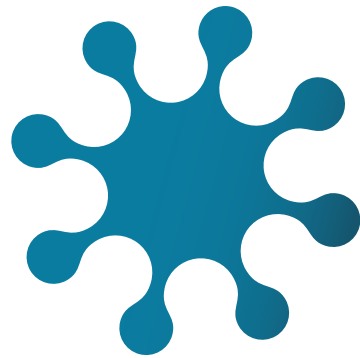


Grippereport

2026



Projekt:
Gripeschutz

Seite 03

Zusammenfassung

Die Grippesaison 2025/2026

Seite 04

1 Grippewellen bedeuten eine erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Belastung

Seite 06

2 Projekt: Gripeschutz engagiert sich für einen besseren Impfschutz gegen Influenza in Deutschland

Seite 07

3 Methodik und Quellen des Grippereports

Seite 08

4 Daten zur Grippesaison 2025/2026

- 4.1 Krankheitslast durch Influenza
 - 4.1.1 Anzahl an akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE)
 - 4.1.2 Anzahl an Hospitalisierungen durch schwere akute respiratorische Infektionen (SARI)
 - 4.1.3 Anzahl laborbestätigter Influenza-Meldungen bei Kindern und Älteren
 - 4.1.4 Influenza-bedingte Todesfälle durch Grippewelle im ersten Quartal 2026
- 4.2 Ökonomische Auswirkungen der Atemwegserkrankungen (inkl. Influenza)
- 4.3 Gripeschutzimpfung in Deutschland
 - 4.3.1 Influenza-Impfstoffe in der Versorgung
 - 4.3.2 Impfstoffwirksamkeit in der Saison 2025/2026 trotz abweichenden Virusstamms
 - 4.3.3 Komplexe Impfeempfehlungen in Deutschland
 - 4.3.4 Impfmotivation der Versicherten: neue Möglichkeiten für die Krankenkassen
 - 4.3.5 Influenza-Impfquoten in Deutschland
 - 4.3.6 Influenza-Impfangebote
 - 4.3.7 Aktuelle Impfkampagnen
 - 4.3.8 Umfrageergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS
 - 4.3.9 Umfrageergebnisse zur Gripeschutzimpfung

Seite 30

5 Bewertung der Daten im Vergleich zur Vorsaison

- 5.1 Saison 2025/2026: früher Beginn – durchschnittliche Grippewelle – signifikante Krankheitslast
- 5.2 Impfen ist keine Selbstverständlichkeit mehr in Deutschland
- 5.3 Niedrigschwellige Impfangebote werden dringend benötigt
- 5.4 Impfkommunikation verbessern: Zielgruppengerecht und wahrnehmungsstark!
- 5.5. Impfende Ärzt*innen: Mit welchen Hebeln können wir die Influenza-Impfquoten erhöhen?

Seite 38

6 Von der Analyse zu Impulsen

Seite 42

7 Anlagen

Seite 44

8 Referenzen

Die Grippezeit 2025/2026

Sinkende Impfraten Durchschnittliche Grippezeit

Die Erreger der saisonalen Grippe lösen jährlich eine Grippezeit unterschiedlichen Ausmaßes aus. Regelmäßig kommt es zu einer erheblichen Anzahl an Arztbesuchen, Krankenschreibungen, Hospitalisierungen und auch Todesfällen. Schon kurz nach Ende der Grippezeit präsentiert Projekt: Gripeschutz dieses Jahr in der vierten Ausgabe des jährlichen Grippereports aktuelle Daten, Einschätzungen und Handlungsvorschläge für einen verbesserten Gripeschutz in Deutschland.

Die Saison auf einen Blick (bis zur 20. KW 2026)

Früher Beginn (48. KW 2025)
und Zirkulation einer
abweichenden Virusvariante

15 WOCHEN

34,0 %
Influenza-Impfquoten
auf dem niedrigsten
Stand seit 17 Jahren

Durchschnittliche Zahl labor-
bestätigter Grippe-Meldungen
im Vergleich der letzten 10 Saisons

>245.827 FÄLLE

Ältere Menschen und
Kinder und Jugendliche
waren besonders betroffen



2.176
TODESFÄLLE
mit Grippe-Infektion

Hohe volkswirtschaftliche
Kosten (bis zu 40 Mrd. Euro)



Projekt: Gripeschutz hat die folgenden Analyseergebnisse erarbeitet:

- Komplexe Impfeempfehlungen der STIKO sind ein zentrales Impfhindernis
- Impfen ist keine Selbstverständlichkeit mehr in Deutschland
- Aktuelle Grippe-Impfkampagnen werden kaum wahrgenommen
- Großer Zuspruch für niedrigschwellige und aufsuchende Impfangebote
- Regressangst bremst Bestellverhalten impfender Ärzt*innen und damit die Impfquoten
- Datenlage zum Thema Grippe hat sich leicht verbessert

Analyse- ergebnisse

Handlungs- empfehlungen

Zur Verbesserung des Grippe-schutzes in Deutschland empfiehlt Projekt: Gripeschutz die folgenden Maßnahmen:

- Einführung einer Grippe-schutzimpfeempfehlung für alle, auch für Kinder und Jugendliche!
- Impfen muss wieder zu einer Selbstverständlichkeit in Deutschland werden!
- Design und Umsetzung besserer und zielgruppenspezifischer Kampagnen zur Grippe-schutzimpfung!
- Ausbau und Stärkung von niedrigschwelligen und aufsuchenden Impfangeboten!
- Regresse auf Impfstoffverwurf abschaffen oder zumindest abmildern!
- Daten zum Impfeschehen in den Grippe-saisons schneller und zugänglicher verfügbar machen!



Grippewellen bedeuten eine erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Belastung

1 In diesem Kapitel präsentiert Projekt: Gripeschutz allgemeine Informationen zur Influenza, auch bekannt als „echte Grippe“, und deren gesundheitliche und wirtschaftliche Auswirkungen.

Die Erreger der saisonalen Influenza lösen jährlich eine Grippewelle unterschiedlichen Ausmaßes aus. Regelmäßig kommt es zu einer erheblichen Anzahl von Arztbesuchen, Krankschreibungen, Hospitalisierungen und auch Todesfällen. Hauptsächlich zirkulieren Influenzaviren zwischen der 40. Kalenderwoche (KW) Anfang Oktober und der 20. KW Mitte Mai. Dieser Zeitraum wird als Grippezeit bezeichnet.¹ Obwohl die Influenza fälschlicherweise in weiten Teilen der Bevölkerung als eher harmlos angesehen wird, ist die jährliche gesundheitliche und wirtschaftliche Belastung erheblich. Laut Informationen des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) verursacht sie jedes Jahr bis zu 50 Mio. symptomatische Fälle in der Europäischen Union/dem Europäischen Wirtschaftsraum (EU/EWR). Darüber hinaus sterben jedes Jahr 15.000 bis 70.000 europäische Bürger*innen an Influenza-bedingten Ursachen.²

Keine Grippezeit gleicht der vorangegangenen, denn durch die schnelle Mutation der Influenzaviren treten jedes Jahr neue Virus-Varianten auf. Auch deshalb ist bislang kein lebenslanger Schutz gegen die Influenza verfügbar; es stehen aber jährlich angepasste Impfstoffe für die Bevölkerung zur Verfügung. Wichtig ist daher, jedes Jahr eine möglichst hohe Impfquote zu erreichen. Die WHO hat als Ziel eine Impfquote von 75 % bei Älteren sowie anderen vulnerablen Gruppen definiert. Mit nur 34 % bei den über 60-Jährigen in der Saison 2024/2025³ verfehlte Deutschland dieses Ziel erneut erheblich und hinkt im europäischen und internationalen Vergleich wieder deutlich hinterher (siehe Abb.1).

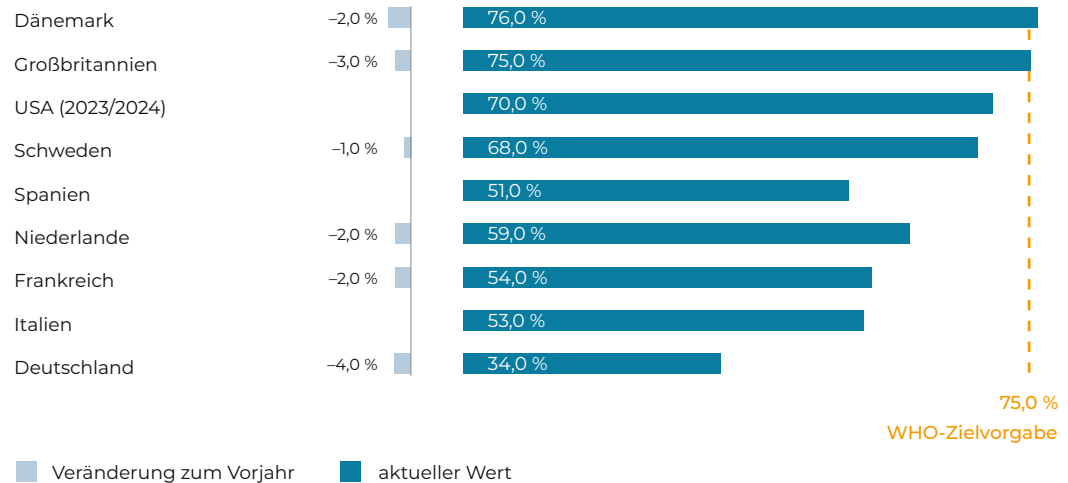
Projekt: Gripeschutz möchte mit seiner Arbeit dazu beitragen, in Deutschland dem WHO-Ziel näher zu kommen und es letztlich zu erreichen. In erfolgreicher Impfprävention sieht Projekt: Gripeschutz einen bedeutenden Schlüssel zu einem erhöhten Bevölkerungsschutz und zu geringerem wirtschaftlichen Schaden für unsere Gesellschaft.

**34,0 %
Influenza-
Impfquote**

bei über 60-Jährigen
in Deutschland
(WHO-Ziel: 75 %)

Abb. 1: Influenza-Impfquoten der über 65-Jährigen in der Saison 2024/2025 mit Veränderungen zum Vorjahr (OECD-Vergleich)^{4, 5, 6, 7, 8}

zu Abb. 1



Deutsche Influenza-Impfquote auf dem niedrigsten Stand seit 17 Jahren

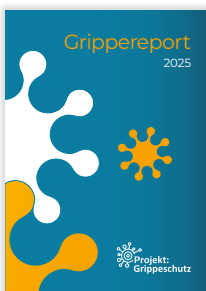
Influenza-Impfquoten der über 65-Jährigen in der Saison 2024/2025 mit Veränderungen zum Vorjahr (OECD-Vergleich)

Für Deutschland, Italien, die Niederlande und Spanien ist die Impfquote für die über 60-Jährigen angegeben.

Für Spanien und Italien ist kein Referenzwert verfügbar, da die Impfquote in den vorherigen Saisons für die über 65-Jährigen angegeben wurde.

Der letzte veröffentlichte Saisonbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Instituts (RKI) stammt aus den Jahren 2018/2019.⁹ Analysen der zurückliegenden Grippesaison kamen in der Vergangenheit spät, sodass kaum Handlungsspielraum bestand, um ggf. noch Maßnahmen für die bevorstehende Saison zu ergreifen. Daher startete Projekt: Gripeschutz im Jahr 2022 mit der Erstellung eines jährlichen Grippereports, in dem die Gruppe jedes Jahr die jeweils abgeschlossene Grippesaison kurz nach deren Ende auswertet. Die in den Grippereports beschriebenen Ideen und Handlungsempfehlungen möchte Projekt: Gripeschutz als ergänzende Vorschläge und Impulse verstanden wissen, keinesfalls als Kritik an der Arbeit des RKI. Die Gruppe ist von der Arbeit der Ständigen Impfkommission (STIKO) zutiefst überzeugt und begrüßt, dass die AG Influenza (AGI) sich derzeit mit der Ausweitung der Influenza-Impfempfehlungen befasst. Durch die zeitnahe Analyse und Interpretation der Daten zur jeweils zurückliegenden Grippesaison vergrößert Projekt: Gripeschutz den Handlungsspielraum der politischen Verantwortlichen, sodass eine bessere Vorbereitung auf die jeweils kommende Saison ermöglicht wird. Mit konkreten Vorschlägen auf Basis der Analyseergebnisse kann der Gripeschutz für folgende Saisons verbessert werden.

PDF



Der hier vorliegende Report greift die Daten der Saison 2025/2026 auf. Den Report des vorherigen Jahres finden Sie unter folgendem Link:

www.projektgripeschutz.de/common/pdf/Grippereport_zur_Saison_2024_2025_Projekt_Gripeschutz.pdf

Projekt: Gripeschutz engagiert sich für einen besseren Impfschutz gegen Influenza in Deutschland

2

In diesem Kapitel stellt Projekt: Gripeschutz die Mitglieder vor und erläutert die Ziele der Gruppe. Das Projekt: Gripeschutz ist eine unabhängige Initiative von medizinischen Fachleuten mit dem Ziel, den Impfschutz gegen Influenza durch Immunisierung der Menschen in Deutschland deutlich zu verbessern.



Prof. Dr. Klaus Wahle

Das Projekt: Gripeschutz wird von drei ausgewiesenen und erfahrenen Expert*innen für Infektionsschutz betrieben:

- **Prof. Dr. Klaus Wahle**, niedergelassener Allgemeinarzt und ehemaliges Mitglied der STIKO, der maßgeblich dazu beigetragen hat, das Projekt auf den Weg zu bringen
- **Prof. Dr. Barbara Gärtner**, Leiterin Krankenhaushygiene, Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg/Saar
- **Prof. Dr. Thomas Weinke**, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Infektiologie sowie ehemaliges Mitglied der STIKO



Prof. Dr. Barbara Gärtner

Ausgangspunkte für die Aktivitäten von Projekt: Gripeschutz sind die niedrigen Impfquoten gegen die Influenza in Deutschland und die zugleich sehr hohe Krankheitslast, die durch die Influenza ausgelöst werden kann. Die drei Expert*innen haben sich zum Ziel gesetzt, einen konstruktiven Beitrag zur Behebung der vorhandenen Schwachstellen in der deutschen Impfpraxis zu leisten. Sie sind hierfür im Gespräch mit den Verantwortlichen in Politik, Verbänden, Behörden und öffentlich-rechtlichen Institutionen, um neue Impulse zu diskutieren und Änderungen zu initiieren.



Prof. Dr. Thomas Weinke

Die Vision und die Ziele von Projekt: Gripeschutz sowie weitere Informationen zur Arbeit der Gruppe können Sie auf unserer Website www.projektgripeschutz.de einsehen.

Die Erstellung und Verbreitung des Grippereports ist mit personellem und finanziellem Aufwand verbunden. Die Expertengruppe ist daher für die finanzielle Unterstützung durch unsere Sponsoren CSL Seqirus und AstraZeneca dankbar, welche die Realisierung des Grippereports in dieser Form ermöglicht.



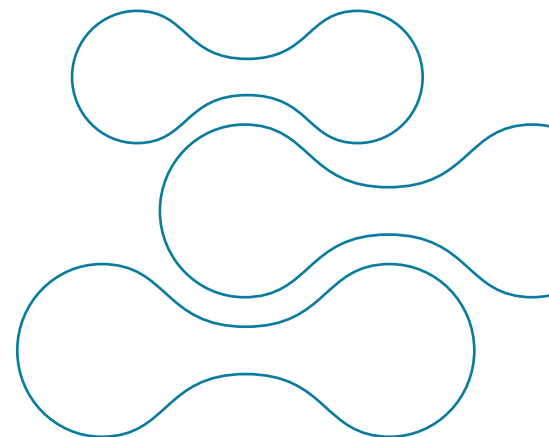
Methodik und Quellen des Gripereports

3

Dieses Kapitel enthält Informationen zur Methodik und zu den Quellen, die Projekt: Gripeschutz bei der Erstellung des Gripereports angewandt bzw. genutzt hat. Der Erstellung des vorliegenden Gripereports sind eine Online-Recherche sowie die Auswertung öffentlich zugänglicher Informationen und Daten zur Grippezeit 2025/2026 vorangegangen.

Die Quellen für den Gripereport umfassen unter anderem Daten aus SurvStat@RKI 2.0¹⁰, die Epidemiologischen Bulletins des RKI¹¹, die Wochenberichte der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI)¹², Zahlen zu den freigegebenen Impfstoffdosen für die Saison 2025/2026 des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI)¹³, Zahlen der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI)¹⁴, des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)¹⁵ und der Bundesapothekerkammer (BAK)¹⁶ sowie internationale Daten, z. B. vom European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)¹⁷.

Zudem verwendet Projekt: Gripeschutz ausgewählte Ergebnisse des Forschungsprojekts „IMPRESS: Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern“¹⁸ sowie Daten aus unterschiedlichen repräsentativen Online-Umfragen des Markt- und Meinungsforschungsinstituts Civey. Zusätzlich zu bereits vorliegenden Umfrageergebnissen aus vergangenen Jahren wurde eine weitere repräsentative Online-Umfrage zur Grippezeit 2025/2026 vom 11. März bis zum 23. April 2026 durchgeführt (siehe Abb. 15, 16, 18, 21, 22 und 23)





Daten zur Grippezeit 2025/2026

4

Im Unterschied zur schweren Saison 2024/2025 zeichnet sich die Grippezeit 2025/2026 einerseits durch geringere gemeldete Fallzahlen, auf dem Niveau der vorpandemischen Jahre, und andererseits durch eine deutlich höhere Hospitalisierungsrate und mehr gemeldete Todesfälle aus. Neben den Älteren waren Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 14 Jahren sowie 15- bis 34-Jährige besonders betroffen.

4.1 Krankheitslast durch Grippe

Zu den ausgewerteten Quellen zählen u. a. die vom RKI erfassten akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE), Hospitalisierungen im Zusammenhang mit schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI), laborbestätigten Grippe-Meldungen sowie die vom Statistischen Bundesamt im Zeitraum der Grippezeit 2025/2026 veröffentlichten Sterbefallzahlen. Die Grippezeit 2025/2026 zeichnet sich als zahlenmäßig durchschnittliche Grippezeit, insbesondere im Vergleich zur schweren Grippezeit 2024/2025, aus.

4.1.1 Anzahl akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE)

Die Saison 2025/2026 zeichnet sich durch eine durchschnittliche ARE-Aktivität aus (siehe Abb. 2). ARE sind definiert als das klinische Syndrom „akute Pharyngitis, Bronchitis oder Pneumonie mit oder ohne Fieber“¹⁹. Für die Überwachung von ARE werden die Anzahl von Patienten mit ARE in verschiedenen Altersgruppen und die Zahl der Patientenkontakte insgesamt pro Tag registriert. Zusätzlich wird wöchentlich die Anzahl Patient*innen registriert, die aufgrund einer ARE arbeitsunfähig geschrieben werden, hospitalisiert werden müssen oder versterben.

Die ARE-Aktivität in der Bevölkerung befand sich seit dem Saisonbeginn 2025/2026 auf einem vergleichsweise durchschnittlichen Niveau, vergleichbar mit den Jahren vor der Corona-Pandemie. Ähnlich wie in den Vorjahren nahm die ARE-Inzidenz um den Jahreswechsel, bedingt durch die Schließung vieler Praxen über den Jahreswechsel, deutlich ab und stieg ab der 2. Kalenderwoche (KW) 2026 wieder sehr rasch an. Der Anstieg war dabei besonders deutlich bei Klein- und Schulkindern ausgeprägt. In der 5. KW erreichte die ARE-Inzidenz mit rund 9.000 ARE pro 100.000 Einwohner*innen den höchsten Wert in der vergangenen Saison.²⁰ Es traten mehrere Peaks auf, die jeweils durch andere Erreger dominiert wurden und sich auch überlagerten. Die ARE-Inzidenz lag ab dem Herbst generell auf dem Niveau der vorpandemischen Jahre. Der ARE-Höchstwert lag deutlich höher als während der sich überlappenden SARS-CoV-2- und RSV-Wellen vor Weihnachten 2025.²⁰ Insgesamt deutet dies auf eine durchschnittliche Welle in der Saison 2025/2026 hin. Aufgrund unterschiedlicher und teilweise gleichzeitig zirkulierender Erreger ist die ARE-Aktivität jedoch grundsätzlich nicht mit der Grippeaktivität gleichzusetzen.

ARE-Aktivität

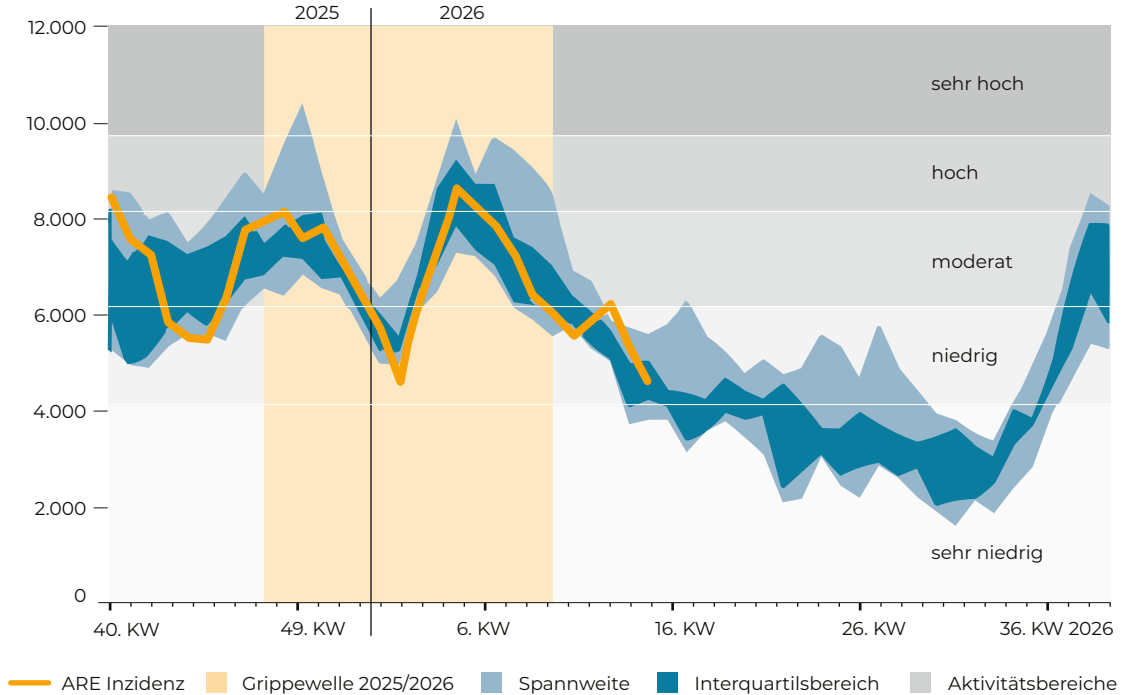
auf dem Niveau
der vorpandemischen
Jahre

Abb. 2: Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Inzidenz pro 100.000 Einwohner*innen in der Saison 2025/2026²⁰

zu Abb. 2

ARE-Aktivität im Bereich der nicht-pandemischen Saisons

Für die Bevölkerung in Deutschland geschätzte ARE-Inzidenz pro 100.000 Einw. in der Saison 2025/2026 (gelbe Linie) sowie zum Vergleich die Spannweite (hellblau) und der Interquartilsbereich (dunkelblau) der letzten fünf nicht-pandemischen Saisons.



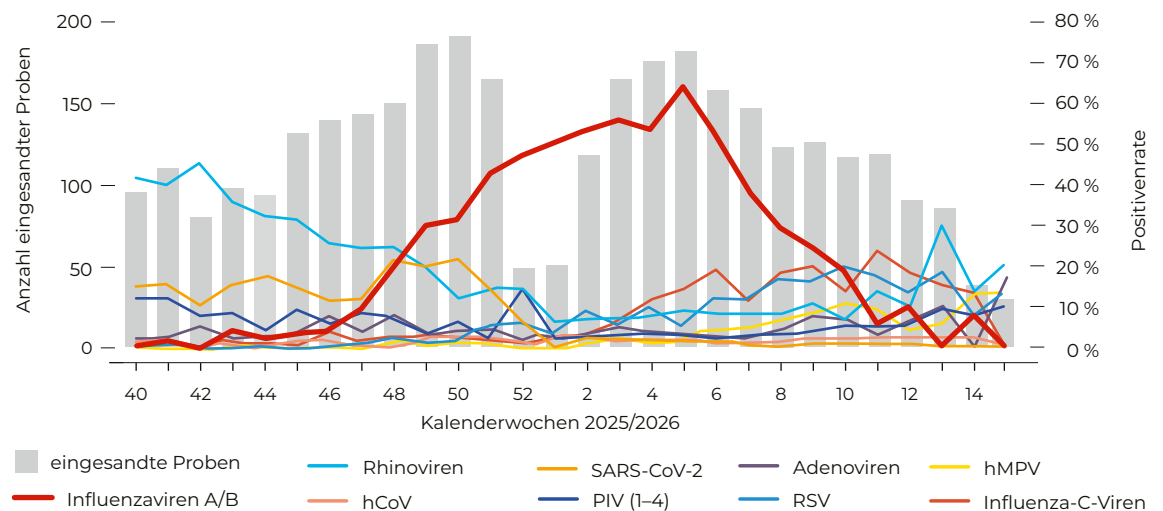
Laut Daten der AGI begann die Grippewelle in Deutschland in dieser Saison bereits früh mit der 48. KW 2025, erreichte in der 5. KW 2026 ihren Höhepunkt und endete nach Definition des RKI mit der 10. KW 2026 (siehe Abb. 3 und 4).²¹ Sie hielt somit 15 Wochen an. Seit Beginn der Grippewelle wurden überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren, seltener auch Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen (siehe Abb. 5). Die ARE-Aktivität wurde weiterhin auch durch die zeitgleiche Zirkulation weiterer Atemwegserreger, inklusive der typischen Erkältungsviren, hervorgerufen.²¹

Abb. 3: Anteil der Nachweise für Influzaviren und weitere Erreger an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben²¹

zu Abb. 3

Durchschnittlich lange Grippesaison

Anteil der Nachweise für Influzaviren (A und B), hCoV, SARS-CoV-2, RSV, humanes Metapneumovirus (hMPV), Parainfluzaviren (PIV), Rhinoviren, Adenoviren und Influenza C-Viren (Positivitäten; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinels eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 15. KW 2026.



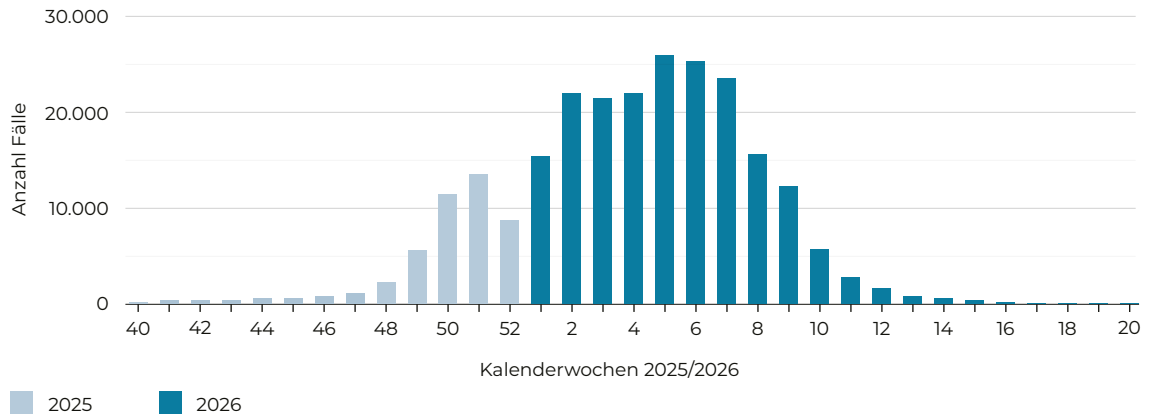
zu Abb. 4

Durchschnittliche Anzahl laborbestätigter Influenza-Meldungen

während der Grippesaison 2025/2026

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat, survstat.rki.de, Datenstand 17.05.2026

Abb. 4: Laborbestätigte Influenza-Meldungen pro Woche



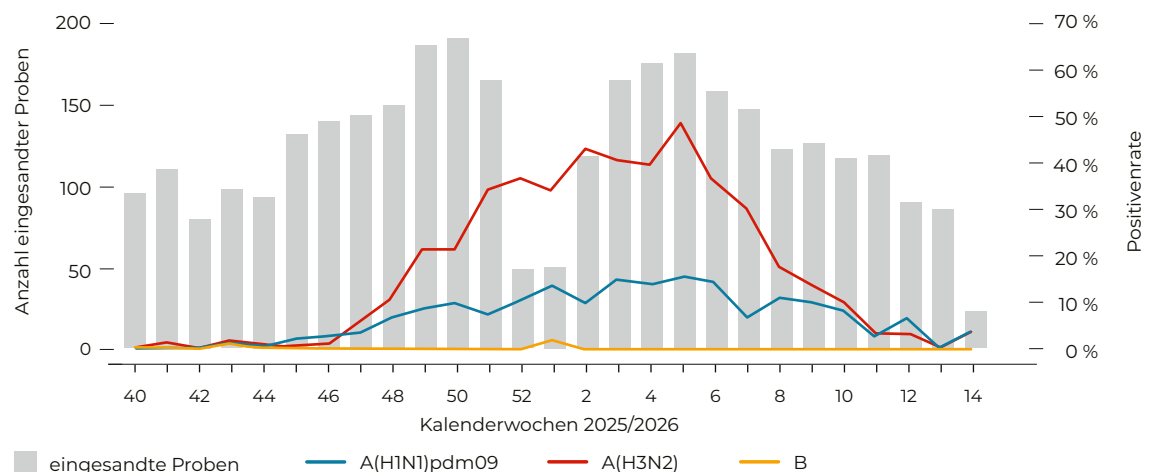
In 15 ausgewählten Krankenhäusern werden Patient*innen mit schweren respiratorischen Infektionen systematisch beprobt. Die Abstriche werden im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren im RKI auf virale Atemwegserreger untersucht.²² Aus den Daten aus diesen Sentinelproben kann abgeleitet werden, dass die Grippesaison 2025/2026 wie bereits die Vorsaisons wieder einem ähnlichen zeitlichen Verlauf wie in den Vorpandemiejahren folgte. Die Grippewelle kann hauptsächlich den letzten Wochen des Jahres 2025 und dem ersten Quartal 2026 zugeordnet werden. Seit Beginn der Grippewelle dominierten überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren, insbesondere in Form einer neu aufgetretenen und aufgrund vielzähliger Mutationen stark abweichenden Variante, die als „Subklade K“ bezeichnet wird.²³ Darüber hinaus wurden auch weniger häufig Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen (siehe Abb. 5). Influenza B-Viren wurden nur äußerst selten nachgewiesen. Mit insgesamt 15 Wochen war die Saison durchschnittlich lang.

zu Abb. 5

Influenzavirustyp A(H3N2) dominierte die Grippesaison

Anteil der Nachweise für Influenza A(H1N1)pdm09-, A(H3N2)-, und B-Viren (Influenzavirus-Positivenrate; rechte y-Achse) an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2025 bis zur 14. KW 2026.

Abb. 5: Anteil der Nachweise für Influenzavirustypen an allen im Rahmen des ARE-Praxis-Sentinelns eingesandten Proben²⁴



Die Zahl gemeldeter (im Wesentlichen laborbestätigter) Influenzafälle der gerade abgeschlossenen Saison (245.827 Fälle)¹ ist deutlich niedriger als in der Vorsaison und liegt im Vergleich zu den letzten zehn Jahren im durchschnittlichen Bereich (siehe Abb. 6). Darüber hinaus ist zu beachten, dass sich die Labordiagnostik seit 2014/2015 geändert hat. In der Folge ist die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nur eingeschränkt gegeben.

Hoher Krankenstand und viele Hospitalisierungen

zu Abb. 6

Durchschnittliche Anzahl labor- bestätigter Influenza- Meldungen

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat, survstat.rki.de, Datenstand 17.05.2026

Zum 01.01.2019 wurde die Falldefinition für Influenza geändert, um den Gesundheitsämtern den Umgang mit den Influenza-Meldungen zu erleichtern.

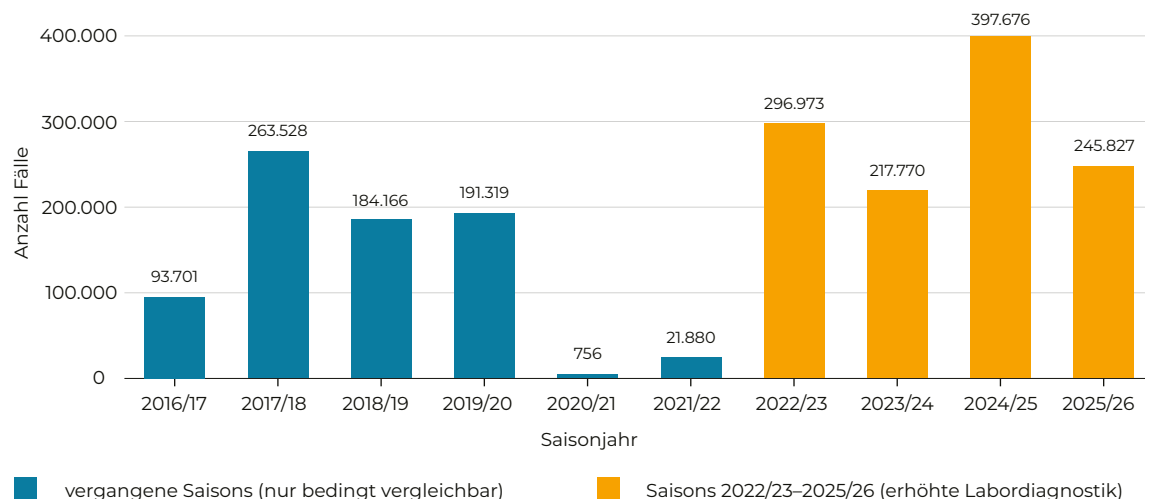
Seit der Corona-Pandemie sind zudem wesentlich mehr Tests auf dem Markt verfügbar, und die Bereitschaft, auf respiratorische Erreger zu testen, und folglich auch die Labordiagnostik, hat sich deutlich erhöht.

Deshalb können die aus den Vorsaisons nachbewerteten Fälle nicht 100%ig mit den aktuellen Meldezahlen verglichen werden.

Seit der 3. KW 2026 wird zudem das Ergebnis eines Nowcasting-Modells berichtet, bei dem noch ausstehende Änderungen in den Inzidenzdaten berücksichtigt werden.²⁷

Während der Grippezeit 2025/2026 wurden von der 40. KW 2025 bis zur 15. KW 2026 insgesamt 236.853 Fälle labordiagnostisch bestätigter Influenzavirusinfektionen gemeldet. Für 63.249 (27 %) der laborbestätigten Fälle wurde angegeben, dass die Patient*innen hospitalisiert wurden.²¹ Zum Vergleich: In der Grippezeit 2024/2025 wurden von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 2025 insgesamt 393.444 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Für 68.953 (18 %) der Fälle wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert wurden.²⁵ Da Grippeerkrankungen nur bei direktem Erregernachweis meldepflichtig sind, dürften die Zahlen für die oben genannten Saisons allerdings hinter den tatsächlichen Fallzahlen zurückbleiben.

Abb. 6: Anzahl laborbestätigter Influenza-Meldungen im Vergleich zu den letzten 10 Saisons¹

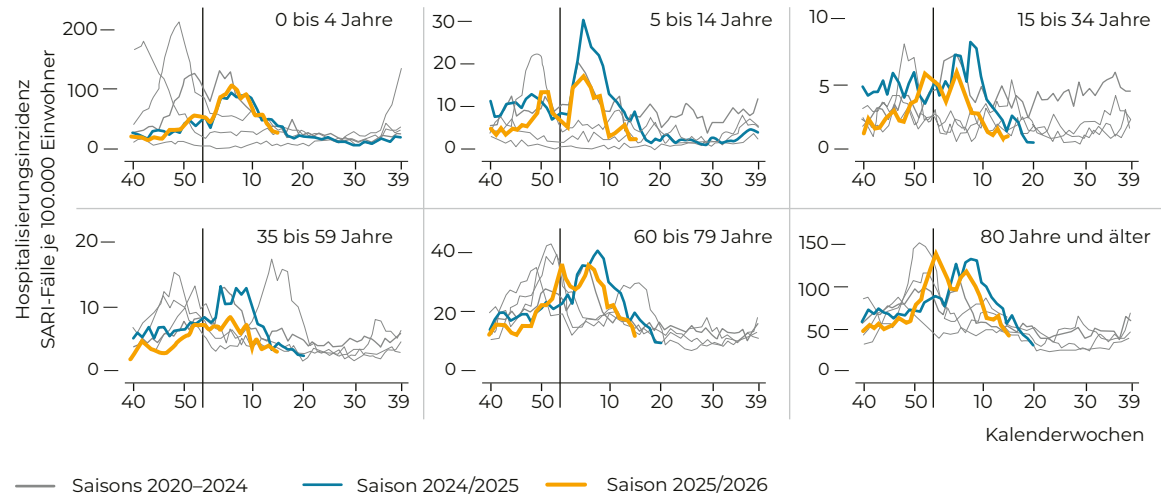


4.1.2 Anzahl an Hospitalisierungen wegen schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI)

Die syndromische Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) informiert über die aktuelle Krankheitsschwere und -häufigkeit sowie den saisonalen Verlauf schwerer akuter Atemwegserkrankungen. Hierfür werden im Rahmen der ICD-10-Code-basierten Krankenhaus-Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (ICOSARI) des RKI Daten von aktuell ca. 70 teilnehmenden Sentinel-Krankenhäusern erfasst und ausgewertet. Dabei liegt der Fokus auf den Atemwegserkrankungen Influenza, COVID-19 sowie RSV-Infektionen.²⁶ In der Saison 2025/2026 erreichte die SARI-Inzidenz ihren Höhepunkt in der 5. KW 2026 und sank anschließend deutlich (siehe Abb. 7). Der Anstieg von SARI koinzidiert mit dem Anstieg der ARE-Aktivität zu Jahresbeginn und der Influenzasaison. Während der Influenzasaison scheint dementsprechend auch die SARI-Inzidenz am höchsten gewesen zu sein. Die SARI-Inzidenz lag seit der 4. KW 2026 unter den Werten der Vorsaison um diese Zeit.

zu Abb. 7

Abb. 7: Wöchentliche Inzidenz neu im Krankenhaus aufgenommener SARI-Fälle nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/2021 bis 2025/2026²¹



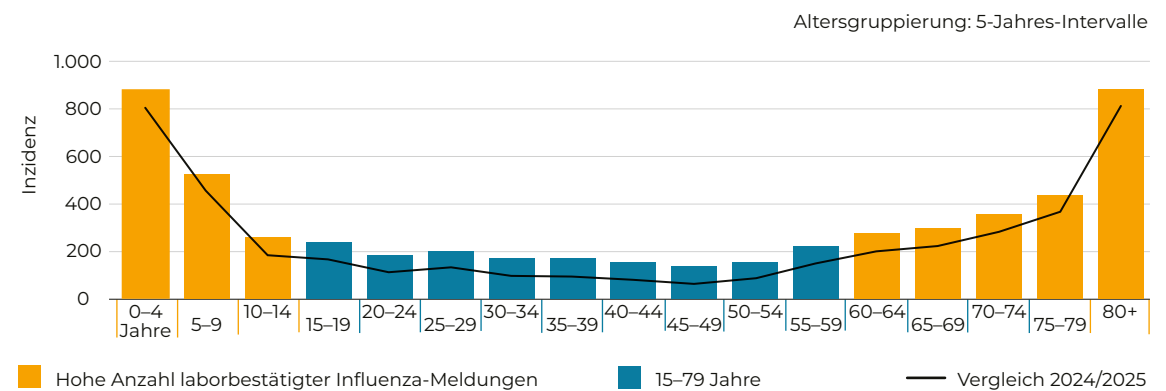
Laut der AGI sind weiterhin am häufigsten die jüngste und die älteste Altersgruppe mit einer schweren akuten Atemwegserkrankung von einer Einweisung ins Krankenhaus betroffen. Dies wurde ebenso in der letzten Saison beobachtet.²¹ In der 6. KW 2026 erreichte die Zahl der gemeldeten SARI-Fälle bei Kindern und Jugendlichen von 5 bis 14 Jahren ihren Höhepunkt während der Grippesaison. Kinder und Jugendliche waren überdurchschnittlich von schweren Influenza-Verläufen betroffen.²⁸

4.1.3 Hohe Anzahl laborbestätigter Influenza-Meldungen bei Kindern und Älteren

In der Saison 2025/2026 wurden durchschnittlich viele laborbestätigte Influenza-Meldungen erfasst. Im Vergleich zur vorangegangenen Saison war die Zahl der laborbestätigten Influenza-Meldungen in allen Altersgruppen z. T. deutlich gesunken (siehe Abb. 8).¹ Auch in dieser Saison gab es überdurchschnittlich viele gemeldete Influenzafälle bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 14 Jahren.

zu Abb. 8

Abb. 8: Laborbestätigte Influenza-Meldungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter in der Saison 2025/2026¹



■ Hohe Anzahl laborbestätigter Influenza-Meldungen ■ 15-79 Jahre — Vergleich 2024/2025

Neben den Älteren sind auch Kinder und Jugendliche betroffen

Wöchentliche Inzidenz der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) nach Altersgruppen, in den Saisons 2020/2021 bis 2025/2026 (bis zur 15. KW 2026).

Daten aus 63 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Zu beachten sind die unterschiedlichen Skalierungen für die einzelnen Altersgruppen.

Kinder und Jugendliche besonders stark von der Influenza betroffen

Hohe Anzahl laborbestätigter Influenza-Meldungen bei Kindern und Jugendlichen

Laborbestätigte Influenza-Meldungen pro 100.000 Einwohner nach Alter in der Saison 2025/2026 (bis 20. KW 2026)

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat, survstat.rki.de, Datenstand 17.05.2026

4.1.4 Überdurchschnittlich viele Influenza-bedingte Todesfälle durch Grippewelle im ersten Quartal 2026

2.176 Todesfälle mit Influenza- virusinfektion

Im Vergleich:
In der schweren
Grippezeit
2024/2025 wurden
1.954 Todesfälle
gemeldet.

Das Statistische Bundesamt erfasste die wöchentlichen Sterbefallzahlen in der Saison 2025/2026.²⁹ Verglichen mit dem mittleren Wert der Jahre 2022 bis 2025 lag laut Statistik in Deutschland im Januar die Zahl der Todesfälle um 2 % höher und im Februar um 1 % höher. Im gleichen Zeitraum konnte eine erhöhte Aktivität bei den Atemwegserkrankungen beobachtet werden, insbesondere auch der Höhepunkt der Grippezeit 2025/2026.²¹ Ab März sank die Zahl der Todesfälle dann deutlich unter den Mittelwert der vier Vorjahre (-8 %).

Laut AGI wurden während der Grippezeit 2025/2026 von der 40. KW 2025 bis zur 19. KW 2026 insgesamt 2.176 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI gemeldet. Unter diesen Personen waren 95 % 60 Jahre oder älter.³⁰ Trotz vergleichsweise geringer Fallzahlen sind in der aktuellen Saison somit überproportional mehr Menschen an der Influenza gestorben als in den vergangenen Saisons. Zur Erinnerung: In der schweren Grippezeit 2024/2025 wurden im Zeitraum von der 40. KW 2024 bis zur 20. KW 2025 insgesamt 1.954 Todesfälle mit Influenzaerkrankung an das RKI gemeldet. Davon waren 90 % 60 Jahre oder älter.¹ Auch wenn die Mehrheit der Todesfälle mit Influenzaerkrankung ältere Menschen sind, verursacht die Influenza jedes Jahr auch eine erhebliche Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen. Für die Grippezeit 2025/2026 liegen derzeit noch keine konkreten Zahlen für die Todesfälle mit Influenzaerkrankung bei Kindern und Jugendlichen vor. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) dokumentiert regelmäßig die schweren Verläufe auf Kinderintensivstationen. Laut ihren Daten sind in der Grippezeit 2024/2025 allein im Januar und Februar 2025 insgesamt 181 Kinder sehr schwer erkrankt. 10 % davon, zahlenmäßig vergleichbar mit einer Schulklasse, sind verstorben und weitere 10 %, d. h. eine weitere Schulklasse, müssen mit fortbestehenden neurologischen Beeinträchtigungen leben.³¹

Hoher Krankenstand in Deutschland, größtenteils durch Atemwegs- erkrankungen

Insgesamt gilt zu berücksichtigen, dass Grippeerkrankungen nur bei direktem Erregernachweis meldepflichtig sind. Häufig wird bei Todesfällen jedoch die zugrundeliegende Influenzavirusinfektion nicht erkannt und damit auch nicht als Todesursache angegeben, da der Tod häufig aufgrund von Komplikationen der Influenzavirusinfektion (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Versagen, bakterielle Lungenentzündung) eintritt und diese Komplikationen als Todesursache wahrgenommen und angegeben werden. Aus diesem Grund ist es wahrscheinlich, dass die oben genannten Todesfälle mit Influenzavirusinfektion deutlich hinter den tatsächlichen Fallzahlen zurückbleiben.

Anstelle der tatsächlich gemeldeten Todesfälle könnten sich die Influenza-assoziierten Todesfälle besser durch die sogenannte Exzess-Mortalität (Übersterblichkeit) beschreiben lassen. Die Exzess-Mortalität ist ein Maß für die Differenz zwischen einer erwarteten und der real beobachteten Sterberate während der Grippezeit. Tatsächlich gibt es seit der Corona-Pandemie keine Berechnungen der Exzess-Mortalität für die Influenza, weil Grippezeit und Coronavirus-Aktivität überlappen und deswegen die Übersterblichkeit nicht zweifelsfrei einem einzelnen Erreger zugeordnet werden kann.

4.2 Starke ökonomische Auswirkungen von Atemwegserkrankungen (inkl. Influenza)

Zu den ökonomischen Auswirkungen von Atemwegserkrankungen in der Saison 2025/2026 liegen zurzeit noch keine Daten vor. Aus diesem Grund verweist Projekt: Gripeschutz im Folgenden als erste Annäherung auf Daten zum Krankenstand in Deutschland, ausgewählte Daten zu den Kosten der Gripeschutzimpfung und Influenza-assoziierten Hospitalisierungen sowie Prognosen des Kieler Instituts für Weltwirtschaft (IfW) aus den letzten beiden Grippereports.

Die Techniker Krankenkasse (TK) meldet, dass der Krankenstand in Deutschland nach den Rekordwerten in den vorherigen Jahren leicht zurückgegangen ist und sich auf einem hohen Stand stabilisiert. Grund für den Rückgang seien vor allem etwas weniger Fehltage aufgrund von Erkältungskrankheiten wie beispielsweise Influenza, Corona oder andere Atemwegsinfekte.³² Jede bei der TK versicherte Erwerbsperson war von Januar bis einschließlich November 2025 im Durchschnitt 16,98 Tage krankgeschrieben. 2024 lag der Schnitt für den gleichen Zeitraum noch bei 17,58 Tagen. Der Großteil der Krankschreibungen wurde laut der TK durch Atemwegserkrankungen verursacht.

Zur Einordnung: Die Zahlen der TK wurden in den letzten Monaten mehrmals kritisiert. Die Einführung der telefonischen Krankmeldung hat Krankmeldungen deutlich erleichtert. Zudem erfahren die Krankenkassen inzwischen automatisch von der Krankmeldung. In der Vergangenheit oblag es noch den Patient*innen selbst, ob sie die Krankmeldung an die Krankenkassen weiterreichten oder nicht. Die oben genannte vereinfachte Krankschreibung birgt somit ein Verzerrungspotenzial. Die Vergleichbarkeit der aktuellen Daten zum Krankenstand mit jenen aus den Vorjahren ist dadurch nur bedingt möglich.

Laut einer Analyse des IfW hatte die Grippesaison 2023/2024 allein durch den krankheitsbedingten Arbeitsausfall infolge von Atemwegserkrankungen einen Verlust in der Bruttowertschöpfung von 32 bis 36 Mrd. Euro verursacht. Für die Grippesaison 2022/2023 hatte das IfW einen volkswirtschaftlichen Verlust zwischen 30 und 40 Mrd. Euro errechnet.³³ Durch die Auswertung der Daten wurden diese Prognosen mittlerweile rückwirkend bestätigt.³⁴ Mit Blick auf die Werte zu den Krankenständen und den Fallzahlen in der abgelaufenen Saison ist davon auszugehen, dass die volkswirtschaftlichen Kosten in der Saison 2025/2026 etwas niedriger als in den beiden betrachteten Saisons sein könnten.

Zur Einordnung: Die oben genannten Zahlen beziehen sich auf alle Atemwegserkrankungen, nicht ausschließlich auf die Influenza. Diese ist anteilig für die wirtschaftlichen Schäden verantwortlich. Wie stark Atemwegserkrankungen das Krankheitsgeschehen bestimmen, zeigen u. a. Zahlen des Dachverbands der Betriebskrankenkassen (BKK). So führen Krankheiten des Atmungssystems wie bereits in den Vorjahren die Liste der Diagnosen unter den Versicherten an, noch vor psychischen Diagnosen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (siehe Abb. 9).³⁵

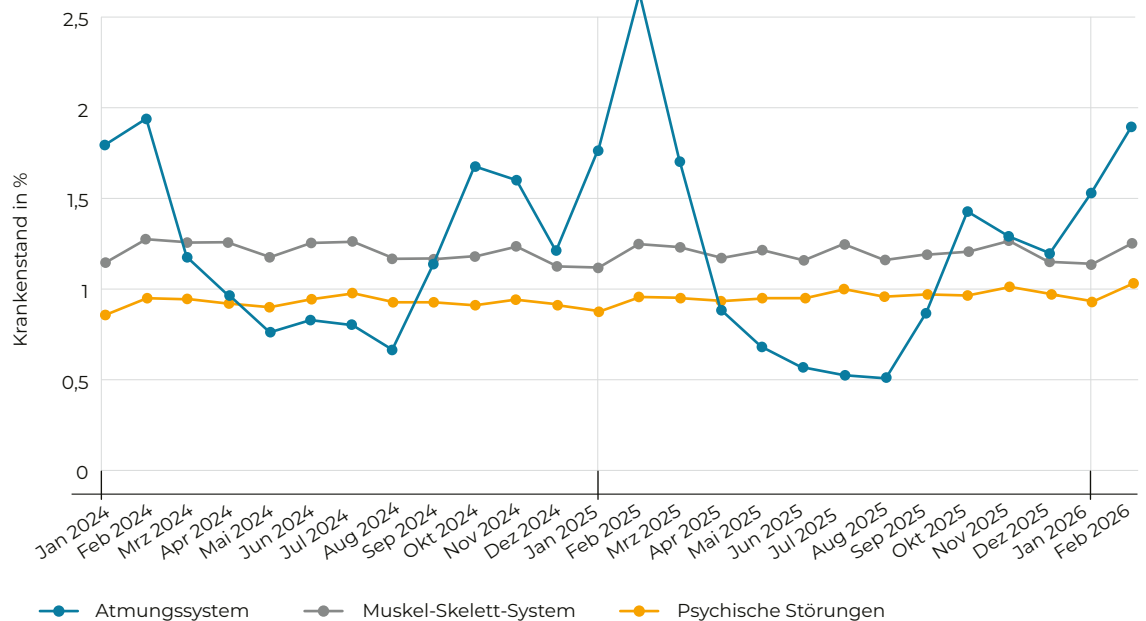
**Bis zu
40 Mrd. Euro**
volkswirtschaftliche
Kosten durch Atem-
wegserkrankungen
(inkl. Influenza)

Abb. 9: Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder in Prozent für ausgewählte Diagnose-Hauptgruppen im Zeitverlauf (2024–2026)³⁵

zu Abb. 9

Hoher Krankenstand durch Atemwegserkrankungen

Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder (2024–2026)



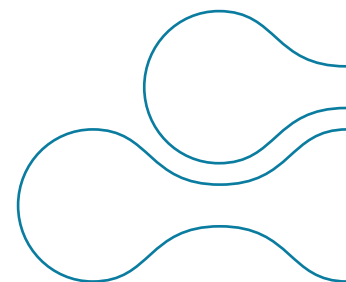
Signifikante Kosten

Influenza-assoziierte Hospitalisierungen führen zu hohen Kosten

(siehe Abbildung 10)

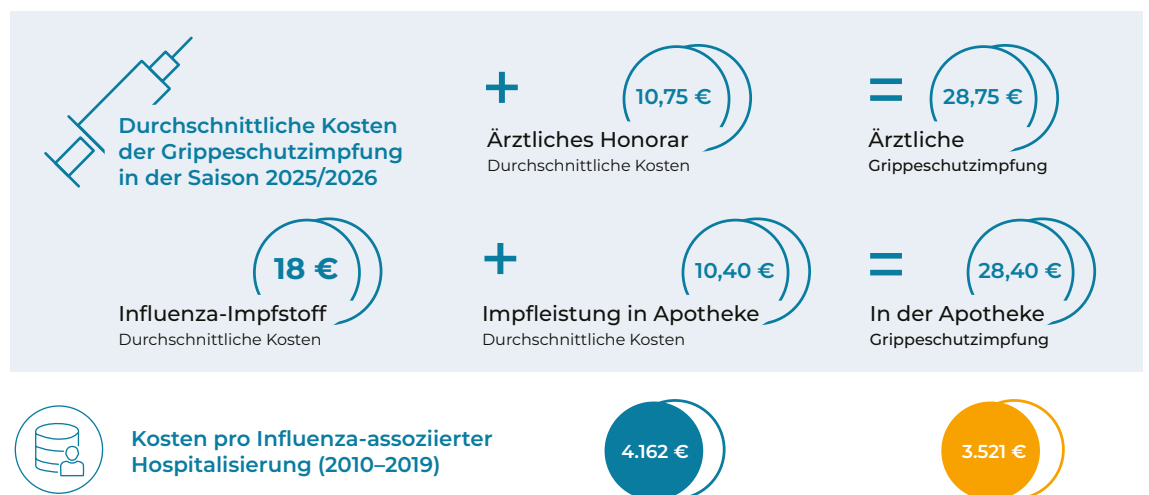
Die Influenza verursacht zudem direkte, signifikante Kosten im Gesundheitssystem, besonders durch schwere Verläufe, die eine stationäre Aufnahme erfordern. Die durchschnittlichen Kosten einer Influenza-assoziierten Hospitalisierung in Deutschland liegen je nach Quelle und Betrachtungsweise unterschiedlich hoch. Laut Schätzungen aus gesundheitsökonomischen Analysen von Sanofi und Flunomics bewegen sich die Kosten jedoch im Bereich von ca. 3.521 Euro (bezogen auf alle Altersgruppen ab 18 Jahre) bis 4.162 Euro (für über 60-Jährige) pro Fall (siehe Abb. 10).³⁶ Neben der primären Behandlung können auch Komplikationen der Influenza die Kosten weiter in die Höhe treiben.

Die Gesamtkosten für Influenza-assoziierte Hospitalisierungen beliefen sich in der Grippesaison 2017/2018 auf 40 Mio. Euro bei 18- bis 59-Jährigen und auf 116,4 Mio. Euro bei über 60-Jährigen. In der Grippesaison 2018/2019 waren es 32,4 Mio. Euro bei 18- bis 59-Jährigen und 77,7 Mio. Euro bei über 60-Jährigen. Mit Blick auf den seitdem angestiegenen Krankenstand, insbesondere verursacht durch Atemwegserkrankungen wie die Influenza, ist naheliegend, dass die Kosten entsprechend weiter angestiegen sind. Die in den vorherigen Kapiteln beschriebene Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen ist in diesen Daten noch nicht beinhaltet.



Der beste Schutz gegen einen schweren Verlauf ist die Impfung. Die Kosten für eine Gripeschutzimpfung variieren je nach verabreichtem Impfstoff. In der Grippezeit 2025/2026 kostete der Influenza-Impfstoff über alle Altersgruppen hinweg durchschnittlich rund 18 Euro pro Dosis.³⁷ Hinzu kommt das Honorar für die Erbringung der Impfleistung. Das ärztliche Honorar für eine Gripeschutzimpfung in Deutschland ist nicht bundesweit einheitlich. Es hängt davon ab, ob die Impfung über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), privat oder im Rahmen von betriebsärztlichen bzw. vertraglichen Sonderregelungen abgerechnet wird. Für die GKV-Versorgung wird die Gripeschutzimpfung in der Regel über regionale Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen vergütet. Daher bestehen regionale Unterschiede. Typischerweise liegt das Honorar für die Impfleistung im Bereich von ungefähr 7 bis 15 Euro (Durchschnitt: 10,75 Euro), je nach KV-Bereich und Vertragskonstellation. Bei Privatpatient*innen erfolgt die Abrechnung meist gemäß der GOÄ. Dann hängt das Honorar davon ab, welche Ziffern genau angesetzt werden, ob eine Beratung, Untersuchung oder nur die Impfleistung berechnet wird und welcher Steigerungsfaktor verwendet wird. Dadurch kann der Betrag deutlich variieren. In Apotheken liegt die reine Impfleistung seit 2025 bei 10,40 Euro. Zur Einordnung: Knapp 60 % der in Deutschland existierenden gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Kosten der Gripeschutzimpfung bereits für sämtliche ihrer Versicherten (siehe Grippereport zur Saison 2023/2024). Dadurch werden mehr als 46 Mio. (61,9 %) der gesetzlich Versicherten abgedeckt.

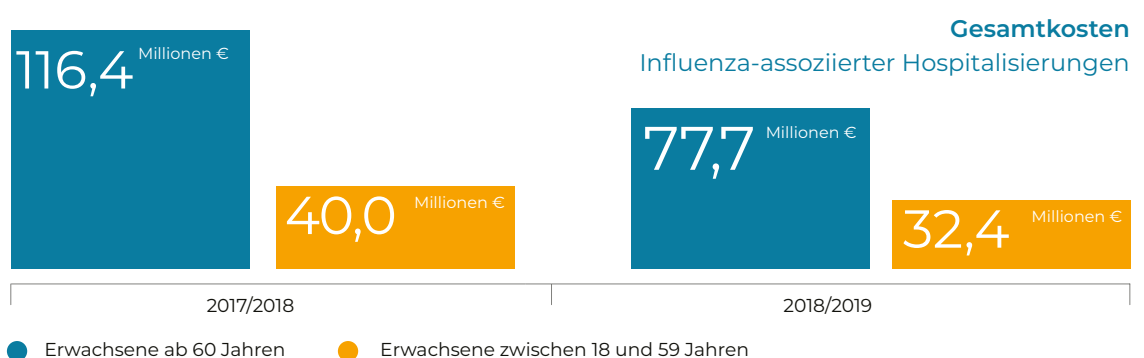
Abb. 10: Kosten der Gripeschutzimpfung und Influenza-assoziiierter Hospitalisierungen³⁶



zu Abb. 10

Hohe Kosten* können durch die günstige jährliche Grippe-schutzimpfung vermieden werden

*Infolge von Influenza-assoziierten Hospitalisierungen



4.3 Gripeschutzimpfung in Deutschland

In Deutschland empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) eine jährliche Grippe-schutzimpfung, differenziert in Form von Indikations-Empfehlungen für bestimmte Gruppen, z. B. Menschen mit Vorerkrankungen und über 60-Jährige. Die in der Saison 2025/2026 verfügbaren Influenza-Impfstoffe enthielten Antigene aus drei Influenzaviren-stämmen (je zwei Influenza A-Viren und ein Influenza B-Virus), die gemäß WHO-Empfehlung speziell für diese Saison angepasst worden waren.³⁸ Zu den Influenza-Impfstoffen gehören sowohl ei-basierte Standardimpfstoffe als auch weiterentwickelte Impfstoffe. In der kommenden Grippesaison 2026/2027 sollen ebenfalls ausschließlich trivalente Impfstoffe zum Einsatz kommen.³⁹

4.3.1 Influenza-Impfstoffe in der Versorgung

In der Saison 2025/2026 waren insgesamt acht Impfstoffe zum Einsatz gegen die saisonale Influenza zugelassen (siehe Abb. 11).⁴⁰ Im April 2026 erhielt der neue Impfstoff mCombria[®] von Moderna und damit der erste Kombinationsimpfstoff die Zulassung durch die EU-Kommission. Der mRNA-Impfstoff soll Menschen ab 50 Jahren sowohl vor COVID-19 als auch vor saisonaler Influenza schützen.⁴¹ Die WHO hatte im September 2023 den Wechsel von quadrivalenten zu trivalenten Influenza-Impfstoffen ohne B/Yamagata-Linie empfohlen, da die Yamagata-Linie seit der Corona-Pandemie nicht mehr zirkuliert. Die STIKO hat ihre Influenza-Impfempfehlung angepasst und empfiehlt seitdem die Verwendung trivalenter Influenza-Impfstoffe mit jeweils von der WHO empfohlener Antigenkombination.⁴²

Zudem passte die STIKO für die Grippesaison 2025/2026 ihre saisonale Influenza-Impfempfehlung für die über 60-Jährigen an. In dieser Altersklasse ist das Immunsystem der Menschen häufig geschwächt, daher ist ein potenterer Impfstoff notwendig, um die Abwehrkräfte zu mobilisieren. Zwei Impfstoffe werden aktuell von der STIKO als dafür geeignet eingestuft: Neben Hochdosis-Impfstoffen werden auch mit MF-59 adjuvantierte Influenza-Impfstoffe für diese Altersgruppe empfohlen, die mithilfe eines Wirkverstärkers die Bildung von Antikörpern gegen das Influenzavirus verstärkt. Darüber hinaus hat die STIKO die weltweit starke Ausbreitung von hochpathogenen H5Nx-Viren unter Geflügel, Wasservögeln und anderen Wildvögeln sowie die vermehrten Nachweise von H5Nx in diversen Säugetierklassen zum Anlass genommen, ihre saisonale Influenza-Empfehlung zu erweitern. Zusätzlich sollen nun Personen, die im privaten Umfeld oder arbeitsbedingt häufigen, regelmäßigen und direkten Kontakt zu z. B. Schweinen, Geflügel sowie Wildvögeln oder Robben haben, eine jährliche Impfung im Herbst/Winter mit einem inaktivierten Influenza-Impfstoff erhalten um die Gefahr der Entstehung von Mischformen (Reassortanten) zwischen menschlichen und animalen Influenzaviren zu reduzieren.⁴³ Der G-BA hat die Empfehlungen der STIKO in die Schutzimpfungsrichtlinie übernommen. Diese trat am 18. Februar 2026 in Kraft.⁴⁴

Neuzulassung 2026

Erster Kombinations-
Impfstoff gegen
Influenza und COVID-19:
mCombria[®]

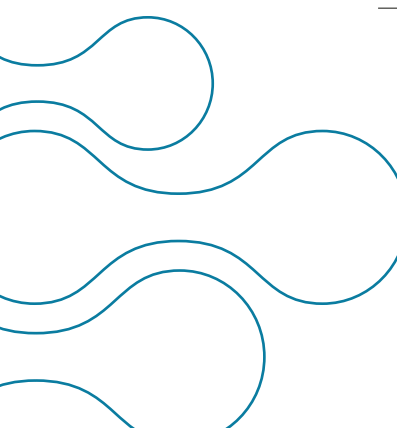
Abb. 11: Liste der für die Saison 2025/2026 zugelassenen Influenza-Impfstoffe⁴⁴

Impfstoff (Hersteller)	Kategorie	Zulassung	Verfügbarkeit (Saison 2025/2026)
Influsplit® (GlaxoSmithKline)	Standardimpfstoff	ab 6 Monaten	Verfügbar
Influvac® (Viatris)	Standardimpfstoff	ab 6 Monaten	Verfügbar
Vaxigrip® (Sanofi Pasteur)	Standardimpfstoff	ab 6 Monaten + Schwangere	Verfügbar
Xanaflu® (Viatris)	Standardimpfstoff	ab 6 Monaten	Verfügbar
Flucelvax® (Seqirus)	Weiterentwickelter Impfstoff (Zellkultur)	ab 6 Monaten	Verfügbar
Efluelda® (Sanofi Pasteur)	Weiterentwickelter Impfstoff (Hochdosis)	ab 60 Jahren	Verfügbar
Fluad® (Seqirus)	Weiterentwickelter Impfstoff (Adjuvantiert)	ab 50 Jahren	Verfügbar
Fluenz® (AstraZeneca)	Weiterentwickelter Impfstoff (Lebendimpfstoff, Nasenspray)	Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 17 Jahren	Verfügbar

Zwischen den weiterentwickelten Influenza-Impfstoffen bestehen Unterschiede, insbesondere bezüglich der Form der Weiterentwicklung. Sie sind zudem auch nur für bestimmte Altersgruppen zugelassen oder empfohlen. Die zentralen Unterschiede können der folgenden Abbildung entnommen werden.

Abb. 12: Unterschiede zwischen den Influenza-Impfstoffen^{45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52}

Standard-Influenza-Impfstoffe	Weiterentwickelte Influenza-Impfstoffe
Eibasiert: Virus wird bei der Herstellung in Eiern vermehrt	Adjuvantiert: eibasiert, enthält Wirkverstärker (Adjuvanz)
	Zellbasiert: Virus wird bei der Herstellung in einer Säugetierzelle statt in einer Hühnerei vermehrt
	Hochdosiert: eibasiert, Dosiserhöhung: mehrfache Wirkstoffdosis
	Lebendimpfstoff (LAIV): geringe Menge abgeschwächter, aber lebendiger, d. h. reproduktionsfähiger Krankheitserreger



4.3.2 Impfstoffwirksamkeit in der Saison 2025/2026 trotz abweichenden Virusstamms

Impfstoffwirksamkeit

VE = vaccine effectiveness

Gripesaison 2025/2026:

VE gegen Influenza A für alle Altersgruppen von 25 bis 45 % im ambulanten und im stationären Bereich.

Die VE war bei Kindern am höchsten (47 bis 72 %) und bei über 60-Jährigen am niedrigsten (ca. 25 bis 28 %)

Gripesaison 2024/2025:

VE gegen Influenza A für alle Altersgruppen von 32 bis 53 % im ambulanten Bereich und 33 bis 56 % im stationären Bereich, mit einigen Anzeichen für eine geringere VE je nach Subtyp und eine höhere VE gegen Influenza B (≥ 58 % in allen Einrichtungen).⁵⁵

Damit Gripeschutzimpfungen trotz natürlich auftretender Veränderungen der Viren wirksam bleiben, kommen in jeder Gripesaison aktuelle und jeweils angepasste Influenza-Impfstoffe zum Einsatz. Die WHO analysiert im Vorfeld die zirkulierenden Virusstämme und veröffentlicht auf dieser Basis eine Empfehlung zur Zusammensetzung der Influenza-Impfstoffe für die kommende Gripesaison. Die Impfstoffhersteller passen ihre Impfstoffe daraufhin entsprechend an. Ob die Impfstoffe passgenau sind oder nicht, entscheidet sich anschließend in der Saison und hängt davon ab, ob die WHO die tatsächlich zirkulierenden Virusstämme korrekt antizipiert hat. Aus diesem Grund variiert die Wirksamkeit der Impfstoffe von Jahr zu Jahr und ist niedriger als bei anderen Impfstoffen, die nicht jedes Jahr angepasst werden müssen.

Das EU-Projekt VEBIS erstellt seit der Gripesaison 2022/2023 Analysen zur Wirksamkeit von Influenza-Impfstoffen (VE) anhand von Mehrländerstudien im ambulanten sowie im stationären Bereich. Zur Wirksamkeit der in der abgelaufenen Saison 2025/2026 verwendeten Influenza-Impfstoffe liegen bereits Daten vor. Die europäische Gripesaison 2025/2026 wurde vom Influenza A(H3N2)-Virus dominiert, wobei die meisten sequenzierten Viren zur „Subklade K“ gehörten. Die Tatsache, dass diese genetisch stark vom von der WHO empfohlenen Virusstamm abgewichen sind, hatte Bedenken hinsichtlich der Passgenauigkeit und Wirksamkeit von Impfstoffen (VE) aufkommen lassen.²³ Eine Analyse der Daten aus neun europäischen Studien (19 Länder) zur VE, die in Eurosurveillance veröffentlicht wurde, ergab jedoch eine vorläufige VE gegen Influenza A für alle Altersgruppen von 25 bis 45 % im ambulanten und im stationären Bereich, ähnlich wie in anderen Saisons. Die VE war bei Kindern am höchsten (47 bis 72 %) und bei über 60-Jährigen am niedrigsten (ca. 25 bis 28 %).⁵³ Diese Impfstoffwirksamkeit liegt im Rahmen und ist vergleichbar mit den VEs in den Vorjahren, trotz der abweichenden zirkulierenden Viren.

Gripeschutzimpfung

verhindert bis zu
37.000 Todesfälle
pro Jahr in der EU

Es ist wichtig zu betonen, dass die Gripeschutzimpfung den besten Schutz vor einer Infektion und einem schweren Krankheitsverlauf bietet, auch wenn kein 100%iger Schutz erreicht werden kann. Laut der Europäischen Kommission werden durch jährliche Gripeschutzimpfungen allein in der EU bis zu 37.000 Todesfälle pro Jahr verhindert.⁵⁴ Aus Sicht von Projekt: Gripeschutz sollten Influenza-Impfstoffe kontinuierlich weiterentwickelt werden, um in Zukunft noch passgenauer und somit wirksamer zu sein.

Warum sind die Influenza-Impf- empfehlungen der STIKO komplex?

Die STIKO definiert in ihren Influenza-Impfempfehlungen acht verschiedene Zielgruppen mit spezifischen Kriterien, darunter u. a. Personen ab 60 Jahren, Schwangere, medizinisches Personal und Menschen mit einem bestimmten Risiko (Kokonstrategie).

Das Problem:

Das menschliche Gehirn kann nur eine begrenzte Anzahl an Informationen gleichzeitig verarbeiten.⁵⁶

Da die Influenza-Impfempfehlungen der STIKO aus vielen Einzelkriterien und Sonderfällen bestehen, kann es zu Schwierigkeiten kommen, sie zu verstehen oder sich an alle zu erinnern.

4.3.3 Komplexe Impfempfehlungen in Deutschland

In Deutschland legt die Ständige Impfkommission (STIKO) fest, für welche Gruppen eine jährliche Gripeschutzimpfung empfohlen wird. Die Empfehlungen der STIKO werden jedes Jahr angepasst und über das Epidemiologische Bulletin veröffentlicht. Anschließend werden sie im Regelfall vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in die Schutzimpfungsrichtlinie übernommen. Personen, für die eine Gripeschutzimpfung empfohlen wird, können sich diese dann über die Krankenkassen erstatten lassen.

Wie Projekt: Gripeschutz im Gripereport zur Saison 2023/2024 bereits berichtete, erstattet eine Mehrheit der gesetzlichen Krankenkassen die Gripeschutzimpfung darüber hinaus für alle ihre Patient*innen, und mehrere Bundesländer gehen in ihren jeweiligen Landesimpfempfehlungen über die Empfehlungen der STIKO hinaus.

Differenzierte Impfempfehlungen durch die STIKO

Im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern empfiehlt die STIKO die Gripeschutzimpfung nach wie vor sehr differenziert für die folgenden Gruppen: Personen ab 60 Jahren, Menschen mit chronischer Grunderkrankung, Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen, medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr, Kontaktpersonen von Menschen mit einem bestimmten Risiko (Kokonstrategie), Schwangere und Personen, die im privaten Umfeld oder arbeitsbedingt häufigen, regelmäßigen und direkten Kontakt zu z. B. Schweinen, Geflügel, Wildvögeln oder Robben haben.⁴¹ Diese komplexen Empfehlungen führen zu Verunsicherungen.

Laut den Ergebnissen verschiedener repräsentativer Umfragen, die Projekt: Gripeschutz für die Gripereports in den Saisons 2022/2023 und 2023/2024 beauftragt hatte, wissen die wenigsten Patient*innen, für welche Gruppen eine jährliche Gripeschutzimpfung empfohlen wird und ob sie selbst zur Influenza-Risikogruppe gehören. Selbst Ärzt*innen wissen oft nicht genau, ob sie bestimmte Patient*innen impfen dürfen.

Bundesländer erweitern teilweise die Impfempfehlungen

Die Landesimpfempfehlungen der Bundesländer gehen teilweise über die der STIKO hinaus. Als Positivbeispiele sind an dieser Stelle Thüringen und Schleswig-Holstein zu nennen. Thüringen empfiehlt die jährliche Gripeschutzimpfung über die Empfehlung der STIKO hinaus für Menschen jeden Alters (ab sechs Monaten).⁵⁷

In Schleswig-Holstein wird die Gripeschutzimpfung standardmäßig ab 6 Monaten bis 16 Jahre empfohlen. Über diese Empfehlung hinaus sei eine jährliche Gripeschutzimpfung für alle anderen Babys und Kleinkinder ebenfalls sinnvoll, da sich eine Influenza in Gemeinschaftseinrichtungen wie Krippen, Kindergärten und Kindertagesstätten leicht ausbreiten könne und in jeder Saison auch viele Kinder ohne bestehende Grunderkrankung an einer Influenza erkrankten.

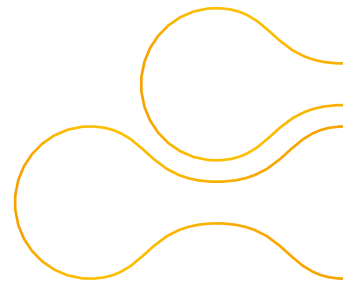
Neben dem eigenen Schutz würden so auch diejenigen geschützt, die selbst keine Impfung erhalten können (Säuglinge < 6 Monate). Weitere Bundesländer mit erweiterten Landesimpfempfehlungen zur Influenza sind Sachsen-Anhalt⁵⁸, Sachsen⁵⁹ und Baden-Württemberg⁶⁰ sowie das Saarland⁶¹. Eine Übersicht zu den Landesempfehlungen der Bundesländer findet sich im Grippereport zur Saison 2023/2024 (siehe S. 6).

Beispiele aus anderen Ländern: Trend zu allgemeinen Gripeschutzempfehlungen

Das ECDC hat die Influenza-Impfempfehlungen der EU und der EWR-Länder ausgewertet. Zwanzig EU- und EWR-Länder haben für die Saison 2023/2024 altersbasierte Empfehlungen für alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig von den Vorerkrankungen, gemeldet.

Dies ist ein bemerkenswerter Anstieg gegenüber der Saison 2020/2021, in der lediglich 14 Länder derartige Empfehlungen definierten, und ein deutlicher Anstieg gegenüber der Saison 2017/2018, in der nur fünf Länder derartige Empfehlungen ausgaben.⁶²

In Europa ist ein Trend hin zu allgemeinen Gripeschutzempfehlungen für Kinder und Jugendliche zu beobachten (vgl. Grippereport zur Saison 2024/2025, S. 18). In Deutschland wird dagegen an den Indikations-Empfehlungen festgehalten.



4.3.4 Impfmotivation der Versicherten: neue Möglichkeiten für die Krankenkassen

Basierend auf dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz hat der noch recht unbekanntes § 25b SGBV⁶³ großes Potenzial für Versorgung und Prävention. Seit dem vergangenen Jahr haben Krankenkassen erstmals die Möglichkeit, gezielt Versicherte zu kontaktieren und sie über für sie geeignete Präventionsmaßnahmen zu informieren. Grundlage hierfür sind Gesundheitsdaten, die von den Kassen dann ausgewertet werden dürfen, wenn dies dem individuellen Gesundheitsschutz der Versicherten dient. Statt allgemeiner Ansprache auf Kanälen wie Websites, Kundenmagazinen etc. ermöglicht dies den Krankenkassen eine persönliche Ansprache ihrer Versicherten. So könnten Krankenkassen Versicherte über 60 Jahren ansprechen oder auch solche, bei denen bestimmte Risikoerkrankungen vorliegen. Die Krankenkassen haben von dieser Möglichkeit für die Ansprache zur Gripeschutzimpfung bisher noch keinen Gebrauch gemacht.

§ 25b SGBV

Krankenkassen dürfen ihre Versicherte persönlich ansprechen und über für sie geeignete Präventionsmaßnahmen informieren (z. B. die jährliche Gripeschutzimpfung)

4.3.5 Niedrige Influenza-Impfquoten in Deutschland

zu Abb. 13

Negativtrend bei den erstatteten Influenza-Impfdosen in Deutschland

Dargestellt die von der GKV in Deutschland erstatteten Impfdosen (in Mio. Dosen)

Zahlen aus 2025

Cholera	0,01
Japanische Enzephalitis	0,02
Typhus	0,04
Tollwut	0,09
Hepatitis A	0,35
Meningokokken C	0,53
Rotaviren	1,01
HPV	1,26
Windpocken (Varizellen)	1,38
Masern, Mumps, Röteln	1,71
H. influenzae b	1,77
RSV	1,77
Meningokokken B	1,86
Hepatitis B	2,26
Gürtelrose	2,58
Pneumokokken	3,94
Polio	4,74
FSME	6,06
Pertussis	7,09
Diphtherie	7,58
Tetanus	7,58

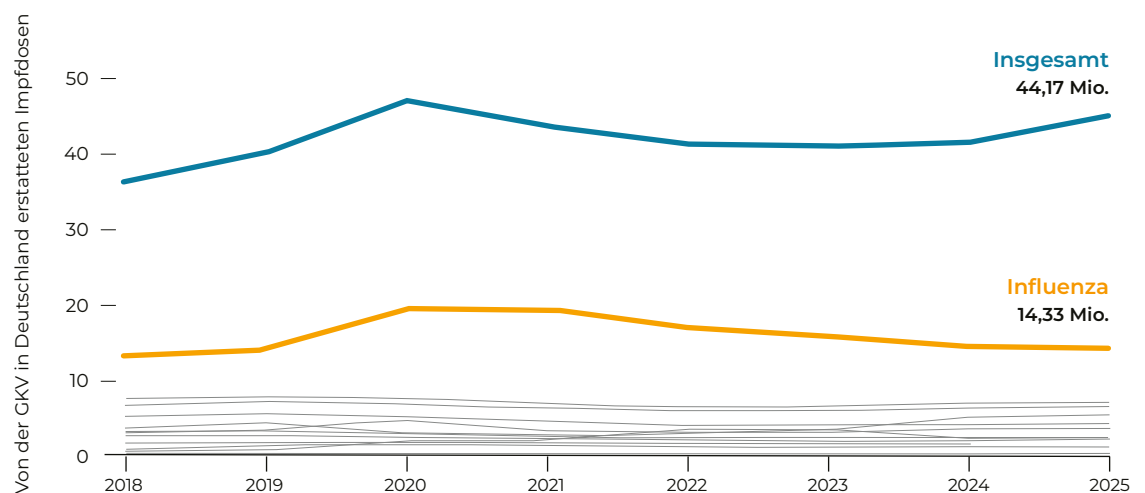
INFLUENZA 14,33

INSGESAMT 44,17

Das RKI hat Ende 2025 die Influenza-Impfquoten der letzten Jahre im Rahmen des neuen Impfdashboards VacMap veröffentlicht. Die Impfquote der über 60-Jährigen sinkt seit der Saison 2020/2021 jedes Jahr deutlich und lag in der Saison 2024/2025 bei nur noch 34 %³. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine Impfquote von mindestens 75 % bei den Älteren.³ Bei Menschen mit Grunderkrankungen ist die Impfquote in Deutschland im selben Zeitraum noch schneller gesunken und lag in der Saison 2024/2025 nur noch bei 28 %. Die Impfquoten für die übrigen Bevölkerungsgruppen, wie Kinder, Jugendliche und Erwachsene, sind jeweils noch einmal deutlich niedriger.

Daten zur Impfquote in der Saison 2025/2026 wurden bisher noch nicht veröffentlicht. Erste Hinweise liefert das vfa-Impfdashboard (siehe Abb. 13),¹⁵ in dem das Impfverhalten in Deutschland zwischen 2018 und 2024 ausgewertet wird. Die Zahl der durch die GKV in Deutschland erstatteten Influenza-Impfdosen ist seit dem pandemiebedingten Hoch in 2020 und 2021 in den Folgejahren stetig gesunken. Im Jahr 2025 wurden insgesamt 14,33 Mio. Dosen erstattet. 2024 waren es noch 14,86 Mio. Dosen. Von den mehr als 84 Mio. Menschen in Deutschland waren im Juli 2023 rund 74 Mio. in der GKV versichert. Das entspricht etwa 90 % der Bevölkerung.⁶⁴

Abb. 13: Von der GKV in Deutschland erstattete Impfdosen (in Mio. Dosen)¹⁵



Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gab im Jahr 2025 19,8 Mio. Impfstoffdosen frei (siehe Abb. 14).¹³ Das sind geringfügig weniger als im gleichen Zeitraum des Vorjahres, als rund 20 Mio. Dosen verfügbar waren.⁶⁵ Die Anzahl der freigegebenen Impfdosen hat sich innerhalb von fünf Jahren fast halbiert.

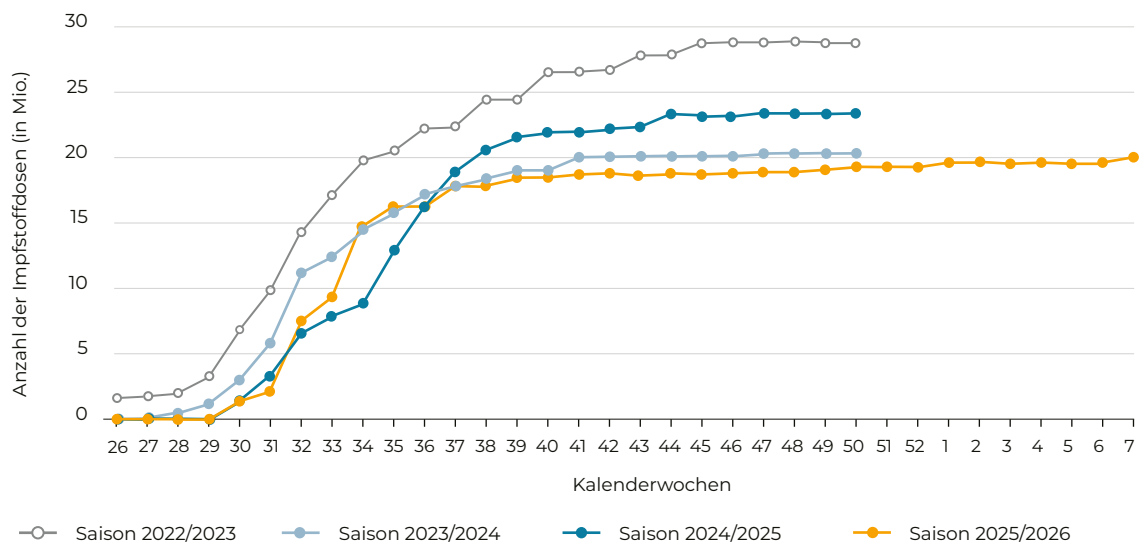
zu Abb. 14

Niedrige Bestellmengen

Durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) freigegebene Impfstoffdosen

Zur Einordnung: Das Problem in Deutschland liegt jedoch nicht in einer zu geringen Impfstoffmenge, sondern in der stetig abnehmenden Impfbereitschaft der Menschen. Aufgrund dieser sinkenden Nachfrage bestellen die Hausärzt*innen und Apotheker*innen weniger Impfstoffdosen. Dieser besorgniserregende Trend setzt sich weiter fort: Das PEI wies bereits zu Beginn des Jahres 2026 auf die zu niedrige Bestellmenge für die Saison 2026/2027 hin und rief die Ärzt*innen und Apotheker*innen zu höheren Bestellmengen auf.⁶⁶

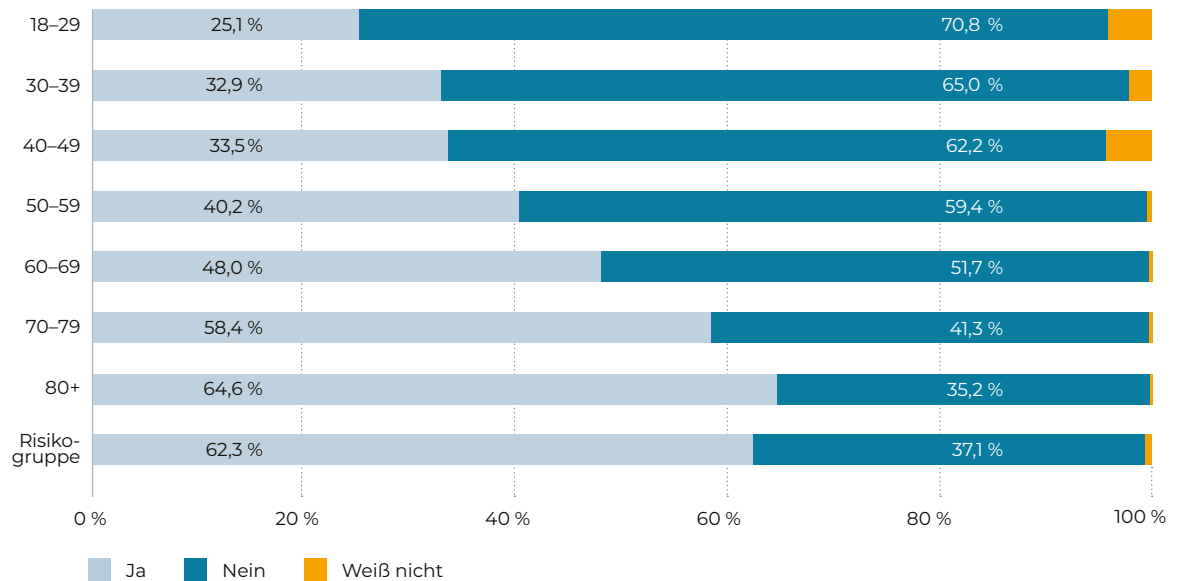
Abb. 14: Durch das PEI freigegebene Influenza-Impfstoffdosen¹³



Eine repräsentative Online-Umfrage zum Impfverhalten bezüglich Influenza in der Saison 2025/2026, die vom 11. März bis zum 23. April 2026 durchgeführt wurde, kommt zu folgenden Ergebnissen (siehe Abb. 15):

Zwar lassen sich Menschen ab 60 Jahren häufiger impfen als Menschen unter 60 Jahren, dennoch verzichteten immer noch je nach Alterskohorte zwischen einem Drittel und der Hälfte der Menschen auf eine Impfung gegen die Influenza. Bei den Jüngeren ist die niedrige Impfbereitschaft noch deutlich ausgeprägter: Unter den 18- bis 39-Jährigen ließen sich laut eigener Aussage weniger als ein Drittel und bei den 40- bis 49-Jährigen knapp ein Drittel gegen die Influenza impfen. Selbst in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen ließen sich nur 40,2 % gegen die Influenza impfen. Von den Personen, die zur Influenza-Risikogruppe gehören, gaben 62,3 % an, eine Impfung erhalten zu haben. Dazu zählen u. a. Menschen mit chronischen Erkrankungen.⁶⁷ Zur Einordnung: Die tatsächlichen Impfraten fallen vermutlich noch niedriger aus. Der statistische Fehler der Umfrage liegt bei 3,8 %.

Abb. 15: Impfstatus in der Grippezeit 2025/2026⁶⁷



zu Abb. 15

Niedrige Impfbereitschaft

selbst bei Älteren und
Personen, die zur Influenza-
Risikogruppe gehören

Haben Sie in der
Grippezeit 2025/2026
eine Gripeschutz-
impfung erhalten?

Steigende Anzahl an Gripeschutz- impfungen in Apotheken

4.3.6 Influenza-Impfangebote: Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Betriebsärzt*innen und Apotheker*innen

Eine Gripeschutzimpfung kann grundsätzlich von jedem Arzt und jeder Ärztin durchgeführt werden. Die erste Anlaufstelle ist für Viele die hausärztliche Praxis. Aber auch bei Kinder- und Jugendärzt*innen sowie bei Gynäkolog*innen ist es möglich, sich beispielsweise anlässlich von Vorsorge-Untersuchungen oder Disease-Management-Programmen (DMP) gegen die Influenza impfen zu lassen. Darüber hinaus bietet das Impfen durch Betriebsärzt*innen die Möglichkeit, Angestellte an ihrem Arbeitsplatz zu erreichen, zu einem Zeitpunkt, an dem diese gesund sind und geimpft werden können.

Seit dem 1. Oktober 2022 ist die Gripeschutzimpfung für Menschen ab 18 Jahren als reguläre Leistung auch in Apotheken möglich. Das Angebot soll als niedrigschwelliges Angebot die ansonsten übliche Impfung durch die Primärversorger ergänzen. Kostenfrei sind die Impfungen für GKV-Versicherte, die einer Bevölkerungsgruppe angehören, für die die STIKO eine Gripeschutzimpfung empfiehlt. Zusätzlich erstatten viele gesetzliche Krankenkassen allen ihren Versicherten die Gripeschutzimpfung. Auch Privatversicherte können sich unabhängig von der STIKO-Empfehlung impfen lassen. Die überwiegende Mehrheit der privaten Krankenversicherer übernimmt die Kosten für die Gripeschutzimpfung vollständig. Gripeschutzimpfungen für Kinder und Jugendliche sind in Apotheken nicht vorgesehen.⁶⁸ Laut Zahlen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) wird das Angebot, sich in der Apotheke impfen zu lassen, zunehmend angenommen.

So wurden in der Saison 2022/2023 rund 62.700 Gripeschutzimpfungen in Apotheken verabreicht. In der Saison 2023/2024 erhöhte sich die Zahl auf rund 98.000.⁶⁹ In der Grippezeit 2025/2026 hat sich dieser Trend vermutlich fortgesetzt. ABDA-Präsident Thomas Preis geht auf Basis der ersten Zahlen davon aus, dass Apotheken in der Impfsaison 2025/2026 doppelt so viele Impfungen durchgeführt haben wie im vorangegangenen Jahr.⁷⁰ Über Impfangebote in Apotheken können zusätzliche Zielgruppen erreicht werden, die sich sonst nicht würden impfen lassen. In einer im Januar 2025 veröffentlichten Studie zur Gripeschutzimpfung in Apotheken gaben 44 % der Teilnehmenden an, sie hätten sich außerhalb einer Apotheke nicht impfen lassen. Dieser Prozentsatz war bei denjenigen höher (65 %), die ihre erste Gripeschutzimpfung erhielten.

Darüber hinaus äußerten die Kund*innen eine hohe Bereitschaft zur Wiederholung der Impfung (93,9 %) und dazu, auch andere Impfungen in Apotheken anzunehmen (79,7 %).⁷¹ Die Vorteile des Impfens in der Apotheke für die Bürger*innen seien die gute und unkomplizierte Erreichbarkeit, aber auch die flexiblen Öffnungszeiten kämen Vielen entgegen.⁶⁸

4.3.7 Aktuelle Impfkampagne wird wenig wahrgenommen

In der Grippezeit 2025/2026 führte das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG) eine neue Impfkampagne mit dem Namen „Zusammen geschützt“ gegen Influenza, COVID-19, RSV und Pneumokokken ein.⁷² Im Vergleich zur Grippe-Kampagne „Wir kommen der Grippe zuvor“⁷³ des BIOG und des RKI aus den vergangenen Jahren adressiert die neue Kampagne eine breitere Auswahl an Atemwegserkrankungen in einem Gesamtpaket. RSV und Pneumokokken werden sichtbar als eigene Kampagnenthemen geführt. Neu ist auch die Einführung eines digitalen Tools in Form eines Online-Impfchecks,⁷⁴ bei dem man mit wenigen Fragen prüfen kann, ob Impfungen gegen Grippe, Corona, RSV oder Pneumokokken nach STIKO empfohlen sind. Wie in den vergangenen Jahren organisieren neben der jährlichen Influenza-Impfkampagne von BIOG und RKI auch mehrere Landesapothekerverbände und gesetzliche Krankenkassen Informationskampagnen. Darüber hinaus existieren noch weitere bundesweite Impfkampagnen wie z. B. die „Lange Nacht des Impfens“.⁷⁵

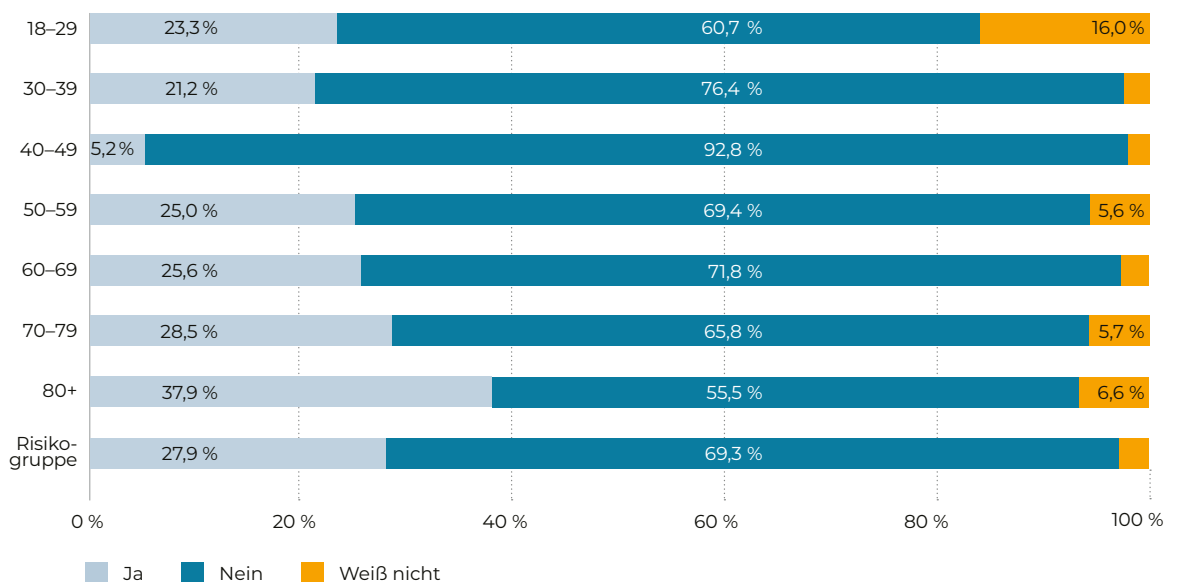
Weitere Informationen zur Wahrnehmung der neuen Impfkampagnen in der Saison 2025/2026 liefert die diesjährige repräsentative Online-Umfrage. Insgesamt wurde die Kampagne über alle Altersgruppen hinweg nur wenig wahrgenommen. Abhängig von der Altersgruppe gaben zwischen 5,2 % und 37,9 % der Befragten an, die Kampagne wahrgenommen zu haben (siehe Abb. 16). Bei älteren Menschen war die Wahrnehmung der Impfkampagne tendenziell etwas höher. Bei den 40- bis 49-Jährigen war die Wahrnehmung öffentlicher Impfkampagnen besonders niedrig (5,2 %). Auch bei Menschen, die zur Risikogruppe gehören, gaben nur 27,9 % an, die Kampagne wahrgenommen zu haben.

Abb. 16: Wahrnehmung der Impfkampagne „Zusammen geschützt“ gegen Grippe, COVID-19, RSV und Pneumokokken⁶⁷

zu Abb. 16

Die neue Impfkampagne wird nur wenig wahrgenommen

Haben Sie in der letzten Grippezeit im Herbst und Winter die Impfkampagne „Zusammen geschützt“ gegen Grippe, COVID-19, RSV und Pneumokokken wahrgenommen?



Zielbild des Projekts IMPRESS:

Umfassendes Bild der Impfsituation in Deutschland und Ableitung von Maßnahmen zur Impfquotensteigerung bzw. Reduzierung von Ungleichheiten beim Impfschutz in der Bevölkerung

4.3.8 Umfrageergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS: Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern

Am 1. Januar 2025 startete das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierte, zweijährige Forschungsprojekt „IMPRESS: Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern“. Ziel des Projekts ist es, ein Impfabzeptanz-Monitoring im Rahmen des RKI-Panels „Gesundheit in Deutschland“⁷⁶ zu etablieren. Bei dem Projekt sollen sowohl die Inanspruchnahme von Impfungen erfasst als auch soziale und behaviorale Merkmale berücksichtigt werden. In Kombination mit den Versorgungsdaten, die im Rahmen der KV-Impfsurveillance⁷⁷ analysiert werden, soll so schließlich ein umfassendes Bild der Impfsituation in Deutschland vorliegen. Auf dieser Grundlage können dann gezielte Maßnahmen zur Impfquotensteigerung bzw. zur Reduzierung von Ungleichheiten beim Impfschutz in der Bevölkerung entwickelt werden.⁷⁷

Für die Datenerhebung von IMPRESS wird das RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“ genutzt. Dieses beruht auf einer regelmäßig durchgeführten Befragung der deutschsprachigen Bevölkerung ab 16 Jahren, die in Privathaushalten lebt. Dadurch können Veränderungen im Gesundheitszustand und Verhalten im Zeitverlauf nachvollzogen werden. Innerhalb des Forschungsprojekts IMPRESS wird ein Teil der Personen des Panels befragt. Die Stichprobenziehung für das RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“ erfolgt über die Einwohnermelderegister der Einwohnermeldeämter. An der Online-Befragung des Forschungsprojekts IMPRESS, die jeweils im Herbst stattfindet, nehmen rund 5.000 Personen teil.⁷⁷

Der Fragebogen des Forschungsprojekts IMPRESS wendet das 7C-Modell an.⁷⁸ Dieses beschreibt 7 zentrale Gründe, aus denen sich Menschen (nicht) impfen lassen und dient dazu, Faktoren der Impfentscheidung zu verstehen und die Impfbereitschaft zu messen. Projekt: Gripeschutz hat den am 2. März 2026 veröffentlichten ersten Ergebnisbericht des Forschungsprojekts IMPRESS mit Schwerpunkt auf der Allgemeinbevölkerung¹⁸ ausgewertet (siehe Abb. 17). Während der Ärzteschaft ein höheres Vertrauen entgegengebracht wird, ist das Vertrauen in politische Institutionen insgesamt geringer ausgeprägt. Eine große Mehrheit der Befragten (etwa 80 %) ist Impfungen gegenüber positiv eingestellt und sich des Risikos von Infektionskrankheiten bewusst. Trotz dieser vorhandenen Risikowahrnehmung und der Bereitschaft, sich impfen zu lassen, mangelt es an der Umsetzung. So geben zwar 7 von 10 Befragten an, sich um rechtzeitige Impfungen zu kümmern. Es besteht jedoch ein großes Delta zur tatsächlichen Impfquote.

In der Grippezeit 2024/2025 haben von den Menschen ab 60 Jahren tatsächlich nur 34 % eine Gripeschutzimpfung erhalten, in allen anderen Altersgruppen noch deutlich weniger.³ Die große Mehrheit der Befragten (80 %) versteht Impfungen als gemeinschaftliche Verantwortung zur Eindämmung von Krankheiten und als Form des Gemeinschaftsschutzes. Mehr als 60 % der Befragten lassen sich impfen, um andere Menschen, insbesondere Personen mit erhöhtem Risiko, zu schützen.⁷⁷

Hohes Vertrauen gegenüber Ärzteschaft

Geringeres Vertrauen in politische Institutionen

80 %

Große Mehrheit der Befragten versteht Impfungen als gemeinschaftliche Verantwortung und Form des Gemeinschaftsschutzes

zu Abb. 17

Ausgewählte Ergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS: Impfverhalten verstehen und Preparedness steigern

7C-Modell Gründe des (Nicht-)Impfens

Confidence
Vertrauen

Complacency
Risikowahrnehmung

Constraints
Persönliche Hürden

Calculation
Abwägung von Kosten und Nutzen

Collective responsibility
Kollektives Verantwortungsgefühl

Compliance
Compliance

Conspiracy
Verschwörungsglaube

Abb. 17: Ausgewählte Ergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS: Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern¹⁸

Vertrauen

Ich bin überzeugt davon, dass die zuständigen Behörden nur wirksame und sichere Impfstoffe zulassen:



Nebenwirkungen treten nach Impfungen selten auf und sind nicht schwerwiegend:



Politische Entscheidungen zu Impfungen sind wissenschaftlich fundiert:

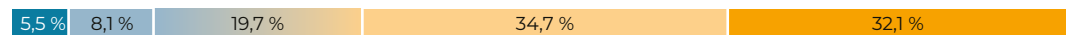


Risikowahrnehmung

Ich brauche keine Impfungen, weil Infektionskrankheiten bei mir nicht so schlimm verlaufen:



Ich lasse mich impfen, weil es zu riskant ist, Infektionskrankheiten zu kriegen:



Impfungen sind für mich überflüssig, weil ich sowieso selten krank werde:



Persönliche Hürden

Ich kümmere mich darum, die wichtigen Impfungen rechtzeitig zu erhalten:



Ich verpasse Impfungen manchmal, weil sie lästig sind:

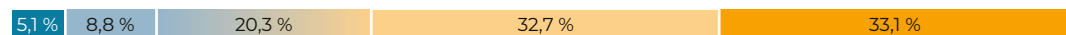


Impfungen sind mir so wichtig, dass ich andere Sachen zurückstelle, um mich impfen zu lassen.

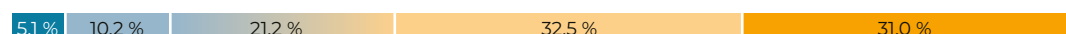


Kollektives Verantwortungsgefühl

Ich lasse mich auch deswegen impfen, weil ich dadurch Menschen schütze:



Ich lasse mich auch deswegen impfen, weil für mich der Schutz gefährdeter Risikogruppen wichtig ist:

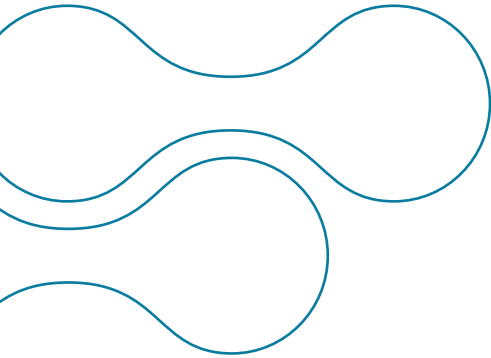


Ich sehe Impfen als eine gemeinschaftliche Aufgabe gegen die Verbreitung von Krankheiten:



0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

■ Stimme überhaupt nicht zu
 ■ Stimme eher nicht zu
 ■ Stimme Teils/teils zu
 ■ Stimme eher zu
 ■ Stimme voll und ganz zu



4.3.9 Umfrageergebnisse zur Gripeschutzimpfung

Im Rahmen der diesjährigen repräsentativen Online-Umfrage von Projekt: Gripeschutz wurden die Befragten ebenfalls nach Gründen für bzw. gegen die Gripeschutzimpfung gefragt. Hauptgründe für die Gripeschutzimpfung sind das Bewusstsein über die Schwere einer Influenza-Erkrankung sowie die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe. Auch der Schutz von Personen im eigenen Umfeld (Gemeinschaftsschutz) wird von vielen Befragten als Grund für die Gripeschutzimpfung genannt. Die Ankündigung einer schweren Grippeperiode sowie die Aufklärung durch medizinisches Fachpersonal gewinnen zudem mit dem Alter an Relevanz (siehe Abb. 21).⁶⁷

79,3 %
der 30- bis
39-Jährigen
hatte keine Zeit
für eine Grippe-
schutzimpfung

Bei den Hauptgründen gegen eine Gripeschutzimpfung spielen eine generelle Zurückhaltung bei Impfungen, Zweifel am Impfschutz und die Angst vor Nebenwirkungen eine zentrale Rolle. Bei den 30- bis 39-Jährigen gaben 79,3 % an, dass sie sich nicht haben impfen lassen, weil sie keine Zeit dafür gehabt hätten. In dieser Altersgruppe wird zudem der mit einer Gripeschutzimpfung verbundene Organisationsaufwand häufiger als in den anderen Altersgruppen als zu hoch empfunden. Eine mangelnde Informationslage spielte nur eine marginale Rolle (siehe Abb. 22).⁶⁷

Die meisten Befragten gaben an, dass sie am ehesten eine ärztliche Empfehlung, die Vermeidung gesundheitlicher Komplikationen und die Kostenübernahme der Impfung durch ihre Krankenkasse dazu motivieren würden, sich in der kommenden Saison 2026/2027 impfen zu lassen (siehe Abb. 23).⁶⁷

In der diesjährigen repräsentativen Online-Umfrage wurden zudem erstmalig impfende Ärzt*innen gefragt, was am ehesten dazu führen würde, dass sie mehr als bisher gegen Influenza impfen (siehe Abb. 18). Von den befragten Ärzt*innen der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin, die in einer Praxis tätig sind, gaben 32,2 % an, dass sie mehr gegen Influenza impfen würden, wenn sie keine Regresse auf Impfstoffverwurf zu befürchten hätten. In beiden Personengruppen ist der Wunsch nach keinen Regressen auf Impfstoffverwurf größer als der Wunsch nach einer höheren Vergütung.⁶⁷ Bis zu einem Fünftel der Befragten wünscht sich zudem einen geringeren administrativen Aufwand.

Was sind Regresse auf Impfstoffverwurf?

Als Impfstoffverwurf bezeichnet man die Entsorgung von Impfstoffen, die nicht mehr verwendet werden können, z. B., weil die Impfsaison beendet ist, ohne verimpft worden zu sein. In der Praxis drohen Ärzt*innen in solchen Fällen gemäß § 106 SGB V sogenannte Regresse: Rückforderungen, mit denen Krankenkassen die Kosten für verworfene Impfstoffe von den behandelnden Praxen zurückverlangen können. Ab wie vielen verworfenen Impfstoffdosen ein Regress ausgesprochen werden kann, ist dabei bis heute rechtlich nicht abschließend geklärt, was in der Auslegung erheblichen Spielraum lässt. Es besteht hierzu keine bundesweit einheitliche Regelung in Deutschland.

Abb. 18: Möglichkeiten zur Steigerung der Impfmotivation bei impfenden Ärzt*innen⁶⁷

zu Abb. 18

Zielgruppen	Allgemein/Innere Medizin	Gesamtergebnis
Strukturelle Hebel bei Ärzt*innen		
Keine Regresse wegen Impfstoffverwurf	32,2 %	29,8 %
Höhere Vergütung	25,7 %	36,4 %
Weniger Zeitbedarf bei Aufklärung	19,6 %	38,4 %
Weniger administrativer Aufwand	19,2 %	34,7 %
Unterstützung durch Politik	11,6 %	0,6 %
Mehr Kapazitäten bei den MFAs	1,9 %	16,9 %
Bonus bei Erreichen von Impfzielen	0,0 %	36,4 %
Gesellschaftliche Hebel bei Impfungen		
Geringere Impfbablehnung in der Gesellschaft	41,2 %	48,0 %
Impfkampagnen vom Bund/BIÖG	30,9 %	25,8 %
Impfkampagnen der Pharmaindustrie	11,6 %	3,7 %
Nichts davon/Weiß nicht/Keine Angabe	20,0 %	8,8 %

Mehr impfende
Ärzt*innen sprechen
sich für keine
Regresse auf Impfstoffverwurf als
für eine höhere
Vergütung aus

Was würde am ehesten dazu
führen, dass Sie mehr als bisher
gegen Grippe impfen?
Auswertung nach: Impfende
Ärzt:innen in Deutschland

zu Abb. 19

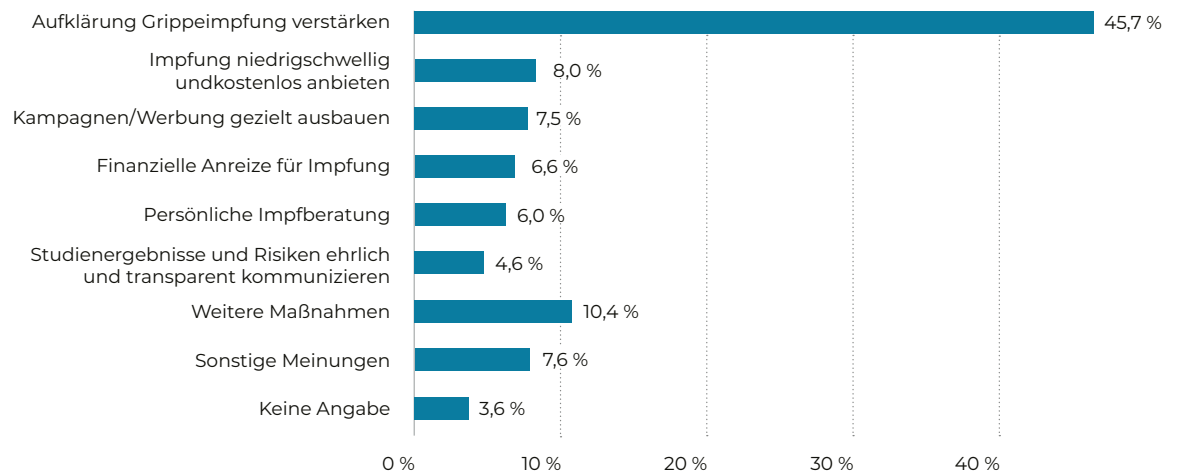
Impfende Ärzt*innen plädieren für mehr Aufklärung, mehr niedrigschwellige Impfangebote und den gezielten Ausbau von Impfkampagnen

Was wäre Ihrer Meinung nach die wirksamste Maßnahme, um den Anteil der Personen, die sich gegen Grippe impfen lassen, zu erhöhen?

Auswertung nach: Impfende Ärzt:innen in Deutschland

Auf die Frage, was die wirksamste Maßnahme wäre, um den Anteil der Personen, die sich gegen die Influenza impfen lassen, zu erhöhen, antworteten 45,7 %, dass die Aufklärung über die Gripeschutzimpfung verstärkt werden müsse (siehe Abb. 19). 8 % der Befragten sprachen sich für niedrigschwellige Impfangebote aus. 7,5 % plädierten dafür, Impfkampagnen und Werbung gezielt auszubauen.⁶⁷

Abb. 19: Maßnahmen zur Erhöhung der Influenza-Impfquote⁶⁷



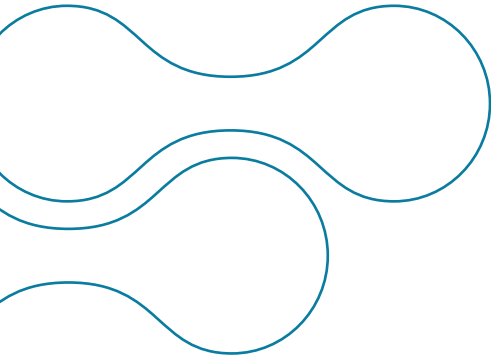
Bewertung der Daten im Vergleich zur Vorsaison

5 In der Saison 2025/2026 gab es im Vergleich zu den Vorsaisons mehrere positive Entwicklungen, u. a. die Bereitstellung zusätzlicher Daten zur Impfakzeptanz in Deutschland durch das RKI (Forschungsprojekt IMPRESS), die Erweiterung der STIKO-Influenza-Impfempfehlung für Personen, die beruflich oder privat häufigen, direkten Kontakt zu Geflügel, Wildvögeln, Schweinen oder Robben haben, sowie die erste Neuzulassung eines Kombinationsimpfstoffs gegen Influenza und COVID-19. Die Influenza-Impfquote fiel jedoch auf den niedrigsten Stand seit 17 Jahren.

Abb. 20: Entwicklungen im Vergleich zu den Vorsaisons

Kategorien	Grippesaison 2023/2024	Grippesaison 2024/2025	Grippesaison 2025/2026
Influenza-Impfquote	38,2 % (über 60-Jährige) Erstattete Impfdosen (GKV): 15,95 Mio. (2023) 14,86 Mio. (2024)	34,0 % (über 60-Jährige) Erstattete Impfdosen (GKV): 14,86 Mio. (2024) 14,33 Mio. (2025)	Wahrscheinlich nochmals gesunkene Impfquoten im Vergleich zur Vorsaison und niedrigere Bestellmengen von Influenza-Impfstoffen.
Differenzierte Daten zur Grippe-schutzimpfung	Einführung des neuen VacMap-Impfdashboards des RKI im Dezember 2023.	Es liegen differenzierte Daten des RKI zur Gripeschutzimpfung der letzten Jahre vor (VacMap).	Es liegen differenzierte Daten des RKI zur Grippe-schutzimpfung der letzten Jahre vor (VacMap). Darüber hinaus veröffentlicht das RKI Daten zur Impfkzeptanz in Deutschland (Forschungsprojekt IMPRESS).
Wahrnehmung der Influenza-Impfkampagnen	Keine Steigerung der Wahrnehmung	Keine Steigerung der Wahrnehmung	Impfkampagne „Zusammen geschützt“ gegen Influenza, COVID-19, RSV und Pneumokokken. Keine Steigerung der Wahrnehmung
Krankenkassen: Erstattung von Influenza-Impfungen für alle Versicherten	Keine Veränderung zur Vorsaison	Keine Veränderung zur Vorsaison	Keine Veränderung zur Vorsaison
Influenza-Impfempfehlungen der STIKO	Keine Veränderung zur Vorsaison, nach wie vor keine allgemeine Impfempfehlung für alle (Unterschiede bei den Landesimpfempfehlungen der Bundesländer)	STIKO empfiehlt trivalente Influenza-Impfstoffe. Gleichwertige Empfehlung von Hochdosis- und MF59-adjuvantiertem Influenza-Impfstoff für Menschen ab 60 Jahren ab Saison 2025/2026.	STIKO empfiehlt eine jährliche Gripeschutzimpfung zusätzlich den Personen, die beruflich oder privat häufigen, direkten Kontakt zu Geflügel, Wildvögeln, Schweinen oder Robben haben
Innovationen im Bereich Influenza-Impfstoffe	Keine Neuzulassungen von Influenza-Impfstoffen im Vergleich zur Vorsaison Zulassungserweiterung bei Altersfreigabe eines Impfstoffs	Keine Neuzulassungen von Influenza-Impfstoffen im Vergleich zur Vorsaison	Neuzulassung von erstem Kombinations-Impfstoff gegen Influenza und COVID-19 (mCombria®).

■ Verbesserung ggü. Vorsaison ■ Verschlechterung ggü. Vorsaison



5.1 Saison 2025/2026:

früher Beginn – durchschnittliche Grippewelle – signifikante Krankheitslast

In der Saison 2025/2026 wurden in Deutschland durchschnittlich viele akute Atemwegserkrankungen gemeldet. Im Vergleich der letzten 10 Jahre handelt es sich um eine durchschnittliche Grippewelle, trotz anfänglicher Befürchtungen eines Mismatches aufgrund der Zirkulation der neu aufgetretenen und aufgrund vielzähliger Mutationen stark abweichenden „Subklade K“. Die Anzahl der laborbestätigten Influenzafälle (245.827 Fälle) liegt rund 60,13 % unter den Zahlen des Vorjahres (> 393.900 Fälle).¹ Frühere Daten aus vorpandemischen Jahren sind nicht vergleichbar, weil sich sowohl die Labordiagnostik als auch das Meldeverhalten deutlich geändert haben. Darüber hinaus wurde seit Beginn der Pandemie deutlich mehr getestet und es wurden mehr Proben an die Labore übermittelt.

Die Grippewelle begann relativ früh in der 48. KW 2025 und endete in der 10. KW 2026. Mit insgesamt 15 Wochen handelt es sich um eine überdurchschnittlich lange Grippewelle. Seit Beginn der Grippewelle wurden überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren, seltener auch Influenza A(H1N1)pdm09-Viren nachgewiesen.

In der Grippezeit 2025/2026 sank der Krankenstand in der arbeitenden Bevölkerung leicht. Dies ist insbesondere auf die im Vergleich zur Vorsaison niedrigere Influenza-Aktivität zurückzuführen. Dennoch stellt die Influenza jedes Jahr die dominierende saisonale respiratorische Krankheitslast dar. Die Grippezeit 2025/2026 zeichnete sich trotz niedrigerer Fallzahlen durch eine hohe Krankheitslast aus. Die Zahl der laborbestätigten Fälle mit Hospitalisierung ist deutlich höher als in der Vorsaison. Mit mindestens 2.176 Todesfällen sind in der abgelaufenen Saison mehr Menschen mit Influenzavirusinfektion gestorben als in der vorherigen schweren Grippezeit 2024/2025.

Die Grippezeit verursacht jedes Jahr eine signifikante und lang andauernde Belastung, auch für Kinder und Familien. Wie die Zahlen aus der Grippezeit 2024/2025 belegen, können Kinder und Jugendliche ebenfalls schwer an der Influenza erkranken, Komplikationen erleiden und versterben. Sie sind durch den Aufenthalt in Gemeinschaftseinrichtungen besonders infektionsgefährdet, aber bislang kaum durch Impfungen geschützt. Die Influenza-Impfquote bei Kindern und Jugendlichen liegt bei unter 5 %, von Kindern und Jugendlichen, die zur Risikogruppe gehören, sind nur rund ein Fünftel geimpft. Wenn Kinder und Jugendliche erkranken, sind zudem Schulausfälle und betriebsbedingte Arbeitsausfälle der Eltern oft die Folge. Es ist davon auszugehen, dass die Zahlen für die Saison 2025/2026 vergleichbar sind. Die Impfung von Kindern und Jugendlichen könnte die Krankheitslast massiv eindämmen.

Hohe Hospitalisierungsrate und Mortalität

trotz durchschnittlicher
Fallzahlen

Die jährliche Grippewelle hat darüber hinaus erhebliche negative Folgen für das deutsche Gesundheitssystem und die deutsche Wirtschaft. Dazu zählen u. a. die Kosten von Influenza-assoziierten Hospitalisierungen (zwischen 3.521 und 4.162 Euro pro Person). Hinzu kommen die vom IfW berechneten jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten von bis zu 40 Mrd. Euro aufgrund von Arbeitsausfällen infolge von Atemwegserkrankungen. Projekt: Gripeschutz vermutet, dass die Kosten in der Grippesaison 2025/2026 aufgrund des etwas niedrigeren Krankenstands durch Atemwegserkrankungen voraussichtlich etwas niedriger, aber dennoch signifikant waren. Die hohen Kosten stellen eine große Herausforderung sowohl für die deutsche Volkswirtschaft als auch für das deutsche Gesundheitswesen dar, insbesondere in den aktuellen Krisenzeiten, in denen die verfügbaren finanziellen Mittel immer knapper werden. Den besten Schutz vor schweren Verläufen bietet die vergleichsweise günstige Gripeschutzimpfung mit durchschnittlichen Kosten zwischen 25 und 35 Euro, die vom Großteil der gesetzlichen Krankenkassen zudem für sämtliche ihrer Patient*innen erstattet werden. Projekt: Gripeschutz folgert daraus: Prävention rechnet sich auch wirtschaftlich – insbesondere in Krisenzeiten, in denen die verfügbaren finanziellen Mittel knapper werden.

5.2 Impfen ist keine Selbstverständlichkeit mehr in Deutschland

Die Influenza-Impfquoten in Deutschland sind seit Jahren zu niedrig. Nach einem pandemiebedingten Hoch während der Saison 2020/2021 sinken die Impfquoten von Jahr zu Jahr. In der Saison 2024/2025 lag die Quote unter den Älteren zuletzt bei 34 % und bei Menschen mit Grunderkrankungen bei 28 %. Im Rest der Bevölkerung wird sie erfahrungsgemäß deutlich niedriger sein. Damit ist sie auf dem niedrigsten Stand seit 17 Jahren. Aus Sicht von Projekt: Gripeschutz lässt die gesunkene Anzahl durch die GKV erstatteter Impfdosen darauf schließen, dass sich dieser Trend fortgesetzt hat und auch in der vergangenen Saison die Influenza-Impfquoten im Vergleich zur Vorsaison weiter gesunken sind. Somit wurde das Impfquotenziel der WHO von 75 % bei Älteren und anderen Risikogruppen erneut deutlich verfehlt. Projekt: Gripeschutz geht davon aus, dass sich dieser besorgniserregende Trend auch in der kommenden Saison weiter fortsetzen wird: Das PEI wies bereits zu Beginn des Jahres 2026 auf die zu niedrige Bestellmenge für die Saison 2026/2027 hin und rief die Ärzt*innen und Apotheker*innen zu höheren Bestellmengen auf.⁶⁶

**Negativtrend bei
Influenza-Impfquoten
setzt sich vorraus-
sichtlich fort**

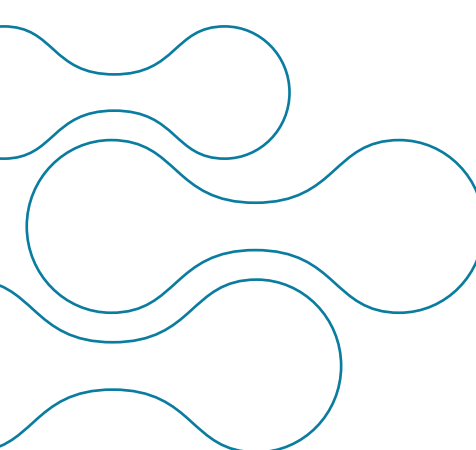
Projekt: Gripeschutz stellt fest: Impfen ist in Deutschland leider keine Selbstverständlichkeit mehr! Die Nachfrage nach Impfungen durch die Patient*innen sinkt. Gleichzeitig sind die Ärzt*innen nahezu zu 100 % mit Kuration beschäftigt. Die Prävention spielt nur eine untergeordnete Rolle. Laut einer Befragung durch die Stiftung Gesundheit im 3. Quartal 2024 halten mehr als die Hälfte der Ärzt*innen den aktuellen Stand der Prävention in Deutschland für schlecht (48,8 %) oder sogar sehr schlecht (6,5 %). Dagegen betrachtet nur jeder Siebte den Stand als gut (12,1 %) oder sehr gut (2,5 %).⁷⁹

Schulung von MFAs

damit diese Impflücken erkennen und eine qualifizierte Impfsprache von Patient*innen übernehmen können

Obwohl die Mehrzahl der Ärzt*innen bereit ist, mehr Präventionsarbeit in Form von Aufklärung zu leisten, tun es nur die wenigsten. Dafür gibt es drei Hauptgründe: Sieben von zehn Ärzt*innen kritisieren, dass Präventionsleistungen nicht oder nur unzureichend vergütet werden (69,9 %). Zwei Drittel der Ärzt*innen haben schlichtweg im Arbeitsalltag keine Zeit für zusätzliche Präventionsaufgaben (66,5 %). Und mehr als jeder zweite Arzt / jede zweite Ärztin gibt an, dass zu viel Bürokratie sie daran hindere (54,8 %). Eine Möglichkeit, um Ärzt*innen zu entlasten, besteht in der Schulung ihrer MFAs, damit diese Impflücken erkennen und eine qualifizierte Impfsprache von Patient*innen übernehmen können.

Projekt: Gripeschutz setzt sich wie auch der ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ für eine Stärkung der Prävention und des Impfens in Deutschland ein,⁸⁰ damit Impfen wieder zu einer Selbstverständlichkeit in Deutschland wird. Projekt: Gripeschutz begrüßt, dass politische Entscheidungsträger*innen und Akteure des Gesundheitswesens den Ernst der Lage inzwischen erkannt haben und damit begonnen haben, neue Initiativen zur Präventionsförderung von politischen auf den Weg zu bringen. Bundesgesundheitsministerin Warken weitet mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG)⁸¹ das niedrighschwellige Impfen in Apotheken aus. Zudem lässt sie den Nationalen Impfplan (NIP)⁸² zeitnah durch die NaLI überarbeiten und plant im November eine Impfkationswoche gegen Atemwegserkrankungen. Die Einführung des elektronischen Impfausweises mit integrierten Reminderfunktionen verzögert sich jedoch. Er wird frühestens im nächsten Jahr in die elektronische Patientenakte integriert. Gleichzeitig setzt die Bayerische Gesundheitsministerin Gerlach den Masterplan Prävention Bayern⁸³ um, der u. a. den regelmäßigen Bayerischen Kongress Prävention und Gesundheitsförderung zur Vernetzung der relevanten Akteure sowie auch einen neuen Fonds zur Förderung von Präventionsprojekten umfasst.



5.3 Niedrigschwellige Impfangebote werden dringend benötigt

Allein durch den fortschreitenden demografischen Wandel wird die Zahl der Menschen in Deutschland, für die eine Influenzainfektion ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf hat, weiter ansteigen. So stellen allein die „Babyboomer“, also die zwischen 1956 und 1964 geborenen Menschen, rund 15 % der deutschen Gesamtbevölkerung. Dies wird neben den gesundheitlichen Folgen für die Patient*innen auch einen Anstieg im Bereich der Behandlungskosten und somit zu einer weiteren Belastung für das Gesundheitssystem (z. B. durch mehr Hospitalisierungen) führen. Eine effektive Influenza-Prävention ist damit wichtiger denn je.

Gleichzeitig spitzt sich auch die Versorgungssituation weiter zu, insbesondere in den hausärztlichen Praxen, was die Zeit für Influenza-Aufklärung, -beratung und letztlich die Impfung weiter verknappt. Über 30 % der Humanmediziner*innen sind 55 oder älter.⁸⁴ Bis 2024 fehlen rund 50.000 Ärzt*innen,⁸⁵ um die Gesundheitsversorgung auf gleichbleibendem Niveau aufrechtzuerhalten. Schon heute sind 4.800 hausärztliche KV-Sitze unbesetzt, bei Hausärzt*innen ist der Anteil der über 60-Jährigen mit 37 % besonders hoch. Wenn immer mehr von ihnen in den Ruhestand gehen, drohe in Deutschland ein Mangel, erklärte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).⁸⁶ Hausärzt*innen spielen jedoch eine zentrale Rolle beim Impfen. Ein Rückgang der hausärztlichen Praxen gefährdet somit die ohnehin schwache Impfprävention.

Die Umfrageergebnisse belegen, dass sich eine Mehrheit der Menschen neben der hausärztlichen Impfung auch für andere und vor allem niedrigschwellige Impfangebote entscheiden würde. In diesem Zusammenhang unterstützt Projekt: Gripeschutz das Impfen in Apotheken und spricht sich ausdrücklich für den Ausbau des Impfens in Betrieben aus, um insbesondere arbeitende Erwachsene zu immunisieren. Aus der diesjährigen repräsentativen Online-Umfrage geht hervor, dass zentrale Gründe für das Nicht-Impfen bei den 30- bis 39-Jährigen ein Mangel an Zeit respektive der mit der Gripeschutzimpfung verbundene organisatorische Aufwand sind. Niedrigschwellige Impfangebote in Apotheken und über Betriebsärzt*innen könnten hier Abhilfe schaffen und dazu beitragen, das erhebliche Delta zwischen den Impfbereiten und denen, die sich tatsächlich impfen lassen, zu schließen. Während der Corona-Pandemie hat sich auch das aufsuchende Impfen, beispielsweise in Form eines mobilen Impfdienstes oder von Impfbussen als wertvoller Baustein der Pandemieprävention herausgestellt.⁸⁷

Den Menschen wird damit ein wohnortnahes, unbürokratisches und flexibles Impfangebot gemacht. Dadurch können vor allem organisatorische Impfhemmnisse abgebaut und selbst ansonsten schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Das aufsuchende Impfen könnte zukünftig wichtiger werden, da andere niedrigschwellige Impfangebote durch Wegfall von hausärztlichen Praxen und Apotheken vor allem im ländlichen Raum ausfallen werden. Projekt: Gripeschutz empfiehlt für die kommenden Saisons, verstärkt aufsuchende Influenza-Impfangebote zu organisieren. Über ein vermehrtes Impfen in Pflegeeinrichtungen könnte zudem der Impfschutz von Menschen in Risikogruppen wie z. B. der über 60-Jährigen sichergestellt werden.

Niedrigschwellige Impfangebote

Überzeugen durch Flexibilität,
bessere Erreichbarkeit und
weniger Bürokratie



5.4 Impfkommunikation verbessern: Zielgruppengerecht und wahrnehmungstark!

Der in Deutschland angewandte Mix an Instrumenten und Anreizsystemen zur Steigerung der Impfquote, inklusive der Impfkampagnen, wurde nicht ausreichend wahrgenommen.

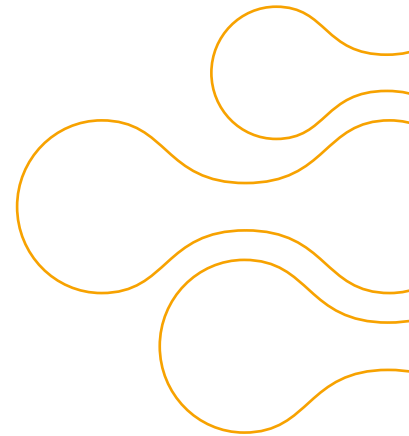
Die vom BIÖG für die Grippesaison 2025/2026 neu entwickelte Impfkampagne „Zusammen geschützt“ gegen Influenza, COVID-19, RSV und Pneumokokken spricht die Zielgruppe nur ungenügend an. In jeder Altersgruppe geben nur ein Fünftel bis ein Drittel an, die Kampagne wahrgenommen zu haben. Auf der anderen Seite sind sich laut den Ergebnissen des Forschungsprojekts IMPRESS 80 % der Menschen in Deutschland der gesundheitlichen Risiken von Infektionskrankheiten bewusst und stehen dem Thema Impfen offen gegenüber. In Zukunft sind daher kreative Ideen und innovative Ansätze erforderlich, um diese Menschen zu aktivieren und somit einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Impfquoten zu leisten. In diesem Zusammenhang begrüßt Projekt: Gripeschutz, dass sich im Rahmen der 9. Nationalen Impfkonzferenz 2026 Entscheidungsträger*innen und Expert*innen aus dem Gesundheitswesen insbesondere darüber ausgetauscht haben, wie die Impfquoten in Deutschland durch innovativere und bessere Kommunikation gesteigert werden können. Projekt: Gripeschutz hofft, dass die diskutierten Ansätze und neue Botschaften wie z. B., dass durch die jährliche Gripeschutzimpfung das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen reduziert werden kann, von den teilnehmenden Akteuren in Zukunft berücksichtigt und die unterschiedlichen Zielgruppen jeweils zielgerichtet angesprochen werden.

Entwicklung neuer Botschaften

z. B., dass durch die jährliche Gripeschutzimpfung das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen reduziert werden kann

5.5 Impfende Ärzt*innen: Mit welchen Hebeln können wir die Influenza-Impfquoten erhöhen?

Aus der diesjährigen Befragung der impfenden Ärzt*innen geht hervor, dass ein zentraler Hebel zur Steigerung der Influenza-Impfquoten im Verzicht – oder zumindest der deutlichen Abmilderung – eines Regressrisikos durch die bloße Anzahl der durch impfende Ärztinnen und Ärzte bestellten Impfstoffdosen besteht. Eine solche Flexibilisierung reduziert das Risiko für die impfenden Ärztinnen und Ärzte spürbar und führt dazu, dass die Impfstoffbestellungen besser an den tatsächlichen Bedarf der kommenden Saison angepasst werden können und Impfstoffengpässen vorgebeugt werden kann. Dadurch entstehen realistische Vorbestellungen, die letztlich zu einer stabilen und patientenorientierten Versorgung – und damit zu steigenden Impfquoten – beitragen. Aktuell gilt: Ärzt*innen bestellen ca. sechs Monate vor der Grippeimpfsaison die Impfdosen für ihre Praxis für die nächste Saison vor. Häufig orientieren sie sich dabei an den Vorjahresmengen. Grundsätzlich sind bei zu viel bestellten Impfstoffdosen Regresse möglich.



Hierzu besagt § 106b SGB V⁸⁸ (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen), dass eine angemessene Überschreitung der Bestellmenge pro Impfsaison gegenüber den verimpften Dosen als nicht unwirtschaftlich gilt. Eine weitere Konkretisierung wird subsidiarisch den Vereinbarungen von Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen überlassen. Insofern gibt es gegenwärtig KV-unterschiedliche Regelungen, wann ein Regress möglich und durchgeführt wird. Diese Regelung führt zu unnötiger Komplexität, erzeugt Unsicherheiten und gefährdet damit die Versorgungssicherheit. Viele Kassenärztliche Vereinigungen halten Ärzt*innen an, Bestellungen auf den Vorjahresverbrauch oder weniger zu begrenzen (Regressschutz). Die Bestellmengen und damit die Impfquoten sinken so von Jahr zu Jahr. In der Grippesaison 2022/2023 betrug der von der KBV gemeldete voraussichtliche Bedarf 20,7 Mio. Impfstoffdosen. Tatsächlich wurden jedoch nur ca. 17,5 Mio. Impfstoffdosen durch die impfenden Ärzt*innen vorbestellt. In der Saison fehlten somit 3,2 Mio. Impfstoffdosen – ein Gap von rund 15,5 % im Vergleich zum Bedarf.

Abschaffung der Regresse auf Impfungen

zur Erhöhung
der Impfquoten

Tatsächlich erfolgen Regresse, die Influenza-Impfstoffe betreffen, quasi nicht. Die Erfahrung zeigt aber, dass nicht der realisierte Regress, sondern vielmehr die Möglichkeit eines Regresses das Bestellverhalten der Ärzt*innen bremst. Sowohl der Bayerische Hausärztinnen- und Hausärzteverband⁸⁹ als auch die KBV⁹⁰ sprechen sich daher für eine Abschaffung der Regresse auf Impfungen aus. Dieser Winter habe eindrücklich gezeigt, wie stark das Regressrisiko die Impfkampagne behindere. Daher gilt: Wer Impfquoten erhöhen will, muss Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, eine höhere Impfnachfrage bedienen zu können und voranzutreiben – dafür müssen die Impfregrisse entweder abgeschafft oder zumindest das Regressrisiko abgemildert werden. Projekt: Gripeschutz schlägt daher vor, im § 106b SGB V Abs. 1a im Satz 2 den Text „in den Impfsaisons 2020/2021 bis 2022/2023“ zu streichen. Somit würde die während der Corona-Pandemie geltende Ausnahmeregel, dass impfende Ärzt*innen bis zu 30 % mehr bestellen und abrechnen dürfen, als sie tatsächlich verimpfen, verstetigt.

Ein Fünftel der impfenden Ärzt*innen würde mehr impfen, wenn sie weniger administrativen Aufwand hätten. Projekt: Gripeschutz empfiehlt die Schulung von MFAs für die Impfansprache von Patient*innen. Als zusätzlichen Anreiz könnten die MFAs zudem auch finanziell am Impferfolg beteiligt werden. Weitere identifizierte Hebel zur Steigerung der Influenza-Impfquoten sind mehr Aufklärung, der Ausbau niedrigschwelliger Impfangebote sowie zielgruppenspezifische Impfkampagnen.



Von der Analyse zu Impulsen

6

Im Rahmen des Gripereports hat das Projekt: Gripeschutz mehrere zentrale **Analyseergebnisse** erarbeitet. Daraus ergeben sich aus der Sicht von Projekt: Gripeschutz unter anderem folgende **Handlungsempfehlungen** für die Politik und relevante Stakeholdergruppen (z. B. Ärzteschaft, Apotheken).

1**ANALYSE-
ERGEBNIS**

Ein zentrales Hindernis für die Akzeptanz der Gripeschutzimpfung sind die offiziellen, komplexen Impfeempfehlungen. Die STIKO empfiehlt sie sehr differenziert für verschiedene Gruppen, u. a. für Menschen über 60 Jahre und Menschen mit Vorerkrankungen. Das Signal an Kinder und jüngere Menschen: Die Impfung braucht ihr nicht. Dabei können auch Kinder und Jugendliche schwer an Influenza erkranken, Komplikationen erleiden und sterben.

De facto können die Indikationen der STIKO jedoch bereits heute auf eine große Mehrheit der deutschen Bevölkerung angewendet werden. Im Sinne einer Vereinfachung und besseren Übersichtlichkeit für Ärzt*innen, Apotheker*innen und Patient*innen bietet sich aus Sicht von Projekt: Gripeschutz daher die Abschaffung der Indikationsimpfung und die Einführung einer allgemeinen Grippeimpfeempfehlung für alle an. Hier lohnt sich ein Blick über den Tellerrand: In Österreich gibt es bereits eine allgemeine Gripeschutzimpfung für alle Personen ab 6 Monaten.⁹¹

Mehrere Bundesländer haben die STIKO in ihren Empfehlungen bereits überholt und empfehlen die Gripeschutzimpfung für alle Altersgruppen. Darüber hinaus erstatten mehr als die Hälfte der gesetzlichen Krankenkassen die Gripeschutzimpfung für alle ihre Versicherten.

**HANDLUNGS-
EMPFEHLUNG****Einführung einer Gripeschutzimpfung für alle,
auch für Kinder und Jugendliche!**

Projekt: Gripeschutz empfiehlt die komplexen Indikations-Empfehlungen der STIKO durch eine Gripeschutzimpfeempfehlung für alle, auch für Kinder und Jugendliche, zu ersetzen, um die Impfraten zu steigern und die Bevölkerung bestmöglich zu schützen.

2

ANALYSE- ERGEBNIS

Impfen ist keine Selbstverständlichkeit mehr in Deutschland. Die Ärzteschaft ist vor allem mit Kuration beschäftigt, für Prävention bleibt wenig Zeit. Aufgrund einer sinkenden Nachfrage werden weniger Impfstoffe bestellt und sinken die bereits jetzt viel zu niedrigen Impfquoten von Jahr zu Jahr weiter. Das WHO-Impfziel von 75 % wird nicht erreicht.

HANDLUNGS- EMPFEHLUNG

Impfen muss wieder zu einer Selbstverständlichkeit in Deutschland werden!

Projekt: Gripeschutz empfiehlt eine Stärkung der Prävention und des Impfens in Deutschland. Die Bundesregierung sollte die Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen weiter priorisieren und das Impfen wieder als selbstverständlichen Teil der Gesundheitsvorsorge etablieren. Dies fordern auch Ärzteschaft und Verbände. Vor dem Hintergrund der aktuellen Krisen und knappen finanziellen Mittel gilt es festzuhalten: Prävention rechnet sich! Ärzt*innen sollten jeden Patientenkontakt nutzen, um über Impfungen aufzuklären und diese durchzuführen. Zudem sollten sie ihre MFAs für die Impfsprache von Patient*innen schulen, um administrative Aufwände zu reduzieren. Als zusätzlichen Anreiz könnten die MFAs zudem auch finanziell am Impferfolg beteiligt werden.

3

ANALYSE- ERGEBNIS

Die jährliche Impfkampagne von BIÖG und RKI spricht die Zielgruppen nicht ausreichend an.

Die niedrige Wahrnehmung der aktuellen Impfkampagne zeigt: Es besteht ein dringender Nachholbedarf bei der Aufklärung über Influenza innerhalb der deutschen Bevölkerung, um die Impfmotivation zu steigern. Hierbei muss auf die Zielgruppen abgestellt werden, ein „One fits all“ läuft ins Leere.

HANDLUNGS- EMPFEHLUNG

Design und Umsetzung besserer und zielgruppenspezifischer Kampagnen zur Gripeschutzimpfung!

Projekt: Gripeschutz empfiehlt das Design und die Umsetzung zielgerichteter Kampagnen zur Influenza-Erkrankung und zur Gripeschutzimpfung: Die Kampagnen sollten gezielt die einzelnen Zielgruppen, z. B. unterschiedliche Altersgruppen, über jeweils passende Medien ansprechen. Wartezimmer-TV, Infos in Bus und Bahn, Plakataktionen mit Slogans, die hängenbleiben, alternative Impfzeiten wie z. B. die „Lange Nacht des Impfens“ in Apotheken, Infos auf Instagram oder TikTok – alles hilft, die Wichtigkeit des Impfens zu betonen und Menschen zu einer Impfung zu bewegen.

Die Krankenkassen sollten die neuen Möglichkeiten durch den § 25b des SGB nutzen, um Patient*innen individuell auf Basis der Gesundheitsdaten direkt anzusprechen (Push-Faktor) und für die Impfung zu sensibilisieren und zu motivieren. Darüber hinaus bietet es sich aus Sicht von Projekt: Gripeschutz ebenfalls an, über Innovationen und Weiterentwicklungen im Bereich der Influenza-Impfstoffe zu informieren, sowohl gegenüber Ärzt*innen als auch Patient*innen, um dadurch das Vertrauen in Impfungen und Impfstoffe zu stärken.

4

ANALYSE- ERGEBNIS

Die Versorgungssituation spitzt sich weiter zu, insbesondere in den hausärztlichen Praxen. Eine Mehrheit der Menschen würde sich neben der hausärztlichen Impfung auch für andere und vor allem niedrigschwellige und aufsuchende Impfangebote entscheiden.

HANDLUNGS- EMPFEHLUNG

Ausbau und Stärkung von niedrigschwelligen und aufsuchenden Impfangeboten!

Parallel zur gezielten Ansprache und Information der Bevölkerung empfiehlt Projekt: Gripeschutz den Ausbau und die Stärkung des niedrigschwelligen Impfens, um den Zugang zur Gripeschutzimpfung zu erleichtern. Dies umfasst u. a. das Impfen in Apotheken, in Betrieben, in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie das aufsuchende Impfen, z. B. mobile Impfangebote, um die Menschen in ihrer Lebensrealität abzuholen und die Impfraten zu erhöhen. Auch andere medizinische Berufsgruppen (u. a. Gynäkolog*innen, Orthopäd*innen, Dermatolog*innen, Zahnheilkunde) sollten verstärkt in die Gripeschutzimpfung mit eingebunden werden.

5

ANALYSE- ERGEBNIS

Ein zentraler Faktor, der das Bestellverhalten von impfenden Ärzt*innen bremst, ist die weit verbreitete Angst vor Regressen auf Impfstoffverwurf, obwohl diese in der Realität quasi nicht stattfinden. Die derzeitige Regelung im § 106 SGB V führt zu unnötiger Komplexität, erzeugt Unsicherheiten und gefährdet damit die Versorgungssicherheit. Viele Kassenärztliche Vereinigungen halten Ärzt*innen zudem an, Bestellungen auf den Vorjahresverbrauch oder weniger zu begrenzen (Regressschutz). Die Bestellmengen und damit die Impfquoten sinken so von Jahr zu Jahr.

Daher gilt: Wer Impfquoten erhöhen will, muss Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, eine höhere Impfnachfrage bedienen zu können und voranzutreiben – dafür müssen die Impfregresse entweder abgeschafft oder zumindest das Regressrisiko abgemildert werden.

HANDLUNGS- EMPFEHLUNG

Regressrisiko auf Impfstoffverwurf abschaffen oder zumindest abmildern!

Projekt: Gripeschutz schlägt daher vor, im § 106b SGB V Abs. 1a im Satz 2 den Text „in den Impfsaisons 2020/2021 bis 2022/2023“ zu streichen. Somit würde die während der Corona-Pandemie geltende Ausnahmeregel, dass impfende Ärzt*innen bis zu 30 % mehr bestellen und abrechnen dürfen, als sie tatsächlich verimpfen, verstetigt.

6

ANALYSE- ERGEBNIS

Die Datenlage zum Thema Influenza und Gripeschutzimpfung hat sich leicht verbessert. Es gibt in einigen Bereichen wochenaktuelle Daten (ARE, AGI) zur Infektionslage. Zudem sind über das Dashboard VacMap einige Daten zur Impfung besser verfügbar, wenn auch noch nicht für die aktuelle Saison. In Zukunft wird das Forschungsdatenzentrum ggf. schneller Daten zur Verfügung stellen.

HANDLUNGS- EMPFEHLUNG

Daten zum Impfgeschehen in den Influenzasaisons schneller und zugänglicher verfügbar machen!

Rechtzeitige Verfügbarkeit und öffentlicher Zugang zu Daten zur Epidemiologie und zum Impfgeschehen innerhalb von Grippezeiten ermöglichen zum einen zeitnahe Korrekturen der Impfstrategie innerhalb einer Saison und zum anderen eine rechtzeitige Maßnahmenplanung auf Basis der Daten für die Folgesaison.

Insbesondere durch Co-Zirkulation mit anderen Erregern, die seit der Coronaviruspandemie deutlich komplexer geworden ist, ist die Beurteilung der Krankheitslast deutlich erschwert.

Wünschenswert ist die Erfassung der realen Durchimpfungsraten. Das COVID-19-Impfdashboard der Bundesregierung, das bis zum 8. April 2023 tagesaktuell den Impfstatus der in Deutschland lebenden Menschen darstellte, ist ein exzellentes Beispiel, wie dies aussehen kann. Es wäre vorteilhaft, wenn dieses weitergeführt und weitere Impfungen (u. a. Influenza) integriert würden. Das RKI stellt bereits umfangreiche Daten im Rahmen des Impfquoten-Monitorings zur Verfügung. Projekt: Gripeschutz empfiehlt das bestehende Monitoring zu einer systematischen Erfassung von Impfquoten, schweren Verläufen, Komplikationen und Todesfällen in allen Altersgruppen, inklusive Kinder und Jugendliche, weiterzuentwickeln.

In diesem Zusammenhang wäre auch das Thema Impfregister erneut zu diskutieren. Alternativ müssten die Abrechnungsdaten der Krankenversicherungen sehr zeitnah zur Verfügung stehen. Der Zugang zu Gesundheitsdaten sollte vereinfacht und relevante Daten für Entscheidungsträger zeitnaher veröffentlicht werden. Dies würde rechtzeitige Planungen für die Folgesaison ermöglichen.

7 Anlagen

Abb. 21: Gründe für das Impfen⁶⁷

zu Abb. 21

Hauptgründe für die Gripeschutzimpfung

sind das Bewusstsein über die Schwere einer Influenza-Erkrankung, die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe sowie der Schutz von Personen im eigenen Umfeld (Gemeinschaftsschutz).

Was waren für Sie die wichtigsten Gründe dafür, sich in der Saison 2025/2026 gegen Grippe impfen zu lassen?

Zielgruppen	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	Risiko- gruppe
Bewusstsein über Schwere der Krankheit	42,9 %	58,2 %	70,2 %	61,9 %	60,4 %	53,4 %	67,6 %
Ankündigung einer schweren Grippewelle	0 %	19,9 %	8,8 %	13,3 %	15,5 %	21,5 %	13,3 %
Aufklärung durch medizinisches Fachpersonal	20,4 %	0 %	6,3 %	15,6 %	16,9 %	18,5 %	14,4 %
Einfacher Zugang (z. B. am Arbeitsplatz)	0 %	19,5 %	15,3 %	5,0 %	2,9 %	3,4 %	5,6 %
Gehöre der Risikogruppe an	7,7 %	46,7 %	46,6 %	60,6 %	66,9 %	60,5 %	70,2 %
Schutz von Personen in meinem Umfeld	52,1 %	31,0 %	40,6 %	37,1 %	33,9 %	27,1 %	33,1 %
Aus anderen Gründen	2,0 %	13,4 %	15,3 %	8,0 %	8,6 %	6,6 %	11,4 %
Weiß nicht/Keine Angabe	0 %	10,0 %	0,8 %	2,9 %	2,0 %	2,7 %	0,5 %

Abb. 22: Gründe für Nicht-Impfung⁶⁷

zu Abb. 22

Hauptgründe gegen eine Gripeschutzimpfung

sind eine generelle Zurückhaltung bei Impfungen, Zweifel am Impfschutz sowie die Angst vor Nebenwirkungen

Was waren für Sie die wichtigsten Gründe dafür, sich in der Saison 2025/2026 nicht gegen Grippe impfen zu lassen?

Habe dafür keine Zeit
30–39-Jährige:

79,3 %

Zielgruppen	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	Risiko- gruppe
Finde Erkrankung für mich ungefährlich	20,0 %	10,0 %	22,9 %	9,6 %	13,2 %	13,0 %	4,9 %
Generelle Zurückhaltung bei Impfungen	0 %	12,7 %	18,1 %	18,3 %	21,3 %	29,3 %	12,8 %
Fühle mich nicht gut genug informiert	0 %	5,1 %	6,6 %	2,4 %	4,0 %	2,4 %	2,4 %
Gehöre Risikogruppe nicht an	21,1 %	17,7 %	7,2 %	5,9 %	4,1 %	9,0 %	2,8 %
Habe dafür keine Zeit	79,3 %	17,7 %	9,6 %	11,5 %	1,6 %	6,6 %	12,1 %
Zu hoher Organisationsaufwand	20,1 %	0,6 %	16,2 %	1,1 %	4,4 %	2,8 %	6,6 %
Zweifel an Schutz durch Impfung	26,5 %	12,5 %	15,2 %	25,8 %	28,5 %	16,9 %	24,6 %
Angst vor Nebenwirkungen	0 %	12,4 %	21,8 %	15,8 %	22,9 %	17,2 %	24,4 %
Habe zuletzt schon viele Impfungen erhalten	0 %	10,4 %	5,8 %	13,7 %	14,2 %	15,3 %	8,8 %
Angst vor Spritzen	0 %	0 %	0 %	6,2 %	0,7 %	3,5 %	1,2 %
Aus anderen Gründen	26,1 %	29,9 %	37,8 %	27,9 %	27,7 %	12,6 %	40,3 %
Weiß nicht/Keine Angabe	0 %	2,6 %	2,2 %	3,4 %	8,4 %	14,2 %	5,0 %

Abb. 23: Anreize für eine Gripeschutzimpfung 2026/2027⁶⁷

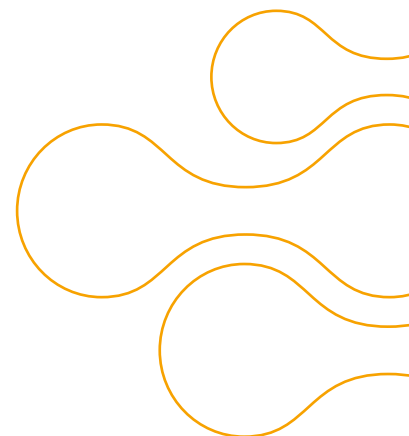
zu Abb. 23

Zielgruppen	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	Risiko- gruppe
Hebel im Gesundheitssystem								
Empfehlung durch Arzt/Ärztin	28,9 %	10,0 %	13,7 %	32,1 %	35,6 %	35,7 %	42,3 %	37,3 %
Mehr leicht erreichbare Impfangebote	8,3 %	5,5 %	13,3 %	5,5 %	5,4 %	3,2 %	2,7 %	6,4 %
Aufklärung über eigene Risiken bei Erkrankung	16,5 %	9,1 %	7,8 %	4,3 %	8,6 %	8,9 %	9,2 %	12,6 %
Altersgruppenspezifische Kampagnen	8,0 %	11,7 %	0 %	1,7 %	7,7 %	11,1 %	14,0 %	9,9 %
STIKO Impf-Empfehlung für alle	4,1 %	7,2 %	7,4 %	12,6 %	12,6 %	13,5 %	15,9 %	15,6 %
Empfehlung von meiner Krankenkasse	12,4 %	11,1 %	0,3 %	4,9 %	4,2 %	3,2 %	5,6 %	2,8 %
Kostenübernahme durch meine Krankenkasse	36,6 %	20,6 %	20,7 %	18,7 %	15,9 %	14,2 %	11,8 %	20,3 %
Gesellschaftliche Hebel								
Vermeidung gesundheitlicher Komplikationen	25,3 %	16,3 %	20,5 %	25,3 %	35,6 %	37,2 %	37,1 %	42,1 %
Verhinderung der Ansteckung anderer	16,5 %	22,0 %	5,7 %	20,2 %	19,5 %	19,2 %	18,8 %	22,4 %
Vorhergegangene Grippeerkrankung	0 %	6,5 %	0,8 %	15,0 %	7,7 %	5,6 %	6,0 %	10,5 %
Nichts davon/Weiß nicht/ Keine Angabe	33,7 %	42,6 %	57,8 %	35,6 %	30,0 %	27,9 %	19,3 %	20,6 %

Anreize für eine Gripeschutzimpfung

Die Mehrheit der Befragten würde sich am ehesten aufgrund einer ärztlichen Empfehlung, zur Vermeidung gesundheitlicher Komplikationen und bei einer Kostenübernahme für die Impfung durch ihre Krankenkasse zu einer Gripeschutzimpfung in der kommenden Grippezeit motivieren lassen.

Was würde Sie am ehesten motivieren, sich in der Grippezeit 2026/2027 gegen Grippe impfen zu lassen?



8 Referenzen

- 1 NaLI. Influenza – Gemeldete Influenza-Krankheitsfälle in Deutschland. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.nali-impfen.de/monitoring-daten/krankheitsfaelle-in-deutschland/influenza
- 2 ECDC. Factsheet about seasonal influenza. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts/factsheet
- 3 RKI. VacMap. Impfdashboard. Influenza – Standardimpfungen bei Erwachsenen und Indikationsimpfungen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/Erw_Maindashboard
- 4 ECDC. Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries, 2024/25. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/seasonal-influenza-recommendation-coverage-2025.pdf
- 5 OECD. Influenza Vaccination Rates. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.oecd.org/en/data/indicators/influenza-vaccination-rates.html
- 6 Gov.UK. Seasonal influenza vaccine uptake in GP patients in England: winter season 2024 to 2025. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.gov.uk/government/statistics/seasonal-influenza-vaccine-uptake-in-gp-patients-winter-season-2024-to-2025/seasonal-influenza-vaccine-uptake-in-gp-patients-in-england-winter-season-2024-to-2025
- 7 CDC. Flu Vaccination Coverage, United States, 2023–24 Influenza Season. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.cdc.gov/fluview/coverage-by-season/2023-2024.html
- 8 RKI. Epidemiologisches Bulletin 50/2025. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/50_25.pdf?__blob=publicationFile&v=5
- 9 RKI. Arbeitsgemeinschaft Influenza. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2018/19. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>
- 10 RKI. SurvStat@RKI 2.0. Web-basierte Abfrage der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG). Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 survstat.rki.de
- 11 RKI. Epidemiologisches Bulletin. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/epidemiologisches-bulletin-node.html
- 12 RKI. Wochenberichte der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI). <https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>
- 13 PEI. Saisonale Influenza 2025/2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/influenza-grippe/influenza-node.html
- 14 NaLI. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.nali-impfen.de
- 15 Insight Health, vfa (2026). vfa-Impfdashboard. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.vfa.de/de/gesundheits-versorgung/impfen/impfverordnungen-deutschland
- 16 Benkert, T. (Präsident der Bundesapothekerkammer). Symposium „Impfen in Apotheken“. 21. März 2023. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pressetermine/2023/BAK-Symposium_2023/BAK-Symposium-2023-Benkert.pdf
- 17 ECDC. Surveillance for seasonal influenza. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/surveillance-reports-and-disease-data
- 18 RKI. Warum wir uns impfen lassen und wann wir zögern. Ergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS: Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern. Schwerpunkt: Allgemeinbevölkerung. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Forschungsprojekte/IMPRESS/Folien-Ergebnisse-Allgemeinbevölkerung.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- 19 RKI. Fachausdrücke. Infektionsschutzgesetz. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 <https://influenza.rki.de/Glossar.aspx>
- 20 RKI. GrippeWeb-Wochenbericht KW 15/2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 edoc.rki.de/handle/176904/13623
- 21 RKI. ARE-Wochenbericht KW15/2026. Arbeitsgemeinschaft Influenza. Robert Koch-Institut. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 edoc.rki.de/handle/176904/13617
- 22 RKI. SARI-Krankenhaus-Sentinel. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Sentinels-Surveillance-Panel/SARI-Krankenhaus-Sentinel/sari-krankenhaus-sentinel-node.html
- 23 Pharmazeutische Zeitung (19.11.2025). Grippeviren. Neue Influenza-H3N2-Subklade breitet sich aus. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pharmazeutische-zeitung.de/neue-influenza-h3n2-subklade-breitet-sich-aus
- 24 RKI. ARE-Wochenbericht KW14/2026. Arbeitsgemeinschaft Influenza. Robert Koch-Institut. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 edoc.rki.de/handle/176904/13610
- 25 RKI. ARE-Wochenbericht KW20/2025. Arbeitsgemeinschaft Influenza. Robert Koch-Institut. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 edoc.rki.de/handle/176904/12717
- 26 RKI. SARI-Krankenhaus-Sentinel. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Sentinels-Surveillance-Panel/SARI-Krankenhaus-Sentinel/sari-krankenhaus-sentinel-node.html
- 27 RKI. FAQ. Was ist das Nowcasting in der SARI-Krankenhaus-Surveillance? Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16955062
- 28 RKI. ARE-Wochenbericht KW06/2026. Arbeitsgemeinschaft Influenza. Robert Koch-Institut. Abbildung 10. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 edoc.rki.de/handle/176904/13320
- 29 Destatis (Statistisches Bundesamt). Sterbefallzahlen und Übersterblichkeit. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html
- 30 RKI. ARE-Wochenbericht KW19/2026. Arbeitsgemeinschaft Influenza. Robert Koch-Institut. Abbildung 10. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 edoc.rki.de/handle/176904/13741
- 31 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Pressemeldung. Intensiv- und Notfallmediziner der DIVI fordern: STIKO-Empfehlung für Influenza-Impfung für alle ab dem 6. Lebensmonat. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.divi.de/pressemeldungen/pm-intensiv-und-notfallmediziner-der-divi-fordern-stiko-empfehlung-fuer-influenza-impfung-fuer-alle-ab-dem-6-lebensmonat
- 32 Techniker Krankenkasse (23.12.2025). Pressemitteilung. Leichter Rückgang beim Krankenstand – besonders Fehltag aufgrund von Grippe und Co. gehen zurück. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/rueckgang-krankentand-2025-2210312
- 33 Stolpe, M. Mögliche volkswirtschaftliche Kosten einer potenziell schweren Grippeperiode und anderer Atemwegserkrankungen in der Saison 2022/23 in Deutschland. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.kielinstitut.de/de/publikationen/moegliche-volkswirtschaftliche-kosten-einer-potentiell-schweren-grippeperiode-und-anderer-atemwegserkrankungen-in-der-saison-2022-23-in-deutschland-11609
- 34 Welt (30.12.2023). Jeder Zehnte ist krank – diese Rechnung zeigt die wahren Kosten der Grippeperiode. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.welt.de/wirtschaft/plus249279072/Jeder-Zehnte-ist-krank-diese-Rechnung-zeigt-die-wahren-Kosten-der-Grippeperiode.html
- 35 BKK Dachverband. Statistik. Monatlicher Krankenstand. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.bkk-dachverband.de/statistik/monatlicher-krankentand
- 36 Sanofi. Flunomics. Translated Scorecards. Germany. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.sanofi.com/assets/dotcom/content-app/articles/your-health/2025/flunomics/translated-scorecards/flunomics-country-scorecards-germany-de.pdf
- 37 KV Berlin. Sonderausgabe: Influenza-Impfstoffe für die Saison 2025/2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.kvberlin.de/verordnungs-news-nr-8-september-2025-sonderausgabe-influenza-impfstoffe-saison-2025/26
- 38 World Health Organisation (28.02.2025). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2025–2026 northern hemisphere influenza season. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-nh-influenza-season
- 39 World Health Organisation (27.02.2026). Recommendations for influenza vaccine composition for the 2026–2027 northern hemisphere season. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.who.int/news/item/27-02-2026-recommendations-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-2027-northern-hemisphere-season
- 40 Kassenärztliche Vereinigung Berlin (29.01.2025). Sonderausgabe: Influenza-Impfstoffe für die Saison 2025/2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.kvberlin.de/verordnungs-news-nr-1-januar-2025-sonderausgabe-influenza-impfstoffe-saison-2025-26
- 41 Pharmazeutische Zeitung (23.04.2026). mCombrinax® von Moderna. Kombinationsimpfstoff mCombrinax® zugelassen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pharmazeutische-zeitung.de/kombinationsimpfstoff-mcombrinax-zugelassen-164689
- 42 RKI. Epidemiologisches Bulletin 04/2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/04_26.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- 43 RKI. Epidemiologisches Bulletin 29/2025. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/29_25.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- 44 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V. Verfügbar unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-4056/SI-RL_2025-12-18_ik-2026-02-18.pdf
- 45 EMA. Flud Tetra. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/flud-tetra
- 46 Frey SE, et al. Vaccine. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25045825

IMPRESSUM

Herausgeber:
Projekt: Gripeschutz
www.projektgripeschutz.de

Ansprechpartner:
Prof. Dr. Klaus Wahle
Sprecher der Gruppe

Postanschrift:
KREAB c/o CBE DIGIDEN AG
Lützowstr. 106 | 10785 Berlin
gripeschutz@kreab.com

Dieses Projekt wurde gesponsort von CSL Seqirus und AstraZeneca.

47 Wong, S.-S. & Webby, R. J. (2013). Clinical Microbiology Reviews; Vol. 26, No. 13, 476-492. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 doi.org/10.1128/cmr.00097-12

48 CDC. Cell-Based Flu Vaccines. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.cdc.gov/flu/vaccine-types/cell-based.html

49 HPR. Eflueda SmPC. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.hpra.ie/find-a-medicine/for-human-use/authorised-medicines/details/42192

50 CDC. Recombinant Influenza Vaccine. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.cdc.gov/flu/vaccine-types/flublok-vaccine.html

51 EMA. Supemtek. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/supemtek-epar-public-assessment-report_en.pdf

52 Rajaram S, et al. Ther Adv Vaccines Immunother. 2020 Feb. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2515135520908121

53 Eurosurveillance. Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2026.317.2600109

54 Europäische Kommission. Influenza. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 health.ec.europa.eu/vaccination/influenza_de

55 Eurosurveillance. Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2026.317.2600109

56 Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. Psychological Review, 63(2), 81-97. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0043158

57 Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. Jährlich gegen Grippe impfen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 soziales.thueringen.de/gesundheitsimpfen

58 Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt. Öffentlich empfohlene Impfungen nach dem Infektionsschutzgesetz in Sachsen-Anhalt. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 lwa.sachsen-anhalt.de/das-lwa/soziales/impfschaeden/oeffentlich-empfohlene-impfungen

59 Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. Impfpflicht. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.gesunde.sachsen.de/impfpflicht-4652.html

60 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. Wichtiger Schutz vor ansteckenden Krankheiten. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/gesundheitschutz/impfen

61 Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Saarland. Impfpflichten. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.saarland.de/masfg/DE/portale/gesundheitspraevention/leistungenabisz/gesundheitschutz/impfungen

62 ECDC. Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-report-national-seasonal-influenza-vaccination-recommendations

63 SGB, § 25b SGB V Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/25b.html

64 vdek (02.04.2024). Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html

65 PEI. Saisonale Influenza 2024/2025. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/influenza-grippe/vorsaisons/influenza-saisonal-2024-2025-inhalt.html

66 PEI. Bestellung von Grippe-Impfstoffen durch Ärztinnen, Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker sollte umgehend erfolgen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2026/260317-aufruf-bestellung-grippe-impfstoffe.html

67 Civey. Umfrageergebnisse. Gripeschutzsaison 2025/2026. Befragungszeitraum: 11.03.2026-23.04.2026

68 ABDA. Gripeschutzimpfungen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.abda.de/themen/gripeschutzimpfungen

69 Pharmazeutische Zeitung (04.11.2024). Rund 200.000 Impfungen in Apotheken. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pharmazeutische-zeitung.de/rund-200000-impfungen-in-apotheken-151124

70 Pharmazeutische Zeitung (27.01.2026). Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pharmazeutische-zeitung.de/doppelt-so-viele-grippeimpfungen-in-apotheken-wie-202425-162283

71 Werthner et al. Client satisfaction, safety, and insights from a three-season survey on influenza vaccinations delivered at community pharmacies in Germany. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X2401332X

72 NaLi. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BfÖG) startet Kampagne „Zusammen geschützt“ gegen Grippe, COVID-19, RSV und Pneumokokken. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.nali-impfen.de/infos-service/nachrichten/artikel/bundesinstitut-fuer-oeffentliche-gesundheit-startet-kampagne-zusammen-geschuetzt-gegen-grippe-covid-19-rsv-und-pneumokokken

73 PEI. Wir kommen der Grippe zuvor. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.pei.de/DE/newsroom/pm/jahr/2012/06-wir-kommen-der-grippe-zuvor.html

74 BfÖG. Der Grippe-Impfcheck. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.infektionsschutz.de/impfchecks/grippe-impfcheck

75 Deutsche Apotheker Zeitung (07.10.2024). Die „Lange Nacht des Impfens“ kommt gut an. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/10/07/gnekow-und-lucas-erfreut-ueber-hohe-frequenz-bei-impf-nacht

76 RKI. RKI-Impfquotenmonitoring. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Impfquoten/KV-Impfsurveillance-node.html

77 RKI. IMPRESS: Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern. Integration eines Impfpflicht-Monitorings im RKI-Panel. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Forschungsprojekte/IMPRESS/IMPRESS-inhalt.html

78 Geiger et al. (2021). Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.researchgate.net/publication/351060423_Measuring_the_7Cs_of_Vaccination_Readiness

79 Stiftung Gesundheit. Im Fokus: Ärzte sehen Prävention als Gemeinschaftsaufgabe. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.stiftung-gesundheit.de/analysen-studien-im-fokus-q3-2024-aerzte-praevention

80 Expertenrat „Gesundheit und Resilienz“. 11. Stellungnahme. Stärkung der Resilienz durch Impfen und Hygiene. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2334074/a73b9832bdec933487a3e5a7ce49fae/2025-02-10-11-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1

81 BMG. Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVVG). Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/apovvg

82 NaLi. Nationaler Impfplan (NIP) & Nationaler Aktionsplan Masern/Röteln (NAP). Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.nali-impfen.de/hali/nationaler-impfplan-nip-nationaler-aktionsplan-nap

83 Bayerische Staatsregierung. Masterplan Prävention Bayern. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.bestellen.bayern.de/stmgp_praev_001

84 Deutsches Ärzteblatt (06.05.2024). Ärzte warnen vor Ruhestandswelle: Mehr Steuerung im Blick. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.aerzteblatt.de/news/aerzte-warnen-vor-ruhestandswelle-mehr-steuerung-im-blick-5c39ffd0-22ff-46a6-9c26-974c387eb97e

85 praktischerArzt (05.12.2025). Befragung: Nur jeder zweite Arzt will seine Praxis bis zum Ruhestand fortzuführen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.praktischerArzt.de/magazin/befragung-arzt-praxis-ruhestand

86 Deutsches Ärzteblatt (06.05.2024). Ärzte warnen vor Ruhestandswelle: Mehr Steuerung im Blick. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.aerzteblatt.de/nachrichten/151166/Aerzte-warnen-vor-Ruhestandswelle-Mehr-Steuerung-im-Blick?

87 Die Zeit. Mehr als 120.000 Corona-Schutzimpfungen in Impfbussen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.zeit.de/news/2021-11/26/mehr-als-120000-corona-schutzimpfungen-in-impfbussen?

88 Sozialgesetzbuch V, §106b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/106b.html

89 Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzterverband (20.01.2026). „Wer die Impfquote erhöhen will, muss Sanktionen für Praxen abschaffen“. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.hausaerzte-bayern.de/aktuelles/presse/4987-hausaerzinnen-und-hausaerzterverband-wer-die-impfquote-erhoehen-will-muss-sanktionen-fuer-praxen-abschaffen

90 KBV (29.01.2026). Knapper Grippeimpfstoff: KBV fordert erneut Abschaffung der Regresse. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/01-29/knapper-grippeimpfstoff-kbv-fordert-erneut-abschaffung-der-regresse

91 Sozialministerium Österreich. Impfplan 2025/2026. Zuletzt aufgerufen: Juni 2026 www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html

GRIPPE REPORT
20
26

