

Stellungnahme



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Empfehlung zur Definition der COVID-19- Risikogruppen für eine Abgabe von FFP2- Masken gegen eine geringe Eigenbeteiligung

Vom 24. November 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 24. November 2020 im schriftlichen Verfahren beschlossen, auf Anforderung einer Stellungnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 17. November 2020, dem BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 c) SGB V hinsichtlich der Festlegung der Risikogruppe mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu empfehlen:

- I. Risikogruppen mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (besonders vulnerable Gruppen) sind solche, die eine Risikoerhöhung nach Maßgabe der Tabelle 2 der Stellungnahme (Anlage) aufweisen.
- II. Um erhöhte Infektionsrisiken durch Arztbesuche zur Ausstellung von Attesten zu minimieren und zugleich für die Patientenbehandlungen notwendige ärztliche Kapazitäten nicht unnötig zu binden, sollten Risikopatienten unterhalb der Altersgruppe der über 60jährigen möglichst durch einfache, praktisch auch umsetzbare Regelungen ermittelt werden. Dabei sollte vorrangig auf administrativ nutzbare selektive Kriterien wie Alter, Pflegebedürftigkeit, Chroniker-Regelung und DMP-Status abgestellt werden, auch wenn damit eine Vollerfassung der Risikogruppen in einem ersten Schritt nicht gewährleistet ist. Eine Überprüfung individueller Risikokonstellationen in Form einer einzelfallbezogenen Risikoeinschätzung und Ausstellung von ärztlichen Attesten ist in den vertragsärztlichen Praxen sowohl unter den genannten Infektionsschutzgesichtspunkten wie auch vor dem Hintergrund des aktuellen Infektionsgeschehens nicht praktikabel.
- III. Bei Patienten mit seltenen Erkrankungen, bei denen ein den definierten Risikogruppen vergleichbares Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bestehen könnte, ohne dass sich dies aus den bisherigen Risikoabschätzungen ergibt, kann im Einzelfall unabhängig von den Empfehlungen unter Ziffer II. eine Versorgung erforderlich sein.

IV. Der Beschluss tritt sofort in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 24. November 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende



Stellungnahme



des Gemeinsamen Bundesausschusses

Risikofaktoren für einen schweren Verlauf von Covid-19

Inhaltsverzeichnis

1	Sachverhalt.....	5
2	Methodisches Vorgehen	6
3	Ergebnisse.....	7
	Referenzen.....	11
4	Anhang	12
4.1	Shielded Patient List im NHS (siehe 10)	12
4.2	Liste der Personen mit erhöhtem Risiko (10).....	13

1 Sachverhalt

Aufgrund persistierend hoher Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 trotz Lock-Down-Maßnahmen sollen besonders vulnerable Gruppen mit FFP2-Masken versehen werden.¹ Dies soll in einer Rechtsverordnung geregelt werden.

Zur Definition der besonders vulnerablen Gruppen wird der Gemeinsame Bundesausschuss durch Stellungnahme einbezogen. Die Stellungnahme soll dem Bundesministerium für Gesundheit am 24.11.2020 vorliegen.²

1 Beschluss der Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 16. November 2020.

2 Schreiben der Leiterin der Abt. 2 im BMG an Prof. Hecken vom 17.11.2020.

2 Methodisches Vorgehen

Am 10.11.2020 wurde eine orientierende Recherche in Pubmed nach systematischen Reviews bzw. Metaanalysen zu Risikofaktoren für einen schweren Verlauf durchgeführt. Diese Recherche ergab 42 Treffer, von denen 6 kursorisch ausgewertet wurden. Zusätzlich wurden Informationen beim Robert-Koch-Institut eingeholt und die Webseiten internationaler Einrichtungen durchsucht (insbesondere WHO, CDC, ECDC, NACI Canada) um weitere Informationen einzuholen.

Die Informationen wurden tabellarisch aufgearbeitet. Um eine grobe Quantifizierung des Risikos für einen schweren Verlauf von Covid-19 zu erreichen, wurde in Übereinstimmung mit dem Vorgehen von NACI Canada und der GRADE-Arbeitsgruppe eine Klassifizierung in mäßigerhöhtes Risiko (Relatives Risiko, RR 1-2), deutlich erhöhtes (RR 2-5) und stark erhöhtes Risiko (RR \geq 5) gewählt. Als relevante Endpunkte wurden Mortalität, Krankenhauseinweisung, Intensivstationpflicht und Beatmungspflicht identifiziert.

Eine Bewertung der Qualität der ausgewerteten Quellen erfolgte aus Zeitgründen nicht. Daher kann auch keine Aussage zur Belastbarkeit der Ergebnisse getroffen werden. Es wurde darauf geachtet, Evidenzsynthesen auszuwählen, die auf Studien basieren, die ein Confounding der Ergebnisse durch Adjustierung reduzierten und angemessene statistische Verfahren verwendeten.

Das RKI hat Daten aus insgesamt 70 Primärstudien aus 52 systematischen Reviews extrahiert, die altersadjustierte Schätzer berichteten. 32 Studien davon beinhalteten Schätzer für die Endpunkte Hospitalisierung und Krankenhausmortalität. Diese Studien wurden gepoolt, sofern mehr als eine Studie vorlag.

Angaben zur Prävalenz wurden, soweit verfügbar, aktuellen Publikationen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sowie weiterer Organisationen entnommen. Soweit möglich, wurde eine Differenzierung nach Altersgruppen (< bzw. \geq 60 J.) vorgenommen.

3 Ergebnisse

Die relevanten Ergebnisse für die Fragestellung sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Erkenntnislage für Assoziationen zwischen Risikofaktoren und schwerwiegenden Verläufen von COVID-19

unabhängiger Risikofaktor*	Endpunkt [#]				Quelle
	Mortalität	Krankenhaus einweisung	Intensivstation pflicht	Beatmungspflicht	
<i>Biologisch</i>					
Alter:					
• >60 J.	↑↑	↑↑		↑	1,2,3,4,5,7
• >80 J.	↑↑	↑↑			4,5,7
Geschlecht männlich	↗,↑	↑		↗	2,3,4,5,7
bestehende Schwangerschaft			↗	↗	1,6
• plus Komorbiditäten [§]			↑	↑	6
• Alter ≥35			↑	↑	6
<i>Komorbiditäten</i>					
Hypertonie		↗			1,3,7
Herzinsuffizienz	↗	↑			2,3,4,5
Zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz	↑	↑			2,4,5
Diabetes mell. Typ 2	↗	↑			2,3,4,5
Krebserkrankung	↗				3,4,5
• unter aktiver Radio-, bzw. Chemotherapie	↗				8
Niereninsuffizienz	↗	↑			2,3,4,5
• eGFR<30 ml/min/1,73m ²	↑				4
Immunschwäche, Autoimmunerkrankung	↗	↗			3,4
COPD	↗	↑			3
Asthma		↑			3
Z.n. Organtransplantation	↑↑	↑↑			3,4
chronische Lebererkrankung	↗	↗			2,3,4,5
Demenz		↑			3
<i>sonstige</i>					

unabhängiger Risikofaktor*	Endpunkt#				Quelle
	Mortalität	Krankenhaus-einweisung	Intensivstation-pflicht	Beatmungspflicht	
Obdachlose		↑			2,5
Rauchen	↗		↗	↗	3,9
Übergewicht:					
• BMI≥30	↑	↑	↗	↗	3,5
• BMI≥35	↗				3,4
• BMI≥40	↗	↑			2,4,5

*gemeint sind Risikofaktoren, die sich in Studien als eigenständige Risikofaktoren gezeigt haben

#RR 1-2 = mäßig erhöht (↗); RR≥2 = deutlich erhöht (↑), RR≥5 = stark erhöht (↑↑)

§Diabetes, Hypertonie, Adipositas

Demnach ist vor allem ein Alter über 60 Jahren mit einem stark erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf verbunden. Männer haben im Vergleich zu Frauen ebenfalls ein höheres Risiko. Darüber hinaus wurde eine Reihe von Vorerkrankungen identifiziert, die ebenfalls für einen schweren Verlauf von Covid-19 prädestinieren: Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. Schlaganfall), Diabetes mellitus (Typ 2), Patienten mit Krebserkrankung unter aktiver Chemotherapie, eingeschränkte Nierenfunktion, insbesondere Niereninsuffizienz Grad 3b und höher, Asthma und COPD, Immunschwäche inklusive Autoimmunerkrankungen (allerdings in Abhängigkeit von der Therapie), chronische Lebererkrankungen sowie Patienten nach Organtransplantation. Zu den sonstigen Risikofaktoren für einen schweren Verlauf zählen Obdachlosigkeit, starkes Übergewicht sowie Rauchen.

Laut ECDC stellen Bewohner/innen in Langzeit-Pflegeeinrichtungen eine gesonderte Risikogruppe dar (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/high-risk-groups>), allerdings wurden keine Informationen aus der Literatur identifiziert und auch die ECDC gibt keine Quelle an sondern spricht allgemein von „vulnerablen Individuen“. Es ist davon auszugehen, dass diese Population vor allem über das Alter abgedeckt ist. Über Risikofaktoren für schwere Covid-19-Verläufe weiterer Bewohner/innen von Langzeitpflegeeinrichtungen wurden keine Informationen gefunden.

Zur Definition „besonders vulnerabler Gruppen“: Hierzu ist derzeit keine einheitliche Definition bekannt.

Im NHS (10) werden zwei Gruppen mit erhöhtem Risiko auf einen schweren Covid-19-Verlauf unterschieden: Personen auf einer „shielded patient list“ deren Risiko so hoch ist, dass eine komplette Abschirmung für erforderlich gehalten wird (derzeit ca. 2,25 Millionen Personen); und Personen die ein erhöhtes Risiko für Influenza aufweisen (geschätzte 19 Millionen). Die SPL ist eine Untergruppe aller Personen mit erhöhtem Risiko (siehe Anhang). Diese Liste basiert auf der klinischen Einschätzung von Haus- und Krankenhausärzten und ist im Grunde ein Register individuell gemeldeter Fälle, basierend auf einem Algorithmus in dem verschiedene Datenquellen verknüpft werden. Daher ist keine weitergehende Quantifizierung verfügbar. Es besteht allerdings eine weitgehende Übereinstimmung mit den Daten aus der Literaturanalyse.

Mangels weiterer Vorgaben wird im Folgenden davon ausgegangen, dass die besonders vulnerablen Gruppen für einen schweren Covid-19-Verlauf solche sind, die eine Risikoerhöhung im Vergleich zur Referenzgruppe von mindestens 2 aufweisen (RR≥2).

Das Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf nimmt etwa ab dem Alter von 60 Jahren sprunghaft zu, was sich am Anteil der Hospitalisierungen zeigen lässt (RKI mündl. Kommunikation). In der Gruppe der 60-65jährigen liegt bereits eine große Überlappung mit Vorerkrankungen vor,

daher dürfte der Unterschied der Gesamtzahl der potentiell von einem schweren Verlauf Betroffenen zum Altersschnitt bei 65 Jahren nicht sehr groß (mündliche Auskunft RKI). Dies gilt bspw. für Schlaganfall, Demenz, COPD und Diabetes mellitus Typ 2.

Die Datenlage für überlappende Diagnosen bzw. für die Anzahl von Patienten mit mehreren Komorbiditäten ist insgesamt unzureichend, um genauere Schätzungen für einzelne Diagnosen vornehmen zu können. Eine neue Untersuchung des ZI bspw. zeigt, dass sich die Diagnosen Asthma und COPD bei über 40jährigen bei ca. 13% der Patienten überlappen. Rund 600.000 Patienten wiesen beide Diagnosen auf (11). Eine Datenauswertung von KV-Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2018 des ZI kommt zu dem Ergebnis, dass rund 2 Drittel aller Personen zwischen 60 und 79 Jahren mindestens eine Vorerkrankung aufweisen. In der Altersgruppe 35-59 J. sind es 26%, bei den über 80jährigen rund 80% (12).

Daraus kann insgesamt gefolgert werden, dass alleine über das Kriterium Alter der weitaus größte Teil der besonders vulnerablen Gruppen abgedeckt sein dürfte. Eine höhere Altersgrenze würde voraussichtlich nur wenig daran ändern.

Zudem erleichtert eine Altersgrenze ab 60 Jahren die Administration, da ab diesem Alter eine Kumulation risikoerhöhender Komorbiditäten erkennbar ist, deren Vorliegen im Einzelfall dann nicht mehr gesondert geprüft werden muss.

Bei einer Altersgrenze ab 60 Jahren (ca. 23, 7 Mio. Personen) kämen als weitere Anspruchsberechtigte ca. 200.000 Risikoschwangerschaften, ca. 250.000 Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz unter 60 Jahren, ca. 200.000 Patientinnen und Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen unter 60 Jahren, 1,2 Mio. Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 unter 60 Jahren, ca. 165.000 krebserkrankte Patientinnen und Patienten unter Therapie, 50.000 organtransplantierte Patientinnen und Patienten und ca. 1,5 Mio. COPD/Asthma-Patientinnen und Patienten unter 60 Jahren, sowie ca. 80.000 Niereninsuffizienzpatientinnen und -patienten hinzu. Dies sind ca. 27,35 Mio. Personen.

Bei den ca. 6 Mio. Personen unter 60 Jahren mit einem BMI über 30 erscheint eine Einbeziehung von Komorbiditäten und Gesundheitszustand zumindest im Bereich zwischen ≥ 30 bis ≥ 35 vertretbar, um eine individuelle Risikoeinschätzung zu ermöglichen. Es ist aber ohnehin davon auszugehen, dass auch bei adipösen Personen unter 60 Jahren in vielen Fällen Komorbiditäten wie Diabetes Typ II oder Herzinsuffizienz auftreten, die als eigenständig Risikofaktoren definiert worden sind.

Es gibt kleine Fallserien bzw. Einzelfallberichte zu Patienten mit bspw. Down-Syndrom, die möglicher Weise ebenfalls ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf haben. Aufgrund der Seltenheit bilden sich diese Konstellationen allerdings nicht in Statistiken ab. Es erscheint daher sinnvoll, Patienten mit individuellen Risikokonstellationen ebenfalls in die Gruppe der Anspruchsberechtigten aufzunehmen.

Grundsätzlich muss es das Ziel sein, erhöhte Infektionsrisiken durch Arztbesuche zur Ausstellung von Attesten zu minimieren und ärztliche Behandlungskapazitäten nicht unnötig zu binden. Deshalb sollten Risikopatienten unterhalb der Altersgruppe der über 60jährigen möglichst durch einfache, praktisch auch umsetzbare Regelungen ermittelt werden. Dabei sollte vorrangig auf administrativ nutzbare selektive Kriterien wie Alter, Pflegebedürftigkeit, Chroniker-Regelung und DMP-Status abgestellt werden, auch wenn damit eine Vollerfassung der Risikogruppen in einem ersten Schritt nicht gewährleistet ist.

Tabelle 2: Liste besonders vulnerabler Gruppen[#] und geschätzte ungefähre Anzahl

Erkrankung	Geschätzte Anzahl (Prävalenz)
Alter ≥ 60 J.	23,7 Mio. ¹
bestehende Risikoschwangerschaft [§]	188.000 bis ca. 260.000 ²
Herzinsuffizienz	2,46 Mio., darunter 247.000 unter 60 J. ³
Zerebrovaskuläre Erkrankung insb. Schlaganfall	1,76 Mio, davon ein Großteil ≥60 Jahre. ⁴
Diabetes mellitus Typ 2	4,6 Mio., darunter 1,2 Mio. unter 60 J. ⁵
Krebserkrankung unter aktiver Chemo- oder Radiotherapie	398.000, darunter 165.000 unter 65 J. ⁶
Niereninsuffizienz ≥Stadium 4*	81.000 ⁷
COPD, Asthma	COPD: 2,63 Mio. ⁸ Asthma: 4 Mio., darunter je 600.000 Kinder und Jugendliche und überlappende Diagnosen ⁹
Z.n. Organtransplantation	ca. 30.000 solide Organe, ca. 20.000 nach Stammzelltransplantationen ¹⁰
Demenz	1 bis 1,5 Mio. ≥ 65 J. ¹¹
Übergewicht mit BMI≥30°	11,12 Mio., darunter 6,39 Mio. unter 60 J. ¹²

§ Diabetes, Hypertonie, Adipositas, Alter ≥35 J.

Nachweis durch Ausweis, Mutterpass, ärztliches Attest, Medikationsplan, Arztbrief, Verschreibung entsprechender Arzneimittel wie Chemotherapeutika etc.

* eGFR <30 ml/min/1,73m²

° ab BMI ≥ 30: Einbeziehung von Komorbiditäten und Gesundheitszustand zumindest im Bereich zwischen ≥ 30 bis ≥ 35 vertretbar

Quellen für die Prävalenzangaben

¹ Destatis; bei Alter ≥ 65 J.: ca. 18,1 Mio Menschen

² Bundesauswertung Geburtshilfe 2019, IQTiG, GBE-Bund

³ ZI Versorgungsatlas, Bericht Nr. 18/09

⁴ GBE-Bund

⁵ RKI, Diabetes Surveillance 2019, ZI Versorgungsatlas, Bericht Nr. 17/03

⁶ Zentrum für Krebsregisterdaten RKI, Angaben zur 1-Jahres-Prävalenz (Proxy für aktive Therapie) 2016

⁷ GBE-Bund, QS-Dialysebericht G-BA/IQTIG, näherungsweise (Dialysepatienten)

⁸ ZI Versorgungsatlas, Bericht Nr. 19/06

⁹ Asthma: GBE-Bund: 12-Monatsprävalenz ca. 5% der Erwachsenen und 4% der Kinder und Jugendlichen; Destatis, ZI Versorgungsatlas, Bericht Nr. 20/06

¹⁰ Deutsche Stiftung Organtransplantation, Annahme 10 Jahre durchschnittliches Überleben, Jahresbericht des Deutschen Registers für Stammzelltransplantationen, 2018, Annahme 3 Jahre erhöhte Vulnerabilität

¹¹ Deutsche Alzheimer Gesellschaft, GBE-Bund

¹² Destatis, Mikrozensus 2017, rund 15% der Erwachsenenbevölkerung weist einen BMI>30 auf

Referenzen

1. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html>
2. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-key-populations-early-covid-19-immunization.html#a7>
3. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html bzw. mündliche Kommunikation mit RKI.
4. Williamson EJ et al. (2020) OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. Nature <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>
5. Wingert A et al. (2020) Risk factors for severe outcomes of COVID-19: a rapid review. <https://doi.org/10.1101/2020.08.27.20183434>
6. Allotey J et al. BMJ 2020; 370: m3320. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7459193/>
7. Matsushita K et al. The Relationship of COVID-19 Severity with Cardiovascular Disease and Its Traditional Risk Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Glob Heart. 2020; 15(1): 64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7546112/>
8. Park R. Association of active oncologic treatment and risk of death in cancer patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis of patient data. Acta Oncologica, DOI: 10.1080/0284186X.2020.1837946
9. Jiménez-Ruiz CA et al. COVID-19 y tabaquismo: revisión sistemática y metaanálisis de la evidencia. Arch Bronconeumol. 2020 Jul 25. doi: 10.1016/j.arbres.2020.06.024
10. <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19>
11. Akmatov MK, Ermakova T, Holstiege J, Kohring C, Ng F, Völker S, Bätzing J. Überlappung von Asthma und COPD in der ambulanten Versorgung – Analyse anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/06. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.06. URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=113>
12. Bätzing J, Holstiege J, Hering R, Akmatov MK, Steffen A, Dammertz L, Czihal T, von Stillfried D. Häufigkeiten von Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko für einen schwerwiegenden klinischen Verlauf von COVID-19 – Eine Analyse kleinräumiger Risikoprofile in der deutschen Bevölkerung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/05. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.05. URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=110>

4 Anhang

4.1 Shielded Patient List im NHS (siehe 10)

Patients in the following categories are deemed "high risk" and are, therefore, included in the shielded patients list (SPL)

1. Solid organ transplant recipients who remain on long term immune suppression therapy.
2. People with specific cancers:
 - people with cancer who are undergoing active chemotherapy or radical radiotherapy for lung cancer
 - people with cancers of the blood or bone marrow such as leukaemia, lymphoma or myeloma who are at any stage of treatment
 - people having immunotherapy or other continuing antibody treatments for cancer *
 - people having other targeted cancer treatments which can affect the immune system, such as protein kinase inhibitors or PARP inhibitors *
 - People who have had bone marrow or stem cell transplants in the last 6 months, or who are still taking immunosuppression drugs
3. People with severe respiratory conditions including all cystic fibrosis, severe asthma and severe COPD.
4. People with rare diseases and inborn errors of metabolism that significantly increase the risk of infections (such as SCID, homozygous sickle cell).
5. People on immunosuppression therapies sufficient to significantly increase risk of infection.*
6. People who are pregnant with significant congenital heart disease.
7. Adult patient with Down's syndrome.
8. Adult patient with kidney impairment (Stage 5 Chronic Kidney Disease).

4.2 Liste der Personen mit erhöhtem Risiko (10)

Patients are at moderate risk of developing complications from coronavirus (COVID-19) where:

- they meet the criteria that make them eligible for the annual flu vaccination (except those aged 65 to 69 year old inclusive who have no other qualifying conditions)
- and they do not meet the CMO criteria for the high risk group for COVID-19

This includes the following patient groups:

- aged 70 or older (regardless of medical conditions)
- under 70 with an underlying health condition listed below (for adults this is usually anyone instructed to get a flu jab as an adult each year on medical grounds):
 - chronic (long-term) respiratory diseases, such as asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), emphysema or bronchitis
 - chronic heart disease, such as heart failure
 - chronic kidney disease
 - chronic liver disease, such as hepatitis
 - chronic neurological conditions, such as Parkinson's disease, motor neurone disease, multiple sclerosis (MS), a learning disability or cerebral palsy
 - diabetes
 - those with a weakened immune system caused by a medical condition or medications such as steroid tablets or chemotherapy
 - being seriously overweight (a BMI of 40 or above)
 - those who are pregnant.