

Vorarbeit zur

Nationalen Herz- Kreislauf-Strategie

Handlungsempfehlungen aus den Sitzungen des Expertengesprächs
Herz-Kreislauf-Erkrankungen

29. Juni 2020

Politische Leitung: Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MdB,
Martina Stamm-Fibich, MdB, Erich Irlstorfer, MdB und
Michael Henrich, MdB

Präambel

In den 20er Jahren des 21. Jahrhunderts können Digitalisierung, personalisierte Medizin und revolutionäre sensorische Möglichkeiten die Qualität und Sicherheit unserer Gesundheitsversorgung entscheidend verbessern. In keinem Bereich warten diese neuen Fähigkeiten dringlicher auf einen effektiven Einsatz als bei der mit rund 40% im Erwachsenenalter tödlichsten Volkskrankheit in unserem Land: den Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Zu ihnen zählen sämtliche Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße. Allein bezogen auf die koronare Herzkrankheit (KHK) und ihren Folgen wie Herzinfarkt und Herzinsuffizienz leiden in Deutschland ca. 6 Millionen Menschen. Der Schlaganfall ist zudem die häufigste Ursache für Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter. Jährlich erleiden circa 270.000 Menschen einen Apoplex.

Wir wissen schon heute, welche Werkzeuge im Einzelfall primärpräventive Maßnahmen und konsequente Sekundärprävention, aber auch die Diagnose, Therapie und Prognose entscheidend verbessern können. So stehen gendiagnostische Forschung, neue Versorgungs- und Präventionskonzepte und strategische Vernetzungsideen in den Startlöchern. Vielerorts werden bereits sinnvolle Maßnahmen eingesetzt, in einigen Bundesländern sind sie auch schon zu effektiven Strategien gebündelt, doch ist ein Erfolg in der Breite mit signifikanten Ergebnissen nicht feststellbar.

Wir erzielen bei den Behandlungsergebnissen mit viel zu hohen Sterblichkeitsraten nur europäisches Mittelmaß, obwohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen die höchsten Kosten unseres Gesundheitswesens verursachen.

Eine Trendwende wird von allein nicht eintreten: Grundlage für die signifikante Morbidität und Mortalität sind neben genetischer Disposition und Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder Hyperlipoproteinämie auch Faktoren des Lebensstils wie Bewegungsmangel und Nikotinkonsum. Es ist daher Aufgabe der Gesundheitspolitik, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

Damit Deutschland in seiner Gesamtheit diese große Herausforderung meistern kann, ist ein nationales, ganzheitliches und übergeordnetes Konzept, das daran orientiertes Handeln erleichtert, koordinierte Versorgung ermöglicht und hilft, im verästelten Gesundheitswesen aus Schnittstellen Nahtstellen zu machen, erforderlich: eine nationale Herz-Kreislauf-Strategie. Eine Strategie, deren Ziel es ist, die Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland deutlich zu senken und die ihrer positiven Behandlungsergebnisse entscheidend zu steigern.

Das vorliegende Empfehlungspapier will die Grundlage für die nationale Herz-Kreislauf-Strategie legen, ohne selbst den Anspruch auf Vollständigkeit und inhaltliche Erschöpfung zu legen. Die Empfehlungen wurden in einem Expertenkreis, bestehend aus über 40 Vertretern der Politik, der Medizin, der Patienten, der Wissenschaft, der Selbstverwaltung, der Krankenkassen und der Industrie erarbeitet. Während des eineinhalbjährigen Arbeitsprozesses entstanden nach einer ersten Priorisierung der Empfehlungen vier inhaltliche Handlungsfelder, welche von den Mitgliedern eigenständig erarbeitet wurden.

Das Ausmaß dieser Volkskrankheit ist kein unabwendbares Schicksal. Wir wollen die Herausforderung annehmen.

Handlungsfeld 1 – Prävention und Früherkennung

Für eine verbesserte Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland sind folgende Elemente besonders wichtig:

1) Bevölkerungs-Element:

- Hier muss die körperliche Aktivität/Bewegung gefördert werden, u.a. durch
 - Tägliche Bewegungsangebote in Kitas und Schulen
 - Breitgefächerte Bewegungsangebote für Erwachsene (Betrieblich, Krankenkassen, Vereine, Externe Anbieter)
 - Strukturelle Förderung von Bewegung durch konsequenten Ausbau von Fahrradwegen/ Fahrrad-Stellplätzen sowie Sporthallen, Schwimmbäder (dringender Handlungsbedarf)
- Eine gesunde Ernährung muss gefördert werden u.a. durch eine
 - i. Verpflichtende Lebensmittel-Kennzeichnung (Nutri-Score) und durch die
 - ii. Besteuerung von Lebensmitteln entsprechend ihres Gehaltes an förderlichen/weniger erwünschten Inhaltsstoffen (insbesondere Zuckerbesteuerung)
- In Deutschland soll wie in den anderen europäischen Ländern eine konsequente Nichtraucherstrategie verfolgt werden, u.a. unterstützt durch
 - i. Eine Beendigung der Werbung für den Tabakkonsum und durch
 - ii. gleiche Restriktionen für E-Zigaretten/Verdampfer (Cave: Einstiegsprodukt)
- Da Umwelt-Risikofaktoren eine zunehmende Bedeutung gewinnen, müssen gesunde Arbeits- und Wohnbedingungen gefördert werden, u.a. durch
 - i. Reduktion von Lärm- und Emissionen sowie Unfallgefahren und durch die
 - ii. Förderung von verkehrsfreien Zonen

2) Gesundheitserziehungs-Element: Die Gesundheitserziehung muss in den Kindertagesstätten sowie den Lehrplänen der Schulen prominenter vertreten sein und es werden umfangreiche Bewegungsangebote/ -förderung in vor Ort benötigt.

3) Die Vorsorge/Früherkennungs-Untersuchungen und die Rehabilitations-Ansätze mit präventivem Ansatz müssen nachhaltiger gefördert werden u.a. durch Bewerbung und Inzentivierung (z.B. Bonuspunkte) von Früherkennungsprogrammen, welche eine frühere Erkennung und Prävention bei gefährdeten Menschen ermöglichen (Früherkennung u.a. von Bluthochdruck, Dyslipidämie, Diabetes; genetische Erkrankungen wie der Familiären Hypercholesterinämie etc.). Eine adäquate Vergütung und Bewertung von präventiven Untersuchungen und Kontrolluntersuchungen (außerbudgetär) ist dabei besonders wichtig und wird von den Krankenkassen teilweise sichergestellt. Die Vorsorge-Untersuchungen müssen für Praxisteams attraktiv sein. Die Integration der Werks- und Betriebsärzte in die Präventionsuntersuchungen ist notwendig.

Im Bereich der Rentenversicherung ist die weitere Förderung von Rehabilitationsmaßnahmen mit präventivem Ansatz notwendig und in der Nachsorge wird die Förderung der Adhärenz durch strukturierte Programme (inklusive transsektoraler Netzwerkbildung) dringend benötigt.

4) Forschung/Entwicklungs-Element im Bereich der kardiovaskulären Prävention: Die Entwicklung von verbesserten Früherkennungs- und Interventionsprogrammen zur risikoadaptierten Prävention ist von höchster Priorität, um die Zielgenauigkeit und Effizienz präventiver Maßnahmen zu erhöhen (u.a. Stellenwert der Genetik und anderer Risiko-Indikatoren; Förderung neuer präventiver Möglichkeiten durch Digital Health und AI-basierte Ansätze).

Handlungsfeld 2 – Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität

1) Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation und Etablierung einer wirksamen Primär- und Sekundärprävention

Unser Gesundheitswesen ist nach wie vor in verschiedene Sektoren mit vielfältigen Kommunikations- und Kooperationsanforderungen gegliedert. Dies betrifft zum einen schon die engeren medizin-internen Sektoren, zum anderen aber auch die damit in Verbindung stehenden Sektoren der therapeutischen Berufsgruppen (Physio-, Logo- und Ergotherapie, Pflege, Pharmazie und die Psychotherapie). Im Interesse der Patienten muss ein Informationsverlust innerhalb und unter den Sektoren vermieden werden und es müssen Grundbedingungen geschaffen werden, um einen besseren Austausch zu ermöglichen. Den besonderen datenrechtlichen Bedingungen von Patienten mit angeborenen Herzfehlern muss dabei Rechnung getragen werden.

Ein wesentlicher Grund für eine unzureichende kardiovaskuläre Primär und Sekundärprävention ist das fragmentierte Gesundheitssystem mit Vergütungsmodellen, die nicht das positiv erreichte Gesundheitsoutcome belohnen, sondern die erbrachte Leistung. Im ersten Schritt wäre eine Bemessung wichtig, die sich z.B. auf Risiko oder Komorbiditäten bezieht bzw. Progress-Grad-Schichtungen berücksichtigt. Wir müssen erreichen, dass Menschen bei denen kardiovaskuläre Risikofaktoren erfasst wurden, in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement unterstützt werden und die Kontinuität der Betreuung über die Sektoren hinweg sichergestellt ist. Eine gute digitale Vernetzung soll Doppeluntersuchungen und Mehrfachverordnungen vermeiden und dafür Sorge tragen, dass Versichertengelder sachgerecht eingesetzt werden. Wir benötigen dafür geregelte Zuständigkeiten und Vergütungsstrukturen, die positive Gesundheitsergebnisse bezüglich der regionalen Population belohnen, sowie eine freiwillige durch Anreize geförderte Einschreibung in ein hausarztzentriertes System. Ebenso sollten Outcome-orientierte innovative Vergütungsmodelle erprobt werden.

2) Messung der Versorgungsqualität

Derzeit kann die Versorgungsqualität in den einzelnen Sektoren im Bereich der Herz-Kreislauf-Medizin nur unzureichend gemessen werden. Die Messung der Versorgungsqualität ist jedoch ein wesentliches Element, um die Effektivität der Behandlung zu verbessern. Longitudinale, sektorenübergreifende und genderbezogene Datenerhebungen sollten im Rahmen der Qualitätssicherung des G-BA stärker gewichtet und die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Künftig sollten vermehrt Indikatoren zur Effektivität der Behandlung als auch zur Ergebnisqualität entwickelt und erhoben werden.

Aufgebaut werden kann auf den Erfahrungen des IQTIG und den gesetzlichen Krankenkassen. Die bundesweit einheitliche Datennutzung von Routine-Daten der Krankenkassen wurde jetzt durch den Gesetzgeber grundsätzlich ermöglicht. Um ein Gesamtbild der Bevölkerung zu erhalten, ist die Erhebung der Daten der Privaten Krankenversicherung zu prüfen. Die Daten aus dem Implantateregister müssen für eine Qualitätsmessung zur Verfügung stehen.

Handlungsfeld 3 – Forschung, Digitalisierung und Innovation

Forschung: Durch die enormen Fortschritte in der molekularen Analytik, der verbesserten Präzision der klinischen Phänotypisierung und den neuen Möglichkeiten in der Datenanalyse sind die methodischen Voraussetzungen für eine bessere Individualisierung und Präzision in der Herz-Kreislauf-Medizin gegeben. In einem Forschungsprogramm „Individualisierung der Herz-Kreislauf- und Schlaganfall-Medizin“ sollen deshalb neben den klinischen Studien nun gezielt genetische, epigenetische, molekulare, klinische und phänotypische Datensätze in einem integrativen Ansatz analysiert werden, so dass eine höhere Präzision in der Diagnostik, Risikostratifizierung und Therapie auch von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erreicht wird. Die Chancen der Digitalisierung und IT für die Herz-Kreislauf-Forschung sollen in einem gezielten Programm „e-Health und KI in der Herz-Kreislauf-Medizin“ unter Berücksichtigung der Bioinformatik, Modellierungen, Entwicklung von Algorithmen und Künstlicher Intelligenz in klinischen Entscheidungsprozessen sowie Big Data Analysen gefördert werden. In Anbetracht der großen Herausforderungen soll die Herz-Kreislauf- und Schlaganfall-Forschung ausgebaut und in einem „Infrastrukturprogramm“ noch besser in den institutionellen extra-universitären Forschungsstrukturen wie Helmholtz, Max-Planck, Leibniz und Fraunhofer verankert werden.

Medizinische Versorgung: Der digitale Wandel verändert die medizinische Praxis vor allem auch in der Herz-Kreislauf-Medizin. Im Rahmen der Nationalen Herz-Kreislauf-Strategie soll deshalb auch ein Masterplan „Digitale Herz-Kreislauf-Medizin“ für die Prüfung des patientenrelevanten Nutzens und – sofern entsprechende Belege vorliegen – für die Implementierung einer Telekardiologie und digitalen Herz-Kreislauf-Medizin in die kardiologische Regelversorgung gemeinsam mit den herzmedizinischen Fachgesellschaften erarbeitet werden. Dabei sollen digitale Gesundheitsanwendungen auch für den stationären Bereich und für die telemedizinischen Gesundheitsanwendungen höherer Risikoklassen geöffnet und insbesondere auch die arzt- und patientenspezifischen Belange berücksichtigt werden. Diese Initiative soll durch Versorgungs- und Implementierungsforschung begleitet werden und beinhaltet auch den Aufbau von wissenschaftlichen Registern mit umfassenden Daten zur Morbidität, Mortalität, Versorgungssituation und -qualität von allen Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall, die auch für die Forschung zur Verfügung stehen.

Innovationsstandort Deutschland: Innovationen, die über eine erfolgreiche Translation den Weg in die Anwendung finden, treiben den medizinischen Fortschritt und die Wirtschaftskraft der Deutschlands. Deshalb müssen sowohl innovative Konzepte fürspäte präklinische und klinische Phase-I-Studien als auch eine Gründerkultur in der Herz-Kreislauf-Medizin gezielt gefördert werden. Diese „Innovationsinitiative Herz-Kreislauf-Medizin“ soll eine schnellere und unbürokratischere Einführung von neuen Verfahren und Anwendungen in die klinische Praxis ermöglichen, dabei aber auch Sorge tragen, dass hinreichend wissenschaftliche Daten zum Nutzen der Innovationen generiert werden.

Handlungsfeld 4 – Stärkung der Patientenorientierung

Der Erfolg von Prävention, Therapie und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hängt in besonderem Maße von der informierten Mitwirkung des einzelnen Patienten ab. Dafür ist es erforderlich, dass Patienten in ihrer Selbstbestimmung und ihrem Selbstmanagement aktiv unterstützt werden (z. B. im Umgang mit Medikamenten). Dies verlangt, dass Patienten verständliche und unabhängige Informationen erhalten, zeitnah benötigte Unterstützung finden können und Angebote evidenzbasiert, qualitativ hochwertig und seriös sind und sich an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten. Erste Ansätze sind bereits vorhanden, z. B. die Disease-Management Programme KHK und Herzinsuffizienz, Informationsangebote des IQWiG und die Patientenleitlinie für koronare Herzerkrankung. Die flächendeckende Verfügbarkeit von Informations-, Beratungs- und Hilfsangeboten in entsprechender Qualität, sowie am Angebot partizipativer Mitwirkungsmöglichkeiten bei Entscheidungen und Behandlungen muss weiterentwickelt werden. Auch bei der Angemessenheit der Versorgung zeigt sich Verbesserungsbedarf, z. B. beim Einsatz der invasiven Diagnostik. Bei schweren Krankheitsverläufen finden sich zudem folgenreiche Lücken in der sektorenübergreifenden Unterstützung. Es braucht daher eine systematische Stärkung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit folgenden Zielen:

1) Es liegen für Patienten und Angehörige mit Herz-Kreislauf-Erkrankung flächendeckend zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote vor

- Sicherung des Zugangs zu angemessenen Versorgungsangeboten zur Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung
- Schaffung von speziellen Steuerungsangeboten durch das Gesundheitssystem bei komplexem Unterstützungsbedarf (z. B. Case Management, Patientenlotsen)
- Bündelung, Ausbau und Verbreitung zielgruppengerechter, evidenzbasierter Informationsangebote, Entscheidungshilfen und Schulungsprogramme von hoher Qualität
- Bekanntmachung und Förderung sektorenübergreifender, niedrigschwelliger Beratungs- und Hilfsangebote für unterschiedliche Krankheitsschwere (z. B. Herzgruppen)
- Ausbau niedrigschwelliger, vernetzter online- und offline-Angebote von hoher Qualität, um Prävention und Früherkennung zu fördern (z. B. zur individuellen Risikoeinschätzung)

2) Alle in der Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankung tätigen Leistungserbringer verfügen über die Fähigkeit zur adäquaten Kommunikation mit Patienten und ihren Angehörigen sowie zur Stärkung der Patientenkompetenz

- Bessere Vermittlung patientenzentrierter und interprofessionelle Kommunikation in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe
- Regelmäßige Evaluation und Qualitätssicherung der Kommunikationsfähigkeiten
- Förderung einer gemeinsamen, schriftlichen Ziel- und Therapieplanung mit Patienten
- Stärkung der Patientenperspektive und gemeinsamen Entscheidungsfindung in Behandlungsleitlinien (z. B. nach dem Vorbild der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische KHK)

3) Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankung erhalten das Angebot, aktiv in Entscheidungen und Maßnahmen ihrer gesundheitlichen Versorgung einbezogen zu werden

- Umsetzung partizipativer Entscheidungsfindung
- Bereitstellung von zielgruppengerechten, evidenzbasierten Entscheidungshilfen, Informationsmaterialien und Schulungsprogrammen
- Stärkung von Maßnahmen zur Selbstmanagementförderung

Teilnehmer des Expertengesprächs Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Prof. Dr. Erika Baum – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Prof. Dr. Stephan Achenbach – European Society of Cardiology

Prof. Dr. Dietrich Andresen – Deutsche Herzstiftung

Rolf Bäumer – Gemeinsamer Bundesausschuss

Chris Berger – Bundesverband Gesundheits-IT

Prof. Dr. Dr. Friedhelm Beyersdorf – Universitäres Herzzentrum Freiburg - Bad Krozingen

Dr. Martin Danner – BAG Selbsthilfe

Prof. Dr. Sven Dittrich – Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie

Gregor Drogies – DAK Gesundheit

Dr. Manfred Elff – Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Prof. Dr. Matthias Endres – Charité Berlin

Prof. Dr. Jeanette Erdmann – Institute for Cardiogenetics, Universität zu Lübeck

Dr. Johannes Falk – Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Volkmar Falk – Deutsches Herzzentrum Berlin

Dr. Uwe Fraass – Amgen GmbH

Bettina Godschalk – Geschäftsstelle der Patientenbeauftragten der Bundesregierung

Prof. Dr. Jan Gummert – Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

Priv. Doz. Dr. Wolfgang Harringer – Städtisches Klinikum Braunschweig

Dr. Thomas Helms – Deutschen Stiftung für chronisch Kranke

Michael Hennrich – Deutscher Bundestag

Dr. Helmut Hildebrandt – OptiMedis AG

Prof. Dr. Norbert Hübner – Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin

Erich Irlstorfer – Deutscher Bundestag

Eeva Karsta – Drägerwerk AG & Co. KGaA

Antje Kapinsky – Techniker Krankenkasse

Prof. Dr. Hugo A. Katus – Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

Dr. Martin Kluxen – Verband der Ersatzkassen e.V.

Dr. Jörn Frank Knöpnadel – Kassenärztliche Bundesvereinigung

Prof. Dr. Ulf Landmesser – Charité Berlin

Dr. Melanie Messer – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Priv.-Doz. Dr. Dr. Anja Neumann – Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Elisabeth Pott – Gemeinsamer Bundesausschuss

Dr. Ekkehard von Pritzbuer – Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dr. med. Kraft-Rainald Schmidt – GKV-Spitzenverband

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MdB – Deutscher Bundestag

Dr. Steffen Schneider – Stiftung Institut für Herzinfarktforschung, Ludwigshafen

Prof. Dr. Bernhard Schwaab – Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.

Prof. Dr. Tim Seidler – Herzzentrum Göttingen

Dr. Norbert Smetak – Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e. V.

Martina Stamm-Fibich, MdB – Deutscher Bundestag

Martin Vestweber – Deutsche Herzstiftung

Prof. Dr. Joachim Weil – Deutsche Hochdruckliga