



Übertragbare Krankheiten

«Ahead of Epub» (BAG-Bulletin)

Empfehlung für die Covid-19-Impfung

Bundesamt für Gesundheit und
Eidgenössische Kommission für Impffragen

Stand 28.09.2024.

Inhaltlich relevante Anpassungen im Vergleich zur letzten Version
vom 16.09.2024 sind in blau markiert.



Version vom	Vorgängerversion	Änderungen gegenüber Vorgängerversion
28.09.2026	16.09.2024	• Empfohlener Impfzeitpunkt für die saisonale Impfung (Einzeldosis): der bisherige empfohlene Zeitpunkt Herbst/Winter (idealerweise zwischen Mitte Oktober und Dezember) wurde aufgrund der veränderten epidemiologischen Entwicklung folgendermassen angepasst: Die Impfung wird im Herbst (ab September) empfohlen. Eine noch nicht erfolgte Impfung soll während der Saison nachgeholt werden. • Schwangere ohne Grunderkrankung: Die Covid-19-Impfung wird nicht mehr allen Schwangeren empfohlen. Schwangeren ohne Grunderkrankung wird die Impfung nur dann empfohlen, wenn sie nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung als medizinisch indiziert erachtet wird. • Schwangere mit Grunderkrankung: Für Schwangere gilt die WHO-Definition von Grunderkrankungen, welche das Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung erhöhen. • Personen < 16 Jahre mit schwerer Immundefizienz (noch ungeimpft oder nach Stammzelltransplantation): eine Grundimmunisierung wird neu nicht mehr empfohlen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1 Covid-19-Impfempfehlung in Kürze.....	3
1.1 Epidemiologische Entwicklung ab Saison 2024/2025	3
1.2 Impfzielgruppen	3
1.3 Impfzeitpunkt, Impfschema und empfohlene Impfstoffe.....	3
2 Hintergrund und aktuelle epidemiologische Lage	4
2.1 Übergeordnete Ziele der Covid-19-Impfung	4
2.2 Immunitätslage der Schweizer Bevölkerung.....	4
2.3 Epidemiologische Entwicklung ab Saison 2024/2025	5
2.4 Rationale für die Covid-19-Impfung.....	5
3 Covid-19-mRNA-Impfstoffe.....	6
3.1 Empfohlene und zugelassene Impfstoffe	6
3.2 Immunogenität und Wirksamkeit	7
3.3 Unerwünschte Impferscheinungen (UIE) und Sicherheit.....	8
3.4 Kontraindikationen und Vorsichtsmassnahmen.....	8
4 Impfzielgruppen für die Covid-19-Impfung	9
4.1 Personen im Alter von ≥ 65 Jahren	9
4.2 Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung	9
4.3 Schwangere	10
4.4 Stellungnahme ohne Empfehlung: Gesundheitspersonal und Reisende	11
5 Empfehlungen für Personen mit schwerer Immundefizienz.....	12
5.1 Personen mit schwerer Immundefizienz (ohne Stammzelltransplantation)	12
5.2 Monoklonale Antikörper zur passiven Immunisierung von schwer immundefizienten Personen	13
5.3 Personen nach Stammzelltransplantation.....	13
Anhang 1. Kategorienliste: Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Covid-19- Erkrankung durch eine Grunderkrankung.....	15
6 Referenzen	17
Impressum	22

1 Covid-19-Impfempfehlung in Kürze

1.1 Epidemiologische Entwicklung ab Saison 2024/2025

SARS-CoV-2 ist weiterhin in Zirkulation und wird auch in Zukunft zu Infektionen und Covid-19-Krankheitsfällen führen, die bei manchen Personen mit einem Komplikationsrisiko einhergehen und schwer verlaufen können. In der Schweiz hat sich in den vergangenen zwei Jahren ein saisonales Muster der SARS-CoV-2-Zirkulation gezeigt, mit einem Anstieg im Spätsommer und einem Höhepunkt im Spätherbst bzw. noch vor Jahresende (siehe BAG-Jahresbericht respiratorische Viren 2024/2025 [1] sowie 2025/2026 [2], Publikation erfolgt in Kürze). In Deutschland wurden die saisonalen Höhepunkte der Covid-19-Hospitalisierungen im Jahre 2024 und 2025 im Oktober resp. Mitte Dezember beobachtet [3]. Wann in der Schweiz der Höhepunkt der Hospitalisationen im Jahr 2024 und 2025 auftrat, ist noch unbekannt. Es stehen jeweils keine aktuellen Covid-19-Hospitalisationsdaten über die letzten zwei Jahre zur Verfügung. Es wird angenommen, dass der Höhepunkt in einem ähnlichen Zeitfenster wie zuletzt in Deutschland aufgetreten ist.

Demzufolge wird der empfohlene Impfzeitpunkt auf Herbst (ab September) angepasst (bisher Herbst/Winter, idealerweise zwischen Mitte Oktober und Dezember), siehe Kapitel 1.3.

1.2 Impfzielgruppen

Das BAG und die EKIF empfehlen die Impfung gegen Covid-19 für folgende Personengruppen:

- **Allen Personen $\geq$ 65 Jahren** als ergänzende Impfung zum individuellen Schutz vor dem altersbedingt erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs;
- **Personen $\geq$ 16 Jahren mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf** aufgrund einer Grunderkrankung (siehe Kategorienliste, Anhang 1)¹ oder aufgrund von Trisomie 21;
- **Schwangere mit einer Grunderkrankung** gemäss WHO-Definition², welche das Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf erhöht;
- **Schwangere ohne Grunderkrankung** **nur**, wenn die Impfung nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung als medizinisch indiziert erachtet wird.

Allen anderen Personen wird keine Impfung gegen Covid-19 empfohlen, da bei Personen ohne Risikofaktoren kaum ein Risiko für eine schwere Erkrankung besteht. Das Gesundheitsfachpersonal kann sich gegen Covid-19 impfen lassen, ohne dass das BAG und die EKIF eine Empfehlung für diese Personengruppe aussprechen.

1.3 Impfzeitpunkt, Impfschema und empfohlene Impfstoffe

- Eine saisonale Impfung mit einer Impfdosis wird **im Herbst** empfohlen (**ab September**). Eine noch nicht erfolgte Impfung soll während der Saison nachgeholt werden.
 - Für Personen $\geq$ 16 Jahre mit schwerer Immundefizienz sind für die saisonale Impfung spezielle Empfehlungen bezüglich der Wahl des Impfzeitpunktes zu beachten (siehe Kapitel 5.1).
- Die jährliche Impfung wird unabhängig von der Anzahl bereits erhaltener Covid-19-Impfdosen sowie durchgemachter SARS-CoV-2-Infektionen empfohlen.

¹ Personen < 16 Jahre mit schwerer Immundefizienz, die bisher noch nicht gegen Covid-19 geimpft wurden oder eine Stammzelltransplantation erhalten haben, wird die Covid-19-Impfung (Grundimmunisierung) neu nicht mehr empfohlen.

² Chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, chronische Nierenerkrankungen, chronische Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, Adipositas, neurologische Erkrankungen und Erkrankungen, die das Immunsystem schwächen [4].

- Ein Abstand von sechs Monaten zur letzten Covid-19-Impfdosis oder bestätigten SARS-CoV-2-Infektion soll eingehalten werden.
- Als Impfstoff wird für die saisonale Impfung (Einzeldosis) präferenziell ein an zirkulierende SARS-CoV-2-Virusvarianten angepasster mRNA-Impfstoff empfohlen. Die aktuell verfügbaren Covid-19-mRNA-Impfstoffe *Comirnaty*[®] und *Spikevax*[®] werden gleichwertig empfohlen.
- Besonderes Impfschema für Personen ≥ 16 Jahre nach Stammzelltransplantation (SZT): unabhängig vom Immunstatus wird nach einer SZT eine Grundimmunisierung mit einem «3+1»-Impfschema empfohlen (Details, siehe Kapitel 5.3). Die aktuell verfügbaren mRNA-Impfstoffe werden gleichwertig empfohlen mit Ausnahme für 16-29-Jährige nach SZT (*Comirnaty*[®] weiterhin empfohlen).

2 Hintergrund und aktuelle epidemiologische Lage

Nachdem der erste Covid-19-Fall im Dezember 2019 festgestellt worden war, hat das *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2* (SARS-CoV-2) das internationale Infektionsgeschehen in den folgenden Jahren dominiert und durch die Entwicklung neuer Virusvarianten zu mehreren pandemischen Ausbruchswellen geführt. Am 5. Mai 2023 hat die WHO nach mehr als drei Jahren Pandemie die gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite aufgrund von Covid-19 für beendet erklärt [5]. Während der Pandemie fanden in der Schweiz die Impfstoff-Versorgung und die Abrechnung der Covid-19-Impfungen über Bund und Kantone statt. Seit dem 1. Juli 2024 erfolgt diese über die Regelstrukturen für Impfungen, wodurch die Impfstoffe über die Zulassungsinhaberinnen und ihre Vertriebspartner erhältlich sind und die Finanzierung gemäss Spezialitätenliste und Krankenkassenleistungsverordnung geregelt ist. Die epidemiologische Lage in der Schweiz hat sich deutlich beruhigt (siehe Kapitel 2.3). Trotzdem ist SARS-CoV-2 weiterhin in Zirkulation und wird auch in Zukunft zu Infektionen und Covid-19-Krankheitsfällen führen, welche bei besonders gefährdeten Personen mit einem Komplikationsrisiko einhergehen und schwer verlaufen können.

2.1 Übergeordnete Ziele der Covid-19-Impfung

Das übergeordnete Ziel der Impfempfehlung, basierend auf der «Schweizer Impfstrategie gegen Covid-19» [6], ist unverändert die Verminderung der Krankheitslast insbesondere von schwer und tödlich verlaufenden Covid-19-Erkrankungen. Dabei sind insbesondere Personen zu schützen, die aufgrund ihres Alters, einer Grunderkrankung oder anderer Umstände ein erhöhtes Risiko haben, bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 schwer an Covid-19 zu erkranken oder Komplikationen zu erleiden.

2.2 Immunitätslage der Schweizer Bevölkerung

Die Seroprävalenz-Daten von Corona Immunitas zeigten, dass im Frühling und Sommer 2022 nach Impfung der Mehrheit der Bevölkerung und mehreren pandemischen Wellen > 98 % der Bevölkerung in der Schweiz Antikörper gegen SARS-CoV-2 hatten [7, 8]. Dies bedeutet, dass fast alle Personen entweder geimpft und/oder von Covid-19 genesen sind und dass sich ihr Immunsystem entsprechend mit SARS-CoV-2 auseinandergesetzt hat. Mit der genetischen Variabilität des SARS-CoV-2 Virus wird das Entstehen neuer Virus-Varianten beobachtet. Die zeitliche Distanz zu vorhergehenden Impfungen nimmt zu, wodurch der erworbene Impfschutz nachlässt. Zusätzlich verringert sich der Schutz durch den Unterschied zwischen der Virusvariante des Impfstoffes und der jeweils zirkulierenden Virusvariante. Daher werden Auffrischimpfungen mit dem angepassten Impfstoff bei Personen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf weiterhin als sinnvoll betrachtet.

2.3 Epidemiologische Entwicklung ab Saison 2024/2025

Saisonalität: In der Schweiz hat sich in den vergangenen zwei Jahren ein saisonales Muster der SARS-CoV-2-Zirkulation gezeigt, mit einem Anstieg im Spätsommer und einem Höhepunkt im Spätherbst bzw. noch vor Jahresende (siehe Jahresbericht respiratorische Viren 2024/2025 [1] sowie 2025/2026 [2]). In Deutschland wurde der saisonale Höhepunkt von Covid-19-Hospitalisationen im Jahre 2024 und 2025 im Oktober resp. Mitte Dezember beobachtet [3]. Wann in der Schweiz der Höhepunkt der Hospitalisationen im Jahr 2024 und 2025 auftrat, ist noch unbekannt. Es stehen jeweils keine aktuellen Covid-19-Hospitalisationsdaten über die letzten zwei Jahre zur Verfügung. Es wird angenommen, dass der Höhepunkt in einem ähnlichen Zeitfenster wie zuletzt in Deutschland aufgetreten ist. Entsprechend wird empfohlen, dass die saisonale Impfung gegen Covid-19 im Herbst (ab September) vorgenommen wird.

Zur Krankheitslast: In der Saison 2025/2026 sanken in der Schweiz die SARS-CoV-2 Positivitätsraten bei ambulanten Konsultationen aufgrund akuter respiratorischer Infektionen ARI und «Influenza-like illness» ILI (Sentinella) und die SARS-CoV-2-Labormelderate im Vergleich zu den Vorjahren (siehe Jahresbericht respiratorischer Viren 2025/2026 [2]).

International (zum Beispiel in Deutschland [3]) wurde in den letzten Jahren ebenfalls eine Abnahme der Anzahl und Inzidenz von Covid-19-Hospitalisierungen zwischen Saison 2023/2024 und 2025/2026 beobachtet. Diese Entwicklung betraf alle Altersgruppen.

Zirkulierende Varianten: Während der Saison 2025/2026 wurden in der Schweiz im Rahmen des Abwassermonitorings vor allem SARS-CoV-2-Viren der Variante XFG detektiert. XFG entstand aus der Rekombination von zwei früheren Omikron-Unterlinien L.F.7 und LP.8.1.2. Die WHO klassifiziert XFG als Variante unter Beobachtung (*variant under monitoring VUM*), schätzt jedoch das Risiko einer Immunevasion als niedrig und vergleichbar mit JN.1 ein [9]. Gegen Ende der Saison zirkulierte auch die Variante BA.3.2. Auch diese Variante ist klassifiziert als VUM, und weist eine gewisse Immunevasion auf verglichen mit anderen, zeitgleich zirkulierenden Varianten [10]. Daneben wurden mit tieferem Anteil auch KP.2, KP.3, LP.8, NB.1.8.1 und XEC nachgewiesen. In Proben aus dem Sentinella-System (klinische Proben) wurde zusätzlich bei wenigen Fällen noch JN.1 detektiert.

Es gibt keine Anhaltspunkte für einen erhöhten Schweregrad bei Infektion mit XFG oder BA.3.2 im Vergleich zu vorherigen Omikron-Sublinien [9, 11].

Die Variante XFG wurde als Impfantigen für die Covid-19-Impfstoffe der Saison 2026/2027 ausgewählt (siehe Kapitel 3.1).

2.4 Rationale für die Covid-19-Impfung

Die breite vorbestehende immunologische Auseinandersetzung mit Antigenen von SARS-CoV-2 hat, zusammen mit dem Auftreten von SARS-CoV-2-Varianten, die verglichen mit früheren Varianten eher milde Krankheitsverläufe auslösen [12], insgesamt zu einer Reduktion der Krankheitslast auch in der Schweiz geführt [2, 13]. Dies hat die Ausgangslage insbesondere gegenüber den Pandemiejahren 2020/21 deutlich verändert: Bei Personen ohne Risikofaktoren besteht ein sehr geringes Risiko für eine schwere Erkrankung.

Bestimmte Personengruppen haben jedoch weiterhin aufgrund ihres Alters oder durch klinische Risikofaktoren ein im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung deutlich erhöhtes Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf. Zudem kann bei ihnen der Impfschutz vor schweren Verläufen ähnlich wie bei anderen Impfungen weniger gut sein und je nach Risikofaktor, z. B. mit zunehmendem Alter, schneller abnehmen. Die Impfung erhöht den Schutz vor schweren Erkrankungen inkl. Hospitalisation für ca. sechs Monate an [14–17].

Personen im Alter von < 65 Jahren ohne Risikofaktoren sind durch die bestehende hybride Immunität (vgl. Kapitel 2.3) vor schweren Verläufen inkl. Hospitalisationen geschützt, und eine Impfung hat deshalb praktisch kaum einen Einfluss auf die Krankheitslast in dieser Bevölkerungsgruppe.

Die Impfung bietet einen guten Schutz vor schweren Verläufen, schützt jedoch nur wenig vor der Infektion per se und vor milden symptomatischen Covid-19-Erkrankungen. Dieser Schutz vor jeglicher oder mild verlaufender Infektion fällt zudem im Vergleich zum Schutz vor schweren Verläufen

deutlich schneller ab [14]. Die Mehrheit der verfügbaren Untersuchungen zur Virus-Transmission durch geimpfte Personen zeigen einen geringen Effekt [18–20].

Aus diesen Gründen und basierend auf der in Kapitel 2.2 beschriebenen Ausgangslage empfehlen das BAG und die EKIF nur den in Kapitel 4 aufgeführten Personen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf die Covid-19-Impfung.

3 Covid-19-mRNA-Impfstoffe

3.1 Empfohlene und zugelassene Impfstoffe

Die EKIF und das BAG empfehlen, dass für die Impfung **präferenziell saisonal angepasste mRNA-Impfstoffe verwendet werden**, um den bestmöglichen Schutz gegen schwere Covid-19 Verläufe für die aktuelle Saison zu gewährleisten. Es wird erwartet, dass jeweils auf den Herbst hin Impfstoffe an die Varianten des SARS-CoV-2 Virus angepasst werden, von welchen angenommen wird, dass sie oder von ihnen abstammende Varianten in der Schweiz prädominant sein werden.

Basierend auf den verfügbaren Informationen zu den Impfstoffeigenschaften (siehe Kapitel 3.2 und 3.3) **gilt folgende Impfstoffempfehlung** für die aktuell verfügbaren mRNA-Impfstoffe **in Abhängigkeit der Anzahl empfohlener Impfdosen und des Alters**:

- **Saisonale Einzeldosis** (alle ≥ 16 Jahre): *Spikevax*[®] oder *Comirnaty*[®] (gleichwertig empfohlen)
- **Grundimmunisierung** («3+1»-Impfschema) **nach Stammzelltransplantation**:
 - ≥ 30 -Jährige: *Spikevax*[®] oder *Comirnaty*[®] (gleichwertig empfohlen)
 - 16–29-Jährige: *Comirnaty*[®].

Für die Saison 2026/2027 haben mehrere internationalen Behörden [21–23] die SARS-CoV-2-Variante XFG als Antigen für COVID-19-Impfstoffe empfohlen. Während der Saison 2025/2026 wurden in der Schweiz im Rahmen des Abwassermonitorings vor allem SARS-CoV-2-Viren der Variante XFG detektiert [2]. Weitere Informationen zu zirkulierenden Viren finden Sie im Kapitel 2.3.

Im Folgenden sind Informationen zu den in der Schweiz zum Zeitpunkt der Publikation (28.09.2026) zugelassenen und verfügbaren Impfstoffen für die aktive Immunisierung zur Vorbeugung von Covid-19 aufgeführt. Seit dem Übergang in die Regelstrukturen am 1. Juli 2024 sind die Covid-19-Impfstoffe über Zulassungsinhaberinnen bzw. ihre Vertriebspartnern erhältlich. Massgebend für die Zulassungen sind die Angaben gemäss Swissmedic (<https://swissmedicinfo-pro.ch>).

Im **September 2026** sind folgende Covid-19-mRNA-Impfstoffe **in der Schweiz zugelassen und (noch) verfügbar**:

- ***Comirnaty*[®] XFG (Zulassung seit Sommer 2026)**: Dieser Impfstoff enthält pro Dosis 30 µg Nukleosid-modifizierte mRNA, welche für das Spike-Protein der SARS-CoV-2 Subvariante XFG kodiert. Von Swissmedic zugelassen ist **die primäre Impfserie (Grundimmunisierung) mit zwei Dosen** sowie die Auffrischimpfung (mind. sechs Monate nach der letzten Covid-19-Impfstoff-D2.3osis) für Personen ab 12 Jahren. **Stark immungeschwächte Personen von ≥ 12 Jahren können im Einklang mit den nationalen Empfehlungen weitere Dosen *Comirnaty* XFG erhalten.**
- ***Spikevax*[®] XFG (Zulassung seit Sommer 2026)**: Dieser Impfstoff enthält pro Dosis 50 µg Nukleosid-modifizierte mRNA, die für das Spike-Protein der SARS-CoV-2-Variante XFG kodiert. Von Swissmedic zugelassen ist eine Impfdosis (mind. drei Monate nach der letzten Dosis eines Covid-19-Impfstoffes) bei Personen ≥ 12 Jahren **mit oder ohne vorhergehende Impfung**. Für immungeschwächte Personen von ≥ 12 Jahren **(mit oder ohne vorhergehende Impfung)** ist die Auffrischimpfung mittels einer oder mehrerer Dosen mindestens zwei Monate nach der letzten Dosis eines Covid-19-Impfstoffes zugelassen.
- ***Comirnaty*[®] LP.8.1 (Zulassung seit August 2025, nur noch für kurze Zeit erhältlich)**: Dieser Impfstoff enthält pro Dosis 30 µg Nukleosid-modifizierte mRNA, welche für das Spike-Protein

der SARS-CoV-2 Subvariante [LP.8.1](#) kodiert ([Impfantigen-Variante für die Saison 2025/2026](#)).
[Informationen zur Zulassung, siehe oben.](#)

[In der Schweiz ist für Kinder < 12 Jahre aktuell kein Covid-19-Impfstoff zugelassen.](#)

3.2 Immunogenität und Wirksamkeit

Die in der Schweiz verwendeten Covid-19-Impfstoffe haben in den Zulassungsstudien und zahlreichen Beobachtungsstudien eine generell sehr gute Immunogenität und Wirksamkeit gegen das ursprüngliche Virus SARS-CoV-2 (Wildtyp) gezeigt [24].

In Folge der Entstehung und Ausbreitung der Omikron-Untervarianten wurden angepasste Impfstoffe entwickelt, welche gegenüber den ursprünglichen Impfstoffen einen verbesserten Schutz vor den neuen Varianten zeigen. Die Zulassung der neuen, angepassten Impfstoffe basiert auf der beobachteten Wirksamkeit der vorangehenden Impfstoff-Zusammensetzung und auf präklinischen Daten zur Bildung von Virus-neutralisierenden Antikörpern.

In mehreren Beobachtungsstudien zeigten die angepassten [LP.8.1](#)-Impfstoffe für die SARS-CoV-2-Saison [2025/2026](#) nach einer Impfdosis eine neutralisierende Antikörperreaktion gegen [LP.8.1](#) sowie gegen ein Spektrum von Varianten, [inkl. XFG](#) (gewähltes Impfantigen für die Saison 2026/2027) [25, 26]. [Daten aus Tiermodellen zeigen, dass ein an XFG angepasster Covid-19-Impfstoff starke Immunantworten gegen derzeit zirkulierende SARS-CoV-2-Varianten hervorgerufen hat, darunter XFG, XFG.1.1 und NB.1.8.1 \[27\].](#)

Der Impfschutz gegen jegliche, meist milde Infektion wird in erster Linie durch neutralisierende Antikörper vermittelt. Damit ist er viel stärker von der Übereinstimmung zwischen der für den Impfstoff verwendeten und der sich ausbreitenden Virusvariante abhängig als der Impfschutz vor schweren Krankheitsverläufen. Der Schutz vor schweren Verläufen inkl. Hospitalisationen wird nämlich im Wesentlichen durch die T-Zell-Antwort und das reaktivierte immunologische Gedächtnis vermittelt, die einen Kreuzschutz über Varianten hinweg gewährleisten.

Schutz vor schweren Verläufen: Die Evidenz aus Beobachtungsstudien in mehreren Ländern zeigt, dass die Impfung [im Herbst 2025](#) weiterhin den Schutz vor schweren Verläufen inkl. Hospitalisationen bei älteren Personen und Personen mit Grunderkrankungen erhöhten [15, 16, 28, 29]. Die meisten Studien zeigen dabei einen [um 40–60 %](#) erhöhten Schutz vor schweren Covid-19-Verläufen, im Vergleich zu Personen, welche keine weitere Impfdosis erhalten haben (*incremental vaccine efficacy*). Die Zunahme des Schutzes durch eine Impfung ist abhängig vom Abstand zur letzten Impfdosis: Je länger die letzte Impfdosis zurück liegt, umso höher ist der zusätzliche Schutz durch eine weitere Impfdosis [30]. Grund dafür ist die Abnahme des Immunschutzes nach einer Impfung oder Infektion über die Zeit. Aufgrund der verfügbaren Daten kann davon ausgegangen werden, dass die Impfung während sechs Monaten vor schweren Verläufen schützt: [der Schutz liegt jedoch in den ersten drei Monaten nach Impfung höher als nach Intervallen > 3 Monate nach Impfung \[15, 29\]. Dies gilt insbesondere für Personen mit Immundefizienz.](#)

Post-Covid-Erkrankung: Eine Impfung kann auch das Risiko einer Post-Covid-19-Erkrankung reduzieren. Daten aus der Schweiz für den Zeitraum August 2020–Februar 2022 zeigen, dass geimpfte Personen nach einer Omikron-Infektion im Vergleich zu ungeimpften Personen nach einer SARS-CoV-2-Wildtyp-Infektion ein deutlich tieferes Risiko aufweisen, eine Post-Covid-19-Erkrankung zu erleiden [31]. Diese Studie zeigte, dass das Risiko einer Post-Covid-19-Erkrankung für ungeimpfte Personen nach einer Omikron-Infektion gleich hoch wie nach einer Infektion mit einer Delta- oder der SARS-CoV-2-Wildtyp Variante ist. [In anderen, internationalen Studien lag das Post-Covid-19- bzw. Long-Covid-Erkrankungsrisiko nach einer Omikron-Infektion jedoch deutlich niedriger als nach Infektionen mit vorgängig zirkulierenden Viruslinien \[32, 33\]. Die Impfung vermittelt einen gewissen Schutz vor dem Auftreten von Long-Covid-assoziierten Symptomen durch eine Infektion mit Omikron-Subvarianten: gemäss einem systematischen Review und Meta-Analyse aus dem Jahr 2025 wird das Risiko je nach Studie zwischen 20–30 % reduziert \[34\].](#)

Weitere, detaillierte Ausführungen zur Immunogenität und Wirksamkeit von Covid-19-Impfstoffen, [vom Impfbeginn bis Stand Oktober 2023](#), finden sich in den «Richtlinien und Empfehlungen für die Impfung gegen Covid-19» [35].

3.3 Unerwünschte Impferscheinungen (UIE) und Sicherheit

Die Sicherheit und Verträglichkeit der mRNA-Covid-19-Impfstoffe, [welche von 2020–2025 in der Schweiz zur Verfügung standen](#), wurde in Zulassungsstudien und/oder zahlreichen Beobachtungsstudien für Erwachsene [24, 36] und Jugendliche [36–40] gezeigt.

In Beobachtungsstudien wurde für variantenangepasste Impfstoffe, [die in den letzten Jahren in der Schweiz zur Verfügung standen](#), keine Zunahme der Rate unerwünschter Impferscheinungen bei Erwachsenen beobachtet (XBB.1.5 [41], JN.1 [43], LP.8.1 [26]).

Durch Überwachungssysteme nach Markteinführung der mRNA-Impfstoffe ab Ende 2020 wurde ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Myo-/Perikarditiden nach einer der ersten drei mRNA-Impfstoffdosen identifiziert [24, 36]. Das relative Risiko nach Impfung lag jedoch signifikant niedriger als das Myo-/Perikarditis-Risiko bei einer SARS-CoV-2-Infektion. Als Risikofaktoren wurde männliches Geschlecht, junges Alter (12–29 Jahre), ein kurzer Abstand zwischen 1. und 2. Impfdosis (< 30 Tage) sowie die höhere Antigendosierung von *Spikevax* (100 µg) für die Grundimmunisierung im Vergleich zu *Comirnaty* identifiziert. Nach der 1. Auffrischimpfung wurde für Erwachsene kein Unterschied zwischen den Myokarditis-Raten zwischen den mRNA-Impfstoffen mehr beobachtet [24, 36]. Mögliche Gründe dafür sind das längere Zeitintervall zwischen den Impfdosen und die bei einer Auffrischimpfung mit *Spikevax*® verwendete reduzierte Dosierung von 50 µg.

[Für die variantenangepassten Impfstoffe *Spikevax* und *Comirnaty* der Saison 2023/2024 \(XBB.1.5 \[41\]\) und 2024/2025 \(JN.1, \[42\]\) konnte gezeigt werden, dass eine Einzeldosis das Myokarditis-Risiko bei Erwachsenen nicht erhöht. Es ist unklar, ob das Myokarditis-Risiko von *Spikevax* in der 50 µg-Dosierung \(variantenangepasst\) bei jungen Erwachsenen unter Anwendung eines 4-Dosen-Schemas \(«3+1»\) zur Grundimmunisierung im Vergleich zu *Comirnaty* erhöht ist oder nicht.](#)

3.4 Kontraindikationen und Vorsichtsmassnahmen

Kontraindikationen

- Anaphylaxie oder allergische Allgemeinreaktion: Eine bekannte oder wahrscheinliche Sensibilisierung vom Soforttyp auf Inhaltsstoffe des Impfstoffes: Polyethylenglykol (PEG, Macrogol) oder Tromethamin/Trometamol (TRIS) stellen **zumindest eine relative Kontraindikation** zur Verabreichung des Impfstoffes dar (Informationen zu den Inhaltsstoffen siehe entsprechende [Fachinformation](#)). Personen mit entsprechender Anamnese oder Verdacht wie auch Personen mit schwerer Anaphylaxie (Grad III/IV) mit unklarem oder noch nicht abgeklärtem Auslöser oder idiopathischer Anaphylaxie wird eine Abklärung und Beratung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie empfohlen.

Vorsichtsmassnahmen

- Myokarditis/Perikarditis nach einer Impfdosis: Experten empfehlen in diesem Fall, weitere Impfdosen aufzuschieben [43]. Die Verabreichung einer weiteren Impfdosis kann nach Beratung durch die Fachärztin oder den Facharzt mit persönlicher Risiko-Nutzen Analyse in Betracht gezogen werden. Dabei soll das persönliche Risiko einer schweren akuten Covid-19-Infektion und das SARS-CoV-2-Expositionsrisiko berücksichtigt werden.
- Bei akuter fieberhafter Erkrankung soll die Impfung verschoben werden.
- Für den Fall einer allergischen Reaktion sollte geschultes Gesundheitspersonal mit direktem Zugriff auf eine Notfallausrüstung inklusive Adrenalin verfügbar sein sowie eine Überwachung von mindestens 15 Minuten direkt nach der Verabreichung am Impfort gewährleistet werden. Wenn die erste Dosis gut toleriert wurde, ist eine Überwachung von fünf Minuten nach den weiteren Dosen ausreichend.
- Vor der ersten Impfdosis: Bei Personen mit bekannter Anaphylaxie auf andere Impfstoffe, schweren akuten Allergien oder kutaner oder systemischer Mastozytose in der Anamnese: Vorabklärungen gemäss Kapitel 6 der «Richtlinien und Empfehlungen für die Impfung gegen Covid-19» (Stand 02.10.2023) [35].

- Vor weiteren Impfdosen: Aktiv klären, ob es nach früheren Dosen zu UIE gekommen ist.
- Es ist kein Minimalabstand zwischen einer Covid-19-Impfung und der Verabreichung von anderen Impfungen nötig (wie bei allen Nicht-Lebendimpfstoffen). So ist auch die gleichzeitige Verabreichung der Influenza-Impfung möglich.

4 Impfzielgruppen für die Covid-19-Impfung

Die Covid-19-Impfung wird weiterhin für Personen empfohlen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19 Erkrankung haben.

Die Empfehlungen für diese besonders gefährdeten Personen bestehen aus empfohlenen ergänzenden Impfungen für Personen, welchen die Impfung aufgrund ihres Alters einen individuellen Schutz vor schweren Krankheitsläufen bietet. Sie schliessen auch Impfungen für Risikogruppen ein, in denen für betroffene Personen ein gegenüber der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für Krankheitskomplikationen besteht.

So wird die Covid-19-Impfung für Personen im Alter von ≥ 65 Jahren als ergänzende Impfung empfohlen. Als Impfung für Risikogruppen wird die Covid-19-Impfung für Personen im Alter von ≥ 16 Jahren mit Grunderkrankungen gemäss der Kategorienliste im Anhang 1, für Personen im Alter von ≥ 16 Jahren mit Trisomie 21 sowie für Schwangere mit Grunderkrankungen gemäss WHO-Definition empfohlen (siehe Kapitel 4.3).

4.1 Personen im Alter von ≥ 65 Jahren

Die saisonale Impfung gegen Covid-19 mit einer Impfdosis wird allen Personen im Alter von ≥ 65 Jahre als ergänzende Impfung für den individuellen Schutz vor einem schweren Covid-19-Verlauf empfohlen. Ein Abstand von sechs Monaten zur letzten Covid-19-Impfung oder bestätigten Covid-19-Infektion soll eingehalten werden. Personen im Alter von ≥ 65 Jahre haben altersbedingt ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

In der Saison 2025/2026 traten laborgemeldete, SARS-CoV-2-positive Fälle wie bereits in den vorherigen Jahren in der Altersgruppe der ≥ 65 -Jährigen am häufigsten auf [2]. Im Vergleich zu den Vorjahren sank die Melderate in dieser Altersgruppe. Zu Covid-19-Hospitalisationen stehen für das Jahr 2024 und 2025 noch keine Daten aus der Schweiz zur Verfügung. Aktuellere internationale Daten zeigen, dass sich die Covid-19-Krankheitslast seit 2024 aufgrund der Bevölkerungsimmunität weiter reduziert hat, die ältesten Altersgruppen jedoch weiterhin von Hospitalisationen und schweren Erkrankungen am häufigsten betroffen sind [3, 4].

4.2 Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung

Zu den Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung gegenüber der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung gehören:

- Personen **im Alter von ≥ 16 Jahren** mit
 - **einer oder mehreren Grunderkrankungen** gemäss der Kategorienliste im Anhang 1
 - **Trisomie 21**
- Schwangere **mit einer Grunderkrankung gemäss WHO-Definition** ([4], siehe Kapitel 3.3)
- Schwangere **ohne Grunderkrankung nur, wenn die Impfung nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung als medizinisch indiziert erachtet wird.**

Die saisonale Impfung (Einzeldosis) mit einem variantenangepassten mRNA-Impfstoff wird allen Risikopersonen ab dem Alter von 16 Jahren empfohlen, dies unabhängig von der Anzahl bereits erhaltener Covid-19-Impfdosen oder bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen. Ein Abstand von sechs Monaten zur letzten Covid-19-Impfung oder bestätigten Covid-19-Infektion soll eingehalten werden.

Schwangere: Detaillierte Ausführungen zur Covid-19-Impfung finden sich in Kapitel 4.3.

Für Personen ≥ 16 Jahre mit schwerer Immundefizienz sind für die saisonale Impfung spezielle Empfehlungen u.a. bezüglich der Wahl des Impfzeitpunktes zu beachten (siehe Kapitel 5.1).

Nach einer Stammzelltransplantation (SZT) wird Personen ≥ 16 Jahren eine Grundimmunisierung mit 4 Dosen («3+1»-Schema) empfohlen. Detaillierte Ausführungen zur Covid-19-Impfung nach SZT finden sich in Kapitel 5.3.

4.3 Schwangere

Studien zeigen, dass Schwangere ein erhöhtes Risiko für einen schweren Covid-19-Krankheitsverlauf und Schwangerschaftskomplikationen aufweisen [4, 44, 45]. Dies war insbesondere der Fall während der Zirkulation der SARS-CoV-2 Delta-Variante [46–48]. Mit dem Auftreten der Omikron-Subvarianten bleibt dieses Risiko erhöht [45–47], ist jedoch geringer als bei früheren Varianten. Dies zeigte auch eine schweizerisch-französische prospektive Kohortenstudie [48].

Schwangere mit Komorbiditäten sind weiterhin besonders gefährdet [4, 44, 45, 49, 50].

Mit dem Aufkommen der Omikron-Variante zeigten Studien, dass eine variantenangepasste Impfung während der Schwangerschaft das Risiko von schweren maternalen Covid-19-Verläufen und das Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen reduziert [51–54]. Zahlreiche Studien weisen nach, dass die Impfung in der Schwangerschaft für die geimpfte Person, den Schwangerschaftsverlauf und das Kind sicher ist [36, 51, 54–56]. Durch die Übertragung von maternalen Antikörpern auf das ungeborene Kind bewirkt die Impfung während der Schwangerschaft zusätzlich einen indirekten Schutz des Neugeborenen [57].

Ab Mitte 2023 stehen wenige publizierte Studien- und Überwachungsdaten zur Covid-19-Krankheitslast bei Schwangeren mit den in dem Zeitraum zirkulierenden Omikron-Subvarianten zur Verfügung. Spezifisch für Schwangere ohne Grunderkrankungen sind keine aktuellen Studien bekannt.

In Deutschland wurden Covid-19-bedingte Hospitalisierungen bei Schwangeren in den Jahren 2023–2025 sehr selten gemeldet (2023: $n=35$, 2024: $n=18$, 2025: $n=5$) [3]. Aufgrund der gesunkenen Krankheitslast in den letzten Jahren werden gesunde Schwangeren zum Beispiel von der deutsche Impfkommmission seit Juli 2026 [3] und in Dänemark seit Oktober 2025 [58] nicht mehr zu den Gruppen mit genereller Covid-19-Impfempfehlung gezählt.

Im Gegensatz dazu empfiehlt die WHO gemäss einer Evaluation der *WHO Strategic Advisory Group of Experts* (SAGE) on Immunization vom März 2026 [4], dass eine generelle Impfempfehlung für Schwangere unter Berücksichtigung der länderspezifischen Situation in Betracht gezogen werden kann. Die der WHO zur Verfügung stehenden, noch unpublizierten Daten von 2023–2025 weisen offenbar darauf hin, dass eine Infektion in der Schwangerschaft während des Omikron-Zeitraums das Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburt weiterhin erhöht, jedoch auf einem niedrigeren Niveau im Vergleich zu Pre-Omikron-Varianten.

Aufgrund der vorbestehenden Bevölkerungsimmunität (siehe Kapitel 2.2) und der geringeren Krankheitslast aktueller Virusvarianten (siehe Kapitel 2.3) wird das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bei Schwangeren und für SARS-CoV-2-assoziierte Schwangerschaftskomplikationen durch die EKIF/BAG als deutlich geringer eingeschätzt als in den Vorjahren, insbesondere bei Schwangeren ohne Grunderkrankung.

Basierend auf der aktuell zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Evidenz und der Einschätzung verschiedener internationaler Expertengruppen [3, 4, 58] **empfehlen die EKIF und das BAG**

die Covid-19-Impfung mit einem mRNA-Impfstoff idealerweise ab dem zweiten Trimester (ab 12 Schwangerschaftswochen) für:

- **Schwangere mit einer Grunderkrankung** gemäss WHO-Definition [4]: Chronische Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, Nieren- und Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, Adipositas, neurologische Erkrankungen und Erkrankungen, die das Immunsystem schwächen.
- **Schwangere ohne Grunderkrankung** **nur**, wenn die Impfung nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung als medizinisch indiziert erachtet wird.

Die Impfung wird ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel empfohlen, da die fetale Organbildung dann weitgehend abgeschlossen ist. Eine Impfung ist auch im ersten Schwangerschaftsdrittel möglich und kann auf Wunsch der Frau erfolgen. Studien zeigen, dass eine Impfung auch im ersten Trimester sicher ist [59].

Weitere Ausführungen der wissenschaftlichen Datenlage zur Impfung bei Schwangeren mit Stand Oktober 2023 findet sich in den «Richtlinien und Empfehlungen für die Impfung gegen Covid-19» [35].

4.4 Stellungnahme ohne Empfehlung: Gesundheitspersonal und Reisende

Das **Gesundheitspersonal**³ kann sich gegen Covid-19 impfen lassen. Das BAG und die EKIF sprechen jedoch keine Empfehlung für diese Personengruppe aus. Aufgrund der vorbestehenden Immunität ist das Risiko einer schweren Erkrankung bei Personen ohne Risikofaktoren sehr gering. Die Impfung bietet diesen Personen nur einen geringen und kurzzeitigen Schutz vor Infektion mit milder Erkrankung. Es kann kein relevanter Impfschutz vor Transmission erwartet werden. Insbesondere durch nicht-pharmazeutische Massnahmen wie der Nutzung von Masken wird hingegen ein stärkerer Effekt auf die Transmission erwartet.

Wird reisebedingt eine Impfung gegen Covid-19 benötigt, kann das Impfschema gemäss Zulassung angewendet werden. Reisebedingte Impfungen erfolgen ausserhalb der Impfempfehlung vom BAG und von der EKIF.

Alle Personen können sich gegen Covid-19 impfen lassen, falls sie nach individueller Abwägung und Entscheidung das Risiko für eine Infektion etwas vermindern möchten und dies von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet wird bzw. von einem Apotheker oder einer Apothekerin verabreicht wird. Falls die Impfung nicht empfohlen ist, wird sie **nicht** durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen.

³ Für die Covid-Impfung sind hier insbesondere Medizinal- und Pflegefachpersonen, alle im paramedizinischen Bereich tätigen Personen, Mitarbeitende von Alters- und Pflegeheimen, inklusive Studierende sowie Praktikantinnen und Praktikanten gemeint.

5 Empfehlungen für Personen mit schwerer Immundefizienz

5.1 Personen mit schwerer Immundefizienz (ohne Stammzelltransplantation)

Zu den Personen **≥ 16 Jahre** mit einem erhöhten Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs gehören auch Personen mit einer **schweren Schwäche des Abwehrsystems (schwere Immundefizienz)**. Die Immunschwäche kann sowohl angeboren, erworben oder durch Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken, bedingt sein (z. B. Chemotherapien, Behandlung von Autoimmunerkrankungen oder nach Transplantationen eines soliden Organs). Diese Personen haben ein deutlich höheres Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung als andere Personen gleichen Alters haben und die Immunantwort auf die Impfung kann eingeschränkt sein. Dies ist für die Wahl des Impfzeitpunktes zu beachten.

Kinder und Jugendliche mit schwerer Immundefizienz werden unabhängig vom Impfstatus nicht mehr zu den Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung gezählt. Gemäss Expertenmeinung und Feedback von den grossen pädiatrischen Kliniken in der Schweiz werden schwere Covid-19-Verläufe in dieser Personengruppe nur noch sehr selten beobachtet.

5.1.1 Definition von schwerer Immundefizienz (ohne SZT)

Als schwer immundefizient gelten Personen **≥ 16 Jahre**, welche während der SARS-CoV-2 Saison an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder unter einer der folgenden schwer immunsupprimierenden Behandlungen stehen:

- B-Zell-depletierende Therapie (z. B. Rituximab, Ocrelizumab, Cyclophosphamid)
 - Hochdosis-Chemotherapie
 - Kortikosteroidtherapie ≥ 20 mg Prednisonäquivalente/Tag während > 2 Wochen
 - Kombinationstherapie verschiedener immunsupprimierender Medikamente
 - weitere Therapien, die zu einer schweren Immunsuppression führen (z. B. Mycophenolat, Ciclosporin, Januskinase-Inhibitoren u. ä.)
- sowie**
- Personen vor oder nach Transplantation eines soliden Organs
 - Personen mit einem angeborenen Immundefekt mit eingeschränkter B- und T-Zell-Funktion (z. B. Common Variable Immunodeficiency CVID, isolierte CD4-Lymphozytopenie u. ä.)
 - Patientinnen und Patienten mit HIV-Infektion und CD4⁺-Zellen < 200/ μ L
 - Patientinnen und Patienten unter Dialyse (Hämodialyse und Peritonealdialyse)
 - Patientinnen und Patienten mit weiteren Erkrankungen, die mit einer vergleichbar schweren Immundefizienz einhergehen.

5.1.2 Wahl des Impfzeitpunkts bei schwerer Immundefizienz (ohne SZT)

Für die saisonale Covid-19-Impfung mit einer Impfdosis gelten die gleichen Empfehlungen wie auch für andere Impfungen bei Personen mit einer schweren Immundefizienz [60–65]:

- Impfungen sollten vorzugsweise während einer stabilen Phase der Erkrankung durchgeführt werden. Generell sollte die Immunsuppression zum Zeitpunkt der Impfung so gering wie möglich sein, sofern dies die Behandlung der Erkrankung zulässt.
- Ist bei einer Person eine immunsuppressive Therapie oder die Intensivierung einer bestehenden immunsuppressiven Therapie geplant, soll die Impfung möglichst vor Beginn der

Therapie durchgeführt werden. Es muss kein minimales zeitliches Intervall zwischen Impfung und Therapie eingehalten werden, da es sich nicht um einen Lebendimpfstoff handelt.

- Bei vorübergehender schwerer Immunsuppression oder bei B-Zell-depletierenden Therapien ist der ideale Zeitpunkt der Impfung unter Abwägung des Infektionsrisikos und der erwartbaren Impfantwort mit der behandelnden Spezialistin oder dem behandelnden Spezialisten festzulegen. Wenn möglich, sollte die Impfung bei Therapien, welche die B-Zellen depletieren, nicht zu einem Zeitpunkt verabreicht werden, in dem die B-Zellen depletiert sind. Die Impfung kann jedoch auch bei Personen unter B-Zelldepletion einen partiellen Schutz vor schwerem Covid-19-Verlauf bewirken, da eine T-Zell-Antwort aufgebaut werden kann [66–68].

5.1.3 Impfschema für Personen mit schwerer Immundefizienz (ohne SZT)

Für Personen ≥ 16 Jahre mit schwerer Immundefizienz wird die saisonale Impfung mit einer Dosis eines variantenangepassten mRNA-Impfstoffs ⁴ **im Herbst (ab September)** empfohlen, wie für alle andere Personen mit einem erhöhten Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung (siehe Kap. 1). **Eine noch nicht erfolgte Impfung soll während der Saison nachgeholt werden.** Die Impfung ist unabhängig vom Impfstatus oder der Anzahl bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen. Ein Abstand von sechs Monaten zur letzten Covid-19-Impfung oder bestätigten Covid-19-Infektion soll eingehalten werden. **Schwer immun-defizienten Personen im Alter von ≥ 6 Monaten bis < 16 Jahren, welche bisher nicht gegen Covid-19 geimpft wurden, wird **keine** Grundimmunisierung gegen Covid-19 mehr empfohlen.** Gemäss Einschätzung der EKIF hat sich die Krankheitslast für diese Zielgruppe mit den Omikron-Virusvarianten deutlich reduziert. Covid-19 bedingte Hospitalisationen werden bei schwer immun-defizienten, ungeimpften Kindern und Jugendlichen nur noch selten in der Schweiz beobachtet. Für die Altersgruppe ≥ 6 Monaten bis < 12 Jahre steht zusätzlich kein zugelassener Covid-19-Impfstoff mehr zur Verfügung.

5.2 Monoklonale Antikörper zur passiven Immunisierung von schwer immundefizienten Personen

Für schwer immundefiziente Patientinnen und Patienten soll bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 unabhängig vom Impfstatus eine frühzeitige Therapie mit direkt wirkenden Virostatika (DAA, *direct acting antivirals*) geprüft werden. Monoklonale Antikörper wurden in früheren Phasen der Pandemie bei ausgewählten schwer immundefizienten Personen zur Therapie bzw. Prophylaxe eingesetzt; aufgrund fehlender Wirksamkeit gegen die aktuell zirkulierenden Varianten steht derzeit jedoch kein entsprechend wirksamer monoklonaler Antikörper zur Verfügung und ihr Einsatz wird nicht empfohlen.

5.3 Personen nach Stammzelltransplantation

Die Indikation zur Impfung gegen Covid-19 von Personen nach autologer oder allogener Stammzelltransplantation erfolgt durch das oder in Absprache mit dem jeweiligen Transplantationszentrum. Die folgenden Empfehlungen sind angelehnt an die Einschätzung der European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) von Januar 2022 [69] und an eine aktuellere Literaturübersicht [70].

Personen im Alter von ≥ 6 Monaten bis < 16 Jahren, welche eine SZT erhalten haben, wird **keine Grundimmunisierung gegen Covid-19 mehr empfohlen.** Gemäss Einschätzung der EKIF hat sich die Krankheitslast für diese Zielgruppe mit den Omikron-Virusvarianten deutlich reduziert. Covid-19 bedingte Hospitalisationen werden bei Kindern und Jugendlichen nach Stammzelltransplantation nur noch selten in der Schweiz beobachtet. Für die Altersgruppe ≥ 6 Monaten bis < 12 Jahre steht zusätzlich kein zugelassener Covid-19-Impfstoff mehr zur Verfügung.

⁴ Da mRNA-Impfstoffe keine Lebendimpfstoffe sind, dürfen sie bei Immunsuppression gegeben werden. Grundsätzlich werden Totimpfstoffe von Personen mit und ohne Immundefizienz gleich gut toleriert.

5.3.1 Impfschema und Impfzeitpunkt nach Stammzelltransplantation

Nach einer Stammzelltransplantation gilt für Personen **≥ 16 Jahre** folgende Empfehlung:

- Eine Grundimmunisierung wird unabhängig davon empfohlen, ob die Person vor der Transplantation an Covid-19 erkrankte oder geimpft wurde.
- Impfschema zur Grundimmunisierung («3+1»-Schema): drei Impfdosen im Minimalabstand von je 4 Wochen zwischen den einzelnen Dosen und eine Auffrischimpfung nach sechs Monaten.
- Impfzeitpunkt: Die Impfung soll 3–6 Monate nach der Stammzelltransplantation erfolgen. Die Impfung löst eine bessere Immunantwort aus, wenn sie in einem grösseren zeitlichen Abstand zur Transplantation erfolgt (sechs Monate).
- Variantenangepasste mRNA-Impfstoffe für die Grundimmunisierung nach SZT:
 - Für **Personen ≥ 30 Jahre** werden die aktuell verfügbaren Impfstoffe *Comirnaty*[®] oder *Spikevax*[®] gleichwertig empfohlen.
 - Für **16–29-Jährige** wird die Verwendung des variantenangepassten Impfstoffes *Comirnaty*[®] empfohlen.
- Ein Minimalabstand zwischen einer Covid-19-mRNA-Impfung und der Verabreichung von anderen Impfungen ist nicht erforderlich.
- Serologie: Da das Immungedächtnis nach einer Stammzelltransplantation nicht mehr vorhanden ist, wird keine Serologie zur Bestimmung des Impfschemas empfohlen. Nach der dritten Impfdosis kann mittels einer Serologie abgeschätzt werden, ob eine Impfantwort aufgebaut wurde.
- Jährliche Impfung: **Solange die Immundefizienz weiter besteht**, wird die saisonale Impfung mit einer Impfdosis empfohlen, wie sie auch für andere Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung gilt (siehe Kapitel 1).

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, **wenn ausserhalb der SARS-CoV2 Saison (Herbst/Winter)**
- 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.

Anhang 1. Kategorienliste: Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung durch eine Grunderkrankung

Das BAG berücksichtigt den aktuellen Stand der Wissenschaft und die Einschätzungen der medizinischen Fachgesellschaften der Schweiz.

Personen im Alter von ≥ 16 Jahren mit folgenden chronischen Erkrankungen haben gegenüber der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für eine Covid-19-Erkrankung oder erhöhtes Komplikationsrisiko:

1. Bluthochdruck

- Arterielle Hypertonie mit Endorganschaden
- Therapie-resistente arterielle Hypertonie

2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

2.1 Generelle Kriterien

- Patientinnen und Patienten mit Dyspnoe funktionelle Klasse NYHA II-IV und NT-Pro BNP > 125 pg/ml
- Patientinnen und Patienten mit mindestens zwei kardiovaskulären Risikofaktoren (einer davon Diabetes oder arterielle Hypertonie)
- Vorgängiger Schlaganfall und/oder symptomatische Vaskulopathie
- Chronische Niereninsuffizienz (Stadium 3, GFR < 60 ml/min)

2.2 Andere Kriterien

2.2.1 Koronare Herzkrankheit

- Myokardinfarkt (STEMI und NSTEMI) in den letzten zwölf Monaten
- Symptomatisches chronisches Koronarsyndrom trotz medizinischer Therapie (unabhängig von allfälliger vorheriger Revaskularisierung)

2.2.2 Erkrankung der Herzklappen

- Mittelschwere oder schwere Stenose und/oder Regurgitation zusätzlich zu mindestens einem generellen Kriterium
- Jeglicher chirurgischer oder perkutaner Klappenersatz zusätzlich zu mindestens einem generellen Kriterium

2.2.3 Herzinsuffizienz

- Patientinnen und Patienten mit Dyspnoe funktionelle Klasse NYHA II-IV oder NT-Pro BNP > 125 pg/ml
- Kardiomyopathie jeglicher Ursache
- Pulmonalarterielle Hypertonie

2.2.4 Arrhythmie

- Vorhofflimmern mit einem CHA2DS2-VASc Score von mindestens 2 Punkten
- Vorgängige Schrittmachereinlage (inkl. ICD und/oder CRT Implantation) zusätzlich zu einem generellen Kriterium

2.2.5 Erwachsene mit kongenitaler Herzerkrankung

- Kongenitale Herzerkrankung nach individueller Beurteilung durch den behandelnden Kardiologen / die behandelnde Kardiologin

3. Diabetes

- Diabetes mellitus, mit Spätkomplikationen oder HbA1c von 8 % oder mehr

4. Chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen

- Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen GOLD Stadium II-IV
- Lungenemphysem

- Unkontrolliertes, insbesondere schweres Asthma bronchiale
- Interstitielle Lungenerkrankungen / Lungenfibrose
- Aktiver Lungenkrebs
- Pulmonalarterielle Hypertonie
- Pulmonalvaskuläre Erkrankung
- Aktive Sarkoidose
- Zystische Fibrose
- Chronische Lungeninfektionen (atypische Mykobakteriosen, Bronchiektasen etc.)
- Beatmete Patient/innen
- Krankheiten mit einer schwer verminderten Lungenkapazität

5. Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen

- Schwere Immunsuppression (z. B. HIV-Infektion mit einer CD4+ T-Zellzahl < 200/μl)
- Neutropenie (<1000 Neutrophile/μl) während ≥ 1 Woche
- Lymphozytopenie (< 200 Lymphozyten/μl)
- 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.)
- Aggressive Lymphome (alle Entitäten)
- Akute Lymphatische Leukämie
- Akute Myeloische Leukämie
- Akute Promyelozytenleukämie
- T-Prolymphozytenleukämie
- Primäre Lymphome des zentralen Nervensystems
- Stammzelltransplantation
- Amyloidose (Leichtketten (AL)-Amyloidose)
- Chronische Lymphatische Leukämie
- Multiples Myelom
- Sichelzellkrankheit
- Knochenmarkstransplantation
- Organtransplantation
- Personen auf einer Warteliste für Transplantationen

6. Krebs

- Krebs unter medizinischer Behandlung (inklusive Lymphome, Leukämien, multiples Myelom)

7. Adipositas

- Patienten und Patientinnen mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 35 kg/m² oder mehr

8. Lebererkrankung

- Leberzirrhose

9. Nierenerkrankung

- Chronische Niereninsuffizienz ab GFR < 60 ml/min

6 Referenzen

- [1] Bundesamt für Gesundheit. Jahresbericht zu den respiratorischen Viren 2024/2025. BAG Bull 2025, Vol. 42. [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/respiratorische-viren>
- [2] Bundesamt für Gesundheit. Jahresbericht zu den respiratorischen Viren 2025/2026. BAG-Bull 2026, in Press. Ab dem 30.09.26 verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/respiratorische-viren>
- [3] Robert Koch Institut. STIKO: Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung 2026. Epidemiologisches Bulletin, Vol. 28 (09. Juli 2026). Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/28_26.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- [4] World Health Organization (WHO). WHO Position Paper on COVID-19 vaccines– July 2026. Weekly epidemiological record, No. 30, 2026, 101, 134-151. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/abc7e160-6cd7-4762-a492-40293d4fa7b1/content>
- [5] World Health Organization (WHO). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic: 5 May 2023, Geneva [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
- [6] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Covid-19-Impfstrategie [Internet]. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 29.11.2022 [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/BmzxDi-acY4Q9/impfstrategie-bag-ekif.pdf>
- [7] 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).
- [8] 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;52(6):1696–707.
- [9] World Health Organization (WHO). WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: XFG. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 25 June 2025 [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: [25062025_xfg_ire.pdf](https://www.who.int/publications-detail/25062025_xfg_ire.pdf)
- [10] World Health Organization (WHO). WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: BA.3.2. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 5th december 2025 [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: [05122025_BA.3.2_IReV3](https://www.who.int/publications-detail/05122025_BA.3.2_IReV3)
- [11] Azhar, L.E., Samkari, D.A., Hassan, A.M. *et al.* The Emergence and Characterization of SARS-CoV-2 Variant XFG (“Stratus”): Comparative Virological, Epidemiological, and Public-Health Perspectives. *J Epidemiol Glob Health* 16, 8 (2026).
- [12] Relan P, Motaze NV, Kothari K *et al.* Severity and outcomes of Omicron variant of SARS-CoV-2 compared to Delta variant and severity of Omicron sublineages: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health* 2023;8: e012328.
- [13] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Krankheitslast Covid-19 (Stand Juni 2022) [Internet]. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2022. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/yinO1oYmudg1/covid-19-krankheitslast.pdf>
- [14] Alhumaid, S., Alkhars, O., Algrafi, A.S. *et al.* Vaccine effectiveness across the Omicron evolutionary spectrum (BA.2, BA.5, XBB, JN.1, KP.3): a systematic review of studies published 2022–2025. *BMC Infect Dis* 26, 1014 (2026).
- [15] Hansen C, Soborg B, Rasmussen M *et al.* Effectiveness of the BNT162b2 LP.8.1-adapted SARS-CoV-2 vaccine against COVID-19-associated hospitalisation and death: a Danish nationwide cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 2026; 26, e269-e270.

- [16] Vicic N, Bogdanov A, Hensler H et al. Interim Effectiveness of 2025-2026 mRNA-1283 and BNT162b2 COVID-19 Vaccines Against COVID-19-Related Outcomes Among Adults Aged ≥ 65 Years in the United States. *Infect Dis Ther*. 2026 Sep;15(9):2307-2318.
- [17] Haley J. A. et al. BNT162b2 LP.8.1 early vaccine effectiveness against COVID-19 emergency department, urgent care, and outpatient visits. *Nat Commun*. 2026 May 28;17(1):6912.
- [18] Althaus T, Overton CE, Devaux I et al. How effective is the BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 transmission and infection? A national programme analysis in Monaco, July 2021 to September 2022. *BMC Med*. 2024 Jun 5;22(1):227.
- [19] Benist SC, Smith-Jeffcoat SE, Talbot HK et al. Recent COVID-19 Vaccination and Risk of SARS-CoV-2 Transmission. *JAMA Netw Open*. 2026 May 1;9(5):e2612609.
- [20] Mongin D, Bürgisser N, Laurie G et al. Effect of SARS-CoV-2 prior infection and mRNA vaccination on contagiousness and susceptibility to infection. *Nat Commun*. 2023 Sep 6;14(1):5452.
- [21] European Medicines Agency (EMA). Emergency Task Force ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target XFG variant [Internet]. Amsterdam, 29 May 2026 [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter; Available from: [ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target XFG variant | European Medicines Agency \(EMA\)](#)
- [22] U.S. Food & Drug agency (FDA). COVID-19 Vaccines (2026-2027 Formula) for Use in the United States Beginning in Fall 2026 [Internet]. US, 29 May 2026. [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/industry-biologics/covid-19-vaccines-2026-2027-formula-use-united-states-beginning-fall-2026>
- [23] World Health Organization (WHO). Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines [Internet]. Geneva: WHO 16 May 2026 [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news/item/16-05-2026-statement-on-the-antigen-composition-of-covid-19-vaccines>
- [24] Blakney AK, Top KA, Cowling BJ, Larson HJ, Shattock RJ, Sadarangani M. Safety and efficacy of mRNA vaccines: a mechanistic and public health perspective. *Lancet*. 2026 Jul 18;408(10551):275-288.
- [25] Happle C, Hoffmann M, Stankov MV, Nehlmeier I, Eichmann A, Witte T, Manthey L, Pöhlmann S, Dopfer-Jablonka A, Behrens GMN. Effects of LP.8.1-adapted mRNA vaccination on SARS-CoV-2 variant neutralisation. *Lancet Infect Dis*. 2026 Jan;26(1):e3-e5.
- [26] Dadhe R, Gayed J, Iqbal M, Solan R et al. A Study to Investigate the Safety and Immunogenicity of Monovalent Omicron LP.8.1-Adapted BNT162b2 COVID-19 Vaccine in Adults ≥ 65 Years of Age and High-Risk Adults 18-64 Years of Age (Preliminary Results). *Vaccines (Basel)*. 2026 Apr 15;14(4):350.
- [27] U.S. Food&Drug Agency (FDA). Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee. Meeting Presentation - 2026-2027 COVID-19 Vaccine Formula: Pfizer/BioNTech Supportive Data [Internet] May 28, 2026 [abgerufen am 24. July 2026]. Verfügbar unter <https://www.fda.gov/media/192765/download>
- [28] Wiegand RE, Chickery S, Yang DH et al. Interim Estimated Effectiveness of 2025-2026 COVID-19 Vaccines in Adults Using a Test-Negative Design. *JAMA Netw Open*. 2026 Jun 1;9(6): e2625152.
- [29] Gram MA, Thieson EM, Pihlström N, Perälä J, Poukka E, Leino T, Ljung R, Andersson NW, Hviid A. Comparative effectiveness of bivalent BA.4-5 or BA.1 mRNA booster vaccines among immunocompromised individuals across three Nordic countries: A nationwide cohort study. *J Infect*. 2024 Oct;89(4):106261.
- [30] Tenforde MW, Weber ZA, Natarajan K et al. Early Estimates of Bivalent mRNA Vaccine Effectiveness in Preventing COVID-19-Associated Emergency Department or Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Immunocompetent Adults - VISION Network, Nine States, September-November 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023 Mar 17;71(53):1637-1646.

- [31] Ballouz T, Menges D, Kaufmann M, Amati R, Frei A, von Wyl V, Fehr JS, Albanese E, Puhan MA. Post COVID-19 condition after Wildtype, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 infection and prior vaccination: Pooled analysis of two population-based cohorts. *PLoS One*. 2023 Feb 22;18(2):e0281429.
- [32] Diexer S, Klee B, Gottschick C, Xu C, Broda A, Purschke O, Binder M, Frese T, Girndt M, Hoell JI, Moor I, Gekle M, Mikolajczyk R. Association between virus variants, vaccination, previous infections, and post-COVID-19 risk. *Int J Infect Dis*. 2023 Nov;136:14-21.
- [33] Hou Y, Gu T, Ni Z, Shi X, Ranney ML, Mukherjee B. Global Prevalence of Long COVID, Its Subtypes, and Risk Factors: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Open Forum Infect Dis*. 2025 Aug 30;12(9):ofaf533.
- [34] Green R, Marjenberg Z, Lip GYH, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Vaccination on Prevention of Long COVID. *Nature Communications*. 2025;16:10326.
- [35] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Richtlinien und Empfehlungen: Empfehlungen zur Impfung gegen Covid-19. Stand Oktober 2023. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/kDJzoGZyYOYF/richtlinien-empfehlungen-covid-19-impfung.pdf>
- [36] Scott J, Abers MS, Marwah HK et al. Updated Evidence for Covid-19, RSV, and Influenza Vaccines for 2025-2026. *N Engl J Med*. 2025 Dec 4;393(22):2221-2242.
- [37] Hause AM, Gee J, Baggs J et al. COVID-19 Vaccine Safety in Adolescents Aged 12-17 Years - United States, December 14, 2020-July 16, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Aug 6;70(31):1053-1058.
- [38] Hause AM, Baggs J, Marquez P et al. Safety Monitoring of COVID-19 Vaccine Booster Doses Among Persons Aged 12-17 Years - United States, December 9, 2021-February 20, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022 Mar 4;71(9):347-351.
- [39] Ali K, Berman G, Zhou H et al. Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine in Adolescents. *N Engl J Med*. 2021 Dec 9;385(24):2241-2251.
- [40] Figueroa AL, Torres D, Reyes-Acuna C et al. Safety and immunogenicity of a single-dose omicron-containing COVID-19 vaccination in adolescents: an open-label, single-arm, phase 2/3 trial. *Lancet Infect Dis*. 2025 Feb;25(2):208-217.
- [41] Pan Y, Han Y, Zhou C, Zhao L, Zheng J, Ye X, He Y; N3C Consortium. Evaluating the safety of XBB.1.5-containing COVID-19 mRNA vaccines using a self-controlled case series study. *Nat Commun*. 2025 Jul 15;16(1):6514.
- [42] Andersson NW, Thiesson EM, Hviid A. Safety of JN.1-Updated mRNA COVID-19 Vaccines. *JAMA Netw Open*. 2025 Jul 1;8(7):e2523557.
- [43] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines in the United States. 5. Contraindications and Precautions. (Updated on 4th of November 2024). [Internet, abgerufen am 07.09.2026]. Verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/covid/hcp/vaccine-considerations/contraindications-precautions.html>
- [44] Zhou SM, Ahmadi H, Huo L, et al. COVID-19 and pregnancy: a comprehensive study of comorbidities and outcomes. *BMC Public Health*. 2024 Nov 13;24(1):3157.
- [45] Smith ER, Oakley E, Grandner GW et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection: an individual participant data meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2023 Jan;8(1):e009495.
- [46] Deng J, Ma Y, Liu Q et al. Association of Infection with Different SARS-CoV-2 Variants during Pregnancy with Maternal and Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 29;19(23):15932.
- [47] Günther J, Ziert Y, Andresen K et al. Variability in COVID-19 symptom presentation during pregnancy and its impact on maternal and infant outcomes across the pandemic. *Int J Infect Dis*. 2024 Sep;146:107157. doi: 10.1016/j.ijid.2024.107157.
- [48] Favre G, Maisonneuve E, Pomar L, et al.; French and Swiss COVI-PREG group. Maternal and perinatal outcomes following pre-Delta, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 variants infection

- among unvaccinated pregnant women in France and Switzerland: a prospective cohort study using the COVI-PREG registry. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Mar;26:100569.
- [49] Örtqvist AK, Magnus MC, Aabakke AJM et al. Severe COVID-19 during pregnancy in Sweden, Norway, and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 Jun;102(6):681-689.
 - [50] Magnus MC, Örtqvist AK, Urhoj SK, Aabakke A, Mortensen LH, Gjessing H, Nybo Andersen AM, Stephansson O, Håberg SE. Infection with SARS-CoV-2 during pregnancy and risk of stillbirth: a Scandinavian registry study. *BMJ Public Health*. 2023 Oct 25;1(1):e000314.
 - [51] Fernández-García S, Del Campo-Albendea L, Sambamoorthi D, et al. Effectiveness and safety of COVID-19 vaccines on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2024 Apr 4;9(4):e014247.
 - [52] McClymont E, Blitz S, Forward L, Cole S, et al. The Role of Vaccination in Maternal and Perinatal Outcomes Associated With COVID-19 in Pregnancy. *JAMA*. 2026 Jan 13;335(2):154-162.
 - [53] Villar J, Soto Conti CP, Gunier RB, et al. Pregnancy outcomes and vaccine effectiveness during the period of omicron as the variant of concern, INTERCOVID-2022: a multinational, observational study. *Lancet*. 2023 Feb 11;401(10375):447-457.
 - [54] Ciapponi A, Berrueta M, Argento FJ, Ballivian J, et al. Safety and Effectiveness of COVID-19 Vaccines During Pregnancy: A Living Systematic Review and Meta-analysis. *Drug Saf*. 2024 Oct;47(10):991-1010.
 - [55] Gereade A, Daskalakis G, Mikos T, et al. Safety of COVID-19 Vaccination in Pregnancy: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel)*. 2024 Aug 14;14(16):1775.
 - [56] Norman M, Magnus MC, Söderling J, et al. Neonatal Outcomes After COVID-19 Vaccination in Pregnancy. *JAMA*. 2024 Feb 6;331(5):396-407.
 - [57] Cardemil CV, Cao Y, Posavad CM, et al. Maternal COVID-19 Vaccination and Prevention of Symptomatic Infection in Infants. *Pediatrics*. 2024 Mar 1;153(3):e2023064252.
 - [58] Statens Serum Institut (Dänemark). Autumn vaccination program against influenza and COVID-19, 2025. Updated 30 october 2025 [Internet]. [abgerufen am 07.09.2026]. Verfügbar unter: <https://en.ssi.dk/news/epi-news/2025/no-39---2025>
 - [59] Favre G, Maisonneuve E, Pomar L, et al. Risk of congenital malformation after first trimester mRNA COVID-19 vaccine exposure in pregnancy: the COVI-PREG prospective cohort. *Clin Microbiol Infect*. 2023 Oct;29(10):1306-1312.
 - [60] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Impfeempfehlungen für Personen vor und nach Transplantation eines soliden Organs. *BAG-Bulletin* 2014(8):155-8.
 - [61] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Impfprinzipien und Empfehlungen für Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder anderen gastroenterologischen (Auto-)Immunerkrankungen. *BAG-Bulletin* 2017(50):28-31.
 - [62] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlungen zur Impfung von Empfängerinnen und Empfängern von Blut-Stammzellen. *BAG-Bulletin* 2012(21):363-70.
 - [64] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. (NEURO-IMID) Impfprinzipien und Empfehlungen für erwachsene Personen mit neuroimmunologischen Erkrankungen.
 - [65] Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlung zur Impfung von Personen mit malignen Erkrankungen und deren Haushaltskontakte
 - [66] Alfonso-Dunn R, Lin J, Kirschner V, Lei J, Feuer G, Malin M et al. Strong T-cell activation in response to COVID-19 vaccination in multiple sclerosis patients receiving B-cell depleting therapies. *Frontiers in immunology* 2022;13:926318.
 - [67] Riise J, Meyer S, Blaas I, Chopra A, Tran TT, Delic-Sarac M et al. Rituximab-treated patients with lymphoma develop strong CD8 T-cell responses following COVID-19 vaccination. *British journal of haematology* 2022;197(6):697-708.

- [68] Atanackovic D, Luetkens T, Omili D, Iraguha T, Lutfi F, Hardy NM et al. Vaccine-induced T-cell responses against SARS-CoV-2 and its Omicron variant in patients with B cell-depleted lymphoma after CART therapy. *Blood* 2022;140(2):152–6.
- [69] European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). EBMT Covid-19 Vaccine Information - 3 January 2022 [Internet]. [Abgerufen am 07.09.2026]. Verfügbar unter: [COVID vaccines version 8.3 - 2022-01-03.pdf](#).
- [70] Silva-Pinto A, et al. Vaccination After Haematopoietic Stem Cell Transplant: A Review of the Literature and Proposed Vaccination Protocol. *Vaccines (Basel)*. 2024 Dec 23;12(12):1449.

Impressum

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Übertragbare Krankheiten

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Postfach
3003 Bern
mt-info@bag.admin.ch
bag.admin.ch/

Publikationszeitpunkt

28. September 2026