

Reisemedizinische Empfehlung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen – Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) e.V. 2026

Stand Mai 2026

Die Kommission „Impfungen und Infektionen bei rheumatischen Erkrankungen“ der DGRh hat Empfehlungen für die Reisesaison 2026 für Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (ERE) entwickelt. Die kompakte Handreichung soll Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis als Entscheidungshilfe für die aktuelle Impfsaison dienen.

Es wird in diesem Positionspapier auf folgende Punkte eingegangen:

- Allgemeine Empfehlungen zum Schutz vor Infektionen während Reisen
- Chikungunya-Impfung
- Cholera/(ETEC/Reisediarrhoe)-Impfung Dengue-Impfung
- FSME-Impfung
- Gelbfieber-Impfung
- Hepatitis A-/B-Impfung
- Japanische Enzephalitis-Impfung
- Malariaprophylaxe
- Meningokokken-Impfung
- Mpox-Impfung
- Tollwut-Impfung
- Umgang mit Medikamenten während Reisen

Warum sind Impfungen bei ERE besonders wichtig?

Menschen mit ERE weisen aufgrund ihrer Grunderkrankung und der damit verbundenen medikamentösen Therapie häufig eine Abschwächung der Immunantwort auf. Entsprechend kommt dem Thema Infektionsschutz in der rheumatologischen Versorgung auch in der Reisemedizin eine zentrale Bedeutung zu.

Die Basis stellen Mückenschutzmaßnahmen wie DEET (Diethyltoluamid)-haltige Repellentien, imprägnierte Moskitonetze oder helle, bedeckende Kleidung insbesondere bei der Übertragung von Vektorerkrankungen dar.

Das Infektionsrisiko wird wesentlich durch die Kontrolle der ERE, die Schwere der ERE sowie die Intensität der immunsuppressiven Therapie bestimmt. Eine optimale Krankheitskontrolle ist die Grundlage für die Risikoreduktion von Infektionen. Impfungen können helfen, diese Defizite auszugleichen. Sie senken nicht nur das Risiko für akute und schwerwiegende Infektionen, sondern auch für mögliche Spätfolgen, etwa kardiovaskuläre Erkrankungen nach einer Infektion. Impfungen führen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht zu einer erhöhten Rate von schweren Krankheitsschüben; Totimpfungen gelten diesbezüglich als sicher.

Mit Beginn der Reisesaison weist die Kommission insbesondere auf die unten aufgeführten Impfungen hin. Für Menschen mit ERE wurden an einzelnen Stellen ergänzende Kommentare formuliert, die auf der spezifischen Expertise der Kommission basieren und als Expertenmeinung kenntlich gemacht sind. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sind dabei teilweise verkürzt aufgeführt. Die ausführliche Darstellung findet sich u.a. im [Epidemiologisches Bulletin 14](#) | 2025 des Robert-Koch-Instituts (Stand 3. April 2025).

Folgendes wird für den Einsatz von Impfungen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (ERE) empfohlen:

Eine reisemedizinische Beratung sollte frühzeitig, mindestens 4-6 Wochen vor Reiseantritt (je nach Reiseziel, besonders wenn Lebendimpfungen erforderlich sind, auch deutlich früher (mindestens 4 Monate vorher!)) erfolgen, um ausreichend Zeit für Impfungen und eventuelle Grundimmunisierungen und ggf. Therapieanpassungen zu haben.

Der Einsatz von Totimpfstoffen, proteinbasierten Impfstoffen und mRNA-Impfstoffen ist unter immunmodulierenden/immunsuppressiven Therapie möglich. Der klinische Nutzen einer Pausierung der immunmodulierenden/ immunsuppressiven Therapie ist nicht belegt, so dass diese nicht pauschal zu empfehlen, sondern im Einzelfall zu erwägen ist.

Sollten Lebendimpfstoffe erforderlich oder empfehlenswert sein, ist in der Regel ein Pausieren der immunmodulierenden/immunsuppressiven Therapie erforderlich. Die Dauer richtet sich dabei nach den eingesetzten Therapeutika.

Die Empfehlungen zu den einzelnen Impfungen sind alphabetisch angeordnet.

Chikungunya-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: • Bei Reisen in ein Gebiet mit aktuellen Chikungunya-Ausbrüchen • Bei geplanten längeren (>4 Wochen) oder mehreren kürzeren Aufenthalten in Chikungunya Endemiegebieten. Impfstoffe (Einzeldosis, beide ab 12 Jahren zugelassen): • Vimkunya®: Totimpfstoff (empfohlener Impfstoff) • Ixchiq®: <i>attenuierter Lebendimpfstoff</i> ○ <i>kontraindiziert bei Immunmodulation/Immunsuppression (siehe Rote-Hand-Brief 18.09.2025)</i> ○ <i>keine Verabreichung mit anderen Impfstoffen</i>
Kommentar	Eine Chikungunya-Infektion kann zu einer chronischen Arthritis führen, die klinisch einer rheumatoiden Arthritis ähnelt und über Monate bis Jahre persistieren kann, so dass eine Vermeidung dieser Infektion insbesondere bei Menschen mit ERE relevant erscheint.

	Eignung bei ERE: Da es sich bei Vimkunya® um einen Totimpfstoff handelt, kann dieser sicher bei Personen unter Immunmodulation/Immunsuppression angewendet werden. Anmerkung zur Epidemiologie: Chikungunya breitet sich immer weiter aus. Es ist davon auszugehen, dass in naher Zukunft auch im deutschsprachigen Raum autochthone Chikungunya-Fälle auftreten können, insbesondere durch die Ausbreitung der Überträgermücken Aedes albopictus und Aedes aegypti. Mehrere autochthone Ausbrüche in europäischen Ländern sind bereits dokumentiert (z.B. Frankreich, Italien).
Cholera/(ETEC/Reisediarrhoe)-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: • Empfohlen bei Reisen in Endemiegebiete mit voraussichtlich ungesichertem Zugang zu sauberem Trinkwasser. Impfstoffe: • oraler Totimpfstoff (Dukoral®) • oraler Lebendimpfstoff (Vaxchora®) Impfschema des Totimpfstoffs: • Grundimmunisierung: 2 Dosen im Abstand von 1-6 Wochen, • Auffrischung innerhalb von 2 Jahren 1 Dosis, danach Wiederholung der Grundimmunisierung
Kommentar	Eignung bei ERE: Der Lebendimpfstoff ist unter Immunmodulation/Immunsuppression kontraindiziert, insofern wird für Personen mit ERE der Totimpfstoff empfohlen Aufgrund der geringen Evidenz zur Wirkung bei Reisediarrhoe werden beide Impfstoffe nicht als klassische Reiseimpfung empfohlen. In Ausnahmefällen (z.B. bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen) kann eine Impfung jedoch sinnvoll sein.
Dengue-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: • Reiseimpfung • Personen ≥ 4 Jahre, die anamnestisch eine labordiagnostisch gesicherte Dengue-Virusinfektion durchgemacht haben und in ein Dengue-Endemiegebiet reisen und dort ein erhöhtes Expositionsrisiko haben (z. B. längerer Aufenthalt, aktuelles Ausbruchsgeschehen). • Für Personen, die in der Vergangenheit keine Dengue-Virusinfektion durchgemacht haben („Dengue-Naive“), spricht die STIKO aufgrund

	der gegenwärtig limitierten Datenlage derzeit keine allgemeine Impfeempfehlung aus. Impfstoff: • Qdenga® – Lebendimpfstoff ○ Grundimmunisierung: 2 Impfstoffdosen (min. 3 Monate Abstand zwischen den Impfstoffdosen) ○ die Impfung sollte vor Beginn einer immunmodulierenden/immunsuppressiven Therapie abgeschlossen sein (Abstand mindestens 4 Wochen). ○ Auffrischimpfungen: aktuell noch unklar, da keine Daten • Der ältere Impfstoff Dengvaxia® ist in Deutschland nicht mehr verfügbar.
Kommentar	Eignung bei ERE: Da es sich bei Qdenga® um einen Lebendimpfstoff handelt, ist die Dengue-Impfung bei Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. unter immunmodulierender/ immunsuppressiver Therapie grundsätzlich kontraindiziert. Es wird deswegen empfohlen eine Reise in betroffene Gebiete kritisch zu überdenken. Zudem wird empfohlen, dass vor einer Reise in Endemiegebiete sowohl eine rheumatologische Vorstellung als auch eine Vorstellung in einem tropenmedizinischen Zentrum erfolgt, um sich bezüglich des aktuellen Risikos und der Notwendigkeit der Impfung beraten zu lassen.
FSME-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: Alle Personen in Risikogebieten oder mit geplanter Reise mit Aktivitäten im Freien in Risikogebieten. Impfstoffe: • FSME-Immun® ○ Grundimmunisierung: 3 Impfungen, Monat 0, Monat 1-3 und Monat 5-12 • Encepur® ○ Grundimmunisierung: 3 Impfungen, Monat 0, Monat 0,5-3 und Monat 9-12 • Auffrischimpfung: alle 3-5 Jahre (abhängig vom Impfstoff und Alter) • Schnellimmunisierung mit verkürzten Impfabständen vor anstehenden Aufenthalten in Risikogebieten möglich. • 1. und 2. Impfung sollten möglichst im April abgeschlossen sein (Saisonalität).
Kommentar	Eignung bei ERE: Allen Personen mit ERE unter immunmodulierender/immunsuppressiver Therapie wird bei möglicher Exposition eine Impfung gegen FSME empfohlen.

	• Der Impfschutz kann niedriger ausfallen. Deswegen wird eine Expositionsprophylaxe (z.B. tragen geeigneter Kleidung) besonders empfohlen. Dies gilt insbesondere für Kinder.
Gelbfieber-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikationen: • Personen, die in Gelbfieber-Endemiegebiete (Teile Afrikas und Südamerikas) reisen oder dort leben. • Personen, die in Länder reisen, für die ein Impfnachweis bei der Einreise vorgeschrieben ist. Impfstoff: • Stamaril®: Lebendimpfstoff ○ Einmalige Impfung, zugelassen ab einem Alter von 9 Monaten ○ Nach aktueller STIKO Empfehlung sollte bei fortgesetztem Risiko einmalig nach 10 Jahren eine 2. Impfung durchgeführt werden. ○ Laut internationalen Empfehlungen (WHO, ACIP) lebenslange Gültigkeit. ○ Die Impfung darf nur von autorisierten Gelbfieber-Impfstellen durchgeführt werden. ○ Schutzbeginn 10 Tage nach der Impfung – relevant auch bzgl. Einreisebestimmungen. ○ Idealerweise sollte die Impfung vor Beginn einer immunmodulierenden/immunsuppressiven Therapie abgeschlossen sein (Abstand mindestens 4 Wochen). ○ Relative Kontraindikation (einer Erstimpfung) bei Personen ab 60 Jahren aufgrund des Risikos einer Impfstoff-assoziierten viszeralen und neurotrophen Nebenwirkung ○ Absolute Kontraindikation: Thymuserkrankungen mit abnormaler Immunfunktion (z.B. Thymome, Myasthenia gravis), unabhängig von einer Thymektomie.
Kommentar	Eignung bei ERE: Bei Personen mit ERE unter immunmodulierender/ immunsuppressiver Therapie (einschließlich konventioneller DMARDs wie Methotrexat, Biologika, JAK-Inhibitoren) ist die Gelbfieberimpfung gemäß internationalen Leitlinien kontraindiziert. Aus diesem Grund sollte Personen mit schwerer Immunsuppression von einer Reise in ein Gelbfieberendemiegebiet abgeraten werden. Dies gilt unabhängig von der Dosierung, da ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende impfstoffassoziierte Nebenwirkungen (viszerotrope und neurotrope Erkrankungen) besteht. Idealerweise sollte die Impfung vor Beginn einer immunmodulierenden/immunsuppressiven Therapie erfolgen (mindestens 4 Wochen Abstand). Falls eine Impfung unter bestehender

	Indikation zur Immunmodulation/Immunsuppression zwingend erforderlich ist, muss die Therapie in der Regel pausiert werden, bis die Immunfunktion ausreichend wiederhergestellt ist. Die erforderliche Dauer der Therapiepause ist nicht einheitlich definiert und variiert je nach Substanz (ein Dosierungsintervall bis mehrere Monate). Dies erfordert eine Einzelfallentscheidung durch Spezialistinnen und Spezialisten in Absprache mit einer autorisierten Gelbfieber-Impfstelle. Die immunmodulierende/ immunsuppressive Therapie kann frühestens 4 Wochen nach der Impfung wieder begonnen werden. Bei Personen unter relevanter Immunmodulation/ Immunsuppression, die zwingend in ein Endemiegebiet reisen müssen, ist ein ‚<i>Exemption Certificate</i>‘ (Impfbefreiungszertifikat) durch eine Gelbfieber-Impfstelle auszustellen. Dieses Zertifikat garantiert jedoch nicht die Einreise. Eine intensive Beratung zum Mückenschutz (Expositionsprophylaxe) ist hier essenziell. Bei Personen unter Immunmodulation/Immunsuppression kann die Schutzdauer verkürzt sein. Falls die (erste) Gelbfieberimpfung unter Immunmodulation/Immunsuppression erfolgte, sollte vor erneuter Exposition eine 2. Impfstoffdosis appliziert werden (unter den genannten Sicherheitsempfehlungen), auch wenn die erste Impfung vor weniger als 10 Jahren erfolgte (Mindestabstand aber 28 Tage). Nach STIKO ist eine serologische Testung auf das Ansprechen nicht empfohlen.
Hepatitis A und B	
STIKO-Empfehlung	Indikation: • Hepatitis A: ○ Personen mit Lebererkrankungen oder solche, die ein Risiko für einen schweren Verlauf haben. ○ Reisende in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz (v. a. Tropen, Subtropen, Osteuropa). ○ Personen mit sexuellem Expositionsrisiko. ○ leicht z.B. über Lebensmittel und Trinkwasser übertragbar. • Hepatitis B: ○ Personen mit einer (angeborenen oder erworbenen) Immundefizienz oder einer zu erwartenden Immunsuppression ○ Personen mit chronischen Leber- oder Nierenerkrankungen (z. B. Dialyse). ○ Personen mit sexuellen Expositionsrisiko. ○ Reisende mit engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung in Endemiegebieten (bei Langzeitaufenthalten oder medizinischen Eingriffen vor Ort).

	Impfstoffe (Totimpfstoffe): • Kombinationsimpfstoffe (Hepatitis A & B, z. B. Twinrix®) ○ Grundimmunisierung: 3 Impfungen (Monat 0, 1 und 6) • Monovalente Impfstoffe (Hepatitis A, z.B. HAVRIX®) ○ Grundimmunisierung: 2 Impfungen (Monat 0 und 6)
Kommentar	Indikation bei ERE: Die STIKO empfiehlt explizit die Hepatitis-B-Impfung für Personen mit Immundefizienz. Da eine Hepatitis-B-Reaktivierung unter bestimmten Immunsuppressiva (z. B. Rituximab) lebensgefährlich sein kann, sollte der Impfstatus idealerweise vor Therapiebeginn optimiert werden. Titer-Zielwert: Bei Personen mit ERE unter Therapie sollte ein Anti-HBs-Titer von > 100 IE/l angestrebt werden (optimaler Kontrollzeitpunkt: 4-8 Wochen nach der letzten Dosis der Grundimmunisierung oder der Auffrischungsimpfung). Non-Response: Bei Personen, die auf Hepatitis B - Standard-Impfstoffe nicht reagieren (ca. 5-10% "Non-Responder"), sollten höher dosierte Impfstoffe oder adjuvantierte Impfstoffe (z. B. Heplisav-B®) erwogen werden. Titer-Kontrolle / Auffrischungen: Aufgrund einer Immunsuppression kann der Titer bzw. der protektive Effekt absinken. Regelmäßige Titerkontrollen sind zwar für Gesunde nicht generell empfohlen; allerdings sollte bei Personen mit ERE und Immundefizienz eine jährliche Kontrolle erfolgen und bei einem Absinken von Anti-HBs auf Werte < 100IE/l eine Auffrischung erfolgen (S3-Leitlinie zur Hepatitis-B-Virusinfektion, AWMF-Reg.-Nr. 021-11).
Japanische Enzephalitis-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: • Reisen in Endemiegebieten (Südostasien, weite Teile von Indien, Korea, Japan, China, West-Pazifik, Nordaustralien) während der Übertragungszeit, insbesondere bei ○ Reisen in aktuelle Ausbruchsgebiete ○ Langzeitaufenthalt (> 4 Wochen) ○ Wiederholten Kurzeitaufenthalten ○ Voraussesehbarem Aufenthalt in der Nähe von Reisfeldern und Schweinezucht (nicht auf ländliche Gebiete begrenzt) Impfstoff: Ixiaro® (Totimpfstoff) • Grundimmunisierung: 2 Impfstoffdosen im Abstand von 4 Wochen (klassisches Schema: Tag 0 und Tag 28) oder im Abstand von 1

	Woche (Schnellschema: Tag 0 und Tag 7, zugelassen für die Anwendung von 18– 65 Jahren) • Auffrischimpfung: 3. Dosis sollte innerhalb des zweiten Jahres (d. h. zwischen 12 – 24 Monate) nach der Grundimmunisierung gegeben werden, und vor einem möglichen erneuten Expositionsrisiko gegenüber dem JE-Virus.
Kommentar	Eignung bei ERE: Der Totimpfstoff (Ixiaro®) ist bereits seit 2009 als einziger Impfstoff in Deutschland für Erwachsene und seit 2013 für Kinder > 2 Monate zugelassen, der generell als sicher und gut verträglich gilt, auch für Personen mit Immundefizienz oder unter immunmodulierender/immunsuppressiver Therapie.
Malariaphylaxe	
RKI/DTG-Empfehlungen	Indikation: • Reisende in Gebiete mit Malaria-Risiko (v. a. Subsahara-Afrika, Teile Südostasiens und des Amazonasbeckens). Aktuelle Karten finden sich über die DTG und WHO. • Abhängig vom Risikogebiet: Chemoprophylaxe (durchgehende Einnahme) oder Stand-by-Notfallselbsttherapie (Mitnahme eines Medikaments). • Konsequenter Expositionsschutz (Mückenschutz) als Basis jeder Prophylaxe. Besonderheiten der Antimalariamittel Atovaquon/Proguanil (Malarone, Generika) • Häufig das Mittel der Wahl für Personen mit ERE aufgrund der guten Verträglichkeit. Es sind kaum klinisch relevante Interaktionen mit gängigen immunmodulierenden Substanzen bekannt. • Vorteil: Kurze Einnahmedauer (Start 1-2 Tage vor Reise/Ankunft im Endemiegebiet bis 7 Tage nach der Abreise). • Achtung: Sollte zu einer Mahlzeit/Milchgetränk eingenommen werden, um die Aufnahme zu optimieren. • Geeignet auch für eine (Notfallselbst-)Therapie. Doxycyclin (Generika): • Falls Doxycyclin (Prophylaxe 100mg/d 1-2 Tage vor bis 4 Wochen nach Aufenthalt in einem Malariagebiet) eingesetzt wird (Off-Label in Deutschland, aber international eine Standardsubstanz), ist auf die Photosensibilisierung zu achten, besonders wenn Medikamente wie Hydroxychloroquin oder Methotrexat bereits die Lichtempfindlichkeit der Haut erhöhen.

	Mefloquin (Lariam, Generika): - wird auf Grund potenzieller, schwerer Nebenwirkungen nicht mehr empfohlen und ist in Deutschland nicht mehr regulär verfügbar. Chloroquin/Hydroxychloroquin: - werden nach deutschen Empfehlungen nicht mehr für Prophylaxe oder Therapie empfohlen.
Kommentar	Erhöhtes Risiko: Personen mit ERE unter immunmodulierender/immunsuppressiver Therapie haben ein höheres Risiko für schwere Verläufe einer Malaria, insbesondere einer Malaria tropica. Keine Impfung für Reisende / Aspekte zur Prophylaxe und Notfallselbsttherapie für Reisende mit ERE: Da für Reisende keine Impfung verfügbar ist, ist eine Expositionsprophylaxe und je nach Region ggf. eine medikamentöse Prophylaxe bei entsprechendem Risiko für Personen mit ERE essenziell. Auch wenn die Möglichkeit einer Notfall-Selbsttherapie im Falle von unklarem Fieber und Verdacht auf eine Malaria besteht, sollten Personen vor Ort rasch qualifizierte medizinische Versorgung mit Malaria-Diagnostik aufsuchen, damit eine Malaria ausgeschlossen oder bestätigt werden kann. Entsprechend sollten gerade für Personen mit ERE Reisen so geplant werden, dass eine medizinische Hilfe innerhalb von 24 Stunden erreichbar ist (in der Konsequenz z.B. Meiden von Trekking-Touren in abgelegene Regionen). Expositionsschutz: Aufgrund der potenziell erhöhten Infektanfälligkeit und Schwere des Verlaufs unter Immunmodulation/Immunsuppression muss der Mückenschutz (Repellents mit DEET/Icaridin, imprägnierte Moskitonetze, helle Kleidung) mit großer Sorgfalt durchgeführt werden. Interaktionscheck: Bei der Wahl des Malariamedikaments ist eine Prüfung auf Wechselwirkungen mit der bestehenden Rheuma-Medikation erforderlich.
Meningokokken-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y (MenACWY) mit einem quadrivalenten Konjugatimpfstoff als Standardimpfung für alle Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis

	14 Jahren. Zur Impfung soll eine Impfstoffdosis eines altersgerecht zugelassenen Impfstoffs verabreicht werden. • Versäumte Impfungen sollen bis zum 25. Geburtstag nachgeholt werden. • Darüber hinaus wird die MenACWY-Impfung als Indikationsimpfung für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko empfohlen. Dies betrifft insbesondere ○ Personen mit einer angeborenen oder erworbenen Immundefizienz (z.B. Komplement-/Properdindefekte, Eculizumab- oder Ravulizumab-Therapie, Hypogammaglobulinämie, Asplenie) ○ Reisende in Länder mit epidemischen Vorkommen, besonders bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung (z.B. Entwicklungshelfer:innen, Katastrophenhelfer:innen und medizinisches Personal) und behördliche Vorschrift für die Einreise nach Saudi-Arabien zur Hadj/Umrah. ○ Vor Langzeitaufenthalten sollten Kinder und Jugendliche sowie Personen in Studium und Ausbildung eine Impfung gegen MenACWY entsprechend der Empfehlung der Zielländer erhalten. Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (MenB): • Indikationsimpfung für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko empfohlen, insbesondere ○ Personen mit einer angeborenen oder erworbenen Immundefizienz ○ sowie Reisende in Länder mit epidemischen Vorkommen, besonders bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung (z.B. Entwicklungshelfer:innen, Katastrophenhelfer:innen und medizinisches Personal). ○ Vor Langzeitaufenthalten sollten Kinder und Jugendliche sowie Personen in Studium und Ausbildung eine Impfung gegen MenB entsprechend der Empfehlung der Zielländer erhalten. Impfstoffe: • Impfstoffe gegen MenACWY und MenB sind Konjugatimpfstoffe bzw. rekombinante Impfstoffe
Kommentar	Eignung bei ERE: Die zur Verfügung stehenden Impfstoffe gegen MenACWY und MenB sind Konjugatimpfstoffe bzw. rekombinante Impfstoffe und können bei ERE unter Immunmodulation/Immunsuppression eingesetzt werden.

	Vor allem bei Vorliegen eines Immundefekts oder einer Therapie mit Komplementinhibitoren werden die Impfungen gegen MenACWY und MenB empfohlen.
Mpox	
STIKO/RKI-Empfehlung	Indikation: - Hauptrisikogruppe: Personen mit erhöhtem Risiko für eine sexuelle Übertragung (z. B. Männer, die kondomlose, gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern haben). Impfstoff: Imvanex® (nicht-vermehrungsfähiger Lebendimpfstoff) - ein modifiziertes Vacciniavirus Ankara (MVA-BN). - Bei immunkompetenten Personen, die in der Vergangenheit gegen Pocken (Variola major) geimpft worden sind, reicht eine 1-malige Impfung aus (siehe Kommentar). Effektivität unter Immunmodulation/Immunsuppression: Exponierte immundefiziente Personen sollen unabhängig von einer Pockenimpfung in der Vergangenheit eine 2-malige Impfung zum Schutz gegen Mpox erhalten. Postexpositionelle Prophylaxe (PEP): Es besteht die Möglichkeit einer Impfung als PEP. Die Impfung von Personen nach engem Kontakt zu bestätigten Mpox-Fällen sollte so schnell wie möglich innerhalb von 14 Tagen erfolgen.
Kommentar	Eignung bei ERE: Da es sich bei Imvanex® um einen nicht-vermehrungsfähigen Lebendimpfstoff handelt (technisch wie ein Totimpfstoff zu behandeln), kann er bei Personen unter Immunmodulation/Immunsuppression angewendet werden. Eine Gefahr durch eine Virusreplikation besteht nicht. Schwere Verläufe: Personen mit ERE und starker Immunsuppression haben ein potenziell höheres Risiko für schwere oder atypische klinische Verläufe bei einer Mpox-Infektion. Kontext als „Reiseimpfung“: Die Kosten werden für die von der STIKO genannten Risikogruppen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bei einer rein präventiven Impfung außerhalb der STIKO-Kriterien (off-Label bei ERE ohne spezifisches Expositionsrisiko) sollte vorab eine Klärung mit der Krankenkasse erfolgen, da die Mpox-Impfung keine allgemeine Standardimpfung für alle Menschen mit ERE ist. Als typische

	„Reiseimpfung“ ist der Impfstoff bislang nicht empfohlen. Übertragungen finden zuletzt vermehrt in verschiedenen zentral- und westafrikanischen Ländern statt (in der Regel Klade I mit hoher Dynamik in der Epidemiologie, z.B. demokratische Republik Kongo, Nigeria und Nachbarländer). Behandlungsoptionen bei Infektion: Bei schweren Verläufen und starker Immunsuppression steht theoretisch Tecovirimat zu Verfügung (Zugang in Deutschland über Kontaktaufnahme zu einem regionalen STAKOB-Zentrum, wobei die Evidenz begrenzt ist).
Tollwut-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: • Reisen in Regionen mit Tollwutgefahr und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Tollwutexposition (z. B. durch Kontakt mit streunenden Hunden oder Fledermäusen, siehe auch RKI-Homepage). Impfstoffe: Rabipur und Verorab • Die STIKO geht davon aus, dass eine aus 3 Impfstoffdosen bestehende Grundimmunisierung eine ausreichende Boosterfähigkeit bei immunkompetenten Reisenden bewirkt und im Falle einer Exposition die Durchführung einer PEP, bestehend aus 2 Impfstoffdosen (d 0, 3), ausreichend ist. Routinemäßige serologische Kontrollen sind bei Reisenden nicht empfohlen. • In den Fachinformationen der beiden verfügbaren Impfstoffe Rabipur und Verorab gibt es unterschiedliche Angaben zu Auffrischimpfungen bei Anwendung des konventionellen Schemas. Der Zeitpunkt für Auffrischimpfungen bei Anwendung der Schnellschemata wurde nicht festgelegt.
Kommentar	Eignung bei ERE: Die präexpositionelle Impfung mit drei Impfstoffdosen führt bei Immunkompetenten zu einer Boosterfähigkeit, die Jahrzehnte, ggf. lebenslang anhält. Die STIKO verweist zurecht darauf, dass der Impferfolg dieser PrEP bei Immundefizienz eingeschränkt sein kann, weshalb eine Antikörperbestimmung ca. 2–4 Wochen nach Abschluss der konventionellen Impfserie (Tag 0, 7, 21–28) empfohlen wird. Wenn die Konzentration der neutralisierenden Antikörper unter 0,5 I.E./ml liegt, sollte einezusätzliche Impfstoffdosis vor der Reise verabreicht und der Impferfolg erneut kontrolliert werden. Im Falle einer Exposition $\geq$ Grad II (nicht blutende, oberflächliche Kratzer oder Hautabschürfungen, Lecken oder Knabbern an der nicht intakten Haut) müssen bei Immundefizienz eine PEP mit entsprechender Anzahl von

	Impfstoffdosen und die Verabreichung von Immunglobulin unverzüglich erfolgen.
Typhus-Impfung	
STIKO-Empfehlung	Indikation: • Empfohlen bei Reisen in Endemiegebiete mit Aufhalten unter schlechten hygienischen Bedingungen Impfstoffe: • Intramuskulär applizierbarer Totimpfstoff, auch als Kombinationsimpfstoff mit Hepatitis A verfügbar • Oraler Lebendimpfstoff Impfschema bei Totimpfstoff: • mindestens 2 Wochen vor Reiseantritt, Auffrischimpfung bei wiederholtem Risiko nach 3 Jahren.
Kommentar	Eignung bei ERE: Da sowohl ein Lebend- als auch ein Totimpfstoff zur Verfügung steht, wird für Personen mit ERE der Totimpfstoff empfohlen.

Umgang mit Medikamenten (z.B. Kühlkette)	
Empfehlung	
Dieser Absatz bezieht sich auf Medikamente, die bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen regelhaft eingesetzt werden. Für alle Medikamente sollten unter Berücksichtigung der Einreisebestimmungen des Ziellandes ärztliche Bescheinigungen, idealerweise mehrsprachig, mitgeführt werden. Für die meisten Wirkstoffe bieten die Hersteller geeignete Vordrucke an. Sofern die Situation eintreten sollte, dass ein Medikament im Ausland beschafft werden muss, so geht dies zumeist nur über einen dortigen Arztbesuch. Ob diese aber bereit sind, hochpreisige Medikamente zu rezeptieren, lässt sich vorher oft nicht herausfinden. Deutsche Kassenrezepte werden in den meisten Nicht-EU-Ländern nicht akzeptiert. Innerhalb der EU ist die Einlösung grundsätzlich möglich, in der Regel auf Selbstzahlerbasis. Es können entsprechend hohe Kosten entstehen. Bezüglich aller oral applizierten Medikamente kann der Transport in der jeweiligen Verpackung unkompliziert erfolgen. Fast immer findet sich der Hinweis vor Hitze schützen. Als Faustregel sollte eine Erwärmung über 30 °C vermieden werden. Zudem besteht regelhaft der Hinweis vor Licht schützen. Biologika als Fertigarzneimittel sind gekühlt zu lagern. Die empfohlenen Temperaturen liegen zwischen 2 und 8 °C. Einfrieren muss vermieden werden. Für wenige der Biologika ist eine Unterbrechung der Kühlkette nicht untersucht, bzw. wird nicht empfohlen. Sie dürfen	

nur unmittelbar vor der Anwendung auf Raumtemperatur gebracht werden. Dies sind Abatacept und Guselkumab. Für diese Medikamente sollte eine durchgehende Einhaltung der Kühltasche auch auf Reisen sichergestellt werden. Neben geeigneten Kühltaschen bieten die meisten Verkehrsmittel, z.B. auch Flugzeuge die Möglichkeit der gekühlten Einlagerung. Bezüglich der übrigen Biologika ist eine Aufbewahrung lichtgeschützt und bei Temperaturen zwischen maximal 25 und 30 °C, je nach Präparat über unterschiedliche Zeiträume möglich. Für Belimumab, Risankizumab, Ixekizumab und Anakinra sind die angegebenen Zeiten außerhalb der Kühlung kurz, was bei der Reiseplanung zu berücksichtigen ist. Eine Übersicht hierzu gibt die unten genannte Tabelle.

Nach Ausschöpfung der angegebenen Zeit bei Raumtemperatur sollte keine erneute Kühlung erfolgen, da bei wiederholten Kühlzyklen Stabilitätsprobleme befürchtet werden. In solchen Fällen ist ein Verwerfen des Medikamentes angezeigt und wird zum Teil auch explizit empfohlen.

Biologika – Haltbarkeit auf Reisen ohne Kühlung

<i>Wirkstoff</i>	<i>Applikation</i>	<i>Haltbarkeit ohne Kühlung</i>	<i>Bedingungen</i>
Abatacept	s.c.	Keine	
Adalimumab	s.c.	Bis 14 Tage	≤25 °C
Anakinra	s.c.	Bis 72 Stunden	≤25 °C
Belimumab	s.c.	Bis 12 Stunden	≤25 °C
Bimekizumab	s.c.	Bis 25 Tage	≤25 °C
Canakinumab	s.c.	Bis 14 Tage	≤30 °C
Certolizumab	s.c.	Bis 10 Tage	≤25 °C
Etanercept	s.c.	Bis 4 Wochen	≤25 °C
Golimumab	s.c.	Bis 30 Tage	≤25 °C
Guselkumab	s.c.	Keine	
Ixekizumab	s.c.	Bis 5 Tage	≤30 °C
Mepolizumab	s.c.	Bis 7 Tage	<30 °C

Risankizumab	s.c.	Bis 24 Stunden	≤25 °C
Sarilumab	s.c.	Bis 14 Tage	≤25 °C
Secukinumab	s.c.	Bis 4 Tage	≤30 °C
Tocilizumab	s.c.	Bis 2 Wochen	≤30 °C
Ustekinumab	s.c.	Bis 30 Tage	≤30 °C

Die Informationen sind der jeweiligen aktuellen Fassung der EMA-Dokumentation entnommen und beziehen sich jeweils auf das **Originalpräparat**. Die Haltbarkeit ohne Kühlung **kann bei Biosimilars abweichen**. Laut Herstellerempfehlung sollte nach Unterbrechung der Kühlung keine erneute Kühlung erfolgen.

Quelle (z.B.) Stand 2. Feb 2026

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/orencia-epar-product-information_en.pdf