

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 20/4673 –**

Saisonale Influenza-Impfstoffversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Dass die Grippe (Influenza) mehr ist als eine Erkältung, zeigt ein Blick zurück auf die Grippewelle 2017/2018 mit geschätzt mehr als 25 000 Grippetoten (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106375/Grippewelle-war-toedlichste-in-30-Jahren>). Die Erfahrungen mit den jährlich wiederkehrenden Grippeepidemien und jetzt auch mit der COVID-19-Pandemie belegen, wie notwendig eine vorausschauende Produktionsplanung für die Herstellung angepasster Impfstoffe ist, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, weil die Entwicklung und Produktion von Impfstoffen ein komplexer Prozess ist. Bei Grippeimpfstoffen geht man von einer mindestens sechsmonatigen Produktionszeit aus, basierend auf entsprechenden Bestellungen der Ärzteschaft, denn Impfstoffe lassen sich nicht „einfach über Nacht“ nachproduzieren (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/11/19/warum-laesst-sich-grippeimpfstoff-nicht-einfach-nachproduzieren/chapter:all>).

Die Beobachtung des Grippegeschehens auf der Südhalbkugel ist entscheidend für die Vorbereitungen auf die Grippewelle auf der Nordhalbkugel. Zum Start der Grippesaison auf der Südhalbkugel (dieses Jahr im Mai) gab es einen sehr frühen und sehr starken Anstieg von Grippefällen, der eine schwere Grippewelle 2022/2023 auf der Nordhalbkugel und damit auch in Deutschland erwarten lässt (<https://www.darkdaily.com/2022/10/03/australias-severe-flu-season-could-be-a-harbinger-of-increased-influenza-cases-in-us-and-canada-strain-already-burdened-clinical-laboratories/>). Australien bot daher kurzfristig in mehreren Bundesstaaten eine kostenlose, jedoch zeitlich limitierte Grippeimpfung für all jene an, die keinen Zugang zum nationalen Immunisierungsprogramm (NIP) mit kostenlosen Impfungen hatten, wodurch die Ausbreitung und der Anstieg der Fallzahlen erfolgreich eingedämmt werden konnte (https://www.premier.tas.gov.au/site_resources_2015/additional_releases/free_flu_vaccines_to_be_available_at_pharmacies_and_gp_clinics). Einige europäische Länder haben darauf bereits reagiert: Österreich setzt zum Beispiel ab Herbst 2023 auf eine Impfung für alle zur Erhöhung der Impfquote. Für die gerade angelaufene Impfsaison konnte dies aufgrund der langen Produktionsvorläufe nicht umgesetzt werden (https://www.sozialministerium.at/Services/Neuigkeiten-und-Termine/Archiv-2022/Juli-2022/oeffentliches_impfprogramm.html); in Großbritannien werden kostenlose Gripeschutzimpfungen für

alle Menschen über 50 statt erst ab 65 Jahre angeboten (<https://www.bbc.com/news/health-53847025>).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bewertet die Kommunikation für eine kombinierte Impfung von COVID-19-Booster und Influenza-Impfung für diesen Herbst und Winter als besonders relevant (<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/working-together-towards-covid-19-and-seasonal-influenza-vaccinations-winter>), auch die Ständige Impfkommission (STIKO) hält eine parallele Impfung gegen beide Infektionen (Co-Administration) für unproblematisch (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/39_21.pdf?__blob=publicationFile).

In vielen Ländern, wie zum Beispiel in Großbritannien (<https://vk.ovg.ox.ac.uk/vk/inactivated-flu-vaccine>), Frankreich (<https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Grippe>), Australien (<https://www.health.gov.au/health-topics/immunisation/vaccines/influenza-flu-vaccine>) oder den USA (https://www.cdc.gov/flu/prevent/qa_fluzone.htm) gibt es Empfehlungen für verschiedene Influenza-Impfstoffe für ältere Menschen, womit nach Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller ein robustes und nachhaltiges Gripeschutzprogramm gesichert ist. Deutschland verlässt sich hingegen in einem Sonderweg auf nur einen Impfstoff, für den eine STIKO-Empfehlung vorliegt (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/01_21.pdf?__blob=publicationFile), welche vom Gemeinsamen Bundesausschuss so in die Schutzimpfungsrichtlinie übernommen wurde und damit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden kann (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4671/2021-01-21_SI-RL_Influenza-HD_BAnz.pdf).

Impfstoffhersteller sind nach Kenntnis der Fragestellerinnen und Fragesteller angewiesen auf möglichst transparente und zeitnahe Informationen über die Zeit- und Arbeitspläne der STIKO sowie ihre Entscheidungsprozesse, insbesondere auch, was die Produktionsmenge oder das Verfahren der Kommission bei der Bewertungspriorisierung von Impfstoffen betrifft. Das erschwert aus Sicht der Hersteller oftmals eine verlässliche Planung mit klaren Rahmenbedingungen, auch für die bestellenden Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker, was im Ergebnis vor allem die Versorgungssicherheit und Lieferbarkeit bei Impfstoffen gefährdet (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/197440/Gripeschutzimpfung-Entscheidung-fuer-naechste-Saison>). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im letzten Jahr die Gefährdung der Versorgungs- und Lieferbarkeit durch die fehlende STIKO-Empfehlung für einen weiteren Influenza-Impfstoff erkannt und als Ersatz dafür am 10. März 2021 eine Rechtsverordnung erlassen, die eine Verschreibung von weiteren Impfstoffen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht. Die Rechtsverordnung gilt jeweils für ein Jahr, ist bisher einmal verlängert worden und läuft nach jetzigem Stand am 31. März 2023 aus (https://www.kbv.de/html/1150_57165.php).

Ein weiteres Problem, die Versorgungssicherheit und Lieferbarkeit bei Impfstoffen betreffend, ist aus Sicht der Fragestellerinnen und Fragesteller das relativ statische Ablaufschema für die Impfstoffproduktion, die in einem auf wenige Monate beschränkten Zeitfenster stattfindet: Im Februar eines Jahres legt die WHO die Influenza-Virusstämme für die kommende Impfsaison fest. Danach erst kann die Produktion umfassend anlaufen, sodass die Impfstoffe im September geliefert werden, rechtzeitig zum Start der Impfsaison im Oktober. Die Produktion ist grundsätzlich störanfällig, weil in einer Vielzahl von Einzelschritten ein biologisches Produkt entsteht (<https://www.deutsche-apotheke-r-zeitung.de/news/artikel/2018/11/19/warum-laesst-sich-grippeimpfstoff-nicht-einfach-nachproduzieren/chapter:all>). Für den Fall eines Lieferengpasses gewährleistet aktuell die bis Ende März 2022 bestehende Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums den Anspruch auf den Einsatz anderer Grippeimpfstoffe. Diese sieht vor, dass in einem solchen Fall alle weiteren Influenza-Impfstoffe, die für Ältere zugelassen sind, zu Lasten der GKV verimpft werden dürfen. In der Realität ist das nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller jedoch nicht umsetzbar, weil im Falle eines mindestens 14-

tägigen (offiziell festgestellten) Lieferengpasses, der in der Regel erst in der laufenden Impfsaison sichtbar wird, aufgrund des oben benannten komplexen Produktionsprozesses keine alternativen Impfstoffe kurzfristig nachproduziert werden können. Das birgt nach Meinung der Fragestellerinnen und Fragesteller das Risiko, dass sich die sowieso schon geringe Impfquote noch weiter reduziert.

Das Ausweichen auf einen standarddosierten Grippeimpfstoff für die besonders gefährdete Zielgruppe der ab 60-Jährigen kann deshalb entsprechend den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI; <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/Hochdosis-Impfstoffe/FAQ-Liste.html>) aus fachlicher Sicht (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2021/02/26/ist-ein-ausweichen-auf-andere-grippeimpfstoffe-wirklich-unmoeglich>) nur eine Notlösung sein; dem Risiko eines Lieferengpasses hätte nach Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller hier durch die Bereitstellung weiterer zugelassener hochwirksamer Impfstoffe für Ältere (<https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2022/220824-influenzasaison-2022-2023-freigabe-erste-grippeimpfstoff-chargen.html>) – zusätzlich zu dem einzigen derzeit angebotenen altersindizierten Impfstoff „Efluelda“ – besser vorgebeugt werden können (<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/adjuvantierter-grippeimpfstoff-nicht-schlechter-als-hoch-dosierter-133453/>).

Die Veröffentlichung der Grippeimpfquoten erfolgt zudem nach Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller mit zu großem Zeitverzug zur eigentlichen Grippesaison, um eine adäquate Impfsurveillance abzubilden und eine risikogruppen- und altersgruppenspezifische Kampagne zu gewährleisten: Die entsprechenden Daten werden in der RKI-Impfsurveillance auf der Basis von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) und ergänzenden Online-Befragungen ermittelt. Die aktuellen Zahlen des RKI (Stand: 16. September 2022, <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ14.html>) beziehen sich auf die Grippesaison 2020/2021.

1. Mit welchen Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, Deutschland auf die bevorstehende Grippeepidemie vorzubereiten?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit Oktober 2022 in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut (RKI) die jährliche reichweitenstarke Informationskampagne zur Gripeschutzimpfung durch. Die Kampagne adressiert die Bevölkerungsgruppen, für die es eine Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) gibt (Personen ab 60 Jahren, chronisch Kranke, Schwangere sowie medizinisches Personal).

Im Jahr 2022 wurde eine zielgruppenspezifische neue Motivlinie mit vier neuen Motiven entwickelt. Die Kampagne umfasst Großflächenplakate, digitale Citylight-Plakate in Innenstädten, Social-Media-Informationen, Printanzeigen in Anzeigenblättern (für die Zielgruppe Personen ab 60 Jahren) sowie Broschüren für Schwangere und Wartezimmerplakate in gynäkologischen Praxen. Alle bereitgestellten Printmedien stehen kostenfrei im BZgA-Shop unter <https://shop.bzga.de/alle-kategorien/impfungen-und-persoener-infektionsschutz/grippeimpfung-zur-verfuegung>. Außerdem werden sie als PDF zum Download angeboten.

Auf seinen Social-Media-Kanälen und der Internetseite <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/> kommuniziert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aktiv und zielgruppenspezifisch zur Prävention von Influenza, um einer Überlastung von Krankenhäusern und des Gesundheitssystems im Allgemeinen entgegenzuwirken. Insbesondere in den Herbst- und Wintermonaten wird verstärkt auf Schutzmaßnahmen und Impfmöglichkeiten gegen Influenza hingewiesen.

2. Stehen nach Kenntnis der Bundesregierung ausreichend Grippeimpfstoffe zur Verfügung, um alle Impfwilligen mit Gripeschutzimpfungen zu versorgen?

In der laufenden Saison werden nach Kenntnis der Bundesregierung genügend Grippeimpfstoffe für impfwillige Personen, die zu dem von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Personenkreis gehören, zur Verfügung stehen.

3. Inwiefern hält es die Bundesregierung für sinnvoll, dass sich auch Erwachsene gegen Influenza impfen lassen, die nicht zu besonderen Risikogruppen gehören und für die keine explizite Impfempfehlung der STIKO vorliegt?

Die STIKO entwickelt Impfempfehlungen für Deutschland und berücksichtigt dabei nicht nur deren Nutzen für das geimpfte Individuum, sondern auch für die gesamte Bevölkerung. Die STIKO orientiert sich dabei an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Während für die Zulassung einer Impfung deren Wirksamkeit (zumeist im Vergleich zu Placebo), deren Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität relevant sind, analysiert die STIKO darauf aufbauend neben dem individuellen Nutzen-Risiko-Verhältnis auch die Epidemiologie auf Bevölkerungsebene und die Effekte einer flächendeckenden Impfstrategie für Deutschland.

Durch die STIKO wird darauf hingewiesen, dass eine ausstehende Impfempfehlung die impfende Ärztin oder den impfenden Arzt nicht von einer begründeten Impfung abhalten soll. Es liegt in der ärztlichen Verantwortung, Patientinnen und Patienten auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen und auf Basis der fachlichen Kompetenz und nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten zu entscheiden, welche geeignete Impfung im Einzelfall zu wählen ist.

4. Wie häufig tritt bei Menschen unter 60 Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung ein schwerer und wie häufig ein tödlicher Krankheitsverlauf bei Influenza und wie häufig bei COVID-19 auf?

Grundsätzlich schwankt die Letalität (Anteil erkrankter Personen, die versterben) bei saisonaler Influenza je nach Saison bzw. Welle erheblich (siehe z. B. Saisonbericht der Influenza, 2018/19 (<https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>)). Es wird geschätzt, dass die Influenza-assoziierten Todesfälle der saisonalen Influenza aus den Jahren 1999 bis 2015 in Europa mit etwa 6 Prozent die „jüngere“ Bevölkerung betreffen (< 65 Jahre).

Bis Juli 2022 gab es ca. 145 000 übermittelte COVID-19-Todesfälle (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html). Über die auf der RKI-Internetseite zur Verfügung gestellten Daten zur Anzahl an das RKI übermittelter, verstorbener COVID-19-Fälle beträgt der Anteil an Verstorbenen unter 60 Jahren davon in etwa 5 Prozent (Kalenderwoche (KW) 10/2020 bis KW45/2022).

Die Häufigkeit der schweren und tödlich verlaufenden Fälle zwischen saisonaler Influenza und COVID-19 können nicht anhand der Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz verglichen werden. Sowohl die Krankheitsform (sekundäre bakterielle Pneumonie versus primärer viraler Pneumonie als häufigste Komplikation schwerer Verläufe), Meldepflicht (Arzt- und Labormeldepflicht bei COVID-19 versus Labormeldepflicht bei saisonaler Influenza) wie auch die

Teststrategie und Testkapazitäten sind bei Corona bzw. Influenza zu unterschiedlich.

5. Inwieweit ist es seitens des Bundesministeriums für Gesundheit geplant, die derzeit laufende bundesweite Corona-Kampagne „Ich schütze mich“ mit einer Werbung für die gleichzeitig angebotene Gripeschutzimpfung zu verknüpfen?

Falls das nicht geplant ist, warum wurde darauf verzichtet?

Im Rahmen der Kampagne „Ich schütze mich“ kommen 84 Personen zu Wort, die repräsentativ für die Bevölkerung von 84 Millionen Menschen in Deutschland stehen. Sie benennen die Gründe, weshalb sie sich vor einer COVID-19-Infektion schützen. Die als „Mut- und Mitmach-Impfkampagne“ konzipierte Kampagne ist eine von zwei Kommunikationslinien, die im Rahmen der Informations- und Aufklärungsmaßnahmen zum Coronavirus und zur Corona-Schutzimpfung im zweiten Halbjahr 2022 realisiert werden. Wie bereits in den Jahren zuvor soll sie die Menschen in Deutschland dafür sensibilisieren, sich im Hinblick auf das erhöhte Infektionsrisiko in kalten Jahreszeit wirksam zu schützen. Um sicherzustellen, dass dieses Ziel erreicht wird, müssen die kommunizierten Botschaften klar und eindeutig verständlich sein. Wirkungsvoll sind Kampagnen mit eindeutiger Botschaft. Eine Vermischung verschiedener Kampagnenziele sollte generell vermieden werden. Daher wurde davon abgesehen, neben der zentralen Botschaft – dem Schutz vor einer COVID-19-Infektion und möglicher Folgen – auf die Gripeschutzimpfung einzugehen.

Vielmehr findet – um auch mit klaren Botschaften für die Gripeschutzimpfung zu sensibilisieren – eine umfassende Aufklärung im Zuge der bundesweiten Kampagne zur Gripeschutzimpfung statt.

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

6. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung zu erwarten, dass die seit 2008/2009 von ca. 48 Prozent bis 2018/2019 auf ca. 35 Prozent gesunkene Grippeimpfquote von Personen im Alter von über 60 Jahren in diesem Jahr wieder höher liegen könnte (<https://www.deutschlandfunk.de/grippe-schutz-waehrend-der-corona-pandemie-fuer-wen-die-100.html>)?

Daten zu Gripeschutz-Impfquoten können der KV-Impfsurveillance entnommen werden. Die Daten zu Impfquoten der Gripeschutzimpfung werden mit einem Zeitverzug von ca. 6 Monaten veröffentlicht. Aktuell liegen daher Daten bis zur Wintersaison 2021/2022 vor. In der Wintersaison 2008/2009 lag die Impfquote bei Personen ab 60 Jahren bundesweit bei 51 Prozent. Die Impfquote sank bis zur Wintersaison 2017/2018 auf einen Tiefstwert von 36 Prozent. In der Wintersaison 2020/2021 stieg die Impfquote auf 47 Prozent. Zur Wintersaison 2021/2022 betrug diese 43 Prozent.

7. Wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die seit 2006 laufende Gripeschutzkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Robert Koch-Instituts zur Steigerung der Impfquote?

Hat die Bundesregierung diese Kampagne jemals evaluiert oder plant sie dieses, und wenn nein, warum nicht?

Alle Plakatmotive der BZgA durchlaufen ein standardisiertes Pretest-Verfahren, in dem überprüft wird, ob die Plakate für eine wirksame Kampagne in der Öff-

fentlichkeit geeignet sind. Jeweils neue Motivlinien für die BZgA-Grippe-schutzkampagne wurden in den Jahren 2011, 2015, 2020 und 2022 entwickelt und getestet. Eine umfassende Evaluation der Printmedien der Kampagne – wie Broschüren, Faltblätter, Praxisposter – wurde im Jahr 2018 mit Fokusgruppen, Onlinebefragungen sowie Kurzfragebögen auf Fachkongressen durchgeführt. Neue Medien werden regelmäßig im Entwicklungsprozess evaluiert.

8. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung eine Neuauflage dieser Grippe-schutzkampagne geplant, wenn ja, wann soll sie starten?

Eine neue Motivlinie der Grippe-schutzkampagne ist für die Wintersaison 2024/2025 geplant.

9. Plant die Bundesregierung, für die Grippe-schutzimpfung explizit auch bei Menschen zu werben, für die die Impfung nicht ausdrücklich empfohlen wird?

Die BZgA richtet sich mit ihrer Grippe-schutzkampagne an Menschen, für die es eine Impfempfehlung der STIKO gibt. Mit der reichweitenstarken und in der Öffentlichkeit präsenten Grippe-schutzkampagne der BZgA werden aber auch über die adressierten Kernzielgruppen hinaus weitere Menschen, die nicht zur Kernzielgruppe zählen, für das Thema Grippe-schutzimpfung sensibilisiert.

Des Weiteren wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

10. Welche Rolle wird in Zukunft ggf. das im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vereinbarte Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit bei der Kommunikation von Impfempfehlungen an die (Fach-)Öffentlichkeit und bei den Werbekampagnen zur Erreichung der Impfziele einnehmen?

Die Frage nach einer Rolle des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit im Sinne der Fragestellung kann erst nach Errichtung des Instituts beantwortet werden.

11. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung eine Neubewertung der Influenza-Impfstoffe durch die STIKO geplant, wenn ja, wann?

Die STIKO priorisiert die zu bearbeitenden Themen im Rahmen der jeweiligen Berufenungsperiode. Die aktuelle Berufenungsperiode der STIKO läuft im Frühjahr 2023 aus.

12. Wann hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die STIKO zuletzt damit beschäftigt, ob die aktuellen bzw. prognostizierten epidemischen Entwicklungen bei Influenza zu einer anderen Impfempfehlung führen könnten?

Die STIKO hat sich im Jahr 2020 letztmalig mit der Impfempfehlung zu Influenza beschäftigt. Damals wurde geprüft, ob die Influenza-Hochdosisimpfstoffe im Vergleich zu den konventionellen Influenza-Impfstoffen einen besseren Schutz bieten. Aufgrund der besseren Wirksamkeit der Hochdosisimpfstoffe hat die STIKO ihre Influenza-Impfempfehlung im Januar 2021 angepasst und empfiehlt seitdem allen Personen ab 60 Jahren im Herbst eine jährliche Impfung gegen die saisonale Influenza mit einem inaktivierten, quadrivalenten In-

fluenza-Hochdosisimpfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination.

13. Welchen Einfluss hat nach Kenntnis der Bundesregierung ggf. die mögliche Gleichzeitigkeit einer Influenza- und Corona-Welle auf die Impfempfehlungen?

In der aktuellen Wintersaison 2022/23 können sich die Empfehlungen zur Influenza-Impfung und zur COVID-19-Auffrischimpfung gegenseitig begünstigen. Suchen Patientinnen und Patienten eine Impfstelle auf, um sich gegen Influenza impfen zu lassen, kann ebenfalls der COVID-19-Impfstatus überprüft und ggf. eine fällige Impfung verabreicht werden und umgekehrt.

14. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Entscheidung der STIKO zu begründen, dass älteren Menschen in Deutschland – anders als in anderen Ländern – keine Auswahl, sondern nur ein altersgerechter Influenza-Impfstoff angeboten wird?

Die STIKO hat die Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit der Gripeschutzimpfung auf Basis ihrer Methodik geprüft. Dabei hat sie festgestellt, dass im Vergleich zu konventionellen Influenza-Impfstoffen die Influenza-Hochdosisimpfstoffe eine geringfügige, aber signifikante Überlegenheit der Impfeffektivität bei älteren Menschen aufweisen. Aufgrund der Häufigkeit und Schwere von Influenza-Infektionen in der älteren Bevölkerung zeigen mathematische Modellberechnungen, dass auch bei einer nur geringfügig höheren Impfeffektivität eine relevante Anzahl an Influenza-bedingten Arztkonsultationen, Hospitalisierungen und Todesfällen zusätzlich verhindert werden kann. Für ältere Menschen in Deutschland empfiehlt die STIKO den Influenza-Impfstoff, der den effektivsten Impfschutz vermittelt.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 15 verwiesen.

15. Welche Maßnahmen unternimmt die Bundesregierung, um die Verabreichung weiterer Influenza-Impfstoffe für ältere Menschen zu Lasten der GKV zu ermöglichen und damit möglichen Lieferverzögerungen bzw. Lieferausfällen im Sinne der Versorgungssicherheit entgegenzuwirken?

Ist kein für die jeweilige Indikation und das Alter zugelassener Impfstoff mit vergleichbarer Antigenzusammensetzung verfügbar, gibt die STIKO-Empfehlungen an, wie alternativ – unter Verwendung anderer verfügbarer Impfstoffe – ein Impfschutz sichergestellt werden kann (https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Lieferengpaesse/Lieferengpaesse_node.html). Seit Januar 2021 empfiehlt die STIKO allen Personen ab 60 Jahren im Herbst eine jährliche Impfung gegen die saisonale Influenza mit einem inaktivierten, quadrivalenten Influenza-Hochdosisimpfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination. Kommt es zu einem Lieferengpass, so sollte von Influenza-Hochdosisimpfstoffen auf inaktivierte, quadrivalente Influenza-Impfstoffe zurückgegriffen werden (unter Beachtung von Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Personengruppen gemäß Fachinformationen). Somit kann im Falle eines Lieferengpasses von quadrivalentem Influenza-Hochdosisimpfstoff sichergestellt werden, dass selbst bei der Verwendung von konventionellen quadrivalenten Impfstoffen für Personen ab 60 Jahren eine – wenn auch leicht niedrigere – Schutzwirkung erzielt werden kann.

Mit der „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern“ wird ermöglicht, dass Versicherte ab 60 Jahren neben dem Anspruch

auf den o. a. Hochdosisimpfstoff auch Anspruch auf die inaktivierten, quadrivalenten Influenza-Impfstoffe haben, da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) entsprechend der STIKO-Empfehlung zur Gripeschutzimpfung seit der Grippezeit 2021/22 für Versicherte ab 60 Jahren nur den Anspruch auf den Influenza-Hochdosisimpfstoff verankert hat. Zur Begründung der STIKO-Empfehlung wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen. Der Anspruch auf einen Influenza-Hochdosisimpfstoff bleibt von o. a. Verordnung unberührt.

16. Sind aus Sicht der Bundesregierung Maßnahmen denkbar, um die Transparenz zu erhöhen, was die Zeit- und Arbeitspläne sowie die Entscheidungsprozesse der STIKO betrifft, um so die Planungssicherheit auf Seiten der Impfstoffhersteller zu verbessern und die Versorgungssicherheit und Lieferbarkeit bei Impfstoffen zu stabilisieren, und wenn ja, welche?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion CDU/CSU auf Bundestagsdrucksache 20/2953 verwiesen.

Die Entwicklung der Impfeempfehlungen durch die STIKO ist in einer Standardvorgehensweise (SOP) festgelegt. Die SOP ist öffentlich einsehbar (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Aufgaben_Methoden/SOP.pdf?__blob=publicationFile).

Auch die Protokolle inkl. Tagesordnungen der Sitzungen werden auf den Internetseiten der STIKO veröffentlicht (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Protokolle/protokolle_node.html).

17. Hat die Bundesregierung Informationen darüber, ob die Verwendung von mRNA-basierten Impfstoffen für die Planungs- und Versorgungssicherheit bei saisonalen Gripeschutzimpfungen Vorteile brächte, und wenn ja, welche?

Nach Kenntnis der Bundesregierung befinden sich derzeit bei mehreren pharmazeutischen Unternehmen mRNA-basierte Impfstoffkandidaten in der Entwicklung. Vorteile dieser Impfstofftechnologie könnten eine schnellere Möglichkeit der Anpassung an Virusvarianten, eine bessere Skalierbarkeit bei der Produktion und eine Verbreiterung des Immunschutzes sein. Die Entwicklungen bleiben jedoch zunächst abzuwarten.

18. Welche diesbezüglichen Forschungsinitiativen sind der Bundesregierung bekannt, und beteiligt sich die Bundesregierung bzw. die EU-Kommission – nach Kenntnis der Bundesregierung – an der Entwicklung, und wenn ja, wie (bitte einzelne Förderungsbeträge auflisten)?
19. Unternehmen die Bundesregierung bzw. – nach Kenntnis der Bundesregierung – die EU-Kommission etwas dafür, dass die Ergebnisse der öffentlich geförderten Forschung zu mRNA-basierten Grippeimpfstoffen
 - a) vollständig öffentlich zugänglich sind,
 - b) in öffentlich gehaltenen Patenten münden,
 - c) durch Lizenzvergaben weltweit zur Verfügung stehen,und wenn ja, was?

Die Fragen 18 und 19 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine aktuellen, über die Antwort zu Frage 17 hinausgehende Erkenntnisse im Sinne der Fragestellung vor.

20. Werden die STIKO-Mitglieder nach Kenntnis der Bundesregierung in der 2023 beginnenden neuen Berufungsperiode eine neue Priorisierung der Bewertungsverfahren für Impfstoffe vornehmen oder zunächst die aus der letzten Berufungsperiode noch ausstehenden Verfahren zu Ende führen?

Die aktuell laufenden Verfahren werden abgeschlossen.

Des Weiteren wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

21. Was sind aus Sicht der Bundesregierung die Gründe dafür, die Rechtsverordnung, die eine Verschreibung weiterer Grippeimpfstoffe zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, nicht bis zu einer erneuten Bewertung durch die STIKO in Kraft zu lassen, sondern sie auf ein Jahr zu begrenzen?

Die erneute Verlängerung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern in der Grippezeit 2023/2024 wurde geprüft und im Ergebnis abgelehnt. Hierfür sprachen der Ausnahmecharakter der Verordnung, die bereits erfolgte Verlängerung, der zwischenzeitlich eingetretene Zeitablauf nach Empfehlung des Hochdosisimpfstoffs durch die Ständige Impfkommission (STIKO) und deren Übernahme in die G-BA-Schutzimpfungsrichtlinie sowie die nach zwei Jahren erfolgte Markt- und Produktionsanpassung.

22. Welche der derzeit 97 gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen ggf. nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten der Grippeimpfung auch für Versicherte außerhalb der STIKO-Impfempfehlung im Rahmen von Satzungsleistungen?

Nach § 20i Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) können die Krankenkassen in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorsehen. Aktuelle Informationen, welche der Krankenkassen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, liegen der Bundesregierung nicht vor.

23. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Lieferengpass-Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses und den damit verbundenen Risiken, dass im Falle eines mindestens 14-tägigen (offiziell festgestellten) Lieferengpasses in einer laufenden Impfsaison eine Nachproduktion als nicht umsetzbar bewertet wird (https://www.barmerr.de/gesundheits-verstehen/impfen/lieferengpaesse-bei-impfungen-1057038#Wann_kommt_es_zu_Engpu00E4ssen_bei_der_Impfstoff_Lieferung-1057038)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 15 verwiesen.

24. Welche Maßnahmen sind aus Sicht der Bundesregierung notwendig, um eine praktikable Überwindung akuter Impfstoffengpässe zu gewährleisten, damit die medizinisch gebotene und politisch gewollte Erhöhung der Gripeschutzimpfquote nicht in Gefahr gerät?

Das BMG hatte neben dem Erlass der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern zur Sicherstellung der Versorgung während der COVID-19-Pandemie für die Grippesaison 2020/2021 und 2021/2022 eine zusätzliche Reserve an Grippeimpfstoffen aus Bundesmitteln beschafft und den Reservezuschlag für die Bestellungen der Ärzte nach § 106b Absatz 1a SGB V in den Impfsaisons 2020/2021 bis 2022/2023 auf 30 Prozent angehoben. Grundsätzlich obliegt es den Herstellern und den am Bestellprozess Beteiligten, für eine ausreichende Verfügbarkeit an Grippeimpfstoffen Sorge zu tragen.

25. Teilt die Bundesregierung die Bewertung der Fragestellerinnen und Fragesteller, dass ein um zwei Jahre verschobenes Monitoring der Grippeimpfquoten keine ausreichende Grundlage für eine valide Impfsurveillance ist?

Die Daten der KV-Impfsurveillance werden regelmäßig an das RKI übermittelt. Mit Hilfe der Daten aus der KV-Impfsurveillance, die die Leistungen gegenüber allen gesetzlich Krankenversicherten widerspiegeln, lassen sich Impfquoten, die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Erkrankungszahlen repräsentativ für alle Bundesländer bis auf Kreisebene und für verschiedene Altersgruppen abschätzen. Die Analyse dieser Versorgungsdaten kann fehlende epidemiologische und gesundheitspolitische Informationen liefern und Datenlücken schließen.

26. Ist es aus Sicht der Bundesregierung denkbar, hier ein ähnlich zeitnahes Monitoring wie bei COVID-19 zu etablieren, und wenn ja, welche Maßnahmen wären dazu aus Sicht der Bundesregierung nötig?

Für die Bekämpfung einer Pandemie und bei der Einführung neuer Impfstoffe ist eine zeitnahe Bewertung der Inanspruchnahme sowie der Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe essentiell. Dazu kommt, dass weitere Leistungserbringer, die ihre Leistungen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen, im Rahmen der Pandemiebekämpfung an der COVID-19-Impfkampagne mitgewirkt haben. Vor diesem Hintergrund wurde ein Meldesystem aufgebaut, das eine tägliche Übermittlung der Impfdaten aller impfenden Stellen ermöglicht.

Grundsätzlich ist eine zügige Erfassung wünschenswert. Diese ist jedoch nicht nur von rechtlichen und technischen Voraussetzungen, sondern auch der personellen Ausstattung in den impfenden Stellen abhängig. Mit der KV-Impf-

surveillance, die die bereits vorliegenden Abrechnungsdaten nutzt, liegt prinzipiell ein aufwandsarmes Instrument zur Erfassung der Impfquoten vor.

Des Weiteren wird auf die Antwort zu Frage 25 verwiesen.

27. Wie viele Apotheken stehen nach Kenntnis der Bundesregierung in der Grippesaison 2022/2023 zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen bereit, und wie viele davon bieten gleichzeitig COVID-19-Schutzimpfungen an (bitte nach Bundesländern auflühren)?

Der Bundesregierung liegen keine Daten dazu vor, wie viele Apotheken in der Grippesaison 2022/2023 beabsichtigen, Gripeschutzimpfungen und ggf. gleichzeitig Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV2 anzubieten.

28. Ist die Zahl der Apotheken, die Gripeschutzimpfungen bzw. gleichzeitig COVID-19-Schutzimpfungen anbieten, nach Kenntnis und aus Sicht der Bundesregierung ausreichend für die Erreichung der in der Resolution der Europäischen Union (2009/1019/EU) bzw. der Weltgesundheitsversammlung (WHA 56.19) definierten Impfziele (Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 1 bis 3 auf Bundestagsdrucksache 19/320)?

Mit der Einbeziehung der Apotheken in die Regelversorgung mit Gripeschutzimpfungen wird aus Sicht der Bundesregierung der Bevölkerung ein zusätzliches niedrighwelliges Impfangebot unterbreitet. Sie leistet im Zusammenspiel mit der Ärzteschaft einen Beitrag zur Erhöhung der Impfquote.

29. Welche Maßnahmen sind aus Sicht der Bundesregierung notwendig, um die Impfquote in Arztpraxen und Apotheken weiter zu erhöhen?

Um die Influenza-Impfquote in Arztpraxen, Betrieben und Apotheken zu erhöhen, sollte auch weiterhin zielgruppengenaue und aktiv kommuniziert werden.

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

