



## Eidgenössische Kommission für Impffragen

### Protokoll der 105. Plenarsitzung

Datum: 25.06.2025

Bundesamt für Gesundheit, Campus Liebefeld, Schwarzenburgstrasse 153  
3097 Bern-Liebefeld, Raum K05

**Vorsitz:** C. T. Berger

**Teilnehmende:** I. Abela, S. Capol, P.A. Crisinel, M. Jamnicki Abegg, L. Kottanattu, A. Iten, A. Niederer-Loher, D. Paris, C. Wyder-Westh

**Entschuldigt:** C. Eberhardt, J. Fehr, C. Fiorini-Bernasconi, L. Vonzun

**Teilnehmende BAG:** G. Dziekan, A. Spaar, A. Ekrut

**Protokoll:** A. Ekrut

#### Traktanden:

1. Administratives
2. IMID
3. Pneumokokken
4. Mitteilungen
  - BAG
  - Präsident
5. Updates aus den Arbeitsgruppen
6. Varia

#### 1. Administratives

- Alle an der Sitzung teilnehmenden Mitglieder haben das Formular Interessensbindungen ausgefüllt. Dem BAG wurden keine relevanten geänderten Interessensbindungen gemeldet.
- Die Traktandenliste wird genehmigt.
- Die Protokolle der 103. Sitzung (22.01.25) und 104. Sitzung (03.04.25) werden genehmigt.
- Die Sitzungstermine für 2026 werden festgelegt.
- Das Quorum der Teilnehmenden ist knapp erreicht. Die Kommission ist beschlussfähig. Während Traktandum 3 war ein Mitglied temporär abwesend, so dass zu diesem Zeitpunkt nur noch das Minimum an Mitgliedern für die Beschlussfähigkeit der Kommission präsent war. Der EKIF-Präsident weist die Mitglieder darauf hin, dass die 5 Sitzungstermine im Jahr Priorität haben und ausreichend frühzeitig kommuniziert werden.
- Der EKIF-Präsident weist auf die Verschwiegenheitspflicht der Mitglieder über alle Themen / Diskussionen hin, die innerhalb der EKIF geführt werden (siehe Artikel 18 der OreG der EKIF).

#### 2. Empfehlungen für Personen mit autoimmun-entzündlichen Erkrankung (IMID AG)

- a) **Neuro-Empfehlung:** Die von der AG neu erstellte Empfehlung „*Impfprinzipien und Empfehlungen für erwachsene Personen mit neuroimmunologischen Erkrankungen*“ (NEURO-IMID) wurde der EKIF zur Abstimmung vorgelegt.
- Inhaltliche Rückmeldungen von Mitgliedern wurden wie folgt berücksichtigt:
    - In den „allgemeinen Hinweisen“ soll allgemein für Lebendimpfstoffe und nicht nur spezifisch für die Gelbfieberimpfung informiert werden, dass es keine ausreichend fundierten wissenschaftlichen Hinweise darüber gibt, dass die Verabreichung eines Lebendimpfstoffs einen MS-Schub auslösen kann.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Plasmaspiegelgrenzwert von Teriflunomid, der als sicher für die Verabreichung von Lebendimpfstoffen gilt, ist unbekannt (es gibt keine spezifischen Daten). Da es sich bei dem kommunizierten Grenzwert um eine Expertenmeinung handelt, ist dieser als Empfehlung und nicht als Kontraindikation zu bewerten. Für die <u>Fussnote 3)</u> wird folgender Text neu vorgeschlagen: <i>Aus Sicherheitsgründen wird vor Gabe eines Lebendimpfstoffes entweder eine Auswaschung mit anschliessender Plasmaspiegelbestimmung (Zielwert &lt; 0.02 mg/ml) oder ein Abstand von 6 Monate bis zur Impfung empfohlen.</i></li> <li>• Das Dokument soll einigen ausgewählten Nichtfachärzten zur Überprüfung der Verständlichkeit vorgelegt werden.</li> <li>• <i>Abstimmung:</i> die anwesenden EKIF-Mitglieder stimmen einstimmig (9/9) für die Publikation der NEURO-IMID Impfempfehlung mit den im Plenum oben diskutierten inhaltlichen Anpassungen.</li> </ul> <p><b>b) Serologie:</b> Die Aktualisierung der Tabelle über serologische Schutzkorrelate im Schweizerischen Impfplan (aktuell Tabelle 11) wurde abgeschlossen und in Form eines Bulletin-Artikels der EKIF zur Abstimmung vorgelegt. <i>Abstimmung:</i> die anwesenden EKIF-Mitglieder stimmen einstimmig (8/8) für die Publikation des Artikels.</p> <p><b>c)</b> Die Empfehlung für <b>stammzelltransplantierte Erwachsene</b> aus dem Jahr 2014 wird aktualisiert und der aktuelle Stand vorgestellt.</p>	<p><b>3. Pneumokokken: Reevaluation der Impfstoffstrategie für Kinder &lt; 5 Jahre</b></p> <p><b>Empfohlene Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe (PCV) für die Altersgruppe 0–4 Jahre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die EKIF-Arbeitsgruppe Pneumokokken hat die aktuelle Impfstoffempfehlung für die Altersgruppe 0–4 Jahre erneut evaluiert. Anlass dafür war die Erweiterung der Zulassung des 20-valenten Konjugatimpfstoffs (PCV20) auf die Altersgruppe 0–5 Jahre durch Swissmedic.</li> <li>• <u>Aktuell</u> wird allen Kindern jünger als 5 Jahre entweder PCV13 oder PCV15 als gleichwertige Impfstoffoption empfohlen (siehe <a href="#">PCV-Stellungnahme, Stand März 2025</a>). Grundsätzlich wird für die Pneumokokkenimpfung von Kindern im Alter von 0–4 Jahren und die empfohlenen Impfschemata ein dafür zugelassener <i>und</i> durch die OKP vergüteter Impfstoff empfohlen.</li> <li>• Eine Zielgruppen-spezifische Evaluation der PCV-Impfstoffstrategie wurde von der AG für       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) termingeborene, gesunde Kinder &lt; 5 Jahre (Basisimpfung) und</li> <li>2) frühgeborene Säuglinge und Kinder &lt; 5 Jahre mit einem erhöhten Risiko für eine invasive Pneumokokken-Erkrankung (IPE) (Risikogruppen-Impfempfehlung) durchgeführt.</li> </ol> </li> <li>• Die Evaluation der AG berücksichtigte dabei, <u>das PCV20 keine Zulassung für das Dreidosenimpfschema („2+1“) zur Impfung von Säuglingen im Alter 0–6 Monate erhalten hat, welches aktuell für die Basisimpfung empfohlen wird.</u> Dementsprechend wird PCV20 für dieses Impfschema zur Grundimmunisierung von Säuglingen &lt; 7 Monate von der OKP nicht vergütet und von der EKIF nicht empfohlen.</li> <li>• Die zur Abstimmung gestellte Anpassung der Impfstoffempfehlung für beide pädiatrische Zielgruppen (siehe oben) basiert auf <u>folgender, aktueller Krankheitslast von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen bei Kindern &lt; 5 Jahre:</u></li> <li>• Seit Einführung der Impfung (mit einem 7-valenten Impfstoff) und seit dem Wechsel auf den 13-valenten PCV in 2010 kam es zu einer deutlichen Reduktion der IPE-Inzidenz bei 0- bis 4-Jährigen um mehr als 50 % (siehe Basisimpfempfehlung für Kinder &lt; 5 Jahre, BAG-Bulletin 2019).</li> <li>• Seit 2017 stagniert die Inzidenz auf niedrigem Niveau, welche zuletzt bei 9 IPE-Fällen / 100000 Kinder &lt; 5 Jahre im jährliche Mittel 2022–2024 lag (= 40 Fällen pro Jahr). Diese Entwicklung wird folgenden Gründen zugeschrieben:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Serotyp 3 (ST3)</u> verursacht weiterhin trotz PCV13-Impfung (welche Serotyp 3 enthält) einen grossen Teil der Pneumokokken-Krankheitslast bei Kindern &lt; 5 Jahre (27 % von IPE-Fällen &lt; 4 Jahre mit bekanntem Serotyp wurden durch ST3 verursacht). Grund dafür ist die niedrigere Impfwirksamkeit von PCV13 gegen ST3-verursachte IPE und ST-3-Trägerschaft im Vergleich zu anderen Serotypen (<a href="#">Sings et al, 2019</a>).</li> <li>- <u>Serotypen-Replacement</u> von PCV13-Serotypen (mit Ausnahme ST3) und deren Ersatz durch andere Serotypen führte dazu, dass die Serotypenabdeckung von PCV13 über die Zeit - deutlich gesunken ist (basierend auf der Serotypenverteilung von IPE-Fällen im Alter 0–4 Jahre). PCV13 deckte im jährlichen Mittel 2022–2024 nur noch 36.5 % (95%-CI: 21.3 - 54.9) der IPE-Fälle &lt; 5 Jahre ab. Gleichzeitig stieg der Anteil an IPE-Fällen an, welche durch Serotypen verursacht wurden, welche zusätzlich zu PCV13 in einem 15- und 20-valenten Impfstoff (PCV20) enthalten sind. Im jährlichen Mittel 2022–2024 deckte</li> </ul> </li> </ul>
--	--

PCV15 mit 48.7 % (95%-CI: 31.5 - 66.0) potenziell zusätzlich 12 % der Fälle und PCV20 mit einer Abdeckung von 67 % (95%-CI: 48.4 - 81.3) potenziell zusätzlich 30 % der Fälle im Vergleich zu PCV13 ab.

- **Abstimmung:** Die anwesenden EKIF-Mitglieder stimmen mehrheitlich dafür, dass die aktuelle Krankheitslast es rechtfertigen würde, PCV13 durch PCV20 als Impfstoffoption für Kinder < 5 Jahre zu ersetzen, wenn die Kosten von PCV20 für die altersentsprechend zugelassenen Impfschemata durch die OKP übernommen werden.

### 3.1) Impfstoffstrategie für termingeborene, gesunde Kinder < 5 Jahre

- **Empfehlungsvorschlag zuhanden EKIF:** Basierend auf der aktuellen Krankheitslast (siehe oben) und den Impfstoffeigenschaften von PCV15 und PCV20 schlägt die AG zuhanden EKIF folgende Impfstoffstrategie für gesunde Kinder < 5 Jahre unter der Voraussetzung der Kostenübernahme von PCV20 für die einzelnen, empfohlenen Impfschemata vor:
  - a) **Für die Basisimpfung von Säuglingen < 7 Monate (Alter bei Impfbeginn):** Als Impfstoff (und Impfschema) wird weiterhin PCV15 (2+1) empfohlen und neu optional PCV20 im Vierdosenimpfschema (3+1) mit je einer Dosis im Alter von 2, 4, 6 und 12 Monaten.
  - b) **Für die Nachholimpfung ab Alter 7 Monate bis 59 Monate** (altersentsprechend empfohlene Impfschemata) wird als Impfstoff entweder PCV15 oder neu PCV20 gleichwertig empfohlen.
- **Abstimmung:** die EKIF stimmt einstimmig für die von der AG vorgeschlagene Impfstoffstrategie für gesunde Säuglinge und noch ungeimpfte Kinder < 5 Jahre.  
Der Entscheid der EKIF der basiert auf den folgenden Einschätzungen unter Berücksichtigung des Analyserahmes:
- Die **aktuell bekannten Impfstoffeigenschaften** von PCV15 (2+1) und PCV20 (3+1) werden als gleichwertig für den direkten Schutz von gesunden Kindern < 5 Jahre vor einer invasiven Pneumokokken-Erkrankung eingeschätzt.
  - **Hinweis auf Wirksamkeit durch Immunobridging-Studien:** Die AG geht davon aus, das PCV20 (3+1) eine wirksame Impfstoffoption für den direkten Schutz von Säuglingen gegen eine IPE bis ins Kleinkindalter ist, welche durch PCV20-Serotypen verursacht werden (siehe *Immunobridging-Studie* von [Senders et al 2024](#)). Die Immunobridging-Studie mit PCV15 im Dreidosenimpfschema von [Martinon-Torres et al](#) weist darauf hin, dass eine 4. PCV15-Impfdosis nicht notwendig ist.
  - **IgG-Antikörpertiter:** Nach der 4. PCV20 Dosis liegen die IgG-Antikörpertiter gegen alle Serotypen niedriger im Vergleich zu PCV13. Dies wird für PCV15 nach der 3. Dosis ebenfalls beobachtet ausser für Serotyp 6B (gleichwertig im Vergleich zu PCV13) und Serotyp 3 (ST3-IgG-Titer 1.27-mal höher als PCV13). Ob diese Unterschiede eine klinische Relevanz haben, ist aktuell unbekannt (siehe internationale Modellierungsstudien über mögliche indirekte Effekte unten).
  - **Sicherheit:** PCV20 (3+1) weist ein ähnliches Sicherheitsprofil wie PCV13 in klinischen Studien mit Kindern < 5 Jahre auf ([Senders 2024](#), [Martinon-Torres 2025](#), [Meyer 2024](#), [Haydu 2024](#)). Das gleiche gilt für PCV15 (2+1) im Vergleich zu PCV13 ([Martinon-Torres 2023](#)).
  - **Indirekte Effekte der pädiatrischen Impfstoffstrategie:**  
Die Auswirkung einer PCV15 (2+1) oder PCV20 (3+1) Impfstoffstrategie auf die Krankheitslast bei Kindern < 5 Jahre und die Gesamtbevölkerung durch indirekte Effekte ist für die Schweiz unbekannt. Es stehen aktuell keine publizierten Modellierungsdaten für die Schweiz zur Verfügung. Ergebnisse von internationalen Modellierungsstudien sind zum Teil gegensätzlich (NL: [Steens 2024](#), [de Boer 2024](#); DE: [Kuhlmann 2025](#), [Ta 2024](#)). Die AG hat daher die internationalen Modellierungsergebnisse für Ihren Entscheid nicht berücksichtigt, sondern primär die aktuell zur Verfügung stehenden Impfstoffeigenschaften von PCV15 und PCV20 für den direkten Schutz von Kindern < 5 Jahre.
- **Versorgungssicherheit:** eine Impfstoffstrategie mit möglichst zwei verfügbaren Impfstoffen (empfohlen und vergütet) wird angestrebt, um Impflücken im Falle einer Nichtverfügbarkeit von einem Impfstoff zu verhindern.
- **Konformität:** Die zum aktuellen Zeitpunkt publizierten Empfehlungen anderer Länder fallen sehr divergent aus. Entweder wurde sich für eine alleinige PCV15 (2+1) Strategie (Österreich) entschieden oder eine alleinige PCV20 (3+1) Strategie (Belgien). In den USA wird entweder PCV15 (3+1) oder PCV20 (3+1) empfohlen, in Kanada kann ebenfalls zwischen PCV15 oder PCV20 gewählt werden (2+1- oder 3+1-Schema möglich), welches konform mit der Schweizer

Impfstrategie wäre. Die STIKO hat sich kürzlich gegen eine Anpassung der aktuellen Impfstoffempfehlung ausgesprochen und empfiehlt weiter PCV13 (2+1) oder PCV15 (2+1).

- **Abstimmung:** die EKIF stimmt einstimmig für die von der AG vorgeschlagene Impfstoffstrategie für gesunde Säuglinge und noch ungeimpfte Kinder < 5 Jahre (siehe Empfehlungen oben unter a) und b).
- **Diskussion:** Die EKIF bestätigt, dass eine mit PCV13 oder PCV15 gestartete Impfsreihe wenn möglich immer mit dem gleichen Impfstoff abgeschlossen werden sollte. Enthält die Impfsreihe eines Säuglings < 7 Monate jedoch eine Dosis PCV20, dann ist diese als 3+1-Impfschema mit PCV20 abzuschliessen, um eine gleichwertige Immunantwort zu gewährleisten.

### **3.2) Impfstoffstrategie für frühgeborene Säuglinge und Kinder < 5 Jahre mit einem erhöhten Risiko für eine invasive Pneumokokken-Erkrankung (IPE)**

- **Empfehlungsvorschlag zuhanden EKIF:** Basierend auf der aktuellen Krankheitslast (siehe oben) und den Impfstoffeigenschaften von PCV15 und PCV20 schlägt die AG zuhanden EKIF folgende Impfstoffstrategie für die Risikogruppen-Impfempfehlung von Kindern < 5 Jahre unter der Voraussetzung der Kostenübernahme von PCV20 für die einzelnen, empfohlenen Impfschemata vor:
  - a) *Für die Impfung von Säuglingen mit einem erhöhten Risiko (3+1-Impfschema bei Impfbeginn vor < 7 Monaten)* wird entweder PCV15 oder neu PCV20 gleichwertige Impfstoffalternative empfohlen.
  - b) *Für die Nachholimpfung ab Alter 7 Monate bis 59 Monate* (altersentsprechend empfohlene Impfschemata) wird entweder PCV15 oder neu PCV20 gleichwertige Impfstoffalternative empfohlen.
- **Abstimmung:** die anwesenden EKIF-Mitglieder stimmen einstimmig für die vorgeschlagene Impfstoffstrategie für Kinder < 5 Jahre mit einem erhöhten Risiko für eine IPE.
- Der Entscheid der EKIF basiert auf der aktuellen Krankheitslast (siehe oben) und den aktuell bekannten Impfstoffeigenschaften von PCV15 (3+1) und PCV20 (3+1). Beide Impfstoffe werden als gleichwertig für den direkten Schutz von Kindern < 5 Jahre mit Risikofaktor vor einer invasiven Pneumokokken-Erkrankung eingeschätzt. Dabei hält die AG fest, dass im Gegensatz zu PCV15 (siehe [Chapman 2024](#)) für PCV20 keine Immunogenitätsstudien mit Frühgeborenen durchgeführt wurden und dessen Immunogenität aus PCV13-Studien abgeleitet wird.

## **4. Mitteilungen**

### Mitteilungen BAG

- Die EKIF wird über den Beschluss des EDI informiert, dass
  - ab dem 1. Januar 2026 auf prophylaktische Impfungen nach Absatz 1 und Impfberatung nach Absatz 2 gemäss Art. 12a KLV keine Franchise erhoben wird, sofern die Leistungen im Rahmen eines nationalen Präventionsprogramms durchgeführt werden.
  - die maternale RSV-Impfung für den indirekten Schutz von Neugeborenen in die KLV aufgenommen wird, die Impfung von Personen ab 75 Jahren und Risikopersonen ab 60 Jahre nicht (siehe *Kommentar zu den Änderungen der KLV vom 4. Juni 2025 per 1. Juli 2025* auf der BAG-Webseite [Änderungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\)](#)).
- MenB-Impfung und Schutz gegen Gonokokken. Im Vereinigten Königreich und Galizien wurden Empfehlungen bzw. Impfkampagnen mit 4CMenB publiziert, um durch die Impfung zusätzlich vor Gonorrhoe zu schützen. Diese Indikation ist in der Schweiz ausserhalb der Zulassung. Je nach Studie wird aktuell ein Kreuzschutz zwischen 22–46 % gezeigt. Eine kurze Stellungnahme der EKIF soll auf der EKIF-Webseite aufgeschaltet werden, welche durch das BAG vorbereitet wird.

### Mitteilungen Präsident

- Eine kantonale Anfrage zur Einschätzung der EKIF zur Impfaltersenkung auf 12 Jahre in öffentlichen Apotheken steht zur Diskussion. Grundsätzlich wird festgehalten, dass die EKIF zur Impfung in Apotheken nur beratend eine Meinung äussern kann, wie zuletzt an der 86. Plenarsitzung vom 15.09.2021 (siehe Protokoll auf der EKIF-Webseite unter [EKIF: Plenarsitzungen](#)). Die Einschätzung der EKIF hat sich seit 2021 nicht geändert: grundsätzlich sollen nur gesunde Personen ab Alter 16 Jahre in öffentlichen Apotheken geimpft werden mit dem Wunsch, dass Lebendimpfstoffe (MMR, Varizellen) erst ab der 2. Dosis in der Apotheke verabreicht werden. Falls in einzelnen Regionen unter Einbezug der örtlichen Grundversorger-Verbände und dem kantonsärztlichen Dienst festgestellt wird, dass Impfungen nicht gemäss

Schweizerischen Impfplan durchgeführt werden können (z. B. aufgrund von Fachkräftemangel oder ungenügendem Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen), sieht die EKIF ein niederschwelliges und uneingeschränktes Impfangebot in Apotheken als eine von mehreren Lösungen an. Aus medizinischer Sicht wird darauf hingewiesen, dass in dieser Altersgruppe post-vakzinale Synkopen deutlich häufiger auftreten und entsprechende Vorsorgemassnahmen sowie das Vorgehen im Falle des Auftretens geklärt sein müssten.

- Der Präsident informiert über Mitteilungen von den und in Bezug auf die Impfstoffhersteller.

## 5. Updates aus den Arbeitsgruppen

### RSV-Säuglinge (indirekter Schutz)

*Empfehlung von langwirksamen monoklonalen Antikörpern (mAB)*

- Die Arbeitsgruppe schlägt für den empfohlenen Zeitpunkt der Immunisierung von Säuglingen im Alter  $\leq 12$  Monate mit 1 Dosis mAB folgende *Präzisierungen/Anpassungen* vor:
  - a) für Neugeborene geboren von Oktober bis März: 1 Einzeldosis eines langwirksamen mAB in der 1. Lebenswoche, idealerweise *vor Entlassung* aus der Geburtsstation / Neonatologie oder *möglichst rasch danach*.  
Letzteres wurde hinzugefügt, damit eine etwas spätere Gabe als in der 1. Lebenswoche möglich ist, falls diese vorher nicht möglich war.
  - b) für Säuglinge geboren von April bis September: 1 Einzeldosis (langwirksamer mAB) *im September* oder Oktober, oder möglichst rasch danach.  
Die mAB können gleichzeitig mit gängigen Impfstoffen verabreicht werden.
- Die EKIF spricht sich für die oben genannten Anpassungen unter der Bedingung aus, dass diese durch die Grundversicherung vergütet werden, welches abzuklären ist.

*RSV-Impfung in der Schwangerschaft:*

- Es wird erneut hervorgehoben, dass die passive Immunisierung von Neugeborenen bei Geburt Oktober-März durch entweder 1) die Impfung in der Schwangerschaft oder durch 2) die direkte Gabe von mAB als gleichwertige Option empfohlen wird. Ein Säugling, welcher zwischen April und September geboren wird, kann nur durch die Gabe von mAB geschützt werden.
- Der Impfzeitpunkt während der Schwangerschaft wird diskutiert. Die aktuelle Empfehlung lautet, dass die Impfung in der 32+0 – 36+0 Schwangerschaftswoche ab September erfolgt, wenn der Geburtstermin im Oktober-März liegt. Hat die Impfung 2 Wochen vor der Geburt stattgefunden, ist die Gabe von Nirsevimab nicht notwendig.
- Es wird entschieden, dass der Empfehlungsartikel vor Publikation noch innerhalb der EKIF zirkuliert werden soll. Grössere inhaltliche Bedenken können gemeldet werden.

### RSV-Erwachsenenimpfung

- Die AG informiert über den abgelehnten Antrag zur Kostenübernahme der RSV-Impfung durch die KLV bei Personen ab 75 Jahren sowie bei Personen ab 60 Jahren mit hohem Komplikationsrisiko (Begründung siehe *Kommentar zu den Änderungen der KLV vom 4. Juni 2025 per 1. Juli 2025* auf der BAG-Webseite [Änderungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\)](#))
- Ein neuer Antrag soll eingereicht werden.
- Die anwesenden EKIF-Mitglieder sprechen sich dafür aus, die seit November 2024 ausgesprochene RSV-Impfempfehlung für erwachsene Risikopersonen und Personen ab Alter 75 Jahre trotz der weiterbestehenden Nichtkostenübernahme zu empfehlen (die Publikation der wissenschaftlichen Begründung ist für Ende Sommer 2025 im BAG-Bulletin vorgesehen). Die Empfehlung wird ohne Kostenübernahme nicht in den Schweizerischen Impfplan aufgenommen.

### HPV-Impfung

- Die AG hat heute in einer 2. Sitzung die Evidenz bzgl. Risikogruppen evaluiert. Es zeigt sich ein erhöhtes Infektions- und Erkrankungsrisiko bei MSM, sexuellem Risikoverhalten und immungeschwächten Personen. Gemäss Studien nimmt die Wirksamkeit jedoch jenseits von 26 Jahren eher ab. Primäres Ziel bleibt die Erhöhung der Durchimpfungsrate auf 90% (in 2024 neu definiert). Voraussetzung für eine zukünftige Empfehlung ist die Zulassung für Männer bis 45 Jahren.

## 6. Impfplan der Zukunft

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Es wird entschieden, dass die EKIF sich dieses Jahr in einer Sondersitzung spezifisch mit dem Impfplan der Zukunft beschäftigt.</li></ul> |
|---|

<b>7. Varia</b>
-----------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Keine</li></ul> |
|---|