

101. Sitzung der Ständigen Impfkommission (STIKO)

Datum der Sitzung: 02. März 2022

Virtuelles Meeting aufgrund der COVID-19-Pandemie

Beginn: 09:00 Uhr Ende: 16:45 Uhr

STIKO-Mitglieder*:

Herr Prof. Bogdan
Herr Prof. Burchard
Frau Prof. Garbe
Herr Prof. Heininger
Frau Prof. Hummers
Herr Prof. von Kries
Herr Dr. Ledig
Frau Dr. Littmann
Herr Prof. Meerpohl (entschuldigt)
Herr Prof. Mertens
Frau Dr. Röbl-Mathieu
Herr Prof. Überla
Herr Dr. Terhardt
Frau Prof. van der Sande
Frau Prof. Wicker
Frau Dipl. med. Widders
Frau Prof. Wiedermann-Schmidt
Herr Prof. Zepp

Ständige Gäste:

Frau Dr. Höflich (AOLG)
Frau Dr. Keller-Stanislowski (PEI)
Frau König (Referendarin AOLG)
Herr PD Dr. Jens Milbradt (Nationale Lenkungsgruppe Impfen; GS NALI)
Frau Dr. Steinbrecher (BMG)
Frau Dr. Ziegelmann (BMG)
Frau Dr. Rosenbusch (Auswärtiges Amt)
Frau Dr. Reckendrees (BZgA) ab 11 Uhr
Frau Dr. Nies (G-BA)

Robert Koch-Institut (RKI):

FG 33: Frau Falman, Frau Dr. Grams-Nobmann, Frau Dr. Kling, Frau Dr. Koch, Frau Dr. Neufeind, Frau Piechotta, Frau Schmid-Küpke, Frau Dr. Takla, Frau Dr. Siedler, Frau Dr. Vygen-Bonnet, Herr PD Dr. Wichmann, Frau Wulkotte; L1: Frau Dr. Mehlitz, Frau Thomas, Herr Muscheid

** Die Fragebögen zur Einschätzung des Anscheins einer möglichen Befangenheit wurden vor der Sitzung fristgerecht versandt und bewertet. Mitglieder, für die zu einzelnen Beratungsgegenständen eine Besorgnis der Befangenheit nach § 7 Geschäftsordnung der STIKO (GO-STIKO) besteht, können an einem informatorischen Austausch vor Beginn der Beratung zu diesem Beratungsgegenstand teilnehmen. Danach verlassen sie den Raum und sind von der nachfolgenden Beratung und Beschlussfassung ausgeschlossen.*

Zur Annahme von Beschlüssen ist laut GO-STIKO die Zustimmung der Mehrheit aller STIKO-Mitglieder erforderlich, d.h. bei aktuell 18 STIKO-Mitgliedern 10 Ja-Stimmen.

Tagesordnung der 101. STIKO-Sitzung vom 02. März 2022

TOP	Thema	Verantwortlich	Zeit	Anlage
1	Begrüßung und Bericht des Vorsitzenden <i>Information</i>	Mertens	09:00 - 09:10	
2	Bericht aus dem RKI, FG 33 <i>Information</i>	Wichmann	09:10 - 09:30	
3	Bericht aus dem PEI - Update zur COVID-19 Impfstoff-Sicherheit <i>Information, Diskussion</i>	Keller-Stanislawski	09:30 - 10:00	
4	Protokollannahme 100. Sitzung <i>Diskussion, Annahme</i>	Mertens	10:00 - 10:25	Protokollentwurf 100. Sitzung
5	Reiseimpfungen Gelbfieber-Auffrischimpfung <i>Information, Beratung, Beschluss</i> - Vorstellung Ergebnisse Systematischer Review - Beschlussentwurf	Kling	10:25 - 11:15	Beschlussentwurf
	Pause		11:15 - 11:30	
6	Pneumokokken – Weiteres Vorgehen der STIKO <i>Diskussion</i>	Bogdan, Vygen-Bonnet	11:30 - 12:00	
7	Aktueller Stand COVID-19-Impfkampagne <i>Information, Diskussion</i> - Impfquoten - Impfazeptanz - Impfdurchbrüche	DIM-Team, Kommunikations-Team, Schönfeld/Perumal	12:00-13:15	
	Pause		13:30 - 14:00	
8	COVID-19 <i>Information, Diskussion</i> - COVID-19-Kinderimpfempfehlung	GS	14:00 - 15:30	
9	Verschiedenes <i>Information, Diskussion</i>	GS	15:30-15:45	

TOP 1 – Begrüßung des Vorsitzenden (17 Mitglieder anwesend)

Der Vorsitzende begrüßt die Kommission und ihre Gäste. Durch die derzeit regelmäßigen Treffen sind alle Teilnehmenden über die Vielzahl an Aktivitäten in Bezug auf die COVID-19-Impfempfehlungen der STIKO informiert.

TOP 2 - Bericht aus dem RKI, FG 33 (17 Mitglieder anwesend)

Der Leiter des Fachgebiets Impfprävention berichtete über die seit der letzten STIKO-Sitzung stattgefundenen drei Jours fixes mit verschiedenen Impfstoffherstellern. So stellte Bavarian Nordic seinen neuen Impfstoff gegen Hepatitis B vor, der im 2-Dosen-Schema verimpft wird und seit Februar 2021 ab dem Alter von 18 Jahren in Deutschland zugelassen ist. Mit der Marktverfügbarkeit wird vom Hersteller im 1. Quartal 2022 gerechnet. Ebenfalls ein neuer Impfstoff gegen Hepatitis B wurde von Variation Biotechnologies Inc. (VBI-Vaccines) vorgestellt. Dieser wird in einem 3-Dosen-Schema verimpft und ist bereits seit dem Jahr 2000 in Israel zugelassen, die EMA-Zulassung liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor. Seqirus stellte neue klinische Evidenz zu seinem MF59-adjuvantiertem Influenza-Impfstoff sowie zu dem Zellkultur-basierten Influenza-Impfstoff vor.

Es wurde über die aktualisierte Karte bzw. Liste der FSME-Risikogebiete in Deutschland berichtet (Epid Bull vom 3. März 2022). Für das Jahr 2022 sind zusätzlich zu den bestehenden sechs neue Risikogebiete ausgewiesen worden, zwei in Sachsen, drei in Brandenburg und eines in Nordrhein-Westfalen.

Aufgrund der aktuellen Situation in der Ukraine wurde die STIKO über dortige Impfquoten gegen Masern, Polio und COVID-19 sowie über die vom RKI zum Thema „Impfen und Flucht“ erstellten Infomaterialien und Dokumente informiert.

Die nächste STIKO-Sitzung (102. Sitzung) findet am 8. Juni ggf. in Präsenz statt. Mit der 103. Sitzung am 9./10. November 2022 endet die aktuelle Berufungs-Periode der STIKO.

TOP 3 – Bericht aus dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) (17 Mitglieder anwesend) - Ende 10:25

Aus dem PEI wurden aktuelle Ergebnisse der Post-Marketing-Surveillance zur Sicherheit und zum Nebenwirkungsprofil der COVID-19-Impfstoffe vorgestellt. Man verfügt inzwischen über einen sehr guten Überblick zur Sicherheit der COVID-19-Impfstoffe und hat festgestellt, dass unerwünschte Reaktionen ähnlich häufig gemeldet werden wie bei anderen Impfstoffen. Die Melderate schwerwiegender Impfreaktionen wird mit Stand vom 31.12.2021 auf 0,1-0,5/1.000 Impfungen geschätzt. Ein bleibender Schaden wurde für 3% der unerwünschten Reaktionen gemeldet, wobei die Kausalitätsprüfung nicht am PEI erfolgt. Betrachtet man die Häufigkeit des Auftretens der Impfreaktionen nach den einzelnen Impfstoffdosen der Impfstoffserie (Comirnaty, Spikevax, Vaxzevria, COVID-19 Vaccine Janssen), kann man festhalten, dass die Impfreaktionen nach jeder weiteren Impfstoffdosis geringer werden. Bei den Verdachtsmeldungen zu den AESI (Adverse Event of Special Interest) nach Impfungen im Kindes- und Jugendalter (12-17 Jahre) fällt die Häufung ($>0,04/1.000$ Comirnaty-Impfungen) von Myokarditiden nach der 2. Impfstoffdosis auf, betroffen ist überwiegend das männliche Geschlecht. Das Risiko nimmt mit dem Alter zu. Nach der 3. Impfstoffdosis zeigt sich keine erhöhte Myokarditis-Melderate. Bei den 5- bis 11-jährigen Kindern wurden bis zum 1. März 2022 insgesamt 2 Verdachtsfälle eine Myokarditis gemeldet, die sich jedoch noch in Abklärung befinden.

Zur Bewertung von möglichen Impfkomplicationen (z. B. Myokarditis) ist eine zeitnahe Diagnostik notwendig, daher wäre eine Handreichung für ambulant tätige ÄrztInnen hilfreich, welche klinischen und labordiagnostischen Parameter erfasst werden sollten.

TOP 4 – Protokollannahme 101. Sitzung (17 Mitglieder anwesend)

Der Protokoll-Entwurf der 100. Sitzung wird mit 17 Ja-Stimmen angenommen.

TOP 5 – Reiseimpfungen Gelbfieber-Auffrischimpfung (17 Mitglieder anwesend)

In Zusammenarbeit mit Kleijnen Systematic Reviews wurde ein systematischer Review mit Meta-Analyse zur Frage der Schutzdauer einer Gelbfieberimpfung durchgeführt. Neben der Epidemiologie weltweit und speziell bei Reisenden wurden die Hintergründe für die WHO-Entscheidung von 2013 gegen eine Auffrischimpfung erläutert. Die wesentlichen Ergebnisse des systematischen Reviews sind: Signifikantes Abnehmen der Immunität bei Erwachsenen im Zeitraum > 5 bis ≤ 10 Jahre nach Impfung; signifikantes Abnehmen der Immunität bei Kindern ≤ 5 Jahren bei Impfung vor 2. Lebensjahr; bei Personen mit Immundefizienz sind sichere Schlussfolgerungen aufgrund der Datenlage schwierig, aber es zeigt sich eine niedrigere Seroprotektion als bei gesunden Erwachsenen. Das Vorkommen natürlicher Booster in endemischen Ländern scheint ohne signifikanten Einfluss auf die Antikörperkonzentration zu sein. Kreuzreaktive Flavivirus-Antikörper, z. B. in Dengue-endemischen Ländern, könnten zu Überschätzung des Gelbfieber-Serostatus führen.

Bei allen Gruppen (Erwachsene, Kinder, Personen mit Immundefizienz) gibt es Lücken in den Studiendaten, dennoch deuten alle Studien in die gleiche Richtung einer nachlassenden Immunität, die in den einzelnen Gruppen in verschiedenen Zeitabschnitten seit Verabreichung der Impfstoffdosis auftritt.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen treten in aller Regel nach der ersten Impfstoffdosis auf, nach einer Auffrischimpfung gibt es bislang nur wenige Einzelfälle.

Der Beschlussentwurf für eine Auffrischimpfung bei gesunden Reisenden, bei Kindern, Schwangeren und bei Personen mit Immundefizienz wird zunächst in der STIKO-DTG-AG Reiseimpfungen diskutiert und anschließend in der STIKO abgestimmt.

Die 4. Aktualisierung der Reiseimpfempfehlungen wird im Epidemiologischen Bulletin 14/2022 am 7. April publiziert.

TOP 6 – Pneumokokken – Weiteres Vorgehen der STIKO (17 Mitglieder anwesend)

Zurzeit sind in Deutschland drei Pneumokokkenimpfstoffe verfügbar: Pneumovax 23, Prevenar 13 und Synflorix. Zwei weitere, **höhervalente Konjugatimpfstoffe** (Apexxnar/Pfizer und Vaxneuvance/Merck) wurden kürzlich in der EU für Erwachsene zugelassen. Die Bewertung des zusätzlichen Nutzens der höhervalenten Konjugatimpfstoffe hat nach Ansicht der STIKO hohe Priorität. Es liegen keine Daten zur Vakzineeffektivität der neuen Impfstoffe vor, da die Zulassungen auf Basis von Immunogenitätsdaten erfolgt sind. Klinische Daten, die einen direkten Vergleich der neuen mit den bereits verwendeten Impfstoffen zulassen würden, fehlen. Zur Abschätzung des möglichen Bevölkerungseffekts soll eine mathematische Modellierung durchgeführt werden, mittels derer der Impact der neuen Impfstoffe zur Verhinderung von invasiven Pneumokokken-Erkrankungsfällen geschätzt und mit dem Impact der beiden, derzeit verfügbaren Impfstoffe für Erwachsene verglichen werden

kann. Die Auftragsvergabe und Durchführung einer mathematischen Modellierung wird Zeit beanspruchen, genauso wie die systematische Aufarbeitung der Evidenz zur Sicherheit und Immunogenität sowie Krankheitslast durch die STIKO-Geschäftsstelle vor allem vor dem Hintergrund limitierter personeller Ressourcen bzw. weiterhin hohen Auslastung durch COVID—19. Ziel sei es jedoch, diese Arbeiten in der zweiten Jahreshälfte 2022 zu beginnen und soweit es geht auch voranzutreiben.

TOP 7 – Aktueller Stand COVID-19-Impfkampagne (17 STIKO-Mitglieder anwesend)

Impfquoten:

Die COVID19-Impfkampagne startete im Dezember 2020 in Institutionen, die bisher nicht zum Routine-Impfsystem gehörten und die keine Übermittlungswege für die Meldung von Impfdaten etabliert hatten. Die etablierten Wege der Datenübermittlung aus dem Impfbereich waren wiederum für pandemische Zwecke zu langsam, um über den aktuellen Fortschritt der Kampagne informieren zu können. Es wurden darum in kürzester Zeit neue Meldesysteme entwickelt, über die alle an der Impfkampagne teilnehmenden Stellen tagesaktuelle Impfdaten an das RKI übermitteln können, wie es auch in der Coronavirus-Impfverordnung gesetzlich vorgeschrieben ist. Die Datenübermittlung erfolgt mittlerweile über drei Meldeportale mit jeweils unterschiedlich strukturierten Daten mit einer Mischung aus pseudonymisierten einzelfallbezogenen Daten aus allen Nicht-Routine-Impfstellen und aggregierten Daten in unterschiedlicher Aufbereitung aus den Arztpraxen. Alle Daten werden am RKI für die Publikation des täglichen Impffortschritts sowie für diverse Auswertungen für Bund und Länder auf dem Aggregationsniveau der Meldedaten aus den Arztpraxen aufbereitet. Die Auswertungen zeigen einen deutlichen Rückgang sowohl der Zahl der impfenden Stellen als auch der durchgeführten Impfungen pro Impfstelle seit dem Jahreswechsel 2021/22. Entsprechend stagnieren die Impfquoten auf einem immer noch zu niedrigen Niveau. Die kumulierten Impfquoten in den 4 darstellbaren Altersstrata (5-11 Jahre, 12-17 Jahre, 18-59 Jahre und ≥ 60 Jahre) zeigen im zeitlichen Verlauf die größten Anstiege jeweils im zeitlichen Zusammenhang mit den jeweiligen altersbezogenen Impfempfehlungen der STIKO. Die STIKO-Altersempfehlung für die Janssen-Impfung für ≥ 60 -Jährige wurde jedoch nicht entsprechend umgesetzt. Die vorliegenden Impfdaten dienen außerdem als Basis für Auswertungen zur Impfeffektivität und für den Vergleich der COVID-Inzidenzen bei Geimpften und Ungeimpften. Für weitergehende Auswertungen zu Effekten der Impfung müssen die detaillierteren Abrechnungsdaten der KVen hinzugezogen werden. Hierzu sind noch technische Vorbereitungen in Zusammenabriet mit allen KVen und der Bundesdruckerei zu treffen.

Impfakzeptanz:

Das RKI erhebt mit der Studie „COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland“ (COVIMO) seit Januar 2021 die Impfbereitschaft und -akzeptanz zur COVID-19-Impfung. Ergebnisse der 9. Erhebungswelle (Fokus Einwanderungsgesellschaft; Erhebung 04.11 – 18.12.2021) zeigen, dass die Impfquote bei Personen ohne Migrationsgeschichte (MG) höher ist als bei Personen mit MG. Die Impfbereitschaft der Ungeimpften ist bei den Personen mit MG höher. Sozioökonomische Merkmale, Alter, Diskriminierungserfahrungen, Sprache und Vertrauen können die Impflücke erklären. Ergebnisse der 10. Erhebungswelle (Allgemeinbevölkerung; Erhebung 10.01. – 27.01.2022) zeigen, dass sich der Anteil (eher) impfbereiter Ungeimpfter nicht zwischen Nuvaxovid-Impfung und bisher verwendeten COVID-19-Impfstoffen unterscheidet, aber mehr Ungeimpfte sich unsicher sind, ob sie sich mit Nuvaxovid impfen lassen wollen. Gründe gegen die Booster-Impfung betreffen v.a. die Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung; viele nicht aufgefrischte Grundimmunisierte sind (eher) impfbereit. Falschwissen und Unsicherheiten zur COVID-19-Impfung kursieren seit Beginn der Impfkampagne und konnten seitdem nicht wirksam entkräftet werden.

Impfdurchbrüche:

Das RKI wertet kontinuierlich die nach IfSG übermittelten COVID-19-Meldefälle nach Impfstatus aus. Wöchentlich werden hierzu die Inzidenzen für symptomatische Infektionen und Hospitalisierungen in 3 Altersgruppen nach Impfstatus berichtet: Hier zeigt sich das im Vergleich mit Ungeimpften niedrigere Risiko für Grundimmunisierte und noch niedrigere Risiko für Aufgefrischte für beide Endpunkte. Zudem werden wöchentlich für 4 Endpunkte (symptomatische Infektion, Hospitalisierung, Betreuung auf Intensivstation und Tod) für bis zu 4 Altersgruppen mit Hilfe der Impfquoten auf Bevölkerungsebene Impfeffektivitäten nach der Screening-Methode nach Farrington (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8225751/>) geschätzt: diese zeigen insbesondere für die Grundimmunisierung aber auch für die Booster-Impfung einen abfallenden Trend mit Eintreten von Omikron, jedoch hauptsächlich nur für die Wirksamkeit gegen eine symptomatische Infektion. Die Meldedaten deuten zudem auf einen sehr guten Schutz der Auffrischimpfung gegen Hospitalisierung oder schwerere Verläufe (Betreuung auf einer Intensivstation oder Tod) hin. Die Wirksamkeit der Grundimmunisierung in der Altersgruppe 5 bis 11 Jahre entspricht ungefähr der Wirksamkeit bei den 12- bis 17-Jährigen. Weitere Auswertungen der Meldedaten nach Impfstatus sind auch für differenzierte Altersgruppen oder Schwangere möglich, Vergleiche jedoch auf Bevölkerungsebene aufgrund fehlender Impfquoten in diesen Gruppen nicht möglich.

TOP 8 – COVID-19 (16 Mitglieder anwesend, 15 Mitglieder abstimmungsberechtigt)

Die Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung für 5- bis 11-jährige Kinder wird diskutiert. Im Dezember 2021 hat die STIKO aufgrund noch fehlender Daten zur Impfstoffsicherheit und in Anbetracht der geringen Krankheitsschwere keine allgemeine Impfempfehlung ausgesprochen. Die AG Kinder hat eine erneute Evaluation der aktualisierten Datenlage mit Fokus auf folgende Gesichtspunkte in dieser Altersgruppe durchgeführt: bisher erreichte Impfquoten, Epidemiologie der SARS-CoV-2-Infektion, neue Daten zur Sicherheit und Effektivität der Comirnaty-Impfung, neue Daten zum Schutz der Impfung vor PIMS und Long-COVID und zur Akzeptanz der Impfung bei Eltern. Die Ergebnisse werden vorgestellt. Mit Stand vom 1.3.2022 haben 21% der 5- bis 11-Jährigen eine 1. Impfstoffdosis und 16,5% eine 2. Impfstoffdosis erhalten. Auf Basis der IfSG-Meldedaten kann man feststellen, dass von Beginn der Pandemie Anfang 2020 bis Ende Februar 2022 für 32% der 5,2 Mio. 5- bis 11-Jährigen eine SARS-CoV-2-Infektion übermittelt worden ist, wobei darunter auch asymptomatische Fälle erfasst wurden. In dieser Altersgruppe werden die höchsten Inzidenzen bestimmt. Die Dunkelziffer wird als sehr beträchtlich eingestuft, aktuelle Daten zur Seroprävalenz liegen nicht vor. Der Anteil an schweren Erkrankungen, gemessen an den COVID-19 assoziierten Hospitalisierungen ist sehr gering (0,08%), wobei eine genaue Differenzierung zwischen der Hospitalisierung mit COVID bzw. aufgrund von COVID nicht möglich ist. Bisher wurden elf COVID-19-bedingte Todesfälle übermittelt. Die betroffenen Kinder hatten alle andere, z.T. schwere Vorerkrankungen. In der Pharmakovigilanz des PEI, die den Zeitraum bis zum 31.12.2022 abbildet, zeigen sich keine neuen Sicherheitssignale. Bisher vorliegende Daten aus den USA, Kanada, Israel und Deutschland lassen eine deutlich geringere Myokarditis-Inzidenzrate nach Impfung als bei Jugendlichen (ab 12 Jahren) und jungen Erwachsenen erwarten. Zwei US-amerikanische Studien zeigen im Vergleich zur Zulassungsstudie eine deutlich reduzierte Vakzineeffektivität gegen eine Omikron-Infektion. Die Daten weisen zudem auf eine schnell absinkende Schutzwirkung hin. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die Vakzineeffektivität gegen COVID-19 bedingte Hospitalisierungen mit einer hohen Unsicherheit behaftet. Es sind noch keine Schätzungen zur Häufigkeit von PIMS nach Infektionen mit der SARS-CoV-2-Omikron-Variante publiziert. Für die Altersgruppe der 5- bis 11-Jährigen liegen weder Daten zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfung zur Verhinderung von PIMS noch zu PIMS nach COVID-19-Impfung vor. Für die Altersgruppe

Protokoll der 101. STIKO-Sitzung

der 12- bis 17-Jährigen zeigen zwei Studien eine hohe Impfeffektivität nach 1 bzw. 2 Impfstoffdosen zur Verhinderung von PIMS. Einzelfallberichte und eine einarmige Beobachtungsstudie aus den USA zu PIMS nach COVID-19 Impfung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind publiziert. Die Studienlage zu Long-COVID ist weiterhin unklar. Daten aus den USA und Kanada zeigen, dass bei Erwachsenen nach einem längeren Impfabstand die erreichbare Impfeffektivität höher, die Dauer des Impfschutzes verlängert und das Myokarditis-Risiko geringer ist als nach einem kürzeren Abstand.

Weitere Präsentationen und Beratungen der STIKO zu diesem Thema sind zeitnah geplant.

TOP 9 – Verschiedenes (16 Mitglieder anwesend)

Diskussion zur FAQ; „Warum soll bei der Verabreichung der COVID-19-Impfung eine Aspiration erfolgen?“

Die STIKO hat in ihrer 18. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung die Hinweise zur praktischen Durchführung ergänzt. Neben dem Hinweis, dass die Impfung strikt intramuskulär und keinesfalls intradermal, subkutan oder intravaskulär zu verabreichen ist, wird jetzt zusätzlich darauf hingewiesen, dass bei der intramuskulären Applikation der COVID-19-Impfung eine Aspiration zur weiteren Erhöhung der Impfstoffsicherheit empfohlen ist. Hintergrund ist, dass in einer tierexperimentellen Studie beobachtet wurde, dass nach intravasaler Injektion von Comirnaty bei Mäusen Myo- und Perikarditiden auftraten (Li C. et al. Intravenous Injection of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) mRNA Vaccine Can Induce Acute Myopericarditis in Mouse Model. Clin Infect Dis. 2021;73(12):2372-3). Da der Pathomechanismus für die Myo- und Perikarditiden, die nach der COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoffen aufgetreten sind, bisher unklar ist, hat die STIKO ihre Empfehlung präventiv angepasst. Für die genauere Erklärung dieses Hinweises hat die STIKO in Kooperation mit dem Team Kommunikation im Fachgebiet Impfprävention sowie der STIKO-Geschäftsstelle eine FAQ erarbeitet. Die STIKO diskutiert und verabschiedet den FAQ-Entwurf.

Ende der Sitzung (16:45 Uhr)

Protokoll angenommen und verabschiedet auf der 102. STIKO-Sitzung am 08. Juni 2022