

# Die unsichtbare Epidemie

Ein Umdenken in der Erkennung  
und Behandlung struktureller  
Herzerkrankungen in Europa



**Gesundheit und Pflege**

Gesellschaft

**Prävention**

International

**Ungleichheiten**

Lebenserwartung

**Krankheiten und Erkrankungen**

Kurzfassung

## Kurzfassung

### Das Problem

In einer alternden Gesellschaft nimmt die gesundheitliche, gesellschaftliche und wirtschaftliche Last durch vermeidbare Krankheiten stetig zu.

Strukturelle Herzerkrankungen (SHE) tragen zu dieser Last bei, aber bleiben oft unbemerkt. Von daher sind Investitionen in die europaweite Erkennung und Behandlung von SHE unverzichtbar. Das *Prevention in an ageing world* Programm<sup>1</sup> (Prävention in einer alternden Gesellschaft) des ILC zeigt, dass es nie zu spät ist zum Handeln. Es ist kritisch, SHE zu verhindern und es mehr Menschen zu ermöglichen, ein längeres und gesünderes Leben zu führen.

In ganz Europa leben schätzungsweise 14 Millionen Menschen mit SHE.<sup>2</sup> SHE ist eine altersbedingte Herz-Kreislauf-Erkrankung (HKE) mit einer hohen Sterblichkeitsrate, wenn sie nicht früh genug erkannt und behandelt wird. Darüber hinaus mindert sie die Lebensqualität der Erkrankten,<sup>3</sup> da eine schwere SHE selbst im Ruhezustand Erschöpfung und Atemnot verursacht<sup>4</sup> und in ernsten Fällen zu langfristiger Bettlägerigkeit führt.<sup>5</sup> Wenn man die allgemeine Bevölkerungsalterung berücksichtigt, werden im Jahr 2040 bis zu 20 Millionen Menschen an SHE erkrankt sein – ein Anstieg von 43 %.<sup>6</sup>

Eine unbehandelte SHE kann sowohl für Gesundheits- und Sozialsysteme als auch für die Gesellschaft insgesamt eine schwere Belastung darstellen. Die Patienten haben häufig einen hohen Behandlungs- und Pflegebedarf und sind nicht in der Lage, den Beitrag zur Gesellschaft zu leisten, der ihnen ohne die Erkrankung möglich gewesen wäre. Die Hospitalisierungen aufgrund von SHE haben sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt und es bestehen kaum Zweifel daran, dass sie weiter steigen werden.<sup>7</sup> Wir wissen, dass die Anzahl der Menschen über 65, die an Aortenstenose (einer Art von SHE) sterben, steigt – im Gegensatz zu den Zahlen für koronare Herzkrankheiten (KHK), die in letzter Zeit gesunken sind.<sup>8</sup>

Die meisten Arten von SHE lassen sich erfolgreich behandeln, wodurch Symptome verschwinden und die Lebenserwartung auf einen normalen Wert zurückgebracht werden kann. Zudem werden ständig neue Behandlungsfortschritte erzielt, was nicht nur Vorteile für Patienten bringt, sondern auch die Anzahl der Hospitalisierungen um bis zu 50 % verringert.<sup>9</sup>

Der Erkennung und Behandlung von SHE stehen jedoch hartnäckige systematische Hindernisse im Weg, insbesondere die weitverbreitete Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen.

Symptome wie Erschöpfung oder Kurzatmigkeit werden oft als „übliche“ Zeichen des Alterns abgetan, weshalb viele Betroffenen keine Hilfe suchen oder erhalten.

## **Hindernisse für Veränderungen in Europa**

Eine frühe Diagnose und Behandlung von SHE ist entscheidend. Die Sterblichkeitsrate steigt, je länger die Betroffenen mit ihrer Erkrankung leben. Das Bewusstsein in der Gesellschaft und sogar unter medizinischen Fachkräften ist jedoch gering und von Land zu Land verschieden. Eine 2019 bei über 60-Jährigen aus verschiedenen europäischen Ländern durchgeführte Umfrage zur Herzgesundheit hat ergeben, dass der höchste Bekanntheitsgrad nur 12 % (in den Niederlanden) betrug und der niedrigste bei gerade einmal 2 % (in Belgien) lag.<sup>10</sup>

Auch die Erkennung der Krankheit durch Gesundheitssysteme ist unzureichend. Eine einfache Kontrolle des Herzens mit dem Stethoskop kann Hinweise auf eine mögliche SHE liefern, die sich dann im Echokardiogramm bestätigen lässt. Leider erfolgen diese Stethoskop-Kontrollen jedoch nicht standardmäßig: Ein Drittel der Teilnehmer an einer 2019 durchgeführten Umfrage unter Europäern über 60 gab an, dass ihr Hausarzt ihr Herz „gelegentlich“ mit dem Stethoskop überprüft; nur bei 28 % der Befragten erfolgte diese Kontrolle bei jedem Arzttermin. Bisher gibt es in keinem europäischen Land ein Programm zur Früherkennung von SHE, und auch der routinemäßige Einsatz von digitalen Stethoskopen steht noch aus.

Auch wenn eine SHE erkannt wird, erfolgt bei einer beträchtlichen Zahl der Betroffenen keine Behandlung, obwohl es eine Reihe lebensrettender Behandlungsmöglichkeiten gibt.<sup>11</sup> Dies ist eventuell einerseits auf die fehlende Kenntnis dieser Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen und andererseits auch darauf, dass Ärzte ihre Patienten nicht in Entscheidungen über ihre Behandlung einbeziehen bzw. keine geeigneten Hilfsmittel für eine geriatrische Beurteilung einsetzen, um die Eignung älterer Menschen für eine Behandlung zu bestimmen. Die Richtlinien zur Behandlung von SHE wurden im Hinblick auf jüngere Menschen

aufgestellt; die Bedürfnisse älterer Menschen müssen hier stärker berücksichtigt werden.<sup>12</sup>

Auch die Erfassung von Daten zu dieser Erkrankung ist noch unzureichend, und die Schätzungen der europaweiten Prävalenz basieren auf Studien einer eingeschränkten Stichprobe. Es gibt also nur wenige Daten zu Ungleichheiten bei der Behandlung und dem Ausgang von SHE, d. h. Programme, die sich an bestimmte Bevölkerungsteile richten, können daher nur eingeschränkt angepasst werden.

Die COVID-19-Pandemie und der dadurch entstandene zusätzliche Druck auf die Gesundheitssysteme in ganz Europa haben die SHE-Last noch intensiviert. COVID-19 beeinträchtigt nicht nur die Kapazität von kardiovaskulären Abteilungen, sondern wirkt sich offenbar auch auf die Herzgesundheit selbst aus. Die durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie notwendig gewordenen Reformen des Gesundheitswesens bieten die Gelegenheit zu gewährleisten, dass alle von SHE Betroffenen die entsprechende Diagnose und die richtige Behandlung erhalten.

Das Wissen über SHE und ihre Bekanntheit nehmen zu. Obwohl heute mehr denn je getan werden kann, um auch sehr gebrechlichen Patienten zu helfen, ist dafür die Bewältigung der weitverbreiteten Altersdiskriminierung innerhalb des Gesundheitswesens und der Gesellschaft selbst erforderlich. Wir dürfen die Chance, diesen Patienten ein gesundes und produktives Leben zu ermöglichen, nicht verpassen.

## Empfehlungen

Ausgehend von der verfügbaren Evidenz und unseren Gesprächen mit fünf Sachverständigen haben wir Empfehlungen dafür formuliert, wie Regierungen, Gesundheitssysteme und Patienten eine bessere Erkennung und Behandlung von SHE erreichen können. Diese Empfehlungen beziehen sich auf eine Reihe unterschiedlicher Aspekte.

### **Bewusstsein fördern, Erkennung und Behandlung verbessern**

Das Bewusstsein der Gesellschaft und des medizinischen Fachpersonals erhöhen:

- **Wir müssen SHE in der Bevölkerung bekannter machen**, damit die Betroffenen sich bei Symptomen an eine medizinische Fachkraft wenden. Politische Entscheidungsträger sollten in Aufklärungskampagnen investieren, um die Allgemeinheit über SHE und ihre Symptome zu informieren.
- **Hausärzte müssen zum Thema SHE besser ausgebildet werden**, und die für eine Diagnose erforderlichen Schulungen erhalten, um regelmäßige Herzuntersuchung bei älteren Patienten zu unternehmen.

Mit besserer Erkennung eine frühe Diagnose erreichen:

- **Investitionen in die Früherkennung müssen ein zentraler Aspekt bei der Bekämpfung der SHE-Last sein**: Die EU-Staaten und nationale Regierungen sollten Früherkennungsprogramme finanzieren, und Menschen ab 65 sollten das Recht auf eine jährliche ärztliche Untersuchung haben, die auch ein Gespräch über SHE und eine Untersuchung mit dem Stethoskop beinhalten sollte. Außerdem sollten die EU und nationale Regierungen die notwendigen Gelder für Früherkennungsprogramme bereitstellen.

Hochwertige Behandlung:

- **Die medizinischen Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von SHE müssen regelmäßig aktualisiert werden**, um die neuesten Entwicklungen im Umgang mit SHE aufzunehmen. Unter anderem sollten sie eindeutige Angaben dazu

enthalten, wo und wann eine SHE zu diagnostizieren und zu behandeln ist, und von den europäischen Gesundheitssystemen als „Goldstandard“ in der Pflege übernommen werden.

- **Wir müssen klare Behandlungspfade schaffen** und Fachkliniken mit geschulten, multidisziplinären Teams einrichten, in denen alle SHE-Patienten behandelt werden.

### **Politische Entscheidungsträger, medizinisches Fachpersonal und Patienten inspirieren und einbinden**

Die Zusammenarbeit und Partnerschaft auf europäischer Ebene unterstützen:

- **Wir müssen die länderübergreifende Zusammenarbeit stärken und einen Multi-Stakeholder-Ansatz pflegen**, um den Austausch über bewährte Praktiken zu fördern. Wir rufen zu einem gemeinsamen europäischen Vorgehen und/oder der Entwicklung eines europäischen Referenznetzwerks zum Thema SHE auf.

Politiker und politische Entscheidungsträger für die SHE-Problematik sensibilisieren:

- **Wir brauchen ein starkes politisches Engagement und die Unterstützung nationaler Politiker und politischer Entscheidungsträger:** Wir müssen die Kostenvorteile einer früheren Erkennung, Diagnose und Behandlung von SHE aufzeigen. Jedes Land sollte eine HKE-Strategie einführen, die auch einen umfassenden Ansatz für den Umgang mit SHE beinhaltet.

Altersdiskriminierung thematisieren:

- **Die Thematisierung der Auswirkungen von Altersdiskriminierung auf Diagnose, Überweisung und Behandlung muss im Zentrum jeder politischen Antwort stehen**, sowohl bei der SHE-Politik als auch bei einer allgemeineren Politik gegen Altersdiskriminierung. Wir fordern ein größeres Augenmerk auf die Auswirkungen von Altersdiskriminierung in weiterführenden Initiativen zum Grünbuch zum Thema Altern der Europäischen Kommission.

Patienten in Pflegeentscheidungen einbeziehen:

- **Patienten jeden Alters sollten dazu befähigt und ermutigt werden, selbst erste Schritte in Richtung Diagnose und entsprechende Behandlung einzuleiten.** Alle Patienten sollten in sachkundige und transparente Gespräche mit Klinikärzten eingebunden werden, um gemeinsam die Behandlung zu finden, die ihren Bedürfnissen und persönlichen Situationen gerecht wird.

Stärkung der Stimme des Patienten:

- **Patientengruppen sollten eine zentrale Rolle dabei spielen, SHE bekannter zu machen, auf Bedenken hinzuweisen und SHE auf der politischen Agenda nach oben zu bringen.** Wenn die Stimme der Patienten bei Planungsentscheidungen zu Gesundheit und sozialer Sicherheit gehört wird, werden die Prioritäten und Dienstleistungen den Bedürfnissen verschiedener Bevölkerungsgruppen besser entsprechen.

Mitarbeiterkapazität und unterstützende Kompetenzschulungen thematisieren:

- **Wir müssen das Thema Mitarbeiterkapazität angehen, für die Zukunft planen und dafür sorgen, dass medizinische Fachkräfte die für Spezialeingriffe notwendigen Schulungen erhalten.** Außerdem brauchen wir Fachkräfte, die Echokardiografie-Diagnosen durchführen können. Wir benötigen eine europaweite Arbeitskräfteplanung, damit die zukünftige Mitarbeiterkapazität die wachsende Nachfrage abdeckt, insbesondere in Bezug auf die aufkommenden Behandlungen und Standardisierungen neu entstehender Fachgebiete.

## **Effektivere Technologie und Datenerfassung**

Bessere Datenerfassung:

- **Jedes europäische Land sollte robuste, standardisierte SHE-Daten erfassen, die innerhalb Europas ausgetauscht werden, um besser zu verstehen, wie sich SHE auf unterschiedliche Bevölkerungsteile auswirken und welche Ungleichheiten in der Behandlung und dem Ergebnis bestehen.** Ärztevereinigungen und andere zentrale

Stakeholder sollten die Länder zu den Daten beraten, damit etwa Art, Schwere und Verlauf einer Krankheit sowie die erfolgten Behandlungen und Ergebnisse erfasst werden. Außerdem sollten wir ein europäisches Register für SHE-Patienten entwickeln.

Neue Technologie und Innovationen::

- **Klinikärzte und Gesundheitssysteme müssen sich Innovationen bei der Erkennung, Diagnose und Behandlung zunutze machen.** Das digitale Stethoskop ist nur ein Beispiel für eine Innovation, mit der sich die Erkennung von SHE erheblich verbessern lässt. Krankenkassen und politische Entscheidungsträger sollten den Einsatz innovativer neuer Diagnosemittel und Behandlungsmethoden fördern, die das Potenzial haben, die Behandlungsergebnisse für SHE-Patienten zu verbessern.

Forschungsfinanzierung:

- **Die EU als Ganzes sowie die einzelnen Länder müssen weiterhin in die SHE-Forschung investieren;** außerdem benötigen wir die schnelle Einführung und Übernahme neuer Behandlungsmöglichkeiten, die sich als kosteneffektiv erweisen.

## Von Empfehlungen zu Handlungen

Über die letzten Jahre haben wir einen klaren Wandel gesehen, was den politischen Willen zur Handlung und Investitionen in SHE angeht. Die im März 2021 gegründete SHE-Koalition der EU will wichtige Meinungsführer, Politiker und Patienten zusammenbringen, um gemeinsam dafür zu sorgen, dass die SHE-Politik vorrangig behandelt wird.<sup>13</sup> Das Programm EU4Health 2021–2027<sup>14</sup>, das im März dieses Jahres in Kraft getreten ist, plant eine Finanzspritze im Umfang von 5,1 Milliarden Euro für EU-Länder, Gesundheitsorganisationen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs). Unsere Empfehlungen stehen im Einklang mit den Zielen dieses Programms, etwa der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, für die mindestens 20 % der Gelder reserviert werden. Der Aufbauplan Next Generation EU<sup>15</sup> wird die Mitgliedsstaaten mit 750 Milliarden Euro dabei unterstützen, ihre

Wirtschaft nach der Pandemie wieder anzukurbeln. Ein erheblicher Teil dieser Gelder wird in das Gesundheitswesen und den digitalen Wandel fließen. Wir sehen in diesen drei Instrumenten eine entscheidende Chance für den Übergang von Empfehlungen zu Handlungen.

**Autoren:** Arunima Himawan und Brighter Together Consulting

## Referenzen

- <sup>1</sup>International Longevity Centre, 2020. Never too late: Prevention in an ageing world. Erhältlich von: <https://ilcuk.org.uk/prevention-in-an-ageing-world/> (zuletzt besucht May 2021)
- <sup>2</sup>Eurostat Bevölkerungsprojektionen EU28 (Zuletzt aktualisiert February 2020) - D'Arcy et al. 2016. *Large-Scale Community Echocardiographic Screening Reveals a Major Burden of Undiagnosed Valvular Heart Disease in Older People*.
- <sup>3</sup>The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*, (Little, Brown & Co., Boston, Mass, 1994).
- <sup>4</sup>The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*, (Little, Brown & Co., Boston, Mass, 1994).
- <sup>5</sup>The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*, (Little, Brown & Co., Boston, Mass, 1994).
- <sup>6</sup>Eurostat Bevölkerungsprojektionen EU28 (Zuletzt aktualisiert February 2020) - D'Arcy et al. 2016. *Large-Scale Community Echocardiographic Screening Reveals a Major Burden of Undiagnosed Valvular Heart Disease in Older People*
- <sup>7</sup>Meinertz T, Hamm C, Papoutsis K, et al. Deutscher Herzbericht 2016. Dtsch Herzstiftung; 2016:212. <https://www.herzstiftung.de>. Zuletzt besucht March 4, 2020.
- <sup>8</sup>Quelle: World Health Organization Cause of Death Query online. Erhältlich von: [http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath\\_query/](http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath_query/) (zuletzt besucht August 2018).
- <sup>9</sup>D. Cohen et al. (2017) Cost-effectiveness of transcatheter vs. surgical aortic valve replacement in intermediate risk patients results from the PARTNER 2A and Sapien 3 intermediate risk trials [ONLINE] [https://www.acc.org/~media/Clinical/PDF-Files/Approved-PDFs/2017/10/24/TCT17\\_Presentation\\_Slides/Tue\\_Oct31/PARTNER-2A-SAPIEN-3-Cost-Effectiveness-TCT-2017.pdf](https://www.acc.org/~media/Clinical/PDF-Files/Approved-PDFs/2017/10/24/TCT17_Presentation_Slides/Tue_Oct31/PARTNER-2A-SAPIEN-3-Cost-Effectiveness-TCT-2017.pdf)
- <sup>10</sup>European heart health survey 2019, Luise Gaede MD Marta Sitges MD Johnson Neil Eleonara Selvi William Woan Richard Derks Helge Möllmann MD <https://doi.org/10.1002/clc.23478>
- <sup>11</sup>Heart Valve Voice (2016) The 2016 UK Heart Valve Disease Survey. Erhältlich von: [https://www.heartvalvevoice.com/application/files/3614/9482/8596/Heart\\_Valve\\_Voice\\_UK\\_Survey\\_2016\\_.pdf](https://www.heartvalvevoice.com/application/files/3614/9482/8596/Heart_Valve_Voice_UK_Survey_2016_.pdf); Annual number of candidates for transcatheter aortic valve implantation per country: current estimates and projections *European Heart Journal* (2018) 39, 2635–2642 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy107> Andras P. Durko<sup>1</sup>\* et al.
- <sup>12</sup>Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 38(36): 2739–91
- <sup>13</sup>EU Structural Heart Disease Coalition, 2021. Tackling the burden of structural heart disease: A European coalition. Erhältlich von: <https://structuralheartdiseasecoalition.eu/>
- <sup>14</sup>Europäische Kommission. EU4Health 2021-2017 – a vision for a healthier European Union, Erhältlich von: [https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health\\_en](https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en)
- <sup>15</sup>Europäische Kommission, 2021. Recovery plan for Europe. Erhältlich von: [https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_en)

## Danksagungen

ILC möchte den folgenden Personen dafür danken, dass sie ihre Erfahrung und ihr Wissen in unsere Forschung eingebracht haben: Prof. Alessandro Boccanelli, Kardiologe und Vorsitzender der italienischen Gesellschaft für geriatrische Kardiologie, Prof. José Zamorano, Leiter des Fachbereichs Kardiologie am Universitätskrankenhaus Ramon y Cajal Madrid, Prof. Martine Gilard, Leiterin der Abteilung für interventionelle Kardiologie am Universitätskrankenhaus Brest und ehemalige Vorsitzende der französischen Gesellschaft für Kardiologie, Keith Pearce, beratender Kardiologie-Forscher und bis vor kurzem Vorsitzender der britischen Gesellschaft für Echokardiografie, sowie Wil Woan, CEO von Heart Valve Voice UK. Außerdem möchten wir Brighter Together Consulting für die Durchführung der Interviews und die Unterstützung bei der Zusammenstellung der Evidenz und dem Verfassen dieses Berichts danken.



**Edwards**

Dieser Bericht entstand mit freundlicher Unterstützung von Edwards Lifesciences.

Das International Longevity Centre UK (ILC) ist ein britischer Thinktank, der sich auf die Auswirkungen der Langlebigkeit auf die Gesellschaft spezialisiert hat. Das ILC wurde 1997 als eines der Gründungsmitglieder der International Longevity Centre Global Alliance, einem internationalen Netzwerk zur Langlebigkeit, eingerichtet.

Wir verfügen über herausragendes Fachwissen auf den Gebieten demografischer Wandel, Alterung und Langlebigkeit. Dieses Fachwissen nutzen wir, um die Auswirkungen der Alterung auf die Gesellschaft zu verstehen. Zusammen mit Fachleuten, politischen Entscheidungsträgern und Ärzten regen wir zu Gesprächen an und bereiten den Weg für Lösungen für eine Gesellschaft, in der alle Menschen gut und erfolgreich leben können, unabhängig von ihrem Alter.

**ilc...**

**International  
Longevity Centre UK**

Vintage House  
36-37 Albert Embankment  
London SE1 7TL  
Tel : +44 (0) 203 242 0530

**[www.ilcuk.org.uk](http://www.ilcuk.org.uk)**

© ILC-UK 2021