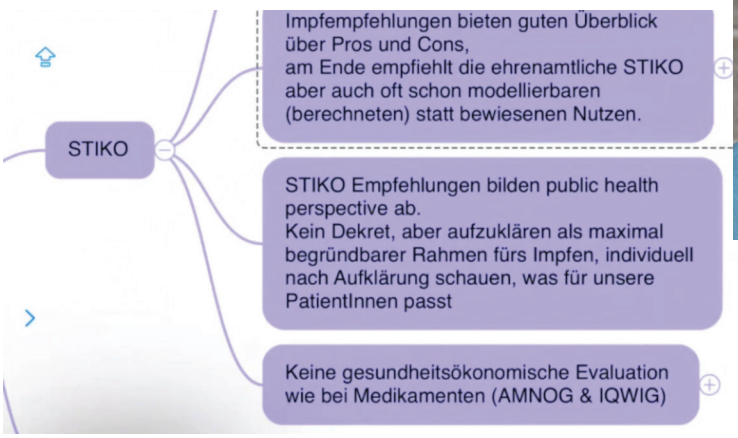
MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026 – Status und Ökonomie des Impfens“

Warum jede Impfung eine gute Investition ist

„Deutschland hat regulatorisch geliefert – und steht dennoch vor einem Paradox.“ Mit dieser Diagnose eröffnete Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung", den 9. MVF-Fachkongress, der den Status quo und die Ökonomie des Impfens in den Mittelpunkt rückte. Vier Vorträge und eine Diskussionsrunde widmeten sich der Frage, wie sich medizinische Innovationen trotz struktureller Hürden in Versorgungsrealität verwandeln lassen. Das verbindende Leitmotiv: Impfen ist weit mehr als individueller Infektionsschutz und Schutz vor Sekundärkomplikationen. Impfen ist zugleich kollektiver Gesundheitsschutz und vor allem – aber bisher meist eher unbeachtet – aktiver Ressourcenschutz und sogar eine Investition mit messbarem Mehrwert für Gesellschaft und Wirtschaft.

>> In seiner Begrüßung skizzierte Roski den Widerspruch, der den durchaus kontroversen Nachmittag prägte. Die STIKO agiere in ihrer neuen Struktur schneller und entschiedener; mit der RSV-Prophylaxe und der MenACWY-Standardimpfung verfüge man über mächtige präventive Instrumente. Dem stehe jedoch die ernüchternde Realität gegenüber, die das Epidemiologische Bulletin 50/2025 des RKI vor Augen führe: Die Impfquoten stagnierten weiterhin und lägen weit unter den von der WHO definierten und von der STIKO empfohlenen Impfzielen.



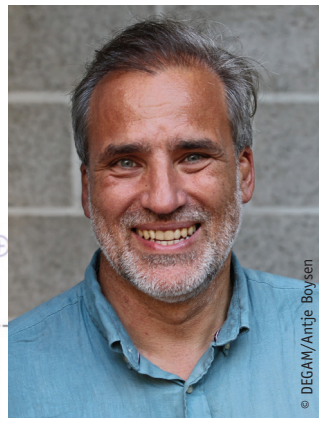

© DEGAM/Antje Boysen

Abb. 1: Aus Vortrag von Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert, DEGAM-AG Impfen: „Impfquoten zwischen STIKO-Empfehlungen und Patientenvorstellungen: die Impfenden als Vermittler“, MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026“ am 17.06.2026

Hinzu komme ein Umsetzungsproblem auf der digitalen Ebene. Trotz Einführung der elektronischen Patientenakte samt Opt-Out-Lösung scheiterten der Einsatz eines elektronischen Impfpasses und eines dringend nötigen Recallsystems an technischen Hürden – von der bislang eher bescheidenen Nutzung der ePA mal abgesehen.

Roskis zentrale Forderung lautete, endlich aufzuhören, pauschal eine wie auch immer verursachte „Impfmüdigkeit" anzuprangern. Die wahren Bremsklötze seien struktureller Natur und vor allem auf digitale Anlaufschwierigkeiten und ökonomische Kurzsichtigkeit zurückzuführen. Roski: „Noch immer werden Impfungen als Kostenfaktor diskutiert, statt ihren Wert für Systemstabilität und Public Health anzuerkennen.” Mit diesem Kongress wolle man daher vom Mahnen zum Gestalten kommen und Impfen als Investition begreifen. Die Vortragenden lieferten dazu die wissenschaftliche Evidenz und zeigten unter anderem, wie Influenza-Schutz teure Sekundärkomplikationen wie Herzinfarkte oder Demenz verhindert und so das System entlastet, und auch wie sich Impfungen als ökonomischer Wert berechnen lassen.

Zwischen den Stühlen: die hausärztliche Perspektive

Den fachlichen Auftakt übernahm Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert, Sektion Prävention der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, mit einem Vortrag über die Impfquoten zwischen STIKO-Empfehlungen und Patientenvorstellungen und über die Rolle der Impfenden als Vermittler. Seit 1999 in der Praxis tätig und seit über 17 Jahren an den DEGAM-Stellungnahmen zu geplanten STIKO-Empfehlungen beteiligt, beklagte er eingangs, dass er als Hausarzt nur die Impfung als solche abrechnen könne, nicht jedoch die wesentlich zeitaufwendigere Beratung. Seine Mitgliedschaft in der Organisation „Mein Essen zahle ich selbst” begründe, warum er den Vortrag – wie übrigens alle anderen Referent:innen auch – pro bono halte; zugleich benannte er seine langjährige Zusammenarbeit mit der CompuGroup Medical, mit der zusammen er eine Erinnerungsfunktion für die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung der nach dem 1. Januar 1970 Geborenen beim Check-up 35 pro bono habe implementieren können.

Die Hausärztinnen und Hausärzte verstünden sich als Rückgrat der Impfversorgung. Die allermeisten Impfungen würden in hausärztlichen Praxen verabreicht. Die Ärzteschaft wolle kein Bremsklotz beim Impfen sein, habe aber sehr wohl Vorstellungen davon, wie wissenschaftlich begründetes Impfen aussehe. Bereits 2009 habe ein DEGAM-Positionspapier mit dem bezeichnenden Titel „Impfen um jeden Preis? Impfmüdigkeit in Deutschland?” darauf hingewiesen, dass die wachsende Zahl neuer Impfempfehlungen zu einer Unübersichtlichkeit für Laien wie Ärzte geführt habe und alteingeführte Impfungen

wie Diphtherie, Tetanus und Polio eher akzeptiert würden als neuere.

Hausärzte, so Dr. Schneider-Rathert, säßen zwischen den Stühlen: zwischen der Public-Health-Perspektive des RKI, den individuellen Vorstellungen der Patientinnen und Patienten und den rechtlichen Normen. Die STIKO sei eine ehrenamtliche Kommission am RKI, das dem Bundesgesundheitsministerium unterstehe. Ihre Empfehlungen würden mittlerweile sehr gut erarbeitet, doch empfehle sie am Ende oft eine Impfung allein anhand eines modellierten, berechneten, aber nicht bewiesenen Nutzens. Wichtig sei die Klarstellung: Die STIKO-Empfehlungen seien kein Dekret und kein eins zu eins umzusetzender Standard. Hausärzt:innen müssten über sie aufklären, was beispielsweise beim Check-up 35 obligatorischer Leistungsbestandteil sei. Doch hätten Patient:innen nach erfolgter Aufklärung das Recht, selbst zu entscheiden. Eine geringe Impfquote sei deshalb nicht automatisch ein Qualitätsmangel.

Wenn Modellierung und Zulassung auseinanderfallen

Besonders eindringlich illustrierte Dr. Schneider-Rathert das Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Wunschdenken am Beispiel der HPV-Impfung für Jungen. So hält er die Impfempfehlung der STIKO für die Impfung von Jungen für wenig belegt. Das RKI-Faktenblatt erwecke den Eindruck, die Impfung schütze auch vor Oropharynx- und Peniskarzinomen, doch Gardasil sei dafür laut Fachinformation gar nicht zugelassen, sondern nur für Cervix-, Vulva-, Vagina-, Anus-Karzinome und Genitalwarzen. In der Modellierung sei dennoch unterstellt worden, dass die Impfung auch vor Penis- und Oropharynxkarzinom schütze – er nennt das „Off-Label-Modelling". Zudem sei mit rund 4.800 Fällen gerechnet worden, während für Jungen real nur die rund 684 Analkarzinome plus die Condylomata relevant seien. Und selbst mit der Hinzunahme der viel häufigeren Oropharynxkarzinome habe man einen 100-Jahres-Zeitraum ansetzen müssen, um einen Nutzen errechnen zu können. Sein Punkt: Man dürfe Eltern keinen Schutz vor Penis- oder Oropharynxkarzinom suggerieren, der so nicht belegt sei. Seine Ansicht: „Wer impfkritischen Menschen nicht ehrlich und offen begegne, wird schnell argumentativ auf die Matte gelegt".

In der seinem Vortrag folgenden Diskussion stimmte ihm seine Nachrednerin, Prof. Dr. Irit Nachtigall, grundsätzlich zu, formulierte aber vorsichtiger. Bei den Peniskarzinomen sei ihrer Ansicht nach das letzte Wort nicht gesprochen. Sie kämen sehr selten vor und seien daher in Studien wenig belegt sowie auch nur in etwa der Hälfte der Fälle HPV-assoziiert. Somit wäre es schwerer als bei häufigeren Karzinomen, eine Assoziation statistisch aufzuzeigen. Unstrittig sei dagegen die reduzierte Inzidenz invasiver Zervixkarzinome. Als zweites Beispiel wählte Schneider-Ratherts die Tetanus-Auffrischung. Während in Dänemark viermal bis zum 18. Lebensjahr und danach nicht mehr geimpft werde, impften Niederländer und Briten sechsmal bis zum 18. Geburtstag – und hätten nicht mehr Tetanus- und Diphtheriefälle als Deutschland mit seiner Auffrischung alle zehn Jahre. Auch die WHO empfehle sechs Impfungen. Würde man dieser Empfehlung folgen, ließen sich nach Schneider-Ratherts Rechnung jährlich rund 120 Millionen Euro einsparen, ohne dass ein zusätzlicher Tetanus- oder Diphtherietoter zu erwarten wäre; im Gegenteil entstünden womöglich zusätzliche Guillain-Barré-Fälle und rund vier Millionen zusätzliche Arzttermine pro Jahr.

Wo niedrige Quoten gefährlich werden

Damit kein Missverständnis entstehe, betonte der Referent ausdrücklich, dass die DEGAM für wichtige Impfungen eine möglichst hohe Quote befürworte. In Europa beträfen 87 Prozent der Masernfälle Ungeimpfte. 2024 habe es europaweit rund 35.000 Masernfälle gegeben, 90 Prozent davon in Rumänien, wo 22 Kinder gestorben seien. Die Sterblichkeit liege bei Ausbrüchen in der Regel bei etwa einem Promille, während die Nebenwirkungsrate der MMR-Impfung um Zehnerpotenzen niedriger sei. Deutschland stehe mit 97 Prozent Erst- und 93 Prozent Zweitdosis vergleichsweise gut da, Rumänien dagegen mit zuletzt 78 und 62 Prozent. In Afrika seien 2025 rund 17.000 vermutete Diphtheriefälle mit 900 Toten verzeichnet worden. Erkrankungen, gegen die vier Impfungen sicher schützten. Auch Polio sei nicht ausgerottet; in der Abwassersurveillance seien in Bonn, Köln, Hamburg und München Polioviren nachgewiesen worden, dazu Ausbrüche in der Ukraine, in Tadschikistan, Israel und im Vereinigten Königreich.

Den ökonomischen Bogen schloss Schneider-Rathert mit Hinweisen auf die Preisbildung. Da die STIKO – anders als IQWiG und G-BA mit dem AMNOG bei Arzneimitteln – keinen gesundheitsökonomischen Bewertungsauftrag habe, fehle ein Korrektiv. Shingrix habe sich seit 2020 laut Warken-Kommission um 140 Prozent verteuert. Bei der HPV-Impfung liege der deutsche Apothekenpreis über 200 Euro, während der europäische Durchschnitt nach einer älteren Veröffentlichung bei knapp 50 Euro gelegen

IMPFSTATUS 2026
Status quo und Ökonomie des Impfens



Abb. 2: Aus Vortrag von Prof. Dr. Irit Nachtigall, MHBA, Vivantes: „Gesundheitsökonomische Bewertung moderner Impfstrategien", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026" am 17.06.2026

Kosten-Nutzen-Analyse vs. Budget-Impact-Analyse

Aspekt	Kosten-Nutzen-Analyse (CEA/CUA)	Budget-Impact-Anal
Zentrale Frage	Ist die Impfung ihr Geld wert?	Können wir sie uns
Zeithorizont	Langfristig (oft Lebenszeit)	Kurz–mittelfristig (1
Perspektive	Gesellschaft, Gesundheitssystem	Staat, Kasse, Krankenhausbudget
Typ. Ergebnis	Kosten pro QALY / gerettetem Leben	Absolute Budgetänderung in €
Kernaussage	„Sinnvoll"	„Bezahlbar"

habe. Mit Blick auf die RSV-Impfung verwies er auf die unsichere Datenlage: Je nach Annahme koste eine verhinderte Krankenhauseinweisung eines über 75-Jährigen zwischen 100.000 Euro und zwei Millionen Euro, weil die vom RKI veröffentlichten Inzidenzen um den Faktor 100 schwankten.

Die DEGAM gehe davon aus, dass vor allem über 80-Jährige sicher profitierten, da sie ein vierfach höheres Risiko trügen. Sein versöhnliches Fazit: Nicht Orthodoxie, sondern Offenheit schütze. Empfohlen werde deshalb kein Druck und keine Impfpflicht, sondern ethisch begründetes Handeln.

Auch hier nahm Prof. Nachtigall eine etwas konträre Position ein. Anders als Dr. Schneider-Rathert geht sie von einer erheblichen Untererfassung von RSV-Fällen aus und rät zu keiner grundsätzlichen Zurückhaltung: Die Untererfassung sei über Sensitivitätsanalysen in den Modellen berücksichtigt, und die RSV-Impfung sei in vielen Szenarien kosteneffektiv bis kostensparend – besonders die maternale Impfung mit Nestschutz.

Ist die Impfung ihr Geld wert – und können wir sie uns leisten?

An diese Diskrepanz zwischen bloßen Modellrechnungen und dem tatsächlichen patientenindividuellen Nutzen knüpfte Prof. Dr. Irit Nachtigall (Medical School Berlin, Vivantes) in ihrem Vortrag zur gesundheitsökonomischen Bewertung moderner Impfstrategien an. Als Ärztin und studierte Gesundheitsökonomin stellte sie zwei Perspektiven nebeneinander, zwischen denen, wie sie sagte, in ihr „zwei Herzen" schlügen: die Kosten-Nutzen-Analyse, die nach dem langfristigen gesellschaftlichen Wert einer Impfung in Kosten pro QALY oder gerettetem Leben frage, und die Budget-Impact-Analyse, die kurzfristig die absolute Budgetänderung für Staat, Kasse oder Krankenhaus beziffere. Erst zusammen ergäben sie eine belastbare Entscheidungsgrundlage. Bei der Datenqualität mahnte sie indes zur Vorsicht: Eine Untersuchung aus dem Jahr 2017 mit 22 Studien habe gezeigt, dass nur etwas mehr als die Hälfte die angelegten Standards erfüllte und lediglich 36 Prozent der Berechnungen nachvollziehbar waren.

Ausdrücklich schloss sie sich der Einschätzung ihres Vorredners zur HPV-Impfung an, formulierte aber vorsichtiger: Bei den Peniskarzinomen sei das letzte Wort nicht gesprochen, da sie sehr selten und nur in rund der Hälfte der Fälle HPV-assoziiert seien; für sie gebe es bislang nicht ausreichend gute Daten, weder pro noch kontra. Die reduzierte Inzidenz invasiver Zervixkarzinome sei dagegen unstrittig. Für die Impfung zwölfjähriger Mädchen in Industrieländern lägen die Werte bei 3.000 bis 45.000 Dollar pro QALY – bei Schwellen von 50.000 Dollar in den USA und 30.000 Euro in Europa also klar im kosteneffektiven Bereich. Als blinden Fleck der Forschung benannte sie die fehlende geschlechtergetrennte Kosten-Nutzen-Analyse: Viele virale Erreger würden von Männern und Frauen immunologisch unterschiedlich verarbeitet, doch existierten solche Analysen bislang nur zu HPV – und auch dort nicht besonders gut.



Abb. 3: Aus Vortrag von Dr. Maike Schmitt, WifOR Institut: „Impfen als Investition: Makroökonomische Effekte", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026" am 17.06.2026

Broader economic benefits of investing in health, cancer control, HPV vaccination for cervical cancer – simulated effects

		UK	India	Malaysia	
Investment Million US$		134	756	16	
			Million US$ - 2022 Prices (Thousand employees)		
GVA contribution (Labor force contribution)	Effect inside the HE	107 (2)	605 (71)	13 (0)	80 (6)
	Effect adjacent sectors	62 (0)	314 (40)	5 (0)	10 (0)
	Effect induced income	78 (0)	230 (44)	5 (0)	6 (0)
Country-specific ROI		1.84	1.52	1.44	0.96

HARVARD T.H. CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH · THE LANCET Oncology · WifOR INSTITUTE

Quelle: Atun, R., Fries, J. L., Hernández-Villafuerte, K., Müller, M., Ostwald, D., & Schmitt, M. (2025). Contribution of investment in health and cancer control to economic growth in Commonwealth countries. EClinicalMedicine, 82.

Impfungen als Investition

Ein Zahlenfeuerwerk quer durch die Impfstoffe

In rascher Folge führte Nachtigall die Evidenz für die wichtigsten Impfstoffe vor. Für 73 Low- und Middle-Income-Countries seien über zehn Erkrankungen, rund 20 Millionen verhinderte Todesfälle und 350 Milliarden Dollar eingesparte Krankheitskosten dokumentiert. Bei den Pneumokokken sei nach aktueller Evidenz PCV20 allein das kosteneffektivste Regime für Erwachsene; in England habe der Wechsel von PPV23 auf PCV20 über fünf Jahre 1.414 Todesfälle verhindert, bei einem Netto-Budget-Impact von 58,7 Millionen Pfund. Die Covid-19-Impfung habe weltweit rund 2,5 Millionen Todesfälle verhindert und 15 Millionen Lebensjahre gerettet, 90 Prozent der verhinderten Tode bei über 60-Jährigen. Bei Jüngeren ohne Vorerkrankung sei der Nutzen aus Kosten-Nutzen-Sicht allerdings nur grenzwertig. Auf das Thema Long-Covid, das vor allem Frauen treffe, ging sie eigens ein: Die Inzidenz sinke nach Impfung um 40 bis 60 Prozent.

Zur RSV-Impfung, die Nachtigall als Brücke zum vierten Vortrag nutzte, betonte sie die erhebliche Untererfassung – die Vivantes-Kliniken beprobten erst seit zwei Jahren regelmäßig, weshalb belastbare Langzeitkosten fehlten. RSV öffne zudem stärker als Influenza oder Corona die Tür für bakterielle Superinfektionen. Die maternale RSV-Impfung schütze über den Nestschutz das Kind und sei in vielen Szenarien kosteneffektiv bis kostensparend. Die Influenza-Impfung sei durchgängig kosteneffektiv bis kostensparend. Besonders eindrücklich sei die Saison 2017/18 gewesen, in der Krankenhäuser wegen erkrankten Personals teilweise halb geschlossen gewesen seien – weshalb die Influenza-Impfung beim Krankenhauspersonal eine extrem kosteneffektive Maßnahme darstelle, die jedoch unzureichend umgesetzt sei.

Kritisch äußerte sie sich zur Verlegung der Meningokokken-Empfehlung ins Pubertätsalter, in dem die Impfwahrscheinlichkeit geringer sei als bei Kleinkindern. Im afrikanischen Meningitisgürtel habe die Serogruppe-A-Impfung einen Rückgang von über 99 Prozent bewirkt – zentraler Bestandteil der WHO-Strategie zur Eliminierung der epidemischen Meningitis bis 2030. Die FSME-Impfung sei zu über 90 Prozent wirksam gegen schwere ZNS-Infektionen und bei einer Inzidenz von ein bis zwei Fällen pro

100.000, wie etwa in Brandenburg, kosteneffektiv. Wie dies bei so niedrigen Inzidenzen allein rechnerisch möglich sei, fragte Dr. Schneider-Rathert, wenn das Impfrisiko laut Fachinformation allein schon für schwerwiegende neurologische Nebenwirkungen nach FSME-Immun-Impfung (1:1000 bis 1:10.000) um den Faktor 5 bis 50 häufiger sei als das jährliche Risiko, an FSME zu erkranken. Aber selbst wenn die Behandlung von Impfnebenwirkungen mit einberechnet sei, müsse laut §630e BGB das Impfrisiko gerade hier in jedem Fall aufgeklärt werden.

Ausdrücklich begrüßte Nachtigall impfende Apotheken – ausschließlich für Totimpfstoffe – als Ergänzung: „Ich glaube, dass es genug Oberarme für alle gibt." Ihre Kernbotschaft fasste sie zweigeteilt: Die Kosten-Nutzen-Analysen zeigten, dass Impfen sinnvoll sei, die Budget-Impact-Analysen, dass es bezahlbar sei – vor allem für Ältere und Risikogruppen. Zugleich verwies sie auf methodische Lücken, insbesondere bei den bisher durchgeführten Budget-Impact-Analysen.

Impfen als wirtschaftlicher Impuls

Den ökonomischen Faden spann Dr. Maike Schmitt vom WifOR Institut – einem unabhängigen Institut, das zu Arbeitsmarkt, Gesundheit und Nachhaltigkeit forscht – weiter und weitete den Blick über die klassische gesundheitsökonomische Betrachtung hinaus. Ihr Anliegen: Impfungen nicht nur als Ausgaben, sondern als Investition mit messbarem Mehrwert für Gesellschaft und Wirtschaft zu begreifen.

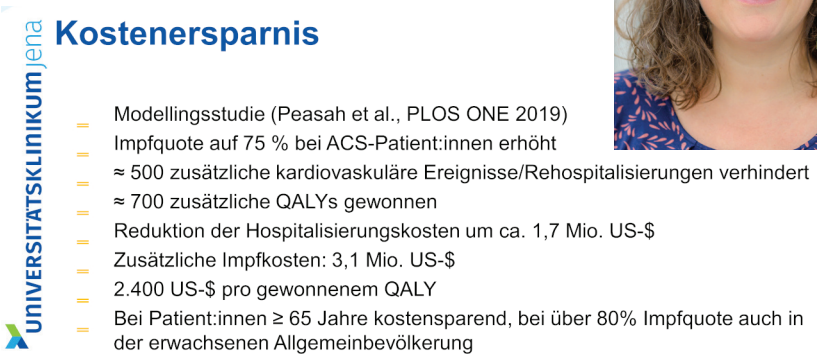
Sie plädierte zunächst für einen grundlegenden Perspektivwechsel: Gesundheit werde meist als reiner Kostenfaktor verstanden, dabei sei die Gesundheitswirtschaft nicht nur Versorgungssektor, sondern zugleich Innovationsmotor, Arbeitgeber und Wertschöpfungsfaktor. Impfungen vereinten dabei zwei Wirkmechanismen: Sie erzeugten wirtschaftliche Aktivität bereits durch die Investition selbst und schüfen Nutzen, indem sie Krankheit verhinderten und so Produktivität und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichten.

Vom Gesundheitsfußabdruck zur Wertschöpfung

Um diesen Wert messbar zu machen, stellte Schmitt eine über ein Jahrzehnt entwickelte Methodik aus drei Säulen vor. Den Ausgangspunkt bilde der Gesundheitsfußabdruck einer Impfmaßnahme, der den inkrementellen Nutzen im Sinne vermiedener Krankheitslast modelliere – hier verwies sie auf die Modelle aus Nachtigalls Vortrag, die oft als Ausgangspunkt dienen können. Im zweiten Schritt werde dieser Gesundheitsgewinn in produktive Zeit übersetzt, wobei sowohl bezahlte als auch unbezahlte Arbeit berücksichtigt werde. Im dritten Schritt erfolge die Monetarisierung über die Bruttowertschöpfung je Stunde, da Kennzahlen in der Politik oft erst dann Beachtung fänden, wenn ein monetärer Verlust dargestellt wird. Auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben leisteten Menschen einen hohen Beitrag durch unbezahlte Tätigkeiten; um diese von Freizeit abzugrenzen, ziehe man das Dritte-Personen-Kriterium heran – berücksichtigt würden nur Tätigkeiten, die andernfalls am Markt eingekauft werden müssten, etwa Pflege, Kinderbetreuung oder Instandhaltungsarbeiten.



Abb. 4: Aus Vortrag von PD Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek: „Reduktion von Sekundärkomplikationen von Influenza und anderen Infektionen durch Impfungen", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026" am 17.06.2026



Eine strategische Investition

Neben den Humankapitaleffekten generieren Investitionen in Impfungen auch einen wirtschaftlichen Vorteil. Dass dieser Perspektivwechsel in der Politik bereits ankomme, belegte Schmitt mit einem Zitat von Bundeskanzler Friedrich Merz, wonach das Gesundheitswesen der am schnellsten wachsende Sektor der Wirtschaft sei. Die Gesundheitswirtschaft generiere inzwischen rund 500 Milliarden Euro Bruttowertschöpfung, stelle fast acht Millionen Arbeitsplätze und wachse seit Jahren stärker als die Gesamtwirtschaft. Investitionen in Impfungen seien somit kein Randbereich, sondern Investitionen in eine der größten Branchen Deutschlands. Deren ökonomischen Fußabdruck zerlegte sie in direkte Effekte (Entwicklung, Produktion, Verteilung, Verabreichung), indirekte Effekte über bezogene Vorleistungen und induzierte Effekte über Einkommen und Konsum.

„Die STIKO-Empfehlungen sind kein Dekret und kein eins zu eins umzusetzender Standard. Hausärzte müssten über sie aufklären, was beispielsweise beim Check-up 35 obligatorischer Leistungsbestandteil sei. Doch haben Patienten nach erfolgter Aufklärung das Recht, selbst zu entscheiden."

Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert, Sektion Prävention der DEGAM

Am Beispiel der HPV-Impfung verwies Schmitt auf eine im vergangenen Jahr in der Lancet-Gruppe veröffentlichte Studie (1) zu vier Commonwealth-Ländern. Sie habe exemplarisch gezeigt, wie sich Gesundheitsinvestitionen in Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung übersetzen ließen; für das betrachtete Programm im Vereinigten Königreich habe sich ein Return on Investment von rund 1,8 ergeben – jeder investierte Dollar erzeuge also zusätzliche wirtschaft-

„Jeder investierte Dollar erzeugt zusätzliche wirtschaftliche Aktivität."
Dr. Maike Schmitt, WifOR Institut

liche Aktivität. Ihr Fazit blieb ausgewogen: Die Kostenseite weiter zu betrachten sei essenziell, doch müsse Gesundheit gerade im politischen Diskurs stärker als strategische Investition verstanden werden. Wer nur die Kosten der Impfung betrachte, werde stets zu wenig investieren – und übersehe die Kosten des Nichthandelns.

Damit aus einem Infekt kein Infarkt wird

Den vierten Vortrag, der die zuvor wiederholt angeklungene kardiovaskuläre Dimension vertiefte, hielt PD Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek vom Universitätsklinikum Jena über die Reduktion von Sekundärkomplikationen durch Impfungen. Vor allem seit Covid-19 sei viel präsenter geworden, dass Infektionen Langzeitfolgen nach sich ziehen könnten, die weit über das eigentliche Krankheitsfenster hinausreichten und neuerdings als postakute Infektionssyndrome zusammengefasst würden. Ihren Fokus legte sie auf die kardiovaskulären Komplikationen, die wegen ihrer hohen Krankheitslast einen relevanten Hebel zur Senkung der Morbidität böten.

Das Risiko schwerer kardiovaskulärer Ereignisse sei vor allem in den ersten 30 Tagen nach einer Infektion deutlich erhöht. Major Cardiac Events träten nach Infektionen insgesamt rund achtfach häufiger auf, nach viralen bis zu dreizehnfach; der Zusammenhang zwischen Influenza und Myokardinfarkt sei in den ersten sieben Tagen siebenfach ausgeprägt und gleiche sich danach wieder an. In der Summe gälten rund 4,4 Prozent der kardiovaskulären Ereignisse als potenziell präventabel: Von den jährlich rund 2,4 Millionen kardiovaskulären Todesfällen in den High-Income-Countries seien etwa 110.000 bis 150.000 verhinderbar, weil durch Infektionen hervorgerufen – ein Beitrag, der mit dem etablierter Risikofaktoren wie Diabetes vergleichbar sei. Pathomechanistisch erkläre sich dies über die infektionsbedingte Zytokin-Freisetzung, die zu Plaqueinstabilität, Thrombose und Myokardinfarkt führen könne.

Evidenz für einen kardioprotektiven Impfeffekt

Dass Impfungen diesem Mechanismus entgegenwirkten, sei in der Forschung belegt. Eine englische Kohorte mit rund 200.000 Personen (2) habe in den 120 Tagen nach Impfung einen Nutzen hinsichtlich Myokardinfarkt, instabiler Angina und Schlaganfall gezeigt – sowohl bei Personen mit niedrigem als auch mit hohem kardiovaskulären Risiko. Auf dem Niveau randomisiert kontrollierter Studien liege die relative Risikoreduktion bei rund 33 Prozent, bei Hochrisikopatient:innen bei 45 Prozent; die Number Needed to Vaccinate zur Verhinderung eines kardiovaskulären Ereignisses betrage 56. Entsprechend habe die Influenza-Impfung Eingang in die Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom und zur chronischen Herzinsuffizienz gefunden und werde im Bündel der Sekundärprävention der World Heart Federation gleichrangig mit Rauchentwöhnung, Bewegung und Statinen genannt. Auch für weitere Impfstoffe liege Evidenz vor: Für Covid-19 zeige eine Kohorte mit rund 45 Millionen Erwachsenen in England eine deutliche Reduktion von Major Cardiac Events und venösen Thromboembolien – bei seltenen Nebenwirkungen wie Myo- und Perikarditis. Eine Metaanalyse von 15 Studien belege für Pneumokokken eine um rund 25 Prozent reduzierte Sterblichkeit; eine dänische randomisierte Studie mit über 130.000 Erwachsenen über 60 Jahre habe für die RSV-Impfung rund zehn Prozent weniger kardiorespiratorische Hospitalisierungen gezeigt, wobei rein kardiovaskuläre Hospitalisierungen nicht signifikant seltener gewesen seien.

Diesen Befunden stellte Fleischmann-Struzek die niedrigen und rückläufigen deutschen Impfquoten gegenüber – gerade auch in den Risikokollektiven. Aus dieser Lücke leitete sie einen kommunikativen Ansatzpunkt ab. Eine dänische Studie habe zudem gezeigt, dass eine kardiovaskulär gerahmte Kommunikation im Gain-Frame – die Influenza-Impfung könne Herzinfarkt und Herzinsuffizienz verhindern – die Impfquote selbst positiv beeinflusst habe. Ihr Schlusswort fasste den Gedanken in eine Formel: „Es geht darum, dass aus einem Infekt kein Infarkt wird."

„Ich glaube, dass es genug Oberarme für alle gibt."
Prof. Dr. Irit Nachtigall, Medical School Berlin, Vivantes

Podiumsdiskussion: Strukturen, Vertrauen und der digitale Rückstand

In der abschließenden Q&A-Session unter Moderation von MVF-Herausgeber Prof. Roski rückten die strukturellen Bedingungen in den Vordergrund. Auf die Frage nach den Gruppen, die am stärksten zur Stagnation beitragen, verwies Nachtigall darauf, dass die Quoten bei Kleinkindern gut seien und mit zunehmendem Lebensalter abnähmen, weil ältere Menschen anders angesprochen werden müssten. Sie warb für eine gezielte, datengestützte Ansprache nach israelischem Vorbild und für einen elektronischen Impfpass mit Erinnerungs- und edukativer Funk-

tion. Strategisch plädierte sie dafür, sich auf Impfskeptiker statt auf Impfgegner zu konzentrieren.

Fleischmann-Struzek ergänzte, dass die Krankenkassen ihre Diagnosedaten erst seit dem Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz auf Risikofaktoren hin analysieren dürften. In einem über den Innovationsfonds geförderten Pilotprojekt (3) werde nun erstmals erprobt, wie sich Risikogruppen sinnvoll identifizieren und gezielt – statt „mit der Gießkanne" – ansprechen ließen. Schneider-Rathert lenkte den Blick auf die ambulanten Hürden: komplexe Impfziffern und Regressrisiken. Vor allem verwies er auf die Notwendigkeit, das Vertrauen der Menschen zurückzugewinnen. Eine Demokratie müsse es aushalten, sich selbstkritisch zu Entscheidungen der Corona-Zeit zu äußern; gerade diese Offenheit könne helfen, die zurückgehenden Quoten bei den essenziellen Impfungen wieder zu heben.

Beim zweiten Themenblock, dem ökonomischen Nutzen und der Vergütung von Aufklärungsgesprächen, mahnte Schmitt, den Bewertungsrahmen zu erweitern und Evidenzlücken strukturiert zu schließen, damit Gesundheitserfolge sichtbar und „belohnbar" würden. Nachtigall verwies hingegen darauf, dass finanzielle Anreize nach US-Daten weniger brächten als erhofft. Andererseits sei eine Vergütung von neun Euro für die Impfung inklusive eines Aufklärungsgesprächs jedoch keinesfalls angemessen. Schneider-Rathert verdeutlichte die Lage: Bei einem Fallwert von 75 Euro pro Quartal für die gesamte hausärztliche Versorgung bedeute die drohende Honorarkürzung um acht Prozent bei festen Praxiskosten de facto rund 16 Prozent weniger Einkommen. Dies werde die hausärztliche Leistung unweigerlich beschneiden. Zugleich kritisierte er die Preisbildung bei Impfstoffen: Eine Impfung werde auch dadurch wirtschaftlich, dass sie zu wirtschaftlichen Preisen angeboten werde.

„Es geht darum, dass aus einem Infekt kein Infarkt wird."
PD Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek, Universitätsklinikum Jena

Auf den abschließenden „Wunschzettel" mit jeweils drei Maßnahmen antworteten die Referierenden weitgehend übereinstimmend. Nachtigall stellte den elektronischen Impfpass voran – scanbar, erinnernd und mit edukativem Hinweis, warum eine Impfung gerade für die betreffende Person wichtig sei – und mahnte einen Blick auf digital weiter fortgeschrittene Länder wie Estland an. Schneider-Rathert forderte den Abbau praktischer Impfbarrieren: einfache Impfziffern, einen unkomplizierten Impfstoffbezug, den Verzicht auf Regresse und insgesamt eine Entbürokratisierung; bereits eine elektronische Impfliste analog zur Medikationsliste wäre hilfreich. Schmitt hob Recall-Systeme, die Vereinfachung der Dokumentation und einen Blick ins Baltikum hervor, wo sie den digitalen Vorsprung selbst erlebt habe. Fleischmann-Struzek ergänzte den Ausbau elektronischer Dokumentations- und Erinnerungssysteme – auch, um über bessere Real-World-Data statt bloßer Modellierungen eine belastbare Evidenz zu generieren und diese transparenter zu kommunizieren, um so Vertrauen zurückgewinnen zu können.

Roski schloss den Nachmittag mit dem Ziel, das den Kongress durchzogen hatte: einem Perspektivwechsel hin zu einer Ökonomie des Impfens. Um Impfungen voranzubringen, braucht es mehr als Appelle an die Eigenverantwortung der Bürger. Nötig sind mehr Offenheit und Transparenz bei den Informationen, eine angemessene Vergütung der Impfenden, konsequente Entbürokratisierung, sektorenübergreifende ökonomische Analyse und der Roll-out eines funktionsfähigen E-Impfpasses. Nur wenn die strukturellen Bremsklötze beseitigt werden, lässt sich Impfen zukunftsfest machen. <<

„Noch immer werden Impfungen als Kostenfaktor diskutiert, statt ihren Wert für Systemstabilität und Public Health anzuerkennen."
Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF-Herausgeber

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(25)00112-9/fulltext?uuid=uuid%3A0460573b-0e98-4035-881a-2d6da36a5e8b
2: https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/7/610/6947058
3: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/sepwiss-2-0.772)

Hinweis

Alle Referent:innen hielten ihre Vorträge pro bono. Der Kongress wurde – ohne auf den Inhalt Einfluss zu nehmen – finanziell unterstützt von Biontech, GSK, MSD, Pfizer und Sanofi. Die Audio- und Videodokumentation samt allen Vortragscharts des MVF-Fachkongresses „Impfstatus 2026" finden Sie open access auf dem MVF-Onlineportal:

Link: https://t1p.de/721hc

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Warum jede Impfung eine gute Investition ist", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 38–43. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2847