Schutzimpfungen	361
5. Postexpositionelle Impfungen bzw. andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten	362
5.1 Übersicht	362
5.2 Impfungen bei gehäuftem Auftreten oder Ausbrüchen von Meningokokken-Erkrankungen	364
5.3 Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunprophylaxe	365
5.4 Postexpositionelle Tetanus-Immunprophylaxe im Verletzungsfall	367
5.5 Postexpositionelle Tollwut-Immunprophylaxe	367
6. Empfehlungen zu Nachholimpfungen	368
6.1 Vorbemerkung	368
6.2 Ungeimpfte und Personen mit unklarem Impfstatus	368
6.3 Teilgeimpfte Personen	368
6.4 Vorgehen bei fehlender Impfdokumentation	369
6.5 Anamnestische Angaben zu Varizellen	369
6.6 Indikation für serologische Titerbestimmungen	369
6.7 Ist „Überimpfen“ gefährlich?	369
6.8 Wahl der Impfstoffe	370
6.9 Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis und Pertussis ab dem Alter von 5–6 Jahren	370
6.10 Altersabhängige Empfehlungen zur Durchführung von Nachholimpfungen	371
6.11 Literatur zum Abschnitt „Empfehlungen zu Nachholimpfungen“	377
7. Liste der STIKO-Empfehlungen und ihrer wissenschaftlichen Begründungen	378
8. Stichwortverzeichnis	379
9. STIKO-App	381

Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, für einen ausreichenden Impfschutz bei den betreuten Personen zu sorgen. Dies bedeutet, die Grundimmunisierung bei Säuglingen und Kleinkindern frühzeitig zu beginnen, ohne Verzögerungen durchzuführen und zeitgerecht abzuschließen. Nach der Grundimmunisierung ist ggf. durch regelmäßige Auffrischimpfungen sicherzustellen, dass

der notwendige Impfschutz lebenslang erhalten bleibt. Nach Indikationen sollen weitere Impfungen gegen Infektionskrankheiten erfolgen. Jeder Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollte dazu genutzt werden, die Impfdokumentation zu überprüfen und gegebenenfalls den Impfschutz zu vervollständigen.

Die ärztliche **Impfleistung** 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.

2. Impfkalendar

Der Impfkalendar für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (s. Tab. 1, S. 338) 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 Empfehlungen der STIKO dem nicht 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. 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 Hib-Impfung wird nur bis zum 5. Geburtstag und die Impfung gegen Pneumokokken nur bis zum 2. Geburtstag nachgeholt.

Zu den zeitlichen Mindestabständen zwischen zwei Impfungen sowie zur Möglichkeit der Koadministration von Impfstoffen sind die Fachinformationen des jeweiligen Impfstoff-

es 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.

Für die Impfprophylaxe genutzt werden sollen insbesondere die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kinder (U₁–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 Impfkalendar 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 Impflücken, 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.

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	15–16	17	ab 18	ab 60
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		N	A (ggf. N) ^e	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		N	A (ggf. N) ^e	
Pertussis		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		N	A (ggf. N) ^e	
Hib <i>H. influenzae</i> Typ b		G1	G2 ^c	G3	G4	N	N						
Poliomyelitis		G1	G2 ^c	G3	G4	N	N		A1	N	ggf. N		
Hepatitis B		G1	G2 ^c	G3	G4	N	N						
Pneumokokken ^a		G1		G2	G3	N							S ^g
Rotaviren	G1 ^b	G2	(G3)										
Meningokokken C						G1 (ab 12 Monaten)		N					
Masern						G1	G2	N					S ^f
Mumps, Röteln						G1	G2	N					
Varizellen						G1	G2	N					
Influenza													S (jährlich)
HPV Humane Papillomviren									G1 ^d	G2 ^d	N ^d		

Erläuterungen

- G Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1–G4)
- A Auffrischimpfung
- S Standardimpfung
- N Nachholimpfung
(Grund- bzw. Erstimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

- a Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Impfstoffdosen.
- b Die 1. Impfung sollte bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich.
- c Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffes kann diese Dosis entfallen.
- d Standardimpfung für Mädchen **und** Jungen im Alter von 9–14 Jahren mit 2 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 5 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten).
- e Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.
- f Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit.
- g Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff.

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

3.1 Übersicht

Zur Erfüllung des Impfkalenders für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (s. Tab. 1, S. 338) sollte der Impfstatus regelmäßig überprüft und ggf. ergänzt werden; dafür sollte jeder Arztbesuch 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. 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 gehört zu den ärztlichen Aufgaben 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 einzelne Personen, ihrer individuellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend, sinnvoll sein können. Es liegt in der ärztlichen Verantwortung, PatientInnen auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern ist auch eine fehlende STIKO-Empfehlung kein Hindernis für eine begründete Impfung.

Wenn die individuell gestellte Impfindikation 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 (s. Kapitel 4.1, S. 352 und Kapitel 4.2, S. 353). Versorgungsansprüche wegen eines anerkannten 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. 361); sie werden in folgende Kategorien eingeteilt:

- S Standardimpfungen** mit allgemeiner Anwendung (s. a. Impfkalender, Tab. 1, S. 338)
- A Auffrischimpfungen**
- I Indikationsimpfungen** für Risikogruppen bei individuell (nicht beruflich) erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie zum Schutz Dritter
 - B Impfungen** aufgrund 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** aufgrund von **Reisen**

Tabelle 2: Empfehlungen zu Standardimpfungen des Erwachsenenalters sowie zu Indikations- und Auffrischimpfungen für alle Altersgruppen

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformation beachten)
Cholera	R	Aufenthalte in Infektionsgebieten, speziell unter mangelhaften Hygienebedingungen bei aktuellen Ausbrüchen, z. B. in Flüchtlingslagern oder bei Naturkatastrophen.	Nach Angaben in den Fachinformationen des Herstellers.
Diphtherie	S/A	Alle Personen bei fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung oder wenn die letzte Impfung der Grundimmunisierung oder die letzte Auffrischimpfung länger als 10 Jahre zurückliegt.	<p>Erwachsene sollen die nächste fällige Diphtherie-Impfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erhalten, bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.</p> <p>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.</p> <p>Eine Reise in ein Infektionsgebiet sollte frühestens nach der 2. Impfung angetreten werden.</p>
FSME (Früh-sommer-meningo-enzephalitis)	I	Personen, die in FSME-Risikogebieten Zeckenexponiert sind.	Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen mit einem für Erwachsene bzw. Kinder zugelassenen Impfstoff nach Angaben in den Fachinformationen.
	B	Personen, die durch FSME beruflich gefährdet sind (exponiertes Laborpersonal sowie in Risikogebieten, z. B. Forstbeschäftigte und Exponierte in der Landwirtschaft).	Entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden; Hinweise zu FSME-Risikogebieten – veröffentlicht im <i>Epid. Bull.</i> 17/2018 – sind zu beachten.
	R	Zeckenexposition in FSME-Risikogebieten außerhalb Deutschlands.	<p>Saisonalität beachten: April–November</p> <p>Risikogebiete in Deutschland sind zurzeit insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Baden-Württemberg ▶ Bayern: (außer einigen Landkreisen [LK] in Schwaben und im westlichen Teil Oberbayerns) 2018 neu hinzugekommen: LK München, LK Günzburg, LK Augsburg, LK Weilheim-Schongau und der LK Starnberg ▶ Hessen: LK Odenwald, LK Bergstraße, LK Darmstadt-Dieburg, Stadtkreis (SK) Darmstadt, LK Groß-Gerau, LK Offenbach, SK Offenbach, LK Main-Kinzig-Kreis, LK Marburg-Biedenkopf ▶ Rheinland-Pfalz: LK Birkenfeld ▶ Saarland: LK Saar-Pfalz-Kreis ▶ Sachsen: LK Vogtlandkreis, LK Erzgebirgskreis, LK Bautzen, LK Zwickau ▶ Thüringen: SK Jena, SK Gera, LK Saale-Holzland-Kreis, LK Saale-Orla-Kreis, LK Saalfeld-Rudolstadt, LK Hildburghausen, LK Sonneberg, LK Greiz, LK Ilm-Kreis, SK Suhl
Gelbfieber	R	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vor Aufenthalt in Gelbfieber-Endemiegebieten im tropischen Afrika und in Südamerika (Hinweise der WHO zu Gelbfieber-Infektionsgebieten beachten) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ entsprechend den Anforderungen eines Gelbfieber-Impfnachweises der Ziel- oder Transitländer. 	<p>Einmalige Impfung in einer von den Gesundheitsbehörden zugelassenen Gelbfieber-Impfstelle.</p> <p>Das Internationale Zertifikat für eine Gelbfieber-Impfung ist lebenslang gültig. Dies betrifft bereits ausgestellte und neue Gelbfieber-Impfzertifikate. Laut WHO dürfen Einreisende seit 2016 mit einem Gelbfieber-Impfzertifikat nicht mehr mit dem Grund, dass dieses nach 10 Jahren abgelaufen sei, abgewiesen werden.</p> <p>Eine Liste der Länder mit der Gefahr einer Gelbfieber-Übertragung und der Länder, die bei Einreise eine Gelbfieber-Impfung erfordern, stellt die WHO zur Verfügung (www.who.int/ith/ith-country-list.pdf?ua=1; www.who.int/ith/ith-yellow-fever-annex1.pdf?ua=1)</p>
	B	▶ bei Tätigkeiten mit Kontakt zu Gelbfieber-Virus (z. B. in Forschungseinrichtungen oder Laboratorien).	Einmalige Impfung in einer von den Gesundheitsbehörden zugelassenen Gelbfieber-Impfstelle.
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	I	Personen mit anatomischer oder funktioneller Asplenie (z. B. Sichelzellanämie).	Einmalige Impfung. Ob Wiederholungsimpfungen sinnvoll sind, kann aufgrund unzureichender Datenlage derzeit nicht beurteilt werden.

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformation beachten)
Hepatitis A (HA)	I	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personen mit einem Sexualverhalten mit erhöhtem Expositionsrisiko; z. B. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). ▶ Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen, z. B. i. v. Drogenkonsumierende, Hämophile, oder mit Krankheiten der Leber/mit Leberbeteiligung. ▶ BewohnerInnen von psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Menschen mit Verhaltensstörung oder Zerebralschädigung. 	<p>Grundimmunisierung und Auffrischimpfung nach Angaben in den Fachinformationen.</p> <p>Die serologische Vortestung auf Anti-HAV ist nur bei den Personen sinnvoll, die länger in Endemiegebieten gelebt haben oder in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind oder vor 1950 geboren wurden.</p>
	B	<p>Personen mit erhöhtem beruflichen Expositionsrisiko, einschließlich Auszubildende, PraktikantInnen, Studierende und ehrenamtlich Tätige mit vergleichbarem Expositionsrisiko in folgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesundheitsdienst (inkl. Sanitäts- und Rettungsdienst, Küche, Labor, technischer und Reinigungsdienst, psychiatrische und Fürsorgeeinrichtungen). ▶ Personen mit Abwasserkontakt, z. B. in Kanalisationsanlagen und Klärwerken Beschäftigte. ▶ Tätigkeit (inkl. Küche und Reinigung) in Kindertagesstätten, Kinderheimen, Behindertenwerkstätten, Asylbewerberheimen u. a. 	
	R	Reisende in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Inzidenz.	
Hepatitis B (HB)	I	<ol style="list-style-type: none"> 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, DialysepatientInnen.* 2. Personen mit einem erhöhten nichtberuflichen Expositionsrisiko, z. B. Kontakt zu HBsAg-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft, Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko, i. v. Drogenkonsumierende, Untersuchungshäftlinge und Strafgefangene, ggf. PatientInnen psychiatrischer Einrichtungen.* 	<p>Für die Indikationsgruppen 1–4 gilt:</p> <p>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).**</p> <p>Zur Kontrolle des Impferfolgs sollte 4–8 Wochen nach der 3. Impfstoffdosis Anti-HBs quantitativ bestimmt werden (erfolgreiche Impfung: Anti-HBs \geq 100 IE/l).***</p> <p>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; s. Erläuterungen im <i>Epid. Bull.</i> 36/2013.⁴</p> <p>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.).</p> <p>Nach erfolgreicher Impfung, d. h. Anti-HBs \geq 100 IE/l, sind im Allgemeinen keine weiteren Auffrischimpfungen erforderlich. Ausnahme: PatientInnen 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).</p> <p>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.).</p>
	B	<ol style="list-style-type: none"> 3. Personen mit erhöhtem beruflichen Expositionsrisiko, einschließlich Auszubildende, PraktikantInnen, Studierende und ehrenamtlich Tätige mit vergleichbarem Expositionsrisiko, z. B. Personal in medizinischen Einrichtungen (einschließlich Labor- und Reinigungspersonal), Sanitäts- und Rettungsdienst, betriebliche ErsthelferInnen, PolizistInnen, Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist (z. B. Gefängnisse, Asylbewerberheime, Behinderteneinrichtungen).*** 	
	R	<ol style="list-style-type: none"> 4. Reiseindikation: individuelle Gefährdungsbeurteilung erforderlich. <p>* Die angeführten Personengruppen haben exemplarischen Charakter und stellen keine abschließende Indikationsliste dar. Die Impfindikation ist auf Grundlage einer Einschätzung des tatsächlichen Expositionsrisikos zu stellen (s. a. <i>Epid. Bull.</i> 36/2013).⁴</p> <p>** Im Bereich der Arbeitsmedizin sind die Empfehlungen der ArbMedVV zu beachten.</p> <p>*** Bei zur Gruppe 4 (Reiseindikation) gehörenden Personen ist individuell abzuwägen, ob angesichts des konkreten Expositionsrisikos und des individuellen Risikos eines Impfersagens eine Impferfolgskontrolle erforderlich erscheint.</p>	

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformation beachten)
Herpes zoster		Die Impfung mit dem Herpes-zoster-Lebendimpfstoff wird nicht als Standardimpfung empfohlen.	s. a. Information zu individuellen Impfindikationen im Kasten unter Kapitel 3.1 auf S. 339
Humane Papillomviren (HPV)			s. S. 347 f.
Influenza	S	Personen \geq 60 Jahre	Jährliche Impfung im Herbst mit einem inaktivierten quadrivalenten 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 inaktivierten quadrivalenten Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.
		Personen ab 6 Monate mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, wie z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ▶ chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD); ▶ chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen; ▶ Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen; ▶ chronische neurologische Krankheiten, z. B. Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben; ▶ Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion bzw. Immunsuppression; ▶ HIV-Infektion. BewohnerInnen von Alters- oder Pflegeheimen. Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können. Als Risikopersonen gelten hierbei Personen mit Grundkrankheiten, bei denen es Hinweise auf eine deutlich reduzierte Wirksamkeit der Influenza-Impfung gibt, wie z. B. Personen mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz oder Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. -suppression.	Jährliche Impfung im Herbst mit einem quadrivalenten Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination. Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 17 Jahren können alternativ mit einem attenuierten Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) geimpft werden, sofern keine Kontraindikation besteht (s. Fachinformation). Bei Hindernissen für eine Injektion (z. B. Spritzenphobie, Gerinnungsstörungen) sollte präferenziell LAIV verwendet werden.
	B	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. Personen mit erhöhter Gefährdung durch direkten Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln.*	Jährliche Impfung im Herbst mit einem inaktivierten quadrivalenten Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.
	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 quadrivalenten Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination.
	I	Wenn eine schwere 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.
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): <ul style="list-style-type: none"> ▶ Säuglinge ab dem Alter von 9 Monaten. 	Zweimalige Impfung mit einem MMR/V-*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.

* Eine Impfung mit saisonalen humanen Influenza-Impfstoffen erfolgt nicht primär zum 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 www.baua.de > Themen von A – Z > Biologische Arbeitsstoffe > Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe [TRBA]).

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformation beachten)
Masern (Fortsetzung)	I	Im Rahmen eines Ausbruchs: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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>) <p>* MMR/V = MMRV oder MMR in Ko-Administration mit VZV-Impfstoff ** MMR(V) = MMR mit oder ohne Ko-Administration von VZV-Impfung</p>	Einmalige MMR(V)**-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*-Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres gegeben werden. Bei Erstimpfung im Alter von 6–8 Monaten sollen eine 2. und 3. MMR/V*-Impfung im Alter von 11–14 und 15–23 Monaten erfolgen.
	B	Im Gesundheitsdienst oder bei der Betreuung von immundefizienten bzw. immunsupprimierten 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: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Komplement-/Properdindefizienz, ▶ Eculizumab-Therapie (monoklonaler Antikörper gegen die terminale Komplementkomponente C5), ▶ Hypogammaglobulinämie, ▶ anatomischer oder funktioneller Asplenie (z. B. Sichelzellanämie). 	Impfung mit 4-valentem ACWY-Konjugat-Impfstoff und einem MenB-Impfstoff. Nähere Erläuterungen zur Anwendung s. S. 348 f.
	I	Bei Ausbrüchen oder regionalen Häufungen auf Empfehlung der Gesundheitsbehörden (s. S. 364).	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-Konjugat-Impfstoff und einem MenB-Impfstoff.
	R	Reisende in Länder mit epidemischem/hyperendemischem Vorkommen, besonders bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung (z. B. EntwicklungshelferInnen, KatastrophenhelferInnen, 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-Konjugat-Impfstoff (s. S. 349)
	R	Vor Pilgerreise nach Mekka (Hadj, Umrah).	Impfung mit 4-valentem ACWY-Konjugat-Impfstoff (s. S. 349; Einreisebestimmungen beachten).
	R	SchülerInnen/Studierende vor Langzeitaufenthalten in Ländern mit empfohlener allgemeiner Impfung für Jugendliche oder selektiver Impfung für SchülerInnen/Studierende.	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. ²¹	Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff.
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. a. Tab. 10, S. 376 f.).
	I	Sofern in den letzten 10 Jahren keine Pertussis-Impfung stattgefunden hat, sollen folgende Personen 1 Dosis Pertussis-Impfstoff erhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Frauen im gebärfähigen Alter, ▶ enge Haushaltskontaktpersonen (Eltern, Geschwister) und Betreuende (z. B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern) eines Neugeborenen spätestens 4 Wochen vor Geburt des Kindes. Erfolgte die Impfung nicht vor der Konzeption, sollte die Mutter bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt des Kindes geimpft werden.	

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformation beachten)
Pertussis (Fortsetzung)	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.	Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23), ggf. Wiederholungsimpfungen mit PPSV23 im Abstand von mindestens 6 Jahren nach individueller Indikationsstellung s. S. 350.
	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"> ▶ T-Zell-Defizienz bzw. gestörte T-Zell-Funktion ▶ B-Zell- oder Antikörperdefizienz (z. B. Hypogammaglobulinämie) ▶ Defizienz oder Funktionsstörung von myeloischen Zellen (z. B. Neutropenie, chronische Granulomatose, Leukozytenadhäsionsdefekte, Signaltransduktionsdefekte) ▶ Komplement- oder Properdindefizienz ▶ funktioneller Hyposplenismus (z. B. bei Sichelzellanämie), Splenektomie* oder anatomische Asplenie ▶ neoplastische Krankheiten ▶ HIV-Infektion ▶ nach Knochenmarktransplantation ▶ immunsuppressive Therapie* (z. B. wegen Organtransplantation oder Autoimmunerkrankung) ▶ Immundefizienz bei chronischem Nierenversagen, nephrotischem Syndrom oder chronischer Leberinsuffizienz <p>2. Sonstige chronische Krankheiten, wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ chronische Erkrankungen des Herzens oder der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Lungenemphysem, COPD) ▶ Stoffwechselerkrankungen, z. B. mit oralen Medikamenten oder Insulin behandeltem Diabetes mellitus ▶ neurologische Krankheiten, z. B. Zerebralpareesen oder Anfallsleiden <p>3. Anatomische und Fremdkörper-assoziierte Risiken für Pneumokokken-Meningitis, wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Liquorfistel ▶ Cochlea-Implantat* 	<p>1. Sequenzielle Impfung mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff (PCV13) gefolgt von PPSV23 nach 6–12 Monaten, wobei PPSV23 erst ab dem Alter von 2 Jahren gegeben werden soll.**</p> <p>2. Personen ab dem Alter von 16 Jahren erhalten eine Impfung mit PPSV23. Personen im Alter von 2–15 Jahren erhalten eine sequenzielle Impfung mit PCV13 gefolgt von PPSV23 nach 6–12 Monaten.**</p> <p>3. Sequenzielle Impfung mit PCV13 gefolgt von PPSV23 nach 6–12 Monaten, wobei PPSV23 erst ab dem Alter von 2 Jahren gegeben werden soll.**</p> <p>** Aufgrund der begrenzten Dauer des Impfschutzes soll die Impfung mit PPSV23 in allen drei Risikogruppen mit einem Mindestabstand von 6 Jahren wiederholt werden. Hinweise zur praktischen Umsetzung s. Kapitel „Anmerkungen zu einzelnen Impfungen“ s. S. 350</p>
	B	Berufliche Tätigkeiten wie Schweißen und Trennen von Metallen, die zu einer Exposition gegenüber Metallrauchen einschließlich metalloxidischen Schweißrauchen führen.	Impfung mit PPSV23 und Wiederholungsimpfung mit PPSV23 mit einem Mindestabstand von 6 Jahren, solange die Exposition andauert.
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>

* Impfung möglichst vor der Intervention

(Fortsetzung Tabelle 2)

Impfung gegen	Kategorie	Indikation	Anwendungshinweise (Packungsbeilage/Fachinformation beachten)
Poliomyelitis (Fortsetzung)	I	Für folgende Personengruppen ist eine Impfung indiziert: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reisende in Regionen mit Infektionsrisiko (die aktuelle epidemische Situation ist zu beachten, insbesondere die Meldungen der WHO); ▶ Aussiedler, Flüchtlinge und Asylsuchende, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, bei der Einreise aus Gebieten mit Infektionsrisiko, s. S. 359 ff. 	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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personal der oben genannten Einrichtungen; ▶ medizinisches Personal, das engen Kontakt zu Erkrankten haben kann; ▶ Personal in Laboren mit Infektionsrisiko. 	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. ³⁵ Einmal geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter. ³⁵	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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TierärztInnen, JägerInnen, 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. Mit Tollwutvirus arbeitendes Laborpersonal sollte halbjährlich auf neutralisierende Antikörper untersucht werden. Eine Auffrischimpfung ist bei < 0,5 IE/ml Serum indiziert.
	R	Reisende in Regionen mit hoher Tollwutgefährdung (z. B. durch streunende Hunde).	
Tuberkulose		Die Impfung mit einem BCG-Impfstoff wird nicht empfohlen.	
Typhus	R	Bei Reisen in Endemiegebiete mit Aufenthalt unter schlechten hygienischen Bedingungen.	Nach Angaben in den Fachinformationen.
Varizellen	I	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seronegative Frauen mit Kinderwunsch ▶ Seronegative PatientInnen vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation ▶ Empfängliche Personen* mit schwerer Neurodermitis ▶ Empfängliche Personen* mit engem Kontakt zu den beiden zuvor Genannten 	Zweimalige Impfung. Anwendungshinweise für Impfungen seronegativer PatientInnen unter immunsuppressiver Therapie sind hier verfügbar: www.rki.de/immundefizienz .
	R	Seronegatives Personal im Gesundheitsdienst sowie bei Neueinstellungen in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter.	* „Empfängliche Personen“ bedeutet: Keine Impfung und anamnestisch keine Varizellen oder bei serologischer Testung kein Nachweis spezifischer Antikörper.

3.2 Anmerkungen zu einzelnen Impfungen

Cholera

Die strikte Einhaltung der Lebensmittel-, Trinkwasser- und Körperhygiene ist die wichtigste Maßnahme zur Verhütung einer Cholera-Infektion. Grundsätzlich ist das Risiko, während einer Reise an Cholera zu erkranken, sehr gering. Bei Reisen in aktuelle Infektionsgebiete kann jedoch zum individuellen Schutz eine Cholera-Impfung indiziert sein, insbesondere bei Aufenthalten unter mangelhaften Hygienebedingungen, z. B. bei Cholera-Ausbrüchen in Flüchtlingslagern oder nach Naturkatastrophen. In Deutschland gibt es derzeit einen zugelassenen Cholera-Impfstoff (Dukoral®). Hierbei handelt es sich um eine Schluckimpfung mit abgetöteten Cholera-Erregern. Die Grundimmunisierung gegen Cholera besteht bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren aus 2 Impfstoffdosen, die im Abstand von mindestens 1 bis maximal 6 Wochen verabreicht werden.

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. 340, dargelegten Grundsätze einer Indikationsimpfung einschließlich der in der Tabelle enthaltenen Hinweise zu Risikogebieten. Ein Impfschutz sollte möglichst zu Beginn der Zeckensaison aufgebaut sein/bestehen – ca. 95% der Erkrankungen werden in den Monaten Mai bis November gemeldet.

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 Gültigkeit eines Internationalen Zertifikates für eine Gelbfieber-Impfung wurde von 10 Jahren auf lebenslang geändert. Dies betrifft bereits ausgestellte wie auch neue Gelbfieber-Impfzertifikate.

Eine Liste der Länder mit der Gefahr einer Gelbfieber-Übertragung und der Länder, die bei Einreise eine Gelbfieber-Impfung erfordern, stellt die WHO zur Verfügung (www.who.int/ith/ith-country-list.pdf?ua=1; www.who.int/ith/ith-yellow-fever-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 von < 2 Jahren erstmals geimpft wurden, insbesondere solche, die gleichzeitig zur Gelbfieber-Impfung eine MMR-Impfung erhalten hatten, (2) Frauen, die in der Schwangerschaft geimpft wurden, (3) HIV-Infizierte.

Siehe auch die ausführliche wissenschaftliche Begründung zur Änderung der Gelbfieber-Impfempfehlung im *Epid. Bull.* 35/2015.²

Haemophilus influenzae Typ b (Hib)

Wird eine Hib-Impfung im Alter von 1 bis 4 Jahren nachgeholt, reicht eine einmalige Impfung. Ab einem Alter von 5 Jahren ist eine Hib-Impfung nur in Ausnahmefällen indiziert (s. Tab. 2, S. 340, bei funktioneller oder anatomischer Asplenie). Der Einzelimpfstoff gegen Hib kann unter dem Handelsnamen Act-Hib® in jeder Apotheke bezogen werden.

Hepatitis A

Zur Impfung gegen Hepatitis A sind in Deutschland monovalente Impfstoffe und Kombinationsimpfstoffe zugelassen. Monovalente Hepatitis-A-Impfstoffe sind in unterschiedlicher Dosierung für Kinder und Erwachsene verfügbar. Zur Grundimmunisierung mit monovalenten Hepatitis-A-Impfstoffen sind 2 Impfstoffdosen im Abstand von 6–12 Monaten notwendig. Für die Grundimmunisierung mit dem die Hepatitis-B-Komponente enthaltenden Kombinationsimpfstoff sind (wie beim monovalenten Hepatitis-B-Impfstoff) 3 Impfstoffdosen im Abstand 0, 1 und 6 Monate notwendig. Dieser Kombinationsimpfstoff enthält nur halb so viel Hepatitis-A-Antigen wie die monovalenten Hepatitis-A-Impfstoffe, weshalb der Kombinationsimpfstoff nicht für die postexpositionelle Prophylaxe angewendet werden sollte.

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 4–8 Wochen nach der Impfung entsprechend den Empfehlungen in Tabelle 2 erfolgen (s. S. 341 sowie *Epid. Bull.* 31/2007⁵ und 36/2013⁴).

Hepatitis-B-Immunprophylaxe 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. aktive Impfung mit einem monovalenten Impfstoff und frühestens 5 Monate nach der 2. Impfung durch eine 3. Impfung vervollständigt. Diese 3. Impfung kann im Rahmen der Grundimmunisierung im Alter von 11–14 Monaten mit einem 6-fach-Impfstoff erfolgen.

Die Grundimmunisierung für Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Poliomyelitis kann für Säuglinge, die bereits 2 HB-Impfstoffdosen erhalten haben, mit einem pentavalenten oder mit einem hexavalenten Impfstoff erfolgen. Die zusätzlich enthaltenen HB-Impfstoffdosen im hexavalenten Impfstoff haben keine negativen Auswirkungen.

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 letzten Impfstoffdosis der Grundimmunisierung die Hepatitis-B-Marker HBsAg, Anti-HBs und Anti-HBc bestimmt.

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 ≥ 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 ≥ 100 IE/l wird eine 4. Impfung 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).

Herpes zoster

Adjuvantierter Subunit-Totimpfstoff: Seit März 2018 ist ein adjuvantierter Subunit-Totimpfstoff (Shingrix®) zur Verhinderung von Herpes zoster (HZ) und postherpetischer Neuralgie (PHN) für Personen ab dem Alter von 50 Jahren zugelassen. Dieser Impfstoff ist seit Mai 2018 in Deutschland verfügbar. Nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung kann die Impfung sinnvoll sein.

Attenuierter Lebendimpfstoff: Seit 2006 ist ein attenuierter Lebendimpfstoff (Zostavax®) zur Verhinderung eines HZ bzw. der PHN für Personen ab dem Alter von 50 Jahren zugelassen. Dieser Impfstoff ist seit September 2013 in Deutschland verfügbar. Die STIKO sieht zum gegenwärtigen Zeitpunkt davon ab, die Impfung mit dem HZ-Lebendimpfstoff als Standardimpfung zu empfehlen. Die Entscheidung basiert auf der systematischen Bewertung der vorhandenen Daten zu Wirksamkeit, Schutzdauer und Sicherheit des Impfstoffs und wird durch die Ergebnisse einer mathematischen Modellierung zur Abschätzung der zu erwartenden epidemiologischen Effekte bekräftigt.

Die Wahrscheinlichkeit an HZ zu erkranken und die Schwere der Erkrankung nehmen mit dem Alter deutlich zu. Die Wirksamkeit der Impfung hingegen nimmt mit zunehmendem Alter ab und reicht von 70% bei den 50- bis 59-Jährigen über 41% bei den 70- bis 79-Jährigen bis zu weniger als 20% bei den ≥ 80 -Jährigen. Die Schutzdauer der Impfung ist nur für wenige Jahre belegt. Die Modellierungsergebnisse zeigen eine nur geringe Reduktion der Gesamtfallzahlen von HZ durch die Impfung mit dem Lebendimpfstoff, die je nach Impfalter zwischen 2,6% (Impfung mit 50 Jahren) und 0,6% (Impfung mit 80 Jahren) liegen kann. Hinzu kommt, dass Personen, die ein deutlich erhöhtes Risiko für HZ und seine Komplikationen haben, häufig nicht mit dem attenuierten Lebendimpfstoff geimpft werden können (Kontraindikation). In der Gesamtschau führt die epidemiologische Nutzen-Risiko-Bewertung der HZ-Impfung nicht zu der Empfehlung einer Standardimpfung (s. a. *Epid. Bull.* 3/6/2017).⁶

Humane Papillomviren (HPV)

Zur Reduktion der Krankheitslast durch HPV-assoziierte Tumore ist eine generelle Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) für alle Mädchen und Jungen im Alter von 9–14 Jahren empfohlen. Spätestens bis zum Alter von 17 Jahren sollen versäumte Impfungen gegen HPV nachgeholt werden. Die vollständige Impfschritte sollte vor dem ersten Sexualkontakt abgeschlossen sein. Bei Beginn der Impfschritte im Alter von 9–14 Jahren (Cervarix®, Gardasil®-9) ist ein 2-Dosen-Impfschema mit einem Impfabstand von 5 Monaten zugelassen. Bei Nachholimpfungen im Alter von > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 5 Monaten zwischen der 1. und 2. Dosis ist eine 3. Impfstoffdosis erforderlich (Angaben in den Fachinformationen beachten).

Eine begonnene Impfschritte sollte möglichst mit dem gleichen HPV-Impfstoff vervollständigt werden. Weitere Details zur

Anwendung der HPV-Impfstoffe s.a. *Epid. Bull.* 16/2016: „Mitteilung der STIKO am RKI: Anwendung des neunvalenten Impfstoffs gegen Humane Papillomviren (HPV)“.

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 **und Männer**, die älter als 17 Jahre sind und keine Impfung gegen HPV erhalten haben, können ebenfalls von einer Impfung gegen HPV profitieren, jedoch ist die Wirksamkeit der Impfung bei nicht HPV-naiven Personen reduziert. Es liegt in der ärztlichen Verantwortung, nach individueller Prüfung der Impfindikation PatientInnen auf der Basis der Impfstoffzulassung darauf hinzuweisen.

Geimpfte Frauen und Männer sind darauf hinzuweisen, dass die Impfung mit den aktuell verfügbaren Impfstoffen nicht gegen alle potenziell onkogenen HPV-Typen schützt. Frauen sollen deshalb die Früherkennungsuntersuchungen zum Gebärmutterhalskrebs weiterhin in Anspruch nehmen. Die wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen ist – ergänzend zu den Begründungen zur Änderung des Impfalters (*Epid. Bull.* 35/2014)⁷, zur Begründung der HPV-Impfung für Mädchen (*Epid. Bull.* 12/2007)⁹ und der Bewertung der Impfung (*Epid. Bull.* 32/2009)⁸ – im *Epid. Bull.* 26/2018²⁶ veröffentlicht.

Influenza

Empfohlen wird die jährliche Impfung im Herbst mit einem **quadrivalenten** Impfstoff mit aktueller, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlener Antigenkombination als Standardimpfung aller Personen ab 60 Jahre sowie als Indikationsimpfung bei bestimmten Personengruppen (s. Tab. 2, S. 342). Neben der quadrivalenten inaktivierten Vakzine (IIV4) zur Injektion, die z. T. ab dem Alter von 6 Monaten zugelassen ist, ist für die Altersgruppe 2 bis einschl. 17 Jahre auch eine quadrivalente attenuierte Lebendvakzine (LAIV4) zur nasalen Applikation zugelassen. In dieser Altersgruppe können die inaktivierten Impfstoffe oder die Lebendvakzine verwendet werden. Bei Hindernissen für eine Injektion (z. B. Spritzenphobie, Gerinnungsstörungen) sollte präferenziell LAIV4 verwendet werden. Die jährliche Impfung wird auch dann empfohlen, wenn die Antigenzusammensetzung des Impfstoffs gegenüber der vorhergehenden Saison unverändert ist.

Masern

Die Impfung gegen Masern sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) durchgeführt werden, in der Regel im Alter von 11–14 Monaten. Eine zweite Impfung sollte mit einem Abstand von ≥ 4 Wochen erfolgen, spätestens jedoch bis zum Ende des 2. Lebensjahres, 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 sollte die passive Immunisierung mit Immunglobulinen bis zu 6 Tage nach Exposition bei kontraindizierter aktiver Impfung vor allem für ungeschützte Personen mit hohem Komplikationsrisiko, z. B. für Säuglinge unter 6 Monaten, immundefiziente PatientInnen und empfängliche Schwangere, erfolgen bzw. erwogen werden. Die Anwendung erfolgt außerhalb der Zulassung. Säuglinge im Alter von 6–8 Monaten können nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung alternativ zur 1. Impfung Immunglobuline erhalten. Nach einer Immunglobulingabe ist die MMR/V-Impfung für 8 Monate nicht sicher wirksam. Dies sollte bei der Indikation zur Immunglobulingabe berücksichtigt werden (s.a. Tab. 5, S. 362 und *Epid. Bull.* 2/2017).

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.* 32/2010.¹⁵

Meningokokken

Meningokokken B

In Deutschland sind zwei Impfstoffe gegen Meningokokken der Serogruppe B zugelassen: Bexsero[®] ist für Personen ab dem Alter von 2 Monaten und **Trumenba[®] ab dem Alter von 10 Jahren** zugelassen. Die STIKO kommt gegenwärtig zu dem Schluss, dass die bisher vorliegenden Studienergebnisse und die daraus resultierende Evidenz für eine abschließende Entscheidung über eine generelle

Impfempfehlung noch nicht ausreichen. Eine Stellungnahme zum Stand der Bewertung des neuen Meningokokken-B-Impfstoffs wurde erstmals im *Epid. Bull.* 36/2014 veröffentlicht und 2018 aktualisiert (*Epid. Bull.* 3/2018).

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. 343). Es liegen keine Daten zur Wirksamkeit der MenB-Impfung bei diesen Personen vor; in einer kleineren Studie war die Immunogenität jedoch bei Kindern und Jugendlichen mit Komplementdefekten geringer als bei gesunden oder asplenischen Probanden (NCT02141516). Zudem ist das Risiko, an einer invasiven Meningokokken-Infektion zu erkranken, je nach Grundkrankheit unterschiedlich hoch, wie in der „Wissenschaftlichen Begründung für die Aktualisierung der Meningokokken-Impfempfehlung“ detailliert ausgeführt wird (s. *Epid. Bull.* 37/2015).¹⁶

Bei weitem das höchste Risiko – bis zu 10.000-fach höher als die Allgemeinbevölkerung – haben Personen mit terminalen Komplementdefekten sowie Properdinefizienz. 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 die Entscheidung für eine Meningokokken-B-Impfung nach individueller Risikoabschätzung getroffen werden.

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.* 31/2006.²⁰ 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. 343) zu beachten. Verfügbare Meningokokken-C-Konjugatimpfstoffe sind ab dem Alter von 2 Monaten zugelassen.

Meningokokken ACWY

Bei bestimmten Indikationen (s. Tab. 2, S. 343 und Tab. 5, S. 363) ist eine Meningokokken-Impfung gegen die Serogruppen ACWY empfohlen. Für Kinder und Jugendliche, die bisher noch keine Meningokokken-C-Impfung bekom-

men haben und aufgrund einer Indikation (z. B. Reise) eine ACWY-Impfung erhalten, ist keine weitere Meningokokken-C-Impfung erforderlich. Die 4-valenten ACWY-Konjugatimpfstoffe sind in Deutschland ab dem Alter von 6 Wochen (Nimenrix®) bzw. ab dem Alter von 2 Jahren (Menveo®) zugelassen (Stand: 1. Juli 2018). In den USA ist Menveo® bereits ab dem Alter von 2 Monaten zugelassen.

Mumps

Ein monovalenter Mumps-Impfstoff ist in Deutschland nicht mehr erhältlich. Die Impfung gegen Mumps sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) durchgeführt werden, in der Regel im Alter von 11–14 Monaten. Eine zweite Impfung sollte mit einem Abstand von ≥ 4 Wochen erfolgen, spätestens jedoch bis zum Ende des 2. Lebensjahres, um den frühestmöglichen Impfschutz zu erreichen. Eine bereits bestehende Immunität gegen einen oder zwei der enthaltenen Erreger des Impfstoffes stellt keine Kontraindikation für die Impfung dar.

Pertussis

In Anbetracht der epidemiologischen Pertussis-Situation in Deutschland und der Schwere des klinischen Verlaufs einer Pertussis-Erkrankung 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 9–16 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. a. Tab. 10, S. 376).

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 mit Tdap-Impfstoff 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. 338–339).

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 Betreuende des Neugeborenen (s. Tab. 2, S. 343 ff.) besteht.

Pneumokokken

Grundimmunisierung im Säuglingsalter: 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 bis zum Alter von 12 Monaten 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. Säuglinge im Alter > 12 Monate (bis 24 Monate) erhalten als Nachholimpfung nur 2 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 8 Wochen. **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: August 2018) auf Reifgeborene beschränkt ist. Eine ausführliche Begründung der Impfempfehlung findet sich im *Epid. Bull.* 36/2015.²⁸

Standardimpfung für SeniorInnen: Für Personen ≥ 60 Jahre, die keiner der in Tab. 2 (S. 344) unter „I“ oder „B“ genannten Risikogruppen angehören, wird als Standardimpfung die Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23) (Pneumovax® 23) empfohlen (Kategorie „S“).

Indikationsimpfung: Für Personen mit bestimmten Risikofaktoren für schwere Pneumokokken-Erkrankungen (Kategorien „I“ und „B“) wird die Impfung gegen Pneumokokken unabhängig vom Alter empfohlen. Für Personen mit Immundefizienz bzw. -suppression (Gruppe 1) sowie für Personen mit anatomischen und Fremdkörper-assoziierten Risikofaktoren (z. B. Cochlea-Implantat) und damit einem erhöhten Risiko für eine Pneumokokken-Meningitis (Gruppe 3) wird die sequenzielle Impfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff (PCV13) (Prevenar 13®) gefolgt von PPSV23 empfohlen. PPSV23 ist ab dem Alter von 2 Jahren zugelassen (s. Tab. 3). Davor kann nur PCV 13 geimpft werden. Für Personen mit chronischen Krankheiten (Gruppe 2) und mit beruflicher Indikation wird die alleinige Impfung mit PPSV23 empfohlen. In der Altersgruppe 2–15 Jahre soll auch in Gruppe 2 eine sequenzielle Impfung erfolgen.

Wiederholungsimpfungen: Aufgrund der begrenzten Dauer des Impfschutzes hält die STIKO Wiederholungsimpfungen mit PPSV23 in einem Mindestabstand von 6 Jahren aus medizinisch-epidemiologischer Sicht für alle in Tab. 2 (S. 344) genannten Gruppen grundsätzlich für sinnvoll. Laut Fachinformation von PPSV23 sollten jedoch „gesunde Erwachsene nicht routinemäßig erneut geimpft werden“. Hingegen können laut Fachinformation Wiederholungsimpfungen „bei Personen mit erhöhtem Risiko für schwere Pneumokokken-Erkrankungen in Erwägung gezogen werden“. Auf Personen der Kategorien „I“ und „B“ trifft dies regelmäßig zu. Bei SeniorInnen, die keiner dieser beiden Kategorien angehören, ist die Indikation individuell zu prüfen. Die PatientInnen sind auf die stärkere Reaktogenität der Wiederholungsimpfung im Vergleich zur Erstimpfung, aber auch auf den möglichen Verlust des Impfschutzes nach unterbleibender Wiederholungsimpfung, hinzuweisen.

Tabelle 3: Umsetzung der sequenziellen Pneumokokken-Indikationsimpfung ab dem Alter von 2 Jahren unter Berücksichtigung des bisherigen Impfstatus

Impfstatus	Empfohlenes Impfschema für die sequenzielle Impfung		PPSV23-Wiederholungsimpfung im Abstand von mindestens 6 Jahren zur letzten PPSV23-Impfung
	1. Impfung	2. Impfung	
Keine Impfung	PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten*	Ja
PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten	entfällt	Ja
PCV7 oder PCV10	PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten*	Ja
PPSV23 vor < 6 Jahren	PCV13 im Abstand von 12 Monaten	PPSV23 im Abstand von 6 Jahren zur vorangegangenen PPSV23 Impfung	Ja
PPSV23 vor ≥ 6 Jahren	PCV13	PPSV23 im Abstand von 6–12 Monaten*	Ja
PCV13 + PPSV23	entfällt	entfällt	Ja

* PPSV23 (23-valenter Polysaccharid-Impfstoff) kann frühestens 2 Monate nach der PCV13-Impfung (13-valenter Konjugatimpfstoff) gegeben werden (z. B. bei Impfung vor geplanter immunsuppressiver Therapie); ein längerer Abstand von 6–12 Monaten ist immunologisch günstiger.

Ausführliche wissenschaftliche Begründungen zu diesen Empfehlungen finden sich im *Epid. Bull.* 36/2016 und 37/2016.^{26,27}

Poliomyelitis

Das Wildpoliovirus Typ 2 ist seit 1999 ausgerottet. Es besteht weiterhin das Risiko der Infektion durch die Wildpoliovirus-Typen 1 und 3 sowie durch mutierte zirkulierende Impfviren (*circulating vaccine-derived polioviruses* – cVDPV) aller 3 Typen bei Reisen in Regionen mit Infektionsrisiko. Der Polio-Lebendimpfstoff, die orale Polio-Vakzine (OPV), wird wegen des – wenn auch sehr geringen – Risikos einer Vakzine-assoziierten paralytischen Poliomyelitis (VAPP) seit 1998 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 9–16 Jahren wird für Jugendliche eine Auffrischimpfung mit einem Impfstoff, der IPV enthält, empfohlen. Eine mit OPV begonnene Grundimmunisierung wird mit IPV komplettiert (s. a. Tab. 2, S. 344 f.).

Röteln

Ein monovalenter Röteln-Impfstoff ist in Deutschland nicht mehr erhältlich. Die Impfung gegen Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) durchgeführt werden, in der Regel im Alter von 11–14 Monaten. Eine zweite Impfung sollte mit einem Abstand von ≥ 4 Wochen erfolgen, spätestens jedoch bis zum Ende des 2. Lebensjahres, um den frühestmöglichen Impfschutz zu erreichen.

Eine bereits bestehende Immunität gegen einen oder zwei der enthaltenen Erreger des Impfstoffes stellt keine Kontraindikation für die Impfung dar. Ziel der Impfeempfehlung ist in erster Linie die Verhinderung von Röteln-Embryopathien sowie die Elimination der Röteln in Deutschland.

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[®]) bzw. 3 Impfstoffdosen (RotaTeq[®]) 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 des zu impfenden Säuglings 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[®]) bzw. von 20–22 Wochen (RotaTeq[®]) abzuschließen. Die Impfserie **muss** für Rotarix[®] auf jeden Fall bis zum Alter von 24 Wochen und für RotaTeq[®] bis zum Alter von 32 Wochen abgeschlossen sein.

Eine ausführliche Begründung der Impfeempfehlung findet sich im *Epid. Bull.* 35/2013.³⁴ 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 ihres chronologischen Alters 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 PatientInnen 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.

Tollwut

Deutschland gilt nach den Kriterien der WHO seit 2008 als frei von terrestrischer Tollwut durch das Rabies-Virus. Es zählt jedoch in Europa zu den Ländern mit den häufigsten Fledermaus-Tollwutfällen, die durch Fledermaus-Lyssaviren verursacht werden. Diese können auch auf den Menschen übertragen werden. Daneben stellt der illegale Import von Haustieren (Hunde und Katzen) aus Regionen, die nicht tollwutfrei sind, weiterhin ein Risiko dar. Die präexpositionelle Grundimmunisierung erfolgt je nach Hersteller durch eine 3-malige intramuskuläre Impfung nach dem Schema 0–7–21 Tage (Rabipur[®]) bzw. 0–7–28 Tage (Tollwut-Impfstoff HDC[®]). Um mit dem Tollwut-Impfstoff HDC[®] einen längerfristigen Impfschutz aufrechtzuhalten, ist eine Impfung 1 Jahr nach der 1. Impfstoffdosis notwendig. Zur postexpositionellen Prophylaxe s. S. 367 f.

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 wer-

den und kann mit einem MMRV-Kombinationsimpfstoff erfolgen (s. a. 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 den Varizellen- bzw. MMRV-Impfungen 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-Impfempfehlung wurde im *Epid. Bull.* 32/2009³⁷, eine Evaluation dieser Impfempfehlung im *Epid. Bull.* 1/2013 veröffentlicht.

4. Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen

Behandelnde ÄrztInnen haben im Rahmen des Behandlungsvertrages zwischen ihnen und PatientInnen die rechtliche Pflicht (§§ 630a ff. BGB), PatientInnen oder die Eltern bzw. Sorgeberechtigten im Rahmen der vorgesehenen Routineuntersuchungen auf Möglichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit indizierter Impfungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten hinzuweisen. Zusätzlich haben sie die Pflicht, PatientInnen über die Folgen einer unterlassenen Impfung zu informieren. Diese Pflicht besteht unabhängig von der persönlichen ärztlichen Auffassung und möglichen subjektiven Bedenken oder Vorbehalten.

4.1 Aufklärungspflicht vor Schutzimpfungen

Allgemeines

Die Aufklärung ist ein wichtiger Teil der ärztlichen Impfleistung. Die Aufklärungspflichten gegenüber zu impfenden Personen sind im „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz) im Jahr 2013 neu geregelt worden (§ 630e BGB).

Vor Durchführung einer Schutzimpfung ist es ärztliche Pflicht, die zu impfende Person oder den anwesenden Elternteil bzw. Sorgeberechtigten über die zu verhütende Krankheit und die Impfung aufzuklären, damit eine wirksame Einwilligungserklärung abgegeben werden kann.

Umfang der Aufklärung

Die Aufklärung sollte in der Regel Informationen über folgende Punkte umfassen:

- ▶ die zu verhütende Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten,
- ▶ den Nutzen der Impfung,
- ▶ die Kontraindikationen,
- ▶ die Durchführung der Impfung,
- ▶ den Beginn und die Dauer des Impfschutzes,
- ▶ das Verhalten nach der Impfung,
- ▶ mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Impfkomplicationen,
- ▶ die Notwendigkeit und die Termine von Folge- und Auffrischimpfungen.

Der genaue Umfang der erforderlichen Aufklärung hängt jedoch immer von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Es gilt das Prinzip der patientenbezogenen Information, d. h. es ist jeweils der Verständnishorizont der konkreten Person bzw. der Einwilligungsberechtigten zugrunde zu legen. Entscheidende Kriterien können z. B. Alter, Bildungsgrad, Vorerfahrungen und medizinische Kenntnisse sein. Es ist daher immer ein individueller Maßstab anzulegen, der PatientInnen bzw. Einwilligungsberechtigten gerecht wird. Im Hinblick auf die Impfung ist ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums zu vermitteln. Im Ausnahmefall kann ein ausdrücklicher Aufklärungsverzicht von Seiten der zu impfenden bzw. einwilligungsberechtigten Person eine Aufklärung entbehrlich machen.

Form und Zeitpunkt der Aufklärung

Die **Aufklärung muss** gemäß § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB **mündlich** durch die behandelnde Person oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die PatientInnen in Textform erhalten. In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 17/10488, S. 24 zu § 630e BGB) wird zu dieser Thematik ausgeführt: *„Dem Patienten soll die Möglichkeit eröffnet werden, in einem persönlichen Gespräch mit dem Behandelnden gegebenenfalls auch Rückfragen zu stellen, so dass die Aufklärung nicht auf einen lediglich formalen Merkposten innerhalb eines Aufklärungsbogens reduziert wird.“*

Es ist darauf zu achten, dass die Aufklärung rechtzeitig und für die zu impfende Person oder den anwesenden Elternteil bzw. Sorgeberechtigten verständlich durchgeführt wird. Informationen unmittelbar vor der Impfung sind möglich, wenn damit kein Entscheidungsdruck aufgebaut wird. Es ist – insbesondere bei Sprachbarrieren – darauf zu achten, dass die ärztlichen Ausführungen auch verstanden werden; es sollte im Zweifel geklärt werden, ob die Zuziehung z. B. eines Dolmetschers – ggf. auf Kosten der zu impfenden Person – gewünscht wird.

Aufklärungsmerkblätter

Aufklärungsmerkblätter für Impfungen durch niedergelassene ÄrztInnen stehen unentgeltlich über die Homepage des „Forum impfende Ärzte“ zur Verfügung (www.forum-impfen.de, nach Anmeldung mit Passwort). Teilweise werden Aufklärungsmerkblätter durch verschiedene Anbieter (z. B. durch das Deutsche Grüne Kreuz oder durch Thieme Compliance) kostenpflichtig vertrieben.

Zur Unterstützung der Beratung von Personen, die nicht Deutsch sprechen, stellt das RKI übersetzte Impfaufklärungsbögen mit Einverständniserklärung sowie Impfkalender in bis zu 20 verschiedenen Sprachen als Downloads kostenfrei bereit (www.rki.de/impfen > Informationsmaterialien). Zusätzlich stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zahlreiches Informationsmaterial zum Impfen und zu impfpräventablen Krankheiten für Laien über ihre Homepage www.impfen-info.de zur Verfügung.

Die Aufklärungsmerkblätter enthalten auch einen auf die jeweilige Impfung abgestimmten Fragebogen zum Gesundheitszustand der zu impfenden Person und zu vorausgegangenen Schutzimpfungen. Nachfolgend müssen zu impfende Personen bzw. Eltern oder Sorgeberechtigte Gelegenheit haben, Fragen und Unklarheiten in einem Gespräch beantwortet zu bekommen. Die meisten Aufklärungsmerkblätter enthalten eine vorformulierte Einwilligungserklärung, die von der zu impfenden Person oder den Eltern bzw. den Sorgeberechtigten unterschrieben werden kann.

Form der Einwilligung und Dokumentation

Eine schriftliche Einwilligung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, sie kann jedoch in Einzelfällen sinnvoll sein.

Aufklärungen und Einwilligungen – egal in welcher Form sie erfolgt bzw. erklärt worden sind – sind verpflichtend in der Patientenakte zu dokumentieren (§ 630 ff. Abs. 2 S. 1 BGB). Wird der Aufklärung ein entsprechendes Aufklärungsmerkblatt zugrunde gelegt, sollte in der Dokumentation darauf verwiesen werden. Zudem ist es sinnvoll, die Ablehnung einer Impfung durch die vorstellige Person bzw. die Eltern oder Sorgeberechtigten nach durchgeführter Aufklärung in der Patientenakte zu dokumentieren. Von Unterlagen, die PatientInnen bzw. Einwilligungsbeauftragte im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben, sind Kopien auszuhändigen (§ 630e Abs. 2 S. 2 BGB).

Minderjährige PatientInnen

Bei **Minderjährigen** unter 14 Jahren 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. Allerdings ist es stets ärztliche Aufgabe, **im Einzelfall** festzustellen, ob der Jugendliche „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Ge-

stattung zu erlauben vermag“ (BGHZ 29, 33–37). Gem. § 630e Abs. 5 S. 1 BGB sind auch einwilligungsunfähige PatientInnen entsprechend ihrer Verständnisfähigkeit aufzuklären, soweit sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes und ihrer Verständnismöglichkeit in der Lage sind, die Erläuterungen aufzunehmen und dies ihrem Wohl nicht zuwider läuft.

Öffentliche Impftermine

Für öffentliche Impftermine (z. B. bei Schulimpfprogrammen) werden eine vorherige **Aufklärung** in schriftlicher Form und ggf. auch die Einholung einer schriftlichen Einwilligungserklärung empfohlen. Das entbindet ÄrztInnen allerdings nicht von ihrer gesetzlichen Verpflichtung, die zu impfende Person bzw. die Eltern oder Sorgeberechtigten zusätzlich auch mündlich aufzuklären, um ihnen die Möglichkeit für Rückfragen zu geben.

4.2 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), des Anwendungsalters, der Dosierung oder der Behandlungsdauer. Bei *Off-label-use* bezieht sich die ärztliche Haftung sowohl auf die medizinische Richtigkeit der Behandlung als auch auf 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 von PatientInnen bzw. Sorgeberechtigten 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.

4.3 Dokumentation der Impfung

Allgemeines

Im Impfausweis und in der ärztlichen Dokumentation 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 ärztlicher Stempel und Unterschrift der ÄrztInnen. 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 fehlen Impfdokumente, sind nicht auffindbar oder lückenhaft. Dies ist kein Grund, notwendige Impfungen zu verschieben, fehlende Impfungen nicht nachzuholen oder eine Grundimmunisierung bzw. Erstimmunisierung 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.

4.4 Impfmanagement in der Arztpraxis

Ein gut etabliertes Impfmanagement in Arztpraxen und anderen medizinischen Einrichtungen leistet einen wichtigen Beitrag, die Inanspruchnahme von Impfungen zu fördern und Impfziele zu erreichen. Durch das Managementsystem werden die Arbeitsabläufe koordiniert und die Zuständigkeiten festgelegt. Zu einem Impfmanagementsystem gehören:

Patientenkontakte und Einladungssysteme

Jeder Arztbesuch sollte dafür genutzt werden, den Impfstatus von PatientInnen zu überprüfen und ggf. zu vervollständigen. Anlässe zur routinemäßigen Überprüfung des Impfstatus können Vorsorgeuntersuchungen (z. B. U-Untersuchungen im Kindesalter, die J₁/J₂-Untersuchung bei Jugendlichen sowie Gesundheits-Check-Ups und Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen), Erstkontakte mit neuen PatientInnen, besondere Ereignisse (z. B. Behandlung nach Unfällen oder Verletzungen, Kindergarten-Eintritt, Gesundheitsbescheinigungen für Praktika, Berufs- bzw. Stellenwechsel) oder saisonale Anlässe (Reiseimpfungen, FSME- oder Influenza-Impfungen) sein. Die Einrichtung eines Erinnerungs-(Recall-)Systems kann dabei helfen, PatientInnen rechtzeitig an fällige Impfungen zu erinnern und die Teilnehmerate zu erhöhen. Die Erinnerung der zu Impfenden kann schriftlich, telefonisch oder per E-Mail erfolgen. PatientInnen müssen mittels Unterschrift dazu im Vorfeld ihr Einverständnis geben. Muster für die Einverständniserklärung zum Recall stellen z. B. die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung.

Organisatorische Aufgaben und Logistik

Für ein effizientes und erfolgreiches Impfmanagement in der Praxis kann es sehr hilfreich sein, gezielt einzelne MitarbeiterInnen und Stellvertretende mit der Organisation zu beauftragen. Zu den Routineaufgaben dieser beiden Personen kann die Bestandskontrolle und Bestellung der Impfstoffe, die Schulung der übrigen MitarbeiterInnen sowie

das praktische Impfmanagement gehören. Viele Praxisverwaltungssysteme bieten nützliche Hilfen zur Verwaltung des Impfstoffdepots an.

Aufgaben des Praxispersonals

Das Praxispersonal kann durch gezielte Maßnahmen das Impfmanagement in der Praxis unterstützen. Bei der Terminvergabe kann daran erinnert werden, Impfpässe zur Prüfung mitzubringen, oder Terminzettel können mit Hinweisen zur Vorlage des Impfpasses beim nächsten Arzttermin ergänzt werden. Geschultes Personal kann den aktuellen Impfstatus auf Basis der Impfpasseinträge erfassen, Impflücken identifizieren und bei Bedarf einen Impfplan erstellen. Im Gespräch mit den zu Impfenden kann das Praxispersonal bereits über ausstehende Impfungen informieren, Informationsmaterial zur entsprechenden Impfung aushändigen und zur Impfung motivieren. Die medizinischen Fachangestellten können die ÄrztInnen bei Vorlage der Patientenunterlagen auf mögliche Impflücken hinweisen. Sind Impfungen im Rahmen des Praxisbesuches geplant, können Impfpass und Impfstoff durch das Praxispersonal vorbereitet werden.

Lagerung der Impfstoffe

Impfstoffe sind empfindliche biologische Produkte und müssen vor allem vor Erwärmung und vor Licht geschützt werden. Alle Impfstoffe sollen in der Originalverpackung in einem separaten Kühlschrank bei +2°C bis +8°C gelagert werden. Die Impfstoffe sollten auf keinen Fall Kontakt zur Außenwand des Kühlschranks haben und nicht in der Kühlschranktür gelagert werden. Besonders geeignet sind Spezialkühlschränke, es können aber auch Haushaltskühlschränke ohne Eisfach genutzt werden. Der Kühlschrank sollte ausschließlich zum Kühlen von Impfstoffen und anderen Arzneistoffen verwendet werden. Die Lagertemperatur sollte regelmäßig – am besten morgens und abends, aber mindestens 1-mal täglich – überprüft werden. Zur Erfassung eignen sich ein Thermometer, das die Minimal- und Maximaltemperatur anzeigt, oder ein Thermometer-Datenlogger, der die Temperatur fortlaufend misst. Das Thermometer sollte in der Mitte des Kühlschranks platziert werden. Die Ergebnisse der Kontrolle sollten dokumentiert werden. Impfstoffe, die versehentlich falsch gelagert oder eingefroren wurden, müssen verworfen werden. Durch das Einfrieren können Haarrisse in den Ampullen entstehen und der Impfstoff kann unsteril werden. Angefrorene oder tiefgefrorene Adsorbatimpfstoffe sind schlechter verträglich und können zu eitrigen Entzündungen oder Spritzenabszessen führen. Besonders empfindlich sind Lebendimpfstoffe (MMR, Varizellen, Herpes zoster, LAIV, Rotavirus, Gelbfieber), die vermehrungsfähige Viren enthalten. Bei diesen Impfstoffen muss eine lückenlose Kühlkette eingehalten werden.

Impfstoffvorbereitung und Injektion des Impfstoffes

Der Impfstoff sollte erst kurz vor der Anwendung aus dem Kühlschrank genommen werden. Vor dem Öffnen sollte der Impfstoffbehälter kräftig geschüttelt werden. Impf-

stoffe dürfen nicht mit Desinfektionsmitteln in Kontakt kommen. Durchstechstopfen müssen trocken sein. Die Injektionskanüle sollte trocken sein, insbesondere sollte kein Impfstoff die Kanüle außen 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. Der aufgezogene Impfstoff soll innerhalb von 2 bis 5 Minuten verwendet werden. Unter Beachtung der vom Hersteller angegebenen (Mindest-) Einwirkzeit soll die Impfstelle desinfiziert werden. Bei der Injektion sollte die Haut wieder trocken sein. Die Injektion des Impfstoffs kann nach ärztlicher Indikationsstellung an qualifizierte Medizinische Fachangestellte delegiert werden.

Für intramuskulär zu injizierende Impfstoffe ist die bevorzugte Impfstelle der *M. deltoideus*. Solange dieser Muskel nicht ausreichend ausgebildet ist (z. B. bei Säuglingen und Kleinkindern), wird empfohlen, in den *M. vastus lateralis* (anterolateraler Oberschenkel) zu injizieren. Hier ist die Gefahr einer Verletzung von Nerven oder Gefäßen gering. Eine Aspiration ist an diesen Injektionsorten nicht erforderlich. 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.

4.5 Impfabstände

Allgemeines

Die im Impfkalender, in den Tabellen 2 (S. 340 ff.) und 9 (S. 371 ff.) sowie den entsprechenden Fachinformationen angegebenen Impfabstände sollten in der Regel eingehalten und weder unter- noch überschritten 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 (s. dazu www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen > Impfungen A–Z > FSME), **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 besonders beim jungen Kind 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. Zu den zeitlichen Mindestabständen zwischen zwei Impfungen sowie zur Möglichkeit der Koadministration von Impfstoffen sind die Fachinformationen des jeweiligen Impfstoffes zu beachten.

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 Allgemeinzustand stabil 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 der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt zu planen.

4.6 Hinweise zur Schmerz- und Stressreduktion beim Impfen

Hintergrund

Es ist nicht ungewöhnlich, dass bei der Injektion von Impfstoffen Schmerzen und Stressreaktionen auftreten. Die Angst oder Sorge vor möglichen Schmerzen kann die Einstellung gegenüber dem Arztbesuch, dem Impfen und die Akzeptanz von Impfungen ein Leben lang negativ beeinträchtigen, sowohl bei Kindern als auch ihren Eltern.

Es gibt inzwischen mehrere evidenzbasierte Empfehlungen für schmerz- und stressreduziertes Impfen. Dort sind bestimmte Injektionstechniken, altersabhängige Ablenkungsmethoden und andere Verhaltensweisen aufgeführt, durch die Schmerzen bei der Impfung gemildert werden können. An dieser Stelle sollen diese Empfehlungen kurz zusammengefasst werden. Wir möchten die Ärzteschaft ermuntern, diese Hinweise zum schmerzreduzierten Impfen im Praxisalltag zu berücksichtigen und so die Impfkzeptanz in der Bevölkerung zu fördern. Weiterführende Hinweise finden sich in den zitierten Veröffentlichungen (s. S. 357).¹⁻⁷

Generelle Empfehlungen

- Gesundheitspersonal sollte beim Impfen eine ruhige Ausstrahlung haben, kooperativ und sachkundig sein. Wenn der zu impfenden Person das Impfprozedere beschrieben wird, ist es wichtig, auf einen neutralen Sprachgebrauch zu achten und Worte sorgfältig zu wählen, damit Angst nicht eventuell verstärkt oder Misstrauen gefördert wird. Unbedingt vermeiden sollte man fälschlich beruhigende oder unehrliche Phrasen wie „Das tut überhaupt nicht weh!“.

Schmerzstillende Medikamente

- In Einzelfällen können Lidocain-haltige Schmerzpflaster oder Cremes unter einem Okklusionsverband bei Kindern ab dem Alter von 0 Monaten (Fachinformationen beachten) benutzt werden, um die Schmerzen bei der Injektion zu reduzieren. Im Alter von < 12 Monaten sollten die Pflaster oder Cremes nicht gleichzeitig mit Arzneimitteln (z. B. Sulfonamide) angewendet werden, die die Bildung von Methämoglobin fördern. Auch bei Jugendlichen und Erwachsenen mit einer ausgeprägten Angst vor der Injektion kann ein Schmerzpflaster hilfreich sein. Die empfohlene Mindesteinwirkzeit von 30–60 min muss bei der Planung berücksichtigt werden. Die Kosten der Pflaster (Stück: ca. 5 €), die frei in der Apotheke erhältlich sind, müssen die Eltern oder die zu impfende Person gewöhnlich selbst tragen.
- Zur Schmerzreduktion kann auch Eisspray verwendet werden. Die Aufsprühzeit beträgt 2–8 s und im Anschluss kann, nach entsprechender Desinfektion, sofort geimpft werden.

Sonstige unterstützende Verfahren

- Bereits vor dem ersten Impftermin ihrer Kinder (ab 2 Monate) sollten Eltern über die anstehenden Impfungen und damit verbundenen Schmerzen sowie Möglichkeiten der Schmerzreduktion aufgeklärt werden. D. h. bereits bei der U3 könnte mit einer entsprechenden Aufklärung begonnen werden, um den Gebrauch von schmerzreduzierenden Strategien beim Impftermin zu fördern.
- Eltern von Kindern im Alter von < 10 Jahren sollten bei der Impfung ihrer Kinder anwesend sein.
- Kinder im Alter von ≥ 3 Jahren sowie Jugendliche und Erwachsene sollten direkt vor der Injektion darüber aufgeklärt werden, was beim Impfen passieren wird und wie sie mögliche Schmerzen oder Angst am besten bewälti-

gen können, z. B. durch Drücken der Hand von Mutter oder Vater. Kinder im Alter von ≤ 6 Jahren sollten mittels geeigneter Ablenkungsmanöver (z. B. durch Aufblasen eines Ballons, Windrädchen, Seifenblasen, Spielzeuge, Videos, Gespräche oder Musik) direkt vor und nach der Injektion von den Schmerzen abgelenkt werden. Erwachsene können zur Ablenkung zu leichten Hustenstößen oder zum Luftanhalten aufgefordert werden.

- Im jungen Säuglingsalter wirkt auch das Nuckeln an einem Schnuller schmerzreduzierend.
- Säuglinge können, solange sie noch gestillt werden, während der Impfung angelegt werden. Wird der Säugling parallel gegen Rotaviren geimpft, sollte jedoch auf das Stillen vor und während der RV-Impfung verzichtet werden, da das Stillen zum Zeitpunkt der Impfung die Wirkung der RV-Schluckimpfung möglicherweise vermindern kann (s. FAQ zu Rotavirus-Impfung und Stillen *Epid. Bull.* 39/2013). Ersatzweise kann ein Schnuller benutzt werden.
- Kinder im Alter von < 2 Jahren, die nicht mehr gestillt werden, können ein bis zwei Minuten vor der Impfung 2 ml einer 25%-igen Glukose-Lösung oder eine andere süße Flüssigkeit bekommen. Da Rotavirus-Impfstoffe Saccharose enthalten, sollte bei der Durchführung mehrerer Impfungen an einem Termin die RV-Impfung, sofern geplant, als erste verabreicht werden.

Empfehlungen zur Körperposition

- Kleinkinder im Alter von < 3 Jahren sollten während der Impfung am besten auf dem Arm oder auf dem Schoß gehalten und nach der Impfung leicht geschaukelt und liebkost werden.
- Kinder im Alter von ≥ 3 Jahren sowie Jugendliche und Erwachsene sollten bei der Impfung möglichst aufrecht sitzen. Kinder können auf dem Schoß der Eltern sitzen, weil die Eltern so das Stillhalten der Gliedmaßen unterstützen können.
- Personen, die beim Impfen oder anderen medizinischen Interventionen schon einmal ohnmächtig geworden sind, sollten im Liegen geimpft werden.

Empfehlungen zu Injektionstechniken

- Die Nadellänge sollte bei Säuglingen von < 2 Monaten 15 mm betragen, bei älteren Säuglingen und Kleinkindern 25 mm und bei Jugendlichen und Erwachsenen 25–50 mm.
- Die intramuskuläre Injektion soll altersunabhängig ohne Aspiration erfolgen. Die Aspiration ist überflüssig, da an den Körperstellen, die zur Injektion verwendet werden, keine großen Blutgefäße existieren (*M. vastus lateralis* oder *M. deltoideus*).
- Werden mehrere Impfungen am selben Termin gegeben, soll die schmerzhafteste Impfung zuletzt injiziert werden. Besonders schmerzhaft können die Injektionen der Pneumokokken- und der MMR-Impfung sein.
- Durch eine zügige Injektion können Schmerzen bei der intramuskulären Injektion reduziert werden.

Maßnahmen, die nicht zur Schmerzreduktion empfohlen sind

- ▶ Erwärmung des Impfstoffs.
- ▶ Manuelle Stimulation der Injektionsstelle z. B. durch Reiben oder Kneifen.
- ▶ Orale Analgetika-Gabe vor oder während der Impfung.

Literatur

1. Report to SAGE: On reducing pain and distress at the time of vaccination. Geneva: SAGE Technical Consultation Group on Reducing Pain and Distress at the Time of Vaccination 2015. Einsehbar: www.who.int/immunization/sage/meetings/2015/april/1_SAGE_latest_pain_guidelines_March_24_Final.pdf (Zugegriffen: 23.6.2016)
2. Berrang J, Vosschulte P, Zernikow B: Schmerzreduktion bei Blutabnahmen und Injektionen. In: Zernikow B (Hrsg) Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Springer Berlin Heidelberg 2015;355 – 367
3. Boerner KE, Birnie KA, Chambers CT, et al.: Simple Psychological Interventions for Reducing Pain From Common Needle Procedures in Adults: Systematic Review of Randomized and Quasi-Randomized Controlled Trials. Clin J Pain 2015;31:90 – 98
4. SAGE: Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, April 2015: conclusions and recommendations. WER 2015;22(29):261 – 280
5. Taddio A, McMurry CM, Shah V, et al.: Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. CMAJ 2015;187:975 – 982
6. WHO: Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper – September 2015. WER 2015;90:505 – 516
7. Taddio A, Shah V, McMurry CM, et al.: Procedural and Physical Interventions for Vaccine Injections: Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Quasi-Randomized Controlled Trials. Clin J Pain 2015;31:20 – 37

4.7 Kontraindikationen und falsche Kontraindikationen**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 die/der den Immundefekt behandelnde Ärztin/behandelnde Arzt konsultiert werden. **Die serologische Kontrolle des Impferfolgs ist bei PatientInnen 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 Schwanger-

schaft 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 der zu impfenden Person zu Personen mit ansteckenden Krankheiten;
- ▶ Krampfanfälle in der Familie;
- ▶ Fieberkrämpfe in der Anamnese des zu impfenden Kindes: Da fieberhafte Impfreaktionen einen Krampfanfall provozieren können, ist zu erwägen, Kindern mit Krampfneigung 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 zu impfenden Kindes (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: Voll- und teilgestillte Säuglinge können genauso nach den Empfehlungen der STIKO geimpft werden wie Säuglinge, die Muttermilchersatzprodukte oder andere Babynahrung erhalten.

* Bei der derzeitigen Varizellen-Impfquote 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 Impfvarizellen 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 Krankheits-schübe ursächlich durch eine Impfung bedingt sein können.

4.8 Impfen bei Immundefizienz bzw. Immunsuppression

PatientInnen mit Immundefizienz bzw. Immunsuppression leiden häufig an Infektionskrankheiten, die bei diesen Personen mit schwereren Verläufen einhergehen als bei Immungesunden. Daher sollten Menschen mit Immundefizienz bzw. Immunsuppression grundsätzlich einen möglichst weitreichenden Schutz durch Impfungen erhalten. Daneben spielt ein solider Impfschutz von Haushaltskontaktpersonen entsprechend der STIKO-Empfehlungen sowie anderer Personen aus dem direkten Umfeld der PatientInnen (z. B. im Gesundheitsdienst, Kita oder Schule) eine zentrale Rolle für die Infektionsprävention.

In Tabelle 2 (s. S. 340 ff.) der STIKO-Empfehlungen sind bereits einige Gruppen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. -suppression aufgeführt. Jedoch sind bei der Planung und Durchführung von Impfungen in diesem besonderen Personenkreis einige Besonderheiten zu beachten, wie z. B.:

- ▶ das Erkennen und Abschätzen der Schwere des Immundefekts;
- ▶ die Indikation und Kontraindikation für spezifische Impfungen bzw. Impfstofftypen, je nach Art und Schwere der Grundkrankheit und der daraus resultierenden Immuninkompetenz;
- ▶ der Zeitpunkt der Impfung (z. B. rechtzeitig vor geplanter iatrogenen Immunsuppression);
- ▶ die spezifische Aufklärung der Personen, insbesondere wenn eine *Off-label*-Anwendung unumgänglich ist.

Eine Expertengruppe erarbeitet aktuell unter Federführung der STIKO Anwendungshinweise für Impfungen bei PatientInnen mit Immundefizienz bzw. Immunsuppression mit dem Ziel, die impfende Ärzteschaft bei den o. g. Punkten zu unterstützen und eine Entscheidungshilfe zu geben. Die Anwendungshinweise werden in vier thematisch getrennten Dokumenten publiziert. Das Grundlagenpapier und die Anwendungshinweise zum Impfen bei primären Immundefekterkrankungen (inkl. autoinflammatorischer Erkrankungen) und bei HIV-Infektion sind bereits publiziert und verfügbar unter: (www.rki.de/immundefizienz). Die Dokumente iii–iv sollen nachfolgend publiziert werden.

4.9 Impfkomplicationen und deren Meldung

Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion von dem Verdacht auf eine mögliche Impfkomplication

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) (§ 6 Abs. 1, Nr. 3) ist der Verdacht einer Impfkomplication dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Diese Meldung gehört zu den ärztlichen Aufgaben. Unter einer Impfkomplication wird eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung verstanden. Um eine Impfkomplication von einer üblichen Impfreaktion, die

nicht meldepflichtig ist, abzugrenzen, hat die STIKO, wie nach IfSG (§ 20 Abs. 2) gefordert, Merkmale für übliche Impfreaktionen definiert.

Übliche Impfreaktionen, die **nicht meldepflichtig** sind, sind das übliche Ausmaß nicht überschreitende, vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, die als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen sind. Die STIKO hat die folgenden Kriterien **für übliche Impfreaktionen entwickelt**:

- ▶ für die Dauer von 1–3 Tagen (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle;
- ▶ für die Dauer von 1–3 Tagen Fieber $< 39,5^{\circ}\text{C}$ (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Schwellung der regionalen Lymphknoten;
- ▶ im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer „Impfkrankheit“ 1–3 Wochen nach der Verabreichung abgeschwächter Lebendimpfstoffe: z. B. eine leichte Parotisschwellung, kurzzeitige Arthralgien oder ein flüchtiges Exanthem nach der Masern-, Mumps-, Röteln- oder Varizellen-Impfung oder milde gastrointestinale Beschwerden, z. B. nach der oralen Rotavirus- oder Typhus-Impfung;
- ▶ Ausgenommen von der Meldepflicht sind auch Krankheitserscheinungen, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zugrunde liegt. Alle anderen Impfreaktionen sollen gemeldet werden.

Meldung des Verdachts auf eine Impfkomplication

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) (§ 6 Abs. 1, Nr. 3) ist der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Verdacht auf eine Impfkomplication) namentlich an das Gesundheitsamt zu melden. Die Meldung der ÄrztInnen muss vom Gesundheitsamt gemäß § 11 Abs. 2 (IfSG) unverzüglich der zuständigen Landesbehörde und nach § 77 Arzneimittelgesetz der zuständigen Bundesoberbehörde (Paul-Ehrlich-Institut; PEI) mitgeteilt werden. Die Meldeverpflichtung wurde gesetzlich festgeschrieben, um die zur Klärung einer unerwünschten Arzneimittelwirkung relevanten immunologischen (z. B. zum Ausschluss eines Immundefektes) oder mikrobiologischen Untersuchungen (z. B. zum differenzialdiagnostischen Ausschluss einer interkurrenten Infektion) unverzüglich einzuleiten und dafür notwendige Untersuchungsmaterialien, wie z. B. Serum oder Stuhlproben, zu asservieren.

Die Meldepflicht besteht unabhängig davon, ob die betroffene Schutzimpfung öffentlich empfohlen ist. Für die bundesweit einheitliche Meldung eines Verdachtsfalles ist vom PEI in Absprache mit der STIKO und dem BMG ein Berichtsformblatt „Bericht über Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ entwickelt worden, das online verfügbar ist: www.pei.de/SharedDocs/Downloads/vi

gilanz/pharmakovigilanz/ifsg-meldebogen-verdacht-impf-komplikation.html oder vom Gesundheitsamt angefordert werden kann. Die Meldungen tragen dazu bei, die Datenlage über Impfkomplicationen zu verbessern.

Darüber hinaus sind ÄrztInnen nach § 6 der Berufsordnung verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (im Internet unter www.akdae.de > Arzneimittelsicherheit > Unerwünschte Arzneimittelwirkung melden). Ebenso kann der Hersteller informiert werden.

Impfschaden und Anerkennung von Impfschäden im Sinne des IfSG

Nach § 2 Nr. 1 (IfSG) ist ein Impfschaden definiert als gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfung; ein Impfschaden liegt auch vor, wenn mit vermehrungsfähigen Erregern geimpft (Lebendimpfstoffe) und nach Übertragung des Impfvirus eine andere als die geimpfte Person geschädigt wurde. Erleidet eine Person aufgrund einer öffentlich von dem Bundesland, in dem sie ansässig ist, empfohlenen Impfung einen Impfschaden, so stehen ihr gemäß IfSG aufgrund der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen Versorgungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz zu. Der Antrag auf Versorgung ist beim zuständigen Versorgungsamt des jeweiligen Bundeslandes durch den Betroffenen oder die Eltern bzw. Sorgeberechtigten zu stellen. Die Bewertung erfolgt durch das Versorgungsamt auf Landesebene. Ein wahrscheinlicher Zusammenhang mit der Impfung reicht dabei für die Bewilligung der Leistung aus.

Das Verfahren in Bezug auf Antragsstellung, die Verantwortlichen und die Bewertung eines Impfschadens ist somit anders und getrennt zu sehen von der Meldung eines Verdachtsfalls einer Impfkomplication (s. Kapitel 4.10). Betroffene Personen oder die Eltern bzw. Sorgeberechtigten sollten vom Gesundheitsamt auf die gesetzlichen Bestimmungen zur Entschädigung nach Impfschäden (§§ 60–64 IfSG) und das Verfahren hingewiesen werden.

4.10 Lieferengpässe von Impfstoffen

Das PEI informiert seit Oktober 2015 auf seinen Internetseiten über Lieferengpässe von Impfstoffen und die voraussichtliche Dauer der Nicht-Verfügbarkeit (www.pei.de/lieferengpaesse-impfstoffe-human). Diese Informationen beruhen auf Mitteilungen der pharmazeutischen Unternehmen, die einen Lieferengpass melden, sobald die Lieferkette für die Auslieferung eines Impfstoffes für einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen unterbrochen ist. In Absprache mit dem RKI und der STIKO informiert das PEI außerdem darüber, welche alternativen Impfstoffe derselben Zusammensetzung verfügbar sind und verwendet werden können. Ist kein Impfstoff mit gleicher Antigenzusammensetzung verfügbar, gibt die STIKO eine Handlungsempfehlung,

wie die erforderliche Impfung unter Verwendung anderer Impfstoffe trotzdem erfolgen kann (www.rki.de > Kommissionen > Ständige Impfkommission > Lieferengpässe).

Nicht-Verfügbarkeit von Tdap- bzw. IPV-haltigen Impfstoffen
Insbesondere die Liefersituation der Tdap- und Tdap-(IPV)-Impfstoffe stellt eine große Herausforderung dar, weil die Nachfrage nach azellulären Pertussis-Impfstoffen bzw. inaktivierten Polio-Impfstoffen weltweit gestiegen ist. Da die Produktionskapazitäten nicht so schnell angepasst werden können, wird diese Situation möglicherweise noch mehrere Jahre andauern. Die STIKO hat diesbezüglich eine Stellungnahme zu „Handlungsempfehlungen bei Nicht-Verfügbarkeit von Tdap- bzw. IPV-haltigen Impfstoffen“ im *Epid. Bull.* 14/2016 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 14/2016) veröffentlicht. Hier werden das grundsätzliche Vorgehen bei mangelnder Impfstoffverfügbarkeit und eine mögliche Priorisierung der Vorrangigkeit zu impfenden Personengruppen detailliert beschrieben.

4.11 Impfeempfehlungen für MigrantInnen und Asylsuchende nach Ankunft in Deutschland

In Deutschland lebende MigrantInnen und Asylsuchende sollen entsprechend den STIKO-Empfehlungen altersgerecht geimpft sein. Asylsuchende stammen oftmals aus Ländern oder gehören zu Bevölkerungsgruppen mit eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung und Impfungen. Eine Übersicht über die in den einzelnen Ländern empfohlenen Impfungen ist auf den Internetseiten des ECDC (<https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>) oder der WHO (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules) zu finden.

Vorliegende Impfdokumente sollten berücksichtigt werden, um den individuellen Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen nachzuholen (s. Kapitel 6, S. 368). Häufig kann der Impfstatus aufgrund fehlender Dokumente nicht überprüft werden. Vereinbarungsgemäß gelten Impfungen, die nicht dokumentiert sind, als nicht gegeben und die Impfungen sollen dann den STIKO-Empfehlungen entsprechend nachgeholt werden. Nur in Ausnahmefällen sollten glaubwürdige mündliche Angaben zu früher erfolgten Impfungen berücksichtigt werden.

► Kinder und Jugendliche, die ungeimpft sind bzw. deren Impfstatus unklar ist, sollten Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis sowie gegen Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Hepatitis B, Meningokokken C und HPV (ab dem Alter von 9 Jahren) bekommen. Säuglinge sollten zusätzlich gegen Rotaviren (Abschluss der Impfserie bis zum Alter von 24 Wochen (Rotarix®) bzw. 32 Wochen (RotaTeq®) und Säuglinge und Kleinkinder gegen Pneumokokken (bis zum Alter von 24 Monaten) und *Haemophilus influenzae* Typ b (S. 346) (bis zum Alter von 4 Jahren) geimpft werden. Kinder, bei denen eine Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis dokumentiert ist, benötigen eine einmalige Auffrischimpfung im Abstand von 5 Jahren zur Grundimmunisierung.

► Ungeimpfte Erwachsene bzw. Erwachsene mit unklarem Impfstatus sollten Erstimmunisierungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis erhalten. Erwachsene, die bereits eine Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis aufweisen, sollen in 10-jährigem Abstand zur vorangegangenen Impfung eine Tdap-IPV-Auffrischimpfung bekommen. 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. Ab dem Alter von 60 Jahren ist zusätzlich eine Pneumokokken-Impfung und jährlich im Herbst eine Influenza-Impfung empfohlen.

Für die Aufklärung der zu impfenden Person über die zu verhütende Krankheit und die geplante Impfung stellt das RKI Informationsmaterialien einschließlich Einwilligungserklärung zu verschiedenen Impfungen (Hepatitis A, Hepatitis B, HPV, Influenza, MMR, Meningokokken C, Varizellen, Pneumokokken, Rotavirus, Tdap-IPV, 6-fach-Impfung [DTaP-IPV-Hib-HepB]) in mehreren (aktuell 19) Sprachen im Internet zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen > Informationsmaterialien zum Impfen.

Die Kostenübernahme für öffentlich empfohlene Schutzimpfungen ist bei Asylsuchenden durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG § 4 (3)) geregelt. Bei allen anderen MigrantInnen werden Impfungen in der Regel von der jeweiligen Krankenversicherung übernommen.

Empfehlungen zu Impfungen in Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende und anderen Gemeinschaftsunterkünften mit beengten Wohnbedingungen

Das Zusammenleben über einen längeren Zeitraum unter beengten Wohnbedingungen (z. B. in Erstaufnahmeeinrichtungen für AsylbewerberInnen) erhöht die Wahrscheinlichkeit für Ausbrüche von Infektionskrankheiten. Durch eine wachsende Zahl unzureichend geimpfter Personen kann sich eine epidemiologisch relevante, ungeschützte Bevölkerungsgruppe entwickeln, bei der sich die Schließung von Impfücken aufgrund des dezentralen Gesundheitssystems und der notwendigen Eigenverantwortung in Deutschland schwierig gestalten kann. In den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften besteht hingegen ein guter Zugang durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder durch vom ÖGD beauftragte ÄrztInnen zur gezielten Schließung von Impfücken. Durch frühzeitige Impfungen nach Ankunft in Deutschland können daher folgende Ziele erreicht werden:

- individueller Impfschutz und Schließen von Impfücken;
- Begrenzung oder Verhinderung von Ausbrüchen impfpräventabler Erkrankungen in den Unterkünften;
- Verhinderung der Ausbildung einer schwer erreichbaren ungeimpften Bevölkerungsgruppe.

Die Situation (Größe der Unterkunft, Verweildauer, Ressourcen) und auch die Organisation von Impfangeboten ist in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften sehr unterschiedlich. Wenn möglich, sollte das Angebot alle von der STIKO empfohlenen Impfungen beinhalten. In Einrichtungen, in denen die Umsetzung der STIKO-Empfehlungen durch kurze Verweildauern erschwert ist, da ggf. nur ein Impftermin möglich ist, sollte eine Priorisierung der Impfungen erfolgen.

Tabelle 4 führt die Impfungen auf, die prioritär und frühzeitig (möglichst in den ersten Tagen) nach Ankunft und Aufnahme in die Einrichtung begonnen werden sollten. Nach dem Verlassen der Unterkünfte soll die Vervollständigung der Grundimmunisierung bzw. der Beginn neuer Impfungen altersentsprechend auf Basis der Nachholimpfempfehlungen (s. Kapitel 6.10, S. 371) durch die niedergelassenen ÄrztInnen oder durch den ÖGD am späteren Aufenthaltsort erfolgen.

Die allgemeinen Hinweise der STIKO zur Durchführung von Schutzimpfungen sollen berücksichtigt werden (s. Kapitel 4). Falls in der Einrichtung Impfstoffe nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, sollten Kinder

Tabelle 4: Priorisierung des Impfangebotes für ungeimpfte Asylsuchende und Asylsuchende mit unklarem Impfstatus am ersten Impftermin frühzeitig nach Ankunft

Alter zum Zeitpunkt der 1. Impfung	1. Impftermin [#]
2–8 Monate	DTaP-IPV-Hib-HBV ¹
9 Monate–4 Jahre	DTaP-IPV-Hib-HBV ¹
	MMR-V ²
5 Jahre–17 Jahre	Tdap-IPV
	MMR-V
Erwachsene, die <u>nach</u> 1970 geboren sind	Tdap-IPV ³
	MMR ⁴
Erwachsene, die <u>vor</u> 1970 geboren sind	Tdap-IPV ³
Zusätzliche Indikationsimpfung für: <ul style="list-style-type: none"> • Schwangere ab 2. Trimenon • Personen ab 60 Jahren • Kinder und Erwachsene mit chronischen Krankheiten⁵ 	Influenza (zusätzlich zu obigen Impfungen)

Die hier genannten Impfstoffe können zeitgleich verabreicht werden.

¹ Es kann auch ein 5-fach-Impfstoff verwendet werden.

² Bei Kindern unter 5 Jahren kann erwogen werden, statt des MMR-V-Kombinationsimpfstoffs zum 1. Impftermin MMR- und Varizellen-Impfstoff getrennt zu verabreichen.

³ Schwangerschaft stellt keine Kontraindikation dar.

⁴ Nicht in der Schwangerschaft.

⁵ Bei unklarer Anamnese großzügige Indikationsstellung zur Impfung.

bevorzugt geimpft werden. Riegelungsimpfungen zur Eindämmung von Ausbrüchen impfpräventabler Erkrankungen sollten prioritär verabreicht werden und eventuell mit anderen notwendigen Impfungen kombiniert werden.

Aufgrund des engen Zusammenlebens in Erstaufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften besteht ein erhöhtes Risiko für Influenza-Ausbrüche. Es kann daher durch die lokalen Gesundheitsbehörden erwogen werden, über die STIKO-Empfehlung hinausgehend in den Herbst- und Wintermonaten nicht nur den Risikogruppen, sondern allen BewohnerInnen eine Impfung gegen die saisonale Influenza anzubieten.

Empfehlungen zur Impfung von MitarbeiterInnen in Erstaufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften

MitarbeiterInnen (inkl. beispielsweise ehrenamtliche HelferInnen), die in Erstaufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften tätig sind, sollen gemäß den aktuellen Impfempfehlungen der STIKO für das entsprechende Alter geimpft werden. Der Impfstatus gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis sowie gegen Masern (für nach 1970 Geborene), Mumps und Röteln sollte möglichst auf Basis des Eintrages im Impfausweis geprüft werden. Bei angestellten MitarbeiterInnen ist die ArbmedVV zu beachten.

Ferner empfiehlt die STIKO die folgenden beruflichen Indikationsimpfungen für MitarbeiterInnen mit erhöhtem Expositionsrisiko in den Einrichtungen; die Impfindikation ist auf Grundlage einer Einschätzung des tatsächlichen Expositionsrisikos zu stellen:

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

4.12 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 § 20d 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). 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 (Reiseimpfungen), es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.

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 aufgrund gesetzlicher Vorschriften benannte Stellen (z. B. Arbeitgeber). So darf z. B. ein Arbeitgeber nach § 3 Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz die Kosten für Arbeitsschutzmaßnahmen nicht den 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, sollten betroffene Arbeitgeber diese Impfungen in ihrem eigenen Interesse anbieten, da hierdurch eventuellen Regressansprüchen entgegengewirkt werden kann bzw. Kosten für Ausfallzeiten von Beschäftigten entfallen. 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 Arbeitgeber in der Pflicht sind, regelmäßig keinen GKV-Leistungsanspruch vor. Für von der STIKO empfohlene, aber nicht durch Arbeitgeber zu übernehmende Impfungen ergeben sich aufgrund der Schutzimpfungs-Richtlinie dagegen in vielen Fällen Leistungen der GKV.

5. Postexpositionelle Impfungen bzw. andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten

5.1 Übersicht

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 Weiter-

verbreitung 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).

Tabelle 5: Postexpositionelle Impfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Prophylaxe gegen	Indikation	Anwendungshinweise
Diphtherie	Für Personen mit engem (<i>face to face</i>) Kontakt zu Erkrankten.	Chemoprophylaxe: Unabhängig vom Impfstatus präventive antibiotische Therapie, z. B. mit Erythromycin (s. RKI-Ratgeber für Ärzte „Diphtherie“, www.rki.de/ratgeber > Diphtherie). Postexpositionelle Impfung, wenn letzte Impfung > 5 Jahre zurückliegt.
	Bei Epidemien oder regional erhöhter Morbidität.	Impfung entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden.
Haemophilus influenzae-Typ-b (Hib)	Nach engem Kontakt zu PatientInnen mit invasiver <i>Haemophilus influenzae</i> Typ b-Infektion wird eine Chemoprophylaxe empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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, ▶ für ungeimpfte exponierte Kinder bis 4 Jahre in Gemeinschaftseinrichtungen. 	Chemoprophylaxe: Rifampicin: ab 1 Monat: 1 x 20 mg/kg KG (maximal 600 mg) p. o. für 4 Tage Erwachsene: 1 x 600 mg p. o. für 4 Tage Da bei Schwangeren die Gabe von Rifampicin kontraindiziert ist, kommt bei ihnen zur Prophylaxe ggf. Ceftriaxon in Frage (1 x 250 mg i. m.). Falls eine Prophylaxe indiziert ist, sollte sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens 7 Tage nach Beginn der Erkrankung des Indexfalls, begonnen werden.
Hepatitis A (HA)	Kontakt zu Hepatitis-A-Kranken (vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen).	Postexpositionelle Impfung mit monovalentem HAV-Impfstoff innerhalb von 14 Tagen nach Exposition: 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. (s. a. RKI-Ratgeber für Ärzte „Hepatitis A“, www.rki.de/ratgeber > Hepatitis A)
Hepatitis B (HB)	Verletzungen mit möglicherweise HBV-haltigen Gegenständen (z. B. Nadelstich) oder Blutkontakt mit Schleimhaut oder nichtintakter Haut.	s. postexpositionelle Hepatitis-B-Immunprophylaxe, S. 365.
	Neugeborene HBsAg-positiver Mütter oder von Müttern mit unbekanntem HBsAg-Status (unabhängig vom Geburtsgewicht).	s. Anmerkungen zu einzelnen Impfungen, S. 347.
Masern	Personen mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit nach Kontakt zu Masernkranken: <ul style="list-style-type: none"> ▶ im Alter von 6–8 Monaten: ausnahmsweise nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung (<i>Off-label-use</i>). ▶ im Alter von 9–10 Monaten. 	Impfung mit einem MMR(V)*-Impfstoff möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition; zur Anzahl der Impfstoffdosen und den Zeitpunkten der Verabreichung sind folgende altersspezifischen Hinweise zu beachten. * MMR(V) = MMR mit oder ohne Ko-Administration von VZV-Impfung. <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1. Impfung; die 2. und 3. Impfung soll im Alter von 11–14 und 15–23 Monaten erfolgen. ▶ 1. Impfung; die 2. Impfung soll zu Beginn des zweiten Lebensjahres erfolgen.

(Fortsetzung Tabelle 5)

Prophylaxe gegen	Indikation	Anwendungshinweise
Masern (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ im Alter von 11 Monaten bis 17 Jahren. ▶ im Alter von ≥ 18 Jahren, nach 1970 Geborene. <p>Ungeschützte Personen mit hohem Komplikationsrisiko bei kontraindizierter aktiver Impfung nach Kontakt zu Masernkranken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Säuglinge im Alter von < 6 Monaten ▶ Empfängliche Schwangere ▶ Immundefiziente 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ungeimpfte bzw. Personen mit unklarem Impfstatus erhalten eine zweimalige Impfung im Abstand > 4 Wochen; bisher einmal Geimpfte erhalten eine Impfung. ▶ Ungeimpfte bzw. Personen mit unklarem Impfstatus oder mit nur einer Impfung in der Kindheit erhalten eine einmalige Impfung. <p>Postexpositionelle Gabe von Standardimmunglobulinen (<i>Off-label-use</i>) so schnell wie möglich, möglichst innerhalb von 6 Tagen nach Exposition: 1 x 400 mg/kg KG intravenös.</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, z. B. wenn der Kontakt länger als 3 Tage her ist.</p> <p>Nach Immunglobulingabe ist die MMR-Impfung für 8 Monate nicht sicher wirksam. Dies sollte bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden (s. a. <i>Epid. Bull.</i> 2/2017).</p>
Meningokokken	<p>Für Personen mit engem Kontakt zu einer Person, die an einer invasiven Meningokokken-Infektion (alle Serogruppen) erkrankt ist, wird eine Chemoprophylaxe empfohlen.</p> <p>Hierzu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ alle Haushaltskontakte, ▶ Personen mit Kontakt zu oropharyngealen Sekreten einer erkrankten Person, ▶ Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren (bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe), ▶ Personen mit engen Kontakten in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter (Internate, Wohnheime sowie Kasernen). <p>Die Chemoprophylaxe ist indiziert, falls enge Kontakte mit dem Indexfall in den letzten 7 Tagen vor dessen Erkrankungsbeginn stattgefunden haben. Sie sollte möglichst bald nach der Diagnosestellung beim Indexfall erfolgen, ist aber bis zu 10 Tage nach letzter Exposition sinnvoll.</p> <p>Eine postexpositionelle Impfung wird zusätzlich zur Chemoprophylaxe ungeimpften Haushaltskontakten oder engen Kontakten mit haushaltsähnlichem Charakter empfohlen, wenn die Infektion des Indexfalls durch die Serogruppen A, C, W, Y oder B verursacht wurde. Die Impfung sollte sobald wie möglich nach Serogruppenbestimmung des Erregers beim Indexfall durchgeführt werden.</p>	<p>Chemoprophylaxe:</p> <p><i>Rifampicin:</i> Neugeborene: 2 x 5 mg/kg KG p. o. für 2 Tage Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 60 kg: 2 x 10 mg/kg KG (max. ED 600 mg) p. o. für 2 Tage Jugendliche und Erwachsene ab 60 kg: 2 x 600 mg p. o. für 2 Tage Eradikationsrate: 72–90% oder: <i>Ciprofloxacin:</i> ab 18 Jahre: 1 x 500 mg p. o. Eradikationsrate: 90–95% ggf. <i>Ceftriaxon:</i> von 2 bis 12 Jahre: 1 x 125 mg i. m. ab 12 Jahre: 1 x 250 mg i. m. Eradikationsrate: 97%</p> <p>Da bei Schwangeren die Gabe von Rifampicin und Gyrasehemmern kontraindiziert ist, kommt bei ihnen zur Prophylaxe ggf. Ceftriaxon in Frage (1 x 250 mg i. m.).</p> <p>Ein Indexfall 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>Postexpositionelle Impfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Serogruppe C: Impfung mit einem Konjugat-Impfstoff ab dem Alter von 2 Monaten nach den Angaben in den Fachinformationen (s. S. 349). ▶ Bei Serogruppe A, W oder Y: Impfung mit 4-valentem Konjugat-Impfstoff (ACWY), sofern für Altersgruppe zugelassen (s. S. 349). ▶ Bei Serogruppe B: Impfung mit einem Meningokokken-B-Impfstoff nach den Angaben der Fachinformation, sofern für Altersgruppe zugelassen (s. S. 348 f.). <p>(s. a. Neuerungen <i>Epid. Bull.</i> 33/2010 und <i>Epid. Bull.</i> 31/2012).</p>
Mumps	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ungeimpfte bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus mit Kontakt zu Mumpskranken; möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition. 	Einmalige Impfung mit MMR-Impfstoff.
Pertussis	Personen ohne Impfschutz mit engen Kontakten zu einer erkrankten Person in Familie, Wohngemeinschaft oder einer Gemeinschaftseinrichtung.	Chemoprophylaxe mit einem Makrolid empfohlen (s. a. RKI-Ratgeber für Ärzte „Pertussis“ unter www.rki.de/ratgeber > Pertussis).

(Fortsetzung Tabelle 5)

Prophylaxe gegen	Indikation	Anwendungshinweise
Poliomyelitis	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.
Tetanus	s. Tabelle 7, S. 367	
Tollwut	s. Tabelle 8, S. 367	
Varizellen	<ol style="list-style-type: none"> Bei ungeimpften Personen mit negativer Varizellen-Anamnese und Kontakt zu Risikopersonen Personen mit erhöhtem Risiko für Varizellen-Komplikationen, dazu zählen: <ul style="list-style-type: none"> ▶ ungeimpfte Schwangere ohne Varizellen-Anamnese, ▶ immunkompromittierte Personen mit unsicherer oder fehlender Varizellen-Immunität, ▶ Neugeborene, deren Mutter 5 Tage vor bis 2 Tage nach der Entbindung an Varizellen erkrankte, ▶ Frühgeborene ab der 28. Schwangerschaftswoche, deren Mütter keine Immunität aufweisen, nach Exposition in der Neonatalperiode, ▶ Frühgeborene, die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden, nach Exposition in der Neonatalperiode, unabhängig vom Immunitätsstatus der Mutter. 	<p>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.</p> <p>Postexpositionelle Gabe von Varizella-Zoster-Immunglobulin (VZIG) möglichst früh innerhalb von 3 Tagen und maximal bis zu 10 Tagen 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.</p> <hr/> <p>**Exposition heißt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1 Stunde oder länger mit infektiöser Person in einem Raum, ▶ <i>face-to-face</i>-Kontakt, ▶ Haushaltskontakt.

5.2 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 Kindereinrichtung, Schulklasse, Spielgruppe oder einer Gemeinschaftseinrichtung mit haushaltsähnlichem Charakter (Wohnheim, Internat, Militärkaserne 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 Antibiotikaprophylaxe für enge Kontaktpersonen (s. Tab. 5, S. 363, 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 Antibiotikaprophylaxe die engen Kontaktpersonen in den Haushalten der Erkrankten sowie deren Intimpartner sowie die engen Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen, Schulklassen, Spielgruppen 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 zugelassenen Impfstoffe eingesetzt werden, die mit der den Ausbruch verursachenden Meningokokken-Serogruppe korrespondieren (s. S. 348 f. 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.

5.3 Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunität

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 an PatientInnen, nachfolgend als Indexfall bezeichnet) sollte durch die Beschäftigten (nachfolgend als Exponierte bezeichnet) als Arbeitsunfall gemeldet werden. Der HBsAg-Status des Indexfalls und der HBV-Impfstatus der Exponierten sollten ermittelt werden.

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

1. Der **Indexfall ist HBsAg-negativ**: Weitere Maßnahmen bzgl. Hepatitis B erübrigen sich (s.* unten, S. 366). Sind Exponierte ungeimpft oder unvollständig geimpft, sollte die Grundimmunisierung begonnen bzw. komplettiert werden.
2. Der **Indexfall ist HBsAg-positiv**: Das weitere Vorgehen ist abhängig vom Impfstatus der Exponierten und ist weiter unten erläutert.

3. Der **HBsAg-Status des Indexfalls ist unbekannt**: Hier sollte umgehend (innerhalb von 48 h) HBsAg beim Indexfall 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 Indexfall grundsätzlich als HBsAg-positiv eingestuft, d. h. weiteres Vorgehen abhängig vom Impfstatus der Exponierten (s. u.).

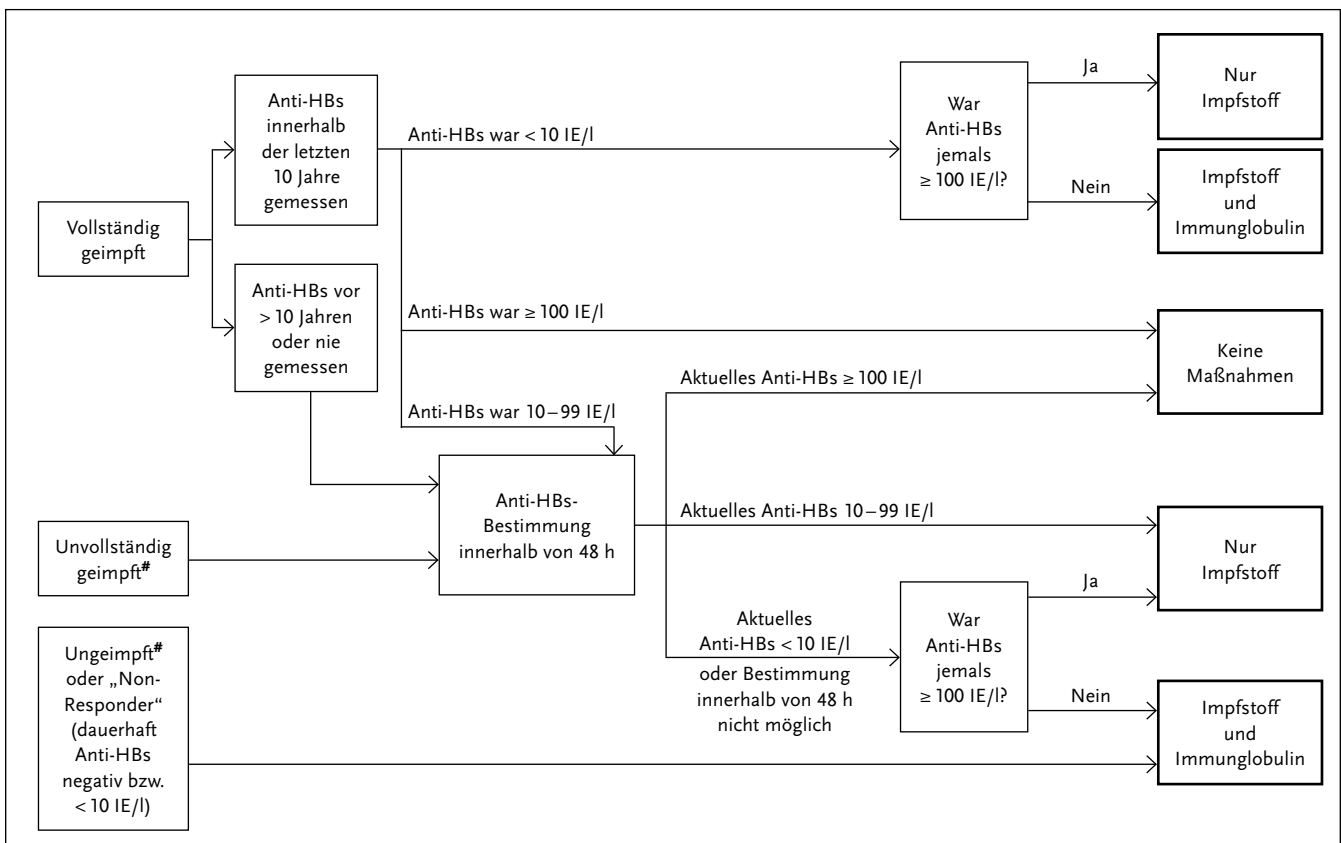
Das nachfolgend beschriebene Vorgehen ist zusätzlich in Form eines Fließschemas (s. Abb. 1) dargestellt.

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 ≥ 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. 6, S. 366).
 - 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.** u., S. 366). *Ausnahme:* Wenn zu einem früheren, d. h. mehr als 10 Jahre zurückliegenden Zeitpunkt schon einmal

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



#Bei unvollständig geimpften oder ungeimpften Personen sollte die Grundimmunisierung komplettiert werden.

Tabelle 6: Hepatitis-B-Immunprophylaxe 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
≥ 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 ≥ 100 IE/l zu einem früheren Zeitpunkt	Ja	Nein
	und Anti-HBs war nie ≥ 100 IE/l oder unbekannt	Ja	Ja

ein Anti-HBs ≥ 100 IE/l gemessen wurde, sollte nur HB-Impfstoff (kein HB-Immunglobulin) gegeben werden (s. a. Fließschema Abb. 1, S. 365).

- *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. 6).

Für unvollständig geimpfte Exponierte gilt:

- Sofortige Bestimmung des aktuellen Anti-HBs-Wertes. Das weitere Vorgehen ist vom Testergebnis abhängig (s. Tab. 6).
- 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. ** u.).
- 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 Kosteneffektivitätsgründen scheint eine routinemäßige Testung aller Indexfälle 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.

5.4 Postexpositionelle Tetanus-Immunprophylaxe im Verletzungsfall

Auch Bagatellverletzungen können Eintrittspforten für *Clostridium tetani* und dessen Sporen sein und sollten immer Anlass für die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt sein, den Tetanus-Impfstatus zu überprüfen.

Falls erforderlich sind postexpositionelle Tetanus-Impfungen unverzüglich durchzuführen. Fehlende Impfungen der Grundimmunisierung sind unbedingt nachzuholen (s. Kapitel 6.10 „Altersabhängige Empfehlungen zur Durchführung von Nachholimpfungen“, S. 371).

Tabelle 7: Tetanus-Immunprophylaxe im Verletzungsfall

	Dokumentierter Tetanus-Impfstatus	Zeit seit letzter Impfung	TDaP/Tdap ²	Tetanusimmunglobulin (TIG) ³
Saubere geringfügige Wunden	Ungeimpft oder unbekannt		Ja	Ja
	1 oder 2 Impfstoffdosen		Ja ⁴	Nein
	≥ 3 Impfstoffdosen	≥ 10 Jahre	Ja	Nein
		< 10 Jahre	Nein	Nein
Alle anderen Wunden ¹	< 3 Impfstoffdosen oder unbekannt		Ja ⁴	Ja
	≥ 3 Impfstoffdosen	≥ 5 Jahre	Ja	Nein
		< 5 Jahre	Nein	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 TDaP, ältere Kinder und Jugendliche Tdap. Erwachsene erhalten ebenfalls Tdap, wenn sie noch keine Pertussis-Impfung im Erwachsenenalter (≥ 18 Jahre) erhalten haben oder sofern eine aktuelle Indikation für eine Pertussis-Impfung besteht (s. Tab. 2, S. 343 f.).

³ TIG = Tetanus-Immunglobulin. Im Allgemeinen werden 250 IE TIG verabreicht. TIG wird simultan mit dem TDaP- bzw. Tdap-Impfstoff kontralateral appliziert. Die TIG-Dosis kann auf 500 IE erhöht werden bei: (a) infizierten

Wunden, bei denen eine angemessene chirurgische Behandlung nicht innerhalb von 24 h gewährleistet ist; (b) tiefen oder kontaminierten Wunden mit Gewebszertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung; (c) Eindringen von Fremdkörpern (z. B. Biss-, Stich- oder Schusswunden); (d) schweren Verbrennungen und Erfrierungen, Gewebsnekrosen und septischen Aborten.

⁴ Im Falle von Patienten, bei denen die Grundimmunisierung begonnen, aber noch nicht abgeschlossen ist (z. B. Säuglinge), muss der Abstand zur letzten Dosis berücksichtigt werden. Eine postexpositionelle Impfung am Tag der Wundversorgung ist nur sinnvoll, wenn der Abstand zu der vorhergehenden Impfstoffdosis mindestens 28 Tage beträgt. Bezüglich des Abschlusses einer Grundimmunisierung gelten im Übrigen die Nachholimpfempfehlungen der STIKO.

5.5 Postexpositionelle Tollwut-Immunprophylaxe

Ausführliche Informationen zur Tollwut-Epidemiologie in Deutschland finden sich im *Epid. Bull.* 8/2011.

Tabelle 8: 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-Impfstoffköder	Immunprophylaxe* (Fachinformation beachten)
I	Berühren/Füttern von Tieren, Belecken der intakten Haut.	Berühren von Impfstoffködern 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 Impfstoffköders 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 Impfstoffköders.	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 Impfstoffködern. 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 (20 IE/kg Körpergewicht) 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 unvollständiger Impfanamnese oder Impfung mit in der Europäischen Union nicht zugelassenen Impfstoffen wird entsprechend Tabelle 8 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.
- Aufgrund der großen Variabilität der Inkubationszeit, die zwischen < 10 Tagen und > 1 Jahr betragen kann, ist bei begründetem Verdacht eine Postexpositionsprophylaxe auch Wochen bis Monate nach Exposition noch sinnvoll.
- Zu beachten ist die Überprüfung der Tetanus-Impfdokumentation und ggf. die gleichzeitige Tetanus-Immunprophylaxe (s. Tab. 7, S. 367).

6. Empfehlungen zu Nachholimpfungen

bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unvollständigem oder unbekanntem Impfstatus

6.1 Vorbemerkung

Die vorliegenden Hinweise basieren auf den Empfehlungen zu Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (s. Impfkalender, S. 338).

Die Hinweise sollen ÄrztInnen im Praxisalltag eine Hilfestellung geben, welche Impfungen bei ungeimpften bzw. verspätet oder unvollständig geimpften Personen 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^{1,2,6-11} wurden berücksichtigt. Literatur ist am Ende des Kapitels „Empfehlungen zu Nachholimpfungen“ referenziert.

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

6.2 Ungeimpfte und Personen mit unklarem Impfstatus

Tabelle 9 (s. S. 371–375) gibt einen Überblick über die empfohlenen Impfungen und das entsprechende Impfschema in verschiedenen Altersgruppen. In den angegebenen Altersgruppen sind altersabhängige Besonderheiten der Impfeempfehlungen sowie Anwendungshinweise aus den Fachinformationen der zugelassenen Impfstoffe berücksichtigt. Maßgeblich für die erforderlichen Impfungen ist das **Alter zu Beginn der Nachholimpfserie**.

6.3 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 Erst- bzw. Grundimmunisierung (G) 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 Grundimmu-

nisierung – z. B. gegen Diphtherie, FSME, 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 des aktuellen **Alters**, der Anzahl und der Zeitpunkte früher durchgeführter Impfungen sollte ein individueller Impfplan erstellt werden.

Nachholimpfung der 5- und 6-fach-Impfung bei Kindern im Alter von 12 Monaten bis < 5 Jahren.

Für das Nachholen bzw. die Vervollständigung der 5- und 6-fach Impfung im Alter > 12 Monaten empfiehlt die STIKO ein 3-Dosen-Impfschema (s. a. Kapitel 6.10, S. 371). Sie weist jedoch explizit daraufhin, dass die Empfehlung für das verkürzte Schema erst ab dem Alter > 12 Monate gilt. Da sich bei den verfügbaren 5- und 6-fach Impfstoffen die Impfindervalle laut Fachinformationen zwischen der 1. und der 2. Impfstoffdosis des 3-Dosen-Impfschema jedoch unterscheiden, muss bei der Erstellung des Impfplans für die Nachholimpfung, der Impfstoff, die bisher verabreichten Impfstoffdosen und ihre Impfindervalle berücksichtigt werden. Das 3-Dosen-Impfschema für Infanrix hexa® und Hexyon® lautet 0-2-6 Monate, das für Vaxelis® und Infanrix-IPV+Hib® 0-1-6 Monate und für Pentavac® gibt es kein zugelassenes 3-Dosen-Impfschema.

Im Falle von Impfungen, die nur bis zu einem bestimmten Alter empfohlen werden (Pneumokokken für Säuglinge/Kinder, 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).

Literatur (s. S. 377) und Tabelle 10 (s. S. 376 f.) zum Abschnitt „Empfehlungen zu Nachholimpfungen“.

6.4 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 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. u.) oft unzuverlässig und sollten bei der Planung von Nachholimpfungen nicht berücksichtigt werden. In Einzelfällen kann ein hiervon abweichendes Vorgehen vertretbar sein.

6.5 Anamnestische Angaben zu Varizellen

Meist zuverlässig sind die anamnestischen Angaben zu Varizellen (Windpocken). Studien belegen, dass die Angabe einer früher durchgemachten Varizellen-Erkrankung mit typischem klinischem Bild eine hohe Aussagekraft besitzt.³ 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.⁴ 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.

6.6 Indikation für serologische Titerbestimmungen

Serologische Kontrollen zur Klärung der Notwendigkeit von Nachholimpfungen sind 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 Personen mit Immundefizienz bzw. -suppression (s. Grundlagenpapier mit Anwendungshinweisen für Impfungen bei PatientInnen mit Immundefizienz bzw. Immunsuppression (www.rki.de/immundefizienz)) sowie zum Nachweis des Schutzes gegen Hepatitis B bei Personen mit einer Impfindikation gemäß Tab. 2, S. 341. Empfohlen werden Titerkontrollen außerdem zum Nachweis eines Varizellen-Schutzes bei Frauen mit Kinderwunsch und unklarer Varizellen-Anamnese.

6.7 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. a. 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 betroffe-

nen 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.⁵

6.8 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. zum 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.

Die 6-fach-Impfstoffe (DTaP-IPV-Hib-HepB) Infanrix hexa[®], Hexyon[®] und Vaxelis[®] können laut den aktuellen Fachinformationen für die Grundimmunisierung und Auffrischimpfung von Säuglingen und Kleinkindern verwendet werden; ein konkretes Höchstalter ist nicht aufgeführt. Nach Aussage des Paul-Ehrlich-Instituts in seiner Funktion als nationale Zulassungsbehörde existiert in diesem Zusammenhang keine verbindliche Definition des Begriffs „Kleinkind“. Die 5-fach-Impfstoffe (DTaP-IPV-Hib) Infanrix[®]-IPV+Hib und Pentavac[®] sind laut Fachinformationen ab dem Alter von 2 Monaten anwendbar; eine obere Altersgrenze ist nicht genannt (s. Tab. 10, S. 376–377). Zur Grundimmunisierung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b reicht ab dem Alter von 12 Monaten eine Impfstoffdosis aus. Trotzdem können die üblichen 5-fach- bzw. 6-fach-Impfstoffe 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. Alternativ können fehlende Impfungen mit dem 3-fach-Impfstoff 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 Impfserie kann mit Impfstoffen eines anderen Herstellers vervollständigt werden.

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

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

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* die zu impfende Person 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.² Entsprechende Hinweise finden sich auch in den Fachinformationen der betreffenden Impfstoffe.

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. Während die Td-Impfstoffe (Td-Impfstoff Mériex[®], Td-pur[®], mit Ausnahme von Td-Imm[®]) und der monovalente IPV-Impfstoff (IPV-Mériex[®]) nach den Fachinformationen zur Grundimmunisierung zugelassen sind, sind die entsprechenden Kombinationsimpfstoffe mit Pertussis-Komponente (**Tdap**: Boostrix[®], Covaxis[®], Tdap-Imm[®], **Tdap-IPV**: Boostrix-Polio[®], Repevax[®]) primär zur Auffrischimpfung vorgesehen.

Nach Auffassung des PEI ist mit dem Begriff „Grundimmunisierung“ nur die Erstimmunisierung im Säuglings- und frühen Kleinkindalter gemeint, für die Impfstoffe mit höherem Diphtherie- und Pertussis-Antigengehalt (groß D bzw. groß P) verwendet werden sollen. Das PEI hat – in seiner Funktion als Zulassungsbehörde für Impfstoffe – festgestellt, dass die oben genannten ap-haltigen Impfstoffe zur Erstimmunisierung von älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unbekanntem Impfstatus bzw. ohne bisherige Impfung gegen Tdap-(IPV) verwendet werden können.

Der Gebrauch der im Folgenden genannten Impfstoffe ist in den jeweiligen Altersgruppen von der Zulassung gedeckt:

1. Tdap-IMMUN[®] (Tdap) zur Erstimmunisierung bei Personen ab dem Alter von 4 Jahren;
2. Boostrix[®] (Tdap), Boostrix-Polio[®] (Tdap-IPV), Covaxis[®] (Tdap) und Repevax[®] (Tdap-IPV) zur Erstimmunisierung ab dem jugendlichen Alter ≥ 12 Jahre.

Nur wenn die aufgeführten Impfstoffe außerhalb der genannten Altersgrenzen verwendet werden, sollte über den *Off-label-use* entsprechend aufgeklärt (*Off-label-use* s. S. 353) und dies auch schriftlich dokumentiert werden.

Für Auffrischimpfungen können alle genannten Impfstoffe für das in der jeweiligen Zulassung genannte Alter ohne Einschränkung verwendet werden. Dies schließt die Vervollständigung einer früher begonnenen Impfserie ein.

Die STIKO hat Hinweise zur „Anwendung von Tdap- bzw. Tdap-IPV-Impfstoffen für die Erstimmunisierung von Personen“ in einer Stellungnahme im *Epid. Bull.* 4/2016 veröffentlicht (www.rki.de > Infektionsschutz > *Epid. Bull.* > Ausgabe 4/2016).

6.10 Altersabhängige Empfehlungen zur Durchführung von Nachholimpfungen

Tabelle 9: Empfohlene Nachholimpfungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit fehlender Erst- bzw. Grundimmunisierung

Tabelle für das aktuelle Alter benutzen

N = nachzuholende Impfstoffdosis
Hib = *Haemophilus influenzae* Typ b

A = Auffrischimpfung
MMR = Masern, Mumps, Röteln

G = Grundimmunisierung
HPV = Humane Papillomviren

Tabelle 9A: Kinder < 12 Monaten

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis				Alter in Jahren	
	0	1	1	6	5–8	9– 16
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 ^a	N3	N4		
Poliomyelitis	N1	N2 ^a	N3	N4		A1
Hepatitis B	N1	N2 ^a	N3	N4		
Pneumokokken	N1		N2	N3		

^a Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffs kann diese Dosis entfallen.

Kinder < 12 Monaten

Fehlende DTaP-IPV-Hib-HepB- und Pneumokokkenkonjugat-Impfstoffdosen werden nachgeholt. Für eine vollständige DTaP-IPV-Hib-HepB-Grundimmunisierung sollen 3 Impfstoffdosen in einmonatigem Abstand und eine 4. Impfung im Abstand von ≥ 6 Monaten zur vorangegangenen Impfung verabreicht werden. Für eine vollständige Pneumokokken-Grundimmunisierung werden 2 Impfstoffdosen in mindestens zweimonatigem Abstand verabreicht sowie eine 3. Impfung im Abstand von ≥ 6 Monaten zur vorangegangenen Impfung.

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 (Rotarix[®]) bzw. 32 (RotaTeq[®]) Wochen abgeschlossen sein.

Weitere Impfungen erfolgen gemäß dem allgemeinen Impfkalender der STIKO.

Tabelle 9B: Kinder von 12 Monaten bis < 5 Jahren

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Alter in Jahren	
	0	1–2 ^a	6	5–16 ^b	
Tetanus	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Diphtherie (D)	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Pertussis (aP)	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Hib	N1				
Poliomyelitis	N1	N2	N3		A1 ^c
Hepatitis B	N1	N2	N3		
Pneumokokken ^d	N1	N2 (Impfabstand ≥ 8 Wochen)			
Meningokokken C	N1				
MMR ^e	N1	N2			
Varizellen ^e	N1	N2			

^a Impfabstand abhängig vom Impfstoff oder der Indikation.

^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.

Kinder von 12 Monaten bis < 5 Jahren

Fehlende DTaP-IPV-Hib-HepB-Impfstoffdosen werden nachgeholt (s. S. 370 und Tab. 10, S. 376–377). Für eine vollständige Grundimmunisierung werden in Abhängigkeit des verwendeten Impfstoffs 2 Impfstoffdosen in mindestens 1-monatigem (Vaxelis[®], Infanrix-IPV+Hib[®]) oder 2-monatigem (Infanrix hexa[®], Hexyon[®]) Abstand verabreicht sowie eine 3. Impfung im Abstand von ≥ 6 Monaten zur vorangegangenen Impfung. Auffrischimpfungen werden im Alter von 5–6 Jahren (frühestens 2 Jahre nach der 3. Impfstoffdosis) und mit 9–16 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. Aufgrund eines leicht erhöhten Risikos von Fieberkrämpfen nach der Erstimpfung mit MMRV-Kombinationsimpfstoff im Vergleich zu einer simultanen Gabe von MMR- und V-Impfstoff sollte für die 1. Impfung von Kindern < 5 Jahren die getrennte MMR- und V-Impfung bevorzugt werden. Die 2. Impfung gegen MMR und V kann mit dem MMRV-Kombinationsimpfstoff oder simultan mit einem MMR- und V-Impfstoff erfolgen.

BEISPIEL

Ein jetzt 2 ½ Jahre altes Kind hat im Alter von 2 und 3 Monaten jeweils eine Dosis 6-fach-Impfstoff (DTaP-IPV-Hib-HepB) Infanrix hexa[®] (zugelassen für ein 3-Dosen-Impfschema 0–2–6 Monate) und im Alter von 2 und 4 Monaten jeweils eine Pneumokokken-Impfung erhalten, danach keine weiteren Impfungen.

Die Vervollständigung der Grundimmunisierung erfolgt entsprechend den Angaben für „Kinder von 12 Monaten bis < 5 Jahren“ (= aktuelles Alter) in Tabelle 9B. Von den bisher verabreichten Impfstoffdosen des 6-fach-Impfstoffs wird nur eine berücksichtigt, da die bisherigen Impfstoffdosen in einem Abstand verabreicht wurden, der für ein 3-Dosen-Impfschema nicht zugelassen ist. Es sind daher noch 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 6-fach-Impfstoff erfolgen, um die Anzahl der Injektionen so gering wie möglich zu halten. Durch die zusätzliche Impfstoffdosis Hib ist kein erhöhtes Risiko zu erwarten.

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 wäre 1 weitere Impfstoffdosis erforderlich [Fachinformation beachten]). Die fehlenden Impfungen gegen MMR, Varizellen und Meningokokken C, gegen die das Kind bisher ungeimpft ist, werden entsprechend den Angaben in der Tabelle für „Kinder von 12 Monaten bis < 5 Jahren“ nachgeholt.

Tabelle 9C: Kinder von 5 bis < 11 Jahren

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Alter in Jahren
	0	1	6	10–17
Tetanus	N1	N2	N3	A1 ^a
Diphtherie (d)	N1	N2	N3	A1 ^a
Pertussis (ap) ^b	N1	N2	N3	A1 ^a
Poliomyelitis	N1	N2	N3	A1
Hepatitis B	N1	N2	N3	
Meningokokken C	N1			
MMR	N1	N2		
Varizellen	N1	N2		
HPV ^c (Mädchen und Jungen) ab 9 Jahre	G1		G2	

^a Je nach Alter bei Abschluss der Grundimmunisierung sind auch 2 Auffrischimpfungen bis zum Erreichen des Erwachsenenalters möglich (Abstand zwischen G und A1 sowie A1 und A2 jeweils 5–10 Jahre).

^b In Deutschland ist kein monovalenter Pertussis-Impfstoff verfügbar. Daher kann die Impfung nur mit Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.

^c Grundimmunisierung (G) mit 2 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 5 Monaten (Fachinformation beachten).

Kinder 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 3-fach-Impfstoff Infanrix® (DTaP) verwendet werden und simultan am anderen Arm eine Impfung gegen Poliomyelitis mit IPV-Impfstoff erfolgen.

Ab dem 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. 370 und Tab. 10, S. 376–377) (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 und Jungen im Alter von 9–14 Jahren sollten eine zweimalige HPV-Impfung im Abstand von mindestens 5 Monaten erhalten (Fachinformation beachten).

Tabelle 9D: Kinder bzw. Jugendliche von 11 bis < 18 Jahren

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) ^a	N1			A1
Poliomyelitis	N1	N2	N3	A1
Hepatitis B	N1	N2	N3	
Meningokokken C	N1			
MMR	N1	N2		
Varizellen	N1	N2		
HPV ^b (Mädchen und Jungen)	9–14 Jahre	G1	G2	
	> 14 Jahre	N1	N2	N3

^a In Deutschland ist kein monovalenter Pertussis-Impfstoff verfügbar. Daher kann die Impfung nur mit Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.

^b Wenn 1. Impfung im Alter von 9–14 Jahren: Grundimmunisierung (G) mit 2 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 5 Monaten; bei Nachholimpfung (N) mit der 1. Impfung im Alter von > 14 Jahren sind 3 Impfstoffdosen erforderlich (Fachinformation beachten).

Kinder bzw. Jugendliche von 11 bis < 18 Jahren

Bei fehlender Impfung gegen Pertussis kann ein Schutz bereits durch 1 Dosis Tdap- oder Tdap-IPV-Impfstoff erreicht werden.¹² 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. 370 und Tab. 10, S. 376–377).

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 **und Jungen** im Alter bis 14 Jahren sollte eine zweimalige HPV-Impfung im Abstand von mindestens 5 Monaten durchgeführt werden. Die Impfung soll bis zum Alter von 17 Jahren nachgeholt werden. Bei Nachholimpfung mit der 1. Impfung im Alter von > 14 Jahren sind 3 Impfstoffdosen erforderlich (Fachinformation beachten).

Tabelle 9E: 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) ^a	N1			A1 (einmalig)
Poliomyelitis	N1	N2	N3	A1 (einmalig)
Masern für nach 1970 Geborene	N1			
Röteln für Frauen im gebärfähigen Alter ^b	N1	N2		
Varizellen für sero-negative Frauen mit Kinderwunsch	N1	N2		
Pneumokokken für Erwachsene ≥ 60 Jahre	N1			Wiederholungsimpfung nur nach individueller Indikationsstellung, s. Tab. 2, S. 344 (frühestens nach 6 Jahren)

^a In Deutschland ist kein monovalenter Pertussis-Impfstoff verfügbar. Daher kann die Impfung nur mit Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff erfolgen.

^b Ungeimpfte Frauen oder Frauen ohne Impfdokumentation erhalten 2 Impfungen, einmal geimpfte Frauen 1 Impfung. Mangels eines monovalenten Röteln-Impfstoffs kann MMR-Impfstoff verwendet werden.

Erwachsene ab 18 Jahren

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 Impfstoffdosen 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. 370 und Tab. 10, S. 376–377).⁷ 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 ≥ 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 Impfung gegen Pneumokokken mit einem Polysaccharidimpfstoff (PPSV23) und die jährliche Impfung gegen Influenza mit einem **quadrivalenten** Impfstoff als Standardimpfungen. Eine Wiederholungsimpfung gegen Pneumokokken sollte frühestens nach 6 Jahren erfolgen und sollte individuell geprüft werden (s. S. 350 f. und Tab. 2, s. S. 344).

**Tabelle 10: Handelsnamen und Anwendungsalter der im Text erwähnten Impfstoffe in Deutschland
(ohne Gewähr für Vollständigkeit, Fachinformationen beachten)**

Antigene	Handelsname	Zulassung ab ^a	Anwendung bis ^a
DTaP	Infanrix®	2 Monate	6. Geburtstag (72 Monate)
DTaP-IPV-Hib	Infanrix-IPV + Hib®	2 Monate	keine Angabe
	Pentavac®	2 Monate	keine Angabe
DTaP-IPV-Hib-HepB	Infanrix hexa®	keine Angabe	einschließlich Kleinkindalter ^c
	Hexyon®	6 Wochen	einschließlich Kleinkindalter ^c
	Vaxelis®	6 Wochen	einschließlich Kleinkindalter
Hepatitis B	Engerix®-B Kinder	Geburt	15 Jahre
	HBVAXPRO® 5 Mikrogramm	Geburt	15 Jahre
	Engerix®-B Erwachsene	16 Jahre	ohne Altersgrenze
	HBVAXPRO® 10 Mikrogramm	16 Jahre	ohne Altersgrenze
HPV	Cervarix®	9 Jahre	keine Angabe
	Gardasil®9	9 Jahre	keine Angabe
MMR	M-M-RVaxPro®	(9 –) 12 Monate ^b	ohne Altersgrenze
	Priorix®	9 Monate	ohne Altersgrenze
MMR-V	Priorix-Tetra®	(9 –) 11 Monate ^b	13. Geburtstag
	ProQuad®	(9 –) 12 Monate ^b	ohne Altersgrenze
Meningokokken ACWY	Menveo	2 Jahren	ohne Altersgrenze
	Nimenrix®	6 Wochen	ohne Altersgrenze
Meningokokken B	Bexsero®	2 Monate	ohne Altersgrenze
	Trumenba®	10. Geburtstag	ohne Altersgrenze
Meningokokken C	Menjugate® 10 Mikrogramm	2 Monate	ohne Altersgrenze
	NeisVac-C®	2 Monate	ohne Altersgrenze
Rotavirus	Rotarix®	6 Wochen	24 Wochen
	Rota Teq®	6 Wochen	32 Wochen
Td	Td-pur®	5. Geburtstag (60 Monate) ^f	ohne Altersgrenze
	Td-Immun®	5. Geburtstag (60 Monate)	ohne Altersgrenze
	Td-Mérieux®	5. Geburtstag (60 Monate) ^f	ohne Altersgrenze
Tdap	Boostrix®	4. Geburtstag (48 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
	Covaxis®	4. Geburtstag (48 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
	Tdap-IMMUN®	4. Geburtstag (48 Monate) ^e	ohne Altersgrenze
Tdap-IPV	Boostrix Polio®	3. Geburtstag (36 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
	Repevax®	3. Geburtstag (36 Monate) ^d	ohne Altersgrenze
Td-IPV	Revaxis®	5. Geburtstag (60 Monate)	ohne Altersgrenze

(Fortsetzung Tabelle 10)

Antigene	Handelsname	Zulassung ab ^a	Anwendung bis ^a
IPV	IPV-Mérieux®	2 Monate ^f	ohne Altersgrenze
Pneumokokken	Pneumovax® 23	2 Jahre	ohne Altersgrenze
	Prevenar 13®	6 Wochen	ohne Altersgrenze
	Synflorix®	6 Wochen	5. Geburtstag
Varizellen	Varivax®	(9 –) 12 Monate	ohne Altersgrenze
	Varilrix®	(9 –) 11 Monate	ohne Altersgrenze

^a Laut Fachinformation (Stand: August 2018).

^b Wird ein früherer Impfschutz für notwendig erachtet, kann bereits ab dem Alter von 9 Monaten geimpft werden, s. Anmerkungen zur Impfung gegen Masern (s. S. 348).

^c Laut Fachinformationen kann der Impfstoff für die Impfung von „Säuglingen und Kleinkindern“ angewendet werden. Eine verbindliche Definition des Begriffs „Kleinkind“ existiert nach Aussagen der Zulassungsbehörde nicht.

^d Erstimmunisierung von Personen mit unbekanntem Impfstatus und bisher Ungeimpften ab dem jugendlichen Alter (12 Jahre) ist zulassungskonform.

^e Erstimmunisierung von Personen mit unbekanntem Impfstatus und bisher Ungeimpften ab dem Alter von 4 Jahren ist zulassungskonform: Hinweis: TdaP-IMMUN® zählt trotz des großen „P“ im Präparatenamen zu den Impfstoffen mit reduziertem Pertussis-Antigengehalt (ap).

^f Auch für Grund- und Erstimmunisierung zugelassen.

6.11 Literatur zum Abschnitt „Empfehlungen zu Nachholimpfungen“

- 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
- Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen: Schweizerischer Impfplan 2018, Stand Januar 2018. Bundesamt für Gesundheit Bern 2018; www.bag.admin.ch/infinfo
- 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
- Boelle PY, Hanslik T: Varicella in non-immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates. Epidemiol Infect 2002 Dec;129(3):599–606
- 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):209–214
- 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. www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-10-11-2011
- 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)
- Public Health Agency of Canada: Canadian Immunization Guide. 7th edition 2006. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php
- Quast U, Ley-Köllstadt S, Arndt U: Schwierige Impffragen – kompetent beantwortet. 3. Auflage, DGK-Beratung und Vertrieb GmbH 2013
- Schmitt HJ: Frage des Monats: Kind 6 Jahre ungeimpft. impfbrief.de 2007;Nr.3:6. <http://impfbrief.de>
- Sächsische Impfkommision: Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen. Vom 2.9.1993; Stand: 1.1.2015; www.slaek.de/media/dokumente/02medien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/E1_2015_Druck.pdf
- 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

7. Liste der STIKO-Empfehlungen und ihrer wissenschaftlichen Begründungen

Cholera:

1. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Cholera; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2010 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2010)

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 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 35/2015)

Hepatitis B:

3. Wissenschaftliche Begründung für die Anpassung der Empfehlungen zur Impfung gegen Hepatitis A und B, publiziert im *Epid. Bull.* 35/2017 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 35/2017)
4. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Hepatitis B; publiziert im *Epid. Bull.* 36/37/2013 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 36/37/2013)
5. Hinweise zur Notwendigkeit der Wiederimpfung 10 Jahre nach erfolgter Grundimmunisierung gegen Hepatitis B (HB) im Säuglings- bzw. Kindesalter; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2007 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2007)

Herpes zoster:

6. Wissenschaftliche Begründung zur Entscheidung die Herpes zoster Lebendimpfung nicht als Standardimpfung zu empfehlen; publiziert im *Epid. Bull.* 36/2017 (www.rki.de/epidbull Ausgabe > 36/2017)

HPV:

7. Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9–14 Jahren; publiziert im *Epid. Bull.* 26/2018 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 26/2018)
8. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen humane Papillomviren; publiziert im *Epid. Bull.* 35/2014 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 35/2014)
9. Impfung gegen HPV – Aktuelle Bewertung der STIKO; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2009 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 32/2009)
10. Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung; publiziert im *Epid. Bull.* 12/2007 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 12/2007)

Influenza (saisonal):

11. Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung des quadrivalenten saisonalen Influenzaimpfstoffs; publiziert im *Epid. Bull.* 2/2018 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 2/2018)
12. Wissenschaftliche Begründung für die geänderte Empfehlung zur Anwendung von Influenzaimpfstoffen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2–17 Jahren; publiziert im *Epid. Bull.* 35/2017 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 35/2017)
13. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Influenza; publiziert im *Epid. Bull.* 36/37/2013 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 36/37/2013)
14. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Influenza; Empfehlung zur Impfung von Schwangeren; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2010 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2010)
15. Begründung der STIKO für die Influenza-Impfung bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) mit durch Infektionen getriggerten Schüben; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2004 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 32/2004)
16. Wirksamkeit und Sicherheit der Influenza-Impfung für Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen (online verfügbar unter: www.rki.de > Kommissionen > STIKO > Empfehlung der STIKO > Begründung > Influenza)

Masern:

17. Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2010 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 32/2010)

Meningokokken:

18. Aktualisierung der Meningokokken-Impfempfehlung: Indikationsimpfung – Postexpositionelle Impfung – Berufliche Indikation; publiziert im *Epid. Bull.* 37/2015 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 37/2015)
19. Änderung der Empfehlungen zur Indikationsimpfung gegen Meningokokken; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2012 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 32/2012)
20. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Meningokokken; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2010 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 32/2010)

21. Empfehlung und Begründung einer postexpositionellen Meningokokken-Impfung; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2009 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2009)
22. 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 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2006)

Mumps:

23. Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Mumps; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2012 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2012)

Pertussis:

24. Zusätzliche Pertussis-Impfung im Erwachsenenalter als Tdap-Kombinationsimpfung bei der nächsten fälligen Td-Impfung – Empfehlung und Begründung; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2009 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2009)
25. Klinische Studien mit azellulären Pertussiskomponenten-Impfstoffen bei Erwachsenen: Anlage zum *Epid. Bull.* 31/2009 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2009)
26. Erweiterung der beruflichen Indikationen für eine Pertussis-Impfung; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2009 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2009)
27. Begründung für die STIKO-Empfehlung einer Pertussis-Auffrischimpfung im Vorschulalter; publiziert im *Epid. Bull.* 3/2006 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 3/2006)

Pneumokokken:

28. Wissenschaftliche Begründung zur Aktualisierung der Empfehlung zur Indikationsimpfung gegen Pneumokokken für Kinder und Erwachsene; publiziert im *Epid. Bull.* 37/2016 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 37/2016)
29. Wissenschaftliche Begründung zur Aktualisierung der Pneumokokken-Impfempfehlung bei Senioren (Standardimpfung ab 60 Jahren); publiziert im *Epid. Bull.* 36/2016 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 36/2016)
30. Wissenschaftliche Begründung zur Änderung der Pneumokokken-Impfempfehlung für Säuglinge; publiziert im *Epid. Bull.* 36/2015 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 36/2015)
31. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur Indikationsimpfung gegen Pneumokokken; publiziert im *Epid. Bull.* 36/2014 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 36/2014)
32. Begründungen zur allgemeinen Empfehlung der Impfung gegen Pneumokokken im Säuglings- und Kindesalter – Pneumokokken-Impfung mit 7-valentem Konjugat-Impfstoff für Kinder unter 2 Jahren; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2006 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2006)
33. Zur Impfung gegen Pneumokokken-Krankheiten; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2005 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2005)
34. Begründung der STIKO-Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung; publiziert im *Epid. Bull.* 28/2001 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 28/2001)

Röteln:

35. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Röteln; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2010 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2010)

Rotavirus:

36. Empfehlung und wissenschaftliche Begründung der Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen; publiziert im *Epid. Bull.* 35/2013 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 35/2013)

Tollwut:

37. Änderung der Empfehlungen zur Impfung gegen Tollwut; publiziert im *Epid. Bull.* 31/2010 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 31/2010)

Varizellen:

38. Wissenschaftliche Begründung für die Änderung der Empfehlung zur passiven Immunisierung mit Varizella-Zoster-Immunglobulin (VZIG); publiziert im *Epid. Bull.* 35/2015 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 35/2015)
39. Impfung gegen Varizellen im Kindesalter: Empfehlung einer zweiten Varizellenimpfung; publiziert im *Epid. Bull.* 32/2009 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 32/2009)
40. Begründung der STIKO für eine allgemeine Varizellenimpfung; publiziert im *Epid. Bull.* 49/2004 (www.rki.de/epidbull > Ausgabe 49/2004)

8. Stichwortverzeichnis

A

Allergie 357
 Altersheim 342
 Antipyretika 357
 ArbMedVV 339, 341, 361
 Arthus-Phänomen 370
 Aspiration 355, 356
 Asplenie 340, 343, 344, 346, 349
 Asthma 342, 344
 Asylbewerberheime 341
 Asylsuchende 335, 345, 359, 360
 Aufklärung 337, 339, 352, 353, 356, 358, 360, 382
 Ausbrüche/Epidemien 340, 343, 346, 360, 361, 364
 Auslandsaufenthalt 361
 Aussiedler 345
 Auszubildende 341
 Autoimmunerkrankungen 344
 Aviäre Influenza 342
 Azelluläre-Pertussis-Impfstoffe 359

B

Babysitter 343
 BCG-Impfstoff 345
 Behinderteneinrichtung 341
 Betreuungspersonen 343, 345, 348
 Betreuungseinrichtung 343, 345, 348
 Bissverletzung 367
 Blutkontakt 362, 365

C

Chemoprophylaxe 362–364
 Cholera 340, 346
 Cochlea-Implantat 344, 350
 COPD 342, 344

D

Diabetes mellitus 342, 344
 DialysepatientInnen 341
 Diphtherie 337, 338, 340, 346, 355, 359–362, 370–375
 Dokumentation, s. Impfdokumentation
 Drogenkonsum (i. v.) 341

E

Eculizumab-Therapie 343
 Ehrenamtlich Tätige 341, 361
 Einwilligungserklärung 352, 353, 360
 EntwicklungshelferInnen 343
 ErsthelferInnen 341

F

Fieberkrampf 351, 357, 372
 Fledermaus 345, 351, 367
 Flüchtlinge 340, 345, 346
 Forstbeschäftigte 340, 345
 Frühgeborene Säuglinge 338, 347, 350, 351, 357, 364
 Frühsommermeningoenzephalitis (FSME) 340, 346, 355, 369

G

Gebärfähiges Alter 343, 345, 360, 375
 Gebärmutterhalskrebs 348
 Geburtshilfe 345
 Gefängnis 341
 Geflügel und Wildvögel 342
 Gelbfieber 339, 340, 346, 354, 357
 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 335, 354, 361
 Gemeinschaftseinrichtung 337, 342–345, 348, 349, 362–364
 Gestillte Säuglinge 357

H

Haemophilus influenzae Typ b (Hib) 337, 340, 346, 359, 362, 370–372
 Hämophilie 341
 Haushaltskontaktpersonen 343, 350, 358, 363, 364
 HBsAg-Status 341, 347, 362, 365, 366
 Hepatitis A 341, 346, 360–362, 382
 Hepatitis B 337, 338, 341, 346, 347, 355, 359–362, 365, 366, 369–374, 376, 382
 Hepatitis C 341
 Herpes zoster 342, 347, 354
 Herz-Kreislauf-Krankheiten 342
 HIV-Positive 341, 346, 349
 Hühnereiweißallergie 357
 Humane Papillomviren (HPV) 335, 337, 338, 342, 347, 348, 359, 360, 369, 371, 373, 374, 376, 378, 382

I

Immundefizienz 341–344, 348, 350, 357, 358, 362, 363, 369
 Immunglobuline 347, 348, 362–368
 Immunprophylaxe 347, 355, 362, 365–368
 Immunsuppression, s. Immundefizienz
 Impfabstände 338, 347, 355, 372
 Impfausweis 337, 353, 361, 369
 Impfdokumentation 337, 353, 354, 359, 368, 369, 375
 Impferfolgskontrolle 341, 346, 347, 357, 369
 Impfkalender 335, 337–339, 353, 371
 Impfkomplikation 352, 358, 359
 Impfmanagement 354, 375
 Impfreaktion 355, 357–359
 Impfschaden 335, 339, 354, 359
 Impfschema 347, 350, 355, 366, 368, 369, 372
 Impfstofflagerung 354
 Impfstoffverfügbarkeit 342, 359
 Indikationsimpfung 339, 342, 346, 348, 350, 355, 360–362, 372
 Infektionsschutzgesetz (IfSG) 335, 339, 353, 358, 359, 361
 Influenza 335, 337, 338, 342, 348, 354, 357, 360, 361, 375
 Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) 342, 348, 354
 Injektionstechnik 356
 Internat 363, 364
 Invagination 351

J

JägerInnen 345

(Fortsetzung Stichwortverzeichnis)

K

Kanalisation 341
 Kaserne 363, 364
 KatastrophenhelferInnen 340, 343, 346
 Keuchhusten, s. Pertussis 337, 338, 343 f, 346, 347, 349 f., 351, 359 f., 361, 363, 367, 369 f, 371–375, 377, 378
 Kinderwunsch 345, 360, 369, 375
 Kita/Kindertagesstätte 341, 342, 348, 358
 Klärwerksarbeit mit Abwasserkontakt 341
 Knochenmarktransplantation 344
 Koadministration 337, 355
 Kombinationsimpfstoffe 337, 343, 346, 348, 349, 351, 352, 360, 367, 369, 370, 372–375
 Kontaktpersonen 343, 348, 350, 358, 362, 363, 364
 Kontraindikationen 337, 339, 342, 347, 349, 351, 352, 357, 358, 360, 364
 Kostenübernahme 339, 360, 361, 369
 Kratzwunde 367
 Küchenpersonal 341

L

Laborpersonal 340, 341, 343, 345
 Landwirtschaft 340
 Lebendimpfstoffe 342, 347, 351, 354, 355, 357–359
 Lebererkrankungen 341, 342, 344, 364
 Lieferengpässe 359, 364, 381
 Liquoristel 344
 Low-Responder 341

M

Masern 335, 337, 338, 342 f., 348, 351, 352, 357–362 f., 369, 370, 371, 375, 377, 378
 Medizinisches Personal 342, 343, 345
 Mehrfachimpfung 354
 Meldepflicht für Komplikationen 358
 Meningokokken 337, 338, 343, 348, 349, 359, 360, 363, 364, 372–374, 376, 378
 MMR 337, 338, 342 f, 345, 346, 348, 349, 351, 352, 354, 356, 357, 360, 362, 363, 370–376
 MigrantInnen 359 f.
 Monovalenter Impfstoff 338, 346, 347, 349, 351, 362, 370, 371, 373–375, 377
 MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) 341
 Multiple Sklerose 342, 378
 Mumps 337, 338, 343, 349, 351, 352, 357–359, 361, 363, 369, 370, 371, 378

N

Nachholimpfungen 338, 347, 350, 367–371, 374, 375, 377, 378, 381
 Nadelstich-Verletzung 362
 Neurodermitis 345
 Neurologische Krankheiten 342, 344, 346, 357
 Nierenkrankheiten 342, 344
 Non-Responder 341, 365, 366

O

Off-label-use 343, 353, 358, 362, 370

Operationen 355

Organtransplantation 344, 345, 355

P

Paul-Ehrlich-Institut (PEI) 358, 359, 367, 370
 Pertussis 337, 338, 343 f., 346, 347, 349 f., 351, 359 f., 361, 363, 367, 369 f., 371–375, 377, 378
 Pflegeheim 342
 Pilgerreise 343
 Pneumokokken 337, 338, 344, 350, 356, 359 ff., 360, 369–372, 375, 377, 378, 382
 Poliomyelitis 335, 337, 338, 344 f, 345, 347, 351, 359–361, 364, 369–376, 382
 PolizistInnen 341
 Polysaccharid-Impfstoff 338, 344, 350, 375
 Postexpositionelle Prophylaxe 346, 351, 355, 357, 362–365, 367, 368, 378, 382
 Psychiatrische Einrichtung 341
 Publikumsverkehr 342

R

Reinigungsdienst 341
 Reiseimpfungen 339, 354, 361
 Rettungsdienst 341
 Riegelungsimpfung 361, 364
 Rotaviren 337, 338, 351, 356, 359
 Röteln 335, 337, 338, 345, 351, 352, 357–361, 369–371, 375, 378

S

SanitäterInnen 341
 Schluckimpfung 346, 351, 356
 Schmerzreduziertes Impfen 356, 382
 Schnittverletzung 365
 Schutzimpfungs-Richtlinie 354, 361
 Schwangerschaft 346, 347, 350, 357, 360, 364, 369
 Schweißen 344
 SeniorInnen 350, 378
 Serologische Titerbestimmung 369
 Sexuelles Risikoverhalten, s. MSM 341
 Sichelzellanämie 340, 343, 344
 Stichverletzung 355, 362, 365, 367
 Stillen 356, 357
 Stoffwechselkrankheiten 342, 344
 Strafgefängene 341

T

Technischer Dienst 337, 338, 341, 342, 345–347, 351, 355, 359–361, 364, 367–375, 377
 Tetanus-Immunglobulin (TIG) 367
 TierärztInnen 345, 368
 Tollwut 345, 351, 355, 364, 367, 368, 378
 Tollwut-Immunglobulin 367 f., 368
 Totimpfstoffe 347, 355, 357, 369
 Tuberkulose 345
 Typhus 345, 358

U

Überimpfen 369 f.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) 335, 337, 352, 353, 357–359
 Unklarer Impfstatus 342, 343, 345, 348, 354, 359, 360, 362, 363, 368, 369, 375, 381
 Untersuchungs-Häftlinge 341
 Unvollständig geimpfte Personen 338, 340, 344, 345, 365, 366, 368, 369

V

Varizella-Zoster-Immunglobulin (VZIG) 364, 378
 Varizellen 337, 338, 345, 351, 352, 354, 357–360, 364, 369, 372, 373, 374, 375, 377, 378, 382
 Verbrennungen 358, 377
 Verletzungen s. Nadelstichverletzung bzw. Stichverletzung 355, 362, 365, 367

W

Windpocken, s. Varizellen 337, 338, 345, 351, 352, 354, 357–360, 364, 369, 372–375, 377, 378, 382
 Wohnheim 363, 364

Z

Zeckenexposition 340

9. STIKO-App

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut gibt es auch in Form einer App. Die kostenlose STIKO@rki-App für Android (ab Version 5.1), iOS (ab Version 8.2) und für Windows (ab Version 10) wurde für die impfende Ärzteschaft entwickelt, um sie bei Fragen zum Impfen im Praxisalltag zu unterstützen. Mit wenigen Klicks bekommen NutzerInnen die für die Beratung der einzelnen PatientInnen relevanten Informationen. Herzstück ist der interaktive Impfcheck: Nach Eingabe von Alter, Geschlecht und Impfhistorie der PatientInnen wird deren Impfstatus überprüft, noch ausstehende Impfungen

identifiziert und Empfehlungen zum Schließen bestehender Impfungen gegeben.

Abrufbar in der App sind auch die Fachinformationen aller Impfstoffe, Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Impfungen sowie die RKI-Ratgeber für Ärzte zu impfpräventablen Erkrankungen. Über eine integrierte News-Feed-Funktion werden NutzerInnen mit Nachrichten über aktuelle Informationen und Stellungnahmen der STIKO sowie über weitere wichtige impfspezifische Meldungen (z. B. Lieferengpässe von Impfstoffen) informiert.

Hier erhältlich:

Laden im **App Store** | **JETZT BEI Google play**

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

Prof. Dr. Thomas Mertens (em.), Abteilung Virologie, Universitätsklinikum Ulm

Stellvertretende Vorsitzende:

Prof. Dr. Eva Hummers, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Mitglieder der STIKO:

Siehe 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 ÄrztInnen!). 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) beim Robert Koch-Institut (Epid. Bull. 34/2018)

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 (schriftl.) gegen Rechnung zum Stückpreis von 0,50 €.

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, in englischer Sprache unter 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 ÄrztInnen zu einzelnen Infektionskrankheiten**
www.rki.de/ratgeber
- ▶ **Fremdsprachige Informationsmaterialien zu Impfungen**
www.rki.de/impfen > Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen
 - ▶ **Impfkalender in 20 Sprachen**
 - ▶ **Glossar medizinischer Begriffe zum Thema Impfen in 15 Sprachen**
 - ▶ **Aufklärungsbögen und Einverständniserklärungen in deutscher Sprache**
 - ▶ **Informationen zu Kinderlähmung (engl., franz., arab.)**
 - ▶ **Aufklärungsinformationen zu folgenden Impfungen in 19 Sprachen:**
 - ▶ **Hepatitis-A-Impfung**
 - ▶ **Hepatitis-B-Impfung**
 - ▶ **HPV-Impfung**
 - ▶ **Influenza-Impfung**
 - ▶ **Influenza-Impfung mit dem Lebendimpfstoff (nasal)**
 - ▶ **Meningokokken-C-Impfung**
 - ▶ **MMR-Impfung**
 - ▶ **Pneumokokken-Impfung**
 - ▶ **Rotavirus-Impfung**
 - ▶ **Tdap-IPV-Impfung**
 - ▶ **6-fach-Impfung (DTaP-IPV-Hib-HepB)**
 - ▶ **Varizellen-Impfung**
- ▶ **Praxis-Plakat zur Aufklärung über das schmerzreduzierte Impfen „Wie helfen Sie Ihrem Kind beim Impfen?“** kann über den Bestellservice des BVKJ (www.bvkj-shop.de/infomaterial/plakate.html) bezogen werden.
- ▶ **Ein Merkblatt für ÄrztInnen mit Hinweisen zum schmerzreduzierten Impfen im Praxisalltag** steht unter www.rki.de/schmerzreduziertes-impfen zum Download zur Verfügung
- ▶ **Laienverständliche Informationsmaterialien** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Thema Impfen (teilweise fremdsprachig): www.impfen-info.de/infomaterial

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030. 18 754–0
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. 18 754–23 24
E-Mail: Seedatj@rki.de

Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

▶ Redaktionsassistent: Francesca Smolinski

Tel.: 030. 18 754–24 55
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

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). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de/epidbull

Hinweis: Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Nachdruck

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

ISSN (Online) 2569-5266

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.
Epid Bull 2018;34:335–382 |
DOI 10.17886/EpiBull-2018-042