

Die zentralen Fakten auf einen Blick



NNV: number needed to vaccinate

Wieviele Menschen müssen geimpft werden, damit ein Infektions- oder Todesfall weniger auftritt?

42 bei älteren Erwachsenen gegen Influenza-like-Illness, 55 (95% KI, 39-198) gegen laborbestätigte Infektionen bei Schwangeren bei einem erhöhten Risiko von Nebenwirkungen (Cochrane-Review)



CFR: Fallsterblichkeit

Wieviel Prozent der erkrankten versterben im Durchschnitt?

6,7 % (krankenhausbezogen)



Impfempfehlung

Seit wann wird die Impfung von der StIKO empfohlen?

1982 für chronisch Kranke, Personen ≥ 60 Jahre und medizinisches Personal (BRD), 2010 für Schwangere



Impfquote

Wie hoch ist der Anteil der Geimpften in der Bevölkerung?

\emptyset 56 % des Klinikpersonals hat sich in der Saison 2024/2025 laut einer Umfrage des RKIs impfen lassen (-2 % im Vergleich zum Vorjahr), bei der Gruppe der Ärzte war die Impfquote mit 80,8 % wesentlich höher (-0,2 % im Vergleich zum Vorjahr)



Jährliche Erkrankungen

Wieviele Infektionen gibt es in Deutschland pro Jahr?

Je nach Saison von 2001 bis 2024 zwischen 1,34 und 419,05 Fällen pro 100.000 Einwohner



Herdenimmunität

Gibt es einen Schutz vor weiterer Verbreitung, wenn genügend Menschen geimpft sind?

Keine Herdenimmunität möglich

Erkrankung

Erreger

Saisonal auftretende, behüllte, einzelsträngige RNA-Viren der Familie Orthomyxoviridae. Man unterscheidet vier Typen: A, B, C und D. Für den Menschen sind vor allem die Influenza-Viren A und B klinisch relevant.

Infektionsmodus

Übertragung primär durch Tröpfchen, aber auch über Aerosole, direkten Kontakt mit infizierten Personen oder kontaminierten Gegenständen. Limitierte Evidenz zur Ausscheidung von Viren vor Symptombeginn. Die ausgeschiedene Viren-Menge und damit das Infektionsrisiko ist höher, wenn die Symptome einer Influenza-Erkrankung stärker ausgeprägt sind. Die gemittelte Ausscheidungsdauer wird mit 5 bis 7 Tagen angenommen. Menschen mit Immundefizienz oder Vorerkrankungen (z. B. Übergewicht) scheinen Influenza-Viren länger auszuschleiden.

Inkubationszeit

Mit durchschnittlich 1 bis 2 Tagen (Spannweite 1 bis 4 Tage) sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen kurz im Vergleich zu anderen Viren.

Erkrankungsverlauf

Als Faustregel gibt das RKI an: Je ein Drittel erkrankt mit Symptomen, entwickelt eine milde Erkältungskrankheit oder hat keine Symptome. Andere Untersuchungen sprechen von etwa 75 % symptomfrei Infizierten. Bei Symptomen kommt es zu einem plötzlichen Auftreten der Erkrankung: Fiebergefühl, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, schwere Myalgie, Unwohlsein und/oder Anorexie. Zusätzlich können auch Husten, Nasensekrete, Halsschmerzen und Augensymptome wie Photophobie auftreten. Die Schwere der Erkrankung wird durch Fieber, Kopfschmerzen und Myalgie bestimmt. Laut RKI sind schwere Verläufe selten. Die von trockenem Husten und Unwohlsein geprägte Rekonvaleszenzphase kann einige Wochen andauern.

Impfung

In jeder Saison werden in Deutschland neue trivalente und quadrivalente Impfstoffe mit Stammanpassung gegen Influenza zugelassen. Auch geimpfte Personen können sich infizieren, die Impfstoffe sollen primär vor Erkrankung (Influenza-like-Illness) schützen. Es gibt kaum Evidenz dafür, dass die Impfstoffe eine Herdenimmunität vermitteln oder ausreichend Schutz vor Ansteckung bieten. Teilweise werden negative Impfstoffeffektivitäten ermittelt, wie etwa in einem systematischen Review des ECDC und einer prospektiven Kohortenstudie der Cleveland-Klinik. Wegen der

hohen antigenetischen Variabilität von Influenza-Viren gibt die WHO jährlich eine Prognose/Schätzung zur Zusammensetzung von Grippeimpfstoffen für die Hersteller ab. Daher kann es zu einem „mismatch“ (fehlende Übereinstimmung) zwischen Antigenen im Impfstoff und den tatsächlich zirkulierenden Virussubtypen kommen. Forscher sprechen mittlerweile von einer „unvorhersagbaren Natur“ der Viren und der Impfeffektivität. Impfstoff-Hersteller arbeiten an modRNA-Alternativen zu den herkömmlichen Influenza-Impfstoffen, die alle bekannten Influenza-A-Subtypen und Influenza B-Linien abdecken sollen.

Die STIKO-Empfehlungen

Empfohlen wird eine saisonale Impfung für: Personen, die 60 Jahre oder älter sind bzw. auch Personen, die in Alters- oder Pflegeheimen leben; Personen, die Grunderkrankungen aufweisen, auch Kinder ab dem 6. Lebensmonat; Personen, die als Infektionsquelle ein Risiko für andere im Haushalt lebende Personen darstellen (z. B. Pfleger); Personen, die ein beruflich erhöhtes Risiko aufweisen (z. B. medizinisches Personal); Schwangere, die sich im 2. Trimenon befinden (Schwangere mit erhöhtem Risiko durch eine Grunderkrankung im 1. Trimenon). Die Impfung soll im Spätherbst (Mitte Oktober bis Mitte Dezember) einmalig verabreicht werden. Für Personen ab 60 J. gibt es aufgrund ihrer reduzierten Immunantwort einen „Hochdosis-Impfstoff“, der mit mehr lokalen Nebenwirkungen (Schmerzen, Rötung, Schwellung) einhergeht.

Kritik an den STIKO-Empfehlungen

Die Impf-Empfehlungen werden auch anhand statistischer Hochrechnungen über mögliche Influenza-Todesfälle abgeleitet. Die Methodik gilt nicht als evidenzbasiert, da sie eine Schätzung darstellt und nicht auf sicherem medizinischen Erfahrungswissen beruht. Auch wenn bestimmte Personengruppen ein höheres Risiko für einen schweren Influenza-Verlauf aufweisen, handelt es sich bei der „echten Grippe“ um eine insgesamt milde Erkrankung, die selten schwer verläuft. Die vorhandene Evidenz zu Influenza-Impfstoffen ist mit Blick auf die Vermeidung von Infektionen, Hospitalisierung und Tod mehr als dürftig; sie wird weiter eingeschränkt, da es in bis zu zwei Dritteln der Fälle zu einem „mismatch“ kommen kann. Unklar ist das Nutzen-Risiko-Profil aufgrund der starken Untererfassung potentieller Nebenwirkungen. Zudem muss geklärt werden, inwiefern die Schutzwirkung bei jährlicher Verabreichung abnimmt. Insgesamt sind die Impfempfehlungen mit der aktuellen Evidenzlage nicht in Einklang zu bringen.

Ausführliche Informationen zu Krankheit und Impfung mit Quellenangaben:

<https://äfi.de/influenza>