ÖKG
Österreichische
Kardiologische
Gesellschaft

Mit Herz in eine gesunde Zukunft: gemeinsam gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen

5 Handlungsempfehlungen zum Thema Herzgesundheit in Österreich

September 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3

Handlungsempfehlung 1: Nachhaltige Verankerung von Herzgesundheit als prioritäres Public-Health-Thema 4

- Zentrale Herausforderungen 4
- EU „Safe Hearts Plan“ 4
- Fokus Herzgesundheit in Österreich 4
- Nationale Herzgesundheits-Strategie 4
- Schwerpunkt Frauen-Herzgesundheit 5
- Kooperation zwischen den Fachgesellschaften 5

Handlungsempfehlung 2: Stärkung des Bewusstseins für Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Bevölkerung 6

- Zentrale Herausforderungen 6
- Maßnahmen(vorschläge) 6
- Good-Practice-Beispiele 9

Handlungsempfehlung 3: Modernisierung der Vorsorge-untersuchung 10

- Zentrale Herausforderungen 10
- Maßnahmen(vorschläge) 10

Handlungsempfehlung 4: Etablierung eines digitalen Herzgesundheitsmanagements – „Mein Herzplan“ 16

- Zentrale Herausforderungen 16
- Maßnahmen(vorschläge) 16
- Erwarteter Nutzen für Patient:innen und Gesundheitssystem 18
- Fazit 18

Handlungsempfehlung 5: Vernetzte Dokumentation und standardisierte Qualitätsdaten – Entwicklung des österreichischen Herzreports 19

- Zentrale Herausforderungen 19
- Maßnahmen(vorschläge) 19
- Erwarteter Nutzen für Patient:innen und Gesundheitssystem 20
- Fazit 21

Einleitung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nach wie vor die häufigste Todesursache in Österreich. Im Jahr 2024 gingen 34,3% der Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück. Sowohl auf österreichischer als auch auf europäischer Ebene gibt es Bestrebungen, dieser Entwicklung insbesondere durch präventive Angebote entgegenzuwirken.

Auf europäischer Ebene wurde der EU Cardiovascular Health Plan („**Safe Hearts Plan**“) verabschiedet. Dieser fokussiert auf drei wesentliche Aspekte: (1) Prävention, (2) Früherkennung und (3) Behandlung.[1]

Um die Notwendigkeit von Maßnahmen zum Thema **Herzgesundheit** für das österreichische Gesundheitswesen aufzuzeigen, Awareness in der Bevölkerung und bei den Stakeholdern zu schaffen sowie einen gemeinsamen Prozess für die Entwicklung von geeigneten Lösungen zu starten, hat die Österreichische Gesellschaft für Kardiologie (ÖKG) gemeinsam mit dem Future Health Lab (FHL) **fünf Handlungsempfehlungen** definiert. Damit sollen Handlungsfelder und Maßnahmenvorschläge zur Verbesserung von Prävention, Früherkennung und Behandlung im Kontext Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgezeigt und deren Umsetzung in die Wege geleitet werden.

Daniel Scherr, Präsident der ÖKG, bringt die Dringlichkeit koordinierter Strategien und die Rolle der Fachgesellschaft perfekt auf den Punkt:

> *Für Österreich eröffnet der Safe Hearts Plan die Chance, gemeinsam mit den relevanten Fachgesellschaften und Systempartnern einen nationalen Herz-Gesundheitsplan zu entwickeln, der Prävention, Früherkennung und innovative Versorgung systematisch verankert.*
>
> **Prof. Priv.-Doz. Dr. Daniel Scherr**
> **Präsident der ÖKG**

[1] Europäische Kommission. 2025. https://health.ec.europa.eu/document/download/dfb60cde-21a5-426d-8616-e394a326abc2_en?filename=ncd_com-2025-1024_act_en.pdf

1

Handlungsempfehlung 1: Nachhaltige Verankerung von Herzgesundheit als prioritäres Public-Health-Thema

Zentrale Herausforderungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen in Österreich. Pointierter formuliert: Rund 83 Menschen sterben in Österreich täglich an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung – **alle 17 Minuten ein Mensch**. Um Prävention und Versorgung nachhaltig zu verbessern, ist es daher notwendig, Herzgesundheit systematisch als **prioritäres Public Health Thema** zu etablieren. Dafür braucht es einen entsprechenden Fokus in nationalen Gesundheitsstrategien, effektive Präventionsmaßnahmen sowie gemäß dem Ansatz "Health In And For All Policies" sektorenübergreifende Kooperationen.

17 Min.

Jede Viertelstunde
stirbt in Österreich ein Mensch an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.

EU „Safe Hearts Plan"

Mit dem "**Safe Hearts Plan**" setzt die Europäische Kommission ein eindeutiges Signal zur aktiven Bekämpfung kardiovaskulärer Erkrankungen und fordert die Mitgliedstaaten - so auch Österreich - zu entsprechendem Handeln mit klaren Zielen bis 2035 auf. Eine effiziente und moderne Versorgung ist dabei der entscheidende Hebel, weil sie **Prävention**, **Früherkennung** und **Behandlung** zu einem durchgängigen Versorgungskontinuum verbindet. Worauf es ankommt, ist der Übergang von einer fragmentierten, reaktiven Versorgung hin zu einem **vernetzten**, **leitlinienorientierten** und **datengestützten** Ansatz.

Fokus Herzgesundheit in Österreich

Prävention, Gesundheitsförderung und strukturierte Versorgung sind deklarierte Themen im aktuellen Regierungsprogramm der österreichischen Bundesregierung und finden sich auch in den einschlägigen Grundlagen der Zielsteuerung-Gesundheit wieder. Dennoch fehlen bislang ein klarer Fokus auf Vermeidung, frühzeitiges Erkennen und erfolgreiche Behandlung speziell von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und somit eine entsprechende Priorisierung einschlägiger gesundheitspolitischer Maßnahmen im Kontext Herzgesundheit. Aus Sicht der ÖKG ist es daher höchst an der Zeit, in Österreich die **Ära der Herzgesundheit** einzuläuten und unter Bündelung der Kräfte gemeinsame Anstrengungen zu unternehmen, das Thema breit und nachhaltig im Gesundheitssystem zu verankern.

Nationale Herzgesundheits-Strategie

Die Zielsetzungen des EU „Safe Hearts Plan" müssen in geeigneter Art und Weise in Österreich umgesetzt werden. Einschlägige Überlegungen auf Bundesebene, eine **nationale Herzgesundheits-Strategie** zu erarbeiten und zu verabschieden, werden vollinhaltlich unterstützt. Die ÖKG bietet dem

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) an, die **fachliche Federführung für den kardiovaskulären Teil** einer nationalen Herzgesundheits-Strategie zu übernehmen – in enger Abstimmung mit den betroffenen Fachgesellschaften und Systempartnern.

Die vorliegenden **Handlungsempfehlungen** sowie die damit zum Ausdruck gebrachte **Verantwortungsübernahme der ÖKG** sind ein konkreter Vorstoß in diese Richtung.

Schwerpunkt Frauen-Herzgesundheit

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind auch bei Frauen die häufigste Todesursache, werden aber später erkannt und seltener leitliniengerecht behandelt. Die ÖKG fordert daher, **Frauen-Herzgesundheit als eigenen, benannten Schwerpunkt** in einer nationalen Herzgesundheits-Strategie zu verankern. Der EU „Safe Hearts Plan" nennt Frauen ausdrücklich als vorrangige Gruppe und unterlegt dies mit eigenen Forschungs- und Monitoringinitiativen.

Kooperation zwischen den Fachgesellschaften

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen sollen als Einladung zum Dialog und für **gemeinsames Handeln und Wirken** gesehen werden. Daher ist die Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften, insb. der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG), der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN), der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖGA), der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) sowie der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM) notwendig und erklärtes Ziel.

Auch und insbesondere auf die seitens der „**Safe Hearts Allianz**" – einem Zusammenschluss der vier Fachgesellschaften **ÖKG, ÖGIM, ÖDG und ÖGN** – formulierte Grundsatzerklärung für einen „**evidenzbasierten Fahrplan für Österreichs Gesundheitsvorsorge**"[2] sowie die beiden dazu vorgelegten wissenschaftlichen Instrumente (1) „evidenzbasierte Konsensus-Empfehlung zur VU-Anpassung" sowie (2) „Leitfaden zur Evidenzbewertung der Vorsorgeuntersuchung" wird an dieser Stelle verwiesen.

[2] https://atcardio.at/gesellschaft/safe-hearts-allianz

2

Handlungsempfehlung 2: Stärkung des Bewusstseins für Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Bevölkerung

Zentrale Herausforderungen

Das Bewusstsein der Bevölkerung für Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie für die Möglichkeiten, die eigene Herzgesundheit aktiv positiv zu beeinflussen, muss deutlich gestärkt werden. Im Mittelpunkt soll dabei nicht allein die Vermeidung von Krankheit stehen, sondern der **Gewinn an gesunden Lebensjahren**, der durch konsequente Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Herzgesundheit erzielt werden kann.

3
Risikofaktoren
wie Rauchen, Alkoholkonsum und Adipositas sind in Österreich weit verbreitet.

Der Blick in das State of Health Länderprofil Gesundheit 2025 der OECD[3] macht den Handlungsbedarf konkret sichtbar: Im EU-Vergleich liegen die **Raucher:innenzahlen** mit 20,6 % überdurchschnittlich hoch (Rang 9 von 27), der **Alkoholkonsum** übersteigt mit 11,4 Liter pro Jahr den europäischen Durchschnitt (Rang 6), und auch die **Adipositasrate** ist mit 17,4% hoch (Rang 10 gemeinsam mit Tschechien). Diese drei Faktoren zählen zu den **zentralen vermeidbaren Risiken** für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bilden somit den naheliegenden Ausgangspunkt für gezielte Maßnahmen.

Maßnahmen(vorschläge)

Aufklärungskampagne zum Thema Herzgesundheit

Empfohlen wird die Entwicklung und Umsetzung einer nationalen, emotionalen, mehrjährig angelegten **Aufklärungskampagne in Richtung Bevölkerung** mit Informationen rund um Risikofaktoren, Frühwarnzeichen und Präventionsmöglichkeiten, um die Awareness für Herzgesundheit und die Selbstwirksamkeit zu steigern. Fokus dabei sind einfache, wiedererkennbare Kernbotschaften:

- Vermittlung von **Wissen über zentrale Kennzahlen** (Blutdruck, Lipidprofil, Nüchtern-Blutzucker, BMI/Bauchumfang) nach dem Vorbild der britischen Kampagne „Know Your Numbers“ (bspw. „Kenne deine vier Herzwerte“ unter gleichzeitiger Vermittlung der zentralen Botschaft, dass Risikofaktoren ab den ersten Lebensjahren wachsen und nicht erst plötzlich im mittleren Alter da sind.)

[3] https://www.oecd.org/de/publications/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/austria_07b20186.html

Weitere Ausprägungen / Elemente einer Kampagne

- Etablierung wiederkehrender, interdisziplinärer **Aktionstage**, an denen die Bevölkerung ihre zentralen kardiovaskulären Risikowerte kennenlernen kann.
- Verfügbarmachung niederschwelliger **Messangebote** in Apotheken, Hausarztpraxen, am Arbeitsplatz und bei öffentlichen Veranstaltungen: Nüchternblutzucker, Gewicht inkl. Bauchumfangmessung und BMI-Berechnung, Blutdruck, LDL-Cholesterin.
- Nutzung **unterschiedlicher Kanäle** (Laienpresse, Podcasts, digitale Kanäle und Social Media) für zielgruppenspezifische Ansprache, um auch und insbesondere jüngere Menschen zu erreichen.
- Formulierung **nachhaltiger, emotionalisierender Slogans**, die Aufmerksamkeit schaffen und zum Umdenken anregen.
- Etablierung und Schulung von **Multiplikator:innen** (bspw. Apotheker:innen, Lehrkräfte) als Wissensvermittler:innen in der Breite sowie Sicherstellung der systematischen Präventions- und Beratungskompetenz der Pflege.

Bei der Detailplanung und Umsetzung einer solchen Kampagne ist zum einen eine **breite Einbindung** relevanter Stakeholder wichtig, zum anderen die Festlegung einer klaren **Kampagnenverantwortung**. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Kampagne **in Einklang mit den weiteren Maßnahmen** zum Thema Herzgesundheit steht, zielt sie doch neben kommunikativen Elementen auch auf die Etablierung bzw. Ausweitung von konkreten Angeboten ab.

Themenschwerpunkte

Die geschilderte Herz-Awareness-Kampagne mit einfachen, einprägsamen und wiederkehrenden Kernbotschaften sollte durch z.B. jährliche **wechselnde Fokusbereiche** mit Botschaften für konkrete Zielgruppen und/oder Schwerpunktthemen ergänzt werden:

Fokus auf Raucherentwöhnung

- Ausbau kostenloser oder kostengünstiger **Raucherentwöhnungsprogramme**, insbesondere niederschwellig über die Krankenversicherungsträger zugänglich.
- Stärkere **Bekanntmachung** und Bewerbung bestehender Beratungs- und Hotline-Angebote (z.B. durch Videos, Multiplikator:innen) mit dem Fokus darauf, besonders vulnerable Zielgruppen gut zu erreichen.
- **Verknüpfung** von Entwöhnungsangeboten mit Anlässen wie Schwangerschaft, Operationen oder Diagnosen, bei denen Rauchstopp besonders wirksam ist.
- Prüfung weiterer **regulatorischer Maßnahmen** (z. B. Werbebeschränkungen, Besteuerung) in Abstimmung mit bestehender Gesetzgebung.
- Zielgruppenspezifische Ansprache, etwa für **Jugendliche** und junge Erwachsene zur Prävention des Einstiegs, insb. Hinweise auf die Gefahren aller Nikotinprodukte (inkl. Vapes/E-Zigaretten).

Fokus auf Reduktion von Alkoholkonsum

- Aufklärung über den **Zusammenhang** zwischen Alkoholkonsum und kardiovaskulärem Risiko, da dieser in der öffentlichen Wahrnehmung oft unterschätzt wird.
- Förderung von Programmen zur **Früherkennung** von riskantem Konsumverhalten, etwa über Hausärzt:innen.
- Unterstützung von **Initiativen** wie alkoholfreie Monate oder Aktionstage zur Bewusstseinsbildung.
- Zielgruppengerechte **Kampagnen** für Settings mit erhöhtem Konsum (z. B. junge Erwachsene, Arbeitsumfeld).

Fokus auf Frauen-Herzgesundheit

- Eigener Kampagnenstrang mit **Kernbotschaft**, dass der Herzinfarkt keine Männerkrankheit ist und evtl. eine Abnahme der Leistungsfähigkeit nicht altersbedingt sein muss, sondern Ausdruck einer zugrundeliegenden Herzerkrankung sein kann.
- Aufklärung über **Symptome**, die bei Frauen häufiger auftreten und zu späterer Diagnose führen.
- Sensibilisierung für **weibliche Risikofaktoren** wie Schwangerschaftskomplikationen und frühe Menopause.

Zielgruppengerechte Umsetzung

Damit diese Maßnahmen wirksam sind, müssen sie konsequent **zielgruppenspezifisch** gestaltet werden: Ansprache, Sprache, Kanäle und Settings sollten sich am Alter, sozioökonomischem Hintergrund, Geschlecht und kulturellem Kontext orientieren. Besonderes Augenmerk verdienen dabei Bevölkerungsgruppen mit überdurchschnittlichem Risiko oder erschwertem Zugang zu Gesundheitsinformationen und -versorgung bzw. mit niedriger Gesundheitskompetenz.

Darüber hinaus sollte die Förderung und Etablierung von geeigneten **Bonifikationssystemen** über alle Krankenversicherungsträger erfolgen.

Gemeinsame Kraftanstrengungen gegen Adipositas

Um den Entwicklungen rund um Adipositas, vor allem bei jungen Menschen, erfolgreich gegenzusteuern braucht es mehr als die Integration eines einschlägigen Themenschwerpunkts in eine breite Awareness-Kampagne.

- Etablierung **kommunaler Präventionszentren** mit Lebensstilberatung nach dänischem Vorbild, die Ernährungsberatung, Bewegungsangebote und psychosoziale Unterstützung mit klarer Verantwortung zwischen Ärzt:innen und weiteren Berufsgruppen bündeln.

- Förderung von **Bewegung im Alltag** durch kommunale Infrastruktur (Radwege, Grünflächen, niederschwellige Sportangebote, bewegungsfreundliche Gemeinden und Arbeitsplätze).
- Medien- bzw. Sozial-Media-gestützte **breitenwirksame Sport- und Bewegungsaktionen**, die die Bedeutung eines aktiven Lebensstils vermitteln.
- Verbesserung der **Ernährungsbildung** mit einheitlichen Standards bereits in Schulen und Kindergärten und Setzen konkreter einschlägiger Umsetzungsmaßnahmen in der Praxis (z.B. gesundes Essen).
- **Zusammenarbeit** mit Lebensmittelwirtschaft und Gastronomie zur Förderung gesünderer Angebote und Eindämmung von Ultra Processed Food (UPF).
- Verbindliche, wissenschaftlich abgeleitete **Zuckerreduktionsziele** für definierte Produktgruppen, mit regelmäßigem Monitoring der tatsächlichen Zuckergehalte.
- Konsequente Anwendung des bestehenden **österreichischen Nährwertprofils** zur Beschränkung von Lebensmittelwerbung an Kinder.
- Festlegung einer **einheitlichen Definition** von Adipositas durch die soziale Krankenversicherung und abgestimmtes leitlinienbasiertes Vorgehen für teilweise oder gänzliche Kostenübernahme im Fall des Versagens diätischer Maßnahmen.
- Einbindung von **Betrieben** über betriebliche Gesundheitsförderung.
- Analyse der Wirksamkeit einer **Zuckersteuer** in anderen Ländern und Ausloten von Umsetzungsmöglichkeiten in Österreich.

Good-Practice-Beispiele

Know Your Numbers (Vereinigtes Königreich)[4]: niederschwellige, breitenwirksame Kampagne zur Messung und Aufklärung über zentrale Gesundheitswerte.

Kommunale Präventionszentren mit Lebensstilberatung (Dänemark): integrierte, wohnortnahe Beratungsangebote als Modell für strukturierte Prävention auf kommunaler Ebene.

[4] https://www.bloodpressureuk.org/know-your-numbers/

3

Handlungsempfehlung 3: Modernisierung der Vorsorgeuntersuchung

Zentrale Herausforderungen

Eine moderne Herz-Kreislauf-Prävention erfordert eine konsequente, qualitätsgesicherte und geschlechtersensible **Früherkennung**. Die allgemeine Vorsorgeuntersuchung, die in Österreich allen Menschen ab 18 Jahren jährlich kostenlos zur Verfügung steht, ist ein starkes, niederschwelliges Instrument, ihr **Herz-Kreislauf-Modul** ist inhaltlich jedoch veraltet – die eingesetzten Risikoinstrumente entsprechen unverändert dem Programmstand von 2005.

Seit 2005
unverändert

Das Herz-Kreislauf-Modul in der Vorsorgeuntersuchung ist veraltet.

Es sollte daher – für Frauen und Männer gleichermaßen – an den aktuellen ESC-Standard angepasst und um die nachstehenden Punkte erweitert werden. Die vorliegende Handlungsempfehlung beschreibt dabei die gesundheitspolitische Zielrichtung; die konkrete wissenschaftliche Ausgestaltung – welche Zielerkrankungen mit welchen Parametern, Zielgruppen und Intervallen erfasst werden – liefert die **interdisziplinäre Konsensus-Empfehlung der Safe Hearts Allianz** (ÖGN, ÖDG, ÖKG, ÖGIM).

Maßnahmen(vorschläge)

Adaptierung und Modernisierung des medizinischen Programms – kardiovaskuläres Modul

Im Folgenden werden ausschließlich jene Bereiche des **kardiovaskulären Moduls** der Vorsorgeuntersuchung dargestellt, für die eine Adaptierung bzw. Aktualisierung empfohlen wird.

Modernes Risikomodell (SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes)

Die derzeit in der Vorsorgeuntersuchung verwendeten Risikomodelle – die New Zealand Risk Scale ab 40 Jahren und der AHA-Kalkulator für 18- bis 39-Jährige – sollen durch die aktuellen, für Europa entwickelten ESC-Risikomodelle ersetzt werden.

SCORE2 bzw. **SCORE2-OP** ermöglichen anhand geschlechtsspezifischer Risikomodelle eine altersgerechte Abschätzung des 10-Jahres-Risikos für tödliche und nicht-tödliche kardiovaskuläre Ereignisse und berücksichtigen dabei die jeweilige europäische Risikoregion. Österreich ist der Region mit moderatem kardiovaskulärem Risiko zugeordnet.

Bei Personen mit Typ-2-Diabetes soll **SCORE2-Diabetes** verwendet werden, das zusätzlich diabetesspezifische Risikofaktoren wie HbA1c, Nierenfunktion und Alter bei Diabetesdiagnose berücksichtigt. SCORE2 ist für 40- bis 69-Jährige ohne bekannte kardiovaskuläre Erkrankung und ohne Diabetes validiert, SCORE2-OP für 70- bis 89-Jährige. Für die 18- bis 39-Jährigen liegt kein validiertes

ESC-Instrument vor; in dieser Altersgruppe sind die konsequente Erfassung und Behandlung einzelner Risikofaktoren sowie die Kommunikation des Lebenszeitrisikos vorzusehen.

Die Umstellung ist ohne Erweiterung des Laborumfangs möglich: SCORE2 benötigt Alter, Geschlecht, Rauchstatus, systolischen Blutdruck und Non-HDL-Cholesterin, das sich aus den bereits erhobenen Werten Gesamt- und HDL-Cholesterin errechnen lässt.

Empfehlung

1. **Bei Erwachsenen mit mindestens einem wesentlichen vaskulären Risikofaktor** (frühzeitige Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Familie, familiäre Hypercholesterinämie, Rauchen, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Dyslipidämie, Adipositas oder Begleiterkrankungen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko) soll das kardiovaskuläre Gesamtrisiko systematisch erfasst werden.
2. **Bei Männern über 40 Jahren sowie bei Frauen über 50 Jahren oder nach der Menopause** soll auch ohne bekannte vaskuläre Risikofaktoren das kardiovaskuläre Gesamtrisiko systematisch erfasst werden (z. B. mittels SCORE2-Varianten).

Vollständiges Lipidprofil mit LDL-Fokus

Im Rahmen der derzeitigen Vorsorgeuntersuchung werden Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyzeride bestimmt und der Gesamtcholesterin-/HDL-Cholesterin-Quotient zur Risikobeurteilung herangezogen.

Künftig soll ein **vollständiges Lipidprofil einschließlich LDL-Cholesterin** erhoben und **Non-HDL-Cholesterin** aus den vorliegenden Werten berechnet werden. Non-HDL-Cholesterin dient als Eingangsgröße für die kardiovaskuläre Risikoberechnung, LDL-Cholesterin als zentrale Zielgröße der leitliniengerechten lipidsenkenden Therapie.

Empfehlung

1. **Erwachsene** sollen mittels einer **vollständigen Serumlipidbestimmung** (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyzeride) auf eine Lipidstoffwechselstörung gescreent werden. Non-HDL-Cholesterin soll aus den erhobenen Werten berechnet werden. Eine erste Bestimmung soll spätestens im **jungen Erwachsenenalter** erfolgen.
2. **Ab 40 Jahren** soll die Untersuchung bei **unauffälligem Befund** und niedrigem kardiovaskulärem Risiko **zumindest alle fünf Jahre** wiederholt werden.

Einmalige Lp(a) Bestimmung

Lipoprotein(a) ist überwiegend genetisch bestimmt und bei etwa **20 % der Bevölkerung** erhöht. Ein erhöhter Lp(a)-Wert stellt einen unabhängigen kardiovaskulären Risikofaktor dar und trägt zur Präzisierung der individuellen Risikoeinschätzung bei. Da der Wert im Laufe des Lebens weitgehend stabil bleibt, ist in der Regel eine **einmalige Bestimmung** ausreichend. Diese soll vorzugsweise

gemeinsam mit der ersten vollständigen Lipiduntersuchung erfolgen. Bei deutlich erhöhten Werten soll eine Testung von Angehörigen 1. Grades außerhalb der Vorsorgeuntersuchung erwogen werden.

Empfehlung

- Die **einmalige Bestimmung von Lipoprotein(a)** soll **bei Erwachsenen** zur Präzisierung des kardiovaskulären Gesamtrisikos durchgeführt werden.

Ergänzende HbA1c-Bestimmung

Im Rahmen der derzeitigen Vorsorgeuntersuchung wird zur Beurteilung des Glukosestoffwechsels lediglich die **Nüchternglukose** bestimmt. Diese soll bei entsprechender Risikokonstellation um die Bestimmung des **HbA1c** ergänzt werden, um die Früherkennung eines Prädiabetes bzw. Typ-2-Diabetes zu verbessern.

Empfehlung

1. Erwachsene **unter 35 Jahren mit Übergewicht** oder Adipositas (BMI ⩾ 25 kg/m²) und mindestens **einem weiteren kardiometabolischen Risikofaktor** (z. B. kardiovaskuläre Erkrankung, MASLD oder PMOS) sollen mittels **Nüchternglukose** und **HbA1c** auf Typ-2-Diabetes gescreent werden. Bei unauffälligem Befund soll das Screening je nach klinischem Kontext wiederholt werden.
2. Erwachsene mit **Prädiabetes** sollen jährlich mittels Nüchternglukose und HbA1c auf Typ-2-Diabetes gescreent werden.
3. Personen mit **Gestationsdiabetes** in der Anamnese sollen alle 1–3 Jahre mittels Nüchternglukose und HbA1c auf Typ-2-Diabetes gescreent werden.
4. Erwachsene **ab 35 Jahren mit Übergewicht** oder Adipositas sollen alle drei Jahre mittels Nüchternglukose und HbA1c auf Typ-2-Diabetes gescreent werden.
5. Bei Personen **ab 35 Jahren ohne Übergewicht** soll ein Screening erwogen werden.

Nierenfunktion eGFR und Albuminurie (UACR)

Im Rahmen der derzeitigen Vorsorgeuntersuchung erfolgt eine routinemäßige Harnuntersuchung mittels Harnstreifentest, der für die Früherkennung chronischer Nierenerkrankungen nur eingeschränkt geeignet ist. Bei Personen mit entsprechenden Risikofaktoren soll daher ein risikobasiertes Screening mittels eGFR und UACR erfolgen.

Empfehlung

1. Erwachsene, bei denen **mindestens ein Risikofaktor** (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankung) vorliegt, sollen mittels der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (**eGFR**) und der Albumin-Kreatinin-Ratio im Spontanharn (**uACR**) zumindest alle 3 Jahre auf eine **chronische Nierenerkrankung** untersucht werden.
2. Bei Erwachsenen **mit Diabetes mellitus** soll das Screening auf chronische Nierenerkrankungen jährlich erfolgen.

Bauchaortenaneurysma Screening

Ein abdominales Aortenaneurysma verläuft häufig lange asymptomatisch und kann durch eine einmalige Ultraschalluntersuchung frühzeitig erkannt werden. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung soll daher bei Personen mit entsprechendem Risiko ein **einmaliges Ultraschallscreening** auf ein abdominales Aortenaneurysma vorgesehen werden.

Empfehlung

1. Bei **Männern zwischen 65 und 75 Jahren**, insbesondere bei positiver Raucheranamnese soll ein **einmaliges Ultraschallscreening auf ein abdominales Aortenaneurysma** erfolgen.
2. Bei Erwachsenen mit **familiärem Risiko** (Verwandte 1. Grades mit abdominalem Aorten-Aneurysma) soll ebenfalls ein **einmaliges Ultraschallscreening auf ein abdominales Aortenaneurysma** erfolgen.

Opportunistisches Vorhofflimmern-Screening ab 65

Vorhofflimmern tritt mit zunehmendem Alter häufiger auf und kann asymptomatisch verlaufen. Eine frühzeitige Erkennung ist insbesondere für die Schlaganfallprävention von Bedeutung. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung soll daher ab dem 65. Lebensjahr ein opportunistisches Screening vorgesehen werden.

Empfehlung

1. Bei **Erwachsenen ab 65 Jahren** soll im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung und weiterer Arztkontakte opportunistisch mittels **Pulspalpation** der Herzrhythmus erfasst werden.
2. Bei **auffälligem Puls** soll eine **EKG-Aufzeichnung** zur diagnostischen Abklärung erfolgen.

Die definitive Diagnosestellung erfordert in jedem Fall die ärztliche Beurteilung der EKG-Aufzeichnung (ESC 2024, Klasse I). Die Maßnahme ist damit niederschwellig umsetzbar und zugleich an eine gesicherte EKG-Befundungskompetenz gebunden. Ziel ist die Verbesserung der Schlaganfallprävention; da ein einmaliges Screening die Detektionsrate nur begrenzt erhöht, ist die Verknüpfung mit wiederkehrenden Arztkontakten vorzusehen. Ein organisiertes bevölkerungsweites Screening mittels EKG-Geräten oder tragbarer Rhythmusdetektoren wird nicht empfohlen.

Geschlechtsspezifische Risikofaktoren in der Anamnese

Bestimmte **frauenspezifische Risikofaktoren** können mit einem erhöhten späteren kardiovaskulären Risiko verbunden sein. Dazu zählen insbesondere hypertensive Schwangerschaftserkrankungen wie Präeklampsie, Gestationsdiabetes, Frühgeburt, vorzeitige Menopause und das polyzystische Ovarsyndrom (Polyendokrines metabolisches Ovarsyndrom – PMOS). Diese Risikofaktoren werden durch SCORE2 nicht abgebildet.

Empfehlung

1. **Im Anamnesebogen** sollen hypertensive Schwangerschaftserkrankungen einschließlich **Präeklampsie, Gestationsdiabetes, Frühgeburt, vorzeitige Menopause** (unter 40 Jahren) und das **polyzystische Ovarsyndrom** (PMOS) strukturiert erfasst werden.
2. Bei Vorliegen eines dieser Risikofaktoren soll dieser bei der kardiovaskulären Risikobeurteilung berücksichtigt werden.

Strukturelle Hebel für die Umsetzung im niedergelassenen Bereich

Damit die neuen Inhalte in der Praxis wirken, braucht es begleitende Rahmenbedingungen. Neue Inhalte der Vorsorgeuntersuchung wirken nur, wenn Qualifikation, Ausstattung, Zeit und Vergütung mitgeplant werden.

Die ÖKG tritt dafür ein, für jede neue Untersuchung festzulegen, welche **Qualifikation** ihre Durchführung und Befundung voraussetzt, welche **Ausstattung** erforderlich ist und wie der Mehraufwand abgegolten wird. Entsprechend dem Leitfaden der Safe Hearts Allianz gilt dabei die Reihenfolge: zuerst Feststellung des Standes der Wissenschaft, danach vertragliche Regelung von Durchführung und **Vergütung**.

Digitale Entscheidungsunterstützung

- **Automatische Risikoberechnung** (SCORE2) aus den erhobenen Werten mit hinterlegtem Handlungspfad (Zielwert, gegebenenfalls Überweisung) – das reduziert den Aufwand in der Praxis.
- **Automatische Darstellung** der bekannten Laborrisikofaktoren aus den vorliegenden Laborbefunden über ELGA auf einer übersichtlichen Seite / PDF (analog zur Medikamentenliste in ELGA).
- **Automatische risikobasierte Untersuchungsempfehlungen**
  Auf Basis der erhobenen Risikofaktoren soll automatisch ermittelt und dargestellt werden, welche Laborparameter in welchen Intervallen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bestimmt werden sollen.

Einladungs- und Erinnerungssystem nutzen

Das neu eingeführte System gezielt einsetzen, um die Teilnahmequote (zuletzt rund 18,6 % pro Jahr) zu heben und schwer erreichbare Gruppen anzusprechen. Der Safe Hearts Plan hat zum Ziel, die vorzeitige kardiovaskuläre Sterblichkeit bis 2035 um 25 % gegenüber 2022 zu senken und gibt bis 2035 deutlich höhere Zielwerte vor: jährliche Blutdruckmessung bei 75 % der 25- bis 64-Jährigen und 90 % der über 65-Jährigen, jährliche Cholesterin- und Blutzuckermessung bei jeweils 65 % der 25- bis 64-Jährigen und 80 % der über 65-Jährigen. Erreichbar ist das nur mit digitalen, automatisierten Erinnerungen an fällige Messungen – angebunden an ELGA und den in Handlungsempfehlung 4 angesprochenen Herzplan und ergänzt um niederschwellige Messangebote außerhalb der Ordination.

Definierte Nachverfolgung

Auffällige Befunde münden in klare, leitlinienbasierte Schritte. Teilnehmende erhalten eine **verständliche schriftliche Zusammenfassung** ihrer Vorsorgeuntersuchung: das ermittelte Herz-Kreislauf-Risiko, die daraus abgeleiteten Empfehlungen sowie die vereinbarten nächsten Schritte mit Zeitpunkt. Dieses Dokument ist zugleich die Grundlage für die Ablage in ELGA und für die Weiterbetreuung.

Qualitätssicherung und Registeranbindung

Einheitliche **Dokumentation und Datenerfassung** als Grundlage für Steuerung und Evaluierung (siehe Handlungsempfehlung 5).

Konsequente Evidenzbasierung

Neue Inhalte über die laufenden AIHTA-Bewertungen absichern und am Safe Hearts Plan ausrichten. Der für 2026 angekündigte Kommissionsvorschlag zur EU-Ratsempfehlung zu Health Checks, mit der das EU-Protokoll zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Adipositas eingeführt werden soll, ist dabei von Beginn an zu berücksichtigen.

Auch an dieser Stelle wird auf die bereits erwähnten Arbeiten der „**Safe Hearts Allianz**“ verwiesen.

4

Handlungsempfehlung 4: Etablierung eines digitalen Herzgesundheits-managements – „Mein Herzplan“

Zentrale Herausforderungen

Informationsbrüche zwischen niedergelassenem Bereich, Akutversorgung und Rehabilitation erschweren eine kontinuierliche Betreuung und führen zu Doppeluntersuchungen und Versorgungslücken. Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) wird bislang vor allem als Dokumentenspeicher genutzt; ein strukturierter Überblick über Befunde, Zielwerte, nächste Versorgungsschritte und Zuständigkeiten fehlt. Gleichzeitig sind telemedizinische Angebote nur punktuell verfügbar, wodurch insbesondere in ländlichen Regionen Unterschiede beim Zugang zu spezialisierter Versorgung bestehen.

Informationsbrüche
im Versorgungsverlauf
erschweren eine kontinuierliche Betreuung und führen zu Doppeluntersuchungen.

Für eine effiziente und moderne Versorgung von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen braucht Österreich **vernetzte, leitlinienorientierte und digital unterstützte Prozesse**. Entscheidend ist der Übergang von einer fragmentierten Versorgung hin zu einem **durchgängigen Versorgungskontinuum**, das Prävention, Früherkennung, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge miteinander verbindet.

Österreich verfügt über eine exzellente kardiovaskuläre Versorgung und mit ELGA sowie telemedizinischen Modellen über wichtige digitale Grundlagen. Diese müssen stärker miteinander verknüpft und in die Regelversorgung integriert werden.

Maßnahmen(vorschläge)

Sektorenübergreifende, leitliniengerechte Behandlungspfade etablieren

Für häufige Krankheitsbilder wie **akuten Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung** oder **Herzinsuffizienz** braucht es verbindliche, leitliniengerechte Behandlungspfade. Sie sollen niedergelassenen Bereich, Spital und Rehabilitation nahtlos miteinander verknüpfen. Dafür braucht es funktionierende digitale Schnittstellen zwischen den Sektoren, damit Befunde, Medikation und nächste Schritte ohne Informationsverlust übergeben werden.

Auf Basis der ESC-Leitlinien sollen Behandlungspfade für die wichtigsten kardiologischen Erkrankungen erstellt und digital abgebildet werden: Akutes Koronarsyndrom (ACS), Chronisches Koronarsyndrom (CCS) und Chronische Herzinsuffizienz (CHI). Sie sollen notwendige Behandlungsschritte, Zeitfenster und Zielwerte transparent machen und als **verbindliche interprofessionelle Behandlungspfade** die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessern. Auf die einschlägigen Vorarbeiten von ÖGIM und ÖGAM wird an dieser Stelle verwiesen.

Telemedizin und digitale Therapiebegleitung regelhaft verankern

Bewährte Programme wie **HerzMobil** sollen österreichweit ausgerollt und dauerhaft in die Regelversorgung und Regelfinanzierung übernommen werden. **Digitale Monitoring- und Kommunikationslösungen** können insbesondere bei chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die wohnortnahe Betreuung stärken und vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduzieren. Neue digitale Versorgungspfade gilt es über wissenschaftliche Programme zu fördern und ihren Nutzen konsequent zu evaluieren. Eine strukturierte Betreuung von Herzinsuffizienz-Patient:innen im niedergelassenen Bereich entlastet zugleich die Spitalsambulanzen.

ELGA zu einer aktiven Versorgungsplattform weiterentwickeln („Mein Herzplan“)

ELGA soll von einem Dokumentenspeicher zu einem **aktiven Instrument der Prävention und Versorgung** ausgebaut werden. Relevante Gesundheitsinformationen sollen strukturiert dargestellt und für Patient:innen sowie alle beteiligten Gesundheitsberufe übersichtlich verfügbar sein. Notwendige Voraussetzung dafür ist ein **Patient Summary** – eine strukturierte, jederzeit abrufbare Kurzübersicht der wichtigsten Gesundheitsdaten.

„**Mein Herzplan**“ soll innerhalb von ELGA Risikofaktoren, Blutdruck, Laborwerte, Medikation, Diagnosen, Interventionen sowie individuelle Therapie- und Präventionsziele zusammenführen. Erinnerungsfunktionen für Vorsorge, Kontrollen und Nachsorge sowie Hinweise auf nicht erreichte Zielwerte sollen Patient:innen aktiv unterstützen.

Niedergelassenen Bereich stärken & multidisziplinäre Versorgungskonzepte fördern

Klar definierte Versorgungsaufgaben sollen unter Beachtung der jeweils erforderlichen fachlichen Qualifikation verstärkt **wohnortnah im ambulanten Bereich** erbracht werden. Dazu zählen beispielsweise ein strukturiertes Antikoagulations- und Lipidmanagement sowie die **Betreuung chronisch erkrankter Patient:innen** in **klar definierten Versorgungspfaden**. Sinnvoll ist dabei auch die **multidisziplinäre Zusammenarbeit** mit entsprechend qualifizierten Gesundheitsberufen, etwa auf Herzinsuffizienz spezialisierte DGKP für die strukturierte Betreuung von Herzinsuffizienz Patient:innen oder diabetesspezialisierte DGKP und Diätolog:innen in der Diabetesbetreuung. Auch die Zusammenarbeit mit Sportwissenschafter:innen und Physiotherapeut:innen ist im Kontext Bewegung von großer Bedeutung.

Eine Versorgung in **interdisziplinären Teams** aus Kardiologie, Herzchirurgie, Angiologie, Neurologie und weiteren Fächern, mit klar verteilten Rollen, verbessert sowohl die Ergebnisqualität als auch den Ressourceneinsatz. Das gilt besonders für **multimorbide Patient:innen**.

Ein weiterer Denkansatz könnten **kardiovaskuläre Primärversorgungszentren** sein, die einen besonderen Fokus auf Herzgesundheit in der Primärversorgung aufweisen und in diesem Zusammenhang relevante Risikofaktoren und Risikomultiplikatoren im Blick haben.

Telemonitoring und **digitale Befundübermittlung** können diese wohnortnahe Betreuung zusätzlich stärken und vermeidbare Ambulanzbesuche reduzieren.

Rasche, leitliniengerechte Akut- und Notfallversorgung sichern

Verbindliche Zeitziele für zeitkritische Krankheitsbilder wie STEMI oder Schlaganfall sorgen, gemeinsam mit transparenten Netzwerkstrukturen, flächendeckend für eine gleichwertige Versorgungsqualität. Die bestehenden Netzwerke sollten dabei eng an den Leitlinienempfehlungen ausgerichtet weiterentwickelt werden.

Versorgungsgerechtigkeit aktiv adressieren

Regionale **Versorgungsunterschiede** müssen systematisch erfasst und gezielt **abgebaut** werden, indem wohnortnahe und digitale Angebote ausgebaut werden. Das Gleiche gilt für **geschlechtsspezifische Unterschiede**: Frauen werden später diagnostiziert und seltener leitliniengerecht behandelt. Digitale und KI-gestützte Werkzeuge sind zudem auf geschlechtsbezogene Verzerrungen zu prüfen.

Gesundheitsdaten zur Qualitätssteuerung nutzen

Versorgungsdaten sollen standardisiert erfasst werden. So lassen sich die Behandlungspfade evidenzbasiert weiterentwickeln und die Ergebnisqualität messbar machen.

Erwarteter Nutzen für Patient:innen und Gesundheitssystem

Für Patient:innen bedeutet ein modernes Versorgungsmodell vor allem eine **zeitnahe Diagnostik**, eine **kontinuierliche Betreuung** über Sektorengrenzen hinweg, **vermeidbare Krankenhausaufenthalte** und einen **gleichberechtigten Zugang**, unabhängig vom Wohnort. Gesundheitsberufe profitieren von klaren Behandlungspfaden und **besser verfügbaren Informationen**. Das Gesundheitssystem wiederum profitiert von **messbaren Effizienzgewinnen**: Digitale Versorgungskonzepte und strukturierte Pfade senken kostenintensive Hospitalisierungen, vermeiden Doppeluntersuchungen und erlauben einen gezielteren Personaleinsatz. Eine moderne kardiovaskuläre Versorgung leistet damit einen substanziellen Beitrag zur **Nachhaltigkeit** und **Finanzierbarkeit** des Gesundheitssystems.

Fazit

Österreich braucht ein **digitales Herzgesundheits- und Risikofaktorenmanagement**, das Prävention, Behandlung und Nachsorge über alle Versorgungsbereiche hinweg verbindet. ELGA ist dafür ein zentraler Baustein, ergänzt durch einen digitalen Herz-Kreislauf-Pass („**Mein Herzplan**"), leitliniengerechte Behandlungspfade und telemedizinische Versorgung. Gemeinsam schaffen diese Instrumente die Grundlage für eine **patientenzentrierte, leitlinienorientierte und datenbasierte Herz-Kreislauf-Versorgung**.

5

Handlungsempfehlung 5: Vernetzte Dokumentation und standardisierte Qualitätsdaten – Entwicklung des österreichischen Herzreports

Zentrale Herausforderungen

In Österreich fehlen ein einheitlicher kardiovaskulärer Kerndatensatz und abgestimmte Qualitätsindikatoren. Routinedaten sind oft nicht strukturiert auswertbar, wodurch Mehrfachdokumentationen entstehen und Versorgungsqualität sowie regionale Unterschiede nur eingeschränkt messbar sind. Gleichzeitig erschwert dies die Beteiligung Österreichs an europäischen Monitoring- und Dashboard-Initiativen des Safe Hearts Plan und am European Health Data Space.

Kein einheitlicher Kerndatensatz
und keine abgestimmten Qualitätsindikatoren für die Herz-Kreislauf-Versorgung.

Der EU „**Safe Hearts Plan**“ setzt auf messbare Ziele, gemeinsame Indikatoren und ein europäisches Monitoring der Herz-Kreislauf-Gesundheit. Der European Health Data Space (**EHDS**) schafft zugleich die Grundlage dafür, Gesundheitsdaten nach gemeinsamen Standards für Versorgung, Qualitätssicherung und Forschung nutzbar zu machen.

Österreich sollte diese europäischen Entwicklungen aktiv aufgreifen und einen **kardiovaskulären Kerndatensatz** sowie **harmonisierte Qualitätsindikatoren** entwickeln. Damit können nationale Ergebnisse transparent dargestellt, internationale Vergleiche ermöglicht und die österreichische Herz-Kreislauf-Versorgung an **europäische Monitoring- und Dashboard-Initiativen** angebunden werden. Wichtige Grundlagen dafür stellen die nationale eHealth Strategie[5] sowie die nationale Strategie für Qualitätsregister[6] dar.

Maßnahmen(vorschläge)

Einheitliche kardiovaskuläre Dokumentation etablieren

Ein österreichweit einheitlicher kardiovaskulärer **Kerndatensatz** soll Diagnosen, Risikofaktoren, Untersuchungen, Therapien und Behandlungsergebnisse standardisiert abbilden. Ziel ist eine **interoperable Routinedokumentation** nach dem Grundsatz „einmal dokumentieren – mehrfach nutzen“ sowie eine übersichtliche Darstellung in ELGA über alle einschlägigen Risikofaktoren auf Basis von ICD-Codes und Laborwerten.

5 https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/eHealth.html)

6 https://qualitaet-gesundheit.gv.at/strategie_fuer_qualitaets-register_im_gesundheits-wesen

Qualitätsindikatoren entwickeln und Herzgesundheit messbar machen

Auf Basis dieses Kerndatensatzes sollen **standardisierte Qualitätsindikatoren und nationale Zielwerte** entwickelt werden. Sie ermöglichen regelmäßiges Monitoring, regionale Vergleiche und eine transparente Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen. Alle Indikatoren sind geschlechtergetrennt auszuweisen – ohne getrennte Zahlen bleiben Unterschiede in Versorgung und Ergebnisqualität unsichtbar.

Einen österreichischen Herzreport etablieren

Auf Basis standardisierter Routinedaten und harmonisierter Qualitätsindikatoren soll ein regelmäßig erscheinender **österreichischer Herzreport** entwickelt werden. Dieser soll zentrale Kennzahlen zur Herz-Kreislauf-Gesundheit, regionale Unterschiede, Versorgungsergebnisse und die Erreichung nationaler Zielwerte transparent darstellen. Der Herzreport kann als **österreichisches Monitoringinstrument** die Umsetzung des Safe Hearts Plan begleiten und die Grundlage für evidenzbasierte gesundheitspolitische Entscheidungen schaffen. Ein eigenes Kapitel zur Frauen-Herzgesundheit macht Fortschritte in diesem Bereich jährlich überprüfbar.

Die ÖKG bietet an, die **fachliche Verantwortung für Inhalt und Indikatorik** eines solchen Herzreports gemeinsam mit GÖG/BIQG zu übernehmen.

Kardio-Register unterstützen

Sollte seitens des BMASGPK gemeinsam mit der GÖG/BIQG ein eigenes **gesetzliches Qualitätsregister** (ähnlich dem Stroke-Unit-Register) für Outcome- und Qualitätsmessung angedacht werden, wird ein solches Vorhaben seitens der ÖKG unterstützt.

Europäische Anschlussfähigkeit sicherstellen

Die österreichische Dokumentation soll an den **European Health Data Space** angepasst werden. Damit werden internationale Vergleichbarkeit, europäische Forschungskooperationen und die Beteiligung an Monitoring- und Dashboard-Initiativen des Safe Hearts Plan möglich.

Erwarteter Nutzen

Eine standardisierte und interoperable Dokumentation liefert **belastbare Grundlagen** für Qualitätsmessung, Versorgungsplanung und Forschung. Standardisierte Qualitätsindikatoren ermöglichen ein **kontinuierliches Monitoring** der Herz-Kreislauf-Versorgung. Ein regelmäßig veröffentlichter österreichischer Herzreport macht Entwicklungen transparent, **unterstützt evidenzbasierte gesundheitspolitische Entscheidungen** und schafft die Grundlage für nationale und internationale Qualitätsvergleiche. Gleichzeitig wird die Vernetzung mit europäischen Initiativen im Rahmen des EHDS gestärkt.

Eine standardisierte und interoperable Datengrundlage schafft zugleich die Voraussetzung, den **gesundheitsökonomischen Nutzen** einer qualitätsorientierten Herz-Kreislauf-Versorgung systematisch abzubilden. Internationale Erfahrungen zeigen die erhebliche volkswirtschaftliche und budgetäre Relevanz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Für die Europäische Union werden die jährlichen gesamtgesellschaftlichen Kosten auf rund 282 Mrd. Euro geschätzt; für Österreich allein weist die OECD für 2021 Kosten von rund 8,5 Mrd. Euro aus.[7] Diese umfassen neben den Aufwendungen für Gesundheits- und Langzeitversorgung auch Produktivitätsverluste und informelle Pflege. Eine kontinuierliche, standardisierte Erfassung von Diagnosen, Behandlungsqualität, Outcomes und Ressourcenverbrauch ermöglicht es daher, Versorgungsunterschiede und Verbesserungspotenziale nicht nur medizinisch, sondern auch hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen zu bewerten.

Fazit

Die Zukunft der Herz-Kreislauf-Versorgung liegt nicht in zusätzlichen Dokumentationspflichten, sondern in einer **intelligenten Nutzung standardisierter Routinedaten**. Österreich braucht eine vernetzte Dokumentations- und Qualitätsstrategie, die Versorgung, Qualitätsentwicklung, Forschung und Gesundheitspolitik miteinander verbindet. Die Entwicklung eines österreichischen **kardiovaskulären Kerndatensatzes** sowie **gemeinsamer Qualitätsindikatoren** schafft die Grundlage für eine europaweit anschlussfähige Herz-Kreislauf-Versorgung im Einklang mit dem European Health Data Space und den Zielen des Safe Hearts Plan. Register bleiben dort unverzichtbar, wo sie für klinische Forschung oder besondere wissenschaftliche Fragestellungen einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn schaffen.

[7] https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/the-burden-of-cardiovascular-disease_e28210c3.html

Mit Herz in eine gesunde Zukunft: gemeinsam gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen

5 Handlungsempfehlungen zum Thema Herzgesundheit in Österreich

September 2026

ÖKG Österreichische Kardiologische Gesellschaft

in Kooperation mit

Future Health Lab