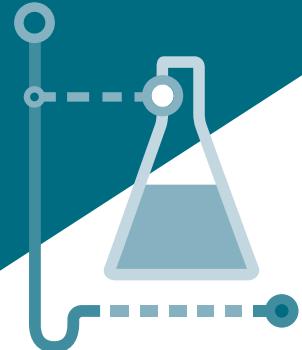


Daniel Grandt, Veronika Lappe, Ingrid Schubert

**Fokus Impfen**

Arzneimittelreport 2025

Influenza-Impfung: Impfquote immer noch weit hinter den Zielen zurück



Einleitung

Zu Influenza und zur Impfung gegen Influenza ist eigentlich schon alles gesagt. Und auch wiederholte Hinweise auf die jedes Jahr zu niedrigen Impfquoten gibt es repetitiv. Warum dann dieser Artikel? Erstens, weil er den Blick auf besonders gefährdete Patientengruppen richtet: auf Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und auf Personen in stationärer Pflege, um damit die Frage zu beantworten, ob wir nicht den am meisten gefährdeten Patientengruppen beim Impfen zu wenig Aufmerksamkeit zukommen lassen. Zweitens, weil er „Real-World-Data“ zu der seit dem 1. Oktober 2022 möglichen Influenza-Impfung durch Apotheken liefert und damit hilft zu verstehen, welchen Beitrag Apotheken zur Verbesserung der Influenza-Impfquote leisten können. Natürlich liefert der Artikel auch aktuelle Daten zur Impfrate – auch wenn diese leider nicht positiv überraschend sind.

Was ist bereits bekannt?

Das Robert Koch-Institut schätzt, dass, abhängig von der von Saison zu Saison schwankenden Intensität der Grippewelle, zwischen 5 und 20 Prozent der Bevölkerung erkranken, was in etwa 4 bis 16 Millionen Menschen entspricht (Robert Koch-Institut, 2025c). Insbesondere für ältere und multimorbide Betroffene ist das Risiko, an der Erkrankung zu versterben, hoch. Die Mortalität der wegen Influenza hospitalisierten Patientinnen und Patienten wurde in der Saison 2017/2018 mit bis zu 6,7 Prozent insgesamt und bei intensivpflichtigen Influenza-Patientinnen und -Patienten mit über 20 Prozent berichtet (Rößler et al., 2021). Geschätzt sind damals etwa 25.000 Menschen an Influenza verstorben (Robert Koch-Institut, 2025c). Die durch Influenza bedingten Hospitalisierungen schwanken zwischen 1,3 und 60,3 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Goettler et al., 2022). Influenza ist damit zweifellos eine hoch relevante und bedrohliche Erkrankung in Deutschland.



Influenza · Impfung · Regionale Impfquoten · Impfungen Apotheke · Risikogruppen · Grippeimpfung

Obwohl die Ständige Impfkommission (STIKO) für alle Personen ab einem Alter von 60 Jahren und für Risikogruppen eine jährliche Impfung gegen Influenza empfiehlt, wird die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Impfquote von 75 Prozent deutlich verfehlt. Eine aktuelle Untersuchung bei Personen ab 60 Jahren mit Arztkontakt in Deutschland zeigt eine Impfquote von etwa 37 Prozent, mit höherer Impfakzeptanz in den östlichen Bundesländern und einer Schwankungsbreite bei vergleichender Untersuchung von Landkreisen von 10 bis 61 Prozent für die Saison 2022/2023 (Akmatov et al., 2025).

Für die Influenza-Saisons 2023/2024 und 2024/2025 zeigen aktuelle Surveillance-Daten für Deutschland eine Dominanz von Influenza A(H1N1)pdm09 zu Saisonbeginn, gefolgt von einer Ko-Zirkulation mit Influenza B/Victoria. Die Impfstoffwirksamkeit in der Primärversorgung wurde mit 31 Prozent (95 %-KI: 1–52)

gegen jede Influenza, mit deutlich höherer Wirksamkeit gegen Influenza B und niedrigerer Wirksamkeit gegen Influenza A, insbesondere bei Erwachsenen unter 60 Jahren, ermittelt. In der stationären Versorgung wurde eine Schutzwirkung von 69 Prozent (95 %-KI: 21–88) gegen Influenza berichtet (Erdwiens et al., 2025). Der Schutz der Impfung erschöpft sich aber nicht in der Reduktion des Risikos, an Influenza zu erkranken: Studien zeigen, dass eine Influenza-Erkrankung bei geimpften Personen milder, also mit weniger Komplikationen verläuft als bei Ungeimpften (VanWormer et al., 2014).

Indikationen zur Impfung gegen Influenza

Die aktuellen Empfehlungen der STIKO zur Influenza-Impfung bei Erwachsenen gibt Tabelle 1 wieder (Robert Koch-Institut, 2025a, Robert Koch-Institut, 2025b).

Tabelle 1: STIKO-Empfehlungen zur Influenza-Impfung bei Erwachsenen (Stand 7/2025)

Standardimpfung
Personen ab 60 Jahren
Indikationsimpfung
Schwangere
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangere ab dem 2. Trimenon ▪ Schwangere ab 1. Trimenon bei Gefährdung infolge einer Grunderkrankung
Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung wie zum Beispiel:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ chronische Erkrankung der Atmungsorgane (inklusive Asthma bronchiale und COPD), ▪ chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankung, ▪ Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankung, ▪ Adipositas (BMI ≥ 30), ▪ chronische neurologische Erkrankungen, zum Beispiel Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben, ▪ Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz, ▪ HIV-Infektion
Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Pflege
Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können
Als Risikogruppen gelten hierbei Personen mit den oben beispielhaft genannten Grunderkrankungen, bei denen es Hinweise auf eine deutlich reduzierte Wirksamkeit der Influenza-Impfung gibt.
Personen, die im privaten Umfeld häufigen, regelmäßigen und direkten Kontakt beispielsweise zu Schweinen, Geflügel sowie Wildvögeln (frei und gehalten) und Robben haben

Berufliche Indikation

- Personen mit erhöhter Gefährdung, zum Beispiel medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können.
- Personen einschließlich Auszubildender, Praktikantinnen und Praktikanten, Studierender und ehrenamtlich Tätiger, die arbeitsbedingt einen häufigen, regelmäßigen und direkten Kontakt beispielsweise zu Schweinen, Geflügel, Wildvögeln (frei und gehalten) und Robben haben und zum Beispiel in Nutztierhaltungen, Zoos oder Tierparks, Tierheimen oder Auffangstationen, Tierarztpraxen, Schlachthöfen tätig sind

Reiseindikation

- Für Reisende ≥ 60 Jahre und Reisende, die unter Indikationsimpfung genannt sind und die nicht über einen aktuellen Impfschutz verfügen, ist die Impfung generell empfehlenswert.

Quelle: Robert Koch-Institut (2025a), Robert Koch-Institut (2025b)

Methoden

Analysiert wurde die Impfung gegen Influenza bei BARMER-Versicherten. Den Analysen liegen anonymisiert verfügbare Versichertendaten der BARMER der Jahre 2017 bis 2023 zugrunde. Sie beziehen sich auf Versicherte ab 18 Jahren mit Angabe zu Geschlecht und Geburtsjahr sowie Angabe zum Bundesland des Wohnorts. Aus dem Geburtsjahr wurde das Alter errechnet, das die Versicherten im jeweiligen Kalenderjahr erreichten. Die Auswertungen beziehen sich auf im betrachteten Kalenderjahr beziehungsweise im Zeitraum 2021 bis 2023 durchgängig Versicherte mit Versicherungslücken von maximal 30 Tagen. Die Auswertungen erfolgten für „gesamt“ und stratifiziert nach Altersjahren beziehungsweise Altersgruppen und Geschlecht.

Die Influenza-Impfung wurde über die Abrechnung entsprechender Gebührenordnungspositionen (GOP) in der ambulanten ärztlichen Versorgung erfasst. Die Selektion über patientenbezogene Impfstoffverordnungen war nicht möglich, da im Impfkalender der STIKO aufgeführte Impfungen über den Sprechstundenbedarf zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Für die Influenza-Impfung sind die Abrechnungsziffern 89111, 89112 und 89112 Y in der Anlage 2 der Schutzimpfungsrichtlinie festgelegt (G-BA, 2025). Einbezogen wurden auch von Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) teilweise genutzte Sonderziffern ebenso wie von der BARMER zur Verfügung gestellte Daten zu im Rahmen von Satzungsleistungen erbrachten Impfungen. Analog wurden auch die weiteren in die Auswertung einbezogenen Impfungen erfasst. In Apo-

theken erbrachte Impfungen wurden über die für die Impfleistung abgerechneten Sonderkennzeichen erfasst. Die Influenza-Impfung kann von entsprechend geschulten Apotheken seit dem 1. Oktober 2022 angeboten werden, die COVID-19-Impfung seit dem 8. Februar 2022.

Die Arztfachgruppen (FG) der Impfenden wurden über die achte und neunte Stelle der lebenslangen Arztnummer (LANR) ermittelt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025). Folgende Fachgruppen wurden zusammengefasst: Hausarzt Allgemeinmedizin (FG 01, 02), Gynäkologie (15, 16, 18), Innere Medizin (23, 32), Pneumologie (30, 45), Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (19, 20), Kardiologie (28, 42), Hämatologie und Onkologie (17, 27, 41). Die LANR wurde ebenfalls herangezogen, um zu ermitteln, ob mehrere verschiedene Impfungen am selben Tag von derselben Ärztin beziehungsweise demselben Arzt durchgeführt wurden.

Die Influenza-Impfquoten im Jahr 2023 von in den Jahren 2021 bis 2023 durchgängig Versicherten, die im Vorjahr einen akuten Herzinfarkt erlitten hatten, wurden mit denen von Versicherten ohne Herzinfarkt verglichen. Zu den Personen mit Herzinfarkt wurden im Jahr 2022 stationär wegen einem akutem Herzinfarkt behandelte gerechnet (Krankenhaushauptdiagnose ICD-10 I21, I23), bei denen keine auf einen akuten oder zurückliegenden Herzinfarkt hinweisende Diagnose im Jahr 2021 dokumentiert war (ambulante gesicherte Diagnose und/oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen I21, I22, I23, I24.1, I25.2). Personen ohne Herzinfarkt hatten in den Jahren 2021 und 2022 weder

ambulant noch stationär eine dokumentierte Herzinfarktdiagnose (I21, I22, I23, I24.1, I25.2).

Außerdem wurden für das Jahr 2023 die Influenza-Impfquoten von Versicherten ab 60 Jahren mit mindestens 14 Tagen stationären Pflegeleistungen einschließlich Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege, von Versicherten mit mindestens 14 Tagen ambulanten Pflegeleistungen und von Versicherten ganz ohne Pflegeleistungen ermittelt. Versicherte mit sowohl ambulanten als auch stationären Pflegeleistungen wurden als stationär gepflegt gewertet.

Stärken und Limitationen der Analysen

Der umfangreiche Datensatz einer großen gesetzlichen Krankenversicherung, zugänglich im Wissenschafts-Data-Warehouse der BARMER, erlaubte, Aussagen über alle Versicherten der Krankenkasse zu treffen, ohne Selektionsbias durch unvollständige Teilnahme, wie es bei Primärdatenstudien auftreten kann. Stärken der Analysen sind deshalb die Möglichkeit der sektorenübergreifenden Auswertung, die neben ambulanten, stationären und Arzneimitteldaten auch Pflegedaten einbeziehen konnte, sowie die Analyse der Entwicklung der Impfquoten über mehrere Jahre. Regionale Auswertungen nach Bundesländern und Auswertungen zu den Fachgruppen der impfenden Ärztinnen und Ärzte sowie zu Impfungen durch Apotheken waren ebenfalls möglich.

Limitationen sind, dass die Gründe nicht ermittelbar sind, warum die Impfung von den Versicherten nicht in Anspruch genommen oder von Ärztinnen und Ärzten nicht durchgeführt wurde. Das Geburtsdatum der Versicherten liegt nur mit Angabe des Geburtsjahrs vor, so dass nur eine jahresgenaue Zuordnung zu den Altersgruppen möglich ist. Impfungen, die von den Versicherten selbst bezahlt wurden, weil für sie kein Erstattungsanspruch bestand, oder die vom Arbeitgeber im Rahmen von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen bezahlt wurden, sind nicht in den Daten enthalten. Seit dem 1. Juli 2021 wird allen BARMER-Versicherten die Influenza-Impfung als Satzungsleistung angeboten.

Ergebnisse

Influenza Impfquoten erwachsener BARMER-Versicherter nach Kalenderjahr und Alter

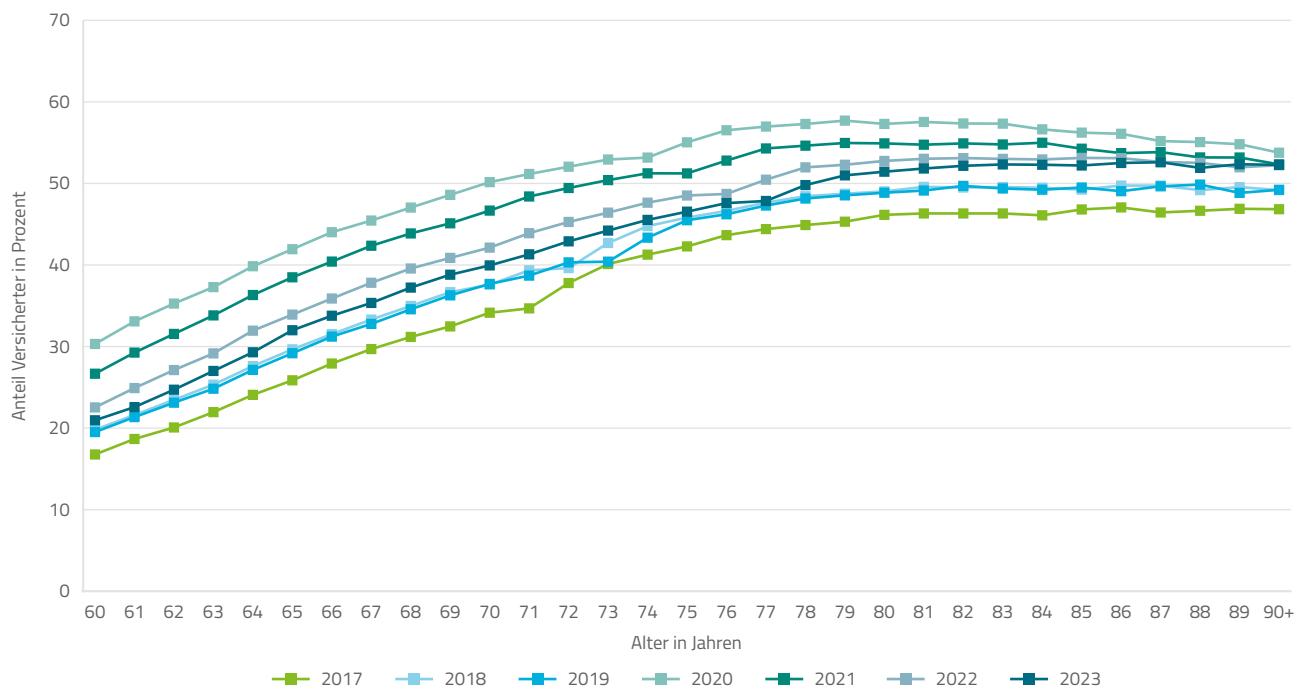
Analysiert wurde der Anteil der erwachsenen Versicherten ab einem Alter von 60 Jahren, die im jeweiligen Kalenderjahr (2017 bis 2023) mindestens eine Influenza-Impfung erhielten. Die Auswertungen beziehen sich auf im jeweiligen Kalenderjahr durchgängig versicherte Erwachsene.

Die Auswertungen zeigen, in welchen Altersjahren hauptsächlich geimpft wird und wie sich das Impfgeschehen zwischen 2017 und 2023 entwickelte.

Nach einem Anstieg der Impfquoten von 2017 auf 2018 blieben sie 2019 gleich und waren 2020, im ersten Jahr der Coronapandemie, in allen Altersjahren am höchsten. In den drei Folgejahren gingen die Impfquoten zurück, blieben aber über dem Vor-Corona-Niveau. Die Zuwächse in den Pandemiejahren waren bei den unter 80-Jährigen am größten (siehe Abbildung 1).

Ab dem Alter von 60 Jahren bis Ende 70 steigen die Impfquoten deutlich an und bleiben dann in den höheren Altersjahren in etwa gleich. Im Jahr 2023 wurden 21,0 Prozent der 60-Jährigen gegen Influenza geimpft. Bei den 70-Jährigen lag der Anteil mit 40,0 Prozent fast doppelt so hoch und bei den 80-Jährigen waren mit 51,4 Prozent mehr als die Hälfte geimpft und es war auch fast schon das Maximum von 52,6 Prozent (87-Jährige) erreicht. Über alle Jahre betrug der maximale Anteil Geimpfter 57,7 Prozent bei den 79-Jährigen im Jahr 2020. Bei den 60-Jährigen lagen die Impfquoten je nach Beobachtungsjahr zwischen 16,8 und 30,3 Prozent. Die höchsten Anteile wurden zwischen 79 und 88 Jahren erreicht und lagen je nach Kalenderjahr zwischen 47,1 und 57,7 Prozent.

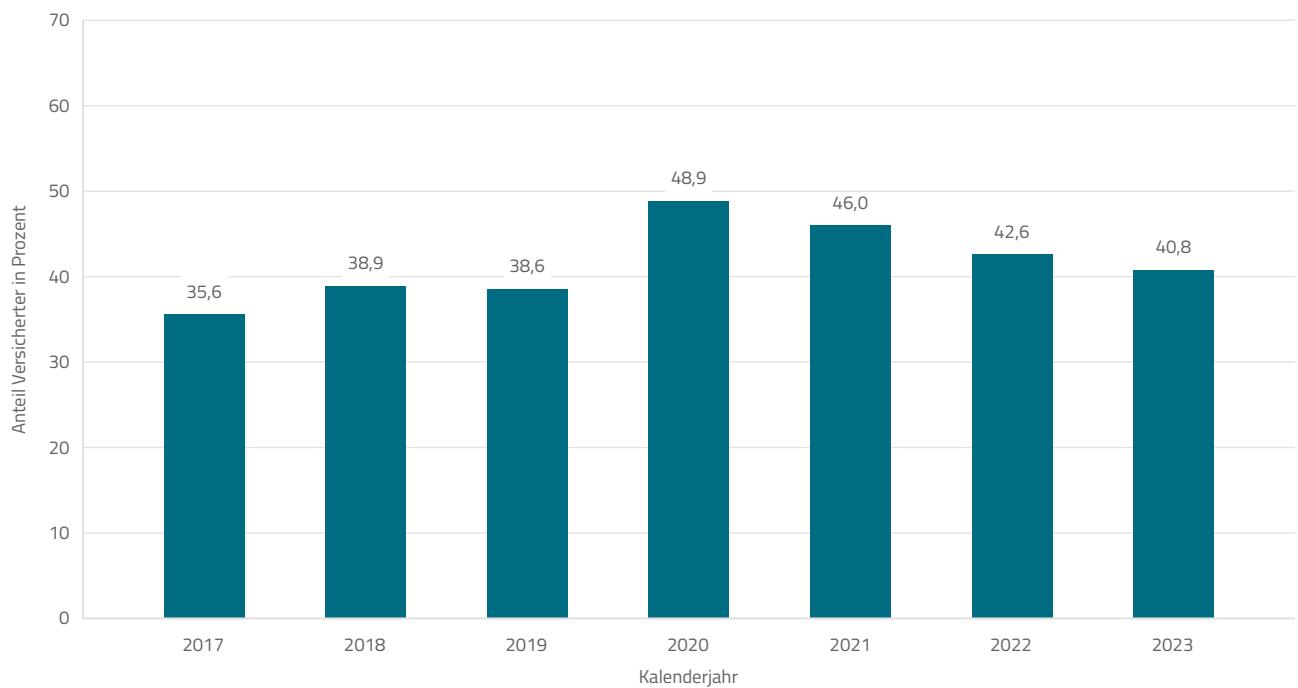
Abbildung 1: Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung in den Kalenderjahren 2017 bis 2023 nach Altersjahren



Anmerkung: Im jeweiligen Jahr durchgängig BARMER-Versicherte ab 60 Jahren 2017 n = 3.122.287, 2018 n = 3.138.645, 2019 n = 3.163.675, 2020 n = 3.183.893, 2021 n = 3.200.080, 2022 n = 3.200.188, 2023 n = 3.227.140

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023

Abbildung 2: Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung in den Kalenderjahren 2017 bis 2023



Anmerkung: Im jeweiligen Jahr durchgängig BARMER-Versicherte ab 60 Jahren 2017 n = 3.122.287, 2018 n = 3.138.645, 2019 n = 3.163.675, 2020 n = 3.183.893, 2021 n = 3.200.080, 2022 n = 3.200.188, 2023 n = 3.227.140

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023

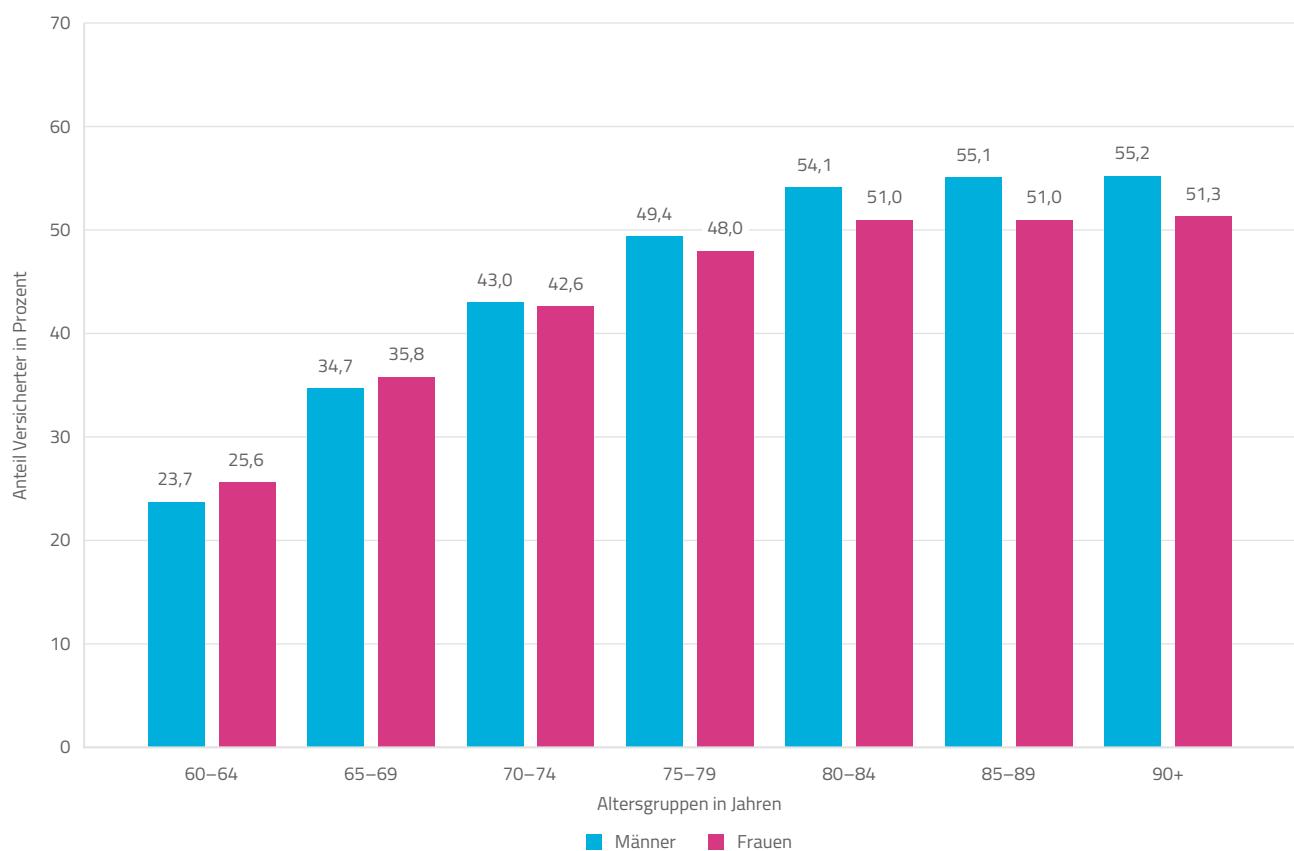
Betrachtet man die Anteile bei allen Personen ab 60, die in den jeweiligen Kalenderjahren eine Impfung erhalten, steigen sie von 2017 auf 2018, verharren 2019 auf dem Niveau von 2018, sind im ersten Pandemie-jahr 2020 am höchsten und gehen dann über die Jahre bis 2023 wieder zurück, ohne unter das Vor-Pandemie-Niveau zu fallen (siehe Abbildung 2).

Betrachtet man die Impfquoten nach Fünf-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht für das Jahr 2023, zeigt

sich, dass etwa ab Mitte 70 Männer etwas häufiger als Frauen geimpft werden, in der Lebensdekade darunter Frauen geringfügig häufiger als Männer (siehe Abbildung 3).

Nach Zehn-Jahres-Altersgruppen werden bei Männern und Frauen gesamt bei den 60- bis 69-Jährigen 29,8 Prozent, bei den 70- bis 79-Jährigen 45,2 Prozent und bei den ab 80-Jährigen 52,2 Prozent der Versicherten geimpft (siehe Abbildung 4).

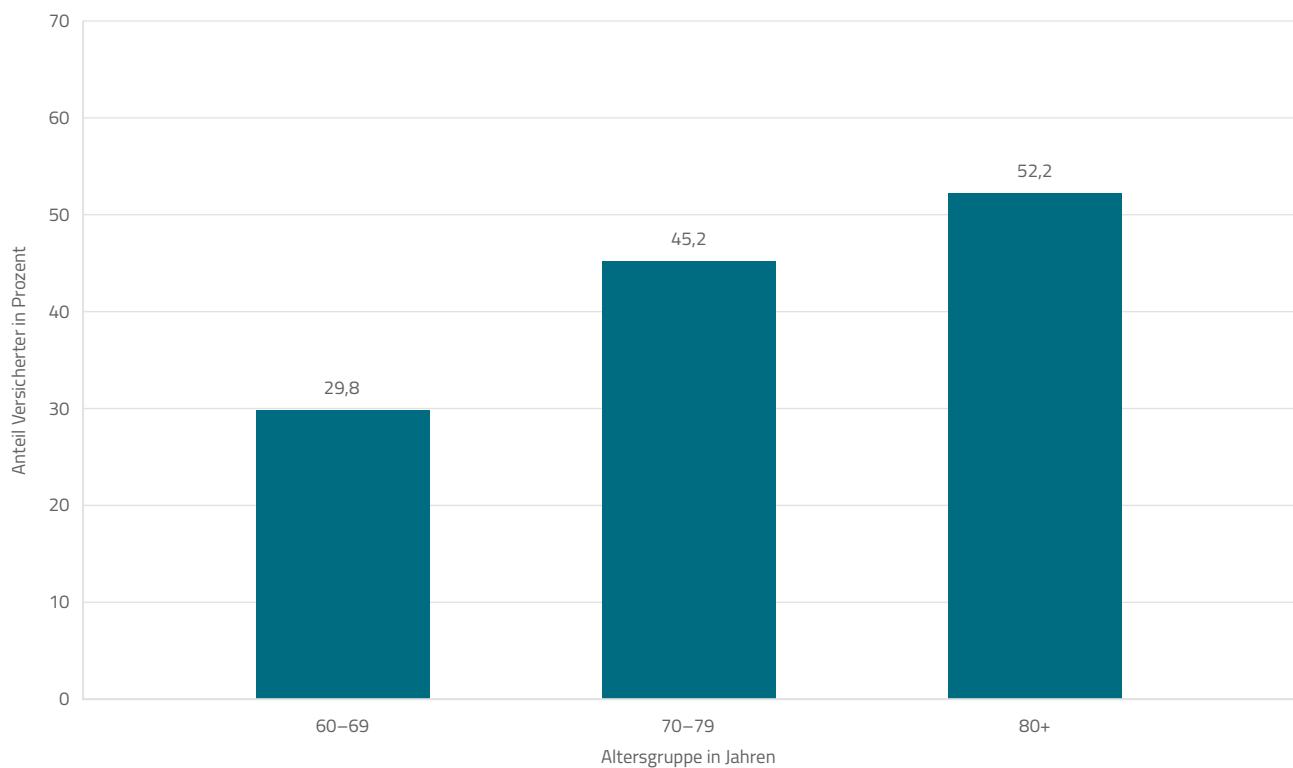
Abbildung 3: Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung im Jahr 2023 nach Geschlecht



Anmerkung: Im Jahr 2023 durchgängig BARMER-Versicherte ab 60 Jahren, Männer n = 1.173.749, Frauen n = 2.053.391

Quelle: BARMER-Daten 2023

Abbildung 4: Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung im Jahr 2023 nach Zehn-Jahres-Altersgruppen



Anmerkung: Im Jahr 2023 durchgängig BARMER-Versicherte 60–69 Jahre n = 1.334.655, 70–79 Jahre n = 995.127, ab 80 Jahre n = 897.358

Quelle: BARMER-Daten 2023

Vergleich der Influenza-Impfquoten nach Regionen

Untersucht wurden auch regionale Unterschiede der Impfquoten gegen Influenza nach Bundesländern. Hierbei wurden die Versicherten in Fünf-Jahres-Altersgruppen klassifiziert.

In dem Bundesland mit der höchsten Impfquote – Sachsen-Anhalt – ist diese fast doppelt so hoch wie in dem Bundesland mit der geringsten Influenza-Impfquote – Baden-Württemberg. Acht Bundesländer liegen zum Teil deutlich unter dem Durchschnitt aller Bundesländer von 40,8 Prozent. Die niedrigsten Impfquoten weisen Baden-Württemberg (29,7 Prozent) und Bayern (30,0 Prozent) auf. Alle östlichen Bundesländer liegen über dem Durchschnitt. Die höchsten Impfquoten erzielen Brandenburg und Sachsen-Anhalt mit 52,3 Prozent beziehungsweise 55,2 Prozent (siehe Tabelle 2).

Anteil der Facharztgruppen an der Durchführung der Influenza-Impfung

Wer impft die Versicherten gegen Influenza? Das war die Frage hinter der folgenden Analyse. Betrachtet wurden mindestens 60-Jährige, die im jeweiligen Kalenderjahr durchgängig bei der BARMER versichert waren. Die Auswertung zeigt den Anteil der Impfungen für die Kalenderjahre 2017 bis 2023 für die jeweiligen Fachgebiete beziehungsweise Apotheken. Es werden nur Fachgebiete aufgeführt, die mindestens ein Prozent der Impfungen durchgeführt haben.

Nicht unerwartet werden über alle betrachteten Jahre rund 95 Prozent der Impfungen von Hausärztinnen und Hausärzten beziehungsweise hausärztlich tätigen Internisten und Internistinnen durchgeführt. Zwischen 2017 und 2023 nahm der Anteil bei Letzteren etwas zu, bei den Hausarztpraxen geringfügig ab. Über die Zeit relativ stabil entfallen 1,5 Prozent aller Impfungen

auf gynäkologische Praxen. Andere Fachgruppen impfen nur sehr wenige Patientinnen und Patienten. In Apotheken, die seit 2022 Influenza-Impfungen durchführen können, wurden im Jahr 2023 0,6 Prozent der

Impfungen bei den mindestens 60-jährigen BARMER-Versicherten durchgeführt, das heißt, mehr als 99 Prozent der Influenza-Impfungen erfolgen durch Ärztinnen und Ärzte (siehe Tabelle 3).

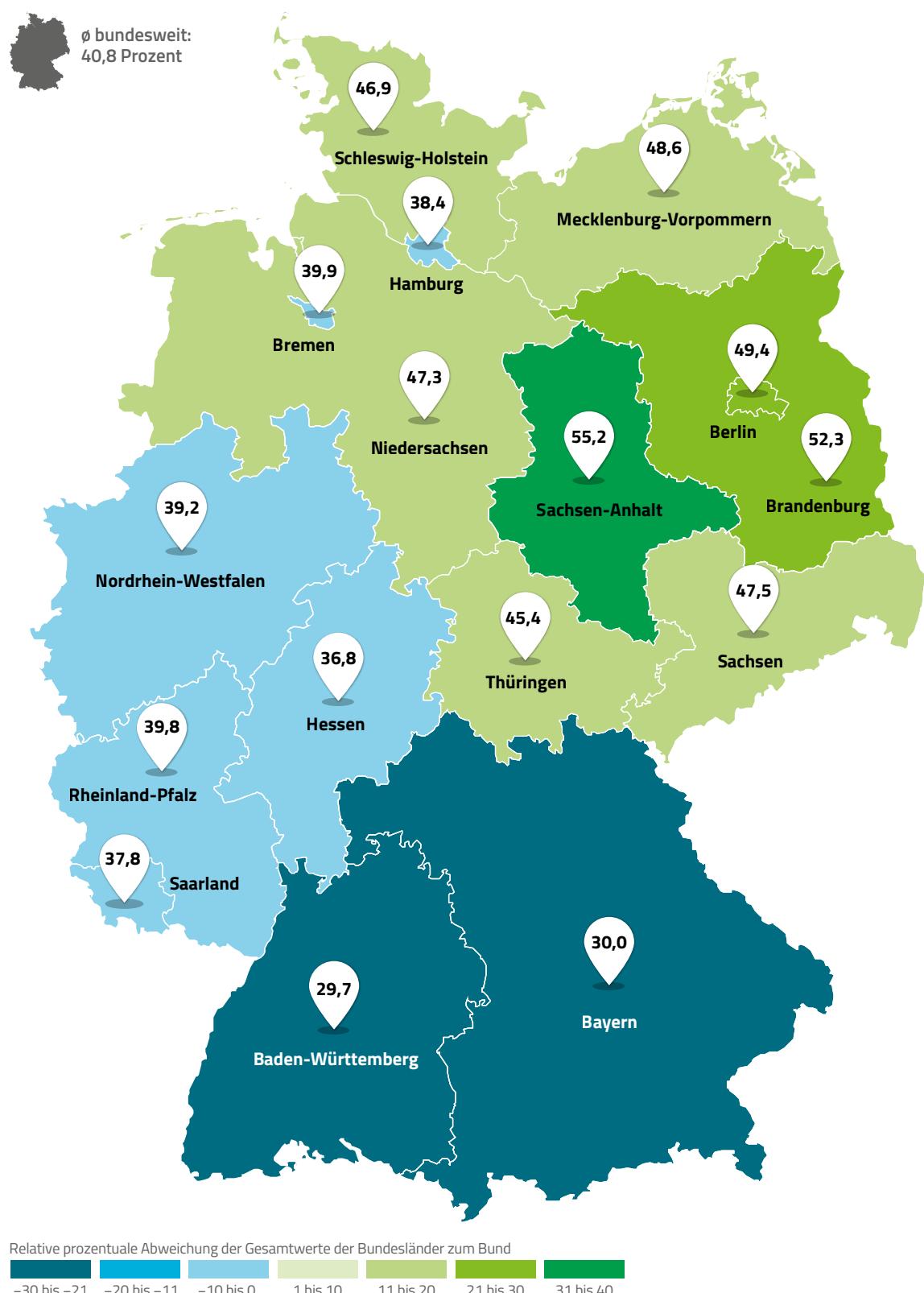
Tabelle 2: Anteil Versicherter ab 60 Jahren mit Influenza-Impfung im Jahr 2023 in den Bundesländern nach Fünf-Jahres-Altersgruppen

Bundesland*	Anteil Versicherter mit Influenza-Impfung im Jahr 2023 im Alter von ... Jahren in Prozent							
	gesamt	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90+
Baden-Württemberg	29,7	17,3	25,6	31,3	35,9	38,1	38,8	41,0
Bayern	30,0	17,1	24,4	31,2	36,8	40,0	40,0	42,0
Hessen	36,8	21,7	31,8	38,5	45,0	47,1	48,0	48,8
Saarland	37,8	23,2	34,8	41,5	47,9	50,5	50,9	49,2
Hamburg	38,4	25,4	33,8	39,3	44,2	46,9	47,7	47,4
Nordrhein-Westfalen	39,2	25,5	35,8	41,7	46,5	48,3	48,3	49,2
Rheinland-Pfalz	39,8	23,5	34,8	42,8	48,9	52,6	53,9	54,9
Bremen	39,9	24,6	33,9	40,6	49,5	51,9	50,9	55,5
Bund	40,8	24,8	35,3	42,7	48,5	52,0	52,3	52,3
Thüringen	45,4	25,4	36,8	45,5	53,5	57,7	58,5	60,3
Schleswig-Holstein	46,9	28,3	41,5	49,6	56,3	59,1	59,1	58,4
Niedersachsen	47,3	28,5	40,7	49,6	56,4	60,0	60,4	61,4
Sachsen	47,5	28,3	37,7	45,4	53,2	56,9	59,3	61,4
Mecklenburg-Vorpommern	48,6	29,1	41,6	50,2	58,0	63,1	65,5	65,2
Berlin	49,4	30,7	42,8	50,2	57,5	61,0	61,5	60,9
Brandenburg	52,3	33,3	46,4	55,5	62,6	66,4	67,0	68,5
Sachsen-Anhalt	55,2	36,0	47,5	56,8	63,4	67,9	68,4	70,3

*Sortiert nach „gesamt“. Anmerkung: Im Jahr 2023 durchgängig Versicherte ab 60 Jahren, Bund n = 3.227.140, Baden-Württemberg n = 264.494, Bayern n = 412.430, Berlin n = 149.698, Brandenburg n = 173.173, Bremen n = 12.656, Hamburg n = 54.827, Hessen n = 261.714, Mecklenburg-Vorpommern n = 106.559, Niedersachsen n = 310.974, Nordrhein-Westfalen n = 776.774, Rheinland-Pfalz n = 166.468, Saarland n = 44.809, Sachsen n = 154.155, Sachsen-Anhalt n = 111.117, Schleswig-Holstein n = 135.639, Thüringen n = 91.653

Quelle: BARMER-Daten 2023

Abbildung 5: Anteil Versicherter ab 60 Jahren mit Influenza-Impfung im Jahr 2023 in den Bundesländern



Anmerkung: Im Jahr 2023 durchgängig Versicherte ab 60 Jahren, Bund n = 3.227.140, Baden-Württemberg n = 264.494, Bayern n = 412.430, Berlin n = 149.698, Brandenburg n = 173.173, Bremen n = 12.656, Hamburg n = 54.827, Hessen n = 261.714, Mecklenburg-Vorpommern n = 106.559, Niedersachsen n = 310.974, Nordrhein-Westfalen n = 776.774, Rheinland-Pfalz n = 166.468, Saarland n = 44.809, Sachsen n = 154.155, Sachsen-Anhalt n = 111.117, Schleswig-Holstein n = 135.639, Thüringen n = 91.653

Quelle: BARMER-Daten 2023

Tabelle 3: Fachgebiete, die die Influenza-Impfung bei ab 60-Jährigen durchführen

Fachgebiet	Anteil durchgeföhrter Influenza-Impfungen nach Fachgebiet in Prozent							
	gesamt	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hausarzt Allgemeinmedizin	61,2	62,9	62,3	61,9	61,2	60,9	60,1	59,5
Hausarzt Innere Medizin	33,7	32,2	32,8	33,3	33,4	34,1	34,6	35,3
Gynäkologie	1,5	1,4	1,4	1,4	1,6	1,5	1,5	1,4
Innere Medizin	0,8	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7
Pneumologie	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
Nephrologie	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Kardiologie	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Rheumatologie	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Hämatologie und Onkologie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Dermatologie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Urologie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gastroenterologie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
unbekannt	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5	0,3	0,3	0,2
sonstige Fachgebiete	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3
Apotheke	0,1						0,3	0,6

Anmerkung: Sortiert nach „gesamt“; Anzahl durchgeföhrte Impfungen bei Versicherten ab 60 Jahren durchgängig versichert im Jahr der Impfung gesamt n = 9.438.012, 2017 n = 1.140.786, 2018 n = 1.248.966, 2019 n = 1.235.651, 2020 n = 1.610.916, 2021 n = 1.487.968, 2022 n = 1.377.515, 2023 n = 1.336.210

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023

Influenza-Impfungen durch Apotheken

Die Influenza-Impfung kann von entsprechend geschulten Apothekerinnen und Apothekern in Apotheken seit dem 1. Oktober 2022 angeboten werden. Analysiert wurde der Anteil BARMER-Versicherter mit Influenza-Impfung in Apotheken und Arztpraxen nach Alter und Geschlecht.

Der Anteil Versicherter ab 60 Jahren, der durch Impfung in Apotheken erreicht wird, liegt im Jahr 2023 bei

0,2 Prozent. Die erreichte Impfquote von 40,8 Prozent wird damit zu 99,5 Prozent durch Impfung in Arztpraxen erzielt (siehe Tabelle 4).

In den Apotheken lag bezogen auf alle Geimpften der Anteil derer im Alter von unter 60 Jahren bei 42,6 Prozent, in den Arztpraxen hingegen nur bei 20,0 Prozent. Für in Arztpraxen und für in Apotheken gegen Influenza Geimpfte wurde der Anteil neu Geimpfter ermittelt, das heißt der Anteil an Personen, die im Vorjahr keine Influenza-Impfung erhalten hatten.

Tabelle 4: Anteil geimpfter Versicherter nach Ort der Impfung, Apotheke beziehungsweise Arztpraxis, im Jahr 2023

Altersgruppe in Jahren	Geschlecht	Anteil geimpfter Versicherter nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2023 in Prozent	
		Apotheke	Arztpraxis
18–59	Männer	0,1	6,2
	Frauen	0,2	9,2
	gesamt	0,1	7,8
ab 60	Männer	0,2	40,0
	Frauen	0,2	40,9
	gesamt	0,2	40,6
▪ 60–69	Männer	0,3	28,5
	Frauen	0,3	30,1
	gesamt	0,3	29,5
▪ 70–79	Männer	0,3	45,4
	Frauen	0,2	44,8
	gesamt	0,2	45,0
▪ 80+	Männer	0,2	54,4
	Frauen	0,2	50,9
	gesamt	0,2	52,0

Anmerkung: Anteil an durchgängig Versicherten im Jahr 2022: 18–59 Jahre n = 4.208.129, ab 60 Jahre n = 3.200.188, 60–69 Jahre n = 1.314.879, 70–79 Jahre n = 1.000.221, ab 80 Jahre n = 885.088, im Jahr 2023: 18–59 Jahre n = 4.173.728, ab 60 Jahre n = 3.227.140, 60–69 Jahre n = 1.334.655, 70–79 Jahre n = 995.127, ab 80 Jahre n = 897.358

Quelle: BARMER-Daten 2022–2023

Tabelle 5: Anteil neu gegen Influenza Geimpfter in Apotheken und Arztpraxen in den Jahren 2022 und 2023

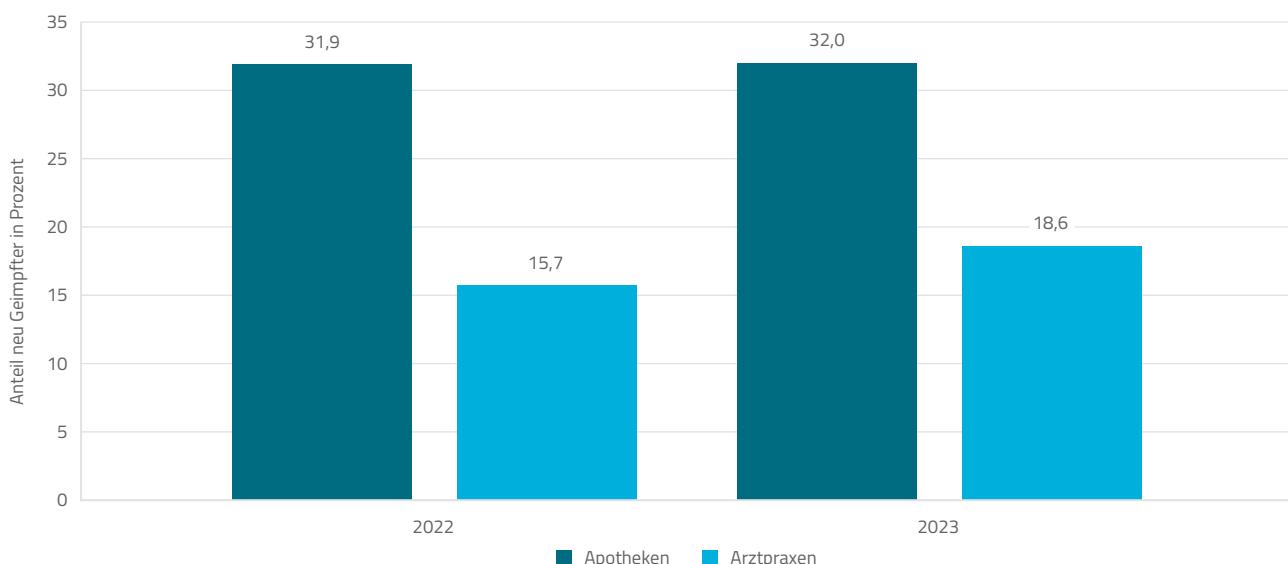
Altersgruppe in Jahren	Geschlecht	Anteil gegen Influenza Geimpfter ohne Influenza-Impfung im Vorjahr in Prozent			
		im Jahr 2022		im Jahr 2023	
		Apotheke	Arztpraxis	Apotheke	Arztpraxis
18–59	Männer	55,7	35,7	53,2	41,7
	Frauen	48,8	34,5	47,2	40,2
	gesamt	51,4	34,9	49,5	40,8
ab 60	Männer	32,2	15,4	33,5	18,8
	Frauen	31,7	15,8	31,1	18,6
	gesamt	31,9	15,7	32,0	18,6
▪ 60–69	Männer	37,2	20,5	38,6	25,7
	Frauen	33,4	19,2	35,1	23,5
	gesamt	34,8	19,7	36,4	24,4
▪ 70–79	Männer	26,8	12,8	30,5	16,3
	Frauen	30,6	13,2	26,8	16,2
	gesamt	29,2	13,0	28,2	16,2

Altersgruppe in Jahren	Geschlecht	Anteil gegen Influenza Geimpfter ohne Influenza-Impfung im Vorjahr in Prozent			
		im Jahr 2022		im Jahr 2023	
		Apotheke	Arztpraxis	Apotheke	Arztpraxis
▪ 80+	Männer	26,4	13,1	24,1	14,6
	Frauen	28,6	15,6	28,1	16,9
	gesamt	27,9	14,8	26,8	16,1

Anmerkung: Anteil an 2021 und 2022 durchgängig Versicherten im Jahr 2022: 18–59 Jahre n = 370.392, ab 60 Jahre n = 1.357.797, 60–69 Jahre n = 418.100, 70–79 Jahre n = 472.908, ab 80 Jahre n = 466.789, Anteil an 2022 und 2023 durchgängig Versicherten im Jahr 2023: 18–59 Jahre n = 326.009, ab 60 Jahre n = 1.307.586, 60–69 Jahre n = 393.303, 70–79 Jahre n = 447.715, ab 80 Jahre n = 466.568

Quelle: BARMER-Daten 2021–2023

Abbildung 6: Anteil neu gegen Influenza Geimpfter ab 60 Jahren in Apotheken und Arztpraxen in den Jahren 2022 und 2023



Anmerkung: Durchgängig im Auswertungs- und Vorjahr Versicherte ab 60 Jahre mit Influenza-Impfung in einer Apotheke im Jahr 2022 n = 4.239, 2023 n = 7.695, mit Influenza-Impfung in einer Arztpraxis im Jahr 2022 n = 1.357.797, 2023 n = 1.307.586. Im Jahr 2023 wurden im Jahr 2022 in Apotheken Geimpfte nicht berücksichtigt.

Quelle: BARMER-Daten 2022–2023

Betrachtet man bei Apotheken und Arztpraxen alle neu Geimpften, zeigt sich, dass der Anteil der im Vorjahr nicht gegen Influenza Geimpften in den Apotheken in 2022 um 16,2 und in 2023 um 13,4 Prozentpunkte höher war als in den Arztpraxen (siehe Abbildung 6).

Impfung weitere Impfungen abgerechnet wurden, die bei ab 60-Jährigen von der STIKO als Standardimpfung zur Auffrischung oder Neuimpfung empfohlen sind. Hierzu zählen Tetanus, Diphtherie, Pneumokokken, Herpes zoster und COVID-19.

Kombination der Influenza-Impfung mit weiteren Impfungen

Es wurde untersucht, ob von derselben Ärztin / von demselben Arzt am selben Tag neben der Influenza-

Von allen im Jahr 2023 durchgängig Versicherten ab 60 Jahren mit einer Influenza-Impfung erhielten knapp 18 Prozent am selben Termin eine weitere Impfung – an erster Stelle steht hierbei eine Impfung gegen COVID-19, die 16,2 Prozent derer mit Influenza-Impfung erhielten.

Acht von zehn gegen Influenza Geimpften erhielten die Immunisierung durch Ärztinnen oder Ärzte ohne Kombination mit weiteren Impfungen. Und wie sieht das bei Impfungen durch Apotheken aus? Außer der Influenza-Impfung können Apotheken die COVID-19-Impfung durchführen. Nachfolgend ist dargestellt, wie häufig die beiden Impfungen in Apotheken gleichzeitig verabreicht werden.

Auch in Apotheken wird die Influenza-Impfung meist – in 70 Prozent – ohne Kombination mit weiteren Impfungen durchgeführt. Verglichen mit den Impfungen durch Ärztinnen und Ärzte ist aber die Kombination mit der COVID-19-Impfung mit 30 Prozent gegenüber 16 Prozent in Apotheken häufiger.

Tabelle 6: Anteil Versicherter mit Influenza-Impfung und weiteren Impfungen am selben Tag von derselben Ärztin / demselben Arzt im Jahr 2023

weitere Impfung	Anteil Influenza-Impfungen mit weiterer Impfung am selben Tag bei derselben Ärztin / demselben Arzt in Prozent					
	bei Versicherten ab 60 Jahren			bei Versicherten im Alter von ... Jahren		
	gesamt	Männer	Frauen	60–69	70–79	80+
nur Influenza	82,1	79,7	83,5	81,4	82,6	82,2
mindestens eine weitere Impfung gleichzeitig	17,9	20,3	16,5	18,6	17,4	17,8
COVID-19	16,2	18,6	14,9	16,3	15,9	16,5
Pneumokokken	0,9	1,0	0,9	1,3	0,9	0,7
Tetanus/Diphtherie*	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3
Herpes zoster	0,4	0,4	0,3	0,5	0,3	0,2

*Häufig Kombinationsimpfstoff mit Pertussis und/oder Polio, in Einzelfällen nur Tetanus oder Fünf-/Sechsfach-Kombinationsimpfstoff. Anmerkung: Influenza-Impfungen im Jahr 2023 zuordenbar der verabreichen Ärztin / dem verabreichen Arzt bei Versicherten ab 60 Jahren n = 1.327.057

Quelle: BARMER-Daten 2023

Tabelle 7: Anteil Versicherter mit Influenza-Impfung und COVID-19-Impfung am selben Tag in der Apotheke im Jahr 2023

weitere Impfung	Anteil Influenza-Impfungen in der Apotheke mit COVID-19-Impfung in der Apotheke am selben Tag in Prozent					
	bei Versicherten ab 60 Jahren			bei Versicherten im Alter von ... Jahren		
	gesamt	Männer	Frauen	60–69	70–79	80+
nur Influenza	70,2	66,0	72,6	69,9	70,8	69,9
Influenza und COVID-19	29,8	34,0	27,4	30,1	29,2	30,1

Anmerkung: Influenza-Impfungen in Apotheken im Jahr 2023 bei Versicherten ab 60 Jahren n = 7.773

Quelle: BARMER-Daten 2023

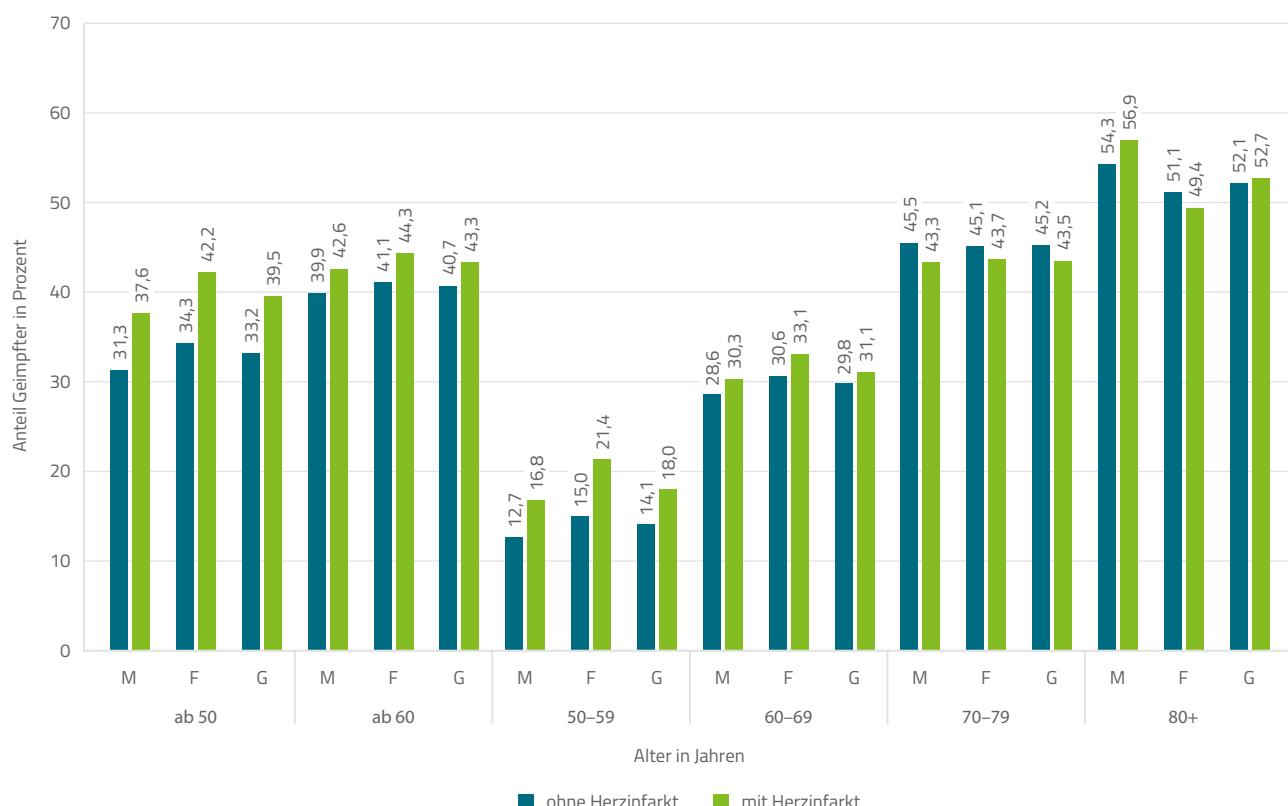
Influenza-Impfung bei Versicherten nach Myokardinfarkt

Personen mit Zustand nach Herzinfarkt stellen eine besondere Gruppe unter den Risikopatientinnen und -patienten für Influenza dar. Die Influenza-Impfung wird von europäischen und internationalen Leitlinien als empfohlene Maßnahme zur Sekundärprävention bei Personen mit koronarer Herzerkrankung insbesondere nach Myokardinfarkt empfohlen, da sie das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, kardiovaskulären Tod und Gesamt mortalität signifikant senkt (Barbetta et al., 2023).

Es wurde mittels BARMER-Daten untersucht, ob sich die Influenza-Impfquoten bei Versicherten, die im Vorjahr einen akuten, stationär behandelten Herzinfarkt erlitten haben, von Versicherten ohne Herzinfarkt unterscheiden.

Bei den mindestens 60-Jährigen finden sich bei Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt mit 43,3 Prozent gegenüber 40,6 Prozent nur minimal höhere Impfquoten als bei Versicherten ohne Infarktgeschehen.

Abbildung 7: Influenza-Impfquoten im Jahr 2023 bei Versicherten ohne und mit akutem Herzinfarkt im Vorjahr nach Zehn-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht



Anmerkung: Versicherte 2021 bis 2023 durchgängig versichert in der Altersgruppe ab 50 Jahre n = 4.244.919, ab 60 Jahre n = 3.053.025, 50–59 Jahre n = 1.191.894, 60–69 Jahre n = 1.273.693, 70–79 Jahre n = 943.125, ab 80 Jahre n = 836.207; M = Männer, F = Frauen, G = gesamt

Quelle: BARMER-Daten 2021–2023

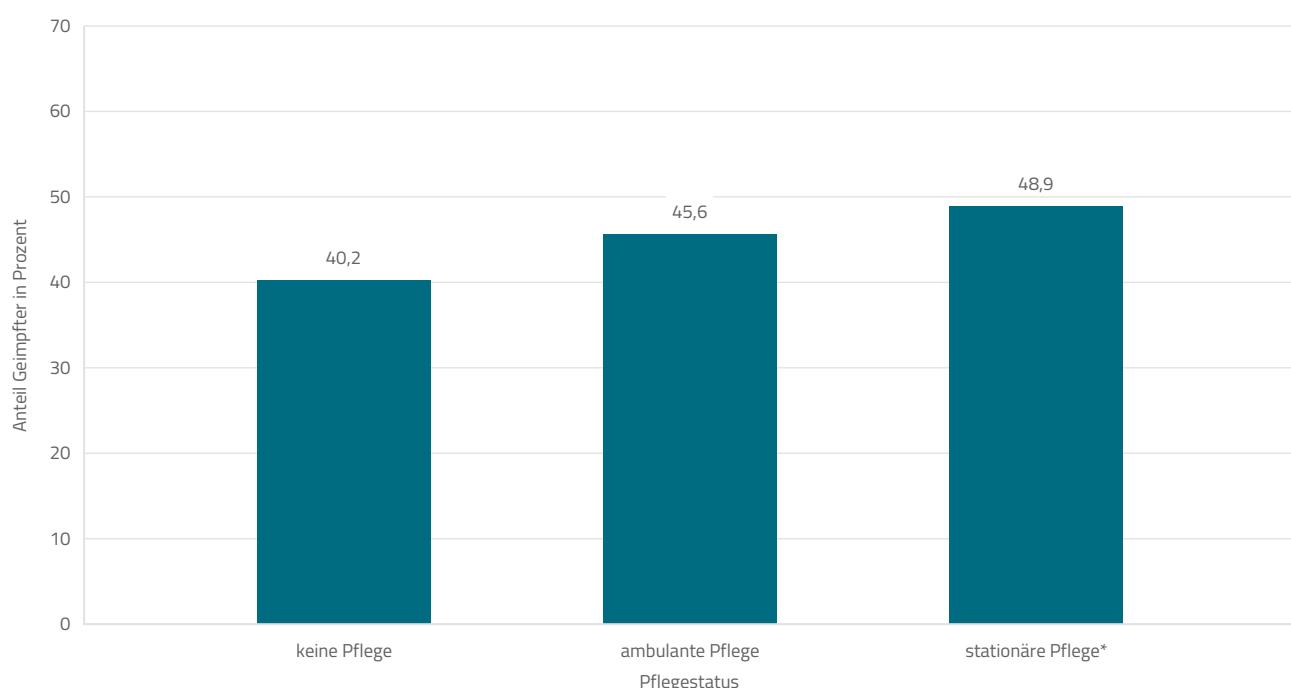
Influenza-Impfung bei Versicherten in ambulanter/stationärer Pflege

Influenza-Erkrankungen sind besonders problematisch bei Personen in stationärer Pflege. Um die Frage zu beantworten, ob insbesondere vulnerable Gruppen geimpft werden, wurden für das Jahr 2023 Impfquoten bei Personen in stationärer und ambulanter Pflege ermittelt und den Impfquoten bei Versicherten ohne Pflegeleistungen gegenübergestellt.

Versicherte mit stationärer Pflege wurden mit 48,9 Prozent am häufigsten geimpft, mit knapp neun Prozent-

punkten häufiger als Versicherte ohne Pflege (40,2 Prozent) und drei Prozentpunkten häufiger als Versicherte mit ambulanter Pflege (45,6 Prozent). Betrachtet man jedoch die Impfquoten nach Zehn-Jahres-Altersgruppen (siehe Abbildung 9), wird sichtbar, dass das nur für die 60- bis 69-Jährigen gilt. Obwohl der Bezug von Pflegeleistungen ein Indikator für ein erhöhtes Risiko für Gefährdung durch Influenza-Erkrankung ist und außerdem eine Impfempfehlung darstellt, werden diese Versicherten in den Altersgruppen ab 70 Jahren sogar geringfügig seltener geimpft als Versicherte ohne Bezug von Pflegeleistungen.

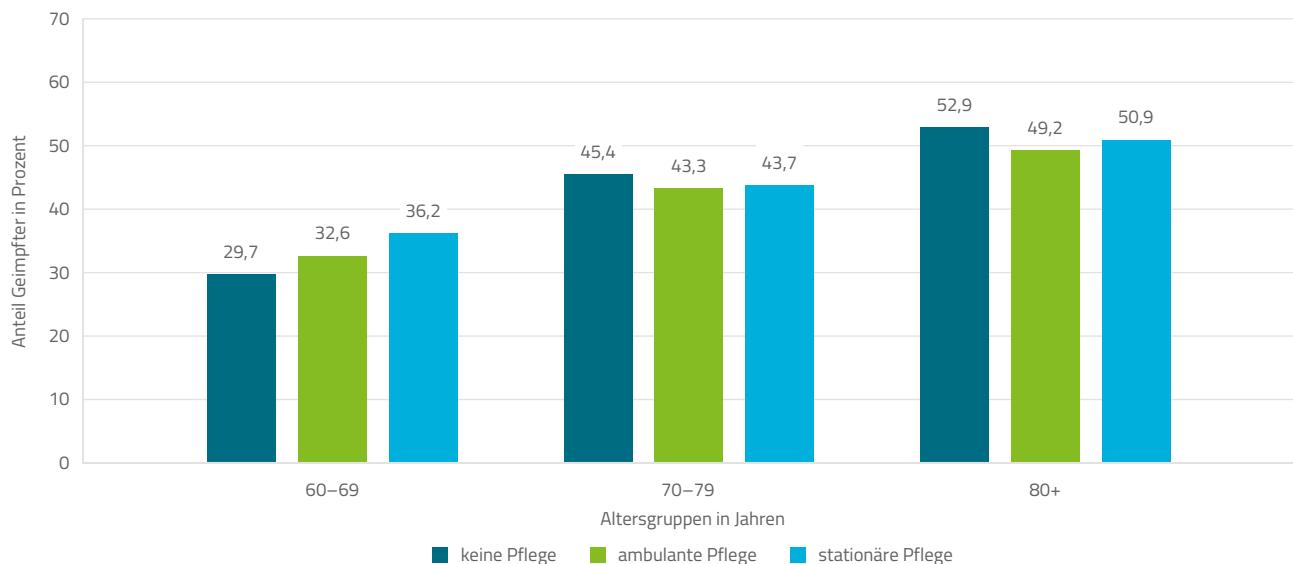
Abbildung 8: Influenza-Impfquoten im Jahr 2023 bei Versicherten ab 60 Jahren mit ambulanter Pflege, stationärer Pflege und ohne Pflege



*Personen mit ambulanter und stationärer Pflege wurden als stationär gepflegt gewertet. Anmerkung: Versicherte im Jahr 2023 durchgängig versichert in der Altersgruppe ab 60 ohne Pflegeleistungen n = 2.932.858, mit mindestens 14 Tagen ambulanten Pflegeleistungen n = 219.664, mit mindestens 14 Tagen stationären Pflegeleistungen n = 65.652

Quelle: BARMER-Daten 2023

Abbildung 9: Influenza-Impfquoten im Jahr 2023 bei Versicherten mit ambulanter Pflege, stationärer Pflege und ohne Pflege nach Zehn-Jahres-Altersgruppen



*Personen mit ambulanter und stationärer Pflege wurden als stationär gepflegt gewertet. Anmerkung: Versicherte im Jahr 2023 durchgängig versichert in der Altersgruppe ab 60 ohne Pflegeleistungen n = 2.932.858, mit mindestens 14 Tagen ambulanten Pflegeleistungen n = 219.664, mit mindestens 14 Tagen stationären Pflegeleistungen n = 65.652

Quelle: BARMER-Daten 2023

Diskussion

Ernüchternd, wenn auch nicht überraschend, sind die unzureichenden Impfraten gegen Influenza bei Menschen ab 60 Jahren. Bei einer angestrebten Impfquote von 75 Prozent (Zielquote der WHO) haben den BARMER-Daten zufolge im Jahr 2023 40,8 Prozent der ab 60-Jährigen eine Influenza-Schutzimpfung erhalten. Bei den 60- bis 69-Jährigen lag die Impfquote bei 29,8 Prozent, bei den 70- bis 79-Jährigen betrug sie 45,2 Prozent. Die Empfehlung zur Impfung wird ab dem 70. Lebensjahr eineinhalbmal so häufig umgesetzt wie im Lebensjahrzehnt davor. Das Impfeintrittsalter von 60 Jahren wird im Alltag offensichtlich nicht akzeptiert oder zumindest nicht umgesetzt. Insgesamt liegt die Impfquote weit unterhalb von 75 Prozent.

Auch die großen regionalen Unterschiede in den Impfquoten sind keine neue Erkenntnis und betreffen nicht nur die Influenza-Impfung. Dass die Impfquote in dem Bundesland mit der höchsten Impfquote – Sachsen-Anhalt mit 55,2 Prozent im Jahr 2023 – aber fast doppelt so hoch ist wie in dem Bundesland mit der geringsten Influenza-Impfquote – Baden-Württemberg mit 29,7 Prozent –, ist schon überraschend.

Influenza-Impfung bei Personen mit koronarer Herzerkrankung

Analysiert wurde die Influenza-Impfung auch bei den besonders gefährdeten Versicherten mit koronarer Herzerkrankung. Es ist bekannt, dass bereits milde Influenza-Verläufe bei Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen ohne Myokardinfarkt das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse verdoppeln, schwere Influenza-Verläufe können das Risiko vervierfachen (Muñoz-Quiles et al., 2024). Versicherte mit koronarer Herzerkrankung ohne Myokardinfarkt haben ein deutlich erhöhtes Risiko für akute kardiovaskuläre Ereignisse, insbesondere für das Auftreten eines akuten Myokardinfarkts, in den ersten Tagen nach einer Influenza-Infektion. Das Risiko für einen Myokardinfarkt ist in den ersten drei bis sieben Tagen nach laborbestätigter Influenza-Infektion um das Vier- bis Sechsfache erhöht (Zhou & Feng, 2025). Nicht nur ein akuter Myokardinfarkt, sondern auch die Dekompensation einer Herzinsuffizienz, ein Schlaganfall (Kawai et al., 2025; Nguyen et al., 2025) und andere ischämische Ereignisse treten nach Influenza-Erkrankung gehäuft auf (Chow et al., 2020).

So überzeugend die Datenlage für die Influenza als Risikofaktor bei diesen Patientinnen und Patienten ist, so eindeutig sind die Belege für die Risikominimierung durch eine Influenza-Impfung. Randomisierte kontrollierte Studien und Metaanalysen zeigen, dass die Impfung insbesondere bei Personen mit akutem Koronarsyndrom (ACS) das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse um etwa 30 bis 40 Prozent senkt (zum Beispiel relatives Risiko [RR] für MACE 0,63; 95 %-KI: 0,51–0,77) (Barbetta et al., 2023; Diaz-Arocutipa et al., 2022). Verschiedenen Studien zufolge werden auch die kardiovaskuläre Mortalität und die Gesamtmortalität signifikant reduziert (Barbetta et al., 2023; Diaz-Arocutipa et al., 2022; Modin et al., 2023; Omidi et al., 2023). Der Nutzen ist besonders ausgeprägt bei Personen mit kürzlich erlittenem Myokardinfarkt (Barbetta et al., 2023; Udell et al., 2013), die Impfung senkt hier aber auch das Risiko für erneute akute Koronarsyndrome (RR 0,63; 95 %-KI: 0,44–0,89), für kardiovaskuläre Mortalität (RR 0,54; 95 %-KI: 0,37–0,80) sowie die Gesamtmortalität (RR 0,56; 95 %-KI: 0,38–0,84) signifikant (Barbetta et al., 2023) (siehe hierzu auch Diaz-Arocutipa et al., 2022; Modin et al., 2023; Omidi et al., 2023). Der Nutzen ist auch für Personen mit stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK) nachgewiesen (Modin et al., 2023).

Dass sich bei den mindestens 60-jährigen BARMER-Versicherten mit Zustand nach Herzinfarkt mit 43,3 Prozent nur minimal höhere Impfquoten als bei Versicherten ohne Herzinfarkt mit 40,6 Prozent finden, ist unverständlich und zeigt, dass die Influenza-Impfung als hochwirksame und einfache kardiovaskuläre Sekundärprävention in der Regelversorgung bisher nicht angekommen ist, obwohl sie in nationalen und internationalen Leitlinien als Maßnahme zur Sekundärprävention bei Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankung und nach Myokardinfarkt empfohlen wird. Auch die Nationale Versorgungsleitlinie (S3-Leitlinie) „Diagnostik und Therapie der chronischen koronaren Herzkrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (BÄK et al., 2024) empfiehlt die jährliche Influenza-Impfung für Personen mit koronarer Herzkrankung und nach Myokardinfarkt als Maßnahme der Sekundärprävention. Hier besteht offensichtlich ein relevantes Umsetzungsdefizit.

Influenza-Impfung bei Patientinnen und Patienten in stationärer Pflege

Influenza führt bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern häufig zu schweren Komplikationen wie Pneumonie und akuten kardiorespiratorischen Ereignissen, zum Beispiel zur Dekompensation einer Herzinsuffizienz (Bosco et al., 2021; Moyo et al., 2020). Die Übertragungsrate ist durch die enge Gemeinschaft und die hohe Vulnerabilität der Bewohnerinnen und Bewohner besonders hoch.

Die Hospitalisierungsrate für Pneumonie und Influenza liegt bei Langzeitpflegebewohnerinnen und -bewohnern deutlich über der von älteren Menschen außerhalb von Einrichtungen. Risikofaktoren für schwere Verläufe sind hohes Alter, Multimorbidität, vorbestehende kardiopulmonale Erkrankungen und Frailty. Die Mortalität durch Influenza ist bei Personen in stationärer Pflege ebenfalls deutlich erhöht, insbesondere bei gebrechlichen und multimorbidien Personen. Die durchschnittliche Mortalität bei Influenza-Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen liegt bei über zehn Prozent (Gaillat et al., 2009; Smith et al., 2008; Stapic et al., 2025).

Eine Untersuchung für die Jahre 2010 bis 2016 zu Impfraten gegen Influenza bei Personen in stationärer Pflege in Deutschland auf der Basis von Abrechnungsdaten zeigt eine mittlere Influenza-Impfrate von 58,5 Prozent mit regionalen Unterschieden von bis zu 20 Prozentpunkten zwischen verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Pflegeeinrichtungen (Kurch-Bek et al., 2019). Diese Rate bleibt ebenfalls deutlich unter dem von der Europäischen Kommission und der Weltgesundheitsorganisation geforderten Zielwert von 75 Prozent für ältere und besonders gefährdete Gruppen.

Auch die vorliegenden Analysen zeigen, dass ab 70-Jährige, die ambulante oder stationäre Pflegeleistungen beziehen, nicht häufiger, sondern seltener gegen Influenza geimpft werden als Versicherte ohne Pflegeleistungen. Hier besteht dringender Optimierungsbedarf, um gerade die besonders gefährdeten Personen gemäß dem Stand der medizinischen Erkenntnis vor vermeidbaren Risiken zu schützen.

Influenza-Impfungen durch Apotheken

Bei einer Impfung, die so gut verträglich und sicher ist wie die Influenza-Impfung, die zudem jedes Jahr zu wiederholen ist und die aufgrund regelmäßiger Informationskampagnen auch keinen hohen Erklärungsbedarf hat, liegt es nahe zu überlegen, ob die Einbeziehung von Apotheken die zu niedrige Impfrate verbessern kann. Apotheken dürfen seit dem 1. Oktober 2022 die Influenza-Impfung anbieten. Nach Angaben des ABDA-Jahrbuches 2025 (ABDA, 2025) haben von 17.571 Apotheken im Jahr 2023 in der Grippeaison 2023/2024 1.500 Apotheken die Grippeimpfung angeboten (8,5 Prozent). Von 17.041 Apotheken im Jahr 2024 waren es in der Saison 2024/25 1.400 (8,2 Prozent) (ABDA, 2025).

Interessant sind die Erfahrungen aus mehreren Pilotprojekten zu Impfungen in Apotheken in verschiedenen Regionen Deutschlands. Die Ergebnisse einer Umfrage unter Apotheken und den in Apotheken gegen Influenza Geimpften wurden im Januar 2025 in der Zeitschrift *Vaccine* veröffentlicht (Werthner et al., 2025). Leichterer Zugang zur Impfung und geringere Wartezeiten waren die wesentlichen Gründe für die Entscheidung zur Impfung in einer Apotheke. Von den 11.571 Auskunft gebenden Geimpften gaben 88,5 Prozent an, ausreichend über die Impfung informiert worden zu sein, und 93,8 Prozent waren mit der Durchführung der Impfung zufrieden. Als mittlerer Zeitaufwand für die Impfung wurden von den Apotheken zwölf Minuten angegeben. Interessant ist, dass nur in 18,7 Prozent das Alter die Impfindikation war, während risikoerhöhende Erkrankungen in 26,9 Prozent und berufliche Risiken in 20,3 Prozent die Impfindikation darstellten. Erstaunlich ist, dass bei 25,1 Prozent der Geimpften keine von der STIKO definierte Indikation zur Impfung vorlag (Werthner et al., 2025).

Der erste systematische Review mit einer Metaanalyse zu diesem Thema wurde 2021 veröffentlicht und stimmt gut mit den Ergebnissen der Umfrage aus Deutschland überein (Murray et al., 2021). Die Einbeziehung von Apotheken bei der Influenza-Impfung führt nach den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien zu einer signifikanten Erhöhung der Impfquote (RR 1,24; 95%-KI: 1,05–1,47), allerdings nicht bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren (RR 1,03; 95%-KI: 0,86–1,24). Aktive Ansprache der Kundinnen und Kunden und Überprüfung des Impfstatus waren dabei mit einem größeren Effekt assoziiert als ausschließliche Hinweise auf die Möglichkeit zur Impfung durch Poster und Handzettel (Murray et al., 2021).

Bezogen auf BARMER-Versicherte ab 60 Jahren wurden im Jahr 2023 nur 0,2 Prozent in Apotheken gegen Influenza geimpft. In Anbetracht einer Impfquote von insgesamt 40,8 Prozent bei BARMER-Versicherten tragen Apotheken mit 0,5 Prozent zur Influenza-Impfquote BARMER-Versicherter im Jahr 2023 bei.

Interessant ist auch die differenzierte Betrachtung nach Versicherten unter 60 Jahren im Vergleich zu Versicherten ab 60 Jahren: 42,6 Prozent der in Apotheken gegen Influenza Geimpften waren 2023 unter 60 Jahre alt im Vergleich zu 20,0 Prozent der durch Ärztinnen und Ärzte Geimpften. Die Möglichkeit der Influenza-Impfung in Apotheken wird also bevorzugt von jüngeren Versicherten wahrgenommen.

Eine Behebung des Versorgungsdefizits bei der Impfung gegen die Influenza lassen die bisherigen Daten zur Impfung durch Apotheken nicht erwarten. Notwendig ist die Verbesserung des Impfangebots durch Ärztinnen und Ärzte, insbesondere für Hochrisikogruppen wie zum Beispiel Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung und für solche mit ambulanten und stationären Pflegeleistungen – Patientengruppen bei denen ein regelmäßiger Arztkontakt anzunehmen ist.

Literaturangaben

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (2025). Die Apotheke – Daten – Zahlen – Fakten 2025. Verfügbar unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/Jahrbuch-ZDF-2025/ZDF_2025_ABDA_Statistisches_Jahrbuch.pdf [08.12.2025]

Akmatov, M. K., Kohring, C., Holstiege, J. & Müller, D. (2025). Utilization of the influenza vaccination among individuals over 60 years: spatial variations and regional risk factors. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 68 (10), 1138–1146. doi: 10.1007/s00103-025-04103-8.

Barbetta, L., Correia, E. T. O., Gismondi, R. & Mesquita, E. T. (2023). Influenza Vaccination as Prevention Therapy for Stable Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Am J Med*, 136 (5), 466–475. doi: 10.1016/j.amjmed.2023.02.004.

BÄK – Bundesärztekammer, KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung & AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2024). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK, Langfassung, Version 7.0. Verfügbar unter: register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004 [23.11.2025]

Bosco, E., van Aalst, R., McConeghy, K. W., Silva, J., Moyo, P., Eliot, M. N., Chit, A., Gravenstein, S., Zullo, A. R. (2021). Estimated Cardiorespiratory Hospitalizations Attributable to Influenza and Respiratory Syncytial Virus Among Long-term Care Facility Residents. *JAMA Network Open*, 4 (6), e2111806–e2111806. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.11806.

Chow, E. J., Rolfs, M. A., O'Halloran, A., Anderson, E. J., Bennett, N. M., Billing, L., Chai, S., Dufort, E., Herlihy, R., Kim, S., Lynfield, R., McMullen, C., Monroe, M. L., Schaffner, W., Spencer, M., Talbot, H. K., Thomas, A., Yousey-Hindes, K., Reed, C., Garg, S. (2020). Acute Cardiovascular Events Associated With Influenza in Hospitalized Adults : A Cross-sectional Study. *Ann Intern Med*, 173 (8), 605–613. doi: 10.7326/m20-1509.

Diaz-Arocutipa, C., Saucedo-Chinchay, J., Mamas, M. A. & Vicent, L. (2022). Influenza vaccine improves cardiovascular outcomes in patients with coronary artery disease: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*, 47, 102311. doi: 10.1016/j.tmaid.2022.102311.

Erdwiens, A., Hackmann, C., Wedde, M., Biere, B., Reiche, J., Preuß, U., Tolksdorf, K., Buda, S., Dürrwald, R. (2025). Interim Estimates of 2024–2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness in Germany-Data From Primary Care and Hospital Sentinel Surveillance. *Influenza Other Respir Viruses*, 19 (5), e70115. doi: 10.1111/irv.70115.

Gaillat, J., Chidiac, C., Fagnani, F., Pecking, M., Salom, M., Veysier, P. & Carrat, F. (2009). Morbidity and mortality associated with influenza exposure in long-term care facilities for dependent elderly people. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 28 (9), 1077–1086. doi: 10.1007/s10096-009-0751-3.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). (2025). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/60/> (letzter Zugriff: 17.01.2026)

Goettler, D., Niekler, P., Liese, J. G. & Streng, A. (2022). Epidemiology and direct healthcare costs of Influenza-associated hospitalizations – nationwide inpatient data (Germany 2010–2019). *BMC Public Health*, 22 (1), 108. doi: 10.1186/s12889-022-12505-5.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025). Schlüsseltabellen S_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE(OID:1.2.276.0.76.3.1.15.2.23). Verfügbar unter: https://applications.kbv.de/S_BAR2_ARZTNRFACHGRUPPE_V1.00.xhtml (Zugriff am 23.06.2025).

Kawai, K., Muhere, C. F., Lemos, E. V. & Francis, J. M. (2025). Viral Infections and Risk of Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*, 14 (21), e042670. doi: 10.1161/JAHA.125.042670.

Kurch-Bek, D., Gallowitz, C., Tenckhoff, B. & Sundmacher, L. (2019). Influenza vaccination rates of patients with statutory ambulatory medical care in protective facilities and in nursing and special care homes. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 62 (1), 84–93. doi: 10.1007/s00103-018-2854-4.

Modin, D., Lassen, M. C. H., Claggett, B., Johansen, N. D., Keshtkar-Jahromi, M., Skaarup, K. G., Nealon, J., Udell, J. A., Vardeny, O., Solomon, S. D., Gislason, G., Biering-Sørensen, T. (2023). Influenza vaccination and cardiovascular events in patients with ischaemic heart disease and heart failure: A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*, 25 (9), 1685–1692. doi: 10.1002/ejhf.2945.

Moyo, P., Zullo, A. R., McConeghy, K. W., Bosco, E., van Aalst, R., Chit, A. & Gravenstein, S. (2020). Risk factors for pneumonia and influenza hospitalizations in long-term care facility residents: a retrospective cohort study. *BMC Geriatr*, 20 (1), 47. doi: 10.1186/s12877-020-1457-8.

Muñoz-Quiles, C., López-Lacort, M., Urchueguía, A., Díez-Domingo, J. & Orrico-Sánchez, A. (2024). Risk of Cardiovascular Events After Influenza: A Population-Based Self-Controlled Case Series Study, Spain, 2011–2018. *J Infect Dis*, 230 (3), e722–e731. doi: 10.1093/infdis/jiae070.

Murray, E., Bieniek, K., Del Aguila, M., Egodage, S., Litzinger, S., Mazouz, A., Mills, H., Liska, J. (2021). Impact of pharmacy intervention on influenza vaccination acceptance: a systematic literature review and meta-analysis. *Int J Clin Pharm*, 43 (5), 1163–1172. doi: 10.1007/s11096-021-01250-1.

Nguyen, T. Q., Vlasenko, D., Shetty, A. N., Zhao, E., Reid, C. M., Clothier, H. J. & Buttery, J. P. (2025). Systematic review and meta-analysis of respiratory viral triggers for acute myocardial infarction and stroke. *Cardiovasc Res*, 121 (9), 1330–1344. doi: 10.1093/cvr/cvaf092.

Omidi, F., Zangiabadian, M., Shahidi Bonjar, A. H., Nasiri, M. J. & Sarmastzadeh, T. (2023). Influenza vaccination and major cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis of clinical trials studies. *Sci Rep*, 13 (1), 20235. doi: 10.1038/s41598-023-47690-9.

Robert Koch-Institut (2025a). Epidemiologisches Bulletin 4/25. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2025. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/04_25.pdf?__blob=publicationFile&v=13 [27.12.2025]

Robert Koch-Institut (2025b). Epidemiologisches Bulletin 29/25 v. 17.7.2025: Beschluss der STIKO zur Erweiterung der Indikations- und beruflichen Indikationsempfehlung für die saisonale Influenza-Impfung. Verfügbar unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12833/EB-29-2025_10-25646-13291.pdf?sequence=1&isAllowed=y [17.12.2025]

Robert Koch-Institut (2025c). Influenza. Grippeaison und Grippewelle. Verfügbar unter: https://www.rki.de/Shared-Docs/FAQs/DE/Influenza/FAQ_Liste_Grippeaison.html [09.12.2025]

Rößler, S., Ankert, J., Baier, M., Pletz, M. W. & Hagel, S. (2021). Influenza-associated in-hospital mortality during the 2017/2018 influenza season: a retrospective multicentre cohort study in central Germany. *Infection*, 49 (1), 149–152. doi: 10.1007/s15010-020-01529-x.

Smith, P. W., Bennett, G., Bradley, S., Drinka, P., Lautenbach, E., Marx, J., Mody, L., Nicolle, L., Stevenson, K. (2008). SHEA/APIC guideline: infection prevention and control in the long-term care facility, July 2008. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 29 (9), 785–814. doi: 10.1086/592416.

Stapic, M., Schulz, R. S., Tamayo-Cuartero, E., Kurth, T. & Brinks, R. (2025). Measuring the disease burden of seasonal influenza in Germany 2015–2020 using the incidence-based disability-adjusted life years (DALYs). *BMC Infect Dis*, 25 (1), 413. doi: 10.1186/s12879-025-10613-2.

Udell, J. A., Zawi, R., Bhatt, D. L., Keshtkar-Jahromi, M., Gaughran, F., Phrommintikul, A., Ciszewski, A., Vakili, H., Hoffman, E. B., Farkouh, M. E., Cannon, C. P. (2013). Association Between Influenza Vaccination and Cardiovascular Outcomes in High-Risk Patients: A Meta-analysis. *JAMA*, 310 (16), 1711–1720. doi: 10.1001/jama.2013.279206.

VanWormer, J. J., Sundaram, M. E., Meece, J. K. & Belongia, E. A. (2014). A cross-sectional analysis of symptom severity in adults with influenza and other acute respiratory illness in the outpatient setting. *BMC Infect Dis*, 14, 231. doi: 10.1186/1471-2334-14-231.

Werthner, Q., Faehrmann, L., Och, K., Bragazzi, N. L., Hug, M. J., Stahmeyer, J., Burger, B., Bauer, C., Selzer, D., Schwalbe, O., May, U., Lehr, T. (2025). Client satisfaction, safety, and insights from a three-season survey on influenza vaccinations delivered at community pharmacies in Germany. *Vaccine*, 45, 126650. doi: 10.1016/j.vaccine.2024.126650.

Zhou, X. & Feng, L. (2025). The association between influenza infection and acute myocardial infarction: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Virus Res*, 358, 199594. doi: 10.1016/j.virusres.2025.199594.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung in den Kalenderjahren 2017 bis 2023 nach Altersjahren	5
Abbildung 2:	Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung in den Kalenderjahren 2017 bis 2023	5
Abbildung 3:	Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung im Jahr 2023 nach Geschlecht	6
Abbildung 4:	Versicherte ab 60 Jahren mit mindestens einer Influenza-Impfung im Jahr 2023 nach Zehn-Jahres-Altersgruppen	7
Abbildung 5:	Anteil Versicherter ab 60 Jahren mit Influenza-Impfung im Jahr 2023 in den Bundesländern	9
Abbildung 6:	Anteil neu gegen Influenza Geimpfter ab 60 Jahren in Apotheken und Arztpraxen in den Jahren 2022 und 2023	12
Abbildung 7:	Influenza-Impfquoten im Jahr 2023 bei Versicherten ohne und mit akutem Herzinfarkt im Vorjahr nach Zehn-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht	14
Abbildung 8:	Influenza-Impfquoten im Jahr 2023 bei Versicherten ab 60 Jahren mit ambulanter Pflege, stationärer Pflege und ohne Pflege	15
Abbildung 9:	Influenza-Impfquoten im Jahr 2023 bei Versicherten mit ambulanter Pflege, stationärer Pflege und ohne Pflege nach Zehn-Jahres-Altersgruppen	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	STIKO-Empfehlungen zur Influenza-Impfung bei Erwachsenen (Stand 7/2025)	2
Tabelle 2:	Anteil Versicherter ab 60 Jahren mit Influenza-Impfung im Jahr 2023 in den Bundesländern nach Fünf-Jahres-Altersgruppen	8
Tabelle 3:	Fachgebiete, die die Influenza-Impfung bei ab 60-Jährigen durchführen	10
Tabelle 4:	Anteil geimpfter Versicherter nach Ort der Impfung, Apotheke beziehungsweise Arztpraxis, im Jahr 2023	11
Tabelle 5:	Anteil neu gegen Influenza Geimpfter in Apotheken und Arztpraxen in den Jahren 2022 und 2023 ..	11
Tabelle 6:	Anteil Versicherter mit Influenza-Impfung und weiteren Impfungen am selben Tag von derselben Ärztin / demselben Arzt im Jahr 2023	13
Tabelle 7:	Anteil Versicherter mit Influenza-Impfung und COVID-19-Impfung am selben Tag in der Apotheke im Jahr 2023	13

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Daniel Grandt,
Medizinische Fakultät der Universität
Essen-Duisburg

Dr. Veronika Lappe, MPH,
PMV forschungsgruppe, Universität
zu Köln, Medizinische Fakultät und
Uniklinik Köln

Dr. Ingrid Schubert,
PMV forschungsgruppe, Universität
zu Köln, Medizinische Fakultät und
Uniklinik Köln

Design und Realisation

Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin

Januar 2026

DOI

10.30433/anzneimittel.2025.02

Copyright



Lizenziert unter CC BY-ND 4.0