



„Impfungen sind kein Zusatz, sondern ein fester Bestandteil kardiovaskulärer Prävention!“

Expertenstatement von Prof. Dr. Dr. Stephan H. Schirmer (Kaiserslautern)

„Kleiner Piks, große Wirkung: Impfen als vierte Säule der Prävention?“

(anlässlich 92. DGK- Jahrestagung im Rahmen von Pressekonferenz: Trends in der kardiovaskulären Prävention: Aktuelle Evidenz zu Ernährung, Wearables und Impfungen)

Düsseldorf/Mannheim, 9. April 2026 – Kardiovaskuläre Erkrankungen bleiben trotz erheblicher Fortschritte in Diagnostik und Therapie die führende Todesursache weltweit. Die klassische Prävention stützt sich dabei auf drei Säulen: Lebensstilmodifikation, medikamentöse Therapie und interventionelle Maßnahmen. Inflammation spielt eine bedeutende pathophysiologische Rolle in der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen. Infektionen können daher Herz-Kreislauf-Erkrankungen auslösen. Vor diesem Hintergrund etabliert sich die Impfung zunehmend als vierte Säule der kardiovaskulären Prävention. Ein Blick auf die Versorgungsrealität verdeutlicht jedoch eine erhebliche Diskrepanz zwischen Evidenz und Umsetzung: So lag 2024 die Influenza-Impfquote bei über 60-Jährigen in Deutschland bei nur 34 %, während Impfungen gegen Herpes zoster bei rund 24 % und gegen Pneumokokken-Bakterien bei etwa 21 % liegen. Selbst die COVID-19-Auffrischungsimpfung erreicht in dieser Altersgruppe zuletzt nur 13 %.¹ Gerade in einer Population mit einem hohen kardiovaskulären Risiko bleibt damit ein erhebliches Präventionspotenzial ungenutzt – insbesondere auch vor dem Hintergrund internationaler Empfehlungen: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt beispielsweise für ältere Risikogruppen eine Influenza-Impfquote von mindestens 75 %.²

Entzündungen als Bindeglied zwischen Infektion und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Pathophysiologisch stellt die systemische Inflammation (Entzündungsreaktion im gesamten Körper) ein zentrales Bindeglied zwischen Infektion und kardiovaskulären Ereignissen dar. Akute Infektionen führen hierbei zu einer Immunaktivierung mit Zytokinfreisetzung (Ausschüttung von Entzündungsbotenstoffen), endothelialer Dysfunktion (Funktionsstörung der inneren Gefäßwand) und prothrombotischer Gerinnungsaktivierung (erhöhte Neigung des Blutes zu gerinnen). Diese Prozesse können atherosklerotische Plaques, also Gefäßablagerungen, destabilisieren und eine Plaqueruptur (Aufbrechen der Ablagerungen) auslösen. Parallel kann es zu direkten Auswirkungen auf den Herzmuskel bis hin zur Myokarditis (Herzmuskelentzündung) sowie langfristig zu strukturellem Remodeling, also einem Umbauprozess des Herzes und beispielsweise zur Herzinsuffizienz kommen.³

Influenza: akuter Trigger mit massiv erhöhtem Risiko

Die klinische Relevanz dieses Mechanismus ist evidenzbasiert. Für Influenza zeigt sich, dass das Risiko für einen Myokardinfarkt innerhalb der ersten sieben Tage nach Infektion um das etwa



Sechsfache erhöht ist (Inzidenzrate 6,05; 95%-KI 3,86–9,50).⁴ Besonders ausgeprägt ist das Risiko in den ersten drei Tagen mit einer Inzidenzrate von 6,30. Sie bleibt aber auch in den Tagen 4–7 mit 5,78 deutlich erhöht.⁴ Danach normalisiert sich das Risiko, was die Rolle der Infektion als akuten Trigger untermauert.

Gleichzeitig zeigen randomisierte Studien, dass die Influenza-Impfung kardiovaskuläre Ereignisse signifikant reduzieren kann. So konnte eine Reduktion schwerer kardiovaskulärer Ereignisse (MACE) um etwa 28 % gezeigt werden (RR, 0,72; 95%-KI 0,52–0,99).⁵

Pneumokokken und kardiovaskuläre Risiken

Pneumokokken-Bakterien, die vor allem Pneumonien (Lungenentzündungen) und andere Atemwegsinfektionen verursachen können, gehören zu den häufigsten bakteriellen Erregern schwerer Infektionen. Anders als Influenza treten Pneumokokken-Infektionen nicht nur saisonal, sondern ganzjährig auf und betreffen insbesondere ältere Menschen sowie Patientinnen und Patienten mit Vorerkrankungen.^{6,7,8} Metaanalysen zeigen, dass eine Pneumokokken-Impfung mit einer Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse um etwa 30 % (RR 0,70; 95%-KI 0,59–0,84) sowie einer signifikanten Reduktion der Gesamtmortalität (RR 0,94; 95%-KI 0,80–0,99) assoziiert ist.⁹ Aus kardiologischer Sicht ist dies besonders relevant, da die Impfung akute kardiovaskuläre Ereignisse wie das akute Koronarsyndrom oder eine Herzinsuffizienz-Dekompensationen im Kontext einer Pneumokokkeninfektion verhindern kann.³

COVID-19 und RSV als akute und langfristige kardiovaskuläre Risikofaktoren

Neben Influenza und Pneumokokken zeigen auch COVID-19 und RSV (Respiratory Syncytial Virus) einen engen Zusammenhang mit kardiovaskulären Ereignissen.

Für RSV zeigen die aktuellen Daten aus 2026, dass das kardiovaskuläre Risiko nach einer Infektion deutlich ansteigt, insbesondere in den ersten Tagen nach dem Ereignis. Die Inzidenzratenverhältnisse (IRR) für akute Ereignisse wie Myokardinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Arrhythmien sind in diesem Zeitraum am höchsten. Sie erreichen teilweise bis zu 16-fache Werte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Auch in den Folgewochen bleibt das Risiko erhöht, wenn auch abgeschwächt, und nimmt über die Zeit ab.¹⁰

Auch für COVID-19 zeigt sich ein ähnliches Bild: in einer großen Kohorte (n=153.760) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (n=5.637.647) treten eine Vielzahl zusätzlicher kardiovaskulärer Erkrankungen auf, darunter thromboembolische Ereignisse, Rhythmusstörungen und ischämische Herzerkrankungen (Durchblutungsstörungen des Herzens). Diese treten nicht nur akut, sondern auch im weiteren Verlauf häufiger auf als bei nicht-infizierten Personen.¹¹

Impfung als zentraler Bestandteil kardiovaskulärer Prävention

Die vorliegenden Erkenntnisse zeigen konsistent: Der Zusammenhang zwischen Infektionen und kardiovaskulären Ereignissen ist kein Randphänomen. Es handelt sich hier um einen relevanten und vor allem beeinflussbaren Risikofaktor. Dennoch wird die Impfung in der kardiovaskulären Prävention bislang häufig noch nicht konsequent mitgedacht. Hier ist ein klarer Perspektivwechsel



erforderlich. Impfungen sollten nicht länger ausschließlich als Maßnahme zur Vermeidung infektiöser Erkrankungen verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil der kardiovaskulären Risikoreduktion. Sie adressieren einen zentralen Trigger kardiovaskulärer Ereignisse – und schließen damit eine Lücke in der bisherigen Präventionsstrategie.

Gerade Kardiologinnen und Kardiologen kommt eine entscheidende Rolle zu. Sie betreuen Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko, sehen die unmittelbaren Folgen kardiovaskulärer Ereignisse und genießen hohes Vertrauen. Der Aufklärung der Patientinnen und Patienten bzgl. dieser Zusammenhänge kommt eine herausragende Bedeutung zu. Wissenschaftlich erwiesen ist eine Steigerung der Impfrate nach Weitergabe des Wissens insbesondere über den kardiovaskulären Nutzen (dänische NUDGE-FLU-Studie).¹²

Umso wichtiger ist es, Impfstatus und Impfberatung systematisch auch in die kardiologische Versorgung zu integrieren – genauso selbstverständlich wie das Blutdruck-, Lipid- oder Diabetesmanagement. Impfungen sind damit kein Zusatz, sondern ein fester Bestandteil moderner kardiovaskulärer Prävention. Ein wirksamer Schutz des Herzens beginnt schließlich nicht erst bei der Therapie, sondern kann bereits bei einer Prävention infektiöser Auslöser unterstützen.

Quellen:

¹ Robert Koch-Institut (o. J.). Impfquoten – Stand 11.12.2025. Robert Koch-Institut.

² World Health Organization (2025). Understanding drivers of influenza vaccine uptake, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/understanding-drivers-of-influenza-vaccine-uptake> (letztes Abrufdatum: 02.04.2026).

³ Rademacher, J. et al. (2024). Association of respiratory infections and the impact of vaccinations on cardiovascular diseases. *European Journal of Preventive Cardiology*, 31 (7), 877–888, DOI: 10.1093/eurjpc/zwae016.

⁴ Kwong, J. C. et al. (2018). Acute Myocardial Infarction after Laboratory-Confirmed Influenza Infection. *The New England Journal of Medicine*, 378 (4), 345–353, DOI: 10.1056/NEJMoa1702090.

⁵ Fröbert, O. et al. (2021). Influenza Vaccination After Myocardial Infarction: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial. *Circulation*, 144 (18), 1476–1484, *Circulation*, DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057042.

⁶ Robert Koch-Institut (2026). RKI-Ratgeber Pneumokokken, invasive Infektion.

Robert Koch-Institut, https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Pneumokokken.html (letztes Abrufdatum: 02.04.2026).

⁷ Robert Koch-Institut (2023). Projektbericht: Evaluation unterschiedlicher Impfstrategien zur Prävention von Pneumokokken-Infektionen bei älteren Erwachsenen: Ergebnisse eines dynamischen Transmissionsmodells, <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Forschungsprojekte/abgeschlossene-Projekte/Pneumokokken-Projektbericht.html> (letztes Abrufdatum: 02.04.2026).



⁸ Impfaufklärung in Deutschland e.V. (o.J.), Pneumokokken, <https://impf-dich.org/de/wissen/krankheiten/pneumokokken> (letztes Abrufdatum: 02.04.2026).

⁹ Marra, F. et al. (2020). The protective effect of pneumococcal vaccination on cardiovascular disease in adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 99, 204–213, *International Journal of Infectious Diseases*, DOI: 10.1016/j.ijid.2020.07.038.

¹⁰ Liang, C. et al. (2026). Risk of Cardiorespiratory Events Following Respiratory Syncytial Virus–Related Hospitalization. *JAMA Network Open*, 9 (2), e2556767, DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.56767.

¹¹ Xie, Y. et al. (2022). Long-term Cardiovascular Outcomes of COVID-19. *Nature Medicine*, 28 (3), 583–590, *Nature Medicine*, DOI: 10.1038/s41591-022-01689-3.

¹² Johansen, N. D. et al. (2025). COVID-19 Outcomes Among Adults Receiving Electronic Nudges to Increase Influenza Vaccination: A Prespecified Secondary Analysis of the NUDGE-FLU Trial. *JAMA Network Open*, 8 (3), e250320, DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.0320.

[ENDE]

(9.925 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Medienkontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Pressesprecher: Prof. Dr. Michael Böhm (Homburg/Saar)

Pressestelle: Jill Graw und Fiona Nickel, Tel.: 0211 600 692 967

presse@dgk.org

Über die DGK:

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige, wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft mit knapp 13.500 Mitgliedern. Sie ist die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen, die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder und die Erstellung von Leitlinien. Weitreichende Informationen für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal, aber auch für Nicht-Mediziner und Nicht-Medizinerinnen stellt die DGK auf Herzmedizin.de zur Verfügung.