

Deutsche Sozialversicherung
Europavertretung
Rue d'Arlon 50
1000 Brüssel
Belgien

Tel: +32 2 282 05-50
info@dsv-europa.de
www.dsv-europa.de
Transparenzregister-Nr.:
917393784-81



Deutsche Sozialversicherung
Europavertretung | DSV

Feedback der Deutschen Sozialversicherung vom 19. Mai 2026

Sondierung der Europäischen Kommission zu
Ratsempfehlung zu Gesundheitskontrollen in Bezug auf
Herz-Kreislauf-Erkrankungen: ein Ansatz der EU für
Früherkennung und Screening

I. Stellungnahme

Die Europäische Kommission plant als Folgemaßnahme des EU-Plans für die Gesundheit von Herz und Kreislauf („Safe Hearts Plan“) eine Empfehlung des Rates zu Gesundheitskontrollen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzulegen. Ziel ist es, die hohe Krankheitslast in Europa zu verringern, die Mitgliedstaaten bei Früherkennung und Prävention zu unterstützen und die vorzeitige Sterblichkeit bis 2035 um 25 Prozent zu senken.

Im Mittelpunkt steht die frühzeitige Erkennung zentraler Risikofaktoren wie Bluthochdruck, erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte sowie der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten. Vorgesehen sind systematische Untersuchungen definierter Risikogruppen, opportunistische Screenings sowie Empfehlungen zu Zielgruppen, Untersuchungsintervallen und Inhalten der Maßnahmen. Ergänzend setzt die Kommission auf Instrumente zur Risikobewertung, digitale Gesundheitstechnologien und gegebenenfalls künstliche Intelligenz.

Die Deutsche Sozialversicherung (DSV) begrüßt in ihrer Stellungnahme zum Safe Hearts Plan das Ziel der Europäischen Kommission, die hohe Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verringern, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und die Früherkennung relevanter Risikofaktoren zu stärken. Ein frühzeitiges Erkennen von Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen oder anderen Risikokonstellationen kann dazu beitragen, schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden und die Versorgung gezielt zu verbessern. Voraussetzung ist jedoch, dass Screeningmaßnahmen evidenzbasiert, zielgerichtet und verhältnismäßig ausgestaltet sind. Flächendeckende Screeningprogramme ohne belastbaren Nutznachweis bergen Risiken wie Überdiagnostik, unnötige Folgeuntersuchungen und Übermedikalisierung - insbesondere dann, wenn zugrunde liegende Lebensstilfaktoren nicht wirksam adressiert werden.

Europäische Empfehlungen sollten die unterschiedlichen nationalen Strukturen und Zuständigkeiten berücksichtigen und den Mitgliedstaaten ausreichend Flexibilität bei der Umsetzung lassen. Der europäische Mehrwert liegt aus Sicht der DSV insbesondere in der Förderung hochwertiger Evidenz, dem Austausch bewährter Verfahren sowie der Unterstützung interoperabler Daten- und Präventionsstrukturen.

Situation in Deutschland

Deutschland verfügt bereits über gute etablierte Strukturen der kardiovaskulären Früherkennung und Prävention. So besteht in Deutschland kein allgemeines verpflichtendes Screening für Erwachsene auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Stattdessen gibt es ein differenziertes System aus gesetzlichen Vorsorgeansprüchen, risikobasierten Untersuchungen und ergänzenden Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Zentrales Instrument der Früherkennung ist der gesetzliche Gesundheits-Check-up: Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren haben Anspruch auf eine einmalige Untersuchung, ab 35 Jahren in der Regel alle drei Jahre. Dazu gehören insbesondere Blutdruckmessung, Erhebung relevanter Risikofaktoren, Untersuchungen zu Blutzucker- und Cholesterinwerten, ergänzende Tests sowie Präventionsberatung.¹

Früherkennung zielgerichtet und evidenzbasiert ausgestalten

Neue Früherkennungs- und Screeningprogramme sollten nur dann eingeführt oder ausgeweitet werden, wenn sie evidenzbasiert sind und ein verlässlicher Patientennutzen nachgewiesen ist. Dieses Prinzip ist zentral für eine wirksame, wirtschaftliche und patientenorientierte Präventionspolitik. Soweit im Sondierungsbogen der Europäischen Kommission von groß angelegten Kampagnen die Rede ist, sollten diese primär als Informations- und Aufklärungsmaßnahmen verstanden werden – nicht als Grundlage für anlasslose Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung. Vorrang sollten gezielte, risikobasierte Gesundheitskontrollen bei Personen mit bekannten oder erkennbaren Risikofaktoren haben, etwa bei familiärer Vorbelastung, Hypertonie, Diabetes, Adipositas oder anderen relevanten Vorerkrankungen. Ein solches Vorgehen ist zielgerichteter als pauschale Screeningansätze.²

Insbesondere beim Screening auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestehen weiterhin relevante Evidenzlücken. Dies zeigt sich auch in aktuellen Reformdebatten in Deutschland, in denen eine stärkere Fokussierung von Untersuchungen auf Personen mit individuellem Risikoprofil empfohlen wird. Dies unterstreicht den Trend

¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), *Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie / GU-RL)*, Beschluss vom 20. November 2020, in Kraft getreten am 12. Februar 2021. Verfügbar unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/GU-RL_2020-11-20_iK-2021-02-12.pdf

² Vgl: Krogsbøll, L. T.; Jørgensen, K. J.; Grønhoj Larsen, C.; Gøtzsche, P. C., *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease*, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2019, Art. No.: CD009009. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009009.pub3/full>; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), *Zielgruppenspezifische Ansprache von Versicherten bei der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung*, Rapid Report [online]. 2024 [Zugriff: 29.04.2026]. URL: <https://dx.doi.org/10.60584/P23-01>

hin zu zielgenaueren und evidenzbasierten Präventionsansätzen.³ Besonders bei Kindern und Jugendlichen fehlt für flächendeckende Screeningprogramme in zentralen Bereichen bislang eine ausreichende wissenschaftliche Grundlage. So ist weder für ein generelles Lipidscreening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie noch für ein routinemäßiges Blutdruck-Screening in dieser Altersgruppe ein gesicherter Nutzen belegt.⁴ Auch internationale Fachgremien empfehlen daher Zurückhaltung bei bevölkerungsweiten Screeningansätzen.⁵

Zugleich sollten mögliche Schadenspotenziale von Screeningmaßnahmen stärker berücksichtigt werden. Screening ist nicht per se folgenlos für die Patientinnen und Patienten. Risiken können sich etwa aus Überdiagnostik, falsch-positiven Befunden, unnötigen Folgeuntersuchungen, psychischer Belastung oder nicht erforderlichen Therapien ergeben. Auch diagnostische Verfahren selbst können problematisch sein. Ein Beispiel ist die Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern (Carotis-Doppler) zur Schlaganfallvorsorge bei beschwerdefreien Personen ohne Risikokonstellation, deren Nutzen von Fachgremien kritisch bewertet wird.⁶ Nutzen und Risiken müssen daher stets transparent gegeneinander abgewogen werden.

Daher sollten auch begleitende Informations- und Aufklärungsmaßnahmen gestärkt werden, damit Bürgerinnen und Bürger Untersuchungsergebnisse realistisch einordnen und informierte Entscheidungen treffen können. Aus Sicht der DSV sollte der Schwerpunkt europäischer Empfehlungen nicht auf neuen pauschalen Screeningvorgaben liegen, sondern auf evidenzbasierten, risikoadaptierten und anlassbezogenen Untersuchungen innerhalb bestehender Versorgungssysteme. Die Mitgliedstaaten sollten dabei ausreichend Flexibilität für die nationale Umsetzung haben.

³ Vgl. FinanzKommission Gesundheit, *Empfehlungen zur Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung*, Reformempfehlung Nr. 16 „Evidenzbasierte Anpassung der Laboruntersuchungen im Gesundheits-Check-up“, Berlin 2026. - Empfohlen wird, die routinemäßige Bestimmung von Lipidprofilen (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride) nicht pauschal vorzusehen, sondern auf Personen mit bestehendem Risikoprofil oder bislang unbekannter Risikolage zu konzentrieren.

⁴ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). *Screening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen*; Rapid Report [online]. 2024 [Zugriff: 29.04.2026]. URL: <https://dx.doi.org/10.60584/S24-01.>; Gartlehner, G.; Vander Schaaf, E. B.; Orr, C. et al., *Screening for Hypertension in Children and Adolescents: Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force*, Evidence Synthesis No. 193, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville 2020.

⁵ Vgl. McEvoy, J. W.; McCarthy, C. P.; Bruno, R. M. et al., *2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension*, in: *European Heart Journal*, 2024.

⁶ Vgl. Medizinischer Dienst Bund / IGeL-Monitor, *Ultraschall der Halsschlagadern zur Schlaganfallvorsorge*, Bewertung abrufbar unter: www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/ultraschall-der-halsschlagadern-zur-schlaganfallvorsorge.html

Über uns

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), der GKV-Spitzenverband, die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) haben sich mit Blick auf ihre gemeinsamen europapolitischen Interessen zur „Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V.“ zusammengeschlossen. Der Verein vertritt die Interessen seiner Mitglieder gegenüber den Organen der Europäischen Union sowie anderen europäischen Institutionen und berät die relevanten Akteure im Rahmen aktueller Gesetzgebungsvorhaben und Initiativen. Die Kranken- und Pflegeversicherung mit 75 Millionen Versicherten, die Rentenversicherung mit 57 Millionen Versicherten und die Unfallversicherung mit mehr als 70 Millionen Versicherten in 5,2 Millionen Mitgliedsunternehmen bieten als Teil eines gesetzlichen Versicherungssystems den Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland wirksamen Schutz vor den Folgen großer Lebensrisiken.