

Eine Chance für Deutschlands Herzen – der EU Safe Hearts Plan

Herz-Kreislauferkrankungen sind weiterhin die Haupttodesursache in der gesamten EU wie auch in Deutschland. Die europäische Kommission hat deshalb im Dezember 2025 den „EU Safe Hearts Plan“ veröffentlicht. Sie will damit die Mitgliedsstaaten unterstützen, die Ursachen von Herz-Kreislauferkrankungen zu bekämpfen, die Diagnostik zu verbessern und die frühzeitige Behandlung zu gewährleisten. Für Deutschland ist das eine Chance das Präventionsgesetz mit den vorgeschlagenen Maßnahmen zu reformieren und die Herzgesundheit in Deutschland zu verbessern.

Gesunde Herzen für Europa

„Eine alternde Bevölkerung und die steigende Belastung durch chronische Krankheiten stellen eine enorme Herausforderung für unsere [...] Gesundheitssysteme dar. Um diese Systeme zu sichern, sind innovative Therapien erforderlich. Innovation ist entscheidend für die Prävention von Krankheiten, die Verbesserung der Diagnostik und die Behandlung chronischer und neu auftretender Erkrankungen“ sagte Olivér Várhelyi bei der Vorstellung des „EU Safe Hearts Plan“ am 16. Dezember 2025.

Das Ziel des Plans ist es, die Mitgliedsstaaten darin zu unterstützen, Herz-Kreislauferkrankungen (HKE) besser vorzubeugen, sie früher zu erkennen und innovativ und flächendeckender zu behandeln. Außerdem sollen die Mitgliedsstaaten digitale Tools und die Möglichkeiten künstlicher Intelligenz stärker nutzen.

Insbesondere in Deutschland ist die Handlungsnotwendigkeit groß. Die HKE-Sterblichkeit

liegt deutlich über anderen westeuropäischen EU-Länder wie Frankreich, Spanien oder Italien - auch bei den durch HKE bedingten Hospitalisierungen liegt Deutschland über dem EU-Schnitt. Bei den sozioökonomischen Kosten durch HKE belegt Deutschland mit 903 Euro sogar den Spitzenplatz innerhalb Europas.¹

Die **übergeordneten Ziele** des EU Safe Hearts Plan sind:²

- Die vorzeitigen Todesfälle durch HKE – im Vergleich zu 2022 - um 25% zu reduzieren.
- Jährliche Blutdruck-, Blutzucker und Blutfettwertemessungen für alle Personen ab 26 Jahren. Je nach Altersgruppe und erfasstem Wert sollen zwischen 65 und 90% der Bevölkerung erreicht werden.

¹ OECD Cardiovascular Health in Europe

² EU Safe Hearts Plan

1. Säule: (Primär-)Prävention

Der EU Safe Hearts Plan hebt richtigerweise die **hohe Relevanz von Impfungen** und Verhältnisprävention für die Vermeidung von HKE hervor. In Deutschland bleiben beide Bereiche weit hinter ihren Möglichkeiten zurück.

Ein Beispiel: Die Impfquote für die Grippeimpfung bei Ü65-Jährigen liegt in Deutschland bei 34 % und verfehlt damit um gute 40 Prozentpunkte das gesetzte Ziel der WHO

Nachgewiesenermaßen senken Impfungen – insbesondere jene gegen SARS-CoV 2, Influenza und Gürtelrose – das Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse. Eine Erhöhung der Impfquoten, insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten ist daher elementar, um die Herzgesundheit zu verbessern.

Eine starke Primärprävention heißt auch die Verhältnisprävention zu stärken. Sie unterstützt Menschen, die richtigen Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Für das Rauchen konnte bereits gezeigt werden, dass ungefähr 40% des Rückgangs an Raucherinnen und Raucher in der EU im letzten Jahrzehnt auf die Erhöhung der Tabaksteuer zurückzuführen ist.

Welche Maßnahmen unterstützt die EU und welche nationalen Ergänzungen sollten verfolgt werden?

- Mitgliedsstaaten sollen darin unterstützt werden, die eigene Bevölkerung für die Schutzwirkung von Impfungen auf das Herz-Kreislaufsystem zu sensibilisieren. Deutschland sollte diese Chance nutzen, Kampagnen vorbereiten und die **Steigerung der Impfquoten aktiv fördern**.
- Die EU möchte die aktuellen Impfquoten nachhaltiger beobachten. Dafür müssen Impfdaten mit einem verbesserten Meldewesen schneller zum RKI übermittelt werden.
- Befragungen zeigen: Menschen versäumen Impfungen häufig aus Unwissen und selten aus Unwillen. Neben Kampagnen kann eine digitale Impfübersicht – in Form des eImpf-

passes – helfen Versicherten einen besseren Überblick über den eigenen Impfstatus zu verschaffen.

- Der Impfpass sollte als **vollwertiger eImpfpass** in die ePA überführt werden. Die im GeDIG vorgesehene Impfübersicht ist kein adäquater Ersatz.
- Das niederschwellige Impfangebot in Apotheken, wie kürzlich im ApoVWG beschlossen, wird von der EU Kommission genauso unterstützt wie der Einsatz mobiler Impfteams – eine Chance insbesondere für strukturschwache Regionen.
- § 25b SGB V ermöglicht es Krankenkassen Abrechnungsdaten zu nutzen, um individuelle Erkrankungsrisiken zu finden und ihre Versicherten darüber zu informieren. Das volle Potential dieser Möglichkeit wird für die Prävention allerdings erst nutzbar sein, wenn die Aktualität und Vollständigkeit der genutzten Daten gewährleistet sind und der Prozess vereinfacht wird.
- **Impfkompetenzen sollten auf weitere Berufsgruppen** – z.B. auf Pflegepersonal - und Institutionen **erweitert werden**. Impfungen in Krankenhäusern werden unter den aktuellen Gegebenheiten seit langem vernachlässigt, hauptsächlich aufgrund der Vergütungslogik. Wichtig ist es daher, die Sektorengrenzen in der Vergütung nachhaltig zu beseitigen und den Zugriff auf den eImpfpass für alle relevanten Berufsgruppen zu ermöglichen
- Deutschland sollte die klassischen gesundheitsschädlichen Substanzen (höheren) Abgaben unterstellen und gleichzeitig Steuern auf Obst und Gemüse senken, um aus der gesündesten auch die günstige Wahl zu machen. Ersteres wird mit der Einführung einer Abgabe auf zuckerhaltige Getränke und der Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer bereits angegangen. Die Steuersenkung für Obst und Gemüse kann der Herzgesundheit weiter Vor-schub geben.

Vorschläge zur nationalen Umsetzung

- Flächendeckendes Impfangebot weiter ausbauen (Betriebe, Krankenhäuser, Apotheken) und mobile Impfteams stärken
- Aktualität der Impfdaten sicherstellen und den eImpfpass in der ePA integrieren.
- Steuern auf gesundheitsschädliche Produkte erhöhen und die Steuern auf Obst und Gemüse senken

2. Säule: Früherkennung

Der EU Safe Hearts Plan zeichnet ein klares Bild davon, welche Ziele bei der Vorsorge und Früherkennung erreicht werden sollen. Die Kommission plant die Einführung eines EU-weit abgestimmten Protokolls für regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen, das unter anderem Blutdruck-, Lipid- und Blutzuckermessungen sowie das Screening auf genetische Risikofaktoren wie die familiäre Hypercholesterinämie umfasst.

Personen über 26 Jahren sollten demnach einmal im Jahr ihren Blutdruck, Blutzucker und Blutfettwerte kontrollieren lassen. Damit werden die frühzeitige Diagnose und die anschließende rechtzeitige Therapie sichergestellt.

Die Ziele des EU Safe Hearts Plan stehen im Einklang mit der 3B Initiative, die – unterstützt durch das Forschungs- sowie das Gesundheitsministerium – die drei zentralen Risikofaktoren Blutdruck, Blutfett und Blutzucker in den Fokus nehmen will.³

Was sollte bei der nationalen Umsetzung beachtet werden?

- Der G-BA sollte seine Empfehlungen zu Art und Umfang der CheckUp-Untersuchungen an die Empfehlungen aus dem EU Safe Hearts Plan anpassen. Dabei muss unbedingt berücksichtigt werden, dass **relevante Marker für Nieren-, Leber und Herzinsuffizienz**

(bspw. NT-proBNP, Cystatin, eGFR u.a.) bisher nicht erfasst werden. Wichtige Folge- und Begleiterkrankungen der Leber und Niere können mit den neuen Markern erkannt werden. Insbesondere in der Erkennung der nicht-Alkoholinduzierten Fettleber (MASLD/MASH) bleiben zahlreiche Erkrankungen bisher unentdeckt. Zudem sollte die Teilnahme rate und Nachverfolgung von Check-up Ergebnissen sowie deren Einbindung in Behandlungspläne und die Nachverfolgung verbessert werden.

- Apotheken können einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung leisten. Die im ApoVWG neu geschaffenen pharmazeutische Dienstleistung (pDI) zur Prävention von HKE sind dafür eine optimale Grundlage. Künstliche Intelligenz sollte unterstützend einsetzbar sein.
- Die von der EU geplante **Kampagne „Know your Numbers“** sollte in Deutschland nicht nur für die eigene Herzgesundheit sensibilisieren, sondern die ergänzende Versorgung in der Apotheke für die Bevölkerung sichtbar machen.
- **Genetisch bedingte Stoffwechselerkrankungen bleiben noch zu häufig bis ins Erwachsenenalter unentdeckt.** Lipoprotein a und LDL-C zur Detektion der familiären Hypercholesterinämie und Autoantikörper zur Detektion eines frühen Typ 1 Diabetes sollten deshalb in die U-Untersuchungen eingebunden werden.
- **Digitale Tools zum Monitoring** und zur Förderung der Gesundheitskompetenz können die Prävention in Deutschland fördern. Ebenso können Erinnerungsfunktionen zu Vorsorgeuntersuchungen, CheckUps und Impfungen die Teilnehmenden Zahlen erhöhen und die Prävention stärken.
- Anonymisierte Versorgungsdaten sind ein Schatz für die Schaffung von Real-World-Evidenz. Die forschende Pharmaindustrie braucht hier gleichberechtigten Zugang, um neue

³ Herzmedizin und die „3B-Offensive“

Präventions- und Therapieansätze entwickeln zu können.

- Die im EU Safe Hearts Plan definierten Ziele u.a. zu Früherkennungsuntersuchungen sollten laufend überwacht werden, um Fortschritte und Fehlentwicklungen zu erkennen.

Vorschläge zur nationalen Umsetzung

- Jährliche CheckUp-Untersuchungen für Personen ab 18 Jahren, auch in Apotheken
- Erweiterung der U-Untersuchung auf die Erkennung von Typ-1-Diabetes, Lipoprotein A Bestimmung und FH-Diagnostik
- Erinnerungsfunktionen für Vorsorgetermine und Impfangebote ausbauen

3. Säule: Versorgung

Prävention und Versorgung müssen sich ergänzen und fließend ineinander übergehen. Was für die eine Erkrankung eine Behandlung sein kann, ist gleichzeitig die Prävention von Folgeerkrankungen oder dem (erneuten) eintreten schwerer Gesundheitsereignisse. Eine optimale, leitliniengerechte medikamentöse Einstellung und engmaschige diagnostische Überwachung ist damit zugleich Therapie und Prävention.

Beispiele sind die Behandlung von Bluthochdruck, Adipositas oder Fettstoffwechselstörungen. Die Primärerkrankung wird behandelt, um die Entstehung von Folgeerkrankungen, wie Herzinfarkten und Schlaganfällen, vorzubeugen oder hinauszuzögern. Gerade in der Versorgung bestehen aber große Lücken: So erreichen etwa von den Risikopatienten mit erhöhten Blutfettwerten nur rund ein Viertel ihre Zielwerte und haben damit ein weiterhin erhöhtes Risiko für das Eintreten eines erneuten Herz-Kreislauf-Ereignisses wie einem Herzinfarkt oder Schlaganfall. Sind bereits schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse aufgetreten muss der Übergang zurück in die ambu-

lante Versorgung verbessert werden, um Zielwerte schneller zu erreichen und so das individuelle Risiko zu senken.

Noch deutlicher wird der präventive Charakter bei der frühen Behandlung des Typ-1-Diabetes. Die Behandlung wird bereits begonnen, wenn die Krankheit praktisch symptomfrei ist und lediglich durch das Erkennen von Autoantikörpern und ersten Blutzuckerschwankungen auffällt. Die Therapie kann den Beginn der Erkrankung deutlich verzögern – so wird nicht nur Lebensqualität erhalten, sondern auch die mit einer Diabeteserkrankung einhergehenden Risiken für Herz-Kreislauferkrankungen gesenkt.

Wie können frühe, präventive Behandlungserfolge für Herz-Kreislauf Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem erzielt werden?

- Die Ergebnisse aus CheckUp- und U-Untersuchungen müssen von den zuständigen Ärzten und Ärztinnen berücksichtigt werden. Dabei dürfen keine Sektorengrenzen im Weg stehen; auch Ergebnisse aus Apotheken oder Pflegeheim müssen in der Prävention ihren Platz bekommen.
- **Komplexe Erkrankungen benötigen strukturierte Behandlungspfade.** Während einige Erkrankungen bereits in Disease Management Programme (DMP) organisiert werden, fehlen diese für andere. Insbesondere die Grunderkrankung die als Risikofaktor für zahlreiche andere Stoffwechselerkrankungen gilt, wird weiterhin nicht strukturiert behandelt: Adipositas. Zwar liegen Adipositas DMPs für Kinder und Erwachsene seit 2025 bzw. 2024 vor, allerdings fehlt die Einigung zwischen Kassen und KVen. Eine Einschreibung in die DMPs ist daher weiterhin nicht möglich. Im DMP für Typ-2 Diabetes waren 2024 ca. 4,6 Mio. Personen eingeschrieben. Damit werden über 50% der Erkrankten nicht in diesem strukturierten Versorgungspfad behandelt.
- Zahlreiche DMPs bleiben hinter ihren Möglichkeiten zurück. Die fortlaufende Anpassung muss durch den G-BA gewährleistet werden und dabei leitliniengerechte therapeutische

Maßnahmen und die konsequente Digitalisierung berücksichtigen.

- „One-Size fits all“ funktioniert nicht in der modernen Medizin. **Stringente Zielwertbehandlung mit passender ‚Eskalation‘** der Medikation muss gewährleistet werden. Der Fokus auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird teuer, wenn dadurch Erkrankungen unkontrolliert bleiben. Dies setzt voraus, dass nach der Zulassung ein schneller Zugang zu innovativen, zielgerichteten Therapien ohne verzögernde Restriktionen auf Kassenebene gewährleistet ist.

Auch der EU Safe Hearts Plan betont wie wichtig personalisierte und strukturierte Behandlungspfade sind. Insbesondere die Adipositas wird von der EU Kommission als strukturelles Problem erkannt, bei der Defizite von der Prävention bis in die Versorgung bestehen. **In Deutschland ist die Behandlung der Adipositas – von der Ernährungsberatung bis zur medikamentösen Therapie – kein Teil der Regelversorgung.** Die fehlende Umsetzung der DMPs verhindert darüber hinaus eine sektorenübergreifende Behandlung und die nachhaltige Vermeidung von Folgeerkrankungen.

Adipositas ist ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung von HKE, doch auch eine eigenständige Erkrankung, deren Behandlung weiterhin zu einer Life-Style-Frage erklärt wird. Um die Versorgung rund um Herz-Kreislauferkrankungen zu verbessern, muss diese Betrachtungsweise geändert werden: Adipositas ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung.

Vorschläge zur nationalen Umsetzung

- Sektorengrenzen abbauen, um eine nahtlose Versorgung zu gewährleisten
- Zeitlich definierte, verpflichtende Umsetzung von DMPs in die Versorgung
- Zielwertorientierte Behandlungen vereinfachen und Life Style Paragraphen reformieren

Fazit

Die EU Kommission hat mit dem EU Safe Hearts Plan Probleme erkannt und benannt, die in vielen Mitgliedsstaaten auftreten.

Deutschland schöpft die Möglichkeit zur Prävention von HKE nicht aus. Die vermeidbare Sterblichkeit sinkt nur langsam. Mit 157 pro 100 000 Einwohnern⁴ lag sie 2020 immer noch höher als in den meisten Nachbarländern. Eine der Hauptursachen: ischämische Herzerkrankungen.

Die Demografie schreitet voran und der (finanzielle) Druck auf das Gesundheitssystem wächst. Und nicht die Prävention ist der Kostenfaktor – Krankheit ist es. Die WHO berechnet einen Return of Invest von 7:1 bis 2035 für präventive Maßnahmen.

Deshalb sollten die Vorschläge und Unterstützungen der EU als Chance für Deutschland gesehen werden. Denn **der Druck wächst – auf unsere Gesundheit, unsere Sozialsysteme und unsere Gesellschaft.** Das Gesundheitswesen sollte strukturell reformiert, das Präventionsgesetz überarbeitet und neue Elemente – wie das Primärversorgungssystem – eingeführt werden.

Stand 07.2026

⁴ WHO Report