

CRM Kommentar

Welt-Tollwut-Tag 2026 unter dem Motto „Stronger Together“

Der diesjährige Welt-Tollwut-Tag am 28. September fällt in die Schlussphase von „Zero by 30“. Der 2018 verabschiedete globale Strategieplan zur Beseitigung der durch Hunde vermittelten Tollwut-Todesfälle ist in drei Abschnitte gegliedert; seit Januar läuft der letzte, der im Plan „MOP UP“ heißt und bis 2030 reicht.² Der Name suggeriert Aufräumarbeiten. Die Zahlen legen anderes nahe: Nach wie vor sterben jährlich rund 59.000 bis 60.000 Menschen an Tollwut, etwa 40% davon Kinder unter 15 Jahren; 95% der gemeldeten Fälle entfallen auf Asien und Afrika, und nahezu alle gehen auf Hundebisse zurück.^{2,3} Diese Größenordnung hat sich seit Verabschiedung des Plans nicht wesentlich verändert. Am Aktionstag gehört das ausgesprochen: Das Ziel wird in dieser Form nicht erreicht werden. Für die Reisemedizin folgt daraus keine Resignation, sondern eine klare Konsequenz – solange die Versorgung im Zielland lückenhaft bleibt, muss der individuelle Schutz vor der Abreise stehen.

Für Reisende ist Tollwut kein exotisches Restrisiko

Die reisemedizinische Relevanz wird regelmäßig unterschätzt. Die Inzidenz einer Exposition mit potenziellem Tollwutrisiko wird auf rund 0,5% pro Reisemonat geschätzt; in einer deutschen Untersuchung berichteten 2% aller Reisenden über einen entsprechenden Kontakt.⁴ Das sind Größenordnungen, die kaum eine andere klassische Reiseimpfung erreicht – bei einer Erkrankung, die nach Symptombeginn praktisch ausnahmslos tödlich verläuft.

Entscheidend ist dabei nicht die Wunde, sondern die Versorgungslage am Zielort. Tollwut-Immunglobulin ist weltweit nur an wenigen Zentren verfügbar, sehr teuer und kurz haltbar.⁷ Wer in einer ländlichen Region Südostasiens oder Westafrikas darauf setzt, baut auf ein Produkt, das dort mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vorhanden ist. Genau hier liegt der Wert der präexpositionellen Impfung: Nach vollständiger Grundimmunisierung besteht die Postexpositionsprophylaxe aus zwei Impfstoffdosen an den Tagen 0 und 3 – ohne Immunglobulin.⁶ Die PrEP entkoppelt den Reisenden vom schwächsten Glied der Versorgungskette. Das ist das Argument, das in der Beratung zieht, nicht der Verweis auf die Letalität.

Bei Reisenden gilt: Vorzugsweise drei Dosen

In der Diskussion um verkürzte Schemata ist zuletzt einiges durcheinandergeraten, und es lohnt, den Sachverhalt klar zu benennen. Die vollständige Grundimmunisierung mit drei Impfstoffdosen führt bei Immunkompetenten zu einer zuverlässigen Serokonversion und zu einer Boosterfähigkeit, die nach einem Booster einen Schutz für Jahrzehnte, gegebenenfalls lebenslang bietet.^{4,6} Entscheidend ist der klinische Endpunkt: Ein Tollwutfall bei einer Person mit abgeschlossener Drei-Dosen-Grundimmunisierung ist bislang nicht dokumentiert. Das ist

bei einer Erkrankung mit einer Letalität von praktisch 100% ein Sicherheitsniveau, das man nicht leichtfertig gegen Bequemlichkeit eintauscht.

Die in der Literatur beschriebenen Impfdurchbrüche betreffen sämtlich die postexpositionelle Prophylaxe bei zuvor nicht Geimpften. Der bislang umfangreichste systematische Review identifizierte für den Zeitraum 1980 bis 2022 insgesamt 122 solcher Fälle, ganz überwiegend mit Abweichungen von den Kernmaßnahmen – unterlassene Wundreinigung, fehlendes oder falsch appliziertes Immunglobulin, gluteale Injektion, verspäteter Beginn.⁸ Das ist eine andere Konstellation als die Frage nach dem Schutz einer abgeschlossenen präexpositionellen Grundimmunisierung, und beides sollte in der Beratung nicht vermengt werden.

Das von der WHO seit 2018 empfohlene Zwei-Dosen-Schema an den Tagen 0 und 7 ist vor diesem Hintergrund einzuordnen, als das, was es ist: Eine sachgerechte Antwort auf Impfstoffknappheit und Ressourcengrenzen in Endemieländern.⁵ Für die Reisemedizin in einem Land ohne Versorgungsengpass ist es kein erstrebenswertes Modell. Wie lange die Boosterfähigkeit nach zwei Dosen anhält, ist nicht belastbar charakterisiert; die STIKO fordert konsequenterweise eine dritte Dosis nach frühestens einem Jahr.^{4,6} Wer den vermeintlich kürzeren Weg wählt, landet also ohnehin bei drei Dosen – nur mit unklarem Abstand, schlechterer Dokumentation und einem Zwischenzeitraum, dessen Schutzniveau niemand genau beziffern kann.

Das Zeitargument ist gelöst – nur nicht in der Empfehlung

Das übliche Gegenargument lautet, drei Dosen an den Tagen 0, 7 und 21 seien bei kurzfristiger Beratung nicht zu schaffen. Dieses Argument ist überholt. Für den eibasierten Impfstoff besteht laut Fachinformation für immunkompetente Erwachsene die Möglichkeit einer Schnellimmunisierung mit drei Dosen an den Tagen 0, 3 und 7.^{4,9} Damit ist die vollständige Grundimmunisierung binnen einer Woche abgeschlossen – ein Zeitfenster, das nahezu jede reisemedizinische Beratung abbildet.

Hier liegt aus unserer Sicht das eigentliche Defizit der deutschen Empfehlungslage: Die STIKO empfiehlt dieses zugelassene Schnellschema zur Grundimmunisierung nicht.⁹ Damit steht die beratende Praxis vor der unbefriedigenden Konstellation, dass der pragmatischste und immunologisch vollwertige Weg zwar zugelassen, aber nicht empfohlen ist – während gleichzeitig ein Zwei-Dosen-Schema diskutiert wird, das die Zahl der Dosen reduziert, statt den Zeitbedarf. Die Prioritäten sind vertauscht. Sinnvoll wäre, das Schema 0–3–7 innerhalb seiner Zulassungsgrenzen ausdrücklich als Option für kurzfristige Reisen in die Empfehlungen aufzunehmen. Diese Grenzen gehören mitkommuniziert: Sie gelten für Immunkompetente zwischen 18 und 65 Jahren und nur für einen der beiden verfügbaren Impfstoffe.

Die Ausnahme, die klar benannt gehört

Eine Gruppe fällt aus dieser Logik heraus. Menschen mit Immundefizienz sollen bereits ab WHO-Expositionsgrad II eine vollständige postexpositionelle Serie mit fünf Impfstoffdosen und Immunglobulin erhalten – auch bei abgeschlossener präexpositioneller Grundimmunisierung – mit serologischer Kontrolle zwei bis vier Wochen nach der letzten Dosis.⁴ Für diese Reisenden ersetzt die PrEP die Versorgung vor Ort nicht, und die Reiseplanung muss den Zugang zu einem

Zentrum mit Immunglobulin realistisch berücksichtigen. Auch bei Immunsuppression unter laufender Therapie ist eine serologische Kontrolle nach Grundimmunisierung sinnvoll.

Was in der Praxis wirklich hilft

Zu begrüßen ist, dass das RKI seinen Ratgeber im Februar 2026 um eine Entscheidungshilfe zur Indikationsstellung der PEP ergänzt hat³ – im Bissfall ist Entscheidungssicherheit unter Zeitdruck wichtiger als jede weitere Übersichtstabelle. Für das Beratungsgespräch bleiben vier Punkte zentral: Sofortige Wundreinigung über mindestens 15 Minuten mit Wasser und Seife; die Erkenntnis, dass jeder Biss, jeder Kratzer und jeder Schleimhautkontakt mit einem Säugetier zählt, ausdrücklich auch bei Affen und Fledermäusen; kein Abwarten, sondern unverzügliche ärztliche Vorstellung; und ein Impfausweis, dessen Tollwut-Eintrag mit Datum und Präparat auch im Ausland lesbar ist. Der letzte Punkt entscheidet im Ernstfall darüber, ob am Zielort zwei Dosen genügen oder eine vollständige Serie mit Immunglobulin verlangt wird.

Das Motto „Stronger Together“ zielt auf die Verzahnung von Human- und Veterinärmedizin. Für die Reisemedizin lässt es sich schlichter übersetzen: Die impfende Praxis ist das letzte Glied vor der Abreise und das einzige, auf das der Reisende sich verlassen kann.

Fazit

„Zero by 30“ wird sein Ziel verfehlen, und die letzte Planphase heißt zu Unrecht „MOP UP“. Für die Beratung folgt daraus eine unaufgeregte Empfehlung: Bei Reisenden ist die Drei-Dosen-Grundimmunisierung der Standard, weil sie zuverlässig zur Serokonversion führt und weil bei vollständig Grundimmunisierten bislang kein Erkrankungsfall dokumentiert wurde. Reduzierte Schemata lösen ein Problem, das Reisende in Deutschland nicht haben. Das Problem, das sie haben, ist der Zeitdruck – und dafür existiert mit dem zugelassenen Schema 0–3–7 bereits die Antwort. Sie sollte in den Empfehlungen ankommen.

Literatur

- 1 Global Alliance for Rabies Control. World Rabies Day 2026: „Stronger Together“. rabiesalliance.org
- 2 WHO, WOA, FAO, GARC. Zero by 30: The global strategic plan to end human deaths from dog-mediated rabies by 2030
- 3 Robert Koch-Institut. RKI-Ratgeber Tollwut; Aktualisierung der Maßnahmen bei Exposition mit Entscheidungshilfe zur PEP-Indikation, Februar 2026
- 4 Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V. Tollwut (präexpositionell). Übersicht der Reiseimpfungen. dtg.org
- 5 World Health Organization. Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018. *Wkly Epidemiol Rec* 2018;93(16):201–220
- 6 Robert Koch-Institut. Empfehlungen der STIKO und der DTG zu Reiseimpfungen. *Epid Bull* 2026;27
- 7 Auswärtiges Amt, Gesundheitsdienst. Handlungsanleitung Tollwutkontakt im Ausland
- 8 Human rabies despite post-exposure prophylaxis: a systematic review of fatal breakthrough infections after zoonotic exposures. *Lancet Infect Dis* 2023. DOI 10.1016/S1473-3099(22)00641-7
- 9 Fachinformationen der in Deutschland zugelassenen Tollwutimpfstoffe (Stand 2026)