

Informationen zur Herz-Gesundheit und zur Herz-Gesundheitspolitik in Deutschland

Deutschland verfügt über das **teuerste Gesundheitssystem**¹ in Westeuropa, weist jedoch gleichzeitig die **niedrigste Lebenserwartung** in dieser Region auf.² Ein wesentlicher Grund ist die unzureichende Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese stellen mit einem Anteil von **13% der Gesamt-Krankheitskosten** die kostenintensivste Indikation dar.³

Um die Herzgesundheit in Deutschland effektiv zu fördern und nachhaltig zu verbessern, ist ein **Zusammenspiel von Primärprävention und moderner Vorsorgemedizin** entscheidend. Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden oft in erster Linie mit einem ungesunden Lebensstil (Rauchen, Bewegungsmangel, Alkohol und Übergewicht) in Verbindung gebracht. Dieser Zusammenhang ist zwar wissenschaftlich belegt, greift als alleiniger Erklärungsansatz jedoch zu kurz.

Strategien zur Förderung der Herzgesundheit

Aus zwei zentralen Gründen ist es problematisch, Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf den Lebensstil zu reduzieren:

1. **Genetische Faktoren:** Viele Risiken sind genetisch bedingt und **durch eine gesunde Lebensweise kaum beeinflussbar**. Beispielsweise die Familiäre Hypercholesterinämie⁴ oder die Hyperlipoproteinämie⁵. Doch **auch ohne spezifische genetische Vorbelastungen lässt sich ein erhöhter LDL-C-Wert nur zu 10-20 % durch Lebensstilveränderungen senken**.
2. **Grenzen der Verhaltensprävention:** Die statistische Evidenz zeigt, dass die Einflussmöglichkeiten auf das individuelle Gesundheitsverhalten begrenzt sind.⁶ Wenn es nicht gelingt, Risikofaktoren allein durch Verhaltensänderungen zu eliminieren, und gleichzeitig **therapeutische Maßnahmen unterbleiben, entwickeln sich irreversible Folgeschäden**. Die Konsequenz sind vermeidbare Herzinfarkte und Schlaganfälle

Das eine tun, das andere nicht lassen

Die medizinischen und soziologischen Erkenntnisse legen nahe, dass **die Bemühung um Verhaltensveränderungen die Vorsorgemedizin nicht ersetzen kann** – beide Ansätze müssen parallel verfolgt werden. Andere Länder praktizieren diesen Weg bereits erfolgreich. In Deutschland dominiert dagegen häufig noch das Paradigma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen seien primär ein Problem mangelnder individueller Disziplin.

Die Bedeutung der LDL-C als Risikofaktor

Jahrzehntelange Evidenz belegt einen **kausalen Zusammenhang zwischen dem LDL-C-Spiegel und vaskulären Ereignissen**. Mit jeder dauerhaften Absenkung des LDL-C um 1 mmol/L (≈ 38 mg/dL) sinkt die Rate schwerer kardiovaskulärer Ereignisse um etwa **22–25 %**. Dieser Nutzen zeigt sich konsistent über alle Risikokategorien hinweg.⁷

¹ OECD: State of Health in the EU – Deutschland Länderprofil Gesundheit 2023

² Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2023): The underwhelming German life expectancy;

³ Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankheitskostenrechnung 2023 (erschienen 2025)

⁴ Die Familiäre Hypercholesterinämie ist eine vererbte Fettstoffwechselstörung, die zu erhöhtem LDL-Cholesterin im Blut und erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen führt.

⁵ Hyperlipidämie ist eine Störung des Fettstoffwechsels, bei der die Blutfette im Blut erhöht sind.

⁶ SVR-Gutachten 2023: Resilienz im Gesundheitswesen

⁷ Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators (2010): Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. In: The Lancet, 376(9753), S. 1670-1681.

Aktuelle Leitlinien empfehlen daher **ambitionierte LDL-C-Zielwerte für Patienten mit bestehender atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankung (ASCVD)** oder anderen Hochrisiko-Konstellationen. Sie betonen die **Notwendigkeit einer frühen, intensiven und langfristig konsequenten lipidsenkenden Therapie**.⁸

Das Umsetzungsdefizit in Deutschland:

Trotz der klaren Evidenz werden diese Zielwerte in Deutschland selten erreicht. In der niedergelassenen Praxis erreicht lediglich jeder achte Patient die empfohlenen LDL-C-Zielwerte (< 55 mg/dl, bzw. 1,4 mmol/l für Patienten mit hohem Risiko).⁹

Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Herz-Kreislauf-Politik Deutschland im internationalen Vergleich

Um die Herzgesundheit nachhaltig zu verbessern, kann Deutschland von den Erfolgen anderer Nationen lernen. Der Schlüssel liegt in der konsequenten, effektiven und dauerhaften Reduktion von Risikofaktoren. Best-Practice-Beispiele zeigen, dass dies das Ergebnis politischer Rahmenbedingungen ist, die sowohl für Ärzte als auch für Patienten Anreize für größere Präventionsanstrengungen schaffen.

Best Practices¹⁰

Israel: Massive Senkung der Mortalität

Innerhalb von nur 15 Jahren sank die Sterblichkeit durch Herzkrankheiten um über **50 %**. Besonders deutlich wird der Erfolg bei der 30-Tage-Mortalität nach einem akuten Herzinfarkt: Diese konnte von **20 % (Jahr 2000) auf 7,5 % (2016)** mehr als halbiert werden.

Großbritannien: Hohe Effizienz bei geringeren Kosten

Das Vereinigte Königreich verfolgt eine deutlich effizientere Herz-Kreislauf-Politik. Im Vergleich zu Deutschland **gibt Großbritannien nur etwa halb so viel pro Kopf für Gesundheit aus**, erzielt aber bessere Ergebnisse. **In Deutschland ist jeder dritte Todesfall auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist, in Großbritannien entfällt nur etwa jeder vierte Todesfall auf diese Indikation.**

Strategische Erfolgsfaktoren einer optimierten „Cardio-Politik“

Basierend auf den internationalen Erfahrungen lassen sich vier zentrale Säulen für eine erfolgreiche Herz-Kreislauf-Strategie identifizieren:

- 1) Klare LDL-C-Zielwerte und Treat-to-Target-Vorgaben
- 2) Qualitätssicherung durch finanzielle und organisatorische Anreize
- 3) Programme zur Adhärenzunterstützung
- 4) Apotheken für eine bessere Herz-Kreislauf-Versorgung

⁸ ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

⁹ Aktuelle Ergebnisse vom LipidSnapshot - Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga

¹⁰ Für einen Überblick über Best-Practice-Beispiele siehe: RPP Group: Treat-to-Target Policy Landscape 2026 – Global insights for advancing policies on secondary prevention of cardiovascular disease

1) Klare LDL-C-Zielwerte und Treat-to-Target-Vorgaben

Was ist in anderen Ländern erfolgreich?

In Ländern mit erfolgreicher Herz-Kreislauf-Prävention ist das „Treat-to-Target“-Prinzip (Behandlung bis zum Erreichen des Zielwerts) fest verankert:

- Nationale Leitlinien definieren **verbindliche LDL-C-Zielwerte**, die sich an den Empfehlungen von ESC und EAS orientieren (z. B. <1.4 mmol/l für Patienten mit sehr hohem Risiko).
- Die Vorgaben werden durch regelmäßige Updates zeitnah an den aktuellen wissenschaftlichen Stand angepasst.
- Es existieren klare Protokolle für die therapeutische Eskalation, falls die Zielwerte nicht erreicht werden.

Situation in Deutschland

Im Gegensatz dazu ist die Versorgung in Deutschland durch eine mangelnde Standardisierung geprägt:

- In den nationalen Leitlinien mangelt es an einheitlichen, verbindlichen Zielvorgaben.
- Zwischen den kardiologischen Fachgesellschaften und der Allgemeinmedizin besteht Uneinigkeit über die Aggressivität der LDL-C-Senkung. Viele Hausärzte folgen den internationalen ESC-Leitlinien nur eingeschränkt.
- Da ein fachübergreifender Konsens fehlt, existiert bisher keine flächendeckende Nationale Versorgungsleitlinie, die eine systematische Eskalation der lipidsenkenden Therapie vorschreibt. Dies verhindert eine strukturierte und konsequente Behandlung von Hochrisikopatienten.

2) Qualitätssicherung durch finanzielle und organisatorische Anreize

Der internationale Vergleich zeigt deutlich: Effektives Lipidmanagement ist das Ergebnis gezielter Qualitätssicherung. Während Deutschland primär den Dokumentationsaufwand vergütet, belohnen erfolgreiche Systeme den medizinischen Outcome.

Was ist in anderen Ländern erfolgreich?

Großbritannien: Das „Quality and Outcomes Framework“ (QOF)

Das QOF gilt weltweit als Referenzmodell, um die sogenannte „Therapie-Inertia“ (therapeutische Trägheit) zu überwinden. Es handelt sich um ein nationales, leistungsorientiertes Vergütungssystem für Hausärzte. Die Teilnahme ist freiwillig – de facto aber Standard in fast allen Praxen.

- **Lipid-spezifische Indikatoren:** Gemessen wird der Anteil der Hochrisikopatienten mit kontrolliertem LDL-C-Wert sowie die dokumentierte Eskalation bei Nichterreichen der Zielwerte. Ebenfalls erfasst werden Therapie-treue und Follow-up-Raten.
- **Der Mechanismus:** Medizinische Qualität wird direkt an die Vergütung gekoppelt. Praxen erhalten finanzielle Boni für:
 - Frühzeitige Einleitung einer Statintherapie
 - Engmaschiges Follow-up nach Therapieanpassungen
 - Konsequente Wirkstoff-Eskalation
- **Transparenz:** Die jährliche Veröffentlichung der Daten erzeugt einen positiven Qualitätswettbewerb zwischen den Praxen.

Israel – National Program for Quality Indicators (NPQI)

Israel verfügt über eines der weltweit engmaschigsten Monitorings für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD). Das nationale staatliche „NPQI“-Programm überwacht die Datenqualität aller vier nationalen Krankenkassen.

- **Messgrößen:** Fokus auf die Zeitspanne bis zur ersten LDL-C-Kontrolle bei Hochrisikopatienten nach einem kardiovaskulären Ereignis sowie den Anteil der Patienten, die leitliniengerechte Hochdosis-Statine erhalten, und die Erreichung von LDL-C-Zielwerten.
- **Die Wirkung:**
 - **Benchmarking:** Krankenkassen erhalten quartalsweise Leistungsberichte (Report Cards). Bei schlechten Ergebnissen („Underperformance“) müssen verbindliche Aktionspläne vorgelegt werden. Der nationale Vergleich der Ergebnisse erzeugt Wettbewerb.
 - **Digitale Alerts:** Das System integriert automatisierte Hinweise direkt in die Praxissoftware (z. B. „*Patient off-target – Eskalation prüfen*“).
- **Ergebnis:** Israel weist heute eine der niedrigsten altersstandardisierten CVD-Mortalitätsraten innerhalb der OECD auf.

Polen: Das „KOS-Zawał“-Programm

Polen hat mit *KOS-Zawał* ein umfassendes, staatlich finanziertes Programm für die koordinierte Versorgung nach einem Herzinfarkt etabliert.

- **Strukturierte Nachsorge:** Das Programm schreibt eine LDL-C-Kontrolle innerhalb von 6 bis 12 Wochen nach dem Ereignis zwingend vor. Patienten erhalten fast automatisch Zugang zu kardiologischer Rehabilitation, wo der LDL-C-Ausgangswerte und die Therapieschritte streng kontrolliert werden. Bei Verfehlung der Zielwerte ist eine verpflichtende Eskalationslogik vorgesehen. Krankenhäuser und Kardiologiezentren müssen bestimmte Qualitätskriterien erfüllen.
- **Anreizsystem:** Die Vergütung von Krankenhäusern und Kardiologiezentren ist an die Einhaltung der Kontrollintervalle und die dokumentierte Erreichung der Therapieziele sowie die Therapieeskalation gekoppelt. Performance-Indikatoren (inkl. LDL-C-Wert) bestimmen, ob Einrichtungen Bonuszahlungen erhalten.
- **Erfolg:** Im europäischen Vergleich hat Polen signifikant höhere LDL-C-Kontrollraten, weniger Rehospitalisierungen und deutlich verbesserte 12-Monats-Outcomes bei Infarktpatienten.

Situation in Deutschland

In Deutschland fehlen wirksame Anreize für ein aktives Risikomanagement. Das bestehende System weist strukturelle Defizite auf:

- **Anreizlose DMPs:** In den Disease-Management-Programmen (DMP) ist die Vergütung an die bloße Einschreibung und Dokumentation des Patienten gekoppelt, nicht jedoch an den Therapieerfolg oder die Erreichung von LDL-C-Zielwerten.
- **Vergütung von „Dienst nach Vorschrift“:** Ärzte erhalten das Honorar für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens. Ob der Patient optimal eingestellt ist oder die Therapie bei Zielverfehlung eskaliert wurde, hat keine finanziellen Auswirkungen.
- **Mangelnde Konsequenz:** Ohne Qualitätskontrolle und leistungsorientierte Komponenten bleiben die DMPs in Deutschland weit hinter der Wirksamkeit von Programmen wie dem QOF oder NPQI zurück.

3) Programme zur Adhärenzunterstützung

Adhärenz (Therapietreue) ist einer der stärksten Treiber für erfolgreiche LDL-C-Senkung. **Ohne aktive, systemische Unterstützung bleibt selbst bei guter Leitlinienlage ein Großteil der Patienten über den Zielwerten.**

Die Maßnahmen lassen sich in **vier strategische Kategorien** einteilen:

- a) Digitale Adhärenz-Lösungen (Erinnerungen, Protokolle, automatische Warnungen)
- b) Vereinfachung des Therapiealltags (Regime-Optimierung) (z.B. Injektionen, Rezeptautomatisierung)
- c) Monitoring und Flagging (systematische Identifikation von Risikopatienten)
- d) Patient Empowerment und Edukation

a) Digitale Adhärenz-Lösungen

Digitale Lösungen stellen den wirksamsten Hebel im Lipidmanagement dar, da sie direkt in die tägliche Routine von Arzt und Patient eingreifen.

Israel

- **Intelligente Dashboards:** Visuelle Warnsysteme („Red Flagging“) markieren Patienten sofort, wenn Rezepte nicht eingelöst oder Medikamente nicht in der Apotheke abgeholt werden.
- **Outcome-Alerts:** Automatisierte Benachrichtigungen bei „Off-Target“-LDL-C-Werten fordern den Arzt direkt zur Therapieanpassung auf.
- **Patienten-Engagement:** Apps mit integrierten Medikamenten-Remindern und Push-Benachrichtigungen für fällige Kontrolltermine.

Großbritannien (UK): Population Health Management

- **GP-Dashboards:** Hausärzte erhalten eine Übersicht über „non-adherent“ Patienten (z. B. ausbleibende Rezeptabholungen).
- **QOF-Integration:** Digitale Tools sind direkt mit dem Vergütungssystem (Quality and Outcomes Framework) verknüpft.
- **Recall-Systeme:** Population Health Management Tools triggern automatisierte Rückrufsysteme für Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko

Brasilien (SAPPHIRE-LDL Pilot):

- **Duale Erinnerungsfunktion:** Das System erinnert sowohl den Patienten als auch den Arzt aktiv an die nächste LDL-Kontrolle und die notwendige Eskalationsstufe.
- **T2T-Protokolle:** Die digitale Dokumentation nach dem „Treat-to-Target“-Prinzip (T2T) führt nachweislich zu einer konsequenteren Therapieintensivierung.

Situation in Deutschland

In Deutschland scheitert ein modernes Adhärenz-Management derzeit noch an den strukturellen Rahmenbedingungen:

- **Mangel an strukturierten Daten:** Es erfolgt keine systematische, sektorenübergreifende Erfassung von Patientendaten, die ein automatisiertes Monitoring ermöglichen würde.

- **Defizite der ePA:** Die elektronische Patientenakte (ePA) ist in ihrer aktuellen Ausgestaltung noch nicht darauf ausgelegt, proaktive Entscheidungsunterstützungen oder automatisierte Warnfunktionen für Ärzte und Patienten bereitzustellen.

b) Vereinfachung des Therapiealltags (Regime-Optimierung)

Komplexität ist einer der Hauptgründe für Therapieabbrüche. Eine erfolgreiche „Cardio-Politik“ setzt darauf, die Hürden im Alltag der Patienten durch moderne Medikation und automatisierte Prozesse radikal zu senken.

Mechanismen

lange Dosierungsintervalle (z. B. PCSK9-Inhibitoren, siRNA)

- automatische Rezeptverlängerungen
- automatische Versandapotheken-Integration (bez. auf UK, Israel)
- fixe Kombinationen (statin + ezetimib)

Zentrale Mechanismen der Optimierung

- **Pharmakologische Innovationen:** z.B. Einsatz von Therapien mit Depot-Wirkung (z. B. PCSK9-Inhibitoren oder siRNA), die statt einer täglichen Einnahme nur alle zwei bis sechs Monate verabreicht werden müssen, oder Fixkombinationen (z.B. Statin und Ezetimib), was die Fehlerquote bei der Einnahme massiv senkt.
- **Organisatorische Entlastung:** z.B. automatische Rezeptverlängerungen, die unnötige Praxisbesuche vermeiden, oder Versandlogistik-Integration, d.h. die nahtlose Verknüpfung von Verordnung und Lieferung

Internationale Erfolgsmodelle

- **Italien – AIFA-Therapiepläne:** Strukturierte Therapiepläne der italienischen Arzneimittelbehörde (AIFA) garantieren eine kontinuierliche Folgeverordnung für innovative Lipidsenker (PCSK9i/siRNA).
- **Großbritannien – „Repeat Prescriptions“:** Durch ein etabliertes System digitaler Rezeptzyklen (3 bis 6 Monate) erhalten Patienten ihre Dauermedikation ohne wiederholte Arztvorstellung, solange die Kontrollwerte stabil sind.
- **Israel – HMO Full-Service:** Die israelischen Gesundheitsorganisationen (HMOs) überwachen die Bestände ihrer Patienten. Holt ein Patient sein Medikament nicht rechtzeitig ab, wird die Nachlieferung automatisch angestoßen.

Situation in Deutschland

In Deutschland sind derzeit kaum systemische Mechanismen etabliert, die den Therapiealltag chronisch Kranker nennenswert erleichtern. Das System erzwingt häufige Arztkontakte allein für die Rezeptausstellung (Quartalsdenken) und es gibt keine Automatisierung zwischen Verordnung und Belieferung. Das Management der Therapie bleibt als logistische Last fast vollständig beim Patienten.

c) Monitoring und Flagging

Ein effektives Lipidmanagements basiert auf einem **engmaschigen Monitoring** – nicht nur der klinischen Labordaten, sondern auch des Patientenverhaltens im Versorgungsalltags. Ziel ist es, Versorgungslücken in Echtzeit zu identifizieren.

Zentrale Steuerungselemente:

- **Analyse von Pharmacy Claims:** Systematische Überprüfung, ob verordnete Rezepte tatsächlich in der Apotheke eingelöst wurden.
- **Adhärenz-Metriken (MPR/PDC):** Einsatz statistischer Kennzahlen wie der *Medication Possession Ratio* (MPR) oder der *Proportion of Days Covered* (PDC), um den exakten Anteil der Tage zu berechnen, an denen der Patient medikamentös versorgt war.
- **Automatisierte Alerts (Flagging):** Die Arztpraxis erhält systemseitig ein Signal („Flag“), sobald die Therapietreue unter einen kritischen Schwellenwert (z. B. <80 % PDC) fällt.
- **Proaktive Recall-Programme:** Patienten werden bei Anzeichen von Non-Adhärenz automatisiert, um einen dauerhaften Behandlungsabbruch zu verhindern.

Situation in Deutschland:

In Deutschland sind derartige unterstützende Mechanismen derzeit nicht etabliert. Das erhebliche Defizit bei der Digitalisierung erschwert den Einsatz solcher Instrumente zur Sicherung des Therapieerfolgs massiv.

d) Patient Empowerment und Edukation

Effektive Patientensteuerung setzt nicht auf klassische, allgemeine Gesundheitsaufklärung, sondern auf zielgerichtete, „Treat-to-Target“-orientierte (T2T) Interventionen. Ziel ist es, den Patienten vom passiven Empfänger zum aktiven Manager seiner eigenen Risikofaktoren zu machen.

Internationale Benchmarks

- **Schweiz & Israel (Kardiologische Rehabilitation):** Systematische Verknüpfung von medikamentöser Schulung und praktischem Adhärenztraining direkt nach kardiovaskulären Ereignissen
- **Großbritannien („Know Your Numbers“):** Strukturierte Patienteninformation, die abstrakte Laborwerte in konkrete, individuelle Zielpfade übersetzt
- **Polen (KOS-Zawał):** Nutzung systematischer Follow-up-Termine mit direktem LDL-Feedback, um den Therapieerfolg für den Patienten sichtbar zu machen
- **Spanien (SEA 2024):** Patienten erhalten klare, visualisierte Stufenpläne (z. B. Statin → Ezetimib → PCSK9i/siRNA), was die Akzeptanz für notwendige Therapieintensivierungen erhöht.

Warum diese Ansätze wirken:

- **Fokus auf Risikoreduktion:** Patienten begreifen den kausalen Zusammenhang zwischen LDL-C-Senkung und der Vermeidung von Herzinfarkten, anstatt nur „Werte zu korrigieren“.
- **Langfristige Motivation:** Die Sichtbarkeit des Erfolgs steigert die Bereitschaft zur dauerhaften Medikamenteneinnahme.
- **Zielgruppenspezifische Persistenz:** Besonders bei jüngeren Patienten und Frauen – Gruppen mit statistisch höherer Non-Adhärenz – verbessert eine strukturierte Edukation die Therapietreue signifikant.

Die Situation in Deutschland

In Deutschland existieren bereits digitale Werkzeuge, deren Potenzial jedoch durch die Fragmentierung des Systems begrenzt wird:

- **Termin-Management:** Systeme wie *Doctolib* oder integrierte Funktionen in Praxisverwaltungssystemen (PVS) erinnern Patienten an Blutabnahmen und Kontrolltermine. Diese sind jedoch stark vom jeweiligen Softwareanbieter abhängig.
- **Apotheken-Service:** Stammapotheken nutzen teilweise eigene Reminder-Systeme, um an Folge Rezepturen und Einlösungszeiträume zu erinnern.
- **HzV-Verträge:** In einigen digitalen Systemen können Ärzte über Filterfunktionen gezielt Risikopatienten (basierend auf Laborwerten oder Medikation) identifizieren und proaktiv kontaktieren. In einigen Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) können diese Leistungen auch gesondert abrechnen.

2. Strukturelle Defizite

Dass Deutschland im internationalen Vergleich bei der Herzgesundheit zurückfällt, liegt an strukturellen Defiziten, die eine proaktive und flächendeckende Patientensteuerung systematisch erschweren:

- **Fehlendes Einladungswesen:** Im Gegensatz zum Mammographie-Screening oder zu Impfangeboten gibt es für kardiologische Check-ups bisher kein flächendeckendes, systematisches Einladungsverfahren (analog zu SGB V § 25b).

3. Die „Evidenz-Fälle“ bei Patienten-Schulungen innerhalb der Disease-Management-Programme (DMP)

In DMPs dürfen ausschließlich Schulungsprogramme aufgenommen werden, deren Nutzen durch eigene, hochkomplexe randomisierte Studien belegt wurde. Dies führt dazu, dass innovative, international bereits erfolgreiche Programme aufgrund bürokratischer Hürden und der Richtlinien der Krankenkassen kaum den Weg in die Regelversorgung finden.

4) Apotheken für eine bessere Herz-Kreislauf-Versorgung

Ein wesentlicher Grund für das derzeitige Defizit in der Versorgung sind die massiven Kapazitätsengpässe im ambulanten Sektor, insbesondere in der hausärztlichen und fachärztlichen Niederlassung. Apotheken können hier als niedrigschwellige Partner eine entastende und ergänzende Rolle übernehmen.

Was funktioniert in anderen Ländern?

Best-Practice-Modelle aus der **Schweiz** sowie das Programm **CARDIO4Cities** in São Paulo demonstrieren, wie Apotheken als integraler Bestandteil der Primärversorgung das Management von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren optimieren können. Der Fokus liegt hierbei vor allem auf konkrete Lösungen zur Sicherung der Medikamenten-Adhärenz.

- **Strukturierte pharmazeutische Konsultationen:** Gezielte Beratungsgespräche zur Therapietreue
- **Patientenzentrierte Kommunikation:** Schulung der Apotheken-Teams in modernen Modellen der Patientenansprache
- **Standardisierung:** Einführung einheitlicher Dokumentations- und Arbeitsabläufe
- **Medication Adherence Kits:** Bereitstellung von Tools zur täglichen Einnahmeunterstützung
- **Kontinuierliches Follow-up:** Regelmäßige Rücksprachen zur Überprüfung des Therapieerfolgs

Fokus auf Hochrisiko-Patientengruppen:

Um eine maximale Wirkung zu erzielen, konzentrieren sich diese Programme auf besonders vulnerable Gruppen:

- Multimorbide Patienten mit komplexen Krankheitsbildern.
- **Polypharmazie** (≥5 dauerhaft eingenommene Medikamente).

- Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz (Health Literacy).
- Patienten in der kritischen Phase unmittelbar nach der Krankenhausentlassung.

Welche Erfolge wurden erzielt?

- **Klinische Relevanz:** 40 % der Teilnehmer erzielten eine signifikante Verbesserung ihrer Adhärenz (≥ 2 Punkte auf der MMAS-8).
- **Gesteigerte Therapietreue:** Der Anteil der Patienten mit hoher Adhärenz (MMAS-8 = 8) stieg von 16 % auf 46 %.
- **Reduktion von Non-Adhärenz:** Die Quote niedriger Adhärenz sank von 49 % auf 18 %.
- **Blutdruckkontrolle:** Im Gesamtprogramm wurde die Hypertonie-Kontrolle verdoppelt (16,2 % $\rightarrow$ 32,5 %).

Diese massiven Verbesserungen korrelieren in Studien direkt mit einer signifikant besseren Blutdruck- und Lipidkontrolle.

Die Situation in Deutschland

Im Rahmen der anstehenden Apothekenreform soll in Deutschland ein umfassendes **Point-of-Care Cardio-Profil** in Apotheken ermöglicht werden. Damit die rein diagnostische Erfassung der Risiken auch zu einem echten therapeutischen Nutzen führt, müssen die neuen pharmazeutischen Dienstleistungen als Ausgangspunkt für einen **strukturierten Patientenpfad** dienen:

- **Schnittstellen-Management:** Bei festgestelltem Behandlungsbedarf muss eine sofortige und reibungslose Vermittlung an den behandelnden Arzt erfolgen.
- **Apotheke als Ankerpunkt:** Über den initialen Check hinaus sollte die Apotheke als dauerhafter Ankerpunkt für die Adhärenzberatung und die regelmäßige Zielwertkontrolle etabliert werden.

Fazit

Die dargelegten Maßnahmen verdeutlichen, dass eine massive Verbesserung der Herzgesundheit in Deutschland medizinisch und technologisch möglich ist. Das steht System aufgrund der komplexen Selbstverwaltung weiterhin vor Herausforderungen, die eine konsequente Umsetzung internationaler Best Practices erschweren:

- **Fehlender fachübergreifender Konsens:** Bisher existiert keine einheitliche Linie zwischen den kardiologischen und allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften hinsichtlich der Verbindlichkeit ambitionierter LDL-C-Zielwerte. Ohne diesen Konsens bleibt die Therapie hinter den evidenzbasierten Möglichkeiten zurück.
- **Methodische Barrieren in der Evidenzbewertung:** Die aktuelle Systematik des **IQWiG** erschwert die Begründung einer frühzeitigen, intensiven Lipidsenkung, da klinische Surrogatparameter (wie die prozentuale LDL-C-Senkung) im deutschen Bewertungssystem oft nicht den Stellenwert einnehmen, den sie in internationalen Leitlinien besitzen. Dies behindert den schnellen Zugang zu innovativen Therapiestrategien.
- **Das digitale Umsetzungsdefizit:** Die mangelnde Digitalisierung ist weit mehr als ein administratives Ärgernis; sie ist eine Versorgungsbarriere. Ohne eine strukturierte, interoperable Datenerfassung kardiovaskulärer Risikofaktoren fehlt die notwendige Grundlage für intelligente **Alert- und Flagging-Systeme**, die Adhärenz und Therapieeskalation systemseitig unterstützen könnten.
- **Strukturelle Trägheit vs. Präventionsdynamik:** Während Länder wie das UK oder Israel auf leistungsorientierte Anreize (**Pay-for-Performance**) setzen, verharrt Deutschland in einer Prozess- und

Dokumentationsvergütung. Der Wandel von einer rein kurativen „Reparaturmedizin“ hin zu einer proaktiven Präventionspolitik erfordert eine grundlegende Neuausrichtung der Vergütungs- und Versorgungslogik.

Das **Gesunde-Herz-Gesetz** markiert einen wichtigen Wendepunkt. Um jedoch die Sterblichkeitsraten auf das Niveau europäischer Spitzenreiter zu senken, müssen die digitalen und regulatorischen Blockaden gelöst werden, damit Innovationen den Weg zum Patienten finden.

Kontakt

Dr. Annekatriin Gebauer

Novartis Pharma GmbH

Director Politik und Allianzen

T: +4915164522899

M: +4915164522899

annekatrin.gebauer@novartis.com