

Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.  
Reinhardtstraße 29b  
10117 Berlin  
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0  
Fax +49 (0)30 246 255 - 99  
info@bvmed.de  
www.bvmed.de  
Berlin, 25. Oktober 2021  
mpm/Win  
☎ 030 246 255-11/-26  
E-Mail: winkler@bvmed.de

## **Positionspapier zur Bundestagswahl 2021**

### **Eine Nationale Strategie für eine leitlinien- und bedarfsgerechte Versorgung von Patient:innen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland**

Eine Arbeitsgruppe des BVMed-Fachbereiches Kardiologie hat sich mit dem Ziel gegründet, das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) in Deutschland und in Europa zum Wohle der Bevölkerung verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit zu stellen und auf die politischen Agenden zu setzen.

Künftig müssen HKE einen höheren Stellenwert in Deutschland erhalten. Denn HKE sind nach wie vor die häufigste Todesursache und dieser Trend ist ungebrochen – aufgrund eines modernen Lebensstils und einer immer älter werdenden Bevölkerung treten HKE vermehrt auf. Die ohnehin schon dramatische Situation wird noch weiter verschlimmert, da der medizinische Fortschritt im Bereich der HKE in Form aktualisierter medizinischer Leitlinien und innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei den betroffenen Patient:innen nicht ankommt. Grund dafür sind Versorgungshürden, die abgebaut werden müssen. HKE benötigen ein systematisches und konzertiertes politisches Vorgehen – eine Nationale Herz-Kreislauf-Strategie (NHKS).

Ziel einer NHKS muss sein, die individuelle und kollektive Krankheitslast von HKE zu senken. Aus Sicht des BVMed gelingt das, wenn eine solche Strategie den vollständigen Behandlungspfad von HKE mitsamt aller relevanten Komorbiditäten berücksichtigt. Auch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) ist gemeinsam mit anderen medizinischen Fachgesellschaften sowie Vertretern aus der Patientenschaft und angewandten Wissenschaft davon überzeugt, dass die Bekämpfung von HKE auf die politische Agenda der nächsten Bundesregierung gehört. Erforderlich dafür sind gemeinsame Anstrengungen bei der Früherkennung und Prävention, bei der Überführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsformen in die Regelversorgung, sowie bei der Befähigung von Patient:innen zum Therapieerfolg beizutragen. Ein wichtiges Instrument in all diesen Bereichen ist eine intensivere interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit, die mit Hilfe der Digitalisierung beschleunigt werden kann.

**Für eine wirkungsvolle NHKS ergeben sich folgende Handlungsfelder:**

- 1. Prävention, Früherkennung nachhaltig fördern**
- 2. Versorgung sektorübergreifend und interdisziplinär gestalten**
- 3. Kardiologische Forschung und Innovationen fördern und digitale Anwendungen nutzen**
- 4. Patient:innen leitlinien- und bedarfsgerecht versorgen und sachgerecht informieren**

## Hintergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen ca. 40 Prozent aller Sterbefälle und sind damit die Todesursache Nr. 1 in Deutschland.<sup>1</sup> Gegenwärtig leiden in Deutschland allein rund sechs Millionen Menschen an koronarer Herzkrankheit, die zu Herzinfarkten, Schlaganfällen und Herzinsuffizienz führen kann.<sup>2</sup> HKE umfassen jedoch noch mehr Krankheiten. So gehören auch Bluthochdruck, Gefäßkrankheiten und Herzklappenerkrankungen dazu. Schließlich sind alle Altersgruppen und Bevölkerungsschichten von HKE betroffen, weshalb sich HKE nicht auf eine bestimmte Alterskohorte oder einen bestimmten Lebenswandel beschränken lassen. HKE sind eine Volkskrankheit mit vielen Gesichtern und Komorbiditäten wie Diabetes, Niereninsuffizienz oder Adipositas. HKE sind zudem eine häufige Ursache für körperliche Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit.<sup>3</sup>

Neben genetisch bedingten Erkrankungen erhöhen Risikofaktoren wie Hypertonie, Niereninsuffizienz, Typ-2-Diabetes, Asthma/COPD und Adipositas die Gefahr von HKE. Aber nur etwa 50 Prozent aller Herzinfarkte lassen sich durch Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht erklären. Der demographische Wandel der Gesellschaft und eine steigende Lebenserwartung von HKE-Patienten verschärfen die Versorgungslage.

Auch die Auswirkungen von COVID-19 auf das Herzkreislaufsystem führen zu besorgniserregenden Folgen.<sup>4</sup> Aufgrund kardiovaskulärer Vorerkrankungen droht Patient:innen mit HKE nicht nur ein deutlich schwerer Verlauf einer COVID-19-Infektion, Patient:innen mit HKE haben ein doppelt so hohes Risiko an COVID-19 zu versterben als Patienten ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen.<sup>5</sup> Umgekehrt führt eine schwere COVID-19-Erkrankung bei Patient:innen zu schweren mitunter chronischen HKE, weshalb HKE politisch einen neuen Stellenwert erfahren müssen.<sup>6,7</sup>

HKE belasten nicht nur die individuelle Gesundheit, sie stellen zudem eine beachtliche finanzielle Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar. Laut Statistischem Bundesamt verursachen HKE die höchsten Krankheitskosten. Im Jahr 2015 betragen sie 46,4 Mrd. Euro. Das entspricht einem Anteil von 13,7 Prozent an den Gesamtkosten (338,2 Mrd. Euro), Tendenz steigend.<sup>8</sup> Trotz der hohen Kosten erreicht die deutsche Herz-Kreislauf-Medizin gemessen an hohen Sterblichkeitsraten nur europäisches Mittelmaß bei den Behandlungsergebnissen.<sup>9</sup> Da medizinische Leitlinien europaweit gelten und deutsche Kardiologen führend in der Welt sind, müssen dafür systemische Fehler verantwortlich sein. Für eine effektive Bekämpfung der HKE und eine dauerhafte Verbesserung der kardiovaskulären Versorgung in Deutschland sind daher strukturelle Reformen in den nachfolgenden Handlungsfeldern notwendig.

<sup>1</sup> Robert Koch Institut, Gesundheitsmonitoring, Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische\\_Erkrankungen/HKK/HKK\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/HKK/HKK_node.html).

<sup>2</sup> Deutsche Herzstiftung, Informationen zu Herzkrankheiten (koronare Herzkrankheit).

<https://www.herzstiftung.de/infos-zu-herzerkrankungen/koronare-herzkrankheit>

<sup>3</sup> Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Wir fassen zusammen – Was ist ein Schlaganfall?

<https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/verstehen-vermeiden/was-ist-ein-schlaganfall>

<sup>4</sup> Deutsche Herzstiftung, Deutscher Herzbericht 2020 (2021).

<https://www.herzstiftung.de/system/files/2021-06/Deutscher-Herzbericht-2020.pdf>

<sup>5</sup> Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Die COVID-19-Impfung – Für Herzpatienten besonders wichtig.

<https://dgk.org/daten/pm-covid-19-impfung-bei-herzpatienten-fin.pdf>

<sup>6</sup> Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung e. V., Coronavirus SARS-CoV-2 – Fragen und Antworten für Herz-Kreislauf-Patienten.

<https://dzhk.de/coronavirus-fragen-und-antworten-fuer-herz-kreislauf-patienten/>

<sup>7</sup> Wu, L., Kane, A.M.O., Peng, H., Bi, Y., Motriuksmith, D. und Ren, J. (2020). SARS-CoV-2 and cardiovascular complications: From molecular mechanisms to pharmaceutical management. *Biochem Pharmacol.* 178.

<sup>8</sup> Destatis / Statistisches Bundesamt, Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Kosten, Pressemitteilung Nr. 347 vom 29. September 2017. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17\\_347\\_236.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_347_236.html)

<sup>9</sup> Timmis, A., Townsend, N., Gale, C.P., Torbica, A., Lettino, M., Petersen, S.E., Mossialos, E.A., Maggioni, A.P., Kazakiewicz, D., May, H.T., et al. (2020). European society of cardiology: Cardiovascular disease statistics 2019. *Eur. Heart J.* 41.

## 1. Prävention, Früherkennung nachhaltig fördern

Bei HKE hat die **Prävention** einen besonderen Stellenwert. Es geht darum, HKE und ihrer Chronifizierung vorzubeugen, damit sich die Krankheitslast nicht verschlimmert. Dabei basiert die Primärprävention bei HKE überwiegend auf vier Schutzfaktoren: das Nicht-Rauchen, eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und ein gutes Stress-Management.<sup>10</sup> Die Primärprävention allein kann die hohe Anzahl an HKE aber nicht reduzieren. Viele HKE sind erblich bedingt, hängen mit Komorbiditäten wie bspw. Typ-2-Diabetes zusammen oder sind auf einen altersbedingten funktionellen Abbau zurückzuführen.<sup>11</sup> Daher muss die Sekundär- und Tertiärprävention in den Mittelpunkt rücken. Hierbei gilt es, Rückfälle und aus den HKE entstehende Komplikationen zu vermeiden oder zumindest abzuschwächen. Mit kardiologischer **Früherkennung** von Risikopatienten können die Behandlungsergebnisse signifikant verbessert werden.<sup>12</sup> Die meisten HKE haben eine bessere Prognose, einen höheren Behandlungserfolg und verursachen geringere Kosten, wenn sie frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden. Neue Untersuchungsmethoden wie bspw. die nicht-invasive kardiale Bildgebung, das digitale Stethoskop oder In-Vitro-Diagnostika ermöglichen bedarfsgerechte und frühzeitige Diagnosen und somit eine bessere Prognose.<sup>13,14</sup>

### Lösungsvorschläge:

Eine Kombination aus verschiedenen Präventionsmaßnahmen und ergänzenden Programmen zur Früherkennung können die HKE-Morbidität und -Mortalität reduzieren:

- Früherkennungsprogramme, die sich auf Hochrisikopatienten (Typ-2-Diabetes, Niereninsuffizienz, Hypertonie etc.) konzentrieren und eine verbesserte Prävention im Bereich der HKE ermöglichen, müssen stärker beworben werden.
- Einführung von Herz-Kreislauf-Gesundheits-Checks ab 50 Jahre
- Die meisten HKE haben eine bessere Prognose, einen höheren Behandlungserfolg und geringere soziale Kosten, wenn sie frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden.
- Aufklärungs- und Info-Kampagnen für die Bevölkerung sind notwendig.
- Kontrolluntersuchungen sind außerbudgetär zu vergüten, damit sie für alle Leistungserbringer attraktiv werden und die Identifikation von HKE-Hochrisikopatienten sowohl in der Fach- als auch in der Allgemeinmedizin zum Standard gehört. Zudem ist der Patientenzugang niedrigschwellig zu gestalten.

<sup>10</sup> Europäische Kommission. (2021). Cardiovascular diseases prevention | Knowledge for policy.

[https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/cardiovascular-diseases-prevention\\_en](https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/cardiovascular-diseases-prevention_en)

<sup>11</sup> Einarson, T.R., Acs, A., Ludwig, C. und Pantou, U.H. (2018). Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007-2017. *Cardiovasc Diabetol.* 17.

<sup>12</sup> Karunathilake, S.P. und Ganegoda, G.U. (2018). Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases and Application of Technology for Early Diagnosis. *Biomed Res. Int.*

<sup>13</sup> Blankstein, R. (2012). Introduction to noninvasive cardiac imaging. *Circulation.* 125.

<sup>14</sup> Rohr, U.P., Binder, C., Dieterle, T., Giusti, F., Messina, C.G.M., Toerien, E., Moch, H. und Hendrikschäfer, H. (2016). The value of in vitro diagnostic testing in medical practice: A status report. *PLoS One* 11.

## 2. Versorgung sektorübergreifend und interdisziplinär gestalten

Die Versorgung von HKE ist nach wie vor durch eine strikte Sektorentrennung mit vielfältigen Kommunikations- und Kooperationsanforderungen bestimmt. Eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung wird dadurch erschwert. Dabei müssen gerade bei den häufig multimorbiden HKE-Patient:innen verschiedene medizinische (unterschiedliche Fachärzt:innen, MFA) und angrenzende therapeutische Berufsgruppen (u. a. Ernährungsmediziner:innen, Psycho-, Physio-, Logo-, Bewegungstherapeut:innen, Pflegende) bei der Diagnostik und Behandlung von HKE mit assoziierten Komorbiditäten besser zusammenarbeiten.<sup>15</sup>

Um die Versorgung von HKE in Deutschland dauerhaft zu verbessern, müssen **neue interdisziplinäre und -sektorale Versorgungskonzepte** umgesetzt werden, bspw. in der DMP-Versorgung. Die aktuellen DMP sind indikationsspezifisch und unabhängig voneinander aufgebaut. Dadurch bleiben Anforderungen an die Behandlung von multimorbiden HKE-Patient:innen weitgehend unberücksichtigt. Assoziierte Komorbiditäten wie Typ-2-Diabetes, Niereninsuffizienz oder Hypertonie werden innerhalb des DMP HI oder DMP KHK nicht ausreichend behandelt. Die häufig parallele Einschreibung multimorbider Patient:innen in mehrere DMP erhöht zudem den bürokratischen Aufwand und gefährdet die Versorgungsqualität (Doppeluntersuchungen, Falschdiagnosen, Behandlungskonflikte).

### Lösungsvorschläge:

Die oftmals multimorbiden HKE-Patient:innen benötigen interdisziplinäre, indikations- und sektorübergreifende Versorgung, welche die Wechselwirkung einzelner Indikationen berücksichtigt und die Versorgung klar am medizinischen Behandlungspfad ausrichtet:

- Eine NHKS fördert eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung aller an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen.
- Zur Förderung einer leitliniengerechten medikamentösen und nicht medikamentösen Therapie bei multimorbiden HKE-Patienten werden für Leistungserbringer:innen softwarebasierte Entscheidungshilfen auf Grundlage der jeweils aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften etabliert.

---

<sup>15</sup> Hendriks, J.M. und Jaarsma, T. (2021). The multidisciplinary team approach in cardiovascular care. Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 20.

### 3. Kardiologische Forschung und Innovationen fördern und digitale Anwendungen nutzen

Die **Forschung** zu HKE ist zwecks einer verbesserten kardiovaskulären Versorgung unverzichtbar. In der molekularen Analytik, in der klinischen Phänotypisierung und in der Datenanalyse ergeben sich neue methodische Optionen, um die Herz-Kreislauf-Medizin zu individualisieren. Neben den klinischen Studien können in Forschungsprogrammen zur „Individualisierung der Herz-Kreislauf-Medizin“ gezielt genetische, molekulare, klinische und weitere Datensätze in einem integrativen Ansatz analysiert werden, um die Diagnostik, Risikostratifizierung und Therapie von HKE zu präzisieren.

Damit Patient:innen zeitnah vom medizinischen Fortschritt profitieren können und der Standort Deutschland weiterhin attraktiv für innovative Unternehmen aus dem Bereich der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie ist, braucht es innovationsfreundliche Rahmenbedingungen. So sollten neue Methoden und Anwendungen möglichst schnell und unbürokratisch in die klinische Praxis eingeführt und ausreichend vergütet werden, nachdem hinreichend wissenschaftliche Daten zum Nutzen der Innovationen vorliegen. **Medizintechnologische Innovationen** spielen eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Lebensqualität von HKE-Patient:innen. Schließlich ermöglichen Anwendungen aus den Bereichen E-Health, mobile Gesundheit sowie künstlicher Intelligenz neue Versorgungs- und Behandlungsformen, welche die Krankheitslast und Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessern können. Neue Methoden und Anwendungen ebenso wie innovative Versorgungsformen können dabei gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften erprobt werden.

Die **Digitalisierung** erleichtert eine patientennahe Versorgung. Chancen der Digitalisierung liegen insbesondere in der Telekardiologie, die flächendeckend in die Regelversorgung implementiert werden sollte. In diesem Zusammenhang sind digitale Gesundheitsanwendungen nicht nur für den stationären Sektor zuzulassen, sondern auch konsequent ambulant fortzuführen sowie auf Anwendungen höherer Sicherheits-/Risikoklassen auszuweiten. Die Digitalisierung erleichtert auch den Aufbau wissenschaftlicher Register, in denen Daten zur Morbidität, Mortalität, Versorgungssituationen und -qualität von HKE-Patient:innen systematisch erfasst und transsektoral zusammengeführt werden („Nationales Register für Herzpatienten“). Diese krankheitsbezogenen Longitudinaldaten müssen den behandelnden Ärzt:innen umgehend zur Verfügung gestellt werden, z. B. durch die elektronische Patientenakte, um unmittelbar zum Behandlungserfolg beizutragen. Werden datenschutzrechtliche Regelungen eingehalten, erhält auch die Gesundheitsindustrie zu Forschungszwecken Zugriff auf die Daten.

Mit Blick auf die Digitalisierung erhöht insbesondere das **kardiale Telemonitoring** die Qualität und Effizienz der kardiovaskulären Versorgung. HKE-Patient:innen, die häufig an weiteren Erkrankungen leiden, sind oftmals eingeschränkt mobil. Mithilfe des Telemonitorings müssen sie keinen Arzt aufsuchen, um relevante Anamnese- und Vitaldaten zu erfassen. Gerade im Bereich der Versorgung herzkranker Patient:innen existieren seit vielen Jahren kardiale Implantate und externe Sensorik, die regelmäßig therapierelevante Patientendaten erheben und diese an die behandelnden Ärzt:innen oder Telemedizinzentren übermitteln. Daher sollten die vorhandenen Möglichkeiten patientenindividuell, orts- und zeitunabhängig versorgen zu können, möglichst weitgehend genutzt werden. Ausschlaggebend hierfür sollte die medizinische Notwendigkeit sein, Patient:innen engmaschig betreuen und behandeln zu müssen. Gravierende Veränderungen und schwerwiegende Krankheitsverläufe können somit frühzeitig erkannt werden.

### **Lösungsvorschläge:**

Eine NHKS stellt eine leitlinien- und bedarfsgerechte Versorgung in den Mittelpunkt. Damit wird die Versorgung patientenorientierter und digitaler, was sich positiv auf den Therapieerfolg auswirkt:

- Die klinische und anwendungsbezogene Forschung zu HKE muss systematisch ausgebaut und verbessert werden.
- Im Rahmen neuer öffentlich-privater Partnerschaften für Gesundheitsinnovationen sollten Pilotprojekte gefördert werden, um einen schnellen und sicheren Innovationszugang zu ermöglichen.
- Um HKE-Patient:innen zeitnah bedarfs- und leitliniengerecht zu versorgen, muss das kardiale Telemonitoring systematisch um weitere Indikationen und Methoden ausgebaut werden.
- Des Weiteren bietet sich mit Blick auf multimorbide HKE-Patient:innen eine „Generalindikation Telemonitoring“ an, die es ermöglicht, HKE-Patient:innen mit Asthma/COPD, Diabetes oder Adipositas bedarfsgerecht zu versorgen. Eine „Generalindikation Telemonitoring“ würde, indikationsspezifisch und nur nach ärztlicher Anordnung genutzt, es erlauben, Patient:innen engmaschig leitliniengerecht zu betreuen und zu behandeln.

#### **4. Patient:innen leitlinien- und bedarfsgerecht versorgen und sachgerecht informieren**

Eine **leitlinien- und bedarfsgerechte Versorgung** nimmt die betroffenen Patient:innen in den Blick. Der Gesetzgeber verlangt sogar die schrittweise fortlaufende Anpassung der Versorgungsqualität an den medizinischen Fortschritt.<sup>16</sup> Die gängige Versorgungspraxis zeichnet jedoch ein anderes Bild. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden brauchen meist viele Jahre, bis sie in die untergesetzlichen Bestimmungen in Form von Richtlinien des G-BA übernommen werden. Der praktische medizinische Fortschritt hinkt somit der wissenschaftlichen Erkenntnis weit hinterher. Die Übersetzung medizinischer Leitlinien in die gängige Versorgungspraxis dauert zu lange und muss dringend beschleunigt werden. Darüber hinaus müssen Fehlanreize in den Vergütungssystemen abgebaut werden, sofern sie den Status quo der Versorgung gegenüber medizinischen Innovationen begünstigen.

Der Erfolg einer bedarfs- und leitliniengerechten kardiologischen Therapie, Prävention, und Rehabilitation hängt zudem von der Mitwirkung der Patienten ab. Schließlich sind HKE-Patient:innen meist chronisch krank, weshalb sie lückenlos betreut und behandelt werden müssen. Dafür ist erforderlich, dass Patient:innen souverän entscheiden können und in das Therapiemanagement mit einbezogen werden. Das gelingt, wenn Betroffene fortlaufend über den medizinischen Fortschritt informiert und in ihrem Therapiemanagement geschult werden. Patient:innen benötigen daher verständliche und unabhängige Informationen und müssen zugleich evidenzbasiert und qualitativ hochwertig geschult werden.

##### **Lösungsvorschläge:**

Eine NHKS basiert auf einer leitlinien- und bedarfsgerechten Versorgung, wofür neue wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso wie evidenzbasierte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und aufgeklärte mündige Patient:innen unerlässlich sind:

- Wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden müssen schnellstmöglich und reibungslos in die Versorgungspraxis überführt werden.
- Die Fehlanreize in der Vergütung von Innovationen in der Vergütung müssen abgebaut werden.

---

<sup>16</sup> Vgl. hierzu insbesondere die § 135 ff. im Sozialgesetzbuch V.