

Schweizerischer Impfplan 2026

Stand Februar 2026

Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen

Hinweis zur Kostenübernahme der empfohlenen Impfungen bzw. Impfstoffe im Impfplan

Im Schweizerischen Impfplan sind neu keine konkreten Angaben mehr zur Kostenübernahme enthalten.

Informationen zur Kostenübernahme von Impfungen und Impfstoffen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) finden Sie auf der BAG-Webseite *Kostenübernahme bei prophylaktischen Impfungen*.

In der Regel werden empfohlene Basis- und ergänzende Impfungen nur mit bestehender Kostenübernahme durch die OKP oder im Rahmen eines kantonalen Impfprogramms im Schweizerischen Impfplan aufgeführt. Bei den im Impfplan aufgeführten Impfungen für Risikogruppen- und/oder -situationen gibt es Ausnahmen (weitere Informationen, siehe Link oben).

Aufgrund des negativen Entscheids bzgl. Kostenübernahme durch die OKP (siehe *Kommentar zu den Änderungen der KLV vom 4. Juni 2025 per 1. Juli 2025*) wird die Impfempfehlung gegen RSV für Risikopersonen im Alter 60–74 Jahre und für alle Personen ab Alter 75 Jahre nicht in den Impfplan 2026 aufgenommen und weiterhin separat vom Impfplan publiziert (siehe Seite 2 unten).

Neuerungen und Anpassungen 2026

1. Empfehlung zur Prävention von RSV bei Neugeborenen und Säuglingen

Seit Herbst 2025 wird mit der maternalen Impfung neu eine zweite Präventionsoption empfohlen, um den zwischen Oktober und März geborenen Säuglingen einen passiven Schutz gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) zu ermöglichen. Die maternale Impfung wird als gleichwertig zur bereits empfohlenen passiven Immunisierungsoption mittels monoklonaler Antikörper beurteilt.

Siehe *Kapitel 1.1.a* für die detaillierten Empfehlungen zur RSV-Immunisierung von Neugeborenen und Säuglingen. Neu wird in *Abbildung 1* der Algorithmus zur RSV-Immunisierung von Kindern im ersten Lebensjahr in Abhängigkeit des (voraussichtlichen) Geburtsmonats dargestellt.

a) Maternale Impfung gegen RSV für schwangere Frauen

Schwangeren Frauen ab dem Alter von 18 Jahren wird neu 1 Dosis des einzigen in der Schwangerschaft zugelassenen RSV-Impfstoffs (Abrysvo®) empfohlen [1]. Die RSV-Impfung für Schwangere wird aufgrund der aktuellen Datenlage vorerst einmalig und nicht in jeder Schwangerschaft empfohlen.

- *Empfohlener Impfzeitpunkt und Impfindikation in der Schwangerschaft:* die Impfung soll zwischen Schwangerschaftswoche (SSW) 32+0 und 36+0 verabreicht werden, wenn der errechnete Geburtstermin zwischen Anfang Oktober und Ende März liegt. In diesem Zeitfenster in der Schwangerschaft erfolgt die höchste Übertragung von maternalen Antikörper auf den Fetus. Die Impfung sollte idealerweise mindestens 5 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin verabreicht werden, damit ausreichend maternale Antikörper auf das Kind übertragen werden.
- *Tritt die Geburt innerhalb von 14 Tagen nach der maternalen RSV-Impfung ein,* soll das Neugeborene mit 1 Dosis eines langwirkenden monoklonalen Antikörpers immunisiert werden.

b) Immunisierung gegen RSV von Neugeborenen und Säuglingen in ihrem 1. Lebensjahr mittels langwirkender monoklonaler Antikörper

Die seit Januar 2024 bestehende Empfehlung zur Immunisierung mittels monoklonaler Antikörper (mAk) wurde punktuell im Herbst 2025 angepasst [1].

Neu wird allen Säuglingen in ihrem 1. Lebensjahr eine einmalige Dosis eines langwirkenden mAk empfohlen, statt wie bisher «Nirsevimab für alle Säuglinge vor oder während ihrer 1. RSV-Saison». Säuglinge unter 12 Monaten, die zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März geboren wurden und bis zum 31. März keine mAk-Dosis erhielten, können diese Dosis im folgenden Oktober erhalten (Verabreichung möglich bis zum Tag vor dem 1. Geburtstag).

Siehe *Kapitel 1.1.a* für die detaillierte Impfempfehlung.

2. Immunisierung gegen RSV von Kindern im Alter 12–24 Monate mit erhöhtem Komplikationsrisiko mittels langwirkender monoklonaler Antikörper

Die seit Januar 2024 bestehende Empfehlung zur Immunisierung mittels monoklonaler Antikörper (mAk) wurde punktuell im Herbst 2025 angepasst [1].

Kleinkinder im Alter ≤ 24 Monate mit anhaltend erhöhtem RSV-Komplikationsrisiko, die bis Ende ihrer 2. RSV-Saison keine mAk-Dosis oder nur jene in der vorherigen Saison erhalten haben, können diese kurz vor Beginn der 3. RSV-Saison ab Oktober verabreicht bekommen. *Siehe Kapitel 3.1.i* für die detaillierte Impfempfehlung.

3. Empfohlene konjugierte Pneumokokken-Impfstoffe (PCV) für Kinder <5 Jahre und für Risikopersonen im Alter von 5–17 Jahren

Für alle Kinder <5 Jahre: Grundsätzlich wird für die Pneumokokkenimpfung von Kindern <5 Jahre ein PCV empfohlen, welcher für die spezifischen, altersentsprechend empfohlenen Impfschemata zugelassen und vergütet ist. Der 20-valente PCV wurde im Jahr 2025 für die Altersgruppe <6 Jahre zugelassen: dies für alle Impfschemata mit Ausnahme des Impfschema mit 3 Dosen («2+1») für Säuglinge im Alter von 2–6 Monaten.

Folgende Impfstoffempfehlung gilt aktuell gemäss Zulassung und Vergütung [2]:

- **PCV13** oder **PCV15** werden weiterhin als gleichwertige Impfstoffoptionen empfohlen.
- PCV20 wird nicht für das Impfschema mit 3 Dosen («2+1») zur Basisimpfung von Säuglingen (ohne Risikofaktor) im Alter von 2–6 Monaten empfohlen.

Für Risikopersonen im Alter von 5–17 Jahren werden weiterhin **PCV15** oder **PCV20** als gleichwertige Impfstoffoptionen empfohlen (ab Alter 6 Jahre ausserhalb der Zulassung) [2].

Aktueller Stand der empfohlenen PCV pro Altersgruppe, siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch.

4. Empfohlene konjugierte Pneumokokken-Impfstoffe (PCV) für Erwachsene

Neu ist seit Herbst 2025 ein höher valenter PCV (PCV21) für Erwachsene bereits ab dem Alter von 18 Jahren zugelassen. Die Impfstoffe PCV20 und PCV15 sind weiterhin ab dem Alter von 65 Jahren zugelassen. Unter Berücksichtigung der aktuellen Serotypenabdeckung pro Impfstoff [2] und unter der Voraussetzung einer Kostenübernahme von PCV21 für die Altersgruppe ≥ 65 Jahre wurde die Impfstoffempfehlung für die folgenden erwachsenen Zielgruppen angepasst.

Für Personen im Alter von ≥ 65 Jahren:

- **PCV20** oder **PCV21** werden als gleichwertige Impfstoffoptionen empfohlen.
- *Personen ab 65 Jahre, die bisher nur mit PCV13 oder PCV15 geimpft wurden*, sollen zur Erweiterung der Serotypenabdeckung eine einmalige, höher valente PCV-Impfdosis erhalten. Details *siehe Kapitel 1.5*.

Für Risikopersonen im Alter von 18–64 Jahre:

- **PCV20** oder **PCV21** werden als Impfstoffoption empfohlen. PCV20 wird weiterhin ausserhalb der Zulassung empfohlen. Neu ist mit PCV21 der erste PCV für die Altersgruppe 18–64 Jahre in der Schweiz zugelassen, die Kostenübernahme ist für diese Zielgruppe in Abklärung.
- *Risikopersonen im Alter 18–64 Jahre, die bisher nur mit PCV13 oder PCV15 geimpft wurden*, sollen zur Erweiterung der Serotypenabdeckung eine einmalige, höher valente PCV-Impfdosis erhalten. Details *siehe Kapitel 3.1.h*.

Mit SL-Aufnahme von PCV21 für die Altersgruppe ≥ 65 Jahre wird PCV15 nicht mehr als Impfstoffoption für die erwachsenen Impfzielgruppen empfohlen.

Aktueller Stand der empfohlene PCV pro Altersgruppe, siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch.

5. Überarbeitung der Tabelle 5 «Empfohlene Impfungen für Risikopersonen nach chronischer Grunderkrankung / Risikofaktor, welche das Risiko von Komplikationen oder invasiven Erkrankungen erhöhen»

Tabelle 5 wurde überarbeitet und gibt neu eine generelle Übersicht, welche Impfungen pro chronische Erkrankung / Risikofaktor zu berücksichtigen sind und verlinkt auf die detaillierte jeweilige Risikogruppen-Empfehlung nach Erreger / Infektionskrankheit in *Kapitel 3.1*.

6. Aktualisierung von Tabelle 11 «Serologische Korrelate für Immunität / Impfschutz vor impfverhütbaren Krankheiten»

Die empfohlenen serologischen Schutzkorrelate wurden reevaluiert und die überarbeitete Tabelle zusammen mit der wissenschaftlichen Begründung im Dezember 2025 im BAG-Bulletin publiziert [3]. *Tabelle 11* im Schweizerischen Impfplan wurde dementsprechend aktualisiert.

7. Impfprinzipien und Empfehlungen für erwachsene Personen mit neuroimmunologischen Erkrankungen (NEURO-IMID) wurden durch EKIF und BAG neu erarbeitet und separat vom Impfplan publiziert [4], siehe *BAG-Webseite Richtlinien und Empfehlungen zu Impfungen und Prophylaxe*.

Folgende Impfempfehlungen sind weiterhin separat vom Impfplan publiziert:

- **Impfung gegen Mpox:** siehe BAG-Webseite *Mpox (Affenpocken)*
- **Impfung gegen RSV von Erwachsenen mit hohem Risiko ab dem Alter von 60 Jahren und für alle Personen ab 75 Jahren:** Diese Empfehlungen wurden am 1. September 2025 publiziert und stehen zur Verfügung auf den Webseiten www.bag.admin.ch/de/respiratorisches-synzytial-virus-rsv sowie *RSV: Erwachsene – Respiratorische Erreger – landingpage*.

Inhaltsverzeichnis

Neuerungen und Anpassungen 2026	1
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Tabelle 1: Synopsis Schweizerischer Impfplan 2026	6
Einleitung	7
Empfehlungskategorien	7
Kostenübernahme der im Impfplan publizierten (empfohlenen) Impfungen	7
Wichtige Definitionen	8
1. Empfohlene Basis- und ergänzende Impfungen sowie passive Immunisierung nach Altersgruppe	8
1.1 Alter 0–3 Jahre	8
Abbildung 1: Algorithmus zur RSV-Immunisierung von Kindern im ersten Lebensjahr	9
1.2 Alter 4–10 Jahre	13
1.3 Alter 11–15 Jahre	13
1.4 Alter 16–64 Jahre	14
1.5 Alter ≥ 65 Jahre	15
2. Nachholimpfung von empfohlenen Basis- und ergänzenden Impfungen	16
2.1 Nachholimpfschemata für <i>ungeimpfte</i> Kinder und Erwachsene	16
Tabelle 2: Nachholimpfschemata für <i>ungeimpfte</i> Kinder und Erwachsene	18
2.2 DTP _a -IPV-Impfschemata für <i>unvollständig</i> geimpfte Kinder	19
Tabelle 3: DTP _a -IPV-Nachholimpfschemata für <i>unvollständig</i> geimpfte Kinder	20
2.3 DTP _a -IPV-Impfschemata für <i>unvollständig</i> geimpfte Erwachsene	21
Tabelle 4: dTP _a -IPV-Nachholimpfschemata für <i>unvollständig</i> geimpfte Erwachsene oder bei unbekanntem Impfstatus	21
3. Für Risikogruppen und Risikosituationen empfohlene Impfungen	22
Definition Risikogruppe/Risikosituation	22
3.1. Nach Erreger / Infektionskrankheit	22
a) FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	22
b) Hepatitis-A	22
c) Hepatitis-B	23
d) Herpes Zoster	24
e) Influenza, saisonal	24
f) Meningokokken	25
g) Pertussis	26
h) Pneumokokken	26
i) RSV (mAk für Risikopersonen im Alter von 12–24 Monaten)	28
j) RSV (Impfung von schwangeren Frauen, siehe Kapitel 1.1.a)	29
k) SARS-CoV-2 (Covid-19)	29
l) Tollwut	30
m) Tuberkulose	31
n) Varizellen	31
3.2. Nach erhöhtem Risiko für Komplikationen und invasive Erkrankungen	32
a) Empfohlene Impfungen für Risikopersonen nach chronischer Grunderkrankung/Risikofaktor	32
Tabelle 5: Übersicht über die empfohlenen Impfungen für Risikopersonen nach chronischer Grunderkrankung/Risikofaktor, welche das Risiko von Komplikationen oder invasiven Erkrankungen erhöhen	33
Separat vom Impfplan publizierte Empfehlungen für spezifische Patientengruppen	32
b) Schwangerschaft und Stillzeit: Serologische Abklärungen und Impfungen	32

c) Frühgeborene (VLBW)	35
Tabelle 6: Impfung von Frühgeborenen (VLBW)	35
Tabelle 7: Impfung des Umfelds von Frühgeborenen	36
3.3. Nach erhöhtem Expositions- und / oder Übertragungsrisiko	37
Tabelle 8: Empfohlene Impfungen für Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Expositionsrisiko und/oder Übertragungsrisiko für spezifische Erreger	37
a) Auslandsreisende	38
b) Beschäftigte im Gesundheitswesen (BiG)	38
Tabelle 9: Impfschema für ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Beschäftigte im Gesundheitswesen	39
Empfehlung zur Hepatitis-B-Impfung bei Beschäftigten im Gesundheitswesen	40
Abbildung 2: Algorithmus zur Hepatitis-B-Impfung bei Beschäftigten im Gesundheitswesen	41
c) Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen	42
Tabelle 10: Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen	42
4. Impfungen ohne Empfehlungen	43
5. Allgemeine Hinweise	43
a) Zeitlicher Abstand zwischen den Impfungen	43
b) Impfen bei Antikoagulation/Blutungsneigung	43
c) Kontraindikationen	43
d) Unerwünschte Impferscheinungen (UIE)	43
e) Vakzinovigilanz	44
f) Entschädigung und Genugtuung bei Schäden aus Impffolgen	44
g) Serologische Schutzkorrelate für impfverhütbare Krankheiten	45
Tabelle 11: Serologische Korrelate für Immunität/Impfschutz vor impfverhütbaren Krankheiten	45
Literatur	46
Anhang 1: Informationsmaterial zu Impfungen	48
Impressum	50

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1	Synopsis Schweizerischer Impfplan 2026	6
Tabelle 2	Nachholimpfschemata für <i>ungeimpfte</i> Kinder und Erwachsene (Basis- und ergänzende Impfungen)	18
Tabelle 3	DTP _a -IPV-Nachholimpfschemata für <i>unvollständig</i> geimpfte Kinder	20
Tabelle 4	dTp _a -IPV-Nachholimpfschemata für <i>unvollständig</i> geimpfte Erwachsene oder bei unbekanntem Impfstatus	21
Tabelle 5	Übersicht über die empfohlenen Impfungen für Risikopersonen nach chronischer Grunderkrankung/ Risikofaktor, welche das Risiko von Komplikationen oder invasiven Erkrankungen erhöhen	33
Tabelle 6	Impfung von Frühgeborenen (VLBW)	35
Tabelle 7	Impfung des Umfelds von Frühgeborenen (VLBW)	36
Tabelle 8	Empfohlene Impfungen für Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Expositionsrisiko und/oder Übertragungsrisiko für spezifische Erreger	37
Tabelle 9	Impfschema für ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Beschäftigte im Gesundheitswesen	39
Tabelle 10	Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen	42
Tabelle 11	Serologische Korrelate für Immunität/Impfschutz vor impfverhütbaren Krankheiten	45
Abbildung 1	Algorithmus zur RSV-Immunsierung von Kindern im ersten Lebensjahr	9
Abbildung 2	Algorithmus zur Hepatitis-B-Impfung bei Beschäftigten im Gesundheitswesen	41

Abkürzungsverzeichnis

Öffentliche Ämter / Kommissionen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
Swissmedic	Schweizerisches Heilmittelinstitut
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Juristische Begriffe

KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SL	Spezialitätenliste

Impfstoffe

Covid-19	Impfung gegen Covid-19
DT	Kombinationsimpfstoff gegen Diphtherie und Tetanus
dT	Kombinationsimpfstoff gegen Diphtherie und Tetanus mit geringerer Diphtherietoxiddosis (d) = «Erwachsenendosierung»
DTP _a	Kombinationsimpfstoff gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis (P _a = Pertussis azellulär)
dTP _a	Kombinationsimpfstoff gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis mit einer geringeren Diphtherietoxid- (d) und Pertussisdosis (p _a) = «Erwachsenendosierung»
HBV	Impfung gegen Hepatitis B
Hib	Impfung gegen <i>Haemophilus influenzae</i> Typ b
HPV	Impfung gegen humane Papillomviren
HZ	Impfung gegen Herpes Zoster
IPV	Impfung gegen Poliomyelitis (Inactivated Poliomyelitis Vaccine)
4CMenB(B)	Rekombinanter Meningokokken-Impfstoff gegen die Serogruppe B
(MCV)-JACWY	Meningokokken-Konjugatimpfstoff gegen die Serogruppen A, C, W und Y
MMR	Trivalenter Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln
MMRV	Quadrivalenter Impfstoff gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen
PCV	Pneumokokken-Konjugatimpfstoff
PPV23	Polysaccharidimpfstoff gegen Pneumokokken, 23-valent
RV	Impfung gegen Rotaviren
VZV	Impfung gegen Varizellen (Varizella-Zoster-Virus)

Andere

mAk	Monoklonale Antikörper zur passiven Immunisierung
Anti-HBc	Antikörper gegen das Hepatitis-B-Virus-Core-Antigen
Anti-HBs	Antikörper gegen das Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen
BiG	Berufstätige im Gesundheitswesen
EKRM	Expertenkomitee für Reisemedizin
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
HBIG	Hepatitis-B-Virus-Immunglobulin
HBsAg	Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen
hRIG	human rabies immunoglobulin
IgG	Immunglobulin G
IME	Invasive Meningokokkenerkrankungen
IMID	Immune mediated inflammatory diseases (immunvermittelte Entzündungserkrankungen)
IPE	Invasive Pneumokokkenerkrankungen
PEP	Postexpositionelle Prophylaxe
PrEP	Präexpositionelle Prophylaxe
RFFIT	Rapid Fluorescent Focus Inhibition Test
RSV	Respiratorisches Synzytial Virus
SSW	Schwangerschaftswoche
UIE	Unerwünschte Impferscheinungen
VLBW	Very Low Birth Weight = Frühgeborene (Geburt vor der 32 + 0 SSW oder Geburtsgewicht < 1500 g)

Tabelle 1: Synopsis Schweizerischer Impfplan 2026

Empfohlene Basisimpfungen, ergänzende Impfungen und passive RSV-Immunsierung

Impfung	Alter *								Jahre				
	Geburt	2	2–3**	4	4–5**	9	12***	12–18	4–7	11–14/15	25	45	≥65
RSV	mAk-Einmaldosis, falls keine maternale Impfung ¹⁾												
DTP		DTP _a		DTP _a			DTP _a		DTP _a / dTP _a	dTP _a	dTP _a ^{(3) (14)}	dT ^{(3) (14)}	dT ^{(3) (14)}
Polio		IPV		IPV			IPV		IPV	✓ ⁽¹⁰⁾	✓	✓	✓
Hib		Hib		Hib			Hib	✓ ⁽⁶⁾					
Hepatitis B	2)	HBV		HBV			HBV			(HBV) ⁽¹¹⁾	✓ ⁽¹⁵⁾	✓ ⁽¹⁵⁾	✓ ⁽¹⁵⁾
Pneumokokken		PCV ⁽³⁾		PCV ⁽³⁾			PCV ⁽³⁾	✓ ⁽⁸⁾					PCV ⁽¹⁶⁾
Rotaviren		RV ⁽⁴⁾		RV ⁽⁴⁾									
Men. B			B		B			B ⁽⁷⁾		B ⁽⁷⁾			
Men. ACWY								ACWY ⁽⁷⁾		ACWY ⁽⁷⁾			
MMR						MMR ⁽⁵⁾	MMR ⁽⁵⁾	✓ ⁽⁸⁾	✓ ⁽⁸⁾	✓ ⁽⁸⁾	✓ ⁽⁸⁾	✓ ⁽⁸⁾	
Varizellen						VZV	VZV	✓ ⁽⁹⁾	✓ ⁽⁹⁾	✓ ⁽⁹⁾	✓ ⁽⁹⁾	✓ ⁽⁹⁾	
HPV										HPV ⁽¹²⁾	(HPV) ⁽¹²⁾		
Herpes Zoster													HZ ⁽¹⁷⁾
Influenza													jährlich ⁽¹⁸⁾
Covid-19													jährlich

Kombinationsimpfung ✓ Impfstatus kontrollieren und nachimpfen, falls indiziert. Aktuell in der Schweiz verfügbare Impfstoffe: *siehe www.infovac.ch*

Tabelle einzeln bestellbar im Shop Bundespublikationen als Impfkalendar Schweiz (inklusive FSME) für die Bevölkerung (Beratungstool).

Für altersbasierte Impfempfehlungen werden folgende Empfehlungskategorien je nach Impfziel differenziert:

Basisimpfung: Impfziele sind individueller Schutz und Schutz der öffentlichen Gesundheit

Ergänzende Impfung: als Impfziel steht der individuelle Schutz im Vordergrund

- * Zur Präzisierung des Alters: Alter 12 Monate bedeutet ab 1. Geburtstag bis einen Tag vor dem Alter von 13. Monaten. 4–7 Jahre bedeutet vom 4. Geburtstag bis zum Tag vor dem 8. Geburtstag.
- ** Die Impfzeitpunkte im Alter 3 und 5 Monate für die Meningokokken B-Impfung wurden v. a. gewählt, um die Fieberhäufigkeit nach Impfung zu reduzieren. Eine gleichzeitige Verabreichung mit den anderen Säuglingsimpfungen im Alter von 2 und 4 Monaten ist nach entsprechender Information an die Eltern und ggf. prophylaktischer Paracetamol-Gabe möglich.
- *** Die im Alter von 12 Monaten empfohlenen drei Injektionen (je 1 Dosis eines DTP_a-IPV-Hib-HBV-, PCV- und MMRV-Impfstoffs) können gleichzeitig oder in beliebigen, kurzen Abständen zueinander geimpft werden. Die Impfung gegen DTP_a-IPV-Hib-HBV und Pneumokokken soll vor dem Alter von 13 Monaten abgeschlossen sein. Die Impfung gegen DTP_a-IPV-Hib-HBV kann vor dem Alter von 12 Monaten, aber nicht vor dem Mindestalter von 11 Monaten verabreicht werden. Je nach Einschätzung des individuellen Masern-Expositionsrisikos ist die Gabe der zweiten MMRV-Dosis im Alter von 12(–15) Monaten möglich.
- ¹⁾ Verabreichungszeitpunkt für Einzeldosis eines langwirkenden RSV-mAk im 1. Lebensjahr (bis 1 Tag vor dem 1. Geburtstag) je nach Geburtsmonat:
– *Neugeborene geboren von Oktober bis März* ohne Schutz durch maternale Impfung (Details *siehe Kapitel 1.1.a*): möglichst in der ersten Woche nach der Geburt.
– *Säuglinge geboren von April bis September*: im Oktober bzw. so bald wie möglich danach.
- ²⁾ Die HBV-Impfung ist unerlässlich für Neugeborene von HBsAg-positiven Müttern. Sie erfolgt in 4 Dosen im Alter von 0 (gleichzeitig mit HBIG), 1, 2 und 12 Monaten. Bei Geburt und mit 1 Monat erfolgt die Impfung mit einem Einzelimpfstoff, mit 2 und 12 Monaten mit einem hexavalenten Kombinationsimpfstoff. Eine Überprüfung des Impferfolgs durch eine serologische Kontrolle (anti-HBs und HBsAg) ist 4 Wochen nach der letzten Dosis durchzuführen.
- ³⁾ PCV20 wird **nicht** für das aktuell empfohlene Impfschema mit 3 Dosen («2+1») zur Basisimpfung von Säuglingen (ohne Risikofaktor) im Alter von 2, 4 und 12 Monaten empfohlen. Aktuell empfohlene PCV pro Altersgruppe, *siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch*.
- ⁴⁾ Die 1. Rotavirus-Impfdosis ist ab einem Alter von 6 Wochen möglich (Höchstalter 15 Wochen und 6 Tagen), der Mindestabstand zwischen den beiden Dosen beträgt 4 Wochen. Die 2. Dosis sollte spätestens bis zum Alter von 23 Wochen und 6 Tagen gegeben werden. Nach der vollendeten 24. Lebenswoche ist die Impfung kontraindiziert. Sie wird oral verabreicht und kann gleichzeitig mit den anderen zum selben Zeitpunkt empfohlenen Säuglingsimpfungen verabreicht werden.
- ⁵⁾ Bei einem Masern-Ausbruch in der Umgebung oder bei Kontakt mit einem Masern-Fall ggf. zusätzliche Impfdosis ab dem Alter von 6 Monaten, *siehe Kapitel 1.1*. Je nach Einschätzung des individuellen Masern-Expositionsrisikos ist die Gabe der 2. MMRV-Dosis im Alter von 12(–15) Monaten möglich.
- ⁶⁾ Nachholimpfungen von Kindern gegen Hib und Pneumokokken sind bis zum 5. Geburtstag empfohlen. Die Zahl der Dosen hängt vom Alter bei Beginn der Impfung ab (*siehe Tabelle 2*). Für Risikopersonen gelten separate Pneumokokken-Impfempfehlungen (*siehe Kapitel 3.1*).
- ⁷⁾ Die Impfungen gegen Meningokokken ACWY und B für Kleinkinder (12–18 Monate) sowie für Jugendliche können gleichzeitig verabreicht werden. Die Gabe mit anderen Impfungen, welche in den jeweiligen Altersfenstern empfohlen werden, ist ebenfalls möglich. Meningokokken-Nachholimpfung (gegen B und ACWY) bei Kleinkindern bis zum 5. Geburtstag und bei Jugendlichen bis zum 20. Geburtstag empfohlen. Impfschemata, *siehe Kapitel 1.1* oder *Tabelle 2*.
- ⁸⁾ Alle unvollständig oder ungeimpften Kinder, Jugendlichen sowie nach 1963 geborenen Erwachsenen (u. a. Frauen im gebärfähigen Alter/Wöchnerinnen und Personen, die beruflich Kontakt zu Schwangeren haben) benötigen insgesamt 2 Dosen, minimales Intervall 1 Monat.
- ⁹⁾ Für Personen bis zum Alter < 40 Jahren, welche die Varizellen anamnestisch nicht durchgemacht haben und die bisher keine oder nur 1 Impfdosis erhalten haben (insgesamt 2 Dosen, minimales Intervall 1 Monat). Bei unvollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln kann die Impfung auch mit einem kombinierten, quadrivalenten MMRV-Impfstoff und mit anderen gleichzeitig empfohlenen Impfungen erfolgen.
- ¹⁰⁾ Vollständige Polio-Impfung im Kindesalter: Total 4 Dosen, 2 davon ausserhalb des ersten Lebensjahres. Wurden 3 Dosen innerhalb des ersten Lebensjahres verabreicht («3+1»-Impfschema), sind total 5 Impfdosen im Kindesalter nötig.
- ¹¹⁾ Wenn nicht im Säuglingsalter geimpft, soll die HBV-Impfung möglichst im Alter 11–15 Jahre erfolgen, sie ist in diesem Altersfenster mit einem 2-Dosen-Schema («Erwachsenen-Impfstoff») möglich. Sie kann gleichzeitig mit der HPV-Impfung oder anderen indizierten Impfungen verabreicht werden.
- ¹²⁾ Im Alter von 11–14 Jahren gilt ein 2-Dosen-Schema (Zeitpunkte 0, 6 Monate) und mit 15–26 Jahren (vor dem 27. Geburtstag) ein 3-Dosen-Schema (Zeitpunkte 0, 2, 6 Monate). Die HPV-Impfungen können gleichzeitig mit allen anderen, gegebenenfalls notwendigen Impfungen verabreicht werden. Die HPV-Impfung von noch ungeimpften Personen im Alter von 15–19 Jahren wird als Nachholimpfung und im Alter von 20–26 Jahren als ergänzende Impfung empfohlen.

¹³⁾ Zwischen 25–64 Jahren werden dT-Auffrischimpfungen im Intervall von 20 Jahren empfohlen, ab 65 Jahren im Intervall von 10 Jahren. Dabei bestimmt das Alter bei Verabreichung einer Auffrischimpfung das Intervall zur nächsten Auffrischimpfung.

Für Personen mit einer Immundefizienz sind dT-Auffrischimpfungen weiterhin alle 10 Jahre empfohlen. Kürzere Intervalle als 20 Jahre (oder 10 Jahre) können je nach Risikosituation nach individueller Einschätzung indiziert sein (z. B. Exposition mit einem Diphtherie-Fall, Reise in hochendemische Diphtheriegebiete oder bei begrenztem Zugang zu medizinischer Versorgung).

Ein dT-Impfstoff ist derzeit nicht verfügbar: dT_{pa}/dT_{pa}-IPV oder dT-IPV Impfstoff gemäss Ersatzempfehlung verwenden (siehe www.bag.admin.ch/impfstoffversorgung).

¹⁴⁾ Pertussis-Auffrisch- oder Nachholimpfung mit 1 Dosis (-p_a): für alle Personen im Alter von 25 Jahren sowie unabhängig vom Alter bei regelmäßigem Kontakt mit Säuglingen < 6 Monate (z. B. werdende Väter, Betreuungspersonen), falls letzte Dosis ≥ 10 Jahre zurückliegt und für schwangere Frauen in jeder Schwangerschaft (unabhängig vom Impfstatus, siehe Kapitel 3.1).

¹⁵⁾ HBV-Nachholimpfungen bei Erwachsenen jeden Alters (ab 16 Jahren, 3-Dosen-Impfschema) mit Expositionsrisiko, siehe Kapitel 3.1.c.

¹⁶⁾ Für Personen ≥ 65 Jahre, welche PCV-ungeimpft sind oder nur mit PCV13 (vor ≥ 1 Jahr) geimpft wurden: eine einmalige Impfdosis mit PCV20 oder PCV21. Falls bereits PCV15-geimpft (vor ≥ 1 Jahr): einmalige Dosis mit PCV21. Aktueller Stand der empfohlene PCV pro Altersgruppe, siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch.

¹⁷⁾ 2 Dosen (Zeitpunkte 0 und 2 Monate) mit dem adjuvantierten Subunit-Impfstoff.

¹⁸⁾ Für die Impfung von allen ≥ -75-Jährigen sowie Personen im Alter ≥ 65 Jahren mit zusätzlichem Risikofaktor ist der Hochdosis-Grippeimpfstoff vorzuziehen.

Einleitung

Der Schweizerische Impfplan wird mit einem umfassenden Analyserahmen [5] regelmässig vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) – bestehend aus Ärztinnen und Ärzten der Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Inneren Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Infektiologie sowie Präventivmedizin – überarbeitet [6]. Dies geschieht aufgrund neuer Entwicklungen von Impfstoffen, neuer Erkenntnisse über deren Wirksamkeit und Sicherheit, Veränderungen der epidemiologischen Lage in der Schweiz sowie basierend auf den Empfehlungen der WHO-Experten-Gruppen. Die in diesem Plan formulierten Impfeempfehlungen zielen auf einen optimalen Impfschutz der Bevölkerung und jedes einzelnen Individuums ab. Eine Impfung wird nur empfohlen, wenn der Nutzen durch verhinderte Krankheiten und deren Komplikationen die mit den Impfungen verbundenen Risiken in jedem Fall um ein Vielfaches übertrifft.

Der Impfplan wird jeweils im ersten Quartal eines Jahres neu herausgegeben, unabhängig davon, ob Änderungen vorgenommen wurden oder nicht. Der Aufbau des Dokumentes folgt den Impfzielgruppen nach Alter für Basis- und ergänzend empfohlene Impfungen (Kapitel 1), Impfstatus (Nachholimpfeempfehlungen für Basis- und ergänzende Impfungen, Kapitel 2) und Risikogruppen (Kapitel 3).

Empfehlungskategorien

Der potenzielle Nutzen der Impfungen für die individuelle und die öffentliche Gesundheit wird vom BAG in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) unter Einbezug zahlreicher Parameter sorgfältig evaluiert. Dies ermöglicht es, Impfungen zu identifizieren, die für die öffentliche Gesundheit von grossem Nutzen sind. Ebenso lassen sich Impfungen abgrenzen, deren individueller Nutzen jenen für die öffentliche Gesundheit übersteigt.

Dementsprechend werden die folgenden vier Empfehlungskategorien unterschieden [7]:

1. Empfohlene Basisimpfungen, die unerlässlich für die individuelle und öffentliche Gesundheit sind und einen für das Wohlbefinden der Bevölkerung unerlässlichen

Schutz bieten. Diese sind von der Ärzteschaft ihren Patientinnen und Patienten gemäss den Vorgaben des Schweizerischen Impfplans zu empfehlen und haben ein Durchimpfungsziel.

2. Empfohlene ergänzende Impfungen, die einen optimalen individuellen Schutz bieten und für Personen bestimmt sind, die sich gegen klar definierte Risiken schützen wollen. Der individuelle Schutz steht hier im Vordergrund. Die Ärzteschaft hat ihre Patientinnen und Patienten über deren Existenz und Empfehlung gemäss den Vorgaben des Schweizerischen Impfplans zu informieren.

3. Empfohlene Impfungen für Risikogruppen oder -situationen, für die ein erhöhtes Risiko für Komplikation, invasive Infektion, Exposition oder Übertragung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besteht. Die Impfung wird für das jeweilige Impfziel pro Gruppe/Situation als nutzbringend eingestuft und die notwendigen Anstrengungen von Seiten der Ärztin oder des Arztes sind gerechtfertigt, um die Risikopersonen zu erreichen und ihnen diese Impfungen gemäss dem Schweizerischen Impfplan zu empfehlen.

4. Impfungen ohne Empfehlungen, weil noch keine formelle Evaluation durchgeführt wurde oder weil der in der Evaluation nachgewiesene Nutzen nicht für eine Empfehlung ausreicht.

Einzelne Impfungen können in mehrere Empfehlungskategorien fallen: So gehören z. B. die Impfungen gegen Hepatitis B in die Kategorien 1 und 3, die Impfung gegen Pneumokokken je nach Zielgruppe in die Kategorien 1, 2 und 3.

Bei Empfehlungen der Kategorien 1, 2 und 3 wird geprüft, ob aus Sicht der öffentlichen Gesundheit ein Antrag auf Aufnahme in die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV, Artikel 12a) gerechtfertigt ist [8].

Kostenübernahme der im Impfplan publizierten (empfohlenen) Impfungen

Informationen zur Kostenübernahme von Impfungen und Impfstoffen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) finden Sie neu auf der BAG-Webseite *Kostenübernahme bei prophylaktischen Impfungen*.

In der Regel werden empfohlene Basis- und ergänzende Impfungen erst ab Kostenübernahme durch die OKP oder im Rahmen eines kantonalen Impfprogramms im Schweizerischen Impfplan aufgeführt. Bei den im Impfplan aufgeführten Impfungen für Risikogruppen- und/oder -situationen gibt es Ausnahmen (siehe BAG-Webseite Massnahmen der Prävention www.bag.admin.ch/okp-praevention).

Wichtige Definitionen

Primovakzination: Anzahl der Impfdosen, die für einen Schutz und die Ausbildung eines immunologischen Gedächtnisses erforderlich sind.

Auffrischimpfung (Booster): Dosen für die Verlängerung des Impfschutzes durch Reaktivierung des immunologischen Gedächtnisses.

Präzisierung der Altersangaben: Alter 12 Monate bedeutet ab 1. Geburtstag bis einen Tag vor dem Alter von 13 Monaten. 4–7 Jahre bedeutet vom 4. Geburtstag bis zum Tag vor dem 8. Geburtstag.

1. Empfohlene Basis- und ergänzende Impfungen sowie passive Immunisierung nach Altersgruppe

Einleitung

Die für die Allgemeinheit empfohlenen Impfungen werden im Folgenden nach Altersgruppe aufgeführt. Das Impfziel definiert die Einordnung in die Empfehlungskategorie Basisimpfung oder ergänzende Impfung (siehe Kapitel Empfehlungskategorien).

- **Empfohlene Basisimpfungen:** Für Kinder und Jugendliche sieht der Schweizerische Impfplan Basisimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, invasive Infektionen durch *Haemophilus influenzae* Typ b, Hepatitis B, Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und humane Papillomviren (HPV) vor. Analog zu Basisimpfungen ist die passive Immunisierung von Säuglingen gegen RSV unerlässlich für die individuelle wie öffentliche Gesundheit und wird in diese Empfehlungskategorie eingeordnet. Für Erwachsene sieht der Impfplan regelmässige Auffrischimpfungen gegen Diphtherie und Tetanus sowie gegen Pertussis mit 25 Jahren vor.
- **Empfohlene ergänzende Impfungen:** Für Kinder und Jugendliche sieht der Schweizerische Impfplan ergänzende Impfungen gegen Rotaviren sowie gegen Meningokokken der Gruppen B und A,C,W,Y vor. Für noch gegen HPV ungeimpfte Erwachsene im Alter von 20–26 Jahren wird die HPV-Impfung und für Personen ab dem Alter von 65 Jahren die Impfung gegen Pneumokokken, Herpes Zoster, Covid-19 und Influenza als ergänzende Impfung empfohlen.

1.1 Alter 0–3 Jahre

Übersicht über die empfohlenen Impfungen und Impfschemata für Säuglinge und Kleinkinder (Alter 0–3 Jahre)

Bis zum Alter von 18 Monaten werden folgende Impfungen und Verabreichungszeitpunkte empfohlen:

- Gegen **Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B** (als Kombinationsimpfung) und gegen **Pneumokokken** wird ein 3-Dosen-Schema für alle Säuglinge ohne Risikofaktoren mit je einer Impfdosis im Alter von 2, 4 und 12 Monaten empfohlen. Empfehlungskategorie: Basisimpfung [9–11].
- Gegen **Rotaviren** wird ein 2-Dosen-Schema für alle Säuglinge mit je einer oralen Impfdosis im Alter von 2 und 4 Monaten empfohlen. Empfehlungskategorie: ergänzende Impfung [12].
- Gegen **Meningokokken der Serogruppe B** wird ein 3-Dosen-Schema für alle Säuglinge mit je einer Impfdosis im Alter von 2–3, 4–5 und 12–18 Monaten empfohlen. Empfehlungskategorie: ergänzende Impfung [13].
- Gegen **Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y** wird für alle Kinder ohne Risikofaktoren die Impfung im Alter von 12–18 Monaten empfohlen. Die Anzahl Impfdosen ist abhängig vom Impfstoff (1- oder 2-Dosenschema). Empfehlungskategorie: ergänzende Impfung [13].
- Gegen **Masern, Mumps, Röteln und Varizellen** wird ein 2-Dosen-Schema für alle Säuglinge mit je einer Impfdosis im Alter von 9 und 12 Monaten empfohlen. Empfehlungskategorie: Basisimpfung [14, 15].

Im Alter zwischen 19 Monaten und 3 Jahren sieht der Impfplan regulär keine Impfungen vor. Nachholimpfungen, siehe Kapitel 2.

Passive Immunisierung gegen RSV von Neugeborenen und Säuglingen mittels maternaler Impfung oder monoklonalen Antikörpern, siehe Kapitel 1.1.a.

Grundsätzliche Aspekte für die Umsetzung der DTP_a-IPV-Hib-HBV, PCV und MMRV Impfungen in den ersten zwei Lebensjahren [9]:

- Die rechtzeitige Verabreichung der Sechsfach- und Pneumokokken-Impfung im Alter von 12 Monaten ist von hoher Wichtigkeit.
- Die im Alter von 12 Monaten empfohlenen 3 Impfungen (je eine Dosis DTP_a-IPV-Hib-HBV, PCV und MMRV) können gleichzeitig während einer Konsultation oder aufgeteilt auf zwei Konsultationen in beliebig kurzen Abständen zueinander verabreicht werden. Die DTP_a-IPV-Hib-HBV- und Pneumokokkenimpfung sollen vor dem Alter von 13 Monaten abgeschlossen sein. Die Auffrischimpfung (3. Dosis) mit DTP_a-IPV-Hib-HBV kann vor dem Alter von 12 Monaten verabreicht werden, jedoch aus Gründen der Imm unreifung nicht vor dem Alter von 11 Monaten und minimal 6 Monate nach der 2. Dosis. Je nach Einschätzung des individuellen Masern-Expositionsrisikos ist die Gabe der zweiten MMRV-Dosis im Alter zwischen 12 und 15 Monaten möglich.
- Falls ein Säugling die 2. Impfdosis der Sechsfachimpfung bereits vor dem Alter von 4 Monaten erhalten hat, ist eine 3. Dosis einen Monat später und eine 4. Dosis im Alter von 12 Monaten zu verabreichen.

- Säuglinge, welche entsprechend den bis 2018 geltenden vorgängigen Empfehlungen mit einer 3. DTP_a-IPV-Hib(-HBV)-Impfdosis im Alter von 6 Monaten geimpft wurden, brauchen weiterhin eine 4. Dosis ab dem Alter von 12 Monaten für einen vollständigen Impfschutz (Mindestabstand zur 3. Dosis: 6 Monate).

a) Respiratorisches Synzytial-Virus (passive Immunisierung mittels maternaler Impfung oder monoklonalen Antikörpern)

Seit Herbst 2024 wird Säuglingen in ihrem 1. Lebensjahr eine Einzeldosis eines langwirkenden monoklonalen Antikörpers (mAk) als passive Immunisierung gegen Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)-Erkrankungen empfohlen [1]. Seit Herbst 2025 wird zudem die maternale Impfung als eine zweite Präventionsoption empfohlen, mit welcher die zwischen Oktober und März geborenen Säuglinge – via transplazentare mütterliche Antikörper – ebenfalls einen passiven Schutz gegen RSV-Erkrankungen erhalten können [1].

Ziel ist die Verhinderung von schweren RSV-Erkrankungen und RSV-bedingten Hospitalisationen bei Neugeborenen und Säuglingen in ihrem ersten Lebensjahr während der RSV-Saison im Winterhalbjahr.

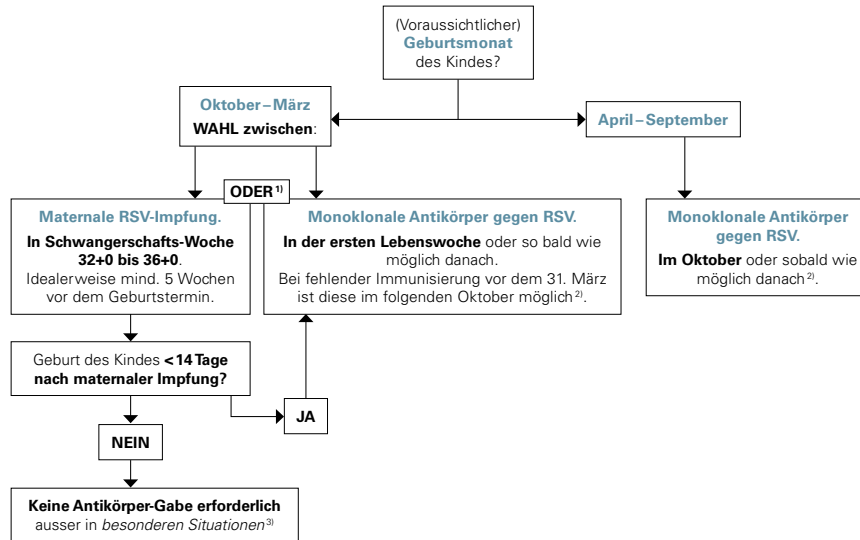
Je nach (voraussichtlichem) Geburtsmonat stehen unterschiedliche Optionen zur passiven Immunisierung für Säuglinge zur Verfügung, siehe auch Abbildung 1 (Algorithmus zur RSV-Immunisierung von Kindern im 1. Lebensjahr):

- (Voraussichtlicher) Geburtsmonat Oktober bis März: Wahl zwischen Option
 - **Maternale Impfung** (Impfung in der Schwangerschaft) **oder**
 - **Monoklonale Antikörper**.
 Beide Optionen werden als gleichwertig beurteilt.
- Geburtsmonat April bis September: **Monoklonale Antikörper** als einzige Option.

Maternale Impfung: Impfeempfehlung gegen RSV von schwangeren Frauen zur passiven Immunisierung des Neugeborenen bei voraussichtlichem Geburtstermin Oktober bis März

Seit 2025 wird die Impfung gegen RSV für schwangere Frauen ab dem Alter von 18 Jahren neu mit dem einzigen in der Schwangerschaft zugelassenen RSV-Impfstoffs Abrysvo® empfohlen [1]. Die RSV-Impfung für Schwangere wird aktuell einmalig und nicht in jeder Schwangerschaft empfohlen. Dies aufgrund aktuell noch fehlender Daten zur wiederholten Impfung bei konsekutiven Schwangerschaften. Stattdessen soll bei späteren Schwangerschaften der Säugling mittels langwirkender mAk geschützt werden (siehe nächste Seite).

Abbildung 1
Algorithmus zur RSV-Immunisierung von Kindern im ersten Lebensjahr (in Abhängigkeit des [voraussichtlichen] Geburtsmonats)
Stand 2026



¹¹ Die beiden Optionen zur RSV-Immunisierung (maternale Impfung oder monoklonale Antikörper-Gabe) werden als gleichwertig angesehen. Maternale Impfung nicht empfohlen als Option bei RSV-Impfung in vorherigen Schwangerschaften.
²¹ spätestens 1 Tag vor dem 1. Geburtstag.
³¹ **Besondere Situationen** (Risiko einer unzureichenden maternalen Antikörperkonzentration):
 – Mütterliche Immunsuppression, inkl. HIV-Infektion mit nicht unterdrückter Viruslast,
 – Frühgeburt <37+0 SSW oder
 – Risiko eines Verlusts der humoralen Immunität beim Säugling (nach kardio-pulmonalem Bypass oder extrakorporaler Membranoxygenierung) oder Begleiterkrankung, die – gemäss behandelnden Fachärztinnen / Fachärzte – das Risiko einer lebensbedrohlichen RSV-Erkrankung mit sich bringt.

Maternale RSV-Impfung: Empfohlenes Impfschema und Impfzeitpunkt für die Impfung von schwangeren Frauen mit voraussichtlichem Geburtstermin Oktober bis März gegen RSV [1]

- In vorherigen Schwangerschaften keine RSV-Impfung erhalten: 1 Dosis des Impfstoffs Abrysvo®
- Bereits RSV-Impfung in vorheriger Schwangerschaft erhalten: keine Impfung → Option mAk für passive Immunisierung des Neugeborenen (siehe rechte Spalte)

Empfohlener Impfzeitpunkt:

- Die Impfung soll zwischen Schwangerschaftswoche (SSW) 32+0 und 36+0 verabreicht werden, wenn der errechnete Geburtstermin zwischen Anfang Oktober und Ende März liegt. Dieses Zeitfenster in der Schwangerschaft erlaubt die höchste Übertragung maternalen Antikörper auf den Fetus.
- Die Impfung sollte idealerweise mindestens 5 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin verabreicht werden, damit ausreichend maternale Antikörper auf das Kind übertragen werden.

Tritt die Geburt innerhalb von 14 Tagen nach der maternalen RSV-Impfung ein, soll das Neugeborene mit 1 Dosis eines langwirkenden mAk immunisiert werden (siehe rechte Spalte).

Monoklonale RSV-Antikörper (mAk): Empfehlung zur Verabreichung eines langwirkenden mAk gegen RSV für Neugeborene und Säuglinge im ersten Lebensjahr [1]

Verabreichungszeitpunkt für:

- **Säuglinge geboren von April bis September:**
→ 1 Einzeldosis eines langwirksamen mAk im Oktober oder so bald wie möglich danach.
- **Neugeborene geboren von Oktober bis März** ohne Schutz durch maternale Impfung gemäss Empfehlung (siehe linke Spalte). *Ausnahmen siehe besondere Situationen unten.*
→ 1 Einzeldosis eines langwirksamen mAk in der ersten Lebenswoche, idealerweise vor Entlassung aus der Geburtsstation oder Neonatologie oder möglichst rasch danach.
Säuglinge < 12 Monate mit Geburtsmonat Oktober bis März, welche keine mAk-Dosis bis zum 31. März erhielten, können diese im folgenden Oktober erhalten (Verabreichung möglich bis zum Tag vor dem 1. Geburtstag).

Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft Abrysvo® gemäss den Empfehlungen erhalten hatten, gelten als ausreichend geschützt und benötigen daher keine weitere Immunisierung mit langwirksamen mAk (*Ausnahmen siehe unten*).

- Die *Verabreichung* erfolgt intramuskulär als einmalige Injektion.
- Die *Wahl des mAk-Produktes* erfolgt gemäss Zulassung. Pro Produkt die Dosierung in Abhängigkeit von Körpergewicht und Alter beachten.
- Die mAk-Dosis kann gleichzeitig mit gängigen Impfstoffen (DTP_a-IPV-Hib-HBV, PCV, Meningokokken-Impfstoffen, MMR, MMRV) an einem anderen Injektionsort (im Abstand von mindestens 2,5 cm) verabreicht werden.

Ausnahmen: In folgenden besonderen Situationen ist trotz maternaler Impfung eine mAk-Gabe empfohlen (Risiko einer unzureichenden maternalen Antikörperkonzentration):

- Frühgeburt < 37+0 SSW,
- Mütterliche Immunsuppression einschliesslich HIV-Infektionen mit nicht unterdrückter Viruslast;
- Risiko eines Verlusts der humoralen Immunität beim Säugling (nach kardiopulmonaler Bypass-Behandlung oder extrakorporaler Membranoxygenierung) oder Begleiterkrankung, die im Ermessen der behandelnden Fachärztin oder des Facharztes ein Risiko für eine lebensbedrohliche RSV-Erkrankung mit sich bringt.

Nach einer durchgemachten bestätigten RSV-Infektion ist die Gabe eines langwirksamen mAk in der gleichen Saison nicht mehr indiziert. In Sonderfällen, wie z. B. nach Verlust der humoralen Immunität, kann eine Gabe auch nach einer durchgemachten RSV-Infektion in Erwägung gezogen werden.

b) Diphtherie und Tetanus (Basisimpfung)

Seit 2019 wird folgendes Impfschema gegen Diphtherie und Tetanus empfohlen: 3 Impfdosen, je eine Dosis im Alter von 2, 4 und 12 Monaten («2+1»-Impfschema Kombinationsimpfstoff) [9].

c) Pertussis (Basisimpfung)

Seit 2019 wird folgendes Impfschema gegen Pertussis empfohlen: 3 Impfdosen, je eine Dosis im Alter von 2, 4 und 12 Monaten («2+1»-Impfschema) [9].

Impfziel ist die Verhinderung von schweren Pertussis-Erkrankungen in der Altersgruppe, welche ein erhöhtes Risiko für Komplikationen aufweist (Säuglinge, vor allem in den ersten sechs Lebensmonaten) und die Reduktion der Übertragung von *Bordetella pertussis* auf noch ungeschützte Kinder innerhalb der Altersgruppe 0–3 Jahre.

Mehrere Studien zur Wirksamkeit zeigen, dass eine erste Impfdosis bereits 50 % der Säuglinge vor einer schweren Pertussis-Erkrankung schützt. Die zweite Dosis erhöht diesen Schutz signifikant auf Werte zwischen 83 und 87 %. Die dritte Dosis erhöht die Impfwirksamkeit je nach Studie auf 85–95 % [9].

Das «2+1»-Impfschema wird ebenfalls für gruppenbetreute Säuglinge jünger als 5 Monate empfohlen. Die Ärztin/der Arzt ist jedoch frei in der Entscheidung, weiterhin ein beschleunigtes «3+1»-Impfschema (mit 2-3-4-12 Monaten) je nach individuellem Risiko (z. B. Eintritt in eine Betreuungseinrichtung mit 3, 5 Monaten) anzuwenden (Ziel: Erhalt von 2 Impfdosen vor Eintritt in diese Einrichtung). Dieses beschleunigte 3+1-Impfschema kann zur Erzielung eines möglichst frühzeitigen Impfschutzes in speziellen Situationen für alle Säuglinge in Erwägung gezogen werden.

Empfehlung für Frühgeborene (< 32 + 0 SSW oder Geburtsgewicht < 1500 g), *siehe Kapitel 3.2* für Risikogruppen.

d) Poliomyelitis (Basisimpfung)

Seit 2019 empfohlenes Impfschema gegen Poliomyelitis: 3 Impfdosen, je eine Dosis im Alter von 2, 4 und 12 Monaten («2+1»-Impfschema) [9]. *Impfziele* sind der individuelle Schutz vor Erkrankung und die Eradikation des Erregers durch eine hohe Durchimpfung (> 90 %) der Weltbevölkerung. Solange die weltweite Polioeradikation nicht erreicht ist, bleibt das Risiko der Viruseinschleppung bestehen. Die Basisimpfung gegen Poliomyelitis wird daher weiterhin ab dem Alter von 2 Monaten empfohlen.

Ein 2-4-12-Monate-Impfschema bewirkt bei 95 % der geimpften Säuglinge eine Serokonversion gegen alle drei Poliovirus-Typen; im Vorschulalter weisen 85–100 % der Geimpften noch neutralisierende Antikörper gegen alle 3 Poliovirus-Typen auf [9, 16]. Ausser für Frühgeborene (*siehe Kapitel 3.2*) gibt es für diese Altersgruppe keine Risikogruppen-Empfehlungen.

e) Haemophilus influenzae Typ b (Basisimpfung)

Seit 2019 empfohlenes Impfschema gegen *Haemophilus influenzae* Typ b [9]: 3 Impfdosen, je eine Dosis im Alter von 2, 4 und 12 Monaten («2+1»-Impfschema, Kombinationsimpfstoff).

Impfziel ist der individuelle Schutz von Kindern mit dem höchsten altersbedingten Risiko schwer zu erkranken und Reduktion der Ausbreitung des Erregers in dieser Altersgruppe.

Ein Nachholen der Impfung gegen Hib wird allen Kindern bis zum 5. Geburtstag empfohlen.

Altersangepasste Nachholimpfschemata, *siehe Tabelle 2*. Für die Impfung gegen Hib gibt es keine spezifischen Risikogruppen-Empfehlungen.

f) Hepatitis B (Basisimpfung)

Seit 2019 wird die Basisimpfung gegen HBV bevorzugt für Säuglinge mit einem hexavalenten DTP_a-IPV-Hib-HBV-Impfstoff im Alter von 2, 4 und 12 Monaten empfohlen [10].

Das aus Sicht der öffentlichen Gesundheit definierte Ziel ist, dass 95 % der 16-Jährigen bis 2030 vollständig gegen HBV geimpft sein sollten [10]. Die aktuelle Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, dass 90–95 % der Kleinkinder 3 Dosen HBV-Impfstoff erhalten sollen. Die Schweiz hat dieses Ziel bisher weder direkt bei Kleinkindern (Durchimpfung mit 3 Dosen von 76 % im Alter von 2 Jahren 2020–2022) noch indirekt bei Jugendlichen (2 Dosen: 79 % bei 16-Jährigen 2020–2022) erreicht (*siehe auch Kantonales Durchimpfungsmonitoring*).

Altersangepasste Nachholimpfschemata, *siehe Tabelle 2*. Spezifische Risikogruppen-Empfehlungen, *siehe Kapitel 3.1*.

g) Pneumokokken (Basisimpfung)

Das empfohlene Impfschema von Säuglingen (ohne Risikofaktoren) umfasst 3 Impfdosen («2+1»-Impfschema) im Alter von 2, 4 und 12 Monaten [11]. Grundsätzlich wird für die empfohlene Basisimpfung ein für das Impfschema zugelassener und vergüteter konjugierter Pneumokokkenimpfstoff (PCV) empfohlen. Aktuell werden daher entweder PCV13 oder PCV15 als gleichwertige Impfstoffoption für das Impfschema mit 3 Dosen empfohlen [2].

Aktueller Stand der empfohlene PCV pro Altersgruppe, *siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch*.

Die PCV-Impfserie soll, wenn möglich, immer mit dem gleichen Impfstoff abgeschlossen werden, mit dem sie begonnen wurde. Eine mit PCV13 begonnene Serie kann mit PCV15 abgeschlossen werden. Nach einer abgeschlossenen Impfserie ist keine zusätzliche Impfdosis mit einem höher valenten PCV empfohlen.

Enthält die Impfserie von einem Säugling ohne Risikofaktor vor dem Alter von 7 Monaten – entgegen der aktuellen Empfehlung – eine PCV20-Impfdosis, muss die Serie als «3+1»-Impfschema (je eine Dosis im Alter von 2-4-6 und 12 Monaten) abgeschlossen werden, um eine gleichwertige Immunantwort im ersten Lebensjahr zu erreichen.

Impfziel ist die Verhinderung von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter 3 Jahren, welche altersbedingt ein erhöhtes Risiko aufweisen. Eine 80 %-ige Durchimpfung bei Kindern unter 2 Jahren bewirkt zudem einen indirekten Schutz vor IPE auch in den Altersgruppen ohne allgemeine Pneumokokken-Impfempfehlung (Herdenimmunität).

Ein Nachholen der Basisimpfung im Säuglingsalter wird allen Kindern bis 1 Tag vor dem 5. Geburtstag empfohlen.

Altersangepasste Nachholimpfschemata, *siehe Tabelle 2*. Spezifische Risikogruppen-Empfehlungen, *siehe Kapitel 3.1*.

h) Rotaviren (ergänzende Impfung)

Ab 2024 wird allen Säuglingen die Impfung gegen Rotaviren als ergänzende Impfung mit einem 2-Dosen-Impfschema empfohlen [12]: je 1 Dosis im Alter von 2 Monaten (ab dem Alter von 6 Wochen sowie bis max. 15 Wochen und 6 Tagen) und 4 Monaten (max. bis Alter 23 Wochen und 6 Tagen). Der Mindestabstand zwischen den Dosen beträgt 4 Wochen. Ab einem Alter von 24 Wochen ist die Impfung kontraindiziert. Die Impfung wird *per oral* verabreicht. Es muss kein Abstand zu Nahrungs- oder Getränkeaufnahme (inklusive Muttermilch) eingehalten werden.

Impfziel ist der individuelle Schutz von Säuglingen gegen schwere Verläufe und Hospitalisation von durch Rotaviren verursachte, zu Dehydratation führende Gastroenteritiden. Die Hospitalisierungsrate von ungeimpften <5-Jährigen liegt bei 251/100 000 in der Schweiz. Die Wirksamkeit der Impfung liegt zwischen 81–86 % veränderter Hospitalisationen [12].

i) Meningokokken der Serogruppe B für Säuglinge und Kleinkinder (ergänzende Impfung)

In der Schweiz wurde im Zeitraum zwischen 2011–2020 fast die Hälfte der invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME), für die die Serogruppen bekannt waren, durch die Serogruppe B verursacht [13]. Dabei waren die Inzidenzen bei Kindern unter 5 Jahren am höchsten, der Anteil der Serogruppe B lag in der Altersgruppe bei ungefähr 75 % der IME.

Ab 2024 wird die Meningokokken B Impfung neu allen Säuglingen und Kleinkindern als ergänzende Impfung empfohlen, um diese optimal vor selten auftretenden aber häufig schwerwiegend verlaufenden IME durch Serogruppe B zu schützen [13]. Die Impfung wird Säuglingen als 3-Dosen-Schema mit je einer Impfdosis im Alter von (2–)3, (4–)5 und 12–18 Monaten empfohlen.

Damit mögliche unerwünschte Impferscheinungen, wie z. B. Fieber, nicht vermehrt auftreten, wird empfohlen, möglichst separate Termine für die Meningokokken-B-Impfungen zu planen. Grundsätzlich können die Impfdosen jedoch auch zusammen mit den anderen Säuglingsimpfungen im Alter von 2 und 4 Monaten verabreicht werden. Bei gleichzeitiger Verabreichung von 3 Impfungen (DTP_a-IPV-Hib-HBV, PCV und MenB) mit 2 und 4 Monaten ist eine prophylaktische Paracetamolgabe zur Reduktion des Fieber-Risikos zu erwägen (20 mg/kg unmittelbar nach der Impfung sowie 6 und 12 Stunden danach). Die Eltern müssen über die möglichen unerwünschten Impferscheinungen insbesondere Fieber bei Kombination mit anderen Impfstoffen und das diesbezügliche Verhalten gut instruiert werden. Die dritte Dosis des Säuglings-Impfschemas kann im Alter von 12–18 Monaten zusammen mit der ergänzenden Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A,C,W,Y verabreicht werden, im Sinne eines «Meningokokken-Impfpakets» (siehe nachfolgendes Kapitel: Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen ACWY).

Nachholimpfungen gegen Meningokokken der Serogruppe B werden bis 1 Tag vor dem 5. Geburtstag (<5 Jahre) empfohlen.

Empfohlene Impfschemata für die ergänzende Impfung (inkl. Nachholimpfung) gegen Meningokokken der Serogruppe B von Säuglingen und Kleinkindern mit 4CMenB

Ergänzende Impfung

- *Impfbeginn < 12 Monate:* 3 Dosen, je eine Impfdosis im Alter von 3, 5 und 12–18 Monaten. Minimalabstand 2 Monate zwischen den ersten beiden Dosen, 3. Dosis frühestens ab Alter 12 Monate mit Minimalabstand 6 Monate zwischen Dosis 2 und 3

Nachholimpfung bis Alter < 5 Jahre

- *Impfbeginn 12–23 Monate:* 3 Dosen. Minimalabstand 2 Monate zwischen ersten beiden Dosen und 12 Monate zwischen Dosis 2 und 3
- *Impfbeginn 24–59 Monate (bis < 5 Jahre):* 2 Dosen (Mindestabstand 1 Monat)

Spezifische Risikogruppen-Empfehlungen, siehe Kapitel 3.1.

j) Meningokokken der Serogruppen A,C,W,Y für Kleinkinder (ergänzende Impfung)

In der Schweiz wurde im Zeitraum 2011–2020 durchschnittlich fast 60 % der Fälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME), für die die Serogruppen bekannt waren, durch die Serogruppen C, W, Y verursacht [13]. Ein grosser Anteil der IME-Fälle betrifft Säuglinge und Kleinkinder.

Seit 2024 wird die ergänzende Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y Kleinkindern aufgrund der erweiterten Alterszulassung von MCV-ACWY-Impfstoffen im Alter 12–18 Monaten empfohlen. Dies um Kleinkinder optimal vor selten auftretenden aber häufig schwerwiegend verlaufenden IME durch diese Serogruppen zu schützen.

Empfohlenes Impfschema für die ergänzende Impfung (inklusive Nachholimpfung) gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y von Kleinkindern mit MCV-ACWY

Ergänzende Impfung

- Alter 12–18 Monate: 1- oder 2-Dosenschema in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff. Bei 2-Dosenschema mit einem Minimalintervall von 2 Monaten
- Die Impfung kann gleichzeitig mit der im selben Altersfenster empfohlenen 3. Dosis 4CMenB verabreicht werden («Meningokokken-Impfpaket») [13]

Nachholimpfung (bis Alter < 5 Jahre)

- 1- oder 2-Dosenschema in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff. Bei 2-Dosenschema bis 23 Monate mit einem Minimalintervall von 2 Monaten. Ab Alter 24 Monate für beide Impfstoffe 1-Dosenschema.

Spezifische Risikogruppen-Empfehlungen, siehe Kapitel 3.1.

k) Masern, Mumps und Röteln (MMR) (Basisimpfung)
Im Hinblick auf das Ziel der Masern- und Rötelnelimination in der Schweiz wie auch weltweit (Ziel der WHO), sind Ärztinnen und Ärzte weiterhin aufgefordert, alle notwendigen Anstrengungen zu unternehmen, um Säuglinge und Kleinkinder zeitgerecht zu impfen.

Seit 2019 wird die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln mit einer 1. Dosis im Alter von 9 Monaten und der 2. Dosis im Alter von 12 Monaten für alle Säuglinge empfohlen [14]. Vorzugsweise soll seit 2023 generell ein quadrivalenter Impfstoff (MMRV), der zusätzlich auch gegen Varizellen schützt, verwendet werden (*siehe nachfolgendes Kapitel*) [15].

Für Säuglinge mit Exposition zu einem Masernfall, bei einem lokalen Ausbruch, einer Epidemie in ihrer Umgebung oder bei einer Reise in ein Epidemiegebiet wird die erste MMR-Dosis (ohne gleichzeitige Varizellen-Impfung) bereits ab dem Alter von 6 Monaten empfohlen. Dosen, die vor dem Alter von 9 Monaten verabreicht werden, werden nicht gezählt. Im Fall einer MMR-Impfung im Alter von 6 bis 8 Monaten sind somit für einen vollständigen Schutz insgesamt drei Dosen erforderlich. In dieser Situation erfolgt die 2. Dosis mit 9 Monaten (minimal 4 Wochen nach der 1. Dosis) und die 3. Dosis mit 12 Monaten (2. und 3. Dosis vorzugsweise mit einem MMRV-Impfstoff).

l) Varizellen (Basisimpfung)

Seit 2023 wird die Impfung gegen Varizellen als Basisimpfung für alle Säuglinge empfohlen (2 Impfdosen) [15]. Wie die MMR-Impfung erfolgt auch die 1. Impfdosis gegen Varizellen im Alter von 9 Monaten und die 2. Dosis im Alter von 12 Monaten. Dies soll vorzugsweise mit einem kombinierten, quadrivalenten MMRV-Impfstoff erfolgen. Alternativ kann (z. B. bei fehlender Verfügbarkeit von MMRV-Impfstoffen) gleichzeitig mit einem MMR-Impfstoff und einem VZV-Impfstoff an 2 verschiedenen Injektionsstellen geimpft werden (Applikationsort je auf linker und rechter Körperseite; oder gleiche Extremität mit Abstand von mindestens 2,5 cm).

Impfziel: Durch die Varizellen-Impfung von allen Säuglingen sollen diese nicht nur vor einer Varizellen-Erkrankung geschützt werden, sondern langfristig auch vor einem später im Leben auftretenden Herpes Zoster (Gürtelrose) [17, 18]. Internationale Erfahrungen in mindestens 45 Ländern, welche die generelle Impfung von Säuglingen gegen Varizellen seit vielen Jahren empfehlen, zeigen, dass eine routinemässige Impfempfehlung gegen Varizellen und eine dadurch verringerte Zirkulation von Wildviren nicht zu einem Anstieg der Herpes-Zoster-Inzidenz führt. Zusätzlich erleichtern die in der Schweiz seit 2007 zugelassen und verfügbaren kombinierten MMRV-Impfstoffe die Impfung für die Kinder, deren Eltern und die Ärzteschaft [15].

1.2 Alter 4–10 Jahre

a) Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis (Basisimpfungen)

Im Alter von 4–7 Jahren wird eine Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis mit einem DTP_a-IPV-Kombinationsimpfstoff empfohlen. Diese Auffrischimpfung sollen alle Kinder unabhängig vom angewendeten Impfschema im ersten Lebensjahr erhalten, möglichst mit Eintritt in die obligatorische Primarstufe.

Im Falle eines Versorgungsengpasses mit DTP_a-IPV-Kombinationsimpfstoffen wird seit 2015 für die Auffrischimpfung auch die Verwendung von dTp_a-IPV-Kombinationsimpfstoffen mit reduzierter Diphtherietoxoid- und Pertussisantigenendosis empfohlen, wenn die Kinder bisher gemäss Impfplan *vollständig geimpft** wurden. Dies ermöglicht eine grössere Flexibilität bei Versorgungsengpässen.

* *Vollständig* DTP_a-IPV *geimpft* bis zum Alter von 4 Jahren entspricht:

- *total 4 Dosen* DTP_a-IPV (Hib-HBV), wenn die 1. Dosis vor dem Alter von 6 Monaten **und** wenn mit einem «3+1»-Impfschema geimpft wurde (3 Dosen vor dem Alter von 12 Monaten, 4. Dosis im 2. Lebensjahr);
- *total 3 Dosen* DTP_a-IPV (Hib-HBV), wenn die 1. Dosis ab dem Alter von 6 Monaten **oder** ab dem Alter von 2 Monaten mit dem «2+1»-Impfschema geimpft wurde.

Zu IPV: Die Impfung mit mindestens drei IPV-Impfdosen wird mit Langzeitschutz in Verbindung gebracht [16], so dass es nach der Auffrischimpfung im Alter von 4–7 Jahren keiner weiteren IPV-Impfungen bedarf, solange kein Expositionsrisiko besteht [19].

Eine *vollständige Polio-Impfung* im Kindesalter beinhaltet:

- *total 5 Dosen*, wenn Erhalt von 3 Dosen im ersten Lebensjahr («3+1»-Impfschema) und 2 Dosen ausserhalb des ersten Lebensjahres.
- *total 4 Dosen*, wenn Erhalt von 2 Dosen im ersten Lebensjahr («2+1»-Impfschema) und 2 Dosen ausserhalb des ersten Lebensjahres.

1.3 Alter 11–15 Jahre

a) Diphtherie, Tetanus und Pertussis (Basisimpfung)

Im Alter von 11–15 Jahren wird allen Jugendlichen eine Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis mit einem dTp_a-Impfstoff empfohlen [20].

b) Hepatitis B (Basisimpfung)

Obwohl die Hepatitis-B-Impfung seit 2019 bevorzugt im Säuglingsalter empfohlen wird, wird sie weiterhin auch ungeimpften Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren ausdrücklich empfohlen. Die Impfung erfolgt entweder mit 3 Dosen eines monovalenten Kinder-Impfstoffes zu den Zeitpunkten 0, 1, 6 Monaten oder mit 2 Dosen eines monovalenten Erwachsenen-Impfstoffes zu den Zeitpunkten 0 und 4–6 Monaten. Das 2-Dosenschema mit einem Erwachsenen-Impfstoff kann ohne Altersbeschränkung angewendet werden, wenn die erste Dosis zwischen dem 11. und dem 16. Geburtstag verabreicht wurde.

c) Durch HPV verursachte Krankheiten (Basisimpfung)

Die Impfung gegen durch HPV verursachte Krankheiten wird seit 2007 empfohlen. Zunächst galt diese insbesondere zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebsvorstufen und -krebs [21]. Mit der zunehmenden Evidenz sowie steigenden Inzidenzen anderer HPV-assoziiierter Krebserkrankungen (oropharyngeal, anogenital), gilt die Basisimpfung neu gleichermassen für Mädchen und Jungen zum Schutz vor HPV-assoziierten Erkrankungen [22]. Das Impfziel wird von 80 % auf 90 % für die Basisimpfung von Mädchen und Jungen bis zum Alter von 14 Jahren erhöht. Dies ist konform mit der *WHO Cervical Cancer Elimination Strategie*.

Der 9-valente HPV-Impfstoff schützt gegen HPV-6, -11, -16, -18, -31, -33, -45, -52, -58 und weist eine sehr hohe spezifische Wirksamkeit je nach HPV-Typ von bis zu 90 % auf [23]. Die Dauer des Impfschutzes beträgt mindestens 10 Jahre.

Zur optimalen Wirksamkeit sollte die Impfung, wenn möglich, vor Beginn der sexuellen Aktivität abgeschlossen sein. Wenn eine Infektion bereits vor der Impfung erfolgte, so schützt letztere immer noch gegen die anderen im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen. Die Impfung kann zudem vor Reinfektionen schützen [24]. Sie ist somit auch nach Aufnahme der sexuellen Aktivität noch indiziert.

Es gelten folgende Impfprinzipien:

- Ein Schema mit 2 Impfdosen kann bei Jugendlichen im Alter von 11–14 Jahren angewendet werden. Voraussetzung für das 2-Dosenschema ist, dass die erste Dosis vor dem 15. Geburtstag erfolgt [21, 23]. Das empfohlene Intervall zwischen den beiden Impfdosen beträgt 6 Monate.
- Erfolgt die erste HPV-Impfung mit 15 Jahren oder später sowie bei Jugendlichen (11–14 Jahre) mit einer Immunschwäche (bedingt durch Krankheit oder Medikamente) ist ein Impfschema mit 3 Dosen (0, 2, 6 Monate) indiziert [22].
- Der HPV-Impfstoff kann gleichzeitig mit allen anderen gegebenenfalls indizierten Impfstoffen verabreicht werden, einschliesslich des HBV-Impfstoffs (entgegen den Angaben in der Fachinformation).

Ein Nachholen der Basisimpfung wird allen Jugendlichen (ungeimpft oder unvollständig geimpft) im Alter von 15–19 Jahren (bis zum 20. Geburtstag) empfohlen (*siehe Kapitel 2*).

d) Meningokokken der Serogruppen A,C,W,Y und B für Jugendliche (ergänzende Impfung)

Unabhängig davon, ob als Kleinkind bereits geimpft oder nicht, wird die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A,C,W,Y und seit 2024 die Impfungen gegen Serogruppe B allen Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren als ergänzende Impfung empfohlen [13].

In den letzten Jahren (2011–2020) waren fast alle der Fälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME) in der Schweiz, für die die Serogruppen bekannt waren, durch die Serogruppen B, C, W oder Y verursacht. Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren haben nach den Säuglingen die zweithöchste altersspezifische Inzidenz in der Schweiz und erkranken somit überproportional häufig an einer IME [13].

Impfziel ist ein optimaler individueller Schutz von Jugendlichen vor selten auftretenden aber häufig schwerwiegend verlaufenden IME durch diese Serogruppen.

Impfschema für die ergänzende Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A,C,W,Y mit MCV-ACWY (Jugendliche im Alter 11–15 Jahre)

- 1 Impfdosis

Impfschema für die ergänzende Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen B mit 4CMenB (Jugendliche im Alter 11–15 Jahre)

- 2 Dosen 4CMenB (Minimalintervall 1 Monat).

Beide Impfungen können gleichzeitig, auch gleichzeitig mit allen anderen in dieser Altersgruppe empfohlenen Impfungen, verabreicht und bis zum 20. Geburtstag nachgeholt werden [13].

1.4 Alter 16–64 Jahre

a) Diphtherie, Tetanus und Pertussis (Basisimpfung)

Für Personen im Alter von 16–64 Jahren mit vollständiger Grundimmunisierung wird eine Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis im Alter von 25 Jahren mit einem dTp_a-Kombinationsimpfstoff empfohlen [20]. Weitere Auffrischimpfungen gegen Diphtherie und Tetanus sollen im Alter von 45 und 65 Jahren erfolgen [25]. Dies entspricht einem Intervall von 10 Jahren zwischen zwei dT-Impfungen im Alter von 16–24 Jahren und von 20 Jahren im Alter von 25–64 Jahren. Dabei bestimmt das Alter bei Verabreichung einer Auffrischimpfung das Intervall zur nächsten Impfung: wurde eine dT-Impfdosis im Alter von 16–24 Jahren verabreicht, so wird die nächste Auffrischimpfung 10 Jahre später empfohlen respektive 20 Jahre später, wenn die Impfung im Alter von 25–64 Jahre erfolgte.

Liegt eine Risikosituation vor (z. B. bekannte Exposition mit einem Diphtherie-Fall, Aufenthalt in hochendemischen Diphtheriegebieten, begrenzter Zugang zu medizinischer Versorgung) kann ein kürzeres Intervall als 10 resp. 20 Jahre zwischen zwei dT-Impfungen indiziert sein.

Eine gegen Pertussis bisher ungeimpfte 25-jährige Person erhält ebenfalls eine dTp_a-Impfdosis (Minimalintervall zur letzten Tetanus-Dosis: 2 Jahre oder kürzer bei Risikosituation, *siehe Kapitel 3.1*).

Gegen Pertussis werden ab 26 Jahren regulär keine Auffrischimpfungen mehr empfohlen. Es gelten jedoch in jedem Alter besondere Empfehlungen für Personen, welche regelmässigen Kontakt zu Säuglingen < 6 Monate aufweisen (z. B. werdende Eltern, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Grosseltern), um junge Säuglinge indirekt zu schützen (*siehe Kapitel 3.1*).

b) Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) bei 20- bis 26-jährigen jungen Erwachsenen (ergänzende Impfung)

Die Impfung gegen HPV erfolgt für alle Zielgruppen mit dem 9-valenten Impfstoff, welcher Schutz vor den HPV-Typen 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 induziert. Mit dem 2- oder 4-valenten HPV-Impfstoff begonnene Impfungen werden mit dem 9-valenten Impfstoff vervollständigt [23].

Impfschema für die ergänzende Impfung gegen HPV (junge Erwachsene im Alter von 20–26 Jahren, erste Dosis vor dem 27. Geburtstag)

- 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 2 und 6 Monate.

Die HPV-Impfung ist bei jungen Erwachsenen von 20–26 zum optimalen individuellen Schutz als ergänzende Impfung empfohlen, falls noch keine Impfung im Jugendalter stattgefunden hat [22]. Es sind 3 Impfdosen zu den Zeitpunkten 0, 2 und 6 Monate indiziert. Junge Erwachsene, die bereits

Geschlechtsverkehr hatten, sollen ebenfalls geimpft werden, denn der Impfstoff wirkt gegen jene HPV-Typen, mit welchen noch keine Infektion stattgefunden hat und schützt zudem vor Reinfektionen [24]. Der Nutzen der Impfung nimmt jedoch mit der Anzahl Geschlechtspartner vor der Impfung ab, da das Risiko steigt, sich bereits mit einem oder mehreren impfverhütbaren HPV-Typen angesteckt zu haben (daher soll die Impfung vorzugsweise bei 11–14-Jährigen erfolgen).

1.5 Alter ≥ 65 Jahre

a) Diphtherie und Tetanus (Basisimpfung)

Für ≥ 65 -Jährige mit vollständiger Grundimmunisierung gegen Diphtherie und Tetanus (mindestens 3 Impfdosen) wird eine Auffrischung im Alter von 65 Jahren und anschliessend je eine Impfdosis alle 10 Jahre empfohlen [25]. Aufgrund der reduzierten Persistenz von Antikörpern bei betagten Menschen beträgt das empfohlene Intervall zwischen dT-Impfungen ab dem Alter von 65 Jahren 10 und nicht 20 Jahre. Wenn eine Impfdosis vor dem Alter von 65 Jahren verabreicht wurde, gilt ein Intervall von 20 Jahren bis zur nächsten Auffrischung.

b) Herpes Zoster (ergänzende Impfung)

Immunkompetente Personen ab dem Alter von 65 Jahren profitieren von der Impfung gegen Herpes Zoster, da in dieser Altersgruppe die Häufigkeit und der Schweregrad von Herpes-Zoster-Erkrankungen sowie deren Komplikationen erhöht ist [26].

Impfschema für die ergänzende Impfung gegen Herpes Zoster

- *Immunkompetente Personen im Alter von 65 Jahren und älter:* 2 Dosen des adjuvantierten Subunit-Impfstoffs (Shingrix®) zu den Zeitpunkten 0 und 2 Monate. Dies gilt auch für Personen, die zuvor den attenuierten Lebendimpfstoff (Zostavax®) erhalten haben.
- *Empfohlener Mindestabstand zwischen einer früheren Dosis des attenuierten Lebendimpfstoffes und der ersten Dosis des inaktivierten adjuvantierten Subunit-Impfstoffs:* 2 Monate.
- Eine aktive Herpes Zoster-Episode sollte abgeheilt sein, bevor man mit der Impfung mit dem adjuvantierten Subunit-Impfstoff beginnt.

Seit 2022 steht ein adjuvantierter Subunit-Impfstoff (Shingrix®) gegen Herpes Zoster zur Verfügung, welcher für die ergänzende Impfung empfohlen wird [26]. Diese wird unabhängig davon empfohlen, ob die Person in der Vergangenheit Varizellen und/oder bereits einen Zoster hatte oder

bereits gegen Herpes Zoster mit dem Lebendimpfstoff (Zostavax®) geimpft worden ist. Es ist nicht notwendig, vor der Impfung gegen Herpes Zoster serologisch die Immunität gegen das Varizella-Zoster-Virus zu testen.

Zu beachten gilt, dass die Impfung gegen Herpes Zoster weder zur Prävention von Varizellen noch zur Behandlung von Herpes Zoster oder der postherpetischen Neuralgie geeignet ist.

Empfehlungen für Risikopersonen, *siehe Kapitel 3.1.*

c) Influenza, saisonal (ergänzende Impfung)

Die jährliche Impfung gegen saisonale Influenza wird Personen im Alter von ≥ 65 Jahre als ergänzende Impfung primär für den individuellen Schutz empfohlen. Personen im Alter ≥ 65 Jahre haben ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf. Die Impfung soll vorzugsweise zwischen Mitte Oktober und dem Beginn der Grippewelle erfolgen. Für alle ≥ 75 -Jährigen und 65–74-Jährige mit zusätzlichem Risikofaktor (*siehe Kapitel 3.1*) ist der Hochdosisimpfstoff gegenüber einem Standardimpfstoff vorzuziehen.

d) Pneumokokken (ergänzende Impfung)

Seit 2024 wird allen Personen im Alter von ≥ 65 Jahre eine einmalige Impfdosis mit einem zugelassenen und vergüteten konjugierten Pneumokokken-Impfstoff (PCV) als ergänzende Impfung empfohlen [27]. Im Herbst 2025 wurde mit PCV21 ein weiterer höher valenter Impfstoff zusätzlich zu PCV15 und PCV20 für Erwachsene im Alter ≥ 65 Jahre zugelassen. **PCV20 oder PCV21** werden als gleichwertige Impfstoffoptionen empfohlen [2].

Aktueller Stand der empfohlene PCV pro Altersgruppe, siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch.

Impfziel der altersabhängigen ergänzenden Impfung ist der individuelle Schutz vor IPE und vor ambulant erworbenen Pneumokokken-Pneumonien. Letztere machen anzahlmässig den grössten Teil der schweren Pneumokokken-Erkrankungen aus. Personen im Alter von ≥ 65 Jahren sind im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am stärksten von Pneumokokken-Erkrankungen betroffen und das Alter ≥ 65 Jahre ist dabei ein unabhängiger Risikofaktor. Eine oder mehrere Grunderkrankungen erhöhen das Risiko für schwere Pneumokokken-Erkrankungen bei Personen ≥ 65 Jahre zusätzlich.

Die Wirksamkeit von 1 Dosis PCV bei ≥ 65 -Jährigen liegt bei 75 % gegen IPE und bei 46 % gegen Pneumokokken-Pneumonien, welche durch die im Impfstoff abgedeckten Serotypen verursacht werden [27].

Impfschema und aktuell empfohlene Impfstoffe, siehe Seite 16.

Impfschema und aktuell empfohlene Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe (PCV) [2] für die ergänzend empfohlene Impfung gegen Pneumokokken von Personen ≥ 65 Jahre

- *Bisher keine PCV-Impfdosis erhalten:* 1 Dosis mit PCV20 oder PCV21 (gleichwertige Impfstoffoptionen)

Zur Abdeckung der zusätzlichen Serotypen (**nicht** als Auffrischimpfung) wird bereits PCV13- oder PCV15-geimpften Personen im Alter von ≥ 65 Jahren eine einmalige ergänzende Dosis mit folgenden Impfstoffen empfohlen:

- *Bisher nur mit PCV13 geimpft:* 1 Dosis mit PCV21 oder PCV20, wenn die PCV13-Impfdosis ≥ 1 Jahr zurückliegt.
- *Bereits mit PCV15 geimpft:* 1 Dosis mit PCV21, wenn die PCV15-Impfdosis ≥ 1 Jahr zurückliegt.
- *Bereits höher valenter PCV als PCV15 im Alter von ≥ 65 Jahren erhalten:* aktuell keine weitere PCV-Impfdosis empfohlen.

Seit 2014 wird der 23-valente Polysaccharidimpfstoff (PPV23) nicht mehr empfohlen.

- *Nur Polysaccharidimpfstoff (PPV23) bisher erhalten (vor ≥ 12 Monaten):* 1 Dosis mit einem der höher valenten PCV.

Aktueller Stand der empfohlenen PCV pro Altersgruppe, siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch.

e) SARS-CoV-2 (Covid-19, ergänzende Impfung)

Die Impfung gegen Covid-19 wird jährlich im Herbst/Winter (idealerweise zwischen Mitte Oktober und Dezember) für alle Personen ab 65 Jahren als ergänzende Impfung empfohlen [28].

Impfziel ist der individuelle Schutz von Personen im Alter ≥ 65 Jahre vor einem altersbedingt erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf einer SARS-CoV2-Infektion. Die Impfung umfasst eine Dosis und erfolgt frühestens sechs Monate nach der letzten Impfung gegen Covid-19 oder bestätigten Infektion mit SARS-CoV-2. Die Empfehlung gilt unabhängig von der Anzahl bereits erhaltener Impfdosen und/oder durchgemachten SARS-CoV-2-Infektionen.

Falls verfügbar, wird präferentiell ein Impfstoff empfohlen, der an die zirkulierenden Varianten angepasst ist.

2 Nachholimpfung von empfohlenen Basis- und ergänzenden Impfungen

Nachholimpfungen sind für alle empfohlenen Basisimpfungen angezeigt: ggf. fehlende Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis (in jedem Alter), gegen *Haemophilus influenzae* Typ b und Pneumokokken bei Kindern (bis zum 5. Geburtstag), gegen Masern, Mumps und Röteln (für alle nach 1963 geborenen Personen), gegen Varizellen (für nicht-immune ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Personen jünger als 40 Jahre), gegen Hepatitis B (bei allen Jugendlichen < 16 Jahre und altersunabhängig bei

Erwachsenen mit Expositionsrisiko) und gegen HPV (bis zum 20. Geburtstag).

Nachholimpfungen werden für die folgenden ergänzenden Impfungen empfohlen: ggf. fehlende Impfung gegen Meningokokken B und ACWY (bis zum 5. bzw. bis zum 20. Geburtstag) sowie gegen Pneumokokken bei ≥ 65 -Jährigen (wenn noch nicht mit einem höher valenten Konjugatimpfstoff geimpft).

2.1 Nachholimpfschemata für ungeimpfte Kinder und Erwachsene (vgl. Tabelle 2)

Verspätete Impfungen stellen ein ernsthaftes Risiko für Säuglinge dar, insbesondere im Falle von Pertussis, invasive Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* Typ b und Pneumokokken.

Der einzige in der Schweiz zugelassene bivalente Impfstoff gegen Diphtherie und Tetanus zur Impfung von Jugendlichen und Erwachsenen ist nicht erhältlich. Ersatzempfehlungen für den dT-Impfstoff [29] wurden auf der Website des BAG unter der folgenden Adresse veröffentlicht: www.bag.admin.ch/de/impfstoffversorgung

Empfohlene Nachholimpfungen mit DTP_a-IPV(Hib-HBV)- bzw. dTp_a-IPV-Kombinationsimpfstoffen für ungeimpfte Kinder und Erwachsene in Abhängigkeit des Alters zum Zeitpunkt der ersten Impfung (vgl. auch Tabelle 2) sind wie folgt:

- **Impf-Beginn im Alter von 3–5 Monaten:** 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 2 und 8 Monate (DTP_a-IPV-Hib-HBV); 4. Dosis mit 4–7 Jahren (DTP_a-IPV oder dTp_a-IPV); 5. Dosis mit 11–15 Jahren (dTp_a).
- **Impf-Beginn im Alter von 6–11 Monaten:** 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 1 und 8 Monate (DTP_a-IPV-Hib-HBV); 4. Dosis mit 4–7 Jahren (DTP_a-IPV oder dTp_a-IPV); 5. Dosis mit 11–15 Jahren (dTp_a).
- **Impf-Beginn im Alter von 12–14 Monaten:** 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 2 (DTP_a-IPV-Hib) und 8 Monate (DTP_a-IPV); 4. Dosis mit 4–7 Jahren (DTP_a-IPV oder dTp_a-IPV); 5. Dosis mit 11–15 Jahren (dTp_a).
- **Impf-Beginn im Alter von 15 Monaten–4 Jahren:** 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0 (DTP_a-IPV-Hib), 2 und 8 Monate (DTP_a-IPV); 4. Dosis mit 4–7 Jahren (DTP_a-IPV oder dTp_a-IPV) frühestens 2 Jahre nach der 3. Dosis; 5. Dosis mit 11–15 Jahren (dTp_a).
- **Impf-Beginn im Alter von 5–7 Jahren:** 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 2 und 8 Monate (DTP_a-IPV); 4. Dosis mit 11–15 Jahren (dTp_a-IPV) frühestens 2 Jahre nach der 3. Dosis.
- **Impf-Beginn im Alter von 8–10 Jahren:** 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 2 (dTp_a-IPV) und 8 Monate (dT-IPV ohne Pertussis); 4. Dosis im Alter von 11–15 Jahren (dTp_a-IPV) frühestens 2 Jahre nach der 3. Dosis.
- **Impf-Beginn im Alter von 11–25 Jahren:** 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0 (dTp_a-IPV), 2 und 8 Monate (dT-IPV).
- **Ab Alter ≥ 26 Jahre:** 3 Dosen (dT(p_a)-IPV) zu den Zeitpunkten 0, 2, 8 Monate, die erste Dosis als dTp_a-IPV bei Kontakt mit Säuglingen < 6 Monaten, die folgenden beiden Dosen als dT-IPV. Weitere dT-Auffrischimpfungen alle 20 Jahre bis zum 65. Geburtstag und danach alle 10 Jahre.

Nachholimpfungschema gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
Nachholimpfungen gegen Hib sind bis zum 5. Geburtstag empfohlen. Die Anzahl der Dosen hängt vom Alter zum Zeitpunkt der ersten Impfung ab:

- Beginn mit **3–5 Monaten**: 2 Dosen im Abstand von 2 Monaten + 1 Auffrischdosis prinzipiell mit 12 Monaten aber mit einem Mindestabstand von 6 Monaten zwischen 2. und 3. Dosis.
- Beginn mit **6–11 Monaten**: 2 Dosen im Abstand von 1 Monat + 1 Auffrischdosis mit einem Mindestabstand von 6 Monaten zwischen 2. und 3. Dosis.
- Beginn mit **12–14 Monaten**: 2 Dosen im Abstand von 2 Monaten,
- Beginn mit **15–59 Monaten** (<5 Jahre): 1 Dosis.

Pneumokokken-Nachholimpfungschema bei Kindern < 5 Jahre
Nachholimpfungen mit einem für die Altersgruppen zugelassenen und vergüteten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff sind bis zum 5. Geburtstag empfohlen. Aktueller Stand der empfohlenen Impfstoffe pro Zielgruppe, siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch.

Die Anzahl der Dosen hängt vom Alter zum Zeitpunkt der ersten Impfung ab:

- Beginn mit **3–5 Monaten**: 2 Dosen im Abstand von 2 Monaten + 1 Auffrischdosis prinzipiell mit 12 Monaten aber mit einem Mindestabstand von 6 Monaten zwischen 2. und 3. Dosis.
- Beginn mit **6–11 Monaten**: 2 Dosen im Abstand von 1 Monat + 1 Auffrischdosis mit einem Mindestabstand von 6 Monaten zwischen 2. und 3. Dosis.
- Beginn mit **12–23 Monaten**: 2 Dosen im Abstand von 2 Monaten.
- Beginn mit **24–59 Monaten** (<5 Jahre): 1 Dosis.

HPV-Nachholimpfung

Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren, die nicht oder unvollständig gegen HPV geimpft sind, wird empfohlen, die HPV-Nachholimpfung mit dem 9-valenten Impfstoff nachzuholen [23]. Die vollständige Impfung umfasst in diesem Alter drei Dosen mit dem Schema 0, 2 und 6 Monate. Falls das Impfschema unvollständig ist, können die fehlenden Impfdosen mit dem 9-valenten Impfstoff vervollständigt werden, unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Impfdosis (unter Berücksichtigung der minimalen Abstände von 1 Monat zwischen 1. und 2. Dosis sowie 4 Monaten zwischen 2. und 3. Dosis).

MMR-Nachholimpfung

MMR-Nachholimpfungen werden allen nach 1963 geborenen Personen empfohlen [14]: sie sind wichtig für das gesetzte Ziel der Masernelimination in der Schweiz sowie weltweit. Vor 1964 geborene Personen haben Masern mit grösster Wahrscheinlichkeit durchgemacht und sind immun, die Impfung ist deshalb nicht mehr angezeigt. Die Nachholimpfung bei Ungeimpften umfasst immer 2 MMR-Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen. Insgesamt sollen 2 Dosen für jede der 3 Impfstoffkomponenten dokumentiert sein. Diese Empfehlung gilt insbesondere auch für das Medizinal- und Pflegepersonal, zum eigenen Schutz und zum Schutz der Patientinnen und Patienten. In Spitälern besteht zudem das Risiko nosokomialer Infektionen. Eine bestehende Immunität gegen Masern, Mumps oder Röteln stellt keine Kontraindikation für eine MMR-Impfung dar. Die zum Impfzeitpunkt allenfalls vorhandenen

Antikörper neutralisieren umgehend die Impfviren. Im Gegensatz zur Dokumentation des Impfstatus (2 Dosen) wird eine serologische Kontrolle der «Immunität» nach der Impfung nicht empfohlen (falsch negative Ergebnisse sind häufig, die Routine-Labormethoden meist nicht geeignet zur Überprüfung von Impfmunität). Ist gleichzeitig eine Varizellen-Impfung angezeigt, soll vorzugsweise ein quadrivalenter MMRV-Impfstoff genutzt werden [15].

Varizellen-Nachholimpfung

Eine Nachholimpfung ist empfohlen für alle Erwachsenen (<40 Jahre) und seit 2023 auch für alle ungeimpften bzw. unvollständig geimpften Kinder und Jugendlichen, welche die Varizellen anamnestisch nicht durchgemacht haben [15]. Die Impfung erfordert für ungeimpfte Personen in jedem Alter 2 Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen und für bislang einmal Varizellen-geimpften Personen eine weitere Impfdosis.

Es wird im Allgemeinen keine VZV-Serologie empfohlen, weder vor noch nach einer Varizellen-Impfung, auch nicht bei Nachholimpfungen. Einzig bei Unklarheiten hinsichtlich der Varizellenanamnese und/oder früherer Impfungen kann eine Varizellen-IgG-Serologie zur Klärung des Immunstatus bei immungeschwächten Personen oder in speziellen Situationen (z. B. Erwachsene mit hoher Wahrscheinlichkeit für Immunität) in Betracht gezogen werden.

Bei noch nicht gegen Masern, Mumps und Röteln geimpften Personen soll die Varizellen-Nachholimpfung möglichst mittels einem kombinierten, quadrivalenten MMRV-Impfstoff erfolgen.

Für nicht-immune Personen ab 40 Jahren kann in bestimmten Risikosituationen eine Varizellen-Impfung empfohlen sein (siehe Kap. 3.1, Punkt n).

Besondere Beachtung der Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter gegen Röteln, Masern, Mumps und Varizellen

Da Impfungen mit Lebendimpfstoffen (MMR/VZV/MMRV) in der Schwangerschaft kontraindiziert sind, ist der Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Frauen im gebärfähigen Alter besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Alle Frauen im gebärfähigen Alter ohne nachgewiesene zweimalige MMR-Impfung und/oder ohne positive Varizellen-Krankheitsanamnese oder Nachweis einer früheren zweimaligen Varizellenimpfung sollen **vor** einer Schwangerschaft systematisch geimpft werden. Anamnestische Angaben zu einer Impfung oder zu durchgemachten Krankheiten (Röteln, Masern, Mumps) sind im Gegensatz zu Varizellen nicht zuverlässig und dürfen nicht berücksichtigt werden [30]. Eine serologische Kontrolle der Immunität nach vollständiger Impfung wird explizit **nicht** empfohlen (teilweise falsch negative Ergebnisse). *Siehe auch Kapitel 3.2.b.*

Tabelle 2

Nachholimpfschemata für ungeimpfte Kinder und Erwachsene (empfohlene Basis- und ergänzende Impfungen)
 Stand 2026

Impfstoff Aktuelles Alter	Anzahl Dosen ¹⁾	Primovakzination (Intervalle, Monate)	Erste Auffrischimpfung (Zeitpunkt nach erster Dosis, Monate)	Nächste Auffrisch- impfungen (Alter)
DTP_a				
3–5 Monate	5	0, 2	8	4–7 Jahre ^{3) 4)} , 11–15 Jahre
6–11 Monate	5	0, 1 ²⁾	8	4–7 Jahre ^{3) 4)} , 11–15 Jahre
12 Monate–3 Jahre	5	0, 2	8	4–7 Jahre ^{3) 4)} , 11–15 Jahre
4–7 Jahre	4	0, 2	8	11–15 Jahre ^{3) 5)}
dTp_a/dT ⁶⁾				
8–10 Jahre	4	0 (dTp _a), 2 (dTp _a)	8 (dT)	11–15 Jahre (dTp _a) ³⁾
11–24 Jahre	3	0 (dTp _a), 2 (dT)	8 (dT)	25 Jahre (dTp _a) ⁵⁾
25 Jahre	3	0 (dTp _a), 2 (dT)	8 (dT)	45 Jahre (dT) ⁵⁾
26–64 Jahre ⁵⁾	3	0 (dT), 2 (dT)	8 (dT)	65 Jahre (dT) ⁵⁾
≥65 Jahre	3	0 (dT), 2 (dT)	8 (dT)	alle 10 Jahre (dT) ⁵⁾
IPV ⁷⁾				
3–5 Monate	4	0, 2	8	4–7 Jahre ^{3) 7)}
6–11 Monate	4	0, 1 ²⁾	8	4–7 Jahre ^{3) 7)}
12 Monate–3 Jahre	4	0, 2	8	4–7 Jahre ^{3) 7)}
4–7 Jahre	4	0, 2	8	11–15 Jahre ^{3) 7)}
8–10 Jahre	4	0, 2	8	11–15 Jahre ^{3) 7)}
≥11 Jahre und Erwachsene	3	0, 2	8	
Hib				
3–5 Monate	3	0, 2	8	
6–11 Monate	3	0, 1	8	
12–14 Monate	2	0, 2		
15–59 Monate (<5 Jahre)	1	0		
≥5 Jahre	0 ⁸⁾			
HBV ⁹⁾				
3–5 Monate	3 ¹⁰⁾	0, 2 ¹⁰⁾	8 ¹⁰⁾	
6–11 Monate	3 ¹⁰⁾	0, 1 ¹⁰⁾	8 ¹⁰⁾	
11–15 Jahre	2 ¹¹⁾	0	4–6	
≥16 Jahre und Erwachsene	3 ¹²⁾	0, 1	6	
Pneumokokken (PCV)				
3–5 Monate	3	0, 2	8	
6–11 Monate	3	0, 1	8	
12–23 Monate	2	0, 2		
24–59 Monate (<5 Jahre)	1	0		
5–64 Jahre	0 ¹³⁾			
≥65 Jahre	1 ¹³⁾			
MMR ¹⁴⁾				
12 Monate–18 Jahre	2	0, ≥1		
Erwachsene jünger als Jahrgang 1963. ¹⁵⁾	2	0, ≥1		
Erwachsene Jahrgang 1963 und älter.	0			
Varizellen ^{14) 16)}				
12 Monate–<40 Jahre	2	0, ≥1		
HPV ¹⁷⁾				
15–19 Jahre (Jugendliche)	3	0, 2	6	
Meningokokken B				
4–11 Monate	3	0, 2	8	
12–23 Monate	3	0, 2	14 ¹⁸⁾	
24–59 Monate (<5 Jahre)	2	0, 1		
16–19 Jahre	2	0, 1		
Meningokokken ACWY				
19–59 Monate (<5 Jahre)	1 od. 2 ¹⁹⁾	0, 2		
16–19 Jahre	1			

¹⁾ Anzahl der für einen dauerhaften Schutz notwendigen Dosen oder der durch eine Auffrischimpfung reaktiviert werden kann (dT).

²⁾ Intervall von einem Monat für einen raschen Schutz.

³⁾ Mindestens 2 Jahre nach der letzten Dosis.

⁴⁾ Für Auffrischimpfungen kann ab dem 4. Geburtstag mit einer geringeren Diphtherietoxoid- (d) und Pertussisdosis (p_a) geimpft werden.

- ⁵⁾ Mit 25 Jahren eine einmalige Impfdosis dT_{pa}. Weitere dT-Auffrischimpfungen alle 20 Jahre bis zum Alter von 65 Jahren und danach alle 10 Jahre. Vor Gabe einer dT-Dosis soll ein allfälliger Kontakt zu Säuglingen <6 Monate evaluiert und die Indikation einer Pertussis-Booster-Dosis (dT_{pa}) geprüft werden. Das Nachholen von in der Vergangenheit nicht erfolgten Auffrischimpfungen ist nicht erforderlich. *Reisende*: kürzere Intervalle zwischen dT-Impfungen können je nach Risikosituation indiziert sein (z. B. hochendemische Diphtheriegebiete, begrenzter Zugang zu medizinischer Versorgung).
- ⁶⁾ Erste Nachholimpfdosis immer als dT_{pa} bis 25 Jahre für nicht gegen Pertussis, aber teilweise gegen Diphtherie und Tetanus geimpfte Personen, vgl. *Tabelle 3*.
- ⁷⁾ Zusätzliche Auffrischimpfungen gegen Poliomyelitis sind bei Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko notwendig. Dies betrifft Reisende in Polio-endemische Länder oder in Länder mit einem Poliovirus-Expositionsrisiko (Reise-Impfempfehlungen, siehe www.healthtravel.ch oder [19]) sowie Personen, die mit Polioviren arbeiten.
- ⁸⁾ Ab dem 5. Geburtstag ist eine Impfung nicht mehr indiziert (natürliche Immunität).
- ⁹⁾ Die Hepatitis-B-Impfung ist bevorzugt für Säuglinge mit einem hexavalenten Kombinationsimpfstoff empfohlen. Die Impfung im Alter von 11–15 Jahren bleibt ausdrücklich empfohlen für bisher nicht gegen Hepatitis B geimpfte Kinder.
- ¹⁰⁾ Das angegebene Impfschema gilt für einen hexavalenten Impfstoff. In diesem Alter ist auch die HBV-Basisimpfung mit 3 Dosen eines monovalenten Impfstoffs möglich (Schema 0, 1, 6 Monate).
- ¹¹⁾ Die Impfung von Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren ist mit den für dieses Schema zugelassenen Impfstoffen (Erwachsenendosierung) mit einem 2-Dosenschema (Intervall 4–6 Monate) empfohlen. Die Impfung mit 3 Dosen (Schema 0, 1, 6 Monate) eines monovalenten Impfstoffs in Kinderdosierung ist möglich.
- ¹²⁾ Nachholimpfung für Personen ≥ 16 Jahre mit Expositionsrisiko, *siehe Kapitel 3.1.c*.
- ¹³⁾ Ab dem 5. Geburtstag bis 64 Jahre ist eine Pneumokokkenimpfung bei Personen ohne Risikofaktoren nicht indiziert. Eine Dosis mit PCV20 oder PCV21 wird für alle ≥ 65-Jährigen empfohlen, wenn diese noch nicht mit einem PCV oder nur mit PCV13 geimpft wurden (vor ≥ 1 Jahr). Wurde eine ≥ 65-jährige Person bereits mit PCV15 geimpft, wird eine einmalige ergänzende Impfdosis mit PCV21 empfohlen. Wurde ausschliesslich mit einem Polysaccharid-Impfstoff geimpft (PPV23, seit 2014 nicht mehr empfohlen), wird eine einzelne Dosis mit einem der höher valenten PCV mindestens 12 Monate nach PPV23 empfohlen.
- ¹⁴⁾ Wenn gleichzeitig eine MMR- und Varizellen-Impfung angezeigt ist, soll vorzugsweise ein kombinierter, quadrivalenter MMRV-Impfstoff verwendet werden. Alternativ gleichzeitig mit einem MMR-Impfstoff und einem VZV-Impfstoff an 2 verschiedenen Injektionsstellen impfen (Applikationsort je auf linker und rechter Körperseite; oder gleiche Extremität mit Abstand von mindestens 2,5 cm). Die 2. Dosis soll frühestens im Alter von 12 Monaten und mit einem Minimalintervall von 4 Wochen zur 1. Dosis (vor ≥ 1 Jahr) verabreicht werden.
- ¹⁵⁾ Nachholimpfungen sind für alle nicht geimpften Erwachsenen, die nach 1963 geboren wurden, empfohlen. Die Impfung darf bei bekannter Schwangerschaft nicht verabreicht werden. Ein vorläufiger Schwangerschaftstest ist aber nicht notwendig.
- ¹⁶⁾ Varizellen-Nachholimpfungen werden ungeimpften / unvollständig geimpften Personen bis 39 Jahren empfohlen, welche die Varizellen anamnestic nicht durchgemacht haben. Im Allgemeinen wird keine Varizellen-Serologie empfohlen. Bei unklarer Anamnese / Impfstatus kann eine Serologie bei immungeschwächten Personen oder in speziellen Situationen (z. B. Erwachsene mit hoher Wahrscheinlichkeit für Immunität) in Betracht gezogen werden. Für gewisse Risikosituationen (z. B. BiG) ist die Varizellenimpfung auch für Personen ≥ 40 Jahre ohne Varizellenimmunität (negative Anamnese, negative Serologie) empfohlen.
- ¹⁷⁾ HPV-Nachholimpfungen werden Jugendlichen zwischen 15–19 Jahren empfohlen (3-Dosenschema). Mit einem 2- oder 4-valenten Impfstoff begonnene Impfschemata sollen mit dem 9-valenten Impfstoff vervollständigt werden. Ergänzende Impfempfehlung für junge Erwachsene im Alter zwischen 20–26 Jahren, *siehe Kapitel 1.4*.
- ¹⁸⁾ Impfbeginn Alter 12–23 Monate mit 4CMenB: Mindestabstand 12 Monate zwischen Dosis 2 und 3.
- ¹⁹⁾ Abhängig vom verwendeten MCV-ACWY Impfstoff sind im Alter 19–23 Monate 1 oder 2 Dosen nötig. Ab 24 Monaten beide Impfstoffe 1 Dosis.

Meningokokken-Nachholimpfung

Die Meningokokkenimpfungen bei Säuglingen/Kleinkindern und bei Jugendlichen sind als 2 voneinander unabhängige Impfungen empfohlen. Nachholimpfungen betreffen deshalb nur die jeweilige Altersgruppe, unabhängig von früher erfolgten Impfungen.

Eine Nachholimpfung der im Säuglings- bzw. Kleinkindalter empfohlenen Impfungen gegen Meningokokken der Serogruppen B und ACWY wird bis zum 5. Geburtstag empfohlen. Eine Nachholimpfung der im Alter von 11–15 Jahren empfohlenen Impfungen gegen Meningokokken der Serogruppe B und ACWY wird bis zum 20. Geburtstag empfohlen.

Das Nachholimpfschema entspricht dem regulär empfohlenem Impfschema pro Altersgruppe und verwendeten Impfstoff (*siehe auch Tabelle 2*).

Pneumokokken-Nachholimpfung bei ≥ 65-Jährigen

Wurde eine Person im Alter von ≥ 65 Jahren bisher ausschliesslich mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff geimpft, wird 1 Impfdosis mit einem der höher valenten PCV in einem Mindestabstand von 12 Monaten empfohlen. Wurde eine ≥ 65-jährige Person bisher nur mit PCV13 geimpft, wird eine einmalige ergänzende Dosis mit PCV21 oder PCV20 zur Abdeckung der zusätzlichen Serotypen empfohlen, wenn die PCV13-Impfdosis ≥ 1 Jahr zurück liegt. Wurde eine ≥ 65-jährige Person bereits mit PCV15 geimpft, wird eine einmalige ergänzende Dosis mit PCV21 empfohlen, wenn die PCV15-Impfdosis ≥ 1 Jahr zurück liegt. Aktueller Stand der empfohlenen PCV pro Altersgruppe, *siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch*.

2.2. DTP_a-IPV-Nachholimpfschemata für unvollständig geimpfte Kinder (vgl. *Tabelle 3*)

Situationen, in denen eine Impfung begonnen, aber in der Folge unterbrochen wurde, kommen häufig vor. Bei einer unterbrochenen Impfserie muss **nicht** von vorne begonnen werden. Bei Nachholimpfungen von unvollständig geimpften Kindern sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: das aktuelle Alter, die Anzahl bereits erhaltener Impfdosen und das Alter anlässlich der früheren Impfungen. Die maximale Anzahl nachzuholender Impfdosen liegt nie höher als die Anzahl der Nachholimpfungen bei einer noch nicht geimpften Person gleichen Alters.

Beispiel: Ein 8-jähriges Kind sollte total 5 Dosen DTP_a-IPV erhalten haben, damit eine Impfserie, die im Alter von 2 Monaten und mit 3 Dosen im ersten Lebensjahr begonnen wurde, vollständig ist. Die Anzahl aktuell nachzuholender Impfdosen beträgt aber maximal drei, davon maximal zwei mit einer Pertussiskomponente.

Die Erstellung eines Nachholimpfschemas ist komplex, wenn Impfungen irregulär oder partiell erfolgten. Als Entscheidungshilfe für das Nachholen fehlender Impfungen dienen die Schemata für die Nachholimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis bei unvollständig geimpften Kindern in *Tabelle 3*. Darin wird auch die maximale Anzahl der Nachholimpfungen gegen Pertussis aufgeführt.

Bei unbekanntem Impfstatus wird empfohlen, in Abhängigkeit vom Alter eine erste Dosis DTP_a (-IPV; +/- Hib; +/- HBV) oder dT_{pa} (-IPV) zu verabreichen und danach zur Festlegung des weiteren Vorgehens (0–2 zusätzliche Impfdosen) als Surrogatmarker die Antikörper gegen Tetanustoxin zu bestimmen. Alternativ können diese Personen auch als nicht geimpft betrachtet werden (vgl. *Tabelle 2*).

Kinder, die vollständig gegen Diphtherie und Tetanus, aber nicht oder unvollständig gegen Pertussis geimpft sind, erhalten maximal eine zusätzliche Dosis DTP_a oder dTp_a im Abstand von mindestens einem Monat zur letzten DT/dT-Dosis. Die weiteren Impfungen sind gemäss dem Schema für die Basisimpfungen zu verabreichen (dTp_a mit 11–15 oder mit 25 Jahren).

Jugendlichen, die bereits vollständig mit dT geimpft sind (einschliesslich der Dosis im Alter von 11–15 Jahren), wird eine Pertussisnachholimpfung nur unter folgenden Bedingungen empfohlen: <5 Pertussisimpfdosen (<4 respektive <3, wenn die Primovakzination ab dem Alter von 12 Monaten respektive 4 Jahren begonnen wurde) und keine Pertussisimpfung seit dem Alter von 8 Jahren gegeben wurde und ein Intervall von über 2 Jahren zur letzten dT vorliegt.

Tabelle 3
DTP_a-IPV-Nachholimpfschemata für unvollständig geimpften Kinder

Gilt für Kinder, die mit einem 3+1-Säuglingsimpfschema geimpft wurden.

Für Kinder die nach dem seit 2019 empfohlenen 2+1-Schema geimpft werden, siehe Fussnote 2.

Stand 2026

Impfung Alter	Dosen ¹⁾ (total / max / max P _a)	Intervalle (Monate)	Nächste Auffrischung (Alter)
DTP_a, IPV 6–11 Monate ²⁾ 12–14 Monate ²⁾ ≥ 15 Monate–3 Jahre ²⁾	3 / 3 / 3 ³⁾ 3 / 3 / 3 ³⁾ 4 / 3 / 3 ³⁾	0, 1, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	4–7 Jahre ^{5) 6)} 4–7 Jahre ^{5) 6)} 4–7 Jahre ^{5) 6) 7)}
DTP_a / dT-IPV 4–7 Jahre – 1. Dosis < 6 Monate – 1. Dosis ≥ 6 Monate	5 / 3 / 2 ^{3) 8)} 4 / 3 / 2 ^{3) 8)}	0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	11–15 Jahre ⁹⁾ 11–15 Jahre ⁹⁾
dTp_a / dT-IPV ¹⁰⁾ 8–10 Jahre – 1. Dosis < 6 Monate – 1. Dosis ≥ 6 Monate	5 / 3 / 2 ^{3) 11)} 4 / 3 / 2 ^{3) 11)}	0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	11–15 Jahre ^{7) 9)} 11–15 Jahre ^{7) 9)}
dTp_a / dT-(IPV) 11–15 Jahre – 1. Dosis < 6 Monate – 1. Dosis 6 Monate–3 Jahre – 1. Dosis ≥ 4 Jahre	6 / 3 / 1 ^{3) 12)} 5 / 3 / 1 ^{3) 12)} 4 / 3 / 1 ^{3) 12)}	0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	mit 25 Jahren (dTp _a) ¹³⁾ mit 25 Jahren (dTp _a) ¹³⁾ mit 25 Jahren (dTp _a) ¹⁴⁾

¹⁾ total/max/max P_a = Total der im jeweiligen Alter eigentlich empfohlenen Dosen / Anzahl der im jeweiligen Alter maximal nachzuholenden Dosen (es sind nie mehr Dosen notwendig als bei einer nicht geimpften Person) / Anzahl der im jeweiligen Alter maximal nachzuholenden Dosen gegen Pertussis.

Beispiel: Ein 8-jähriges Kind sollte total 5 Dosen erhalten haben, damit eine Impfung, die im Alter von 2 Monaten begonnen wurde, vollständig ist. Die Anzahl aktuell nachzuholender Impfdosen beträgt aber maximal drei, davon zwei mit einer Pertussiskomponente.

²⁾ Für Kinder, die nach dem seit 2019 empfohlenen 2+1-Schema geimpft wurden, gilt:

– Alter 6–11 Monate: total 2 Dosen, Schema 0,1 Mt, erste Auffrischung Zeitpunkt 8 Monate (hexavalenter Impfstoff). Nächste Auffrischdosis 4–7 Jahre.

– Alter 12 Monate–3 Jahre: 3/3/3 (total/max/maxP_a) Dosen, Intervalle 0, 2, 8 Monate (hexavalenter Impfstoff), nächste Auffrischdosis 4–7 Jahre.

³⁾ Bei unbekanntem Impfstatus wird empfohlen, eine erste Dosis DTP_a / dTp_a zu verabreichen und danach zur Festlegung des weiteren Vorgehens die Antikörper gegen Tetanustoxin zu bestimmen. Alternativ können diese Kinder auch als nicht geimpft betrachtet werden (vgl. Tabelle 2). Kinder, die vollständig gegen Diphtherie und Tetanus, aber nicht gegen Pertussis geimpft sind, sollten maximal eine zusätzliche Dosis DTP_a oder dTp_a erhalten.

⁴⁾ Ein Intervall von 6 Monaten wird vor der Gabe der letzten Dosis empfohlen, um einen langanhaltenden Schutz (Reaktivierung des immunologischen Gedächtnisses) aufzubauen.

⁵⁾ Für Auffrischimpfungen kann ab dem 4. Geburtstag mit einer geringeren Diphtherietoxoid- (d) und Pertussisdosis (p_a) geimpft werden.

⁶⁾ Weitere dTp_a Auffrischimpfungen mit 11–15 Jahren und danach gemäss Basisimpfungen (Tabelle 1). Insgesamt 6 Dosen gegen Pertussis und 5 Dosen gegen Poliomyelitis (wenn die Impfung vor dem Alter von 6 Monaten begonnen wurde). Die Nachholimpfung von in der Vergangenheit nicht erfolgten Auffrischimpfungen ist nicht erforderlich.

⁷⁾ Mindestens 2 Jahre nach der letzten Dosis.

⁸⁾ Kinder, die mit 3 oder weniger Dosen gegen Pertussis geimpft wurden, erhalten 2 Dosen DTP_a (aber nur 1 Dosis, falls vollständig DT-geimpft) sowie 0–1 Dosis der allenfalls fehlenden DT-Impfungen.

⁹⁾ Die Auffrischung wird mit einem dTp_a-Impfstoff durchgeführt. Eine Nachholimpfung gegen Pertussis wird Jugendlichen, welche vollständig gegen dT geimpft sind (einschliesslich der Dosis im Alter von 11–15 Jahren), unter folgenden Bedingungen empfohlen: <5 Pertussis Dosen (<4 respektive <3, wenn die Primovakzination ab dem Alter von 12 Monaten respektive 4 Jahren begonnen wurde) und keine Pertussisimpfung seit dem Alter von 8 Jahren verabreicht wurde und ein Intervall von über 2 Jahren zur letzten dT vorliegt. Insgesamt 5 Impfdosen gegen Poliomyelitis.

¹⁰⁾ Ab dem 8. Geburtstag wird immer mit einer geringeren Diphtherie-Antitoxin- (d) und Pertussisdosis (p_a) geimpft.

¹¹⁾ Kinder, die nur mit 3 oder weniger Dosen gegen Pertussis geimpft wurden, erhalten maximal 2 Dosen dTp_a sowie 0–1 Dosis der allenfalls fehlenden dT-Impfung.

¹²⁾ Kinder, die mit weniger als 5 Dosen gegen Pertussis geimpft wurden, erhalten maximal 1 Dosis dTp_a sowie 0–2 Dosen der allenfalls fehlenden dT-Impfungen.

¹³⁾ Total 5 Dosen gegen Poliomyelitis (3 Dosen, falls Primovakzination ≥ 11 Jahre). Danach dTp_a / dT-Auffrischimpfungen gemäss Basisimpfungen (Tabelle 1). Die Nachholimpfung von in der Vergangenheit nicht erfolgten Auffrischimpfungen ist nicht erforderlich.

¹⁴⁾ Total 4 Dosen gegen Poliomyelitis (3 Dosen, falls Primovakzination ≥ 11 Jahre). Danach dTp_a / dT-Auffrischimpfungen gemäss Basisimpfungen (Tabelle 1). Die Nachholimpfung von in der Vergangenheit nicht erfolgten Auffrischimpfungen ist nicht erforderlich.

2.3 dT(p_a)-IPV-Impfschemata für unvollständig geimpfte Erwachsene oder bei unbekanntem Impfstatus (vgl. Tabelle 4)

Für dT-Nachholimpfungen: mangels eines dT-Impfstoffs auf dT-IPV- bzw. dTp_a(-IPV)-Impfstoffe ausweichen wie in Tabelle 4 und in den dT-Ersatzempfehlungen beschrieben [29], siehe www.bag.admin.ch/de/impfstoffversorgung. Situationen, in denen eine Impfung begonnen, aber in der Folge unterbrochen wurde, kommen häufig vor. Bei einer unterbrochenen Impfserie muss nicht wieder von vorne

begonnen werden. Bei Nachholimpfungen von unvollständig geimpften Erwachsenen (≥ 16 Jahre) müssen die Anzahl bereits erhaltener Impfdosen und teilweise auch das Zeitintervall seit der letzten Dosis (dT-Impfung) berücksichtigt werden.

Tabelle 4 stellt das dT- und dTp_a-Impfschema in Abhängigkeit von Alter, dT-Impfstatus und Intervall seit letzter T-Dosis dar. Erfolgte im Alter von 25 Jahren keine Pertussisimpfung, werden Nachholimpfungen im Erwachsenenalter gegen Pertussis empfohlen, wenn ein regelmässiger Kontakt mit Säuglingen unter 6 Monaten besteht [20].

Tabelle 4

dT(p_a)-IPV-Nachholimpfschemata für unvollständig geimpfte Erwachsene oder bei unbekanntem Impfstatus
Stand 2026

Impfung gegen Diphtherie ¹⁾, Tetanus (dT) ¹⁾, Pertussis (-p_a), und Poliomyelitis (-IPV) ²⁾

	Alter 16–24 Jahre		Alter 25 Jahre		Alter 26–64 Jahre		Alter ≥65 Jahre			
Impfstatus unbekannt	1× dT-IPV*, dann Serologie ³⁾		1× dTp _a -IPV, dann Serologie ³⁾		1× dT-IPV*, dann Serologie ³⁾		1× dT-IPV*, dann Serologie ³⁾			
(d)T-Impfstatus bekannt ⁴⁾ Alter bei 1. Dosis	Intervall seit letzter T-Dosis		Intervall seit letzter T-Dosis		Intervall seit letzter T-Dosis		Intervall seit letzter T-Dosis			
<1 Jahr	Total	<10 Jahre	≥10 Jahre	<2 Jahre	≥2 Jahre	<20 Jahre	≥20 Jahre	<10 Jahre	≥10 Jahre	
	≥6 Dosen	0*	0*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT ²⁾ *	
	5 Dosen	0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT*	
	4 Dosen**	1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT	1× dTp _a -IPV	1× dTp _a -IPV, 1× dT	1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT	1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT	
	3 Dosen**	2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV*		2× dT-IPV*		
	0–2 Dosen	1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV*		3× dT-IPV*		
1–6 Jahre	Total	<10 Jahre	≥10 Jahre	<2 Jahre	≥2 Jahre	<20 Jahre	≥20 Jahre	<10 Jahre	≥10 Jahre	
	≥4 Dosen	0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT*	
	3 Dosen**	1× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV		1× dT-IPV*		1× dT-IPV*		
	2 Dosen**	2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV*		2× dT-IPV*		
	0–1 Dosen	1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV*		3× dT-IPV*		
>6 Jahre	Total	<10 Jahre	≥10 Jahre	<2 Jahre	≥2 Jahre	<20 Jahre	≥20 Jahre	<10 Jahre	≥10 Jahre	
	≥3 Dosen	0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT*	
	2 Dosen	1× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV		1× dT-IPV*		1× dT-IPV*		
	1 Dosen	2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV*		2× dT-IPV*		
	0 Dosen	1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV*		3× dT-IPV*		
Nächste Auffrischimpfung ²⁾										
Basisimpfung	dT _a mit 25 Jahren			dT in 10 Jahren falls Auffrischimpfung mit <25 Jahren; dT in 20 Jahren falls Auffrischimpfung mit ≥25 Jahren				dT in 20 Jahren falls Auffrischimpfung mit <65 Jahren, dT in 10 Jahren falls Auffrischimpfung mit ≥65 Jahren.		

¹⁾ Intervalle zwischen dT(-IPV) Impfungen: 2 Dosen zu den Zeitpunkten 0 und 6 Monate; 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 2, 8 Monate.

²⁾ Die Basisimpfung gegen Poliomyelitis bedarf 3–5 Dosen je nach Alter bei der Impfung. Zusätzliche Auffrischimpfungen gegen Poliomyelitis sind bei Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko notwendig. Dies betrifft Reisende in Polio-endemische Länder oder Länder mit einem Poliovirus-Expositionsrisiko (Reise-Impfempfehlungen, siehe www.healthtravel.ch oder [19]) sowie Personen, die mit Polioviren arbeiten.

³⁾ Wenn frühere (d)T-IPV-Impfungen wahrscheinlich durchgeführt wurden (aber nicht dokumentiert sind), dann Verabreichung einer Dosis dT(p_a)-IPV und Kontrolle der Tetanustoxin-Antikörper 4 Wochen nach der Impfung, um das weitere Vorgehen festzulegen (+ 0, 1 oder 2 Dosen). Alternative: als nicht geimpft betrachten (3 Dosen: 1× dT(p_a)-IPV plus 2× dT-IPV zum Zeitpunkt 0, 2, 8 Monate).

⁴⁾ Falls eine unterschiedliche Anzahl von Dosen gegen Tetanus und Diphtherie geimpft wurden, werden die Tetanusdosen für das weitere Impfvorgehen berücksichtigt.

* 1× als dTp_a (-IPV) bei regelmässigem Kontakt mit Säuglingen <6 Monate, wenn letzte Pertussisimpfung vor ≥10 Jahren. Ein Abstand von 4 Wochen nach der letzten Tetanus-Impfung soll eingehalten werden.

** Die Nachholimpfung von in der Vergangenheit nicht erfolgten Auffrischimpfungen ist nicht erforderlich.

3. Für Risikogruppen / Risikosituationen empfohlene Impfungen

Definition von Risikogruppe /-situation

Eine Risikogruppe /-situation beinhaltet ein erhöhtes Risiko für Komplikation, invasive Infektion, Exposition oder Übertragung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Alle empfohlenen Basis- und ergänzenden Impfungen sind auch bei Risikogruppen zu berücksichtigen (*siehe Tabelle 1*).

Die für Risikogruppen und Risikosituationen empfohlenen Impfungen werden im Folgenden unterteilt:

- nach Erreger/Infektionskrankheit (*Kapitel 3.1*)
- nach Grunderkrankungen/Umwstände, welche das Risiko für Komplikationen und invasive Erkrankungen erhöhen (*Kapitel 3.2*)
- nach Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Übertragungs- oder Expositionsrisiken für spezifische Erreger (*Kapitel 3.3*)

3.1 Nach Erreger/Infektionskrankheit

Separat vom Impfplan publizierten Empfehlungen nach Erreger

- Impfung gegen Mpox, Stand September 2022 (*LINK*).
- Impfung gegen RSV von Erwachsenen, Stand September 2025 (*LINK*).

Informationen zur Kostenübernahme von Impfungen und Impfstoffen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) finden Sie auf der BAG-Webseite *Kostenübernahme bei prophylaktischen Impfungen*.

a) FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis): Impfung für Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko

Die ganze Schweiz, mit Ausnahme des Kantons Tessin, gilt als FSME-Risikogebiet [31, 32].

Die Impfung wird allen Erwachsenen und Kindern im Allgemeinen neu bereits ab 3 Jahren empfohlen (vor 2024 ab 6 Jahren), die in einem Risikogebiet wohnen oder sich dort zeitweise aufhalten [31, 32].

Wenn ein hohes Risiko einer Zeckenexposition besteht, kann bei Kindern im Alter von 1–2 Jahren die Impfindikation individuell gestellt werden. Der Impfstoff ist ab dem Alter von einem Jahr zugelassen. Eine Impfung erübrigt sich für Personen, welche kein Expositionsrisiko haben.

Das Alter, ab dem die Impfung im Allgemeinen empfohlen wird, wurde von 6 auf 3 Jahre herabgesetzt, da schwere Formen der FSME bei Kindern zwar selten sind, jedoch auch in der Schweiz auftraten. Darüber hinaus weisen Literaturübersichten auf eine wahrscheinliche Untererfassung von Fällen bei Kindern hin, die möglicherweise auf eine geringere Exposition gegenüber dem FSME-Virus und einen höheren Anteil subklinischer Infektionen zurückzuführen sind. Selbst eine milde Infektion mit dem FSME-Virus in der Kindheit kann mittel- bis langfristig zu anhaltenden kognitiven Störungen führen [33, 34].

FSME-Impfschema (in Abhängigkeit vom Impfstoff)

- 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 1 und 6–12 Monate (Intervall zwischen 2. und 3. Dosis gemäss Zulassung für den verwendeten Impfstoff).
- Bei beiden aktuell verfügbaren Impfstoffen kann ein beschleunigtes Impfschema mit einem auf 14 Tage verkürzten Intervall zwischen den ersten beiden Impfdosen angewendet werden (vgl. Fachinformationen).
- Die Dosierung des Impfstoffes ist altersabhängig und muss für den jeweiligen Impfstoff dem Alter bei Impfung angepasst werden (vgl. Fachinformation).
- Eine Auffrischimpfung wird alle 10 Jahre empfohlen.

b) Hepatitis-A: Impfung für Personen mit einem erhöhten Expositions- oder Komplikationsrisiko

Die Impfung gegen Hepatitis A ist zur primären Prävention ab dem Alter von 1 Jahr bei folgenden Personen indiziert [35]:

- Personen mit einer chronischen Lebererkrankung;
- Reisende in Länder mit mittlerer und hoher Endemizität;
- Kinder aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemizität, die in der Schweiz leben und für einen vorübergehenden Aufenthalt in ihr Herkunftsland zurückkehren; (*siehe Hepatitis-A-Positionspapier der WHO für die Klassifikation von endemischen Ländern*);
- Drogenkonsumierende Personen;
- Männer mit sexuellen Kontakten zu Männern (MSM);
- Personen mit engem beruflichen Kontakt zu Drogenkonsumierenden;
- Personen mit engem beruflichen Kontakt zu Personen aus Ländern mit hoher Endemizität;
- Kanalisationsarbeiter und Angestellte von Kläranlagen;
- Laborpersonal, das mit Hepatitis-A-Viren arbeitet.

Die Hepatitis-A-Impfung kann auch innerhalb von 7 Tagen nach Exposition zur Sekundärprävention verabreicht werden [35].

Impfschema für die Hepatitis-A-Impfung

- 2 Dosen im Mindestabstand von 6 Monaten

Da sich die Indikationen der Hepatitis-A-Impfung oft mit denen der Hepatitis-B-Impfung überschneiden, kann die Kombinationsimpfung in Betracht gezogen werden, wenn die Indikation zur Impfung gegen eine der beiden Krankheiten gestellt wird.

Impfschema mit einem kombinierten Impfstoff gegen Hepatitis A und B

- Für Kinder im Alter von 1–15 Jahren besteht die Impfung aus 2 Dosen, die in einem Abstand von minimal 6 Monaten verabreicht werden.
- Ab dem Alter von 16 Jahren besteht die Impfung aus 3 Dosen (0, 1, 6 Monate).

c) Hepatitis-B: Impfung für Personen mit einem erhöhten Komplikations-, Expositions- oder Übertragungsrisiko

Die Impfung gegen Hepatitis B ist altersunabhängig bei Personen mit erhöhtem Komplikations-, Expositions- und/oder Übertragungsrisiko indiziert [10]; das Impfschema ist abhängig vom Alter sowie dem Expositions-/ Komplikationsrisiko.

Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko

- Neugeborene (jedes Gestationsalter) von HBsAg-positiven Müttern;
- Personen mit einer chronischen Lebererkrankung;
- Personen mit einer Immundefizienz inklusive einer medikamentösen Immunsuppression.

Personen mit erhöhtem Expositions- und/oder Übertragungsrisiko

- Hämodialysepatientinnen und -patienten;
- Hämophile Personen;
- Drogenkonsumierende Personen;
- Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern;
- Personen, die wegen einer sexuell übertragbaren Krankheit eine Ärztin/einen Arzt aufsuchen;
- Männer mit sexuellen Kontakten zu Männern (MSM);
- Enge Kontaktpersonen von HBsAg-positiven Personen;
- Medizinal- und Pflegepersonal; Angestellte in medizinischen Laboratorien (*siehe Kapitel 3.3*);
- Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Gefängnispersonal und Polizeiangestellte mit häufigem Kontakt zu Drogenkonsumierenden;
- Personen in Haft;
- Personen mit geistigen Einschränkungen in Heimen und das Betreuungspersonal;
- Personen aus Ländern mit intermediärer bis hoher Prävalenz (HBsAg-Prävalenz: $\geq 5\%$): *siehe WHO-Webseite «Hepatitis cases and deaths (who.int) für länderspezifische Prävalenzen*;
- Reisende in Endemiegebiete, mit engem Kontakt zur Bevölkerung (längere Aufenthalte oder risikoträchtige Aktivitäten).

Impfschemata für die Hepatitis-B-Impfung

- *Neugeborene (jedes Gestationsalter) von HBsAg-positiven Müttern:* 1. Dosis (monovalenter Impfstoff) bei Geburt zusammen mit Hepatitis B-Immunglobulin (passive Immunisierung). Monovalenter Impfstoff für 2. Dosis im Alter von 1 Monat, hexavalenter Kombinationsimpfstoff für 3. und 4. Dosis im Alter von 2 und 12 Monaten. Serologische Kontrolle (anti-HBs) einen Monat nach der letzten Dosis. Die empfohlene Säuglingsimpfdosis im Alter von 4 Monaten kann pentavalent erfolgen.
- *Neugeborene von isoliert anti-HBc-positiven, aber HBsAg-negativen Müttern:* 3 Dosen im Alter von 2, 4 und 12 Monaten (hexavalenter Kombinationsimpfstoff); aktive und passive Immunisierung bei Geburt nicht notwendig.
- *Säuglinge:* 3 Dosen im Alter von 2, 4 und 12 Monaten (hexavalenter Kombinationsimpfstoff, Basisimpfempfehlung).
- *Frühgeborene Säuglinge (< 32 + 0 SSW oder Geburtsgewicht < 1500g):* 4 Dosen im Alter von 2, 3, 4, 12 Monaten (hexavalenter Impfstoff).
- *Kinder von 1–10 Jahren:* 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 1 und 6 Monate (monovalenter Impfstoff) oder 2 Dosen zu den Zeitpunkten 0 und 6 Monate bei Verwendung des Kombinationsimpfstoffes Hepatitis A und B.
- *Kinder von 11–15 Jahren:* 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 1 und 6 Monate (monovalenter Impfstoff, Kinderdosierung) oder 2 Dosen zu den Zeitpunkten 0 und 4–6 Monate (monovalenter Erwachsenen-Impfstoff) oder 2 Dosen zu den Zeitpunkten 0 und 6 Monate (Kombinationsimpfstoff Hepatitis A und B).
- *Ab 16 Jahren:* 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 1 und 6 Monate (monovalenter Impfstoff oder Kombinationsimpfstoff Hepatitis A und B).
- *Hämodialysepatientinnen und -patienten:* 3 Dosen zu den Zeitpunkten 0, 1 und 6 Monate (monovalenter Impfstoff Dialysedosis, 40 µg). Wenn Dialysedosis nicht verfügbar, dann 4 doppelte Dosen (monovalenter Impfstoff 2 × 20 µg) zu den Zeitpunkten 0, 1, 2, 6 Monate.

d) Herpes Zoster: Impfung für Personen mit einem erhöhten Erkrankungs- und Komplikationsrisiko

Personen mit einer Immunschwäche haben ein erhöhtes Risiko, an Herpes Zoster und dessen Komplikationen zu erkranken, vor allem bei Beeinträchtigung der zellulären Immunantwort [26].

Zusätzlich zur ergänzend empfohlenen Impfung für alle Personen ab 65 Jahren wird die Impfung gegen Herpes Zoster mit dem adjuvantierten Subunit-Impfstoff Shingrix® folgenden Personen empfohlen [26]:

- Personen im Alter von **≥50 Jahren mit einer aktuellen oder zukünftigen (insbesondere zellulären) Immunschwäche**, die mit einem erhöhten aber nicht dem höchsten Risiko für Herpes Zoster assoziiert ist. Dies betrifft zum Beispiel
 - HIV-positive Personen,
 - Personen mit einer Nierenerkrankung im Endstadium bzw. bei Dialyse,
 - Personen unter Biologika, Azathioprin, niedrig dosiertem Methotrexat oder niedrig dosierter Kortikosteroid-Erhaltungstherapie sowie Patientinnen und Patienten mit anderen Grunderkrankungen, welche die (insbesondere zelluläre) Immunität beeinträchtigen. Dazu gehören zum Beispiel auch Patientinnen und Patienten mit Rheumatoider Arthritis, schwerem Asthma/COPD, ungenügend eingestelltem Diabetes mellitus Typ 1 und weiteren Autoimmunerkrankungen.
- Personen im Alter von **≥18 Jahren, die derzeit an einer schweren Immunschwäche leiden oder die aktuell bzw. in absehbarer Zeit eine stark immunsuppressive Behandlung erhalten.**

Dazu gehören zum Beispiel:

- Personen vor einer geplanten und/oder während einer aktiven zytotoxischen onkologischen Therapie,
- Empfängerinnen und Empfänger von hämatopoetischen Stammzellen und Organtransplantaten,
- Personen, welche aufgrund einer immunvermittelten Erkrankung wie Rheumatoider Arthritis oder chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mit JAK-Inhibitoren oder intensiver Immunsuppression (z. B. Kombinationen von Immunsuppressiva, hochdosierten Kortikosteroiden) behandelt werden, und
- HIV-positive Personen mit < 200 CD4+ T-Zellen/ μ l oder $< 15\%$ Lymphozytenanteil.

Impfschema gegen Herpes Zoster mit einem adjuvantierten Subunit-Impfstoff

Personen ≥ 50 Jahre mit einer aktuellen oder zukünftigen (insbesondere zellulären) Immunschwäche:

- 2 Dosen (Shingrix®) zu den Zeitpunkten 0 und 2 Monate.

*Personen ≥ 18 Jahre, die derzeit an einer **schweren** Immunschwäche leiden oder die aktuell bzw. in absehbarer Zeit eine **immunsuppressive** Behandlung erhalten:*

- 2 Dosen zu den Zeitpunkten 0 und (1–)2 Monate (2. Dosis idealerweise innerhalb 6 Monate).

Zu beachten bei:

- *zytotoxischer onkologischer Therapie:* Die 1. Dosis sollte idealerweise ≥ 2 Wochen vor Beginn der Chemotherapie verabreicht werden. Die 2. Dosis mit einem Abstand von 2 Monaten nach der 1. Dosis (Mindestabstand 1 Monat) oder so bald wie möglich zu einem späteren Zeitpunkt während oder nach der Chemotherapie, idealerweise innerhalb 6 Monaten (gemäss Zulassung), *siehe auch Empfehlung zur Impfung von Patienten mit malignen Erkrankungen.* Wenn nicht anders möglich soll die Impfung mit einer 2. Dosis auch zu einem späteren Zeitpunkt komplettiert werden.
- *immunsuppressiver Behandlung:* Die 1. Dosis sollte idealerweise ≥ 4 Wochen vor einem angenommenen, erwarteten oder geplanten Beginn einer schweren Immunsuppression verabreicht werden. Die 2. Dosis mit einem Abstand von 2 Monaten nach der 1. Dosis (Mindestabstand 1 Monat) oder so bald wie möglich zu einem späteren Zeitpunkt während oder nach der Therapie, idealerweise innerhalb 6 Monate (gemäss Zulassung). Wenn nicht anders möglich soll die Impfung mit einer 2. Dosis auch zu einem späteren Zeitpunkt komplettiert werden.
- *aktiver Herpes-Zoster-Episode:* Die Impfung mit Shingrix® sollte während einer aktiven HZ-Episode bis zur Abheilung verschoben werden.

e) Saisonale Influenza: Impfung für Personen mit einem erhöhten Komplikations- oder Übertragungsrisiko

Die saisonale Grippeimpfung wird empfohlen für Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko und/oder erhöhtem Übertragungsrisiko im Vergleich zu Allgemeinbevölkerung [36, 37]:

Seit 2024 steht zusätzlich zu den Standardimpfstoffen ein Hochdosis-Grippeimpfstoff zur Verfügung, welcher für Personen ab 75 Jahren und Personen ab 65 Jahren mit einem zusätzlichen Risikofaktor empfohlen ist [36]. Neuere Daten bestätigen die höhere Wirksamkeit des Hochdosis- gegenüber Standardinfluenzaimpfstoffen. Deshalb ist für Personen ab 75 Jahren und für Personen ab 65 Jahren mit einem zusätzlichen Risikofaktor ein Hoch-Dosisimpfstoff gegenüber einem Standardimpfstoff vorzuziehen.

Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko bei einer Grippeerkrankung:

- Schwangere Frauen und Frauen, die in den letzten 4 Wochen entbunden haben [38];
- Frühgeborene (Geburt vor der 32 + 0 SSW oder Geburtsgewicht < 1500g) ab dem Alter von 6 Monaten für die ersten zwei Winter nach der Geburt;
- Personen (ab dem Alter von 6 Monaten) mit einer oder mehreren der folgenden chronischen Erkrankungen:
 - Herzerkrankung,
 - Lungenerkrankung (insbesondere Asthma bronchiale),
 - Stoffwechselstörungen mit Auswirkung auf die Funktion von Herz, Lungen oder Nieren (wie zum Beispiel Diabetes oder morbid Adipositas [BMI ≥ 40]),
 - Neurologische (wie zum Beispiel M. Parkinson, zerebrovaskuläre Erkrankungen) oder muskuloskelettale Erkrankung mit Auswirkung auf die Funktion von Herz, Lungen oder Nieren,
 - Hepatopathie,
 - Niereninsuffizienz,
 - Asplenie oder Funktionsstörung der Milz (inklusive Hämoglobinopathien),
 - Immundefizienz (wie zum Beispiel HIV-Infektion, Krebs, immunsuppressive Therapie);
- Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen und in Einrichtungen für Personen mit chronischen Erkrankungen.

Personen (ab dem Alter von 6 Monaten), welche in der Familie oder im Rahmen ihrer privaten oder beruflichen Tätigkeiten regelmässigen Kontakt haben mit

- Personen der vorgenannten Kategorien,
- Säuglingen unter 6 Monaten (diese haben ein erhöhtes Komplikationsrisiko und können aufgrund ihres jungen Alters nicht geimpft werden) [36].

Die Grippeimpfung ist insbesondere empfohlen für alle Medizinal- und Pflegefachpersonen, alle im paramedizinischen Bereich tätigen Personen, Mitarbeitende von Kinderkrippen, Tagesstätten sowie Alters- und Pflegeheimen, inklusive Studierende sowie Praktikantinnen und Praktikanten.

Die Grippeimpfung wird ebenfalls Personen mit regelmässigem oder beruflichem Kontakt zu Hausgeflügel oder Wildvögeln empfohlen, um die Häufigkeit von saisonalen Influenzafällen, die eine Differenzialdiagnose erfordern, sowie das Risiko einer saisonalen und aviären Doppelinfektion mit Entwicklung neuartiger Virus-Rekombinanten zu reduzieren.

Die Grippeimpfung kann auch für alle Personen in Betracht gezogen werden, die ihr Risiko für eine Grippe aus privaten und/oder beruflichen Gründen vermindern möchten.

Impfschema für die saisonale Grippeimpfung

- Kinder ab 6 Monate bis 8 Jahre: bei erstmaliger Grippeimpfung 2 Impfdosen im Abstand von 4 Wochen, und in den nachfolgenden Jahren 1 Dosis (Dosierung – ½ oder volle Dosis – gemäss Produktinformation und Alter).
- Kinder ab 9 Jahren und Erwachsene: 1 Dosis.
- Impfung jährlich wiederholen, vorzugsweise zwischen Mitte Oktober und dem Beginn der Grippewelle.

f) Meningokokken: Impfung für Personen mit einem erhöhten invasiven Erkrankungs- oder Expositionsrisikos und nach Exposition

Meningokokkenimpfungen gegen die Serogruppen A, C, W, Y und gegen die Serogruppe B werden ab dem Alter von 2 Monaten für Personen mit medizinischen Risikofaktoren einer invasiven Erkrankung (IME) oder mit einem erhöhten Expositionsrisiko empfohlen [39].

Erhöhtes Risiko für eine invasive Meningokokken-Erkrankung (IME) bei Personen mit:

- Defiziten der Terminalfaktoren des Komplementsystems;
- Medikamenten, die das Komplementsystem hemmen (z. B. Eculizumab, Ravulizumab);
- Defekten bei der Komplementaktivierung des alternativen Wegs;
- homozygoten Protein-S- und -C-Defiziten;
- funktioneller oder anatomischer Asplenie;
- mangelnder Immunantwort auf Polysaccharide;
- Mangel an Mannose-bindendem Lektin;
- von IME genesenen, bisher gegen Meningokokken ungeimpften Person (*Empfehlung zum Vorgehen nach Kontakt mit einem Fall einer invasiven Meningokokken-erkrankung*).

Erhöhtes Expositionsrisiko gegenüber Meningokokken bei:

- Personal von Laboratorien, welche mit Meningokokken arbeiten;
- Personen nach einem engen Kontakt mit einem IME-Fall der Serogruppen A, C, W oder Y (*Postexpositionsprophylaxe; siehe auch Empfehlung zum Vorgehen nach Kontakt mit einem Fall einer invasiven Meningokokken-erkrankung*);
- Rekruten/Rekrutinnen;
- Reisenden in Endemiegebiete (Reisedauer > 1 Monat) oder Epidemiegebiete (auch bei kurzem Aufenthalt);
- Expositionsrisiko für Reisende saisonal unterschiedlich, betrifft v. a. Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y.

Bei allen oben aufgeführten Indikationen wird ein möglichst breiter Schutz angestrebt, weshalb die Impfung mit einem quadrivalenten Konjugatimpfstoff gegen die Serogruppen A, C, W, Y empfohlen ist (MCV-ACWY) [39].

Ausserdem wird die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (4CMenB-Impfstoffs, Bexsero®) empfohlen, jedoch nicht für Kontaktpersonen eines einzelnen MenB-IME-Falles (da kein Einfluss der MenB-Impfung auf die Kolonisierung) und nicht für Reiseindikationen (MenB nicht kausal bei Epidemien in den Ländern mit entsprechender Impfindikation) [39]. Der Meningokokken-B-Impfstoff ist aktuell für das Alter 2 Monate bis 24 Jahre zugelassen.

Hinweis: Der MenB-Impfstoff wird für Risikopersonen ab dem Alter von 25 Jahren ausserhalb der Zulassung empfohlen.

Impfschema für die Meningokokkenimpfung gegen die Serogruppen A, C, W, Y mit MCV-ACWY (jeweils Angabe des Alters bei Impfbeginn)

Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Erkrankung

- 2–6 Monate: 4 Dosen, 1.–3. Dosis jeweils im Abstand von mind. 1 Monat, 4. Dosis im Alter 12–16 Monate (minimal 6 Monate nach 3. Dosis)*
- ≥ 7 Monate: 2 Dosen im Abstand von mind. 1–2 Monaten (2. Dosis idealerweise ab dem Alter von ≥ 12 Monaten)*

Auffrischung alle 5 Jahre bei fortbestehendem Risiko

Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko

- 2–6 Monate: 4 Dosen, 1.–3. Dosis jeweils im Abstand von mind. 2 Monaten, 4. Dosis im Alter von 12–16 Monaten (minimal 6 Monate nach 3. Dosis)*
- 7–11 Monate: 2 Dosen im Abstand von mind. 2 Monaten (2. Dosis idealerweise ab dem Alter von ≥ 12 Monaten)*
- ≥ 12 Monate: 1 bzw. 2 Dosen gemäss Zulassung des verwendeten Impfstoffes**

Auffrischung alle 5 Jahre bei fortbestehendem bzw. erneutem Expositionsrisiko

- * Menveo® aktuell einziger zugelassener MCV-ACWY-Konjugatimpfstoff für Altersgruppe < 12 Monate
- ** Menquadfi®: 1 Dosis; Menveo®: 2 Dosen für Alter 12–23 Monate (Abstand 2 Monate, minimal 1 Monat); 1 Dosis ≥ 24 Monate

Impfschema für die Meningokokkenimpfung gegen Serogruppe B mit 4CMenB (jeweils Angabe des Alters bei Impfbeginn)

Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Erkrankung oder erhöhtem Expositionsrisiko (Reisende ausgenommen)

- 2–11 Monate: 3 Dosen, 1. und 2. Dosis im Abstand von 2 Monaten, 3. Dosis im 2. Lebensjahr (minimal 6 Monate nach 2. Dosis)
- 12–23 Monate: 3 Dosen, 1. und 2. Dosis im Abstand von 2 Monaten, 3. Dosis 12 Monate nach 2. Dosis
- ≥ 24 Monate: 2 Dosen im Abstand von 2 Monaten (minimal 1 Monat)

Auffrischung alle 5 Jahre bei fortbestehendem bzw. erneutem Risiko

g) Pertussis: Impfung von schwangeren Frauen zur passiven Immunisierung von Neugeborenen und **von Personen mit einem erhöhten Übertragungsrisiko**

Impfung in der Schwangerschaft: 1 Dosis einer Pertussisimpfung (dTP_a) wird schwangeren Frauen in **jeder** Schwangerschaft ab dem 2. Trimenon (13. SSW) empfohlen, unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Pertussis-Impfung oder Infektion [20, 38].

Idealerweise soll die Impfung bis zum Ende des 2. Trimenon erfolgen (bis 26. SSW), sie kann aber bis 14 Tage vor Geburtstermin nachgeholt werden.

Durch die maternale Impfung bis 2 Wochen vor Geburt können Säuglinge in den ersten Lebenswochen sehr effizient vor Pertussis geschützt werden (passive Immunisierung durch transplazentare Antikörperübertragung) [40]. Empfohlener Minimalabstand zu einer vorherigen Impfung mit einem Tetanus-Kombinationsimpfstoff: 4 Wochen.

Impfung von regelmässigen Kontaktpersonen von Säuglingen < 6 Monaten:

Eine Pertussisimpfung mit einem dTP_a-Impfstoff wird unabhängig vom Alter für alle Jugendlichen und Erwachsenen empfohlen, welche regelmässigen Kontakt (familiär/beruflich) mit Säuglingen unter 6 Monaten haben [20]. Diese Personen sollen so bald als möglich gegen Pertussis geimpft werden, wenn sie in den letzten 10 Jahren nicht gegen diese Krankheit geimpft wurden oder eine PCR/Kultur-bestätigte Pertussis-Infektion durchgemacht haben.

In diesen Situationen beträgt das minimale Intervall zur letzten Tetanusimpfung 4 Wochen.

Diese Empfehlung gilt für folgende Personen mit regelmässigem Kontakt zu Säuglingen unter 6 Monaten:

- durch den Beruf (Gesundheitswesen, familienexterne Kinderbetreuung, Einsätze in Entwicklungsländern und Katastrophengebieten);
- in der Familie (Eltern, Geschwister, Grosseltern und andere Haushaltsmitglieder und Betreuungspersonen).

h) Pneumokokken: Impfung für Personen mit einem erhöhten Risiko für eine invasive Erkrankung

Unabhängig vom Alter führen verschiedene chronische Grundkrankheiten und weitere Risikofaktoren zu einem erhöhten Risiko für eine invasive Pneumokokkenerkrankung (IPE) [41].

Je nach Grunderkrankung wird die Impfung ab Diagnose, zu einem bestimmten Behandlungszeitpunkt oder ab einem spezifischen Krankheitsstadium oder Verschlechterung empfohlen. Die Impfung soll, wenn möglich, bei der Diagnosestellung bzw. vor dem Zeitpunkt des höchsten Risikos verabreicht werden. Grundsätzlich wird im Sinne einer möglichst guten Impfantwort und eines rechtzeitigen Schutzes empfohlen, bei absehbarer Zunahme des Grundleidens die Impfung frühzeitig vorzunehmen.

Personen mit den im Folgenden definierten Risikofaktoren haben ein erhöhtes Risiko für eine IPE, ihnen wird die Impfung mit einem konjugierten Pneumokokkenimpfstoff (PCV) empfohlen:

- Frühgeburt (Geburt vor der 32+0 SSW oder Geburtsgewicht < 1500g)

Kardio-Vaskuläre Erkrankungen:

- Herzinsuffizienz ab NYHA III/IV oder bei Verschlechterung

Lungen- und Atemwegserkrankungen:

- Chronisch obstruktive Pneumopathie ab GOLD-Stadium 3 oder bei Verschlechterung
- Schweres Asthma (bei verlängerter oder häufiger Behandlung mit oralen Steroiden) ab Diagnose
- Bronchiektasen durch Antikörpermangel ab Diagnose

Leber, Niere, Milz, Stoffwechsel:

- Leberzirrhose ab Diagnose
- Asplenie (anatomisch oder funktionell), darunter auch Sichelzellanämie: ab Diagnose
- Niereninsuffizienz ab Stadium 4 (GFR < 30 ml/min)
- Nephrotisches Syndrom ab Diagnose
- Diabetes mellitus mit Auswirkung auf die Funktion von Herz, Lungen oder Nieren: ab Diagnose
- Zöliakie bei Erwachsenen ab Neudiagnose

Neoplasien:

- Lymphom, Leukämie, Myelom: während Erhaltungstherapie
- Solider maligner Tumor unter aktiver zytotoxischer Chemotherapie während Erhaltungstherapie

Transplantationen:

- Solide Organtransplantation: bei Listung und nach Transplantation (total 2 Dosen)
- Empfänger einer Blutstammzelltransplantation: ab 3 Monate nach Transplantation (total 4 Dosen)

Medikamentöse Immunsuppression:

- Autoimmunkrankheit, welche eine Immunsuppression erfordert: vor Beginn der immunsuppressiven Behandlung
- Medikamentöse Immunsuppression (inkl. systemische Langzeitkortikoidtherapie und Radiotherapie): ab Diagnose/während geringstmöglicher Immunsuppression

HIV:

- HIV-Infektion mit CD4+-Zellen $\geq 15\%$ (Erwachsene: $\geq 200/\mu\text{l}$) ab Diagnose
- HIV-Infektion mit CD4+-Zellen $< 15\%$ (Erwachsene: $< 200/\mu\text{l}$) ab Diagnose und nach Wiederherstellung der Immunität (2 Dosen).
(Definition Immunrekonstitution: < 1 -Jährige: CD4 $\geq 700/\mu\text{l}$, 1–5-Jährige: $\geq 500/\mu\text{l}$, ≥ 6 -Jährige und Erwachsene: $\geq 200/\mu\text{l}$ [42].)

Angeborene Immunschwäche (inborn errors of immunity):

- Angeborene Immundefizienz, variables Immundefektsyndrom: ab Diagnose
- Mangel im klassischen oder alternativen Weg der Komplementaktivierung ab Diagnose
- Mangel an Mannose-bindendem Lektin ab Diagnose
- Defizitäre Antwort auf Polysaccharide ab Diagnose

HNO, Kopf (geschädigte Bluthirnschranke):

- Cochleaimplantat, in situ oder geplant: so bald als möglich nach Indikationsstellung
- Schädelbasisfraktur/-Fehlbildung, zerebrospinale Liquor-fistel: so bald als möglich nach Indikationsstellung

Impfschema für die Pneumokokkenimpfung mit einem Konjugatimpfstoff (PCV) für Risikopersonen (Impfstoffwahl nach Alter, siehe Impfstoffempfehlung unten)

Nach Alter:

- *Säuglinge im Alter von 2–6 Monaten:* 3 Impfdosen im Abstand von je 4–8 Wochen, 4. Dosis mit 12 Monaten.
- *Säuglinge im Alter von 7–11 Monaten:* 2 Impfdosen im Abstand von 4 Wochen, 3. Dosis mit 12 Monaten (Mindestabstand 8 Wochen nach der 2. Dosis).
- *Kinder im Alter von 12–23 Monaten:* 2 Dosen im Abstand von minimal 8 Wochen.
- *Alle Personen im Alter ≥ 2 Jahre:* eine Dosis (mit Ausnahmen: Transplantation, siehe unten, oder HIV-Infektion mit CD4+-Zellen $< 15\%$)

Zur Abdeckung der zusätzlichen Serotypen bei bereits PCV13- oder PCV15-geimpften Risikopersonen, siehe Impfstoffempfehlung unten.

Wurde eine Risikoperson ausschliesslich mit PPV23 geimpft (in der Schweiz seit 2014 nicht mehr empfohlen), so ist ein Minimalabstand von 12 Monaten vor der PCV-Impfung einzuhalten, um eine optimale Immunantwort auf PCV zu erhalten.

Impfschema bei einer Transplantation mit einem PCV (Impfstoffwahl nach Alter, siehe Impfstoffempfehlung unten)

Empfänger von Blut-Stammzellen (unabhängig vom Impfstatus vor Transplantation):

- *Ab 3 Monate nach Transplantation* (total 4 Impfdosen): 3 Impfdosen im Abstand von je 4 Wochen, eine Auffrischimpfung 12 Monate nach Transplantation.

Solide Organtransplantation (unabhängig vom Impfstatus):

- *Vor Transplantation (sobald auf Warteliste):* eine Impfdosis
- *Nach Transplantation:*
 - *Wenn 1. Dosis bereits vor Transplantation erhalten:* 1 weitere Impfdosis 12 Monate nach Transplantation.
 - *Noch ungeimpft:* total 2 Dosen, je 1 Dosis 6 und 12 Monaten nach Transplantation.

Impfstoffempfehlung: Grundsätzlich wird ein zugelassener und vergüteter PCV für Risikogruppen empfohlen, wenn verfügbar. Die Impfstoffempfehlung berücksichtigt zusätzlich die aktuelle Serotypenabdeckung pro Impfstoff. Je nach Altersgruppe unterscheiden sich daher die empfohlenen PCV-Impfstoffe [2].

Gemäss aktueller Serotypenabdeckung, Zulassung und in Abhängigkeit der Kostenübernahme werden für Risikopersonen folgende PCV pro Altersgruppe aktuell empfohlen [2]:

- **2–59 Monate:** PCV13 oder PCV15 (gleichwertige Impfstoffoptionen)
- **5–17 Jahre:** PCV15 oder PCV20 (gleichwertige Impfstoffoptionen)
 - Beide Impfstoffe werden ausserhalb der Zulassung für die Altersgruppe 6–17 Jahre empfohlen.

- **18–64 Jahre:** PCV20 oder PCV21*.
 - PCV20 wird ausserhalb der Alterszulassung empfohlen. Neu ist mit PCV21 der erste PCV für die Altersgruppe 18–64 Jahre in der Schweiz zugelassen; die Kostenübernahme ist für diese Zielgruppe in Abklärung.
- **≥ 65 Jahre:** PCV20 oder PCV21 (gleichwertige Impfstoffoptionen).

Mit Aufnahme von PCV21 in die SL für Altersgruppe ≥ 65 Jahre wird PCV15 nicht mehr als Impfstoffoption für die oben genannten erwachsenen Zielgruppen empfohlen.

Aktueller Stand der empfohlenen PCV pro Altersgruppe, siehe Stellungnahme auf www.ekif.ch.

Zur Abdeckung der zusätzlichen Serotypen (**nicht** als Auffrischimpfung [2]) wird folgenden bereits mit PCV13 oder PCV15 geimpften Risikopersonen eine einmalige, ergänzende Impfdosis mit einem höher valenten PCV wie folgt empfohlen:

- Bisher **nur mit PCV13** geimpfte Person im Alter von:
 - **5–17 Jahren:** 1 Dosis PCV15 oder PCV20 (beide Impfstoffe ausserhalb der Zulassung für Alter 6–17 Jahre)
 - **≥ 18 Jahre:** 1 Dosis PCV21* oder PCV20 (PCV20 ausserhalb der Zulassung für Alter 18–64 Jahre).
- **Bereits mit PCV15** geimpfte Person im Alter von:
 - **18–64 Jahren:** 1 Dosis PCV21*
 - **≥ 65 Jahre:** 1 Dosis PCV21.

* Empfohlen für alle erwachsenen Risikopersonen mit SL-Aufnahme von PCV21 für Altersgruppe ≥ 65 Jahre.

- **Empfohlener Abstand zur letzten PCV13/15-Impfdosis:** 1 Jahr [2]. Dies ist in Übereinstimmung mit Empfehlungen aus anderen Ländern wie den USA. Ein Mindestabstand von 6 Monaten kann für spezielle klinische Situationen, die dies rechtfertigen (z. B. bevorstehender Beginn einer neuen Immunsuppression, auf Transplantations-Warteliste), angewendet werden.

i) Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV): Passive Immunisierung von Kindern im Alter von 12 bis 24 Monaten mit einem anhaltend erhöhten Komplikationsrisiko mittels langwirkender monoklonaler Antikörper

Seit 2024 sollen Kleinkinder im Alter von 24 Monaten oder jünger, die am Beginn ihrer 2. RSV-Saison stehen und bei denen – nach Feststellung der behandelnden Fachärztin/des behandelnden Facharztes – chronische angeborene oder erworbene Erkrankungen vorliegen, die mit einem anhaltend hohen Risiko für schwere RSV-Verläufe einhergehen, im Oktober oder möglichst rasch danach eine Einzeldosis eines langwirksamen mAk erhalten [1].

Ziel der Immunisierung ist die Verhinderung von schweren RSV-Erkrankungen und RSV-bedingten Hospitalisationen bei besonders gefährdeten Kleinkindern im Alter ≤ 24 Monate während der RSV-Saison in ihrem zweiten Lebensjahr.

Kleinkinder im Alter ≤ 24 Monate mit anhaltend erhöhtem RSV-Komplikationsrisiko, die bis Ende ihrer 2. RSV-Saison keine mAk-Dosis oder nur jene in der vorherigen Saison erhielten, können eine mAk-Dosis kurz vor Beginn der 3. RSV-Saison ab Oktober verabreicht bekommen.

Erkrankungen, die mit einem anhaltend hohen Risiko für schwere RSV-Verläufe bei Kindern im Alter 12–24 Monate einhergehen, umfassen unter anderem:

- Häodynamisch signifikante angeborene oder erworbene Herzfehler (z. B. zyanotische Herzfehler)
- Pulmonale arterielle Hypertonie
- Chronische Lungenerkrankungen (wie mittelschwere bis schwere bronchopulmonale Dysplasie BPD, Lungenförmbildungen und Mukoviszidose/zystische Fibrose)
- Angeborene Stoffwechselstörungen mit Auswirkung auf die Herz- oder Lungenfunktion
- Angeborene oder erworbene neurologische Erkrankungen (wie Epilepsie und Zerebralparese) und neuromuskuläre Erkrankungen
- Immunschwäche/Immundefekt (angeboren, erworben oder therapeutisch induziert)
- Down-Syndrom und andere Chromosomenanomalien
- Frühgeburt < 32+0 SSW
- Andere chronische Erkrankungen, die wahrscheinlich zu einer schweren RSV-Erkrankung führen (z. B. chronische Lebererkrankungen oder Organförmbildungen).

Bei Kindern, die sich einer Herzoperation mit Herz-Lungen-Bypass oder extrakorporaler Membranoxygenierung unterziehen, wird eine zusätzliche Dosis eines langwirksamen mAk empfohlen, sobald das Kind nach dem Eingriff stabil ist, um einen ausreichenden Antikörper-Serumspiegel sicherzustellen [1].

Eine *Kontraindikation* besteht für Kinder mit bekannten schweren allergischen Reaktionen auf den Antikörper selbst oder einen der Inhaltsstoffe der monoklonalen Antikörperprodukte.

Nach einer bereits durchgemachten, bestätigten RSV-Infektion sollen die Kinder in derselben Saison *keinen* langwirksamen mAk mehr erhalten. Ausgenommen hiervon: Verlust der humoralen Immunität (kardiopulmonaler Bypass oder extrakorporale Membranoxygenierung); in diesen Fällen ist eine mAk-Gabe angezeigt.

RSV: Immunisierungsschema und Verabreichung eines langwirksamen mAk zum Schutz von Kindern im Alter von 12–24 Monaten mit einem anhaltend erhöhten Komplikationsrisiko

- Einzeldosis im Oktober oder möglichst rasch danach
- Mit einem für diese Altersgruppe zugelassenen Produkt: aktuell 200 mg Nirsevimab. Verabreichung intramuskulär als 2 Injektionen à 100 mg

j) Respiratorisches Synzytial-Virus: Impfung von schwangeren Frauen mit errechnetem Geburtstermin von Oktober bis März zur passiven Immunisierung von Neugeborenen.

Siehe Kapitel 1.1.a für die detaillierten Empfehlungen zur RSV-Immunisierung von Neugeborenen mit Geburtstermin Oktober bis März mittels maternaler Impfung als eine von zwei Optionen.

k) SARS-CoV-2 (Covid-19): Impfung von Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko

Das SARS-CoV-2-Virus zirkuliert weiterhin mit einer Tendenz zur Saisonalität [43, 44]. Die Hospitalisationen wegen Covid-19 sind in Europa in den Wintermonaten erhöht [45]. Aufgrund der Epidemiologie und den Erfahrungen mit anderen respiratorischen Viren sowie dem veränderten Verhalten in der kalten Jahreszeit (engere Kontakte in Innenräumen) wird erwartet, dass auch in Zukunft ein Anstieg der Fallzahlen im Herbst/Winter beobachtet wird.

Die Schweizer Bevölkerung verfügt über eine vorbestehende Immunität gegen Covid-19, die auf Impfungen und/oder frühere Infektionen zurückzuführen ist. Diese Immunität bietet bei den Eigenschaften der seit 2022 vorherrschenden Omikron-Variante für Personen ohne Risikofaktoren einen sehr guten Schutz gegen schwere Formen von Covid-19. Die derzeitige Impfung bietet eine begrenzte Wirksamkeit gegen die Übertragung des Virus und gegen leichte Formen der Krankheit. Bei Personen mit Risikofaktoren für einen schweren Covid-19-Verlauf kann eine jährliche Impfung den individuellen Schutz vorübergehend für mehrere Monate verbessern und somit das Risiko einer schweren Form von Covid-19 weiter verringern. Für schwangere Frauen bietet die Impfung einen individuellen Schutz und verhindert auch Schwangerschaftskomplikationen, die mit schweren Fällen von Covid-19 verbunden sind.

Die Impfung gegen Covid-19 wird folgenden Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko im Herbst/Winter (idealerweise zwischen Oktober und Dezember) empfohlen [28]:

- Personen im Alter von ≥ 16 Jahren mit bestimmten Vorerkrankungen (siehe unten oder gemäss Liste in Impfempfehlung [28]) sowie
- Personen im Alter von ≥ 16 Jahren mit Trisomie 21
- Schwangeren Frauen (2. oder 3. Trimester)
- Kindern im Alter von 6 Monaten bis 15 Jahren mit schwerer Immundefizienz.

Folgende Vorerkrankungen erhöhen bei Personen ≥ 16 Jahre das Risiko, schwer an Covid-19 zu erkranken [28]:

Kardio-Vaskuläre Erkrankungen:

- Mindestens zwei kardiovaskulären Risikofaktoren (einer davon Diabetes oder arterielle Hypertonie)
- Vorgängiger Schlaganfall und/oder symptomatische Vasculopathie
- Arterielle Hypertonie mit Endorganschaden, Therapieresistente arterielle Hypertonie
- Pulmonalarterielle Hypertonie
- **Koronare Herzkrankheit:** Myokardinfarkt (STEMI und NSTEMI) in den letzten zwölf Monaten oder Symptomatisches chronisches Koronarsyndrom trotz medizinischer Therapie (unabhängig von allfälliger vorheriger Revascularisierung)

- **Herzinsuffizienz:** Dyspnoe funktionelle Klasse NYHA II–IV und NT-Pro BNP > 125 pg/ml oder Kardiomyopathie jeglicher Ursache
- **Arrhythmie:** Vorhofflimmern mit einem CHA₂DS₂-VASc Score von mindestens 2 Punkten
- **Kongenitale Herzerkrankung** nach individueller Beurteilung durch den behandelnden Kardiologen/die behandelnde Kardiologin

Lungen- und Atemwegserkrankungen:

- Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen GOLD Stadium II–IV
- Lungenemphysem
- Unkontrolliertes, insbesondere schweres Asthma bronchiale
- Interstitielle Lungenerkrankungen/Lungenfibrose
- Pulmonalvaskuläre Erkrankung
- Aktive Sarkoidose
- Zystische Fibrose
- Chronische Lungeninfektionen (atypische Mykobakterien, Bronchiektasen etc.)
- Beatmete Patient/innen
- Krankheiten mit einer schwer verminderten Lungenkapazität

Leber, Niere, Stoffwechsel

- Leberzirrhose
- Chronische Niereninsuffizienz ab GFR < 60 ml/min
- Diabetes mellitus, mit Spätkomplikationen oder HbA_{1c} von 8 % oder mehr
- Adipositas mit Body-Mass-Index (BMI) von 35 kg/m² oder mehr

Neoplasien, Transplantationen, weitere Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen

- Krebs unter medizinischer Behandlung (inklusive Lymphome, Leukämien, multiples Myelom)
- Empfänger einer Blut-Stammzelltransplantation oder soliden Organtransplantation
- Personen auf Warteliste für Transplantationen
- Schwere Immunsuppression (inkl. HIV-Infektion mit einer CD4+ T-Zellzahl $< 200/\mu$ l)
- Neutropenie (< 1000 Neutrophile/ μ l) während ≥ 1 Woche
- Lymphozytopenie (< 200 Lymphozyten/ μ l)
- Hereditäre Immundefekte
- Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr unterdrücken (wie z.B. Langzeit-Einnahme von Glukokortikoiden (Prednisolon-Äquivalent > 20 mg/Tag), monoklonalen Antikörpern, Zytostatika, Biologika etc.)
- Amyloidose (Leichtketten (AL)-Amyloidose)
- Sichelzellerkrankung (funktionelle Asplenie)

Für alle Risikopersonen im Alter ≥ 16 Jahre gilt das gleiche Impfschema mit Ausnahme von Personen nach Stammzelltransplantation (siehe Impfschemata-Box).

Die Impfung von Kindern im Alter von 6 Monaten bis < 16 Jahren gegen Covid-19 wird weiterhin nur bei schwerer Immundefizienz* empfohlen, wenn bisher noch **KEINE** Impfung gegen Covid-19 erfolgt ist (siehe Impfschemata-Box). Eine vorgängige Serologie zur Bestimmung der Impfindikation wird nicht mehr empfohlen. Im Falle einer Stammzelltransplantation gilt die Impfempfehlung unabhängig vom Impfstatus.

* Zu den Behandlungen, die zu einer schweren Immunsuppression führen, gehören beispielsweise B-Zell-depletierende Therapien, hochdosierte Chemotherapie, Kortikosteroidtherapie ($\geq 2\text{mg/kg/d}$ (Kinderdosierung) oder $\geq 20\text{ mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag}$ für mehr als zwei Wochen) oder Kombinationstherapie verschiedener immunsupprimierender Medikamente. Zu den Personen mit einer Erkrankung, die zu einer schweren Immundefizienz führt, gehören beispielsweise Personen unter Dialyse, mit HIV-Infektion (CD4^+ -Zellen $< 200/\mu\text{L}$), vor oder nach einer Organtransplantation oder mit angeborenem Immundefekt mit eingeschränkter B- und T-Zell-Funktion. Der empfohlene Impfzeitraum ist identisch mit dem anderer Impfempfehlungen bei Personen mit einer schweren Immundefizienz, *siehe separat vom Impfplan publizierten Empfehlungen für spezifische Patientengruppen*.

Impfschemata für die Covid-19-Impfung bei Risikopersonen (präferentiell mit einem Varianten-angepassten Impfstoff)

Alle Risikopersonen im Alter ≥ 16 Jahre (Ausnahme nach Stammzelltransplantation, siehe unten)

- 1 Dosis (unabhängig von vorgängiger Anzahl Impfdosen/Erkrankungen)
- Minimalabstand von 6 Monaten zur letzten Impfung oder bestätigten Covid-19-Infektion
- Impfung jährlich wiederholen, idealerweise zwischen Mitte Oktober und Dezember

Kinder/Jugendliche mit schwerer Immundefizienz im Alter von ≥ 6 Monaten bis < 16 Jahren

- Bereits Covid-19 geimpft: keine weitere Impfdosis
- Noch ungeimpft: 3 Impfdosen (Impfstoff Comirnaty®, gemäss Alterszulassung), Minimalabstand von 4 Wochen zwischen den einzelnen Dosen; die Grundimmunisierung mit 3 Impfdosen wird ausserhalb der Zulassung und mit einem Varianten-angepassten Impfstoff empfohlen.

Personen im Alter ≥ 6 Monate nach Stammzelltransplantation (autolog oder allogene)

- 3–6 Monate nach Transplantation (unabhängig vom Immunstatus vor Transplantation): 3 Impfdosen (Minimalabstand von 4 Wochen zwischen den einzelnen Dosen) + 1 Auffrischimpfung 6 Monate nach letzter Dosis
- Empfohlener Impfstoff für Grundimmunisierung < 30 Jahre/Auffrischimpfung < 16 Jahre: Comirnaty®
- Die Impfung soll verzögert erfolgen bei:
 - schwerer Graft-versus-Host-Erkrankung (GvHD) Grad III-IV
 - Gabe von Anti-CD20-Antikörpern oder anderer B-Zell-Depletion in den letzten sechs Monaten
 - Personen mit Chimeric Antigen Receptor (CAR)-T-Zell-Therapie und B-Zell-Aplasie früher als sechs Monate nach der Therapie
 - kürzlicher Therapie mit Antithymoglobulin (ATG) oder Alemtuzumab

Der ideale Zeitpunkt bei diesen spezifischen Situationen soll in enger Zusammenarbeit mit dem betreuenden Spezialärztinnen und Spezialärzten erfolgen.

I) Tollwut: Impfung für Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko oder nach Exposition

Die **präexpositionelle Prophylaxe (PrEP)** bei immunkompetenten Personen besteht aus zwei Impfdosen mit 28 Tagen (minimal 7 Tagen) Intervall [46]. Bei immunsupprimierten Personen wird eine PrEP mit drei Impfdosen (Tage 0, 7, 21–28) empfohlen. Entscheidend bei einer PrEP ist der Aufbau eines immunologischen Gedächtnisses nach Primovakzination, welches durch weitere Impfungen (z. B. nach Exposition) rasch reaktiviert wird, unabhängig davon wie viel Zeit seit der PrEP vergangen ist. In Gebieten ohne terrestrische Tollwut, wie der Schweiz, ist die **präexpositionelle Prophylaxe (PrEP) folgenden Personen empfohlen** [46]:

- Tierärzt/innen, Studierenden der Veterinärmedizin, tierärztliche Praxisassistent/innen, Tierpfleger/innen, Tierhändler/innen und Tierseuchenpolizist/innen, die mit importierten Säugetieren oder Tieren unbekannter Herkunft in Kontakt kommen;
- Fledermaus-Forschenden, Fledermaus-Schützenden und Fledermausliebhaber/innen sowie andere Personen, die in ihrem Beruf oder in ihrer Freizeit regelmässig mit Fledermäusen in Kontakt kommen;
- Personal in Laboratorien mit Tollwut-Diagnostik (mittleres Risiko: Serologie, Histologie, Pathologie), Tollwutforschungslaboratorien und Tollwutimpfstoff-Produktionslaboratorien (hohes Risiko).

Impfschemata für die präexpositionelle Prophylaxe (PrEP) gegen Tollwut

Erwachsene und Kinder ohne Immunsuppression (altersunabhängig)

- 2 Dosen intramuskulär an den Tagen 0 und 28 (falls dringender Impfschutz nötig 2. Dosis bereits ab Tag 7 möglich).
- Eine Auffrischimpfung wird bei fortgesetztem oder wiederholtem Expositionsrisiko nach 12 Monaten empfohlen.
- Weitere Impfdosen/serologische Kontrollen gemäss Expositionsrisiko (*siehe separate Richtlinien und Empfehlungen*) [46].
- **In der Reisemedizin** wird die Gabe einer einmaligen Auffrischimpfung (3. Dosis) vor erneutem Expositionsrisiko, z. B. vor einer weiteren Reise in ein enzootisches Gebiet frühestens 12 Monate nach der präexpositionellen Impfung empfohlen.

Immunsupprimierte Personen (altersunabhängig)

- 3 Dosen intramuskulär an den Tagen 0, 7 und 21–28.
- Eine Auffrischimpfung ist bei fortgesetztem oder wiederholtem Expositionsrisiko nach 12 Monaten indiziert.
- **In der Reisemedizin** wird die Gabe einer einmaligen Auffrischimpfung (4. Dosis) nach 12 Monaten oder später bei erneutem Expositionsrisiko empfohlen (z. B. vor einer weiteren Reise in ein enzootisches Gebiet).

Hinweise zur Präexpositionsprophylaxe in Gebieten, in denen terrestrische Tollwut vorkommt, finden Sie in den reisemedizinischen Empfehlungen auf www.healthytravel.ch/.

PrEP: Serologische Kontrollen und Auffrischimpfungen

Die Indikationen für serologische Kontrollen und Auffrischimpfungen hängen vom Expositionsrisiko (hoch, mässig oder gering) sowie anderen Parametern, wie der Art und der Häufigkeit der Exposition (kontinuierlich, regelmässig und kumulativ oder punktuell) ab (vgl. [46]). Serologische Kontrollen im Rahmen einer PrEP werden in der Reisemedizin nicht empfohlen. Die PrEP bietet bereits zuverlässigen Schutz und wird ausdrücklich empfohlen, muss aber in jedem Fall nach Exposition vervollständigt werden (siehe PEP im Folgenden).

Postexpositionelle Prophylaxe (PEP) gegen Tollwut

Eine PEP ist indiziert bei perkutaner Exposition (Bisse, Kratzer, Lecken über verletzte Hautstellen) sowie mukosaler oder inhalativer Exposition mit Tollwutviren z. B. durch:

- Landsäugetiere in oder aus enzootischen Gebieten;
- Fledermäuse: alle Bissverletzungen (auch geringfügige) sowie Exposition in geschlossenem Raum (z. B. wenn Personen aus dem Schlafen erwachen und eine lebende, kranke oder tote Fledermaus im Zimmer vorfinden). Eine gezielte Anamnese ist unerlässlich und ermöglicht es, festzustellen, ob eine Person dem Virus ausgesetzt war und ob eine PEP begonnen werden muss (vgl. [46]).

Die PEP beginnt mit der Wundversorgung: Sofortige, gründliche Reinigung mit Seifenwasser für 15 Minuten, dann Desinfektion mit Povidon-Jod oder einer anderen viruziden Substanz [46].

Danach **Verabreichung der postexpositionellen Tollwutprophylaxe** nach einem Schema, das vom Impfstatus abhängt (siehe Impfschema-Box).

Schema für die Tollwut-PEP bei bereits geimpften Personen (≥ 2 Dosen Tollwutimpfstoff) [46]

- Gabe von je einer Dosis i. m. an den Tagen 0 und 3 (Total 2 Dosen)
- **Keine** passive Immunisierung
- Serologische Kontrolle am Tag 14. Falls Titer < 0,5 IE/ml wird am Tag 21 oder zum baldmöglichsten Zeitpunkt nach Vorliegen des Resultates eine weitere Impfdosis verabreicht. Dann weitere serologische Kontrollen und Impfungen, bis ein Titer von ≥ 0,5 IE/ml erreicht ist.

Schema für die Tollwut-PEP bei zuvor ungeimpften oder unvollständig geimpften (< 2 Dosen Tollwutimpfstoff) Personen oder mit unbekanntem Impfstatus [46]

- **Aktive Impfung:** Gabe von je einer Dosis i. m. an den Tagen 0, 3, 7 und 14 (Total 4 Dosen).
- **Passive Immunisierung:** Gabe von humanem Tollwut-Immunglobulin. hRIG wird in einer einmaligen Dosis von maximal 20 IE/kg Körpergewicht verabreicht. Die gesamte Menge hRIG, bzw. so viel wie aufgrund der Anatomie der Biss-/Kratzstelle möglich ist, muss in und um die Wunde(n) injiziert werden (i. d. R. ist eine Ampulle à 2 ml (300 IU) ausreichend, auch wenn eine höhere Menge berechnet wurde). Tollwut-Immunglobulin soll gleichzeitig mit der ersten aktiven Impfdosis oder bis spätestens 7 Tage danach verabreicht werden.
- Serologische Kontrolle am Tag 21. Falls Titer < 0,5 IE/ml wird am Tag 28 oder zum baldmöglichsten Zeitpunkt nach Vorliegen des Resultates eine weitere Impfdosis verabreicht. Dann weitere serologische Kontrollen und Impfungen, bis ein Titer von ≥ 0,5 IE/ml erreicht ist.

m) Tuberkulose: Impfung für Säuglinge mit erhöhtem Expositionsrisiko

Die BCG-Impfung gegen die Tuberkulose wird nur für Neugeborene und Säuglinge < 12 Monate empfohlen (Risiko für die Entwicklung einer disseminierten Tuberkulose), welche ein erhöhtes Risiko für eine Ansteckung haben. Dies sind Säuglinge, die dauerhaft in einem Land mit hoher Tuberkuloseinzidenz leben werden. Als Grenzwert wird eine Inzidenz > 50 Fälle pro 100 000 Einwohner und Jahr empfohlen (WHO-Information über die Tuberkuloseinzidenzen: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/). Solange der Impfstoff in der Schweiz nicht verfügbar ist, wird empfohlen die Impfung im Zielland durchzuführen. Aufenthalte von beschränkter Dauer (z. B. Ferien, Besuche) stellen keine Impfindikation dar [47].

n) Varizellen: Impfung für Personen ≥ 40 Jahre mit einem erhöhten Komplikations- oder Übertragungsrisiko

Die Varizellenimpfung ist empfohlen ab dem Alter von 40 Jahren für **nicht immune** (IgG-negative) Personen mit einem erhöhten Risiko von Komplikationen durch eine Varzellenerkrankung oder einem erhöhten Übertragungsrisiko:

- Personen mit Leukämie oder malignem Tumor (Impfung während klinischer Remission);
- vor einer immunsuppressiven Behandlung oder Organtransplantation;
- Personen mit nephrotischem Syndrom;
- Personen mit engem Kontakt zu oben genannten Patienten (z. B. Kinder, Haushaltsmitglieder);
- Medizinal- und Pflegepersonal (insbesondere der Bereiche Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie, Onkologie, Intensivmedizin, Betreuung von immunsupprimierten Patienten);
- Personen mit engem Kontakt zu Frühgeborenen (Geburt < 32 + 0 SSW oder Geburtsgewicht < 1500 g).

Impfschema für die Varizellenimpfung für nicht-immune (IgG-negative) Personen mit erhöhtem Risiko ab dem Alter von 40 Jahren

- 2 Dosen im Abstand von mindestens 1 Monat.
- **Nachholimpfung:** 1 zweite Dosis ist empfohlen für Personen, welche nur einmal gegen Varizellen geimpft wurden.

3.2 Nach erhöhtem Risiko für Komplikationen und invasive Erkrankungen

a) Empfohlene Impfungen für Risikopersonen nach chronischer Grunderkrankung / Risikofaktor

Siehe Tabelle 5 zur Übersicht über die empfohlenen Impfungen für Risikopersonen nach chronischer Grunderkrankung/Risikofaktor.

Separat vom Impfplan publizierten Empfehlungen für spezifische Patientengruppen

Folgende Impfempfehlungen für spezifische Risikogruppen/Grunderkrankungen/Risikosituationen sind separat vom Impfplan publiziert:

- *Maligne Erkrankungen und deren Haushaltskontakte*; Stand 2022
- *Vor und nach Transplantation eines soliden Organs*; Stand 2014
- *Empfängerinnen und Empfängern von Blut-Stammzellen*; Stand 2014
- *Anatomische oder funktioneller Asplenie*; Stand 2015

Impfprinzipien und Empfehlungen für Personen mit autoimmun-entzündlichen Erkrankungen (IMID)

- *Autoimmun-entzündliche rheumatische Erkrankungen (RHEUMA-IMID)*; Stand 2014
- *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder anderen gastroenterologischen (Auto-)Immunerkrankungen (GASTRO-IMID)*; Stand 2017
- *Impfprinzipien und Empfehlungen für erwachsene Personen mit neuroimmunologischen Erkrankungen (NEURO-IMID)*; Stand 2026

b) Schwangerschaft und Stillzeit: Serologische Abklärungen und Impfungen vor, während und nach einer Schwangerschaft

Impfungen und serologische Abklärungen vor und während einer Schwangerschaft [38]

Vor jeder Schwangerschaft:

Zum Schutz von Mutter und Kind wird die Überprüfung der Immunität und Vervollständigung des Impfstatus, insbesondere auch für die folgenden Krankheiten vor jeder Schwangerschaft empfohlen:

- MMR: Mindestens 2 dokumentierte Dosen gegen jede der 3 Komponenten, bei Fehlen nachzuholen und zu dokumentieren. **KEINE** serologischen Kontrollen bei dokumentierter Impfung (1 oder 2 Dosen) [30].
- Varizellen: dokumentiert durchgemachte Krankheit (positive Anamnese) oder Immunität (IgG) oder 2 dokumentierte Impfungen. Bei Fehlen nachzuholen und zu dokumentieren. **KEINE** serologischen Kontrollen bei dokumentierter Impfung (1 oder 2 Dosen) [30].
- Hepatitis B: 2 bzw. 3 HBV-Impfdosen gemäss Impfplan.

Einmalig während einer Schwangerschaft:

Zur passiven RSV-Immunsierung von zwischen Oktober und März geborenen Säuglingen wird die RSV-Impfung in der Schwangerschaft als eine von zwei Option empfohlen. Details und Impfempfehlung, *siehe Kapitel 1.1.a und Abbildung 1* (Algorithmus zur RSV-Immunsierung von Kindern im ersten Lebensjahr in Abhängigkeit des (voraussichtlichen) Geburtsmonat).

Während jeder Schwangerschaft:

Impfungen: Zum Schutz von Mutter und Kind werden folgende Impfungen während der Schwangerschaft empfohlen:

- gegen die Grippe (1., 2. oder 3. Trimester),
- gegen Pertussis (2. oder 3. Trimester, vorzugsweise im 2. Trimester, Nachholimpfung bis 2 Wochen vor Geburt vermittelt hohen Schutz durch transplazentare passive Immunsierung des Neugeborenen), mit Impfstoff dTp_a unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Pertussisimpfung oder -erkrankung,
- gegen Covid-19 (2. oder 3. Trimester)

Serologische Abklärungen:

- Hepatitis B: Alle Schwangeren sollten in jeder Schwangerschaft auf HBsAg getestet werden. Dies gilt ebenfalls für die erste Schwangerschaft von vollständig gegen Hepatitis B geimpften Frauen. Einzige Ausnahme ist eine vorbestehende, zuverlässig dokumentierte Immunität nach vollständiger Impfung (anti-HBs ≥ 100 IE/l) oder nach durchgemachter Infektion (anti-HBc und anti-HBs positiv). Für weitere Informationen über den Zeitpunkt des Screenings und das Vorgehen bei einem positiven Test, *siehe Kapitel 7.1.5 der Hepatitis B Richtlinien und Empfehlungen* [10].
- Eine Suche nach spezifischen **IgG-Antikörpern** gegen Röteln, Masern und Varizellen soll nur bei **nicht-geimpften** Schwangeren erfolgen. Die serologischen Resultate dienen als Referenz für den Fall eines späteren Krankheitsverdachts während der Schwangerschaft. Ausserdem erlauben die Resultate, nicht-immunen Frauen zu empfehlen:
 - Jeglichen Kontakt zu infizierten Personen zu meiden.
 - Impfung des Partners, anderer Haushaltsmitglieder und allfälliger Kinder durchzuführen (falls diese nicht/unvollständig geimpft sind respektive die Krankheit nicht durchgemacht haben).
 - 2 MMR-, MMRV- oder Varizellen-Impfdosen möglichst bald nach der Geburt, idealerweise im Wochenbett, zu erhalten.Eine negative Varizellen- oder Masern-Serologie kann falsch negativ sein und sollte mit Hilfe eines hochsensitiven Tests verifiziert werden (z. B. Labor des HUG).

Bei **unvollständigem Schutz** einer schwangeren Frau gegen Masern, Mumps, Röteln und/oder Varizellen (nur 1 Masern, Röteln- oder Varizellenimpfung und keine Varizellen-Krankheitsanamnese) sind diese Impfungen mit einer 2. Dosis sofort nach der Geburt/im Wochenbett zu vervollständigen.

Impfen während der Stillzeit: folgt nach Tabelle 5 auf Seite 35.

Tabelle 5

Übersicht über die empfohlenen Impfungen für Risikopersonen nach chronischer Grunderkrankung/ Risikofaktor, welche das Risiko von Komplikationen oder invasiven Erkrankungen erhöhen

Stand 2026

Unterteil nach a) Chronische Grunderkrankung/ klinischer Risikofaktor und b) Schwangerschaft, Frühgeburt und Neugeborene als Risikofaktor.

Bemerkung: Alter und klinisches Stadium kann je nach Impfung und Risikofaktor variieren. Auf die detaillierten Risikogruppenempfehlungen pro Impfung im *Kapitel 3.1* wird jeweils verlinkt. Bei Personen mit mehreren Risiken ist es wichtig, bei jedem einzelnen Risiko die empfohlenen Impfungen zu berücksichtigen. Z. B. Stammzellenempfänger, der in einem Gebiet mit FSME-Impfempfehlung wohnt oder der durch eine andere Grundkrankheit speziell gefährdet ist. Zudem müssen bei allen Personen auch die empfohlenen Basis- und ergänzenden Impfungen berücksichtigt werden sowie in seltenen Fällen die Varizellen-Impfung bei noch nicht immunen Personen ≥ 40 Jahre.

a) Chronische Grunderkrankung / klinischer Risikofaktor		Influenza	Covid-19	Pneumokokken	RSV	Pertussis	Meningokokken A, C, W, Y und B	Herpes Zoster	Hepatitis A	Hepatitis B
Kardio-vaskular	Herzinsuffizienz (*Krankheitsstadium beachten)	×	×	×						
	Herzerkrankung (*Krankheitsstadium beachten), Angeborene Fehlbildung	×	×							
	Schlaganfall und/oder symptomatische Vaskulopathie; Arterielle Hypertonie mit Endorganschaden, Therapie-resistente arterielle Hypertonie; Pulmonalarterielle Hypertonie		×							
Lunge	Chronisch obstruktive Pneumopathie (*Krankheitsstadium beachten)	×	×	×			×			
	Schweres Asthma: bei verlängerter oder häufiger Behandlung mit oralen Steroiden	×	×	×				×		
	Bronchiektasen durch Antikörpermangel	×	×	×						
	Andere Lungenerkrankungen (z. B.: Lungenfibrose und Lungenemphysem, Asthma bronchiale)	×	×							
Leber	Chronische Lebererkrankung	×							×	×
	Leberzirrhose	×	×	×					×	×
Milz	Anatomische oder funktionelle Asplenie	×		×			×			
Niere	Niereninsuffizienz (*Krankheitsstadium beachten)	×	×	×			×			
	Nephrotisches Syndrom	×		×						
Neuromuskulär	Falls Auswirkungen auf Herz-, Lungen- oder Nierenfunktion	×								
Stoffwechsel	Diabetes mit Auswirkung auf die Funktion von Herz, Lungen oder Nieren	×	×	×				×		
	Adipositas (BMI beachten)	×	×							
	Zöliakie (Neudiagnose bei Erwachsenen)			×						
Neoplasien	Lymphom, Leukämie, Myelom. Solider maligner Tumor unter aktiver zytotoxischer Chemotherapie	×	×	×				×		
Transplantationen	Kandidaten für eine Solidorgantransplantation	×	×	×				×		×
	Empfänger einer Solidorgantransplantation	×	×	×				×	×	×
	Empfänger einer Blut-Stammzelltransplantation	×	×	×				×		

¹⁾ 12 Monate nach Lebertransplantation

Tabelle 5 (Fortsetzung)

a) Chronische Grunderkrankung / klinischer Risikofaktor		Influenza	Covid-19	Pneumokokken	RSV	Pertussis	Meningokokken A, C, W, Y und B	Herpes Zoster	Hepatitis A	Hepatitis B
Medikamentöse Immunsuppression	Autoimmunerkrankung, welche eine Immunsuppression erfordert	×	×	×				×		×
	Medikamentöse Immunsuppression (inkl. systemische Langzeitkortikoidtherapie und Radiotherapie)	×	×	×				×		×
HIV	HIV-Infektion mit CD4+-Zellen ≥ 15 % (Erwachsene: ≥ 200/μl)	×		×				×		×
	HIV-Infektion mit CD4+-Zellen < 15 % (Erwachsene: < 200/μl)	×	×	×				×		×
Angeborene Immunschwäche (inborn errors of immunity)	Angeborene Immundefizienz, Variables Immundefektsyndrom	×	×	×				×		
	Mangel im klassischen oder alternativen Weg der Komplementaktivierung	×	×	×			×			
	Mangel an Mannose-bindendem Lektin, Defizitäre Antwort auf Polysaccharide	×	×	×			×			
HNO	Cochleaimplantat, in situ oder geplant			×						
Kopf	Schädelbasisfraktur/-Fehlbildung, Zerebrospinale Liquorfistel			×						
Chromosomen-Anomalie	Trisomie 21		×							

Februar 2026

b) Schwangerschaft, Frühgeburt und Neugeborene: empfohlene Impfungen für den direkten Schutz oder zur passiven Immunisierung der Risikoperson		Influenza	Covid-19	Pneumokokken	RSV	Pertussis	Meningokokken A, C, W, Y und B	Herpes Zoster	Hepatitis A	Hepatitis B
Schwangerschaft	Direkter Schutz der Schwangeren (*Schwangerschaftswoche beachten)	×	×							
	Zur passiven Immunisierung von Neugeborenen (*Schwangerschaftswoche beachten)				×	×				
	Post-partum Periode, falls nicht während Schwangerschaft geimpft	×				×				
Frühgeborene	Geburt vor der 32+0 SSW oder Geburtsgewicht < 1500g	×		×		×				
Neugeborene	Mutter HbsAg-positiv									×

Richtlinien und Empfehlungen

Impfen während der Stillzeit [38, 48, 49]

Die Impfung mit sämtlichen inaktivierten Impfstoffen oder Lebendimpfstoffen (mit Ausnahme der Gelbfieberimpfung) von Müttern während der Stillzeit ist ohne negative Konsequenzen für sie oder den Säugling möglich.

Obwohl sich lebende Impfviren im Körper der Mutter replizieren, einige in der Muttermilch nachgewiesen werden können und äussert selten zur Übertragung auf das Neugeborene führen können, bleibt dies ohne Konsequenzen für den Säugling. Folglich stellen die Lebendimpfstoffe gegen MMR und Varizellen und alle inaktivierten Impfstoffe (wie Rekombinierte, Polysaccharid-konjugierte, Toxoid-, mRNA-Impfstoffe) auch während der Stillzeit **kein Risiko für die Mutter und den Säugling** dar. Einzige Ausnahme ist die Gelbfieberimpfung, welche in der Stillzeit während der ersten (6-) 9 Lebensmonate des Säuglings nicht an die Mutter verabreicht werden sollte (Reiseimpfung, *siehe www.healthytavel.ch*).

Säuglinge, welche gestillt werden, sollten gemäss den aktuellen Impfeempfehlungen geimpft werden.

c) Impfung von Frühgeborenen (VLBW)

Für Kinder, die vor der 32 + 0 SSW oder mit einem Geburtsgewicht von < 1500g geboren werden, wird ein angepasster, beschleunigter Impfplan empfohlen (Tabelle 6). Dieser Impfplan wird ergänzt durch spezifische Empfehlungen für

die Familienangehörigen (*siehe Tabelle 7*) [50]. Die Altersangaben beziehen sich immer auf das chronologische Alter (nicht auf das korrigierte Alter).

Grundsätzlich sollten alle Säuglinge und insbesondere jene, die in der 32+0 bis 36+0 SSW geboren werden, von zeitgerecht gemäss Empfehlung durchgeführten Impfungen (im chronologischen Alter von 2 und 4 Monaten) profitieren können.

Vorsichtsmassnahmen

Die Frühgeborenen, die zum Zeitpunkt ihrer Impfung noch hospitalisiert sind, müssen während mindestens 48 Stunden nach Impfung kardiorespiratorisch überwacht werden. Frühgeborenen, die innerhalb von 48 Stunden nach der ersten Impfung mit einer deutlichen Zunahme oder Wiederauftreten von Bradykardien und/oder Apnoen reagiert hatten, muss diese kardiorespiratorische Überwachung auch bei der zweiten Impfung angeboten werden, selbst wenn dies einen erneuten 48-stündigen Spitalaufenthalt erfordert. Zurzeit deutet nichts darauf hin, dass bei den nachfolgenden Impfdosen eine kardiorespiratorische Überwachung erforderlich ist (ausser der Arzt/die Ärztin erachtet eine solche als notwendig). Letzteres gilt auch, unabhängig vom Gestationsalter, für Frühgeborene, die zum Zeitpunkt der ersten Impfung (60 Tage) nicht mehr hospitalisiert sind.

Tabelle 6

Impfung von Frühgeborenen (<32+0 SSW oder mit einem Geburtsgewicht < 1500 g)

Stand 2026

Alter	RSV (langwirksame monoklonale Antikörper; mAk)	Diphtherie (D) Tetanus (T) Pertussis (P _a) Polio (IPV) Hib, HBV (Kombinations- impfstoff)	Pneumokokken (PCV)	Rotavirus	Influenza ³⁾	Masern (M) ⁴⁾ Mumps (M) Röteln (R) Varizellen (VZV) (Kombinations- impfstoff)	Andere
Geburt	1 Dosis mAk.						HBV ⁶⁾
2 Monate	Verabreichungszeitpunkt abhängig vom Geburtsmonat ¹⁾	DTP _a -IPV-Hib-HBV	PCV	RV			
3 Monate		DTP _a -IPV-Hib-HBV	PCV				4CMenB ⁵⁾
4 Monate		DTP _a -IPV-Hib-HBV	PCV	RV			
5 Monate							4CMenB ⁵⁾
6 Monate						Influenza ³⁾	
9 Monate						MMRV ⁴⁾	
12 Monate		DTP _a -IPV-Hib-HBV	PCV			MMRV	
12–24 Monate	1 Dosis mAk im Oktober oder möglichst rasch danach ²⁾				Influenza ³⁾		12–18 Monate: 4CMenB + MCV- ACWY ⁵⁾

¹⁾ Verabreichungszeitpunkt von langwirksamen RSV-mAk während 1. Lebensjahr: *siehe Kapitel 1.1.a*

²⁾ Frühgeborene Kleinkinder (Geburt <32+0 SSW) im Alter von ≤ 24 Monaten, *siehe Kap. 3.1.i*

³⁾ Saisonale Influenzaimpfung (Oktober–Januar) ab dem Alter von 6 Monaten in den ersten zwei Wintern. Die Impfung erfordert im ersten Winter zwei Dosen im Abstand von 4 Wochen, im zweiten Winter 1 Dosis (Dosierung – ½ oder volle Dosis – gemäss Fachinformation Impfstoff).

⁴⁾ MMRV-Impfung: erste Dosis eines kombinierten Impfstoffs im Alter von 9 Monaten (im Alter von 6 Monaten MMR bei erhöhtem Risiko, z. B. bei Masern-Fällen in der Umgebung) und zweite Dosis mit 12 Monaten. Im Falle einer MMR-Impfung im Alter zwischen 6 und 8 Monaten sind für eine vollständige Impfung insgesamt 3 Dosen erforderlich (2. Dosis mit 9 Monaten, 3. Dosis mit 12 Monaten, je als MMRV).

⁵⁾ Für das Impfschema sowie weitere Informationen zu diesen ergänzenden Meningokokken-Impfungen *siehe Kapitel 1.1.i und Kapitel 1.1.j*

⁶⁾ Frühgeborene von HBsAg-positiven Müttern: 4 Dosen zu den Zeitpunkten 0 (gleichzeitig mit HBIG), 1, 2 und 12 Monate (1. und 2. Dosis monovalenter Impfstoff; 3. und 4. Dosis hexavalenter Impfstoff). Serologische Kontrolle des Impferfolgs einen Monat nach der letzten Dosis.

Impfempfehlungen für das Umfeld von Frühgeborenen

Die niedrigere Menge der transferierten mütterlichen Antikörper bei einer Frühgeburt und deren rasche Abnahme setzt Frühgeborene einem frühen Risiko von Infektionskrankheiten aus und dieses Risiko hält auch deutlich länger an als bei termingeborenen Säuglingen. In den ersten Lebensmonaten beruht der Schutz der Frühgeborenen deshalb in erster Linie auf der Verhinderung von Ansteckungen. Neben den grundlegenden Hygieneregeln (Händewaschen usw.) lässt sich das Expositionsrisiko bei Frühgeborenen mit gewissen Impfungen erheblich senken, die vor oder direkt nach der Geburt bei den Eltern und Geschwistern durchzuführen sind (Tabelle 7).

Tabelle 7
Impfung des Umfelds von Frühgeborenen (Geburt vor der 32+0 SSW oder Geburtsgewicht <1500g)
Stand 2026

Krankheiten	Empfehlungen
Pertussis	Aktualisierung des Impfschutzes (Nachholimpfung) der Geschwister Impfung der Eltern (und aller weiterer regelmässiger Kontaktpersonen) ¹⁾
Influenza	Impfung des familiären Umfelds/Betreuungspersonen und des beteiligten Medizinalpersonals (erste zwei Winter)
MMR	Aktualisierung (Nachholimpfung) des Impfschutzes des gesamten familiären Umfelds (mit einem MMR- oder einem MMRV-Impfstoff (Details siehe <i>Nachholimpfungen/Tabelle 2</i>).
Varizellen	Aktualisierung (Nachholimpfung) des Impfschutzes des gesamten familiären Umfelds (mit einem Varizellen- oder einem MMRV-Impfstoff (Details siehe <i>Nachholimpfungen/Tabelle 2</i>).

¹⁾ Eine Impfung gegen Pertussis mit einem dTp_a-Impfstoff ist für Eltern und regelmässige Kontaktpersonen (Geschwister, Grosseltern und externe Betreuungspersonen) unabhängig vom Alter empfohlen. Diese Personen (Jugendliche und Erwachsene) sollen so bald als möglich gegen Pertussis geimpft werden (einzelne Impfdosis ab Alter 11 Jahre ausreichend), wenn sie in den letzten 10 Jahren nicht gegen diese Krankheit geimpft wurden. Das minimale Intervall seit der letzten Tetanus-Impfung beträgt 4 Wochen. Eine Dosis einer Pertussisimpfung wird schwangeren Frauen in jeder Schwangerschaft empfohlen (idealerweise in der 13.–26. SSW), unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Pertussisimpfung oder Pertussiserkrankung. Durch diese Impfung können Säuglinge in den ersten Lebenswochen sehr effizient vor Pertussis geschützt werden (transplazentare Antikörperübertragung). Erfolgte die Impfung nicht während der Schwangerschaft, soll diese unmittelbar nach der Geburt nachgeholt werden, wenn die letzte Pertussisimpfung oder laborbestätigte Erkrankung 10 Jahre oder länger zurückliegt.

3.3 Nach erhöhtem Expositions- und / der Übertragungsrisiko

Die empfohlenen Impfungen für Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Expositionsrisiko und/oder Übertragungsrisiko werden in *Tabelle 8* zusammengefasst.

Tabelle 8
Empfohlene Impfungen für Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Expositionsrisiko und / oder Übertragungsrisiko für spezifische Erreger
 Stand 2026

	Hepatitis A	Hepatitis B	Varizellen	Influenza	Pneumokokken	Meningokokken A, C, W, Y und B	Pertussis	FSME	Tollwut
Beschäftigte im Gesundheitswesen ¹⁾	x ²⁾	x ³⁾	x	x			x ⁴⁾		
Personen mit regelmässigem Kontakt (beruflich/familiär) zu Säuglingen <6 Monaten				x			x		
Laborpersonal mit möglichem Expositionsrisiko	x ²⁾	x ²⁾	x ²⁾		x ²⁾	x ²⁾			x ²⁾
Familienangehörige von Personen mit einem erhöhten Risiko			x	x			x ⁴⁾		
Enge Kontaktpersonen von Erkrankten	x	x				x			
Bewohnende und Personal von Pflegeheimen und Einrichtungen für Personen mit chronischen Erkrankungen				x					
Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen in Heimen und das Betreuungspersonal		x							
Drogenkonsumierende Personen und deren Kontaktpersonen	x	x							
Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern		x							
Männer mit sexuellen Kontakten zu Männern ¹⁾	x	x							
Personen mit einer sexuell übertragbaren Krankheit		x							
Dialysepatientinnen und -patienten		x		x	x				
Hämophile Personen		x							
Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Gefängnispersonal und Polizeiangeestellte mit häufigem Kontakt zu Drogenkonsumierenden		x							
Personen in Haft		x							
Personen aus Ländern mit intermediärer oder hoher Hepatitis-B-Endemizität (HBsAg-Prävalenz: ≥5 %)		x							
Kinder aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemizität, die in der Schweiz leben und für einen vorübergehenden Aufenthalt in ihr Herkunftsland zurückkehren	x								
Personen mit engem Kontakt zu Personen aus Ländern mit hoher Endemizität	x ²⁾								
Kanalisationsarbeitende und Angestellte von Kläranlagen	x								
Rekruten/Rekrutinnen						x			
Erwachsene und Kinder (im Allgemeinen ab 3 J.), die in einem Risikogebiet wohnen oder sich zeitweise dort aufhalten und Zecken-exponiert sind								x	
Tierärztinnen und -ärzte (inkl. Studierende, Praxisangestellte); Personal in Laboratorien mit Tollwut-Diagnostik, Tollwutforschungslaboratorien und Tollwut-impfstoff-Produktionslaboratorien									x
Tierpflegerinnen und -pfleger, Tierhändlerinnen und -händler, Tierseuchenpolizistinnen und -polizisten									x
Fledermausforschende und -schützende									x

¹⁾ Für spezifische Personen innerhalb dieser Gruppe wird die Impfung gegen Mpox empfohlen, *siehe Mpox (Affepocken)*

²⁾ Gemäss Expositionsrisiko

³⁾ Siehe Algorithmus zur Hepatitis-B-Impfung bei Beschäftigten im Gesundheitswesen (*Kapitel 3.3.b*)

⁴⁾ Bei Arbeit auf Säugling-/ Neonatalstationen oder mit regelmässigem Säuglingskontakt im Alter <6 Monate

a) Auslandsreisende

Für Auslandsreisende bestehen internationale Impfvorschriften und Empfehlungen des Expertenkomitees für Reisemedizin (EKRM), welche regelmässig aktualisiert und auf www.healthytravel.ch publiziert werden. Diese Impfempfehlungen sind im Impfplan nicht aufgeführt. Weitere Informationen sind auf folgender Webseite zu finden: *Impfungen und Malariaschutz bei Auslandsreisen*.

b) Beschäftigte im Gesundheitswesen (BiG)

Ein vollständiger Impfschutz gemäss Impfplan ist für alle BiG wichtig und empfohlen, fehlende Impfungen sollten nachgeholt werden (*siehe auch Tabelle 9*). Bei Beschäftigten im Gesundheitswesen (BiG), die eine empfohlene Impfung ablehnen, sind im Falle einer Exposition geeignete Massnahmen zu deren Schutz und zur Verhinderung einer Weiterverbreitung (postexpositionelle Behandlung, Wechsel des Arbeitsplatzes, Freistellen von der Arbeit, etc.) zu ergreifen.

Hepatitis B (≥3 Dosen): Alle BiG, die mit Blut oder mit blutkontaminierten Körperflüssigkeiten in Berührung kommen können, serologische Erfolgskontrolle nach 3. Dosis (HBs-Ak ≥ 100 U/L).

Masern, Mumps und Röteln (2 Dosen): Alle BiG, die mit weniger als 2 Dosen geimpft sind. Bei 2 × Geimpften ist keine Antikörperkontrolle empfohlen (hohe Wirksamkeit der Impfung, Risiko falsch negativer serologischer Befunde). Falls die MMR-Impfung mit Triviraten® (Rubini-Mumpsstamm, unwirksam) erfolgt ist, sollte die MMR-Impfung (Ziel: 2 wirksame Dosen für jede Komponente) wiederholt werden. Bei unvollständigem Impfschutz gegen Varizellen UND bei negativer/unsicherer Varizellenanamnese, kann die Impfung auch mit einem kombinierten, quadrivalenten MMRV-Impfstoff erfolgen.

Varizellen (1–2 Dosen): Alle BiG < 40 Jahre bzw. altersunabhängig bei Arbeit mit Risikopersonen (z. B. Säuglinge, Immunsupprimierte, *siehe Kap. 3, Punkt n*) ohne sichere Varizellenanamnese und mit negativem VZV-IgG-Befund (Komplettierung der Impfung falls erst mit 1 Dosis geimpft). Bei unvollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln kann die Impfung auch mit einem kombinierten, quadrivalenten MMRV-Impfstoff erfolgen.

Influenza (jährliche Impfung jeweils zwischen Mitte Oktober und dem Beginn der Grippewelle): Alle BiG mit Patientenkontakt.

Diphtherie, Tetanus, Pertussis: Alle BiG (Basisimpfung, regelmässige dT-Auffrischimpfung und eine einmalige Impfung gegen Pertussis im Alter von 25 Jahren; *siehe Tabellen 1, 2 und 4*). Im Allgemeinen wird keine serologische Untersuchung vor oder nach dT(p_a)-Nachholimpfungen empfohlen. BiG mit regelmässigem Kontakt zu Säuglingen unter 6 Monaten sollen unabhängig vom Alter eine dTp_a-Dosis alle 10 Jahre erhalten. In dieser Situation beträgt das minimale Intervall seit der letzten Tetanusimpfung 4 Wochen.

Poliomyelitis: Alle BiG (Basisimpfung); Laborpersonal, das mit Polioviren arbeitet (Basisimpfung, gefolgt von Auffrischimpfungen alle 10 Jahre).

Hepatitis A (2 Dosen): Durch die Einhaltung der standardmässigen hygienischen Vorsichtsmassnahmen lässt sich die Übertragung der Hepatitis A auf BiG wirksam verhindern. Die Hepatitis-A-Impfung ist für BiG empfohlen, die

- in Laboratorien arbeiten und Umgang mit Stuhlproben haben,
- engen beruflichen Kontakt mit Drogenkonsumierenden oder mit Personen aus Ländern mit mittlerer oder hoher Endemizität haben, sowie
- gemäss SUVA-Empfehlungen in einem Umfeld mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer fäkal-oralen Hepatitis-A-Virusübertragung (pädiatrische oder gastroenterologische Stationen) tätig sind.

BiG mit Hepatitis-A-Risiko, die in der Vergangenheit eine Dosis eines Hepatitis-A-Impfstoffes erhalten haben, sollten mindestens sechs Monate nach der ersten Dosis eine zweite bekommen. BiG, die niemals gegen Hepatitis A geimpft worden sind, sollten zwei Dosen in einem Mindestabstand von sechs Monaten erhalten. Alternativ kann, falls indiziert, durch Gabe eines kombinierten Impfstoffes die Hepatitis-A mit einer Hepatitis-B-Impfung verbunden werden. Das Impfschema umfasst drei Dosen (0, 1, 6 Monate). Nach einer Hepatitis-A-Impfung wird keine serologische Untersuchung auf Hepatitis-A-Antikörper empfohlen.

Meningokokken: Tätigkeit in mikrobiologischen Laboratorien und Umgang mit Proben, von denen die Gefahr einer Ausbreitung aerosolierter Meningokokken ausgeht.

Quadrivalenter Konjugatimpfstoff MCV-ACWY: Die Primovakzination erfolgt mit einer Dosis, gefolgt von einer Auffrischimpfung alle 5 Jahre bei weiter bestehendem Expositionsrisiko.

Impfstoff 4CMenB: Die Primovakzination erfolgt mit zwei Dosen (0–2 Monate), gefolgt von Auffrischimpfungen alle 5 Jahre bei weiterbestehendem Expositionsrisiko.

Eine Impfung gegen **Tuberkulose** (BCG) ist nicht indiziert.

Mpox, siehe separate Impfempfehlung auf der BAG-Webseite *Mpox (Affenvpocken)*.

Kostenübernahme:

Die Rechtslage in der Schweiz sieht vor, dass die Kosten sämtlicher arbeitsmedizinisch indizierten Impfungen vom Arbeitgeber zu tragen sind, sofern es sich um eine unselbstständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Bundesgesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) handelt. Die massgebenden Gesetzesgrundlagen sind folgende: Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 (SR 832.20), Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) vom 19. Dezember 1983 (SR 832.30), Verordnung über den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor Gefährdung durch Mikroorganismen (SAMV) vom 25. August 1999 (SR 832.321).

Dazu zählen auch Studierende, die im Rahmen eines Praktikums in einer Gesundheitseinrichtung angestellt sind. Studierende und Praktikantinnen, die von der Gesundheitseinrichtung keine Bezahlung erhalten oder deren Entlohnung unterhalb der AHV-Versicherungsgrenze liegt, sind demgegenüber nicht obligatorisch unfallversichert und haben keinen Anspruch darauf, dass die Einrichtung für die Impfkosten aufkommt. Aus ethischen Überlegungen ist eine Kostenübernahme durch die jeweiligen Institutionen (Spital, Universität, Schule) allerdings auch bei Studierenden und Praktikantinnen angezeigt.

Tabelle 9
Impfschema für ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Beschäftigte im Gesundheitswesen
 Stand 2026

Impfung	Bisher erhaltene Dosen	Notwendige Dosen ¹⁾	Intervall (Monate)	Nächste Booster
Diphtherie, Tetanus (dT)²⁾, Pertussis (p_a)²⁾ (siehe Tabelle 4), Poliomyelitis³⁾				
Masern, Mumps, Röteln (MMR)⁴⁾	0 1 2	2 1 0 ⁵⁾	0, ≥ 1 0	
Varizellen	0 1 2	2 1 0	0, 1–2 0	
Influenza	Jährliche Impfung (vorzugsweise zwischen Mitte Oktober und dem Beginn der Grippewelle)			
Hepatitis B	Vgl. <i>Text unten</i> und <i>Abbildung 2</i>			
Hepatitis A	0 1	2 1	0, 6 ⁶⁾ 0 ⁶⁾	
Meningokokken ACWY⁸⁾	0 1 MCV-ACWY ⁷⁾	1 MCV-ACWY ⁷⁾ 0 MCV-ACWY		alle 5 Jahre (MCV-ACWY) ⁹⁾ alle 5 Jahre (MCV-ACWY) ⁹⁾
Meningokokken B⁸⁾	0 1	2× 4CMenB 1× 4CMenB	0, 1	alle 5 Jahre (4CMenB) ⁹⁾ alle 5 Jahre (4CMenB) ⁹⁾

¹⁾ Total der aktuell nachzuholenden Dosen.
²⁾ Bei unbekanntem Impfstatus: Verabreichung einer Dosis dT oder dT_a und anschliessende Kontrolle der Tetanustoxin-Antikörper, um das weitere Vorgehen festzulegen. Alternative: als nicht geimpft betrachten (3 Dosen: 1× dT(p_a)-IPV, 2× dT-IPV zum Zeitpunkt 0, 2, 8 Monate). BiG mit regelmässigem Kontakt zu Säuglingen unter 6 Monaten sollen unabhängig vom Alter alle 10 Jahre eine dT_a-Impfung erhalten. Das minimale Intervall seit der letzten Tetanusimpfung beträgt 4 Wochen.
³⁾ Weitere Auffrischimpfungen gegen Poliomyelitis sind nur bei einem erhöhten Risiko erforderlich (Laborpersonal, das mit Polioviren arbeitet). Eine Auffrischimpfung ist 10 Jahre nach der letzten Dosis angezeigt.
⁴⁾ Die MMR-Impfung umfasst 2 Dosen. Die MMR-Impfung kann in jedem Alter nachgeholt werden. Alle nicht geimpften (nicht immunen) Personen erhalten 2 Dosen. Die MMR-Impfung darf bei bekannter Schwangerschaft nicht verabreicht werden.
⁵⁾ Falls eine oder beide MMR-Impfungen mit Triviraten® (Rubini-Mumpsstamm, unwirksam) erfolgten, sollte eine oder zwei MMR-Impfungen mit einem anderen MMR-Impfstoff als Triviraten® nachgeholt werden.
⁶⁾ 3 Dosen, falls kombinierte Impfung gegen Hepatitis A und B.
⁷⁾ MCV-ACWY: konjugierter Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe A, C, W und Y. 4CMenB: Rekombinanter Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B.
⁸⁾ Tätigkeit in mikrobiologischen Laboratorien und Umgang mit Proben, von denen die Gefahr einer Ausbreitung aerosolierter Meningokokken ausgeht.
⁹⁾ Bei weiterbestehendem Expositionsrisiko

Empfehlungen zur Hepatitis-B-Impfung bei Beschäftigten im Gesundheitswesen

Die folgenden Empfehlungen (vgl. *Abbildung 2*) zur Bestimmung des Immunschutzes gegen Hepatitis B von BiG basieren, mit Ausnahme einzelner Änderungen, auf den Empfehlungen der SUVA, sowie des BAG und der EKIF.

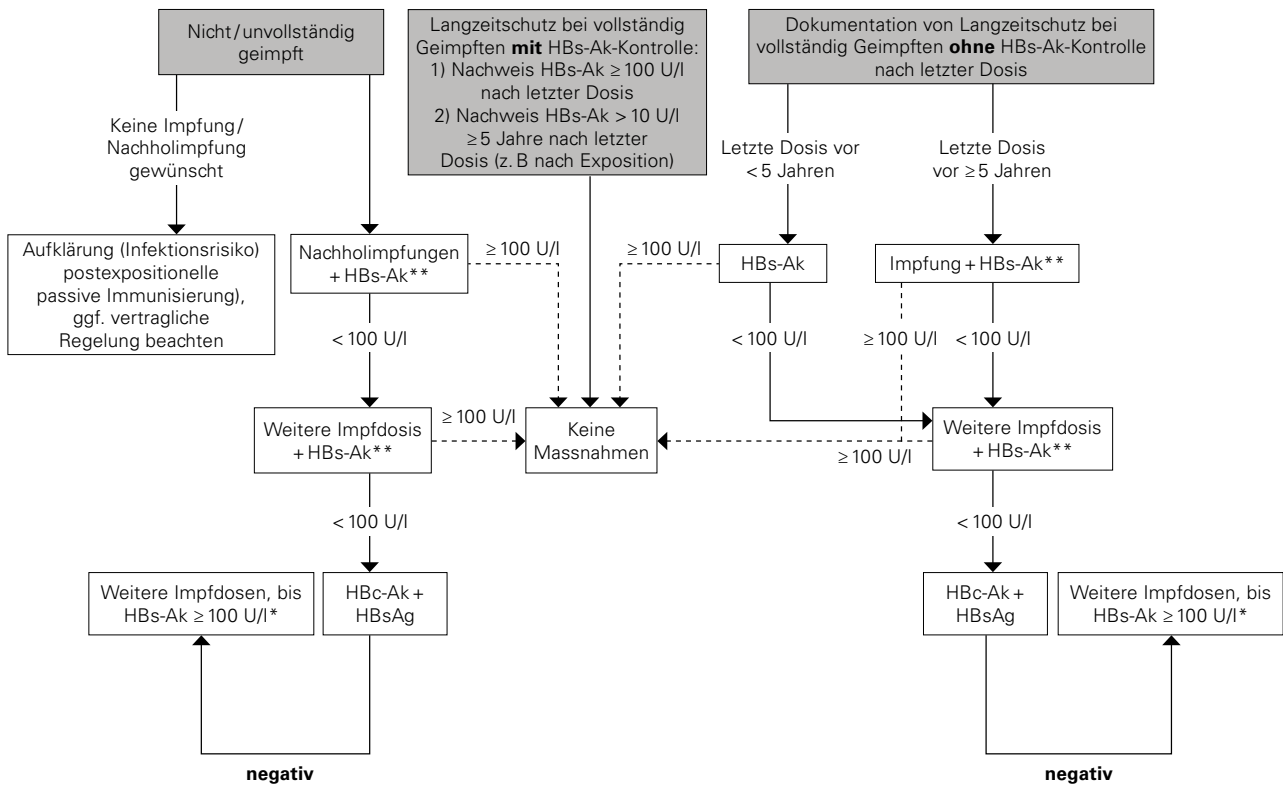
1) Nicht oder unvollständig geimpfte BiG (<3 Dosen oder <2 Dosen im Alter von 11–15 Jahren mit einem Hepatitis-B-Impfstoff für Erwachsene):

- Es wird empfohlen, fehlende Impfdosen gegen Hepatitis B nachzuholen und 4 (bis 8) Wochen nach der letzten Dosis die HBs-Antikörper (HBs-Ak) zu bestimmen:
 - Beträgt der Wert ≥ 100 U/l, sind keine weiteren Massnahmen erforderlich.
 - Liegt der Wert < 100 U/l, wird eine weitere Impfdosis verabreicht und die serologische Untersuchung wiederholt.
 - Liegt der Wert danach weiterhin < 100 U/l, sollten HBc-Ak und HBsAg bestimmt werden, um eine frühere oder aktive HBV Infektion auszuschliessen. Bei HBc-Ak- und HBsAg-negativen BiG sollen weitere Hepatitis-B-Impfdosen in 2- bis 6-monatigen Abständen (je nach HBV-Infektionsrisiko) gegeben werden. Nach jeder weiteren Dosis empfiehlt sich eine HBs-Antikörper-Bestimmung, bis der Schwellenwert von 100 U/l erreicht wird. Wenn die HBs-Ak nach insgesamt 6 Impfdosen immer noch < 100 U/l betragen, ist die Indikation für zusätzliche Dosen (z. B. mit Twinrix® oder eine doppelte Dosis eines monovalenten Impfstoffes [51]) individuell zu stellen.
- BiG, die eine Vervollständigung der Impfung ablehnen, sollten über ihr HBV-Infektionsrisiko und die Notwendigkeit einer passiven Immunisierung nach Exposition (z. B. durch Nadelstichverletzung) aufgeklärt werden.

2) Vollständig geimpfte BiG (≥ 3 Dosen oder ≥ 2 Dosen im Alter von 11–15 Jahren mit einem Hepatitis-B-Impfstoff für Erwachsene):

- Vollständig geimpfte BiG mit jemals einer Serologie mit HBs-Ak ≥ 100 U/l: keine weiteren Massnahmen erforderlich.
- Vollständig geimpfte BiG ohne HBs-Ak-Bestimmung: ist eine vollständige Impfung gegen Hepatitis B dokumentiert, ohne dass HBs-Ak innerhalb von 4 bis 8 Wochen nach der letzten Dosis bestimmt wurden, wird das folgende Vorgehen empfohlen:
 - Liegt die letzte Hepatitis-B-Impfdosis weniger als 5 Jahre zurück, sollten die HBs-Ak kontrolliert werden. Liegt der Wert < 100 U/l, sollte verfahren werden wie unter 1) ausgeführt. Beträgt der Wert ≥ 100 U/l, sind keine weiteren Massnahmen erforderlich.
 - Liegt die letzte Hepatitis-B-Impfdosis 5 Jahre oder länger zurück, sollte eine weitere Impfdosis verabreicht und 4 (bis 8) Wochen später die HBs-Ak bestimmt werden. Liegt der Wert < 100 U/l, sollte verfahren werden wie unter 1) ausgeführt. Beträgt der Wert ≥ 100 U/l, sind keine weiteren Massnahmen erforderlich.
- Bei vollständig geimpften BiG, bei denen mindestens 5 Jahre nach der letzten Dosis ein HBs-Ak-Wert von über 10 U/l nachgewiesen wurde (z. B. nach Exposition), kann davon ausgegangen werden, dass der oder die BiG auf die Impfung angesprochen hatte (≥ 100 U/l 4–8 Wochen nach der letzten Impfung) und es keiner weiteren Massnahmen bedarf.
- Bezüglich des Vorgehens bei Exposition gegenüber Hepatitis B (z. B. Nadelstichverletzung) sind die entsprechenden Richtlinien und Empfehlungen zu berücksichtigen.

Abbildung 2
Algorithmus zur Hepatitis-B-Impfung bei Beschäftigten im Gesundheitswesen



HBs-Ak = Serologie auf HBs-Antikörper, HBc-Ak = Serologie auf HBc-Antikörper, HBsAg = Serologie auf HBs-Antigen.
 * Falls nach insgesamt 6 Dosen die HBs-Ak weiterhin $< 100\text{ U/l}$ betragen, ist die Indikation für zusätzliche Dosen individuell zu stellen (z. B. mit Twinrix® oder einer doppelten Dosis eines monovalenten Impfstoffes).
 ** Bestimmung (HBs-Ak) 4-6 Wochen nach Impfung

c) Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen (vgl. Tabelle 10)

Für mindestens 3 × geimpfte Personen im Alter <26 Jahren und ≥65 Jahren sowie für Personen mit einer Immundefizienz, wird bei Verletzung eine dT-/dTp_a-Auffrischdosis (ab 8 Jahren) bzw. eine DTP_a-IPV-Auffrischdosis (<8 Jahre) empfohlen, wenn die letzte Impfung mehr als 5 Jahre zurückliegt (>10 Jahre im Falle von sauberen, oberflächlichen Wunden).

Im Alter von 26–64 Jahren werden bei Verletzungen die Auffrischintervalle verdoppelt in Abhängigkeit der Schwere der Verletzung: d. h. eine dT/dTp_a-Auffrischimpfung, wenn die letzte Tetanus-Impfung mehr als 10 Jahre zurückliegt (>20 Jahre im Falle von sauberen, oberflächlichen Wunden).

Für Personen die weniger als drei Dosen eines Tetanusimpfstoffes erhalten haben (Säuglinge siehe unten) oder deren Impfstatus unbekannt ist und für Personen mit einer signifikanten humoralen Immundefizienz oder medikamentöser Immunsuppression (unabhängig vom Impfstatus), wird die Verabreichung einer Dosis eines altersentsprechend adaptierten DTP_a- (<8 Jahre) oder dT-/dTp_a- (ab 8 Jahren) Kombinationsimpfstoffs empfohlen und bei **Tetanus-gefährdeten Verletzungen ergänzend die Verabreichung von Tetanus-Immunglobulin** (bei sauberen und oberflächlichen Wunden sind Immunglobuline nicht notwendig).

Bei Säuglingen im Alter von 5–11 Monaten, welche 2 Impfdosen erhalten haben, ist die Gabe von Tetanus-Immunglobulinen generell nicht empfohlen. Sie kann im Einzelfall bei sehr hohem Tetanusrisiko erwogen werden.

Bei unvollständiger Impfung ist der Impfschutz, unabhängig davon, ob Immunglobuline verabreicht wurden oder nicht, gemäss den Schemata in den Tabellen 3 und 4 zu vervollständigen.

Die SUVA übernimmt die Kosten für eine dTp_a-Impfung bei Erwachsenen, wenn eine post-expositionelle Tetanusimpfung nach einem Unfall indiziert ist und gleichzeitig eine Impfung gegen Pertussis gemäss dem Impfplan empfohlen wird. Die anderen Unfallversicherer sollten im Prinzip die Entscheidung der SUVA ebenfalls umsetzen, sind dazu jedoch nicht verpflichtet.

Tabelle 10
Tetanus-Prophylaxe bei Verletzungen
Stand 2026

Alter ¹⁾	8–15 Jahre **	16–25 Jahre	26–64 Jahre	Ab 65 Jahre
Niedriges Tetanusrisiko Saubere, oberflächliche Wunden	dTp_a Falls letzte Dosis vor >(5)–10 Jahren	dT(p_a) ^{2) 3) 6)} Falls letzte Dosis vor ≥10 Jahren	dT ^{2) 4) 6)} Falls letzte Dosis vor ≥20 Jahren	dT ^{2) 6)} Falls letzte Dosis vor ≥10 Jahren
Hohes Tetanusrisiko *	dTp_a Falls letzte Dosis vor ≥5 Jahren	dT(p_a) ^{2) 3) 6)} Falls letzte Dosis vor ≥5 Jahren	dT ^{2) 5) 6)} Falls letzte Dosis vor ≥10 Jahren	dT ^{2) 6)} Falls letzte Dosis vor ≥5 Jahren
+ Gabe von Tetanus-Immunglobulinen (Anti-T-IgG) , falls <3 Dosen ⁷⁾ oder Anzahl Impfdosen unbekannt und unabhängig vom Impfstatus bei Patienten mit einer signifikanten humoralen Immundefizienz oder medikamentöser Immunsuppression.				

* Tiefe und / oder verschmutzte Wunden (mit Staub, Erde, Speichel oder Stuhl); Verletzungen mit Gewebszertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung oder Eindringen von Fremdkörpern (z. B. Quetsch-, Riss-, Stich- und Schussverletzungen); Schwere Verbrennungen oder Erfrierungen, Nekrosen, septische Aborte.

¹⁾ Verabreichung eines Kombinationsimpfstoffs mit Diphtherie. Bei Kindern unter 8 Jahren Verabreichung eines altersentsprechend zusammengesetzten Kombinationsimpfstoffs. Bei Kindern im Alter von 8–15 Jahren sowie bei Erwachsenen im Alter von 25 Jahren kann die Verabreichung einer Dosis dTp_a ebenfalls angezeigt sein (vgl. Tabellen 1–4).

** Kinder <8 Jahre mit altersentsprechend vollständigem Tetanus-Impfstatus brauchen keine zusätzliche Impfdosis. Bei unvollständigem Impfstatus mit ≥3 DT-Dosen soll dieser gemäss Tabelle 3 ergänzt werden ohne zusätzliche Immunglobulingabe. Kinder im Alter von 1–7 Jahren mit <3 Tetanus-Impfdosen erhalten eine aktive Impfung (altersangepasster Kombinationsimpfstoff) sowie Tetanus-Immunglobuline.

²⁾ Indikation für dTp_a: bei regelmässigem Kontakt mit Säuglingen <6 Monate.

³⁾ Im Alter von 25 Jahren wird eine Dosis eines Kombinationsimpfstoffs mit Pertussiskomponente (dTp_a) empfohlen.

⁴⁾ Auffrischimpfung bei Personen mit Immunsuffizienz, wenn letzte (dT)-Dosis ≥10 Jahre zurückliegt.

⁵⁾ Auffrischimpfung bei Personen mit Immunsuffizienz, wenn letzte (dT)-Dosis ≥5 Jahre zurückliegt.

⁶⁾ Bei fehlender Verfügbarkeit von dT-Impfstoffen: siehe Ersatzempfehlungen [29].

⁷⁾ Bei Säuglingen im Alter von 5–11 Monaten, welche 2 Impfdosen erhalten haben, ist die Gabe von Tetanus-Immunglobulinen generell nicht empfohlen. Sie kann im Einzelfall bei sehr hohem Tetanusrisiko erwogen werden.

Wenn frühere Impfungen gegen Diphtherie und Tetanus wahrscheinlich durchgeführt aber nicht dokumentiert wurden, dann Verabreichung von dT oder dTp_a mit anschliessender Kontrolle der Tetanustoxin-Antikörper zur Festlegung des weiteren Vorgehens.

4. Impfungen ohne Empfehlungen

Aktuell gibt es keine Impfungen ohne Empfehlungen, jedoch wurden nicht alle in den Impfplan integriert, *siehe Kapitel 3.1 (Impfung gegen Mpx/Impfung gegen RSV bei Erwachsenen).*

5. Allgemeine Hinweise

a) Zeitlicher Abstand zwischen den Impfungen

Die gleichzeitige Verabreichung verschiedener Impfstoffe in einem bestimmten Alter ist aus immunologischer Sicht ohne signifikante Erhöhung der Nebenwirkungsrate möglich. Die verschiedenen Impfstoffe, welche nicht schon als kombinierte Produkte verfügbar sind, müssen an verschiedenen Stellen appliziert und dürfen keinesfalls gemischt werden. Werden zwei verschiedene virale Lebendimpfstoffe verabreicht (MMR, VZV, Gelbfieber), können sie gleichzeitig oder mit einem Mindestabstand von 4 Wochen verabreicht werden. Ausnahme: wenn immer möglich sollten eine Masern- und Gelbfieberimpfung nicht gleichzeitig sondern im Abstand von 4 Wochen für eine optimale Immunantwort geimpft werden [52].

Bei inaktivierten Impfstoffen oder sequentieller Gabe von inaktivierten und Lebendimpfstoffen ist ein solcher Abstand nicht nötig, falls ein Intervall gewünscht ist, kann es beliebig gewählt werden.

Die Impfung gegen Herpes Zoster mit dem adjuvantierten Subunit-Impfstoff kann gleichzeitig mit anderen inaktivierten Lebendimpfstoffen verabreicht werden, möglichst an unterschiedlichen Körperstellen.

b) Impfen bei Antikoagulation / Blutungsneigung [53–56]

Subkutan verabreichte Impfungen (nur **attenuierte Lebendimpfstoffe**) stellen für Patientinnen und Patienten mit Blutungsneigung kein Zusatzrisiko dar.

Inaktivierte Impfstoffe werden aufgrund besserer Wirksamkeit und eines geringeren Risikos lokaler unerwünschter Impferscheinungen (UIE) grundsätzlich nicht subkutan, sondern **intramuskulär** verabreicht. Die Abwägung dieser entscheidenden Vorteile einer i. m.-Gabe gegenüber einem erhöhten Blutungsrisiko bei Patientinnen und Patienten unter therapeutischer Antikoagulation oder mit einer Gerinnungsstörung ergibt, dass eine Impfung unabhängig von der Art der Blutungsneigung bei dem nachfolgend beschriebenen Vorgehen sicher und ohne vermehrte UIE intramuskulär verabreicht werden kann. Bei Hämophilie erfolgt eine Impfung i. m. idealerweise gerade nach der Substitution der Gerinnungsfaktoren. Das BAG und die EKIF empfehlen i. m.-Impfstoffe bei Antikoagulation/Blutungsneigung unabhängig von den Angaben in der Fachinformation grundsätzlich intramuskulär zu verabreichen.

Vorgehen zur i. m. Verabreichung einer Impfung bei Antikoagulation/Blutungsneigung:

- Eine **dünne, lange Nadel** (25G) verwenden.
- Injektion bevorzugt am **Oberarm** (M. deltoideus)
- Kräftige **Kompression für mindestens 2 Minuten**, ohne Reiben.
- **Nicht aspirieren** (Aspirieren würde bei Blutungsneigung zu mehr lokalen UIE führen).

- Die Patientin/der Patient bzw. die Eltern sollen über ein mögliches Auftreten eines Hämatoms im Anschluss an die Impfung und das weitere Vorgehen informiert werden.

c) Kontraindikationen [57]

Kontraindikationen für alle Impfungen: anaphylaktische Reaktion auf eine frühere Impfung oder einen Impfstoffbestandteil. Bei einer schweren, akuten Erkrankung ist die Impfung zu verschieben.

Lebendimpfstoffe sollen grundsätzlich nicht an Personen mit einer Immunschwäche verabreicht werden.

Während der Schwangerschaft stellen inaktivierte Impfstoffe kein besonderes Risiko dar; eine Impfung sollte aber nur bei klarer Indikation erfolgen. Lebendimpfstoffe sind während der Schwangerschaft kontraindiziert. Eine unabsichtlich erfolgte Impfung stellt allerdings keine Indikation für einen Abbruch der Schwangerschaft oder für besondere Kontrollen dar.

Impfung gegen Rotaviren [12]

Kontraindikationen: der Impfstoff Rotarix® ist kontraindiziert bei Säuglingen mit einer Krankheitsgeschichte von Invagination oder bei einer für Invagination prädisponierenden kongenitalen Missbildung des Gastrointestinaltraktes (wie z. B. Meckel Divertikel). Bei Säuglingen, die an Diarrhö oder Erbrechen leiden, soll die Impfung verschoben werden. Die Rotavirusimpfung darf Säuglingen gegeben werden, deren Mutter in der Schwangerschaft mit immunsupprimierenden Medikamenten behandelt wurde.

MMRV-, MMR- und Varizellenimpfung [14, 15]

Kontraindikationen: zelluläre Immundefizienz, fortgeschrittene HIV-Infektion und AIDS (CD4-Lymphozyten < 15 % im Alter 1–5 Jahre, < 200/µL ab Alter 6 Jahre), Steroidbehandlung (Prednison ≥ 2 mg/kg pro Tag oder ≥ 20 mg/Tag während > 14 Tagen) und andere medikamentöse Immunsuppression, Schwangerschaft.

Vorsichtsmassnahmen: Nach einer Behandlung mit Immunglobulinen oder Blutprodukten ist eine Karenz von mindestens 5 Monaten einzuhalten (Intervall abhängig von der Dosis der Immunglobuline). Nach einer Impfung soll eine Schwangerschaft bis einen Monat nach der 2. Dosis verhütet werden.

d) Unerwünschte Impferscheinungen (UIE) [57]

Alle empfohlenen Impfungen sind sicher und wirksam. Entzündliche Lokalreaktionen werden jedoch häufig beobachtet. Schwere Komplikationen sind dagegen äusserst selten. Der Nutzen verhinderter Krankheiten und deren Komplikationen übertrifft die mit den Impfungen verbundenen Risiken in jedem Fall um ein Vielfaches.

Definition: UIE sind Symptome, klinische Zeichen, abnorme Laborergebnisse oder andere Manifestationen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung aufgetreten sind, unabhängig ob ein kausaler Zusammenhang besteht oder nicht.

Untersuchung: UIE sind wie andere Gesundheitsprobleme medizinisch abzuklären. Sind diese schwerwiegender Art (z. B. Meningitis) und im Anschluss an eine abgeschwächte Lebendimpfung aufgetreten, soll ein mikrobiologischer Erregernachweis angestrebt werden. Bei schwereren immunologischen Reaktionen soll ein Spezialist konsultiert werden.

e) Vakzinovigilanz

Die Pharmacovigilanz bei Impfstoffen (Vakzinovigilanz) ist ein wichtiger Bestandteil aller Impfprogramme. Das Heilmittelgesetz sieht eine **Meldepflicht** an Swissmedic (Schweizerisches Heilmittelinstitut) **für alle Fachleute** vor, die zur Abgabe, Anwendung oder Verschreibung von Arzneimitteln berechtigt sind [58]. Es steht KonsumentInnen ebenfalls frei, unerwünschte Wirkungen einer Impfung zu melden. Eine Rücksprache mit dem Hausarzt, der Hausärztin resp. eine gemeinsame Meldung ist wünschenswert, da so genaue Angaben zu relevanten Untersuchungsergebnissen gemacht werden können; dies ist jedoch nicht zwingend.

Gemäss dem Heilmittelgesetz müssen schwerwiegende, bisher unbekannte oder in der Fachinformation des betreffenden Impfstoffs ungenügend erwähnte sowie weitere medizinisch wichtige unerwünschte Wirkungen gemeldet werden.

Schwerwiegende unerwünschte Wirkungen sind solche, die

- tödlich verlaufen;
- lebensbedrohend sind;
- zu einer Hospitalisation oder deren Verlängerung führen;
- schwere oder bleibende Schäden verursachen;
- sonst als medizinisch wichtig zu beurteilen sind (z. B. wenn durch eine rechtzeitige medizinische Intervention eine der oben erwähnten Situationen hat vermieden werden können);
- durch vermutete Qualitätsmängel vorliegen.

Todesfälle und lebensbedrohende unerwünschte Impferscheinungen oder vermutete Qualitätsmängel mit Gefährdungspotenzial müssen unverzüglich, auf keinen Fall aber später als 15 Tage nach Erhalt der Kenntnis gemeldet werden. Bei den weiteren schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen gilt eine Meldefrist von 15 Tagen. Alle übrigen meldepflichtigen Ereignisse müssen innerhalb von 60 Tagen gemeldet werden. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis und dem Impfstoff muss nicht nachgewiesen werden: Der Verdacht alleine reicht, um dieses zu melden [59].

Medizinische Fachpersonen und pharmazeutische Firmen sollen Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen (inkl. Impfstoffe) direkt über das Internet melden, über das von Swissmedic betriebene Online-Meldeportal «EIViS» (Electronic Vigilance System) [60].

f) Entschädigung und Genugtuung bei Schäden aus Impffolgen

Mit dem Inkrafttreten des revidierten Epidemiengesetzes (EpG) am 1.1.2016 wird ein neues System zur Entschädigung und Genugtuung bei Schäden aus Impffolgen eingeführt. Entsprechende Gesuche müssen an den Bund gestellt werden. Die Vergütung bleibt subsidiär, das heisst, es werden nur Kosten erstattet, welche nicht anderweitig gedeckt sind. Nicht entschädigt werden dabei Behandlungskosten, die aufgrund der gesetzlichen oder vereinbarten Franchise oder aufgrund des Selbstbehalts nicht von der Krankenversicherung bezahlt werden. Diese Kosten sind selbst zu tragen. Des Weiteren kann auch eine Genugtuung (Schmerzensgeld) beantragt werden, sollte die Schwere des Schadens dies rechtfertigen. Weitere Informationen zum Thema sind auf der Internetseite des BAG zu finden [61].

g) Serologische Schutzkorrelate für impfverhütbare Krankheiten

Generell ist der nachgeführte Impfausweis mit den dokumentierten Impfungen ausreichend und gilt als Nachweis für Impfschutz. Im Impfplan werden seltene Situationen angegeben, in denen Antikörpertiter-Bestimmungen empfohlen werden, um Schutzlücken zu erkennen, den Erfolg einer durchgeführten Impfung zu dokumentieren oder die Notwendigkeit von zusätzlichen Impfdosen zu erkennen. Grundsätzlich werden Titerbestimmungen zur Bestimmung des Impfschutzes 4–8 Wochen nach Vervollständigung einer Impfserie oder nach Verabreichung einer Boosterdosis empfohlen.

Tabelle 11 führt für einzelne Impfungen die mit Schutz korrelierenden Antikörpertiter auf. Die Antikörpertiter wurden in 2025 reevaluiert und für einige Impfungen aktualisiert, die wissenschaftliche Begründung wurde in einem BAG-Bulletin im Dezember 2025 publiziert [3]. Fehlt in dieser Tabelle die Angabe bezüglich serologischer Grenzwerte, so ist die Korrelation zwischen Antikörpertiter und Schutz vor der entsprechenden Infektionskrankheit nicht gegeben, unzuverlässig oder wird abgesehen von Studien nicht angewendet; infolgedessen ist die Titerbestimmung in diesen Situationen nicht empfohlen.

Tabelle 11
Serologische Korrelate für Immunität/Impfschutz vor impfverhütbaren Krankheiten
 Stand 2026 (die Ende 2025 publizierten Anpassungen [3] sind in **Fett** markiert).

Krankheit / Impfung ¹⁾	Spezifischer Antikörper-Titer (Einheit)	Interpretation der Antikörpertiter		
		Kein Schutz	Gewisser Schutz	Langzeitschutz*
Tetanus ²⁾	Anti-Tetanus-Toxoid (IU/l)	< 100	≥ 100	≥ 1000
<i>H. influenzae Typ b</i>	Anti-PRP IgG (mg/l)	< 0.15	≥ 0.15	> 1
Hepatitis B ³⁾	Anti-HBs IgG (IU/l)	< 10	≥ 10	≥ 100
Pneumokokken ⁴⁾	Serotypen spezifische IgG (mg/l)	< 0.5	0.5–0.9	≥ 1
Masern ⁵⁾	Masern-IgG (EIA) (IU/l)	< 100	100–149	≥ 150
Röteln ⁶⁾	Röteln-IgG (IU/ml)	< 10		≥ 10
Varizellen ⁵⁾	VZV-IgG (gp-ELISA-Test) (IU/l)	< 50	50–149	≥ 150
Tollwut ⁷⁾	Tollwut IgG (RFFIT-Test) (IU/ml)	< 0.5		≥ 0.5

Abkürzungen: EIA= Enzyme immunoassay, ELISA= Enzyme-linked immunosorbent assay, RFFIT= Rapid fluorescent focus inhibition test
 * Langzeitschutz entspricht mindestens einjährigem Schutz.

- ¹⁾ Für Pertussis, Poliomyelitis, Mumps und Humane Papillomviren besteht kein Korrelat für Schutz oder die in der Routinediagnostik verfügbaren Tests sind nicht genügend empfindlich.
- ²⁾ Bei unklarer Anamnese ist eine Kontrolle der Antikörpertiter 4 Wochen nach der Impfdosis empfohlen, um anhand des Antikörpertiters zu entscheiden, ob weitere (Auffrisch-)Impfungen notwendig sind.
- ³⁾ Anti-HBs-Titerbestimmung 4–8 Wochen nach vollständiger Grundimmunisierung oder nach Auffrischimpfdosis, falls letzte Dosis <5 Jahre zurückliegt.
- ⁴⁾ Serotypenspezifisch (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F); Test verfügbar z. B. im «Laboratoire de vaccinologie» des Hôpitaux Universitaires de Genève.
- ⁵⁾ Masern- und VZV-IgG mit kommerziell angebotenen Tests; falls positiv=immun, falls negatives oder zweifelhaftes Testresultat wird empfohlen das Serum für Bestimmung mit einer sensitiveren Methode z. B. ins Laboratoire de Vaccinologie des Hôpitaux Universitaires de Genève zu senden.
- ⁶⁾ Keine Röteln-Serologie bei 2-malig Geimpften durchführen.
- ⁷⁾ Serologische Kontrollen werden von der schweizerischen Tollwutzentrale durchgeführt (siehe Tollwut-Untersuchungen beim Menschen (admin.ch) > Untersuchungsantrag Tollwut Antikörpernachweis beim Menschen).

Februar 2026

Richtlinien und Empfehlungen

Literatur

1. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Impfung und Immunisierung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus. Bull BAG 2025; Nr. 36: 8–33.
2. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Stellungnahme zur Empfehlung von verschieden-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen pro Altersgruppe (Stand 23.02.2026). Siehe EKIF-Webseite unter www.ekif.ch.
3. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Aktualisierung der empfohlenen serologischen Korrelate für Immunität / Impfschutz vor impfverhütbaren Krankheiten. Bull BAG 2025; Nr. 51: 10–11.
4. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Impfprinzipien und Empfehlungen für erwachsene Personen mit neuroimmunologischen Erkrankungen (NEURO-IMID). BAG, 2026. Siehe BAG-Webseite *Richtlinien und Empfehlungen zu Impfungen*.
5. Eidgenössische Kommission für Impffragen. Analyserahmen. www.ekif.ch
6. Bundesamt für Gesundheit. Übertragbare Krankheiten. Die neue Eidgenössische Kommission für Impffragen hat zum ersten Mal getagt. Bull BAG 2004; Nr. 46: 870–1.
7. Bundesamt für Gesundheit. Impfempfehlungen in der Schweiz: Empfehlungskategorien. Bull BAG 2005; Nr. 45: 817–21.
8. Eidgenössisches Departement des Innern. Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Art. 12 (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Stand am 1. Januar 2026.
9. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Das neue «2+1-Impfschema» zur Basisimpfung von Säuglingen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, H. influenzae Typ b und Hepatitis B: eine Dosis weniger. Bull BAG 2019; Nr. 13: 18–22.
10. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Prävention von Hepatitis B. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG, 2019.
11. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Pneumokokkenimpfung von Kindern unter 5 Jahren neu als Basisimpfung empfohlen. Bull BAG 2019; Nr. 13: 32–34.
12. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Rotavirusimpfung: Ergänzende Empfehlung für Säuglinge. Bull BAG 2024; Nr. 4: 8–13.
13. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Ergänzende Impfempfehlungen zum Schutz vor invasiven Meningokokken-Erkrankungen. Bull BAG 2024; Nr. 3: 8–21.
14. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Prävention von Masern, Mumps und Röteln (MMR). Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG, 2019.
15. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Neue Empfehlungen zur Impfung gegen Varizellen (Windpocken). Bull BAG 2022; Nr. 44: 10–17.
16. World Health Organization. Polio vaccines: WHO position paper – March, 2016. Weekly epidemiological record 2016; 12: 14–168.
17. Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, Baxter R, Belongia EA, Hambidge SJ et al. Incidence of Herpes Zoster Among Children: 2003–2014. Pediatrics 2019;144(1).
18. Lopez AS, Harrington T, Marin M. Varicella: The Pink Book. Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-22-varicella.html>
19. Expertenkomitee für Reisemedizin (EKRM). Aktualisierte Empfehlungen zur Auffrischungsimpfung gegen Poliomyelitis bei Reisenden. BAG Bulletin 2024; Nr. 20: 10–13.
20. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Prävention von Keuchhusten. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG, 2017.
21. Spaar A., Heining U., Stronski Hwiler S., et al. Die HPV-Impfung ist wirksam und sicher: Aktueller Stand zur Wirksamkeit und Sicherheit der verfügbaren Impfstoffe. BAG Bulletin 2018; Nr. 3:16–24.
22. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Die HPV-Impfung als Basisimpfung für Jungen. Bull BAG 2024; Nr. 3: 22–29.
23. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. HPV-Impfung: Empfehlungen des BAG und der EKIF zum neuen Impfstoff Gardasil® 9. Bull BAG 2018; Nr. 43: 10–5.
24. Kechagias KS, Kalliala I, Bowden SJ, Athanasiou A, Paraskevaidis M, Paraskevaidis E et al. Role of human papillomavirus (HPV) vaccination on HPV infection and recurrence of HPV related disease after local surgical treatment: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2022;378: e070135.
25. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Optimierung der Auffrischungsimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis (dT/dT_p) bei Erwachsenen. Bull BAG 2011; Nr. 51: 1161–1171.
26. Bundesamt für Gesundheit. Neue Empfehlungen zur Impfung gegen Herpes zoster: Impfstoff Shingrix®. BAG-Bulletin 2021(47). Bull BAG 2021; Nr. 45: 8–15.
27. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Pneumokokkenimpfung neu für alle Personen ab dem Alter von 65 Jahren als ergänzende Impfung empfohlen. Bull BAG 2024; Nr. 4: 14–24.
28. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlung für die Covid-19-Impfung. Bull BAG 2024; Nr. 38: 8–22.
29. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Impfung von Jugendlichen und Erwachsenen gegen Diphtherie und Tetanus (dT) bei Nichtverfügbarkeit eines dT-Impfstoffes. Publiziert am 29.01.2019 auf der BAG-Webseite: www.bag.admin.ch/de/impfstoffversorgung.
30. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter gegen Röteln, Masern, Mumps und Varizellen. Richtlinien und Empfehlungen (ehemals Supplementum XX). Bern: BAG, 2006.
31. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG, 2024.
32. Gebiete mit FSME-Impfempfehlungen [Juli 2024]. Available from: www.fsme-schweiz.ch.
33. Steffen R. Tick-borne encephalitis (TBE) in children in Europe: Epidemiology, clinical outcome and comparison of vaccination recommendations. Ticks and tick-borne diseases 2019;10(1): 100–10.
34. Parfüt, Assilina; Laugel, Elodie; Baer, Sarah; Gonzalez, Gaëlle; Hansmann, Yves; Wending, Marie-Josée et al. (2023) Tick-borne encephalitis in pediatrics: An often overlooked diagnosis. Infectious Diseases Now, vol. 53, n° 2, p. 104645.
35. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Arbeitsgruppe für virale Hepatitis, Schweizerische Arbeitsgruppe für reisemedizinische Beratung, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Hepatitis-A-Prävention in der Schweiz. Richtlinien und Empfehlungen (ehemals Supplementum IX). Bern: BAG, 2007.
36. Bundesamt für Gesundheit. *Empfehlung Grippeimpfung*.
37. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen und Arbeitsgruppe Influenza. Empfehlungen zur Grippeimpfung. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG, 2011.
38. Berger C., Niederer-Loher A., Bouvier Gallacchi M., et al. Influenza- und Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft. In: Expertenbrief No. 55. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Kommission Qualitätssicherung. 2018. Online verfügbar unter: https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/PDF/55_Impfen_in_der_Schwangerschaft.pdf
39. Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Meningokokkenimpfung für Personen mit erhöhtem Risiko für eine invasive Erkrankung und Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko. BAG Bulletin 2024; Nr. 7: 8–12.
40. Kandeil W, van den Ende C, Bunge EM, JenkinsVA, Ceregido MA, Guignard A. A systematic review of the burden of pertussis disease in infants and the effectiveness of maternal immunization against pertussis. Expert Rev Vaccines 2020;19(7): 621–38.
41. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Pneumokokkenimpfung: Empfehlungen zur Verhinderung von invasiven Pneumokokkenerkrankungen bei Risikogruppen. Bull BAG 2014; Nr. 8: 129–41.
42. Menson EN, Mellado MJ, Bamford A (Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA) Vaccines Group). Guidance on vaccination of HIV-infected children in Europe. HIV Medicine 2012; 13: 333–6.
43. Amati R, Frei A, Kaufmann M, Sabatini S, Pellaton C, Fehr J et al. Functional immunity against SARS-CoV-2 in the general population after a booster campaign and the Delta and Omicron waves, Switzerland, March 2022. Eurosurveillance 2022;27(31).
44. Frei A, Kaufmann M, Amati R, Butty Dettwiler A, Wyl V von, Annoni AM et al. Development of hybrid immunity during a period of high incidence of Omicron infections. International journal of epidemiology 2023.
45. European Centre for Disease Prevention and Control. Interim public health considerations for COVID-19 vaccination roll-out during 2023. Stockholm: ECDC; 2023
46. Bundesamt für Gesundheit, Arbeitsgruppe Tollwut, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Prä- und postexpositionelle Tollwutprophylaxe beim Menschen. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG, 2021.
47. Lungenliga Schweiz, Bundesamt für Gesundheit. Handbuch Tuberkulose: Leitfaden für Fachpersonen des Gesundheitswesens; Stand Oktober 2024. <https://www.tbinfo.ch/wissenszentrum/publikationen/handbuch-tuberkulose.html>
48. Centers of disease control and prevention (CDC). General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011 (60).
49. Agence de la santé publique du Canada. Immunisation durant la grossesse et l’allaitement. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-04-fra.php
50. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen, Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie. Impfung von Frühgeborenen. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: BAG, 2009.
51. Raven SFH, Hoebe, Christian JPA, Vossen, Ann CTM, Visser LG, Hautvast JLA, Roukens AHE et al. Serological response to three alternative series of hepatitis B revaccination (Fendrix, Twinrix, and HBVaxPro-40) in healthy non-responders: a multicentre, open-label, randomised, controlled, superiority trial. The Lancet. Infectious diseases 2020;20(1): 92–101.
52. Nascimento Silva JR, Camacho LAB, Siqueira MM, Freire MdS, Castro YP, Maia MdLS et al. Mutual interference on the immune response to yellow fever vaccine and a combined vaccine against measles, mumps and rubella. Vaccine 2011; 29(37): 6327–34.
53. Beirne PV, Hennessy S, Cadogan SL, Shiely F, Fitzgerald T, MacLeod F. Needle size for vaccination procedures in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2015; (6): CD010720.

54. Casajuana J, Iglesias B, Fàbregas M, Fina F, Vallès J-A, Aragonès R et al. Safety of intramuscular influenza vaccine in patients receiving oral anticoagulation therapy: a single blinded multi-centre randomized controlled clinical trial. *BMC blood disorders* 2008; 8: 1.
55. Cook IF. Best vaccination practice and medically attended injection site events following deltoid intra-muscular injection. *Human vaccines & immunotherapeutics* 2015; 11(5): 1184–91.
56. Herzog C. Influence of parental administration routes and additional factors on vaccine safety and immunogenicity: a review of recent literature. *Expert Rev Vaccines* 2014; 13 (3): 399–415.
57. Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Kommission für Impffragen. Allgemeine Empfehlungen zu Impfungen. Richtlinien und Empfehlungen (ehemals Supplementum XVI). Bern: BAG, 2003.
58. Eidgenössisches Departement des Innern. Verordnung über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung, VAM). Stand Oktober 2024. *SR 812.212.21 – Verordnung vom 21. September 2018 über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung, VAM) | Fedlex*
59. Schweizerisches Heilmittelinstitut (Swissmedic). Marktüberwachung. Formular zur Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW). www.swissmedic.ch/marktueberwachung
60. Schweizerisches Heilmittelinstitut (Swissmedic). Online EIViS-Meldeportal. Pharmacovigilance (swissme-dic.ch)
61. Eidgenössisches Department des Inneren. Entschädigung und Genugtuung bei Impfschäden. <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/dienstleistungen/impfschaeden.html>

Anhang 1: Informationsmaterial zu den Impfungen

1. Factsheets zu den verschiedenen Impfungen erarbeitet durch die Eidgenössische Kommission für Impffragen in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit.

Die Factsheets können als A4-Blöcke à 50 Exemplare kostenlos online über die Website www.bundespublikationen.admin.ch bestellt werden. PDF-Dateien können heruntergeladen werden.

Deutsch	Französisch	Italienisch
Für Gesundheitsfachpersonen / pour les professionnel-le-s de la santé / per i professionisti della salute		
Schweizerischer Impfplan (Zusammenfassung des Impfplans für die Ärzteschaft) <i>Nicht mehr verfügbar ab 2026</i>	Plan de vaccination suisse (résumé du plan de vaccination pour les médecins) <i>Indisponible dès 2026</i>	Calendario vaccinale svizzero (riassunto de calendario vaccinale per i medici) <i>Non più disponibile dal 2026</i>
Risikopatienten <i>Nicht mehr verfügbar ab 2026</i>	Patients à risque <i>Indisponible dès 2026</i>	Pazienti a rischio <i>Non più disponibile dal 2026</i>
Für Patientinnen und Patienten / pour les patient-e-s / per i pazienti		
RSV: Empfohlene Basisimmunisierung gegen RSV mit Schutzantikörpern. Artikel-Nr.: 316.538.D	VRS: Immunisation de base recommandée contre le VRS par des anticorps protecteurs. N° d'article: 316.538.F	RSV: Immunizzazione di base raccomandata contro il VRS con anticorpi protettivi. N. dell'articolo: 316.538.I
Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib, Hepatitis B (Kinder) Artikel-Nr.: 311.274.D	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, Hib, hépatite B (enfants) N° d'article: 311.274.F	Difterite, tetano, pertosse, poliomielite, Hib, epatite B (bambini) N. dell'articolo: 311.274.I
Pneumokokken (Kinder) Artikel-Nr.: 311.275.D	Pneumocoques (enfants) N° d'article: 311.275.F	Pneumococchi (bambini) N. dell'articolo: 311.275.I
Masern, Mumps, Röteln Artikel-Nr.: 311.276.D	Rougeole, oreillons, rubéole N° d'article: 311.276.F	Morbillo, orecchioni, rosolia N. dell'articolo: 311.276.I
Windpocken (Varizellen): Basisimpfung Artikel-Nr.: 311.277.D	Varicelle: vaccination de base N° d'article: 311.277.F	Varicella: vaccinazione di base N. dell'articolo: 311.277.I
Windpocken (Varizellen): Nachholimpfung Artikel-Nr.: 311.277.1.D	Varicelle: vaccination de rattrapage N° d'article: 311.277.1.F	Varicella: vaccinazione di recupero N. dell'articolo: 311.277.1.I
Rotaviren: ergänzende Impfung Artikel-Nr.: 316.536.D	Rotavirus: vaccination complémentaire N° d'article: 316.536.F	Rotavirus: vaccinazione complementare N. dell'articolo: 316.536.I
Meningokokken Artikel-Nr.: 311.273.D	Méningocoques N° d'article: 311.273.F	Meningococchi N. dell'articolo: 311.273.I
HPV-bedingte Krebserkrankungen und Genitalwarzen Artikel-Nr.: 311.235.D	Cancers et verrues génitales dues aux papillomavirus humains N° d'article: 311.235.F	Cancri e verruche genitali causati dai papillomavirus umani N. dell'articolo: 311.235.I
Empfohlene Impfungen für Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft Artikel-Nr.: 311.266.D	Vaccinations recommandées avant, pendant ou après une grossesse N° d'article: 311.266.F	Vaccinazioni raccomandate prima, durante o dopo una gravidanza N. dell'articolo: 311.266.I
Frühsommer-Meningoenzephalitis FSME Artikel-Nr.: 311.271.D	Méningo-encéphalite à tiques FSME N° d'article: 311.271.F	Meningoencefalite da zecche FSME N. dell'articolo: 311.271.I
Hepatitis A Artikel-Nr.: 311.278.D	Hépatite A N° d'article: 311.278.F	Epatite A N. dell'articolo: 311.278.I
Hepatitis B Artikel-Nr.: 311.272.D	Hépatite B N° d'article: 311.272.F	Epatite B N. dell'articolo: 311.272.I
Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten (für Erwachsene) Artikel-Nr.: 311.269.D	Diphtérie, tétanos, coqueluche (pour adultes) N° d'article: 311.269.F	Difterite, tetano, pertosse (per adulti) N. dell'articolo: 311.269.I
Saisonale Grippe Artikel-Nr.: 311.280.D	Grippe saisonnière N° d'article: 311.280.F	Influenza stagionale N. dell'articolo: 311.280.I

Die Factsheets sind auch auf folgender Internetseite als PDF verfügbar: www.infovac.ch

2. Flyer, Broschüren und Poster

Das nachfolgend aufgeführte Material kann über die Website www.bundespublikationen.admin.ch kostenlos bestellt und zum Teil auch als PDF-Datei heruntergeladen werden.

- **Impfausweis, Stand 2025 (Deutsch, Französisch, Italienisch). Offizieller Impfnachweis der Schweiz.**
Artikel-Nr.: 311.230.D / 311.230.F / 311.230.I; auch als PDF
- **Hülle für Impfausweis.**
Artikel-Nr.: 311.231
- **Impfkalender Schweiz, A5-Karte, Stand September 2025 (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch).**
Bevölkerungsverständliche Übersichtstabelle der empfohlenen Basis- und ergänzenden Impfungen (+ FSME) für die Impfberatung/Bevölkerungsabgabe.
Artikel-Nr.: 316.650.D / 316.650.F / 316.650.I / 316.650.ENG; auch als PDF
- **Kinder Impfen? Ja! Wieso? Broschüre, 2024 (Deutsch, Französisch, Italienisch).**
Artikel-Nr.: 311.260.D / 311.260.F / 311.260.I; PDF auch auf www.sichimpfen.ch
- **Impfen: gut zu wissen! Broschüre für Jugendliche, 2024 (Deutsch, Französisch, Italienisch).**
Artikel-Nr.: 316.518.D / 316.518.F / 316.518.I; auch als PDF
- **Masernrechner, 2014 (Deutsch, Französisch, Italienisch).**
Artikel-Nr.: 311.200.D / 311.200.F / 311.200.I
- **Meine Impfung. Dein Schutz. Gegen Masern und Keuchhusten. Flyer, 2023 (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch).**
Artikel-Nr.: 316.525.D / 316.525.F / 316.525.I / 316.525.ENG; auch als PDF
- **Meine Impfung Dein Schutz. Gegen Masern und Keuchhusten. Poster A3, 2016 (Deutsch, Französisch, Italienisch).**
Artikel-Nr.: Frau mit Baby: 316.524.1D / 316.524.1F / 316.524.1I, Mann mit Baby: 316.524.2D / 316.524.2F / 316.524.2I
- **RSV-Impfung Mutter, Plakat A3, 2025 (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch).**
Artikel-Nr.: 316.539.1D / 316.539.1F / 316.539.1I / 316.539.1ENG; auch als PDF
- **RSV-Prophylaxe Säugling, Plakat A3, 2025 (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch).**
Artikel-Nr.: 316.539.D / 316.539.F / 316.539.I / 316.539.ENG; auch als PDF
- **Krebs und Genitalwarzen: Schütze dich, bevor du das erste Mal Sex hast! HPV-Impfung für Jugendliche. Flyer, 2019 (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch).**
Artikel-Nr.: 316.561.D / 316.561.F / 316.561.I / 316.561.ENG; auch als PDF
- **So kommen die Impfpfehlungen zustande, Faltprospekt, 2024 (Deutsch, Französisch, Italienisch).**
Artikel-Nr.: 316.537.D / 316.537.F / 316.537.I; auch als PDF

3. Internetseiten

- **www.ekif.ch:** Internetseite der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF).
- **www.bag.admin.ch/empfehlungen-impfungen-prophylaxe:** Richtlinien und Empfehlungen zu Impfungen und Prophylaxe.
- **www.sichimpfen.ch:** Internetseite des BAG zum Thema Impfungen mit Informationen für die Bevölkerung und für Fachleute sowie Material für die Impfpromotion.
- **www.impfen-schweiz.ch:** Informationsplattform von BAG und Partnerorganisationen zum Thema Impfungen mit Informationen für die Bevölkerung und für Fachleute sowie Material für die Impfpromotion.
- **www.impfen-schweiz.ch/respiratorische-erreger:** Internetseite von BAG und Partnerorganisationen zum Thema Impfungen gegen die saisonale Grippe, Covid-19 und RSV mit Informationen für die Bevölkerung und für Fachleute sowie Material für Prävention.
- **www.infovac.ch:** InfoVac: Informationen über Impfungen für die Öffentlichkeit und Ärztinnen und Ärzte.
- **www.healthytravel.ch:** Empfehlungen/Impfpfehlungen für Reisende ins Ausland.
- **www.who-dev-we.azurewebsites.net/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-myths-and-misconceptions:** Internetseite der WHO mit Informationen über die Sicherheit der Impfungen und diesbezüglichen falschen Vorstellungen.

Herausgeber

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Aktuelle Version im Internet

www.bag.admin.ch/impfplan

Weitere Informationen

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Übertragbare Krankheiten
3003 Bern
Telefon: 058 463 87 06
info-mt@bag.admin.ch

Autoren

Bundesamt für Gesundheit

Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung, Abteilung Übertragbare Krankheiten.

Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) im Jahr 2025

Mitglieder: C. T. Berger, Basel; I. Abela, Zürich; C. Aebi, Bern; S. Capol, Luzern; P.-A. Crisinel, Lausanne; C. Eberhardt, Genf; J. Fehr, Zürich; C. Fiorini-Bernasconi, Lausanne; A. Iten, Genf; M. Jamnicki Abegg, Chur; L. Kottanattu, Bellinzona; A. Niederer-Loher, St. Gallen; D. Paris, Basel; L. Vonzun, Zürich. Sekretariat: Bundesamt für Gesundheit, Sektion Impfung.

Referenzierungsvorschlag

Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Schweizerischer Impfplan 2026. Richtlinien und Empfehlungen. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2026.

Diese Publikation erscheint auch in französischer und italienischer Sprache.

Bestellung

Der Impfplan kann über die Website www.bundespublikationen.admin.ch kostenlos gedruckt bestellt und als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Bezugsadresse: Bundesamt für Bauten und Logistik BBL, Bundespublikationen, CH-3003 Bern; www.bundespublikationen.admin.ch

Artikelnummer

311.236.D