

CRM Kommentar

Reiseimpfempfehlungen 2026

Mit dem Epidemiologischen Bulletin 27/2026 haben STIKO und DTG ihre Reiseimpfempfehlungen erstmals in überarbeiteter Struktur vorgelegt.¹ Das neue Format ist übersichtlicher und in der Sprechstunde schneller zu handhaben – das ist ausdrücklich zu begrüßen. Inhaltlich beschränken sich die substanziellen Neuerungen jedoch auf zwei Themen: Chikungunya und Poliomyelitis. In genau den Bereichen, in denen die reisemedizinische Praxis seit Jahren auf Bewegung wartet, steht das Dokument dort, wo es bereits 2024 stand. Die im Januar an den STIKO-Empfehlungen 2026 geäußerte Kritik² muss deshalb weitgehend unverändert wiederholt werden.

Chikungunya: Der zweite Schritt fehlt

Dass die Verfügbarkeit zweier Impfstoffe nun in einer differenzierten Strategie abgebildet wird, ist gut gelöst: Der attenuierte Lebendimpfstoff für 12-59-Jährige, der Totimpfstoff ab zwölf Jahren ohne obere Altersgrenze.¹ Auch die klare Empfehlung für Reisen in Regionen mit aktivem Ausbruchsgeschehen ab zwölf Jahren ist sachgerecht und war überfällig.

Für Endemiegebiete bleibt die Indikation jedoch an eine doppelte Bedingung geknüpft: Aufenthalt über vier Wochen oder wiederholte Aufenthalte – und zusätzlich ein erhöhtes Risiko für schwere oder chronische Verläufe durch ein Alter ab 60 Jahren oder schwere internistische Grunderkrankungen. Junge, gesunde Reisende fallen damit faktisch heraus. Das ist dieselbe Verengung, die bereits die Standardempfehlung vom Januar prägte, und sie ist aus demselben Grund unzureichend: Chikungunya-Infektionen führen gerade bei jüngeren Reisenden regelmäßig zu monatelangen, teils invalidisierenden Gelenksbeschwerden. Schwere im klinischen Sinne meint eben nicht nur Hospitalisierung oder Tod. Angesichts von 788 Erkrankungen in Frankreich und 384 in Italien allein im Jahr 2025²² sowie einer inzwischen belegten Übertragbarkeit bei tieferen Temperaturen ist eine deutlich breitere Indikationsstellung geboten – einschließlich jüngerer Reisender ohne Vorerkrankungen, die in aktive Ausbruchs- oder Endemiegebiete reisen.

Dengue: Die Leerstelle der Reiseimpfempfehlungen

Reiseimpfempfehlungen, die Dengue nicht adressieren, verfehlen das derzeit wichtigste Thema der Reisemedizin. Die Beschränkung auf Personen mit anamnestisch labordiagnostisch gesicherter DENV-Infektion bleibt bestehen;^{1,2} das Dokument vom Juli löst den Konflikt nicht auf, obwohl die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin im April 2026 eine ausführlich begründete Gegenposition vorgelegt hat.³

Die Datenlage ist eindeutig. In der Nachbeobachtung der Zulassungsstudien über mittlerweile mehr als sieben Jahre fand sich bei über 5.500 seronegativen Probanden kein Sicherheitssignal im Sinne eines Antibody-Dependent Enhancements.⁴ Weltweit wurden über 20 Millionen Dosen verimpft, überwiegend in Gebieten mit teilweise erheblichem Infektionsrisiko, ohne

Hinweise auf ADE bei initial Seronegativen.³ Die Impfeffektivität lag im ersten Jahr bei 80,2% gegen eine gesicherte Dengue-Erkrankung und bei 95,4% gegen eine erkrankungsbedingte Hospitalisierung.⁵ Praxisentscheidend ist die Aussage zur Einzelimpfung: Nach einer einzelnen Dosis vor Exposition wurde eine Gesamtprotektion von 81,1% gemessen – nahezu identisch mit dem Schutz nach zwei Dosen (80,4%).³

Der verbleibende methodische Vorbehalt betrifft DENV3, gegen den sich bei Seronegativen keine belastbare Wirksamkeit nachweisen ließ.⁴ Das ist eine relevante Limitation und gehört in die Aufklärung – es rechtfertigt aber keineswegs, seronegative Reisende vollständig von der Empfehlung auszuschließen. Die praktische Konsequenz der STIKO-Position ist eine Empfehlung, die in der Versorgungsrealität leerläuft: Kaum ein Reisender kann eine labordiagnostisch gesicherte Vorinfektion vorweisen, und das Zwei-Dosen-Schema mit drei Monaten Mindestabstand ist bei einer Beratung drei Wochen vor Abflug ohnehin nicht einzuhalten. Dass Dengue in Deutschland deutlich mehr Menschen betrifft als die FSME, für die eine klare und niedrigschwellige Impfempfehlung existiert, macht das strukturelle Missverhältnis vollends deutlich.

Japanische Enzephalitis: Eine Indikation aus der Zeit vor 2021

Bei der Japanischen Enzephalitis bleibt es beim bekannten Muster: Längere Aufenthalte in Endemiegebieten bei entsprechender Exposition.¹ Diese Formel stammt aus einer Zeit, in der sich die Epidemiologie der Erkrankung noch berechenbar verhielt. Seit 2021/22 zirkuliert Genotyp IV in Australien mit humanen Fällen bis in gemäßigte südöstliche Bundesstaaten;^{15,16,17} in der Republik Korea deutet die Vektor-Surveillance auf eine Verschiebung hin zu Genotyp V in bislang wenig beachteten Culex-Arten;¹⁸ und die Kasuistik importierter Fälle wächst, darunter zwei schwere Verläufe bei ungeimpften Rückkehrern nach Frankreich 2023/24.¹⁴ Eine Auswertung publizierter Reisefälle fand einen erheblichen Anteil bei Aufenthalten unter einem Monat, häufig nach Tagesausflügen in ländliche Regionen.¹³

International ist die Konsequenz längst gezogen: ACIP und ATAGI stellen die Indikation ausdrücklich individualisiert und beziehen kurze Aufenthalte mit relevanter Exposition ein.^{10,11} Das Merkblatt der DTG selbst benennt ein Alter ab 60 Jahren als Risikofaktor für symptomatische und schwerere Verläufe und plädiert für eine großzügigere Indikationsstellung.¹² Genau diese Logik gehört in das Hauptdokument und in die Ländertabellen: Risikobasiert statt primär aufenthaltsdauerbasiert, mit expliziter Nennung der Altersgruppe ab 60 Jahren und einer klaren Aussage zu Australien. Bei einer Erkrankung mit einer Letalität um 20-30% und neurologischen oder kognitiven Residuen bei einem erheblichen Teil der Überlebenden^{10,19} ist die Aufenthaltsdauer als tragendes Kriterium schlicht das falsche Maß.

Gelbfieber: Die nationale Sonderrolle wird fortgeschrieben

Auch die Reiseimpfempfehlungen 2026 halten an der Auffrischimpfung nach zehn oder mehr Jahren bei erneuter oder fortgesetzter Exposition fest.^{1,7} Die Weltgesundheitsorganisation hat 2013 festgestellt, dass eine einzige Dosis für die meisten Menschen lebenslangen Schutz vermittelt; das internationale Impfbuch gilt entsprechend unbefristet.⁶ Die deutsche Abweichung stützt sich im Kern auf den Abfall neutralisierender Antikörper über die Zeit –

einen Surrogatparameter, der keine direkte Aussage über klinisches Schutzversagen erlaubt.^{7,8} Bei gesunden Erwachsenen liegt die Seroprotektionsrate nach bis zu zehn Jahren noch bei 88%⁷ bei hervorragender Boosterability, einem Niveau, das bei anderen Reiseimpfungen anstandslos als ausreichend akzeptiert würde. Dokumentierte Impfdurchbrüche nach einer einzelnen Dosis bei Immunkompetenten sind demzufolge weltweit eine Rarität.⁶

In der Beratung erzeugt das eine Diskrepanz, die jedes Mal erklärt werden muss: Das Zertifikat wird an der Grenze anerkannt, national wird gleichzeitig eine Auffrischung nahegelegt, deren Notwendigkeit international nicht belegt ist. Sinnvoll wäre eine Beschränkung auf definierte Risikogruppen – insbesondere Personen mit Immundefizienz sowie vor dem zweiten Lebensjahr Geimpfte – und die Rücknahme der generellen Zehnjahresempfehlung für immunkompetente Erwachsene.

Poliomyelitis: Sachgerecht umgesetzt, aber nur die halbe Botschaft

Der Poliomyelitis-Abschnitt gehört zu den Stärken des Dokuments. Er setzt die aktuellen Vorgaben des WHO-Notfallausschusses konsequent um²⁰ und verweist für die Länderlage auf die wöchentlich aktualisierten Daten der Global Polio Eradication Initiative²¹ statt auf eine Tabelle, die bei Erscheinen bereits veraltet wäre. Das ist methodisch genau richtig und sollte für andere Kapitel Vorbild sein.

Unterbelichtet bleibt die andere Blickrichtung. Der Fokus liegt weiterhin auf den Ein- und Ausreisebestimmungen einzelner Länder, also auf dem Reisenden als potenziellem Exporteur. Die Abwassernachweise in Frankreich, Spanien, Großbritannien, Finnland und Polen sowie in Bonn, Köln, Hamburg, München, Dresden, Düsseldorf und Mainz zeigen, dass die Frage auch umgekehrt zu stellen ist. Ein 2002 für poliofrei erklärter Kontinent, in dem Polioviren im Abwasser mehrerer Großstädte nachweisbar sind, braucht mehr als eine Systematik der Einreisevorschriften: Nämlich eine offensive Auffrischstrategie für Erwachsene mit unklarem oder lange zurückliegendem Impfstatus, und zwar unabhängig vom Reiseziel.

Influenza vor Fernreisen: Weiterhin Fehlanzeige

Richtig ist die didaktische Priorisierung des Dokuments: Lücken bei den Standardimpfungen sind für die meisten Reisenden das größere Risiko als die exotische Reiseimpfung. Nur wird diese Einsicht nicht zu Ende geführt. Eine explizite Empfehlung zur Influenza-Impfung gesunder Erwachsener, Kinder und Jugendlicher vor Fernreisen fehlt weiterhin,² obwohl respiratorische Infektionen unter Reisebedingungen mit hoher Personendichte – Kreuzfahrt, Massenveranstaltung, Langstreckenflug – die mit Abstand häufigste impfpräventable Erkrankung darstellen. In der reisemedizinischen Beratungspraxis sollte sie unabhängig davon grundsätzlich angesprochen werden. Hinzu kommt, dass die durch den Strategiewechsel bei den Meningokokken entstehende Übergangslücke auch reisemedizinisch zu Buche schlägt und bis zum Erreichen relevanter MenACWY-Durchimpfungsraten im Jugendalter in der Beratung individuell geschlossen werden muss.

Fazit

Die Reiseimpfempfehlungen 2026 sind formal besser und bei Chikungunya und Poliomyelitis inhaltlich auf dem Stand. In den Bereichen jedoch, in denen Reisende in Deutschland nachweislich schlechter geschützt sind als notwendig – allen voran Dengue, daneben die

Gelbfieber-Auffrischung und die Indikationsstellung bei der Japanischen Enzephalitis –, bleibt das Dokument stehen. Die Divergenz zwischen STIKO und den reisemedizinischen Fachgesellschaften ist damit offen sichtbar. Für die Praxis ist das unbequem, weil sie die Begründungslast auf die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt verschiebt: Eine fehlende STIKO-Empfehlung ist kein Hindernis für eine begründete Impfung – für deren Erstattung kann sie es aber sein. Es bleibt zu hoffen, dass die vorliegende Datenlage zum Anlass genommen wird, zeitnah nachzubessern, statt die Korrektur auf die Ausgabe 2027 zu vertagen.

Literatur

- 1 Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V. (DTG) zu Reiseimpfungen. *Epid Bull* 2026;27:1–112. DOI 10.25646/14248
- 2 Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2026. *Epid Bull* 2026;4 (22.01.2026)
- 3 Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin (DFR). Stellungnahme zur Impfung gegen Dengue bei Reisenden. April 2026. www.fachgesellschaft-reisemedizin.de
- 4 Tricou V, Yu D, Reynales H, et al. Long-term efficacy and safety of a tetravalent dengue vaccine (TAK-003): 4-5-year results from a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Glob Health* 2024;12(2):e257–e270. DOI 10.1016/S2214-109X(23)00522-3
- 5 Biswal S, Reynales H, Sáez-Llorens X, et al. Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in healthy children and adolescents. *N Engl J Med* 2019;381:2009–2019
- 6 World Health Organization. Vaccines and vaccination against yellow fever: WHO position paper – June 2013. *Wkly Epidemiol Rec* 2013;88(27):269–283
- 7 Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung zur Gelbfieber-Auffrischimpfung. *Epid Bull* 2022;32
- 8 Schaumburg F, et al. New recommendation on yellow fever booster vaccination in Germany. *Travel Med Infect Dis* 2022;50:102487
- 9 World Health Organization. Japanese encephalitis vaccines: WHO position paper – February 2015. *Wkly Epidemiol Rec* 2015;90(9):69–88
- 10 Hills SL, Walter EB, Atmar RL, Fischer M. Japanese Encephalitis Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep* 2019;68(RR-2):1–33
- 11 Australian Technical Advisory Group on Immunisation. Japanese encephalitis. Australian Immunisation Handbook, Stand 19.01.2026
- 12 Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V. Japanische Enzephalitis. Übersicht der Reiseimpfungen. www.dtg.org
- 13 Charoensakulchai S, Singhasanee P, Matsee W, Caumes E, Pisutsan P. Rationale for Japanese encephalitis vaccination in short-term travellers to endemic areas. *J Travel Med* 2024;31(2):taae003. DOI 10.1093/jtm/taae003
- 14 Ayhan N, Pezzi L, Do Rego H, et al. Report of two severe cases of Japanese encephalitis virus in travelers returning to France, 2023–2024: clinical, diagnostic, and public health implications. *ASM Case Rep* 2025. DOI 10.1128/asmcr.00054-24
- 15 Mackenzie JS, Williams DT, van den Hurk AF, et al. Japanese encephalitis virus: the emergence of genotype IV in Australia and its potential endemicity. *Viruses* 2022;14(11):2480
- 16 Emergence of locally acquired Japanese encephalitis virus in Australia. *Commun Dis Intell* 2025;49. DOI 10.33321/cdi.2025.49.005
- 17 Dowsett J, et al. Japanese encephalitis transmission in Australia: challenges and future perspectives. *Med J Aust* 2025;222(2). DOI 10.5694/mja2.52550
- 18 The hidden threats posed by Japanese encephalitis virus genotype V. *J Virol* 2026. DOI 10.1128/jvi.01644-25
- 19 Hills SL, Lindsey NP. Japanese Encephalitis. In: CDC Yellow Book, 2026 edition: Health Information for International Travel. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2025

- 20 World Health Organization. Statement of the IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus, März 2026
- 21 Global Polio Eradication Initiative. Polio This Week. <https://polioeradication.org/about-polio/polio-this-week/>
- 22 European Centre for Disease Prevention and Control. Chikungunya – Annual/Communicable Disease Threats Report 2025

© Prof. Dr. Tomas Jelinek