

Update DGAUM Selekt

STIKO aktualisiert COVID-19-Impfempfehlung 2026: Basisimmunität entfällt, Standardimpfung erst ab 75 Jahren

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat ihre COVID-19-Impfempfehlung an die aktuelle epidemiologische Lage und den Immunstatus der Bevölkerung angepasst (Epidemiologisches Bulletin 28/2026 vom 9. Juli 2026). Die Aktualisierung ersetzt die STIKO-Impfempfehlung 4/2026 und ist arbeitsmedizinisch relevant, da sie die Grundlage für allgemeine betriebliche Impfangebote verändert.

Wesentliche Änderungen

- **Basisimmunität entfällt:** Die Empfehlung, über mindestens drei Antigenkontakte (Impfung oder Infektion) eine Basisimmunität aufzubauen, gilt für die erwachsene Bevölkerung – einschließlich gesunder Schwangerer – nicht mehr. Begründung: Über 95 % der Erwachsenen verfügen inzwischen über eine hybride Immunität aus Impfung und durchgemachter Infektion; ein Nachweis der Basisimmunität ist im Praxisalltag ohnehin kaum noch zu führen.
- **Altersgrenze der Standardimpfung steigt von 60 auf 75 Jahre:** Hospitalisierungen und Todesfälle konzentrieren sich zunehmend auf Hochbetagte (≥80 Jahre: 45 % der Hospitalisierungen, 69 % der Todesfälle der letzten drei Saisons). Die neue Altersgrenze entspricht der bestehenden RSV-Standardimpfempfehlung.
- **Indikationsimpfung bleibt unverändert bestehen für:** Bewohnende von Pflegeeinrichtungen; Personen ≥6 Monate mit relevanten Grunderkrankungen (u. a. chronische Atemwegs-, Herz-Kreislauf-, Nieren- und Stoffwechselerkrankungen, Immundefizienz, Adipositas BMI ≥30, Long-/Post-COVID); Schwangere mit Grunderkrankung oder Schwangerschaftskomplikation ab dem 2. Trimenon; Personal in Pflegeeinrichtungen mit direktem Bewohnerkontakt; medizinisches Personal mit erhöhtem tätigkeitsbezogenem Infektionsrisiko oder in der Betreuung von Risikopatientinnen und -patienten; sowie enge Kontaktpersonen von Personen ohne zu erwartende Impfantwort.
- **Impfzeitpunkt:** Weiterhin einmalig pro Saison, bevorzugt zu Beginn der Saison im Spätsommer/Frühherbst; Nachholung während der Saison möglich. Ko-Administration mit Influenza-, Pneumokokken-, RSV-, Pertussis- oder Herpes-zoster-Impfung ist grundsätzlich möglich.
- **Long-/Post-COVID und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen** werden erstmals explizit als Impfziel benannt, da Betroffene ein erhöhtes Risiko für schwere COVID-19-Verläufe haben.

Relevanz für Arbeits- und Betriebsmedizin

Die BDA weist in ihrem Rundschreiben VI/087/26 vom 24. Juli 2026 darauf hin, dass für die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten damit die bisherige Grundlage für eine allgemeine betriebliche COVID-19-Impfempfehlung entfällt. Der Fokus verschiebt sich auf Risikogruppen und Beschäftigte mit besonders exponierten Tätigkeiten – insbesondere medizinisches und pflegerisches Personal mit erhöhtem tätigkeitsbezogenem Infektionsrisiko. Freiwillige betriebliche Impfangebote bleiben unabhängig davon möglich und können weiterhin zur Gesundheitsvorsorge und Reduktion von Krankheitsausfällen beitragen. Die Umsetzung in der Schutzimpfungs-Richtlinie steht noch aus; der Gemeinsame Bundesausschuss muss hierüber noch entscheiden.

Für die betriebsärztliche Praxis bedeutet dies: Die Indikationsstellung zur COVID-19-Impfung sollte sich künftig konsequent an Grunderkrankung, Tätigkeitsrisiko und Alter orientieren statt an einer pauschalen Altersgrenze von 60 Jahren. Bei jedem Kontakt im Rahmen der Vorsorge kann der Impfstatus mitgeprüft und ggf. auf offene Indikationsimpfungen hingewiesen werden.

Datengrundlage im Überblick

- COVID-19-Hospitalisierungen in Deutschland sind von ca. 135.000 (Saison 2023/24) über ca. 77.000 (2024/25) auf ca. 50.000 (2025/26) zurückgegangen; die Todesfälle sanken im gleichen Zeitraum von ca. 4.300 auf ca. 889.

- Auf ≥ 60 -Jährige entfallen 80 % der Hospitalisierungen und 97 % der Todesfälle der letzten drei Saisons.
- Die Standardimpfquote bei ≥ 60 -Jährigen lag in der Saison 2024/25 bei nur 13 % (zum Vergleich Influenza: 34 %); die Akzeptanz ist rückläufig.
- Die Wirksamkeit variantenadaptierter Impfstoffe gegen COVID-19-bedingte Hospitalisierung bei ≥ 65 -Jährigen wird je nach Studie mit 45–58 % (XBB.1.5) bzw. 70 % (JN.1) angegeben; das Sicherheitsprofil ist unverändert günstig, mit seltener Myokarditis vor allem bei jungen Männern nach der Grundimmunisierung.

Quellen

BDA-Rundschreiben Nr. VI/087/26 „Corona: COVID-19-Impfung für gesunde Erwachsene erst ab 75 Jahren“ vom 24. Juli 2026; Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin 28/2026 vom 9. Juli 2026: „STIKO: Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung 2026“ (DOI 10.25646/14286).