

Impulspapier

Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Deutschland gibt so viel wie kein anderes Land in der EU für Gesundheit aus: knapp 5.000 Euro pro Einwohner und Jahr, das ist 52,9 Prozent mehr als der EU-Durchschnitt (3.159 Euro, OECD). Trotzdem liegt die Lebenserwartung in Deutschland mit 80,8 Jahren nur knapp über dem EU-Durchschnitt (80,1) – im Vergleich zu vielen westeuropäischen Ländern sogar deutlich darunter. Dies wird insbesondere auf die kardiovaskuläre Sterblichkeit zurückgeführt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind hierzulande die häufigste Todesursache, die im Jahr 2021 ein Drittel aller Todesfälle umfasste. Im Vergleich zu anderen westlichen Industrienationen hat Deutschland eine der höchsten altersstandardisierten Sterblichkeitsraten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Mit rund 57 Milliarden Euro verursachten Krankheiten des Kreislaufsystems im Jahr 2020 die höchsten Kosten für unser Gesundheitssystem. Aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer hohen Krankheitslast haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine zentrale bevölkerungsmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung.

Nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand werden bis zu 70 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch modifizierbare Lebensstilfaktoren verursacht – insbesondere ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum. Der Prävention dieser Risikofaktoren kommt daher eine Schlüsselrolle zu. Ebenso bedarf es einer besseren Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren, um frühzeitig eine Behandlung einzuleiten und einen gesunden Lebensstil zu unterstützen.

Ziel der Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist es, durch ein Bündel an Maßnahmen die Früherkennung und die Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern. Um Prävention, Gesundheitskompetenz, öffentlichen Gesundheitsdienst, Forschung und Kommunikation zu verbessern, wird das neu zu gründende Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) diese Initiative fachlich begleiten. Hierbei stehen vier Handlungsfelder im Fokus:

1. Verbesserung der Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen
2. Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen
3. Stärkung von Disease-Management-Programmen
4. Reduzierung des Nikotinkonsums

1. Verbesserung der Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen

- Einführung eines Lipid-Screenings (mit Fokus auf Familiäre Hypercholesterinämie) bei der Früherkennungsuntersuchung U9 (mit anschließendem Kaskadenscreening von Familienangehörigen)
→ Festlegung der Untersuchungsinhalte durch die medizinischen Fachgesellschaften
- Entwicklung und Implementierung eines standardisierten Fragebogens für die Früherkennungsuntersuchungen, um insbesondere Herz-Kreislauf-Risikofaktoren (z.B. Risiken für Bewegungsmangel, plötzlichen Herztod) zu identifizieren

- Implementierung mindestens einer weiteren Blutdruckmessung in die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen
- Einladung zur Teilnahme an der J1-Untersuchung durch die Krankenkassen, um eine gezielte Ansprache zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen sicherzustellen (Familienanamnese, Hinweise zu Risikoverhalten, Nachholen eines versäumten Lipid-Screenings etc.)

2. Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen

Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung (GU)

Einführung eines nach Alter und Risiko gestuften Screenings für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Niedrigschwelliges, einheitliches Einladungsmanagement durch die Krankenkassen für die Check-ups 25, 35 und 50 mit Voucher (z.B. Telefonservice zur Terminvermittlung, QR-Code, Angebot zur Vorfeld-Untersuchung in Apotheken)
- Engere Einbindung der Apotheken im Rahmen von Vorfeld-Untersuchungen zu den Check-ups: Niedrigschwellige Beratung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zu Früherkennungsangeboten, Cholesterinwert-Bestimmung, Blutdruckmessung, Blutzucker-Messung, BMI-Berechnung; Beratung zur Nikotinentwöhnung
- „Check-up 25“: Strukturiertes Screening auf familiäre Risiken, lebensstilbezogene Risikofaktoren und frühe Erkrankungen, universelles Lipid-Screening falls noch nicht in U9/J1 erfolgt, Einleitung entsprechender weiterer Diagnostik (inkl. Kaskaden-Screening bei familiären Risiken), Beratung und Therapie
 - Bisheriger Leistungsumfang der GU nach GU-Richtlinie als Grundlage
 - Festlegung der erweiterten Check-up-Inhalte durch die medizinischen Fachgesellschaften
- „Check-up 35“: Beibehaltung des bereits bestehenden GU-Leistungsumfangs nach GU-Richtlinie (Fokus auf lebensstilbezogene Risikofaktoren und kardiometabolische Erkrankungen)
- „Check-up 50“: Strukturiertes Screening auf Risikofaktoren und kardiometabolische Erkrankungen; spezifische Inhalte: standardisierte Herz-Kreislauf-Risikobestimmung mit Risiko-Score, zusätzliche Laborparameter (z.B. für Prädiabetes); Einleitung entsprechender weiterer Diagnostik, Beratung und Therapie
 - Bisheriger Leistungsumfang der GU nach GU-Richtlinie als Grundlage
 - Festlegung der erweiterten Check-up-Inhalte durch die medizinischen Fachgesellschaften
- Stärkung der ärztlichen Präventionsempfehlung
- Stärkung der Überleitung in die weiterführende Versorgung durch Weiterentwicklung der GU: Personen mit hohem Risiko erhalten eine umfassende Diagnostik und insbesondere Angebote für eine weiterführende Behandlung (sowohl nichtmedikamentös u.a. mit Beratung zur Ernährung, Bewegung und Lebensstiländerung als auch medikamentös)

Verbesserung der Aufklärung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur GU

- Bündelung der Informationen zu allen Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen: z.B. Erstellung eines (digitalen) U-Untersuchungshefts für Erwachsene, Einbindung in die ePA
- Erstellung eines Konzepts zur zielgruppengerechten multimodalen Ansprache sowie von Informationsmaterialien durch die BZgA bzw. das neu zu gründenden Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) Wissen über Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Risikofaktoren in der Bevölkerung erhöhen, für eigenes Risiko sensibilisieren, Wissen zu Handlungsoptionen stärken (Früherkennungsangebote und Lebensstiländerungen); Fokus auf niedrigschwellige Ansprache von Menschen mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko

Verbesserung der Datenlage zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur Nutzung von GU

- Ausbau der Surveillance zu nicht-übertragbaren Krankheiten (NCD) am RKI bzw. perspektivisch am BIPAM mit Schwerpunktsetzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und -Risiken (Krankheitsgeschehen, Versorgungsqualität, Einflussfaktoren und Folgeerkrankungen; auch für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen)
- Durchführung einer Studie zur Nutzung der GU durch das RKI bzw. BIPAM, dadurch Verbesserung der Datenlage zu den wichtigsten Zielgruppen für die Früherkennung und zu Barrieren der Inanspruchnahme
- Stärkung der epidemiologischen Register zu Herzinfarkt und Schlaganfall: in den Registern werden Daten zu Häufigkeit, Behandlung, Krankheitsverlauf, Komplikationen und Todesfällen als Datengrundlage für die Verbesserung der Versorgung erfasst

3. Stärkung der Disease-Management-Programme

- Verpflichtung der Krankenkassen ihren Versicherten DMP anzubieten und sie darüber zu informieren, um Teilnahmequoten an den DMPs zu verbessern
- Verpflichtung der Krankenkassen, innerhalb einer festgelegten Frist mit den Leistungserbringern Verträge zur Umsetzung der DMP zu schließen. Hierfür wird ein Konfliktlösungsmechanismus eingerichtet.
- Die besonderen Zuweisungen für die Durchführung von DMP (sog. Programmkostenpauschale) entfällt, dafür erfolgt jedoch eine Berücksichtigung der programmbedingten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich
- Verzicht auf das Zulassungsverfahren durch das Bundesamt für Soziale Sicherung
- Konkretisierung der Anforderungen an Schulungen

- Öffnung der DMP für die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten mit bestehendem hohem Risiko für die Manifestation einer DMP-Erkrankung: z.B. Öffnung des DMP KHK für Personen mit bereits behandlungsbedürftigem Bluthochdruck, hohen Lipidwerten oder des DMP Diabetes Typ 2 bei Prädiabetes
- Verpflichtung der Vertragspartner für die DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie für koronare Herzkrankheit, Elemente einer qualitätsorientierten, erfolgsabhängigen Vergütung in den Verträgen zu regeln.

4. Reduzierung des Nikotinkonsums

Medikamentöse Therapie

- Ausweitung der bestehenden gesetzlichen Regelung zur medikamentösen Therapie (§34 Abs. 2 SGB V): Beschränkung nicht nur auf „schwere Tabakabhängigkeit“ und Finanzierung häufiger als alle drei Jahre

Stärkung der Nikotinentwöhnung

- Erhöhte finanzielle Anreize schaffen für Versicherte bei Teilnahme an einer Entwöhnungsmaßnahme durch die Krankenkassen

in der ambulanten Versorgung

- Stärkung etablierter Konzepte für die Kurzintervention (z.B. ABC-Methode, Rauchfrei-Ticket, Arriba-Score)
- Verbesserung und Sicherstellung der Schulung von Ärzteschaft/Praxisassistenzen
- Förderung von Modellprojekten zur strukturierten Verbreitung von Kurzinterventionskonzepten (etwa in Hausarztpraxen) im Rahmen des Innovationsfonds

in der stationären Versorgung

- Möglichkeit zu Qualitätsverträgen (§110a SGB V) zur „Stationären Behandlung der Tabakabhängigkeit“ bekannter machen und für den Abschluss werben
- Stärkere Nutzung des „Rauch-frei-Tickets“ für die Weiterleitung in eine Entwöhnungsberatung