



06.10.2026

Transkript

„Grippe, COVID-19, Impfungen – ein Blick auf die kommende Erkältungssaison“

Expertinnen und Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Reinhard Berner**
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, und Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (Stiko)
- ▶ **Prof. Dr. Berit Lange**
Leiterin der Abteilung Epidemiologie, Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI), Braunschweig, und Mitglied der Ständigen Impfkommission (Stiko)
- ▶ **Prof. Dr. Ulrike Protzer**
Inhaberin des Lehrstuhls Virologie und Direktorin des Instituts für Virologie, Technische Universität München (TUM)
- ▶ **Philipp Jacobs**
Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany und Moderator dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Audio- und Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://sciencemediacenter.de/press-briefings/6abf7cc7e9781a6277399e87>



Transkript

Moderator [00:00:00]

Herzlich willkommen zum nächsten Press Briefing des Science Media Center, dieses Mal zum Thema Grippe, COVID-19 und Impfungen. Und wir möchten heute hier einen kleinen Ausblick auf die kommende Erkältungssaison werfen. Mein Name ist Philipp Jacobs, ich bin hier Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften. Sie alle haben's wahrscheinlich schon bemerkt oder vielleicht waren Sie schon selbst auch beim Arzt und haben sich den Gripeschot abgeholt. Die offizielle Grippezeit beginnt schon so langsam, beziehungsweise ist eigentlich schon angelaufen. Man kann sich die Grippeimpfung schon so langsam abholen. Und jedes Jahr infizieren sich ja schon so laut Schätzungen bis zu 20 Prozent der Bevölkerung mit Grippeviren. Das sind sicherlich schon die schweren Saisons, aber die Schwere variiert nun mal auch jährlich. Es ist recht unterschiedlich, wie schwer sie ausfällt. Und Influenzaviren machen nun mal auch nicht nur die ganze Erkältungssaison aus. Sie sind zwar ein bedeutender Teil, aber doch nur ein Teil der Atemwegserreger, die wir so jedes Jahr hier haben. Hinzu kommen zum Beispiel Adenoviren, Rhinoviren, RSV-Viren und seit der COVID-19-Pandemie eben verstärkt auch neuere Coronaviren. Gegen Influenza, Corona und RSV vor allem haben wir sehr wirksame Impfstoffe, die aber zuweilen von jenen, für die sie empfohlen sind, unzureichend genutzt werden. Darüber wollen wir bestimmt heute auch noch mal ein bisschen sprechen. Und das möchte ich zusammen mit unseren Forschenden hier aus den Bereichen der Infektiologie, Pädiatrie, Epidemiologie und Virologie machen. Stell ich auch gleich noch was näher vor. Und wir möchten eben diesen kommenden Ausblick auf die Erkältungssaison geben und auch Ihre Fragen da draußen zu Erregern, Krankheitslast, Impfstoffen und Risikogruppen diskutieren. Bevor ich unsere Panelteilnehmenden noch kurz vorstelle, noch was Organisatorisches: Die meisten von Ihnen dürften das kennen. Die Fragen bitte ins Frage-Antwort-Tool unten stellen und eben nicht im Chat. Und im Anschluss erhalten Sie an dieses Press Briefing zeitnah ein maschinell erstelltes Transkript und ein redigiertes folgt einen Tag später. Also voraussichtlich einen Tag später. Sie können das dann über den Link, der in der Einladungsmail steht, oder meine Kollegin postet das auch gleich noch mal in den Chat hier rein, können Sie das maschinell erstellte Transkript sich schnell abrufen nach dem Press Briefing. Jetzt darf ich aber unser Panel vorstellen. Ich würde gerne mit Professor Dr. Reinhard Berner starten. Er ist Direktor der Klinik für Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden und er ist Vorsitzender der Ständigen Impfkommission. Hallo, Herr Berner.

Reinhard Berner [00:02:14]

Hallo.

Moderator [00:02:15]

Professor Dr. Berit Lange. Sie ist Leiterin der Abteilung für Epidemiologie am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig und Mitglied der Ständigen Impfkommission. Hallo, Frau Lange. Und wir haben dabei Professor Dr. Ulrike Protzer. Sie ist Inhaberin des Lehrstuhls Virologie und Direktorin des Instituts für Virologie an der Technischen Universität München. Hallo, Frau Protzer. Schön, dass Sie alle da sind.

Ulrike Protzer [00:02:36]

Hallo, grüß Sie.



Moderator [00:02:38]

Frau Lange, ich würde ganz gerne mit Ihnen starten und so einen groben Ausblick vielleicht schon mal noch mal geben, vor allem zum Verständnis: Wie verlaufen bei uns eigentlich in der Regel Atemwegssaisons in Deutschland typischerweise? Und da vielleicht angedockt die Frage: Wann reden wir eigentlich von moderat und schwer und was macht eine Saison eigentlich schwerer oder schwächer, jetzt unabhängig vielleicht nur von reinen Todesfallzahlen oder Erkrankungszahlen?

Berit Lange [00:03:05]

Ja, vielen Dank erst mal und vielen Dank auch für die Einladung. Ich fange mal kurz an mit so dem Blick auf die aktuelle Situation. Da sehen wir zwar ja einen Anstieg jetzt so langsam der, sagen wir mal, der Symptome. Also Menschen haben jetzt mehr Atemwegssymptome. Das ist aber aktuell, wenn man sich so die RKI-Zahlen ansieht, noch beruhend primär auf wirklichen Erkältungen, also zum Beispiel Rhinoviren. Das wird sich aber ändern. Auch jetzt wieder über den Verlauf der Saison erwarten wir, dass natürlich dann Influenza, RSV und auch wieder eine größere Rolle spielen. Wie verlaufen die Atemwegssaisons typischerweise in Deutschland, ist eine etwas schwierige Frage, weil das ja gerade über die letzten fünf Jahre natürlich nicht typisch war. Wir haben eben zum einen jetzt einen neuen Erreger dazubekommen, eben SARS-CoV-2. Und da sehen wir schon eine gewisse saisonale Entwicklung, die aber noch deutlich untypischer ist als das, was wir vorher für Influenza und RSV immer gesehen haben. Wir sehen zum Beispiel, dass die SARS-CoV-2-Welle auch durchaus im Spätsommer relevant schon beginnt und auch sozusagen außerhalb der typischen Atemwegssaison liegt, die wir hatten. Wir sehen auf der anderen Seite für Influenza und für RSV, das kann man nicht ganz über einen Kamm scheren, aber es ist schon so, dass wir nach den starken Kontaktbeschränkungen eben 2020/2021 zunächst immer frühere und stärkere RSV- und Influenzawellen gesehen haben, sozusagen, die dann unterschiedliche Bevölkerungsbereiche auch stark betroffen haben. Und wir haben jetzt so langsam Richtung, ich sag mal, 24, 25, 26 aus meiner Sicht wieder eine eher typische Verteilung dieser Wellen, nämlich, dass die doch recht spät dann eher Richtung Weihnachten und dann Richtung Januar, Februar auch so ihren Peak erreichen. Und das wäre auch das, was ich jetzt für die aktuelle Saison erwarten würde, denk ich. Genau. Und dann die Frage: woran macht man fest, ob so eine Saison sehr schwer verläuft oder nicht? Das macht man natürlich schon an der Frage fest: Wie viele Menschen versterben leider an eben zum Beispiel Influenzainfektionen, oder RSV-Infektionen? Man macht es aber auch fest daran: Wie viele Menschen müssen ins Krankenhaus? Und manchmal auch daran gibt es bestimmte Altersgruppen, die besonders betroffen sind. Das können eben manchmal auch die Kinder sein. Und das ist so die Einschätzung, die man dann gibt dazu, wie schwer die Saison ist. Das ist manchmal gar nicht – und das haben wir manchmal gesehen – gar nicht einhergehend damit, wie viel einzelne Erkältungsepisoden der Einzelne vielleicht erlebt. Das können manchmal recht viele sein und die Saison an sich ist doch nur moderat. Ich würde da mal stoppen und vielleicht möchten die anderen auch noch ergänzen.

Moderator [00:06:06]

Ja klar, sonst auch gerne vielleicht eine kleine Nachfrage direkt noch mal dazu. Wenn man wirklich noch mal auf den Ausblick jetzt gehen, womit sollten wir oder könnten wir denn in diesem Herbst mutmaßlich rechnen? Und ich will so ein bisschen auf das hinaus: Wie sicher kann man eigentlich grundsätzlich Saisons vorhersagen? Also klar, bei Influenza gucken wir immer auf die Südhalbkugel, was da so passiert und so was. Und vergangene Saison war's noch mal so, da hatten uns aus Großbritannien relativ drastische Meldungen zuerst erreicht über Influenza K-Varianten, das könnte schlimm werden und sonst was. Dann war's am Ende in Anführungszeichen moderat. Vielleicht dazu noch mal gleich kurz. Aber wie gut kann man eigentlich vorhersagen, was so passiert? Also vielleicht kurz Frau Lange noch oder Frau Protzer.



Berit Lange [00:06:44]

Vielleicht Ulrike und ich kann dann gerne ergänzen.

Ulrike Protzer [00:06:47]

Also ich glaube, genau wie Berit das gesagt hat, man lernt ja aus den vorhergehenden Saisons. Das Muster ist irgendwie immer ähnlich. Wir sehen erst die Nicht-Influenzaviren, die sogenannten Erkältungsviren. Da gehören jetzt momentan hauptsächlich Rhinoviren und Parainfluenzaviren dazu, gegen die man beide nicht impfen kann. Da kann man sich nur schützen, indem man versucht, den Kontakt zu vermeiden. Ich erinnere da auch immer noch ganz gern mal wieder an die bewährte Maske. Auch wenn die nicht so wahnsinnig beliebt ist in unseren Breitengraden, schützt sie aber halt doch vor allen verschiedenen Atemwegserregern und vor allem ist sie dann wirksam, wenn diejenigen sie tragen, die infiziert sind, weil sie dann das nicht weiter verbreiten. Wie gesagt, momentan Rhinoviren führend, gefolgt von Parainfluenzaviren. Jetzt sagt man, das sind Erkältungsviren. Das ist schon richtig, die können aber durchaus bei Patienten mit einer Immunsuppression im Krankenhaus mit Immunschwäche durchaus schwere Infektionen machen, die auch dazu führen, dass man jemanden auf die Intensivstation aufnehmen muss. Also ganz banal sind die auch nicht. Dann kommt typischerweise in unserer Erfahrung das SARS-Coronavirus und danach dann RSV Influenza hoch. Woher wissen wir, was dann kommt? Was sich da sehr bewährt hat, ist das Abwassermonitoring, weil man da nicht Einzelproben, das wird ja auch gemacht im sogenannten Sentinel Testing, wo also Sentinel Praxen Abstriche einschieken ans Robert Koch-Institut und die werden halt dann getestet. Da weiß man schon, wie hoch die Aktivität ist. Daher wissen wir, dass momentan eben Rhinovirus führend ist und an zweiter Stelle die Parainfluenzaviren. Wenn man das aber ein bisschen breiter machen will, dann ist durchaus oder hat sich durchaus das Abwassermonitoring sehr bewährt. Und was wir da jetzt zum Beispiel im Abwasser in Bayern sehen, da gibt's das BayWOG-Netz, das sich das regelmäßig anschaut, dass wir schon einen deutlichen Anstieg an SARS-CoV-2-RNA sehen im Abwasser. Das heißt, das wird jetzt dazukommen. Wir sehen auch, dass im Süden, vor allem im Südosten, die Anzahl der Atemwegserreger in den letzten zwei Wochen deutlich angestiegen ist. Am Anfang war ja führend Schleswig-Holstein, weil da halt auch die Schule früher wieder gestartet hat. Jetzt sind alle auch in Bayern und Baden-Württemberg zurück in der Schule. Das heißt, da kann die Ausbreitung gut stattfinden und wir haben in München das Oktoberfest, was auch immer noch ein gutes Spreading Event ist, das gerade für diese leicht übertragbaren Atemwegsviren eben sich auszeichnet. Das heißt, das Monitoring basiert zum einen auf den historischen Erfahrungen, zum anderen auf den Sentinel Praxen und zum dritten mehr und mehr, aber in der Vorhersage eben auch auf das Abwassermonitoring.

Moderator [00:09:48]

Vielen Dank. Frau Lange wollte...

Berit Lange [00:09:49]

Ganz kurz noch mal. Genau, also das fand ich jetzt eine gute Darstellung. Also für uns sind jetzt, also aus der infektionsepidemiologischen Sicht sind insbesondere die Sentinel Praxen und auch die Sentinel Krankenhäuser immer wichtig. Das ist das, was das RKI auch im Wochenbericht immer darlegt: Wo stehen wir da gerade? Wir benutzen auch das Abwassermonitoring, aber tatsächlich mehr so als Frühwarnsystem. Wann geht's hoch? Also genau wie Ulrike gesagt hat, jetzt sieht man SARS-CoV-2. Aber wo jetzt tatsächlich welche Altersgruppe wie betroffen ist, das ist etwas, was wir



in den Sentinel Surveillance Systemen sehen, die ja nichts anderes machen, als dass Menschen, die jetzt sowieso zum Hausarzt gehen, dann abgestrichen werden dort, auch wenn die normalerweise gar nicht abgestrichen würden, und dann wird das eingeschickt und virologisch untersucht und daraus kann man eben so ein bisschen ziehen: Wo stehen wir aktuell? Und das sind so Daten, die wir verwenden in der aktuellen Lagebeurteilung. Und dann ging ja Ihre Frage auch ein bisschen dahin: Wie gut sind wir denn in den Vorhersagen dazu, was mit den einzelnen Infektionserregern oder der Gesamtsituation passiert? Und da muss man, glaube ich, unterschiedliche Dinge aufmachen. Und das eine ist, und ich versuch's mal ganz kurz zu machen: Wir sind ziemlich gut und das ist etwas, was wir auch aus der Forschungswelt ein bisschen stolz drauf in auch die echte Surveillance-Welt in den letzten Jahren eingebracht haben in dem, was wir Nowcasting nennen. Und das hat damit zu tun, dass natürlich die aktuellen Daten, die wir immer sehen, eine Verzögerung haben. Und diese Verzögerung sozusagen ganz korrekt jetzt darzustellen, ist etwas, wo wir ziemlich gut geworden sind in den letzten Jahren, auch forschungsmäßig. Und das geht jetzt zum Beispiel auch schon immer in die RKI-Berichte ein. Wir sind auch relativ gut da drin zu sagen: Was glauben wir denn aus den aktuellen Daten? Was passiert in den nächsten zwei bis vier Wochen? Und das entspricht ehrlicherweise so, was wir jetzt aus der Modellierungssicht sehen würden, auch dem, was Ulrike gerade gesagt hat, weil das natürlich ganz primär auf den Signalen beruht, die wir aktuell sehen. Und was viel, viel schwerer zu beurteilen ist, ist die Frage: Wie verläuft denn die Saison insgesamt und wo werden wir die Peaks der einzelnen Infektionen sehen? Da nutzen wir dann tatsächlich Daten, die auch damit zu tun haben: Wie ist denn die letzte Saison verlaufen? Was sehen wir gegebenenfalls auch in entsprechenden Untersuchungen in der Bevölkerung? Und dann versuchen, da so ein bisschen zu sagen, wann ist vermutlich der Peak. Man muss aber sagen, da wir jetzt wirklich wieder in relativ typische Atemwegssaisons hineingehen nach Jahren, wo wir das nicht getan haben, sagen die Modelle aktuell auch meistens einfach nur, dass der Peak vermutlich typischerweise so sein wird, wie er das letzte Jahr auch gewesen ist, ohne dass wir immer sagen können, wie hoch der dann sein wird. Genau, das ist sicher der Teil, der am unsichersten ist in der Vorhersage. Sozusagen.

Moderator [00:12:41]

Ja, vielen Dank, Frau Lange. Frau Protzer, vielleicht bei Ihnen noch mal ganz konkret nachgefragt, weil Influenza und SARS-CoV-2 uns ja natürlich auch mal gefühlt am meisten beschäftigt hat in den vergangenen Jahren. Können Sie da noch mal einen kleinen Ausblick geben oder einfach noch mal uns auf Stand bringen: Mit welchen Varianten haben wir es gerade eigentlich vor allem zu tun? Und, vielleicht, wenn wir zum Thema Impfstoffe so langsam schon rüberschwappen, wie gut sind wir eigentlich gerade abgedeckt, was diese beiden, sagen wir mal, großen Atemwegserreger jetzt gerade anbelangt? Wie gesagt, wir haben gerade gehört, es gibt noch mehrere, aber vielleicht bei denen jetzt noch mal kurz scharf gestellt.

Ulrike Protzer [00:13:11]

Ja, also die Viren verändern sich ja immer ein bisschen. Zum einen, indem sie, wenn sie sich vermehren, Fehler in ihr Genom einbauen und dadurch ihre Proteine verändern. Und wenn das ein Vorteil für das Virus ist, dann selektiert die Evolution das aus. Der Vorteil kann sein, es vermehrt sich besser in einzelnen Zellen. Viren können sich ja nur in Zellen vermehren. Es ist ansteckender. Typischerweise bindet es dann besser an den Rezeptor, und wenn kleinere Virusmengen reichen aus, um jemanden anzustecken, oder es wird schlechter von unserem Immunsystem, unserer vorbestehenden durch Impfungen oder durch Infektionen bedingten Immunität erkannt. Das sind so die drei Gründe, warum sich neue Varianten ausbilden. Und das sieht man bei SARS-CoV-2 relativ regelmäßig. Und wenn so eine Variante dann ihre Möglichkeit, auch dem Immunsystem zu entgehen, ausreichend geändert hat, dann sagt man: Okay, das ist jetzt hier eine neue Variant of Concern. Ich glaube nicht, dass man sich die alle einzeln merken muss. Wichtig ist immer nur: Wie



gut schützt die Impfung gegen diese jeweils zirkulierenden Varianten? Und da muss man sagen, die momentan verwendeten Impfstoffe schützen da gut, auch gegen die neu auftretenden Varianten. Jetzt hat man oft Angst, wenn so eine neue Variante kommt, wird die vielleicht viel gefährlicher. Ich glaube das nicht. Ich habe ja gerade die Gründe, warum Varianten selektiert werden, genannt. Und dass sie gefährlicher werden, ist kein Grund für ein Virus oder für die Evolution, das herauszufiltern. Warum? Wenn sie gefährlicher werden, dann werden die Menschen schwerer krank und die laufen nicht rum und verbreiten es nicht so. Das heißt, die Ausbreitung ist damit einfach geringer. Also die Angst kann man schon meist so ein bisschen nehmen bei diesen kontinuierlichen Veränderungen. Bei Influenza ist die Situation ein bisschen anders als bei Coronavirus. Das kann sich auch durch diese stetige Mutation verändern. Aber Influenza hat ein, wie wir sagen, segmentiertes Genom. Das heißt, das Genom, wie bei uns die Chromosomen, besteht aus verschiedenen Bruchstücken, und die können sich neu miteinander mischen. Da ist also dann die Gefahr, dass so ein Virus sich sehr plötzlich relativ stark verändert. Und da ist dann immer die Gefahr, dass dann unser Immunsystem nicht gut vorbereitet ist. Und das ist vor allem dann der Fall, wenn diese Viren irgendwo aus dem Tierreich oder im Tierreich neu gemixt werden und dann zu uns kommen. Und deswegen macht man auch bei Influenza diese Surveillance immer auf der Südhalbkugel, um zu gucken, was zirkuliert denn da im Moment, und passt die Impfstoffe an. Da ist, wenn man jetzt auf die momentane Zusammensetzung der Impfstoffe guckt, dann ist das, was gerade auf der Südhalbkugel passiert oder passiert ist, die Saison geht ja da jetzt so langsam dem Ende entgegen, eigentlich gut abgedeckt. Obwohl die prädominanten Stämme in Australien und in Japan sehr unterschiedliche waren, sind die beide trotzdem in unseren Impfstoffen mit abgedeckt, und deswegen hat man bei Influenza immer auch diese mindestens trivalenten Impfstoffe, wo also zwei Influenza-A- und ein Influenza-B-Stamm sozusagen mit abgedeckt sind.

Moderator [00:16:43]

Vielen Dank, Frau Protzer. Genau, wenn wir jetzt schon bei den Impfstoffen sind, Herr Berner, Sie als Stiko-Vorsitzender, die Stiko empfiehlt ja für viele Risikogruppen und auch für viele Menschen natürlich an sich auch, aber vor allem für Risikogruppen Impfungen gegen Atemwegserreger, sei es RSV, Influenza oder auch Covid. Doch die Impfquoten, das haben wir zuletzt auch wieder durch einige Publikationen durchs RKI ja gesehen, sind jetzt freundlich ausgedrückt nicht immer ganz optimal und bis unzureichend. Vielleicht geben Sie uns da noch mal einen ganz kurzen Einblick, wo wir gerade die größten Probleme da haben, und vielleicht auch so einen kleinen Ausblick: Was können wir da eigentlich tun, um das zu erhöhen, was wir erhöhen wollen bei den Impfquoten?

Reinhard Berner [00:17:23]

Ja, das ist eine gute Frage. Also ich meine, was wir sehen, und das sehen wir ja schon seit vielen Jahren, dass wir bei den, gerade bei den saisonalen Impfungen, also gegen Influenza, beispielhaft, aber natürlich jetzt auch Covid und RSV, dass wir da unzureichende Impfquoten haben bei den Patienten oder Menschen, die eben besonders geschützt werden sollten eigentlich vor diesen Erregern, die entsprechende Grunderkrankungen haben. Und wir sind da nicht viel besser geworden über die letzten Jahre. Also für Influenza liegen wir in einer Größenordnung zwischen 30 und 40 Prozent, bei den Menschen mit Grunderkrankungen. Das ist viel zu wenig. Bei den Kindern mit Grunderkrankungen liegen wir noch schlechter. Da sind wir seit zehn, fünfzehn, zwanzig Jahren, kommen wir nicht über die zehn Prozent hinaus. Das heißt also, wir, ums mal jetzt pointiert zu sagen, wir nehmen in Kauf, dass 90 Prozent unserer gefährdeten Kinder nicht geschützt sind oder zwei Drittel der erwachsenen Menschen sozusagen, die eine schwere, ein Risiko für eine schwere Infektion haben, dass die nicht geschützt sind. Und die Frage ist natürlich, die haben Sie ja auch gestellt: Wie könnte man das verbessern? Und da gibt es sicherlich nicht einen Weg oder eine Antwort, sondern da gibt es sehr viele unterschiedliche Möglichkeiten. Ich meine, was wir gesehen



haben, wir haben ja für RSV und für Covid-19 jetzt mit den neuen Empfehlungen jetzt bei der Altersgrenze gesagt, wir nehmen jetzt wirklich die Gruppe der über 75-Jährigen, von denen wir wissen, dass sie wirklich ein erhebliches Risiko haben, schwer krank zu werden, ins Krankenhaus zu kommen, auf die Intensivstation beatmet zu werden, und haben uns sehr bewusst entschieden, wirklich diese Hochrisikogruppe rauszunehmen, um für die wenigstens einen Impfschutz zu sorgen. Und was wir so rückgemeldet bekommen von den Hausärzten, ist, dass die für diese Empfehlung sehr dankbar sind, weil sie eben sehr klar dieses hohe Risiko benennt, und dass sie in den Konsultationsgesprächen mit ihren Patienten ganz klar sagen können: „Wir wissen, Sie sind 75 oder entsprechend älter und Sie gehören wirklich in ein, Sie haben ein hohes Risiko, schwer zu erkranken an RSV oder an Covid-19.“ Und dann wirklich auch die Impfung durchzuführen. Das Problem ist ja immer gewesen auch, dass man gesagt hat, da hat man jetzt irgendwie einen 60-jährigen Marathonläufer, dem hat man gesagt, „Du bist jetzt eben, gehörst zur Hochrisikogruppe für Influenza und RSV.“ Und der hat einen ausgelacht, weil er gesagt hat, „Ich bin sportlicher und gesünder als alle, die zehn oder zwanzig Jahre jünger sind als ich.“ Also diese Fokussierung auf ein echtes Risiko ist ein Thema. Das andere Thema ist, dass wir natürlich trotzdem, glaube ich, noch nicht gut genug darin sind, in der hausärztlichen Betreuung wirklich diese Risikofaktoren, die zu einer schweren Erkrankung führen, also jetzt Grunderkrankung, nicht Alter, die wirklich gut, sozusagen an die Patienten zu kommunizieren und ihnen zu sagen, „Du gehörst in diese Gruppe mit Immunsuppression, mit einer chronischen Lungenerkrankung, mit einer Herzerkrankung. Du gehörst in eine Risikogruppe, du musst geimpft werden.“ Also ich glaube, da müssen wir noch klarer werden und die Leute müssen noch besser verstehen, was sind die Risikofaktoren und warum gehören sie dazu. Ein dritter Punkt ist aus meiner Sicht, und das ist auch ein selbstgemachtes Problem, wenn man so möchte: Menschen mit diesen schweren Grunderkrankungen sind eben häufig nicht nur beim Hausarzt, sondern sie sind auch in den Spezialambulanzen, in den Hochschulambulanzen der Krankenhäuser. Und dort dürfen sie bisher, beziehungsweise es gibt keine Kostenerstattung für die Impfung im Krankenhaus. Für einen ambulanten Patienten, der alle vier Wochen zu seinem Lungenspezialisten geht, weil er eine chronische Lungenerkrankung hat, und der sagt, „Du müsstest eigentlich gegen Influenza geimpft werden.“ Der kann ihn aber selbst nicht impfen, weil der Impfstoff nicht erstattet wird. Da sind wir jetzt in Verhandlungen mit den großen Kassen, dass wir dafür eine Lösung finden. Aber es sind dann eben neben den grundsätzlichen Problemen eben dann auch praktische Hürden sozusagen, die durch Sektorengrenzen selbst aufgebaut sind. Und der letzte Punkt vielleicht noch, den ich auch ansprechen möchte, ist, dass wir natürlich auch schlecht darin sind, über all die Jahre diejenigen Patientengruppen zu erreichen, die eben jetzt nicht Zeitungsleser sind und keine Tagesschau oder was auch immer im Fernsehen gucken, sondern die eben zu den Randgruppen gehören, die eine Sprachbarriere haben, die eben vielleicht auch in Stadtvierteln wohnen, die eben schlecht erreichbar sind. Da muss man wahrscheinlich mittelfristig auch noch mehr in aufsuchende Hilfsangebote, also in Impfangebote gehen, dass man in Stadtteilen, möglicherweise in Stadtteilcafés Impfprogramme auch auflegt, wenn wir das wirklich verbessern wollen.

Moderator [00:22:13]

Vielen Dank, Herr Berner. Nur noch mal kurz die Erinnerung an die Journalisten: Stellen Sie gerne die Frage im Frage-Antwort-Tool, sonst ziehe ich es hier weiter durch. Da direkt ergänzend vielleicht noch mal, Herr Berner, Sie haben eben gesagt, es ist vor allem praktisch manchmal ein bisschen schwierig, was auch Kostenerstattung anbelangt. Jetzt haben wir ja zum Beispiel Apothekenimpfungen oder das erweitert zumindest, dass es irgendwie einfacher möglich ist. Wie blicken Sie darauf vielleicht ganz konkret?



Reinhard Berner [00:22:36]

Also alles, was hilft, Impfquoten zu erhöhen und die Impfquoten zu verbessern, ist erst mal ein gutes Angebot. Und wenn das in den Apotheken funktioniert, wovon ich jetzt noch nicht hundertprozentig überzeugt bin, dass das wirklich den Riesensprung bringt, aber wenn es ein Angebot ist, das angenommen wird, oder für manche Menschen, die eben vielleicht näher an einer Apotheke als an der nächsten Hausarztpraxis wohnen und damit Impfhürden abgebaut werden können, dann ist es ein hervorragendes Instrument. Also man muss mal sehen, wie es funktioniert, aber grundsätzlich ist alles, was die Angebotspalette und die Impfhürden sozusagen verringert, ist gut.

Moderator [00:23:17]

Frau Lange.

Berit Lange [00:23:19]

Ich wollte es unterstützen noch mal, auch diese relativ den multikausalen Ander, weil es ist eben nicht so, dieses Problem der niedrigen Impfquoten, das werden wir nicht über eine Lösung lösen, also über einen Ansatz lösen, sondern das wird an ganz vielen Stellen wird man da versuchen müssen heranzugehen. Und diese, ja, diese Frage des Zugangs, die Reinhard gerade aufgemacht hat, die ist, glaube ich, ganz entscheidend. Also natürlich dort, wo wir Zugangsmöglichkeiten schaffen können, die einfach sind, die praktisch in den Alltag integrierbar sind, da gibt es dann auch gute Evidenz, dass das tatsächlich Impfquoten erhöht. Auf der anderen Seite ist es natürlich so: Wir müssen, wir können nicht jede, also nicht jede Maßnahme, die manchmal herangetragen wird an uns, dass sie Impfquoten erhöhen wird, ist auch gut evidenzbasiert. Also das muss auch geprüft werden sozusagen. Also das ist zum Beispiel ein Feld, wo das aus meiner Sicht wir wirklich auch diese Evidenz noch brauchen, ist die Frage der Kombiimpfstoffe bei Erwachsenen. Auch da wird ja diskutiert: Ist das eine Möglichkeit, um Impfaakzeptanz zu erhöhen? Und das ist gut möglich. Das ist nur so, da muss man dann auch die, muss man auch versuchen, die Evidenz sozusagen zu schaffen und tatsächlich auch wissenschaftlich zu sehen: Tut es das denn auch wirklich, wenn man das promoviert, sozusagen. Also das wollte ich nur sagen. Es ist, es wird nie die eine Lösung geben, aber es ist natürlich total wichtig, an unterschiedlichen Stellen, Kommunikation, Akzeptanz, Zugang heranzugehen.

Moderator [00:24:51]

Herr Berner, vielleicht noch eine Frage dann dazu. Bei der letzten, beim letzten RKI-Bericht zu den Grunderkrankungen gab es ja auch den, schon den Satz, dass die Stiko ja auch an einer allgemeinen Impfempfehlung zumindest für die Kinder und Jugendlichen bei Influenza zumindest arbeitet oder darüber nachdenkt. Können Sie uns da vielleicht noch mal ein bisschen abholen, wie da so der Prozess ist, wann man so was macht? Jetzt haben Sie schon gesagt, wir kriegen ja schon nicht mal gerade die Grunderkrankungen so gesehen richtig ans Laufen, was die Impfungen angeht. Was bringt, was, wie können wir jetzt eine allgemeine Impfempfehlung aussprechen? Wahrscheinlich wäre die nächste erfolgversprechend zum Start. Aber vielleicht können Sie uns da in diesen Diskussionsprozess noch mal kurz mitnehmen, wie man das jetzt eigentlich vernünftig aufbauen könnte.



Reinhard Berner [00:25:33]

Die Stiko prüft ja im Moment diese Frage, ob es ausreichend viel Belege dafür gibt, dass eine allgemeine Impfpflicht für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, ob die wirklich, sagen wir mal, ob, ja ob es Belege dafür gibt, dass das die Krankheitslast relevant beeinflusst. Ich sage mal, ein bisschen skeptisch ist man, wenn man sieht, dass selbst Kinder und vor allen Dingen die kleinen Kinder, die wirklich eindeutige Indikationen haben, die sich ja auch nicht jetzt jedes Jahr geändert hätten, sondern die eigentlich seit zehn, 15 Jahren immer die gleichen geblieben sind und auch intuitiv naheliegend sind, dass in dieser Gruppe so ein großer Teil, ein großer Teil, der größte Teil der Kinder ja nicht geschützt wird durch die entsprechende Impfung, sodass man ein bisschen skeptisch ist, warum es dann für Kinder, die keine Grunderkrankungen haben, dann so viel besser laufen sollte. Die Erfahrungen aus Ländern, die eine allgemeine Impfpflicht haben, ist auch so, dass die Impfquoten dort also sehr, sehr niedrig sind. Da gibt es ganz wenige Ausnahmen, ganz wenige Länder, wo das am Ende besser funktioniert, sodass, sagen wir mal, selbst wenn wir wüssten, dass eine Impfpflicht, eine allgemeine Impfpflicht aufgrund der Datenlage so ist, dass man einen Effekt zeigen könnte, muss sich das ja auch dann wieder übersetzen in entsprechende Impfquoten bei den Kindern und Jugendlichen. Insofern, wir prüfen das und wir werden da auch zu einer Entscheidung kommen, wenn das, wenn die Daten ausreichend ausgewertet sind. Wie gesagt, im Moment wäre ich schon glücklich, wenn wir es schaffen würden, die Impfquoten bei den Kindern mit Grunderkrankungen zu verbessern. Muss hinzufügen, dass es ja auch die Impfindikationen gibt, die sich von der Grunderkrankung des Kindes gar nicht ableitet, sondern es heißt ja auch, wenn im Haushalt dieses Kindes ein Erwachsener lebt mit einer Grunderkrankung, dann ist das auch eine Impfindikation. Und wenn man diese Gruppe noch mit hinein nimmt, dann bleiben am Ende nicht mehr so wahnsinnig viel gesunde Kinder, die nun gar keinen Kontakt mehr zu irgendjemand hätten, der eine Erkrankung hätte. Also insofern, ist die Empfehlung ist eigentlich schon relativ breit und relativ, würde viele Kinder und Jugendliche in den verschiedensten Familiensettings sozusagen umfassen, aber sie wird eben nicht umgesetzt.

Moderator [00:27:54]

Danke. Frau Protzer, Sie hatten eben kurz gezuckt oder hatten Sie sich das erledigt?

Ulrike Protzer [00:28:00]

Nein, ich find's nur sehr beeindruckend, wie Herr Berner auch darstellt, wie gründlich die Stiko sich solche Dinge überlegt. Weil so als Laie hat man ja oft den Eindruck, na ja, das muss doch irgendwie ganz klar sein, ob man da eine Impfpflicht gibt oder nicht. Aber die Grundarbeit der Stiko ist eben extrem evidenzbasiert und bezieht, wie man das, glaube ich, jetzt sehr gut gemerkt hat, auch viele zusätzliche Faktoren mit ein. Und dann sind solche Entscheidungen, ja, datenbasiert, evidenzbasiert und die brauchen auch ein bisschen Zeit. Ich glaube, das ist was, was auch wichtig ist zu verstehen. Man hat das ja in der Corona-Pandemie oft gesagt: Na ja, warum können die da nicht schneller eine Empfehlung geben? Aber wenn man das eben entsprechend evidenz- und datenbasiert und wirklich gut abgewogen machen will, dann geht das oft auch nicht ganz schnell. Das kam mir noch gerade so in den Sinn, dass ich das sehr gut fand, wie er das auch dargestellt hat, wie das abgewogen wird.

Moderator [00:28:58]

Ja, vielen Dank. Uns erreichen noch ein paar Journalistenfragen. Die erste würde ich vielleicht an Sie, Frau Lange, stellen. Und die Frage ist kurz zusammengefasst: Wie bewerten Sie denn die Wahrscheinlichkeit, dass die nächste Grippewelle ähnlich verläuft wie die vergangene? Welche Faktoren sprechen derzeit für eine mildere, durchschnittliche oder schwere Welle? Vielleicht



können Sie das, und auch Frau Protzer natürlich auch ergänzen, wenn Sie möchten, natürlich danach, aber...

Berit Lange [00:29:22]

Ich würde sagen, unter den aktuellen Daten, die wir so haben, würden wir erst mal von einer ähnlich verlaufenden Grippewelle ausgehen, weil das, ja. Die Frage, wie die dann wirklich verläuft, ist aber ganz primär auch davon abhängig, wie viele Menschen sich jetzt impfen lassen. Also das ist das, was mitbestimmen wird, wie schwer eine solche Grippewelle verläuft. Und deswegen natürlich, noch mal auch der Aufruf, diejenigen, die eine solche Indikation haben, dass die auch sich impfen lassen und natürlich auch alle Möglichkeiten, die wir machen können, um die Zugänge dazu zu erleichtern, sollten wir tun. Ulrike ergänzt das gerne.

Ulrike Protzer [00:30:05]

Ich sehe das genauso wie du, Berit. Ich meine, wenn man sich die Aktivität der respiratorischen Infektionen, jetzt nicht nur der Grippe, sondern auch der Nicht-Grippe-Viren anschaut, dann sind wir ja schon dieses Jahr momentan auf einem relativ hohen Niveau, aber ist genauso wie letztes Jahr. Ja, doch relativ früh nach Schulbeginn steigen die Zahlen ganz enorm an und wie man an mir und auch an anderen sieht, breiten sich die Atemwegsinfektionen jetzt schon aus. Wie wir das vorhin herausgearbeitet haben, kann man gegen diese Erreger halt meist nicht impfen und das ist, glaube ich, was auch klar sein muss. Da kann man sich nur anderweitig schützen. Gegen Grippe kann ich impfen und da sollte ich mich auch impfen lassen, denn keiner von uns kann in die Glaskugel schauen. Aber der Fakt, dass die allgemeine Atemwegsinfektionssituation sehr ähnlich zu der im letzten und im vorletzten Jahr war, indiziert ja auch oder lässt einen zumindest vermuten, dass auch Grippe genauso oder die Influenzawelle sehr ähnlich verlaufen wird. Ja, auch da kann man natürlich wieder auf die Südhalbkugel gucken und da gab es ja im letzten Jahr eine sehr schwere Grippewelle in Australien. Das ist dieses Jahr weniger schwer geworden. Vielleicht auch, wenn's so schwer war, weil sich dann doch mehr Menschen impfen lassen. Dafür ist dieses Jahr die Grippewelle in Japan, wo sie letztes Jahr nicht so schwer war, sehr früh und sehr, sehr schwer gekommen, sodass da also tatsächlich Schulen geschlossen werden mussten und das war schon echt heftig am Anfang deren Saison. Wie das bei uns dann ganz genau ankommt, ich glaube, da würden wir uns anmaßen, etwas zu beurteilen, was wir nicht können. Die Glaskugel haben wir halt noch nicht.

Berit Lange [00:31:51]

Aber darf ich vielleicht an der Stelle auch noch mal den Hinweis dazu geben, dass natürlich, um genau das auch immer aktuell gut beurteilen zu können, sind diese Systeme, die Ulrike und ich am Anfang genannt haben, die primär beim Robert Koch-Institut, aber natürlich auch beim gesamten öffentlichen Gesundheitssystem liegen, die sozusagen zum einen insgesamt ja auch Meldepflichten haben für Influenza, auf die Frage, stirbt jemand an Influenza, auch an anderen Infektionen natürlich, aber die dann eben auch in bestimmte Teile der Praxen und auch der Bevölkerung hineingucken und versuchen zu verstehen, wie ist denn das System aktuell, also das, was wir Sentinel Surveillance genannt haben und auch das Abwassersystem. All diese Systeme sind total essenziell, weil wenn ich die nicht habe, dann habe ich wirklich keine Lagebeurteilung. Dann liegt es rein daran, wie ich vielleicht relativ vage am Anfang der Saison sagen kann: „Ja, was passiert denn vielleicht?“ Und ich brauche diese Systeme, um eine aktuelle Lagebeurteilung und dann tatsächlich auch das, was ich eben sagte, also ein Forecast von so etwa zwei Wochen, der ist über verschiedene Systeme möglich und da kann man dann auch schnell reagieren. Die sind einfach wichtig, die Systeme.



Moderator [00:33:00]

Ja, vielleicht eine ganz kurze Nachfrage, die mir jetzt eben noch mal kam bezüglich, jetzt reden wir gegen Influenza und so was können wir uns ja impfen lassen. Vielleicht da noch mal ganz kurz den Impfzeitpunkt noch mal ganz kurz vielleicht abklären. Also ist es jetzt halbwegs schlauer zu sagen, wir impfen uns auf jeden Fall jetzt schnell vorher, bevor alles losgeht, oder versucht man doch eher nah an den Peak der Welle heranzukommen? Das sind ja Fragen, die wir uns wahrscheinlich jedes Jahr alle stellen, die uns impfen lassen. Also vielleicht Herr Berner oder Frau Protzer, für Sie beide noch mal. Vielleicht startet der Berner.

Reinhard Berner [00:33:32]

Na ja, das ist die Glaskugel von Frau Protzer, die man natürlich nicht hat. Ich würde sagen, man soll sich auf jeden Fall vor der Influenzawelle impfen. Die Frage ist nur: Wann kommt sie? Und das wissen wir eben nicht und deswegen fangen wir ja jetzt mit dieser Kampagne in den verschiedenen, also in den Krankenhäusern, aber auch in den anderen, hausärztlichen, Settings an. Also ich glaube, man muss, es gelingt ja sowieso nicht, jetzt, alle Menschen gleichzeitig zu impfen. Also man muss ja einfach mit denen, die in die Praxis kommen. Also ich glaube, da ist wieder das Wichtigste, dass man sich jetzt nicht vornimmt, für sich selbst oder für seinen Patienten den allergünstigsten Zeitpunkt zu finden, sondern man muss die sich bietende Gelegenheit nutzen, wenn er da ist, zu sagen: „Du bist, gehörst in die Risikogruppe oder in die Altersgruppe und du bist jetzt in meiner Praxis, jetzt machen wir die Impfung.“ So würde ich es machen. Und das, wann die Influenzawelle jetzt kommt, ob sie jetzt vor Weihnachten, nach Weihnachten, vor Karneval oder nach Karneval kommt, das weiß keiner.

Ulrike Protzer [00:34:32]

Ich sehe das ganz genauso, aber wenn man schon irgendwie zeitlich abwägen will, dann würde ich mit Corona und RSV starten, weil die eigentlich immer etwas früher kommen und dann die Influenza-Impfung machen. Aber man muss auch immer berücksichtigen, den Impfschutz aufzubauen, dauert ein bisschen. Man hat den nicht sofort am Tag drauf. Das heißt, wenn ich mitten in der Welle anfangen zu impfen und das bei vielen Menschen mache, dann habe ich halt leider viele, die trotzdem noch keinen Immunschutz aufgebaut haben. Das Immunsystem braucht einfach so etwa zwei Wochen, bis es so den maximalen Schutz hat und der hält dafür aber dann auch mehrere Monate an. Ja, insofern, ich denke auch, die Chance, wenn die Patienten in die Praxis kommen, zu nutzen, jetzt zu impfen, wenn man eine Reihenfolge überlegt, vielleicht mit COVID und RSV zu starten und danach Influenza, wäre so das, was wir aus den letzten Jahren gelernt haben, die sinnvollste Reihenfolge.

Moderator [00:35:32]

Mhm. Herr Berner, uns hat eben noch eine Frage erreicht, bezüglich noch mal der Kostenerstattung. Und Sie sprachen ja eben von den Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Kostenerstattung von Impfungen und Krankenhäusern. Die Journalistin fragt hier: Könnten Sie noch mal bitte kurz konkretisieren, wer da was verhandelt? Also die Stiko, die Krankenhausgesellschaft...

Reinhard Berner [00:35:50]

Nee, Entschuldigung, wenn ich da vielleicht missverständlich... Das ist weder die Aufgabe der Stiko noch kann das die Stiko machen. Das machen wir jetzt tatsächlich von unserem



Universitätsklinikum mit dem größten Krankenversicherer hier in Sachsen. Aber ich weiß aus mehreren Anfragen vom BMG, also Bundesministerium für Gesundheit, dass es diese Anfragen aus vielen auch sozialen Ministerien der Länder gibt. Also das ist eine drängende Frage. Wir hoffen jetzt, dass wir da so ein bisschen ein Pilot-Beispiel sozusagen konstruieren können, weil es ja dann immer um die entsprechenden Abrechnungsformen und Modalitäten geht, wie sowas dann in die entsprechenden Schubladen gepackt werden kann, aber das ist eine regionale Geschichte, die wir gerade machen, von der ich aber hoffe, dass wir sie bald abschließen und dass sie dann irgendwie modellhaft sein kann.

Moderator [00:36:40]

Die nächste Frage dann direkt: Die gesetzlichen Kassen zahlen momentan nur die Corona-Impfung mit dem Impfstoff aus der vergangenen Saison – das weiß ich jetzt grad ehrlich gesagt gar nicht genau – obwohl es bereits einen angepassten gibt. Wie ist das zu beurteilen hinsichtlich eines ausreichenden Schutzes? Vielleicht auch noch mal Herr Berner, wenn Sie's genau wissen, sonst vielleicht auch Frau Protzer.

Reinhard Berner [00:37:00]

Also das ist ja, das ist schon auch eine wichtige Frage letztlich. Es gibt ja manchmal auch unterschiedliche Impfeempfehlungen der WHO, die halt sozusagen für die gesamte Weltregion Empfehlungen für die an die Varianten angepassten Impfstoffe ausspricht und welche, die die europäischen Behörden aussprechen. Und ich glaube, das Entscheidende dabei ist eigentlich, dass auch die älteren Varianten der Impfstoffe sozusagen trotzdem natürlich einen Schutz vermitteln für die aktuell zirkulierenden Virus-Gruppen. Also die Diskussion ist verständlich, aber sie, sagen wir mal, sie pointiert irgendwas, was eigentlich gar nicht so entscheidend ist, weil der Schutzeffekt, den man mit den anderen Impfstoffen erreichen kann, der ist eben immer noch ausreichend gut.

Ulrike Protzer [00:37:53]

Ja, und was man vielleicht auch wissen muss, natürlich verändern sich die Viren leicht, aber der Schutz vor schwerer Erkrankung ist hauptsächlich durch unser zelluläres Immunsystem bedingt, und da sind die Epitope sehr gut konserviert. Also deswegen ist das gar nicht so wichtig, dass jetzt der Impfstoff wirklich auf die ganz aktuelle Variante angepasst ist. Und zurück zur Glaskugel: Wir wissen sowieso nicht, was im Dezember, Januar für eine Variante dann zirkuliert, sondern wir müssen ja immer auf irgendwas die Impfstoffe dann anpassen. Die... Jetzt habe ich meinen Faden verloren. Entschuldigung.

Moderator [00:38:36]

Sonst kann ich erst mal weitermachen. Falls Sie ihn wiederfinden, schreien Sie einfach noch mal. Genau, Frau Lange, ich hätte vielleicht noch an Sie eine Frage, die auch-

Ulrike Protzer [00:38:45]

Entschuldigung.

Moderator [00:38:45]

Ja, sehr gut.



Ulrike Protzer [00:38:46]

Was wichtig ist, glaube ich, ist zu wissen, dass die Immunität gegen diese ganzen Atemwegserreger leider nie lange anhält. Deswegen kommen die ja jedes Jahr wieder, obwohl ich dieses Virus schon mal gesehen hab. Natürlich gibt's da immer Varianten und Unterschiede, aber man weiß trotzdem, dass die Immunität immer nur ein bis zwei Jahre anhält. Und deswegen müssen wir uns leider auch immer wieder impfen, und diese Immer-wieder-Auffrischung des Immunsystems macht natürlich absolut Sinn im Wissen, dass der Impfschutz eben nach, ja, einem Jahr, allerspätestens nach zwei Jahren auch schon wieder nachgelassen hat gegen diesen spezifischen Erreger. Das sollte man immer mit im Kopf behalten. Sorry.

Moderator [00:39:33]

Kein Problem, vielen Dank. Frau Lange, hier kam noch mal die Frage, beziehungsweise Sie hatten's eben ja selbst erwähnt, wie wichtig für Sie eigentlich bei der Vorhersage so die Sentinel-Praxen und so was sind. Und die Frage geht noch mal die Richtung: Wie sieht die Lage in den Arztpraxen und Kliniken eigentlich aktuell aus, und gibt es bestimmte Maßnahmen, die Sie hier vielleicht jetzt auch kennen, wie man sich jetzt auf die Saison vorbereitet? Also könnte man da vorausgefüllte Rezeptbestellungen machen et cetera? Also vielleicht ein Blick in diese Praxen, die Sie ja auch so schätzen, bezüglich der Vorbereitung.

Berit Lange [00:39:59]

Genau, die Sentinel-Praxen sind natürlich immer nur ein Auszug davon. Da sieht man aktuell, dass auch dort, also man, es gibt so einen Konsultationsindex, den das RKI dort immer herausgibt. Da sieht man, der steigt jetzt entsprechend auch der Atemwegssaison, die eben losgeht, und das sind eben nur Viren und Parainfluenza-Viren. Und sicherlich macht es Sinn, aber das denke ich, macht jede Praxis sowieso in genau dieser Phase immer, dass man sich jetzt aufstellt in den Praxen dafür, dass man dann auch die entsprechenden Impfungen durchführen kann, dass man sich vorbereitet dafür, dass natürlich jetzt vermehrt Patientinnen kommen mit entsprechenden Atemwegssymptomen. Also ich glaube, das ist keine, ja, das ist jetzt das, was die Praxen ehrlicherweise immer machen, und aktuell gibt es aus den epidemiologischen Daten jetzt keinen Hinweis darauf, dass man irgendetwas am üblichen Verfahren ändern muss. Die, ich wollt noch einmal, Frau Beigel. Ach so, Sie machen das, oder?

Moderator [00:41:04]

Nein, nein, gerne, gerne.

Berit Lange [00:41:05]

Ich sehe die Fragen nebendran, und da hatte die Frau Beigel noch mal danach gefragt.

Moderator [00:41:08]

Passt sehr gut dazu, ja.



Berit Lange [00:41:11]

Genau, wenn ich da einfach weitermachen würde, da wollte ich nur kurz darauf hinweisen, da gibt es tatsächlich eine, also das geht ja auch ein bisschen rein in diese Frage. Wir sehen schon, wenn man sich andersrum mal anguckt, Arbeitsunfähigkeit, aus welchen Gründen passiert die? Und es hat ja eine größere Diskussion auch dazu gegeben. Wir haben vermehrt Arbeitsunfähigkeit, als wir das vielleicht in früheren Jahren hatten oder einen Anstieg davon. Und wenn man sich die Komponenten ansieht, die diesen Arbeitsunfähigkeiten hinterliegen in den tatsächlichen Daten, die wir dazu haben, aus Routinendaten, aus Kassendaten, dann sieht man schon, dass das auch bedingt ist mit durch einen Anstieg tatsächlich von Atemwegsinfektionen, also von Menschen, sagen wir mal, die arbeitsunfähig sind aufgrund von Atemwegsinfektionen, sodass wir diese Diskussion jetzt auch schon zwei, drei Jahre haben und die Daten tatsächlich mal relativ gut angeguckt haben. Da wollte ich nur darauf hinweisen, da gibt's eine Stellungnahme eines Gremiums, das nennt sich ExpertInnenrat Gesundheit und Resilienz, wo diese Daten auch recht gut mal aufgearbeitet worden sind. Und zwar genau auch mit diesem Ergebnis, dass schon ein echter Anstieg auch von Atemwegsinfektionen zumindest in diesen postpandemischen Jahren dahintersteht. Und der hat aber natürlich sehr unterschiedliche Gründe, und wir haben die teilweise schon genannt. Das ist natürlich zum einen, dass da einfach ein Erreger dazugekommen ist, SARS-CoV-2. Das sind aber auch dynamische Veränderungen der anderen Erreger aufgrund sozusagen der Kontaktbeschränkungen, sodass es nicht auch da wieder nicht die ganz einfache eine Antwort dazu gibt, aber dass grundsätzlich eine Sozusagen eine Erhöhung dieser Krankheitslast stattgefunden hat, die auch nicht nur ist, dass die Menschen einfach jetzt vermehrt zu Hause bleiben, sondern die tatsächlich da ist. Ich glaube, das ist etwas, was wir schon versucht haben, aus diesen Daten herauszuarbeiten. Ich kann die Stellungnahme (<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2336346/23ed27eb062345d600f1abc5759efc8a/2025-02-27-stellungnahme-expertinnerat-data.pdf>) Noch mal jetzt raussuchen und in den Chat tun, und dann vielleicht hilft die sozusagen und hilft diese.

Moderator [00:43:09]

Ja, klar.

Ulrike Protzer [00:43:11]

Ich hab auch in den Chat den Link zu dem Robert Koch ARE Daten gestellt. Wenn man da einfach mal draufklickt, dann sieht man eigentlich schon sehr schön, dass das jetzt nicht immer früher kommt, sondern zumindest in den letzten Jahren sehr vergleichbar kommt, die Atemwegsinfekte. Man sieht auch, dass wir jetzt schon wieder auf einem relativ hohen Niveau sind. Das sieht man ja auch in seinem Umfeld. Und wenn man das über viele Jahre hinweg vergleicht, genau das, was Berit gerade beschrieben hat, dass es eben einfach mehr Atemwegsinfektionen gibt. Und wenn man sich so die Hauptfünf Erreger anguckt, die es gibt, dann ist das halt einfach einer mehr, als es früher war, und das erklärt auch, warum es insgesamt mehr Infektionen gibt.

Moderator [00:43:55]

Eine kurze Nachfrage gleich bei Ihnen noch, Herr Berner. Ich komme gleich noch zu Ihnen zu den Kombiimpfstoffen. Frau Protzer, weil Sie es eben gerade noch mal erwähnt haben, das mit dem, also SARS-CoV-2 kommt ein bisschen früher und dann kommt Influenza und löst, nicht löst SARS-CoV-2 ab, aber irgendwie setzt sich so ein bisschen drüber, hat man das Gefühl. Können Sie diese virale Interferenz, die da besteht, vielleicht noch mal ganz kurz, jetzt nicht super deep vielleicht, aber noch mal erklären, wie das so zustande kommt, dass das eine sich ein bisschen durch das andere ablöst?



Ulrike Protzer [00:44:25]

Na ja, ablösen ist vielleicht übertrieben. Also es ist nicht so, dass ein Erreger den anderen jetzt verdrängt. Es ist so, dass diejenigen, die sehr ansteckend sind, einfach am schnellsten kommen. Und eine der ansteckendsten, die wir kennen, ist halt eben SARS-CoV-2. Rinoviren sind sehr ansteckend und einige der anderen auch. Influenza ist nicht ganz so ansteckend. Deswegen dauert es auch ein bisschen länger, bis sich das in der Reihenfolge sozusagen dann durchsetzt. Das ist ein Grund. Zweiter Grund ist: Wenn ich eine Virusinfektion habe, dann reagiert nicht nur meine spezifische Immunantwort gegen diesen Erreger, sondern eben auch mein angeborenes Immunsystem. Und dieses angeborene Immunsystem schützt einen dann schon davor, dass man gleichzeitig noch eine zweite Infektion bekommt. Deswegen bekommt man die ja immer schön hintereinander und nicht gleich drei auf einmal, zumindest in den allerseltensten Fällen drei auf einmal. Das hat unsere Natur schon so mit angelegt. Insofern führt das vielleicht zu dem Eindruck des Ablösens, aber das ist mehr unsere Immunantwort, als dass es so ist, dass ein Virus jetzt hier sagt "Raus" zu dem anderen und "ich verdränge dich" oder so was.

Moderator [00:45:41]

Okay, ja. Dann vielen Dank dafür. Herr Berner, ich habe jetzt schon mal kurz angekündigt. Jetzt haben wir gerade das Stichwort auch bekommen. Vielleicht diese eine Frage jetzt: Wenn ich mich jetzt gegen alles impfen lassen will, gegen Grippe, gegen COVID-19, gegen RSV et cetera, können Sie da noch mal ganz kurz einen Einblick geben? Wie sollte ich das vielleicht vom Zeitpunkt her ideal machen? Also kann ich das alles in einer Woche machen lassen? Spricht da was medizinisch gegen? Und wie sollte man das vielleicht idealerweise machen, Herr Berner, oder auch gerne natürlich auch Frau Protzer ergänzend dazu?

Reinhard Berner [00:46:08]

Also man kann sich gegen diese respiratorischen Viren gleichzeitig impfen. Da spricht nix dagegen. Frau Lange hatte schon angesprochen, die Kombinationsimpfstoffe, von denen man natürlich schon, sagen wir einfach auch wieder aus praktischen, pragmatischen Erwägungen, erwarten kann, dass sie natürlich, wenn ich in einer Spritze gegen zwei Erreger impfen kann, dann erhöht das vielleicht auch die Akzeptanz und die Durchimpfungsraten. Also da erwarten wir ja das eine oder andere. Es gibt jetzt einen zugelassenen Kombinations-mRNA-Impfstoff gegen Influenza und COVID. Der ist aber eben noch nicht von der Stiko empfohlen, weil wir bisher noch nicht, also der ist eben auch für Influenza ist das ein mRNA-Impfstoff und das ist noch nicht ausreichend geprüft, sodass wir, also sodass es für diese Saison keine Empfehlung für diesen Kombinationsimpfstoff sicherlich mehr geben kann. Aber wir werden das relativ hoch prioritär auch prüfen, dass wir das für die nächste Saison uns dazu eine Stellungnahme erwarten können. Also ja, man kann gegen diese respiratorischen Viren gleichzeitig impfen. Kombinationsimpfstoffe lassen einiges erwarten. Im Moment sind sie noch nicht, sozusagen empfohlen, weil einfach die, der Zeitverlauf zu kurz gewesen ist. Aber es sollte auch einen nicht davon abhalten, sozusagen, wenn man jetzt keinen Kombinationsimpfstoff noch hat, sich gegen die unterschiedlichen Viren, für die eine Indikation besteht, auch impfen zu lassen. Und wie gesagt, ich kann es noch mal wiederholen, so für die Breite sozusagen gesprochen, dass man wirklich jeden impft, also jede Konsultation in dieser Saison nutzen sollte, das Thema anzusprechen und die entsprechend mit der ersten Impfung dann schon mal zu beginnen.



press briefing

Moderator [00:47:49]

Super, vielen Dank. Da ich auch keine weitere Frage mehr sehe, würde ich vielleicht nur noch kurz zum Abschluss noch mal einen kurzen Hinweis von unserer Seite noch mal machen. Das war ja jetzt unser vierter Teil einer kleinen Impfsérie, die wir gemacht haben. Wir haben noch drei andere weitere Angebote gemacht. Das hat die Kollegin, glaube ich, noch mal kurz in den Chat reingestellt. Und ansonsten wenden Sie sich dazu noch gerne noch mal an uns, da haben wir noch ein paar Produkte vorbereitet. Ansonsten bedanke ich mich recht herzlich bei Ihnen dreien, dass Sie dabei waren und dass Sie uns einen kleinen Ausblick auch darauf gegeben haben und schön, dass die Journalisten auch dabei waren und die Fragen gestellt haben. Wir freuen uns aufs nächste Mal und, ich hoffe, Sie bleiben so weit erst mal gesund in dieser ersten frühen Phase und wir sehen uns dann hoffentlich wieder, wenn wir dann so weit durch sind. Alles klar.

Ulrike Protzer [00:48:33]

Vielen Dank.

Moderator [00:48:33]

Machen Sie es gut. Vielen Dank.

Berit Lange [00:48:35]

Danke schön.



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Philipp Jacobs

Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42–44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz



science
media center
germany