



ANGENOMMENE TEXTE

P10_TA(2026)0304

Eine EU-Strategie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Entschließung des Europäischen Parlaments vom 16. September 2026 zu einer EU-Strategie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2025/2132(INI))

Das Europäische Parlament,

- unter Hinweis auf die Artikel 7, 9, 168 und 191 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union,
- unter Hinweis auf die Artikel 3 und 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union,
- unter Hinweis auf die Europäische Säule sozialer Rechte,
- unter Hinweis auf die Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung und die Ziele für nachhaltige Entwicklung, insbesondere das Ziel 3.4, die vorzeitige Mortalität aufgrund von nicht übertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung bis 2030 um ein Drittel zu senken,
- unter Hinweis auf den am 18. Mai 2023 vorgestellten Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zur Prävention und Bekämpfung von Fettleibigkeit und den Beschleunigungsplan der WHO zur Beendigung der Adipositas vom 3. Juli 2023,
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 16. Dezember 2025 über einen EU-Plan für die Gesundheit von Herz und Kreislauf: Plan zum Schutz der Herzgesundheit (COM(2025)1024),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 3. Februar 2021 mit dem Titel „Europas Plan gegen den Krebs“ (COM(2021)0044),
- unter Hinweis auf seine Entschließung vom 16. Februar 2022 zu der Stärkung Europas im Kampf gegen Krebserkrankungen – auf dem

Weg zu einer umfassenden und koordinierten Strategie¹,

- unter Hinweis auf die Initiative der Kommission für nicht übertragbare Krankheiten, „Healthier Together“,
- unter Hinweis auf die EU-Strategie für globale Gesundheit,
- unter Hinweis auf die Verordnung (EU) 2025/327 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2025 über den europäischen Gesundheitsdatenraum sowie zur Änderung der Richtlinie 2011/24/EU und der Verordnung (EU) 2024/2847²,
- unter Hinweis auf die Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG³ (Richtlinie für Tabakerzeugnisse),
- unter Hinweis auf die Richtlinie 2011/64/EU des Rates vom 21. Juni 2011 über die Struktur und die Sätze der Verbrauchsteuern auf Tabakwaren⁴,
- unter Hinweis auf die Richtlinie 2005/29/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken im binnenmarktinternen Geschäftsverkehr zwischen Unternehmen und Verbrauchern und zur Änderung der Richtlinie 84/450/EWG des Rates, der Richtlinien 97/7/EG, 98/27/EG und 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates sowie der Verordnung (EG) Nr. 2006/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates (Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken)⁵,
- unter Hinweis auf die Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Dezember 2006 über nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel⁶,
- unter Hinweis auf die Richtlinie 2008/50/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. Mai 2008 über Luftqualität und

¹ ABl. C 342 vom 6.9.2022, S. 109.

² ABl. L, 2025/327, 5.3.2025,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj>.

³ ABl. L 127 vom 29.4.2014, S. 1,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj>.

⁴ ABl. L 176 vom 5.7.2011, S. 24,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/64/oj>.

⁵ ABl. L 149 vom 11.6.2005, S. 22,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/29/oj>.

⁶ ABl. L 404 vom 30.12.2006, S. 9,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2006/1924/oj>.

saubere Luft für Europa⁷,

- unter Hinweis auf die Richtlinie 2002/49/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Juni 2002 über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm⁸,
- unter Hinweis auf die Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung⁹,
- unter Hinweis auf den Bericht von Mario Draghi vom 9. September 2024 mit dem Titel „Die Zukunft der europäischen Wettbewerbsfähigkeit“ (im Folgenden „Draghi-Bericht“),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 29. Januar 2025 mit dem Titel „Ein Kompass für eine wettbewerbsfähige EU“ (COM(2025)0030),
- unter Hinweis auf den Bericht der Kommission vom 29. Januar 2026 mit dem Titel „Halbzeitüberprüfung des Null-Schadstoff-Aktionsplans ‚Schadstofffreiheit von Luft, Wasser und Boden‘“ (COM(2026)0042),
- unter Hinweis auf die Richtlinie (EU) 2016/2284 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Dezember 2016 über die Reduktion der nationalen Emissionen bestimmter Luftschadstoffe, zur Änderung der Richtlinie 2003/35/EG und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/81/EG¹⁰ und die am 1. Dezember 2025 veröffentlichte Bewertung dieser Richtlinie,
- unter Hinweis auf den Bericht der Europäischen Umweltagentur vom 22. Juni 2023 mit dem Titel „Beating cardiovascular disease – the role of Europe’s environment“ (Bewältigung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – die Rolle der Umwelt in Europa) und den Bericht vom 3. November 2025 mit dem Titel „Preventing cardiovascular disease through a healthy environment“ (Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch eine gesundheitsfördernde Umgebung),
- unter Hinweis auf die am 24. Februar 2021 veröffentlichte EU-Strategie für die Anpassung an den Klimawandel (COM(2021)0082),

⁷ ABl. L 152 vom 11.6.2008, S. 1,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2008/50/oj>.

⁸ ABl. L 189 vom 18.7.2002, S. 12,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2002/49/oj>.

⁹ ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>.

¹⁰ ABl. L 344 vom 17.12.2016, S. 1,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2016/2284/oj>.

- unter Hinweis auf Horizont Europa, das Programm EU4Health, das Programm „Digitales Europa“ und die Kohäsionsfonds,
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 14. Oktober 2020 über die Chemikalienstrategie für Nachhaltigkeit (COM(2020)0667),
- unter Hinweis auf das europäische Register der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung,
- unter Hinweis auf den globalen Aktionsplan der WHO zur Prävention und Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten 2013-2030, den Aktionsplan der WHO zur Prävention und Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region 2016-2025 und das zweite europäische Arbeitsprogramm der WHO mit dem Titel „Vereinigte Aktion für bessere Gesundheit“ (2026-2030),
- unter Hinweis auf die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommene politische Erklärung der vierten Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene vom 8. Dezember 2025 zu Prävention und Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten und zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens,
- unter Hinweis auf die „Best Buys“ der WHO und die „Quick Buys“ des WHO-Regionalbüros für Europa für die Prävention und die Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten, einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 7. März 2025 mit dem Titel „Ein Fahrplan für die Frauenrechte“ (COM(2025)0097),
- unter Hinweis auf das technische Paket „HEARTS“ der WHO,
- unter Hinweis auf das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums,
- unter Hinweis auf die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016-2025),
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 16. Februar 2022 zu der Stärkung Europas im Kampf gegen Krebserkrankungen – auf dem Weg zu einer umfassenden und koordinierten Strategie¹¹,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 13. Dezember 2023 zu nicht übertragbaren Krankheiten¹²,
- unter Hinweis auf seine laufenden Arbeiten im Zusammenhang mit

¹¹ ABl. C 342 vom 6.9.2022, S. 109.

¹² ABl. C, C/2024/4171, 2.8.2024, ELI:
<http://data.europa.eu/eli/C/2024/4171/oj>.

der Krise infolge des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen in der EU,

- unter Hinweis auf den Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 15. Dezember 2025 mit dem Titel „The state of cardiovascular health in the European Union“ (Aktueller Stand im Hinblick auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Europäischen Union),
 - unter Hinweis auf die Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses vom 18. September 2025 zu handelsbezogenen Gesundheitsfaktoren,
 - gestützt auf Artikel 55 (und Artikel 148 Absatz 2) seiner Geschäftsordnung,
 - unter Hinweis auf den Bericht des Ausschusses für öffentliche Gesundheit (A10-0221/2026),
- A. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein breites Spektrum von Herz- und Gefäßerkrankungen umfassen, auch solche, die sich sowohl auf das Herz als auch auf das Kreislaufsystem auswirken;
- B. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die damit verbundenen Risikofaktoren weit verbreitet sind und erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität sowie erhebliche wirtschaftliche und soziale Folgen haben; in der Erwägung, dass die Herz-Kreislauf-Gesundheit demnach eine große Herausforderung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und für die Gesellschaft darstellt, da Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin die häufigste Todesursache in der EU sind und jedes Jahr zu etwa 1,7 Millionen Todesfällen führen; in der Erwägung, dass in der EU 62 Millionen Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden und jedes Jahr fast 13 Millionen neue Fälle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten; in der Erwägung, dass schätzungsweise über 18 %¹³ der Todesfälle im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Europa auf Umweltrisiken zurückzuführen sind; in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einer erheblichen Morbidität, Behinderungen, einer geringeren Lebensqualität und Fähigkeit zum selbstbestimmten Leben, Produktivitätsverlusten, einem erhöhten Risiko für Komplikationen durch Infektionskrankheiten sowie geschätzten jährlichen wirtschaftlichen Kosten in Höhe von 282 Milliarden EUR verbunden sind; in der Erwägung, dass schätzungsweise 80 % der Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermeidbar sind¹⁴;

¹³ <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/beating-cardiovascular-disease-the-role-of-europes-environment>.

¹⁴ <https://world-heart-federation.org/what-we-do/prevention/>.

- C. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine der Hauptursachen für vorzeitige Mortalität und Behinderungen aufgrund nicht übertragbarer Krankheiten sind; in der Erwägung, dass es von wesentlicher Bedeutung ist, die kardiovaskulär bedingten Todesfälle zu verringern, um bis 2030 das Ziel für nachhaltige Entwicklung 3.4 zu erreichen;
- D. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der gesamten EU tiefgreifende Auswirkungen auf Gesellschaften und Volkswirtschaften haben, die die Arbeitsmärkte, die Systeme des sozialen Schutzes und die langfristige wirtschaftliche Tragfähigkeit betreffen;
- E. in der Erwägung, dass koronare Herzkrankheiten den größten Anteil an der kardiovaskulär bedingten Mortalität ausmachen, gefolgt von Schlaganfällen; in der Erwägung, dass Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, periphere arterielle Erkrankungen, Herzklappenerkrankungen, Kardiomyopathien, rheumatische Herzerkrankungen, hypertensive Herzerkrankungen und Aortenerkrankungen in der gesamten EU erheblich zu Behinderungen, vermeidbaren Krankenhausaufenthalten und vorzeitiger Mortalität beitragen;
- F. in der Erwägung, dass nur wenige Mitgliedstaaten das globale Ziel, die Prävalenz von Bluthochdruck bis 2025 um 25 % zu senken, erreicht haben, was unzureichende Fortschritte bei der Prävention von und dem Umgang mit einem der wichtigsten und beeinflussbarsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verdeutlicht; in der Erwägung, dass etwa 22 % der Bevölkerung in der EU ab einem Alter von 15 Jahren von Bluthochdruck betroffen sind, der somit einen der häufigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellt; in der Erwägung, dass die unzureichende Erkennung und schlechte Behandlung von Bluthochdruck in der gesamten EU nach wie vor eine Ursache für vermeidbare Krankheiten und vorzeitige Todesfälle ist, die kardiovaskulär bedingt sind;
- G. in der Erwägung, dass die standardisierten Sterberaten aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems weiterhin erhebliche regionale Unterschiede innerhalb der EU aufweisen, was ein anhaltendes Ost-West-Gefälle widerspiegelt; in der Erwägung, dass diese Unterschiede auf eine ungleiche Exposition gegenüber Risikofaktoren und einen ungleichen Zugang zu rechtzeitiger Prävention, Diagnose und hochwertiger Versorgung in den Regionen hindeuten; in der Erwägung, dass nur elf von 27 Mitgliedstaaten über nationale Pläne für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verfügen; in der Erwägung, dass ein gemeinsamer europäischer Ansatz erforderlich ist, um die Pläne mit Blick auf den Informationsaustausch zu vereinheitlichen, und dass die Mitgliedstaaten, die keine Pläne dieser Art haben, den Plan zum

Schutz der Herzgesundheit annehmen müssen;

- H. in der Erwägung, dass die Alterung der Bevölkerung in Verbindung mit der zunehmenden Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren voraussichtlich zu einer weiteren Zunahme der Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit verbundene chronische Erkrankungen führen wird, wenn keine integrierten und verstärkten Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Früherkennung und Gesundheitsversorgung ergriffen werden, und dadurch gleichzeitig zusätzlicher Druck auf die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen ausgeübt wird; in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen alle Altersgruppen betreffen; in der Erwägung, dass eine Exposition gegenüber Risikofaktoren im jungen Alter sowie eine verzögerte Erkennung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen lebenslange Folgen haben können; in der Erwägung, dass daher im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit ein auf das ganze Leben ausgerichteter Ansatz verfolgt werden muss;
- I. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen in engem Zusammenhang mit anderen wesentlichen nicht übertragbaren Krankheiten stehen, darunter Diabetes, Bluthochdruck, Krebs, chronische Nierenerkrankungen und Fettleibigkeit; in der Erwägung, dass ein erheblicher Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Komplikationen von Diabetes und damit verbundenen Erkrankungen auftritt, die unentdeckt bleiben, und erst in einem späten Stadium diagnostiziert oder unzureichend behandelt wird; in der Erwägung, dass die Behandlung von Diabetes komplexer und kostspieliger wird, sobald eine Herz-Kreislauf-Erkrankung entstanden ist;
- J. in der Erwägung, dass etwa 34 Millionen Menschen in der EU von Diabetes betroffen sind; in der Erwägung, dass etwa ein Drittel der Menschen, die an Diabetes leiden, im Laufe ihres Lebens eine Herz-Kreislauf-Erkrankung entwickeln werden, sodass Diabetes ein wesentlicher und vermeidbarer Faktor für die kardiovaskulär bedingte Morbidität und Mortalität in Europa ist; in der Erwägung, dass Menschen mit Diabetes Typ 1, einer häufig im Kindesalter diagnostizierten lebenslangen Autoimmunerkrankung, trotz fehlender beeinflussbarer Verhaltensursachen ihr Leben lang einem deutlich höheren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesetzt sind; in der Erwägung, dass bis zu 40 % der Kinder nach einer diabetischen Ketoazidose, einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung, diagnostiziert werden;
- K. in der Erwägung, dass Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern in Europa nach wie vor ein großes Problem sind; in der Erwägung, dass jedes zehnte Kind im Alter von fünf bis 19 Jahren fettleibig ist und

25 % übergewichtig sind¹⁵;

- L. in der Erwägung, dass fast ein Viertel der Behandlungskosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Fettleibigkeit zurückzuführen ist, die außerdem mit erheblichen sozialen Verlusten im Hinblick auf eine geringere Erwerbsbeteiligung und Produktivität sowie eine höhere Abhängigkeit von Sozial- und Gesundheitsdiensten einhergeht¹⁶;
- M. in der Erwägung, dass psychische Erkrankungen und Symptome wie Depressionen, Angst, Wut und Feindseligkeit sowie akuter oder chronischer Stress Faktoren sind, die das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen¹⁷; in der Erwägung, dass im Rahmen der aktuellen Empfehlungen ein standardisiertes Screening auf Depressionen und die Umsetzung eines angemessenen Behandlungsplans bei Patientinnen und Patienten mit Herzerkrankungen vorgesehen sind; in der Erwägung, dass fehlendes psychosoziales Wohlbefinden in der Bevölkerung ebenfalls ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, da es mit einer schlechteren Herz-Kreislauf-Gesundheit und ungünstigeren klinischen Ergebnissen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung gebracht wird; in der Erwägung, dass psychosoziale Faktoren eng mit einem allgemeinen kardiovaskulären Risiko verbunden sind, da sie häufig Verhaltensweisen wie den Konsum von Tabak und das Maß an körperlicher Aktivität beeinflussen¹⁸;
- N. in der Erwägung, dass die metabolische dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung, von der mehr als 25 % der Erwachsenen in der EU betroffen sind, nach wie vor nicht ausreichend als Faktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen anerkannt ist;
- O. in der Erwägung, dass es nach wie vor Ungleichheiten in Bezug auf kardiovaskuläre Gesundheitsergebnisse zwischen und in den Mitgliedstaaten, zwischen Männern und Frauen, zwischen städtischen und ländlichen Gebieten und unter gefährdeten Bevölkerungsgruppen, einschließlich Migrantinnen und Migranten, älteren Personen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit seltenen Krankheiten und mit Mehrfacherkrankungen, arbeitslosen Menschen und sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen, gibt und diese Ungleichheiten zunehmen; in

15 https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bf1f4.html#tablegrp-d1e19578-1bd943d292.

16 https://www.oecd.org/en/publications/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en/full-report/component-6.html.

17 <https://www.revespcardiolog.org/en-psychiatric-behavioral-aspects-cardiovascular-disease-articulo-S1885585711004683>.

18 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7068361/>.

der Erwägung, dass umwelt- und berufsbedingte Gesundheitsrisiken nicht alle Teile der Gesellschaft gleichermaßen betreffen¹⁹;

- P. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestimmte Migrantengruppen zunehmend und überproportional betreffen, was auf soziale, ökologische und verhaltensbezogene Faktoren zurückzuführen ist und durch verschiedene Faktoren noch verstärkt wird, darunter eine begrenzte Gesundheitskompetenz und ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere aufgrund von Sprachbarrieren, mangelnder Informationen über verfügbare Dienste und kultureller Unterschiede; in der Erwägung, dass gefährdete Bevölkerungsgruppen, einschließlich Migrantinnen und Migranten, in klinischen Studien dauerhaft unterrepräsentiert sind;
- Q. in der Erwägung, dass Diabetes Typ 1 und familiäre Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen durchweg zu spät diagnostiziert werden, was schwerwiegende Komplikationen, eine verzögerte Versorgung und schlechtere langfristige Gesundheitsergebnisse zur Folge hat; in der Erwägung, dass Diabetes Typ 1 etwa eine von 200 Personen betrifft, bei 40 % der Kinder mit Diabetes Typ 1 jedoch eine diabetische Ketoazidose, eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung, diagnostiziert wird; in der Erwägung, dass etwa eine von 250 Personen an familiärer Hypercholesterinämie leidet, jedoch weniger als 10 % der Fälle erkannt werden und die Diagnose häufig erst nach einem kardiovaskulären Ereignis gestellt wird;
- R. in der Erwägung, dass Nachweisen von EU-Agenturen und internationalen Einrichtungen zufolge neben Lebensstil- und Umweltfaktoren auch durch die arbeitsbedingte Exposition zur Entwicklung und Verschärfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beigetragen wird; in der Erwägung, dass der Schwerpunkt bei Risikobewertungen auf EU-Ebene und bei Rahmen für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in der Vergangenheit auf Krebs, Atemwegserkrankungen und akuten toxischen Wirkungen lag, während die kardiovaskulären Auswirkungen der berufsbedingten Exposition nach wie vor unterschätzt und unzureichend berücksichtigt werden;
- S. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen aufgrund biologischer Risikofaktoren, einschließlich ungünstiger Schwangerschaftsverläufe, und geschlechtsspezifischer Verzerrungen bei der Gesundheitspolitik, der Diagnostik, der Behandlung und der klinischen Forschung, darunter der anhaltenden

¹⁹ <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts>,
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3507-43266-60638>.

Unterrepräsentation von Frauen in klinischen Studien, nach wie vor nicht ausreichend diagnostiziert und behandelt werden, wodurch es zu Verzögerungen bei der medizinischen Versorgung und zu Verschlechterungen der Gesundheitsergebnisse kommt;

- T. in der Erwägung, dass verschiedene Leiden im Bereich der reproduktiven Gesundheit, darunter Unfruchtbarkeit aufgrund von Ovulationsstörungen und Endometriose, Bluthochdruckerkrankungen in der Schwangerschaft, hormonelle Verhütungsmittel und der Übergang in die Menopause, mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden sind²⁰; in der Erwägung, dass aus wissenschaftlichen Erkenntnissen hervorgeht, dass das polyzystische Ovarialsyndrom die häufigste hormonelle Störung bei Frauen im gebärfähigen Alter ist und unabhängig vom Body-Mass-Index mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck, Schlaganfälle und Herz-Kreislauf-Erkrankungen einhergeht²¹; in der Erwägung, dass festgestellt wurde, dass Endometriose mit einem erhöhten Risiko für ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Erkrankungen einhergeht²²;
- U. in der Erwägung, dass die Forschung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit verbundene Risikofaktoren wie Präeklampsie und Schwangerschaftsdiabetes im Verhältnis zur gesundheitlichen Belastung, die mit ihnen einhergeht, nur geringfügig finanziell gefördert wird;
- V. in der Erwägung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach wie vor als Problem betrachtet werden, das Männer betrifft; in der Erwägung, dass Frauen Herzkrankheiten fünfmal seltener als ein bedeutendes gesundheitliches Problem²³ oder als häufigste Todesursache betrachten; in der Erwägung, dass Frauen sich seltener einem kardiovaskulären Screening unterziehen; in der Erwägung, dass bei vielen häufig verwendeten kardiovaskulären Arzneimitteln keine ausreichenden und nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten bezüglich der Sicherheit vorliegen, was beispielsweise die Anwendung während der Schwangerschaft betrifft, wodurch die Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt und Schwangere erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind;
- W. in der Erwägung, dass die Mitgliedstaaten im Wege eines koordinierten und umfassenden EU-Plans für die Gesundheit von Herz und Kreislauf dabei unterstützt werden können, die Umsetzung integrierter evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen für Herz-

²⁰ https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bf1f4.html#section-d1e26541-1bd943d292.

²¹ <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03927-5>.

²² <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad077>.

²³ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8835179/>.

Kreislauf-Erkrankungen und damit verbundene Risikofaktoren, einschließlich Sekundärprävention und systematischer Folgemaßnahmen, zu beschleunigen, die Gesundheitssysteme zu stärken, die Resilienz zu verbessern, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit auszuweiten, das Bewusstsein für Symptome und die als Reaktion auf kardiovaskuläre Ereignisse zu unternehmenden Schritte zu schärfen, Arzneimittel zeitnah und erschwinglich zugänglich zu machen und Ungleichheiten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit verbundenen Begleiterkrankungen in der gesamten EU zu verringern;

- X. in der Erwägung, dass die meisten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Todesfälle vermeidbar sind und 74 % der durch diese Erkrankungen verursachten Belastungen auf beeinflussbare Risikofaktoren zurückgeführt werden können²⁴; in der Erwägung, dass viele dieser Risikofaktoren – darunter Tabakkonsum, schädlicher Alkoholkonsum, insbesondere in Mengen, die über die wissenschaftlich fundierten gesundheitlichen Empfehlungen hinausgehen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Umweltbelastungen – auch bei anderen nichtübertragbaren Krankheiten, insbesondere bei Krebs, eine Rolle spielen;
- Y. in der Erwägung, dass einige durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingte Todesfälle auch auf nicht beeinflussbare Risikofaktoren, einschließlich genetisch vererbter Erkrankungen, zurückzuführen sind;
- Z. in der Erwägung, dass Impfungen eine wirksame gesundheitspolitische Maßnahme zur Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellen können, indem sie einen Impfschutz bieten und somit das Risiko infektionsbedingter kardiovaskulärer Ereignisse und damit verbundener Komplikationen senken; in der Erwägung, dass Impfungen ferner eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung der Überlebenschancen, zur Verringerung der Zahl der Krankenhauseinweisungen und zur Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten darstellen; in der Erwägung, dass die anstehende Empfehlung des Rates zur Impfung gegen Atemwegsinfektionen im Rahmen der Präventionsmaßnahmen gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen begrüßenswert ist;
- AA. in der Erwägung, dass eine solide und angemessen finanzierte Grundversorgung, eine wirksame Prävention und eine risikobasierte Früherkennung entscheidend sind, um vermeidbare Todesfälle und Behinderungen zu verringern, und die kostengünstigste Strategie

²⁴ https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bf1f4.html.

darstellen, um die Tragfähigkeit der universellen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten;

- AB. in der Erwägung, dass die meisten EU-Länder mit einem Mangel an Hausärztinnen und -ärzten und medizinischen Fachkräften und einer ungleichen Verteilung der Angehörigen der Gesundheitsberufe auf die Regionen konfrontiert sind, was auf den demografischen Druck und die schwierigen Arbeitsbedingungen, einschließlich der Alterung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen und der Schwierigkeiten bei der Gewinnung und Bindung von Fachkräften, zurückzuführen ist, wodurch der rechtzeitige Zugang der Patientinnen und Patienten zur Gesundheitsversorgung und die Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme beeinträchtigt werden; in der Erwägung, dass es aktuellen Schätzungen zufolge künftig nicht genug Kardiologinnen und Kardiologen geben wird, um der wachsenden Nachfrage nach Prävention und Behandlung im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit gerecht zu werden, und auch die psychosozialen Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigt werden;
- AC. in der Erwägung, dass außerhalb des Krankenhauses auftretende Herzstillstände nach wie vor eine der Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle sind; in der Erwägung, dass es für das Überleben entscheidend ist, dass ein Herzstillstand sofort erkannt wird, Anwesende früh mit der Herz-Lungen-Wiederbelebung beginnen, rasch eine Defibrillation durchgeführt wird und rechtzeitig erweiterte lebensrettende Maßnahmen vorgenommen werden; in der Erwägung, dass es von wesentlicher Bedeutung ist, die gemeinschaftliche Reaktion und die Leistung der medizinischen Notfalldienste zu verbessern, um die Zahl der vermeidbaren Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verringern;
- AD. in der Erwägung, dass der Schnelligkeit der Diagnose und Behandlung eine entscheidende Rolle bei der Abmilderung der Langzeitfolgen von kardiovaskulären Ereignissen zukommt; in der Erwägung, dass viele kardiovaskuläre Ereignisse falsch diagnostiziert werden, wodurch das Risiko eines Wiederauftretens und langfristiger gesundheitlicher Probleme für die Patientinnen und Patienten steigt; in der Erwägung, dass die Ergebnisse bei akuten Koronarsyndromen und insbesondere bei einem ST-Hebungsinfarkt stark davon abhängig sind, wie viel Zeit bis zur Reperfusion vergeht; in der Erwägung, dass durch Verzögerungen bei der Öffnung verschlossener Koronararterien Myokardschäden, das Risiko für Herzinsuffizienz und die Mortalität zunehmen; in der Erwägung, dass für eine Verringerung von Systemverzögerungen vom ersten medizinischen Kontakt bis zur endgültigen Reperfusion koordinierte Netze erforderlich sind;
- AE. in der Erwägung, dass ein zuverlässiger und rechtzeitiger Zugang zu essenziellen kardiovaskulären Arzneimitteln ein Eckpfeiler einer

wirksamen Prävention und Behandlung²⁵ von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist;

- AF. in der Erwägung, dass Apothekerinnen und Apotheker in Krankenhäusern und Offizinapotheken die am leichtesten erreichbaren Angehörigen der Gesundheitsberufe sein können und zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zur Früherkennung, zur Behandlungssadhärenz sowie zur Langzeitversorgung beitragen können;
- AG. in der Erwägung, dass es sich bei sozialen Gesundheitsfaktoren um nicht medizinische Faktoren und Systeme handelt, die die Bedingungen des täglichen Lebens prägen, und soziale Gesundheitsfaktoren als Umstände definiert werden, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern^{26,27};
- AH. in der Erwägung, dass soziale Gesundheitsfaktoren, einschließlich Marketing und unbegründeter gesundheitsbezogener Aussagen, Präventionsmaßnahmen untergraben und schädlichen Konsum normalisieren können; in der Erwägung, dass es von entscheidender Bedeutung ist, sich der sozialen Faktoren anzunehmen, um sicherzustellen, dass in allen Strategien der EU für nicht übertragbare Krankheiten Kohärenz und Wirksamkeit erzielt werden;
- AI. in der Erwägung, dass die Exposition gegenüber sozialen Gesundheitsfaktoren je nach sozioökonomischer Gruppe unterschiedlich ist; in der Erwägung, dass Kinder und Jugendliche viele ungesunde Produkte konsumieren;
- AJ. in der Erwägung, dass für eine wirksame Prävention, die auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtet ist, strukturpolitische Maßnahmen erforderlich sind, die über individuelle Verhaltensänderungen hinausgehen²⁸;
- AK. in der Erwägung, dass aus dem Plan zum Schutz der Herzgesundheit hervorgeht, dass die Besteuerung eine wichtige Rolle bei der Verringerung von Risikofaktoren im Zusammenhang mit dem Lebensstil der Bürgerinnen und Bürger spielt; in der Erwägung, dass

²⁵ <https://www.escardio.org/news/press/press-releases/avoidable-inequalities-remain-in-cardiovascular-disease-burden-and-care/>.

²⁶ <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/about/social-determinants-of-health.html>.

²⁷ https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

²⁸ Europäische Kommission: Gruppe leitender wissenschaftlicher Berater und Generaldirektion Forschung und Innovation, „Auf dem Weg zu einem nachhaltigen Lebensmittelverzehr“, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2023.

etwa 40 % des Rückgangs des Tabakkonsums in der EU im letzten Jahrzehnt auf die Besteuerung zurückzuführen ist;

- AL. in der Erwägung, dass Nikotin ein suchterzeugendes Gift für Herz und Kreislauf ist und der Konsum von Nikotin mit ernsthaften gesundheitlichen Risiken verbunden ist; in der Erwägung, dass der Tabakkonsum, einschließlich des aktiven Rauchens, der Belastung durch Passivrauchen und neuer Nikotinerzeugnisse, in der EU nach wie vor ein wesentlicher Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist und das Risiko für ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfälle, Aortenaneurysmen und periphere arterielle Verschlusskrankheiten erheblich erhöht; in der Erwägung, dass im Jahr 2023 in der EU etwa 160 000 Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und mehr als 3,27 Millionen krankheitsbereinigte Lebensjahre auf Tabakkonsum zurückzuführen waren²⁹, wobei Männer und sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen unverhältnismäßig stark betroffen waren;
- AM. in der Erwägung, dass sich die wirtschaftlichen Kosten des Rauchens in Europa, einschließlich Gesundheitsausgaben, Produktivitätsverlust und vorzeitiger Mortalität, auf mehr als 300 Milliarden EUR jährlich belaufen; in der Erwägung, dass Prävention wirksamer als jede Heilung und die kosteneffizienteste langfristige Strategie zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist;
- AN. in der Erwägung, dass der Tabakkonsum in der EU nach wie vor die häufigste vermeidbare Ursache nicht übertragbarer Krankheiten ist und gesundheitsbedingte Ungleichheiten weiter verschärft; in der Erwägung, dass strenge Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums einen Eckpfeiler der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs – die Krankheiten, die in der EU am häufigsten zum Tod führen – darstellen;
- AO. in der Erwägung, dass selbst durch Rauchen mit geringer Intensität oder gelegentliches Rauchen das kardiovaskuläre Risiko erheblich erhöht wird; in der Erwägung, dass der Konsum neuartiger Tabak- und Nikotinerzeugnisse ebenfalls mit einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität verbunden ist;
- AP. in der Erwägung, dass E-Zigaretten wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge nicht ungefährlich sind und erhebliche kardiovaskuläre Risiken bergen, unter anderem durch Mechanismen, durch die das Risiko von Thrombose und Atherosklerose insbesondere aufgrund der Nikotinexposition und der Inhalation toxischer Stoffe erhöht wird;
- AQ. in der Erwägung, dass die WHO E-Zigaretten nicht als Hilfsmittel zur Raucherentwöhnung empfiehlt und es Hinweise darauf gibt, dass der Konsum von E-Zigaretten mit einem höheren Konsum herkömmlicher

²⁹ Tool für Gesundheitsdaten der IHME für 2023.

Tabakprodukte einhergeht, insbesondere bei jungen Menschen;

- AR. in der Erwägung, dass die Herz-Kreislauf-Gesundheit stark von ökologischen, sozialen, handelsbezogenen und wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst wird, die über die Gesundheitsbranche hinausgehen; in der Erwägung, dass die systematische Befolgung eines Ansatzes der Einbeziehung von Gesundheitsfragen in alle Politikbereiche zusammen mit dem Konzept „Eine Gesundheit“ für die wirksame Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von wesentlicher Bedeutung ist;
- AS. in der Erwägung, dass durch Fettleibigkeit, Diabetes, einen bewegungsarmen Lebensstil und unzureichende körperliche Aktivität wesentlich zur kardiovaskulären Morbidität und Mortalität beigetragen wird; in der Erwägung, dass die Fortschritte bei der Verringerung dieser Risikofaktoren in mehreren Mitgliedstaaten zum Stillstand gekommen sind oder es gar Rückschritte gegeben hat;
- AT. in der Erwägung, dass durch starke soziale Bindungen und die Unterstützung durch Familie, Freunde und Gemeinschaften nachweislich die Ergebnisse in Bezug auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit verbessert werden, das Risiko von kardiovaskulär bedingten Ereignissen verringert wird, die Genesung gefördert wird und die Behandlungsadhärenz verbessert wird, wobei es sich um Effekte handelt, die durch künstliche Intelligenz oder digitales Eingreifen allein nicht repliziert werden können³⁰;
- AU. in der Erwägung, dass fast 80 % der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Todesfälle auf beeinflussbare Risikofaktoren³¹ zurückzuführen sind;
- AV. in der Erwägung, dass beim Exposom-Ansatz die Gesamtheit der Expositionen, etwa die ökologischen, chemischen, physikalischen, biologischen, sozialen und verhaltensbezogenen Expositionen, während der gesamten Lebenszeit einer Person berücksichtigt werden und dieser Ansatz einen einheitlichen Rahmen für eine gezielte Prävention darstellt; in der Erwägung, dass in Studien eine starke Korrelation zwischen dem Exposom und der Herz-Kreislauf-

³⁰ Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D., „Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review“ (Einsamkeit und soziale Isolation als Risikofaktoren für Mortalität – eine metaanalytische Untersuchung). PMC Link.

³¹ B. A. Stark et al., „Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors“ (Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Risikofaktoren auf globaler, regionaler und nationaler Ebene), 1990-2023, *Journal of the American College of Cardiology* 86, Nr. 22 (2025): 2167-2243, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.015>.

Gesundheit³² sowie eine Beteiligung verschiedener Komponenten des Exposoms an der Entwicklung und dem Fortschreiten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgezeigt wurden;

- AW. in der Erwägung, dass Hinweisen zufolge eine Lärmbelastung von über 70 dB Lden und 60 dB Lnight zu Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Verhaltens und der kognitiven Fähigkeiten von Kindern führen kann und während des gesamten Lebens mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko einhergeht³³;
- AX. in der Erwägung, dass für eine Verringerung der Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen Maßnahmen auf mehreren Ebenen erforderlich sind, einschließlich Maßnahmen auf Bevölkerungsebene, die dazu dienen, die Exposition gegenüber Risikofaktoren zu verringern, die Gesundheitskompetenz zu stärken und die Kompetenzen von Fachkräften im Gesundheitswesen sowie der Patientinnen und Patienten zu verbessern;
- AY. in der Erwägung, dass Screenings für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Folgeuntersuchungen insofern geeignete Präventionslösungen sind, als sie sich an Personen richten, die Risikofaktoren aufweisen; in der Erwägung, dass ein geeignetes Screening von Familien vorgesehen werden sollte, wenn Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit genetischer Veranlagung nachgewiesen werden;
- AZ. in der Erwägung, dass bestimmte nicht zielgerichtete oder nicht evidenzbasierte Screening- und Diagnoseverfahren in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen nur begrenzten Nutzen haben und dass durch diese Verfahren gleichzeitig die Überdiagnose, Überbehandlung und ineffiziente Nutzung von Ressourcen des Gesundheitswesens steigen können, sodass es für die Patientensicherheit und die Tragfähigkeit des Systems von wesentlicher Bedeutung ist, eine Gesundheitsversorgung zu vermeiden, die von geringem Mehrwert ist;
- BA. in der Erwägung, dass regelmäßige körperliche Aktivität ein wichtiger Schutzfaktor gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für Kinder und Jugendliche besonders wichtig ist, da dadurch der Blutdruck gesenkt, der Cholesterinspiegel verbessert, die Blutzuckerregulierung unterstützt und zur Aufrechterhaltung eines gesunden Körpergewichts beigetragen wird und systemische Entzündungen reduziert werden, wodurch gesunde

³² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290538/>.

³³ M. Raess, A. V. M. Brentani, B. Flückiger, B. Ledebur de Antas de Campos, G. Fink, M. Rösli, 'Association between community noise and children's cognitive and behavioral development: A prospective cohort study' (Zusammenhang zwischen Umgebungslärm und kognitiven sowie Verhaltensproblemen bei Kindern: Eine Prospektivstudie über Kohorte), *Environment International*, 158 (2022): 106961, <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106961>.

Verhaltensweisen etabliert werden, die auch im Erwachsenenalter fortbestehen³⁴;

- BB. in der Erwägung, dass Nahrung und Ernährung eine Schlüsselrolle bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zukommt und dass schlechte Ernährung und ungesunde Gewohnheiten maßgeblich mit einem erhöhten Risiko für Morbidität und Mortalität im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen einhergehen; in der Erwägung, dass die Herz-Kreislauf-Gesundheit durch die kumulativen Auswirkungen von Ernährungsgewohnheiten beeinflusst wird, die von Lebensmittelsystemen, sozialen Gepflogenheiten und Verfügbarkeitsmustern und nicht von isolierten Ernährungsbestandteilen geformt werden; in der Erwägung, dass bei Ansätzen, bei denen die Ernährungspolitik aus diesem breiteren Kontext gelöst wird, die Gefahr besteht, dass die Gesundheitsfaktoren zu stark vereinfacht werden und die Bemühungen um die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an Wirksamkeit verlieren;
- BC. in der Erwägung, dass ein präventiver Gesundheitsansatz und die Förderung gesunder Gewohnheiten eine grundlegende Rolle bei der Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihren Risikofaktoren spielen;
- BD. in der Erwägung, dass die Lebensmittelsysteme einen Beitrag zur Gesundheit der Menschen und des Planeten leisten;
- BE. in der Erwägung, dass Energiegetränke aufgrund des hohen Koffeingehalts und anderer Stimulanzien, die eine erhöhte Herzfrequenz, einen erhöhten Blutdruck und einen abnormalen Herzrhythmus zur Folge haben können, erhebliche kardiovaskuläre Risiken darstellen können, insbesondere für junge Menschen;
- BF. in der Erwägung, dass eine gesunde Ernährung positive Auswirkungen auf kardiovaskuläre Risiken hat; in der Erwägung, dass die Ernährungsgewohnheiten in vielen Mitgliedstaaten durch eine übermäßige Aufnahme von Salz, Zucker und gesättigten Fettsäuren gekennzeichnet sind; in der Erwägung, dass eine ausgewogene gesunde Ernährung wie beispielsweise traditionelle Ernährungsweisen der Mittelmeerküche und der nordischen Küche³⁵ ebenso wie eine rein pflanzliche Ernährung und bestimmte Ernährungsweisen auf der Basis ökologischer/biologischer

³⁴ Weltgesundheitsorganisation (WHO), „Guidelines on physical activity and sedentary behaviour“ (Leitlinien zu körperlicher Aktivität und sitzendem Verhalten),

³⁵ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.
<https://www.who.int/europe/news/item/07-05-2018-fostering-healthier-and-more-sustainable-diets-learning-from-the-mediterranean-and-new-nordic-experience>.

Lebensmittel³⁶ mit einem deutlich geringeren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden sind;

- BG. in der Erwägung, dass nur 12 % der Europäerinnen und Europäer täglich fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse essen; in der Erwägung, dass dieser Anteil bei Gruppen mit niedrigem Einkommen (10,8 %) geringer ist als bei Gruppen mit höherem Einkommen (14,8 %), was darauf schließen lässt, dass beim Zugang zu und bei der Erschwinglichkeit von gesunder Ernährung ein soziales Gefälle besteht³⁷; in der Erwägung, dass aus unabhängigen wissenschaftlichen Prüfungen hervorgeht, dass Ernährungsmuster, die reich an Gemüse, Obst, Vollkornprodukten, Beeren, Hülsenfrüchten und Fisch sind und einen maßvollen Konsum von rotem und verarbeitetem Fleisch, zugesetztem Zucker, überschüssigem Salz und verarbeiteten Lebensmitteln vorsehen, mit einem geringeren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 und vorzeitiger Sterblichkeit verbunden sind³⁸;
- BH. in der Erwägung, dass die EU in der Forschung, einschließlich der Gesundheitsforschung, weltweit führend ist; in der Erwägung, dass strukturelle Hemmnisse im Regelungsumfeld der EU zur Folge hatten, dass sich diese Führungsrolle nicht angemessen in ihrer Fähigkeit, Forschung in praktische Therapien zu überführen, niedergeschlagen hat; in der Erwägung, dass lediglich 4 % der zwischen 2017 und 2022 begonnenen klinischen Studien Herz-Kreislauf-Therapien betrafen; in der Erwägung, dass die wissenschaftliche Führungsrolle der EU genutzt werden sollte, um Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu bekämpfen; in der Erwägung, dass die Innovationsfähigkeit im Bereich der Biowissenschaften in der EU unterstützt und erleichtert werden muss;
- BI. in der Erwägung, dass die wirksame und gleichberechtigte Nutzung digitaler Gesundheitsinstrumente, von KI und innovativen medizinischen Technologien von einer angemessenen digitalen Kompetenz der Patientinnen und Patienten, der Fachkräfte im Gesundheitswesen und der breiten Bevölkerung abhängig ist;
- BJ. in der Erwägung, dass steigende Temperaturen und häufigere Hitzewellen zunehmend schwerwiegende Auswirkungen auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit haben dürften, insbesondere bei älteren

³⁶ <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2747-5734?id=&lang=de>.

³⁷ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Nutritional_habits_statistics.

³⁸ SAPEA, Science Advice for Policy by European Academies. (2023). „Towards sustainable food consumption“ (In Richtung nachhaltiger Ernährung). Berlin: SAPEA. doi:10.5281/zenodo.8031939 <https://scientificadvice.eu/scientific-outputs/towards-sustainable-food-consumption-evidence-review-report/>.

Menschen sowie bei Personen mit chronischen Erkrankungen, seltenen Krankheiten und Behinderungen; in der Erwägung, dass die hitzebedingte Mortalität den größten Teil der klimabedingten Todesfälle in Europa, von denen eine erhebliche Zahl auf kardiovaskuläre Ursachen zurückzuführen ist, ausmacht und dass durch die Wechselwirkung zwischen extremer Hitze, Dürre und Luftverschmutzung das kardiovaskuläre Risiko weiter verschärft wird;

- BK. in der Erwägung, dass Ereignisse wie Klimawandel, extreme Wetterereignisse, Luftverschmutzung, Umweltzerstörung, Exposition gegenüber Chemikalien, sicherheitspolitische Herausforderungen und andere Stressfaktoren erheblich zu dem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen, da sie zu einer Zunahme von Herzinfarkten, Herzrhythmusstörungen und anderen kardiovaskulären Ereignissen führen, und dass davon auszugehen ist, dass sie auch künftig Einfluss auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit haben werden;

Maßnahmenbereiche

I. Prävention

1. bekräftigt, dass Gesundheitsfragen auf unionsweiter und nationaler Ebene systematisch in alle Politikbereiche einbezogen werden müssen; fordert, dass Gesundheitsaspekte in Folgenabschätzungen für wichtige EU-Gesetzgebungsinitiativen, die für die öffentliche Gesundheit von Bedeutung sind, berücksichtigt werden; weist darauf hin, dass eine zugängliche, zeitnahe, erschwingliche und hochwertige Gesundheitsversorgung ein Grundrecht und Teil des Rechts auf Gesundheit ist; betont, dass wirksame und nachhaltige Gesundheitssysteme für alle Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sicherstellen sollten, unabhängig von Faktoren wie Geschlecht, Einkommen, Beschäftigungsstatus, Aufenthaltsstatus oder Wohnort; betont, dass dies eine der wirksamsten Strategien zur Prävention, Aufdeckung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, Ungleichheiten dringend anzugehen;
2. betont, dass eine wirksame Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der frühen Kindheit beginnt, während des gesamten Lebens andauert und frühzeitiges und nachhaltiges Handeln erfordert; hält es für äußerst wichtig, Fettleibigkeit bereits in jungen Jahren zu bekämpfen, um das Risiko, später im Leben Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln, zu senken;
3. betont, dass Europa bei der Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen entscheidenden Schritt weg von einem

vorwiegend auf die Akutversorgung ausgerichteten Ansatz und hin zu einem präventionsorientierten und integrierten Konzept über das gesamte Leben hinweg unternehmen muss, das sowohl die Primärprävention als auch die Sekundär- und Tertiärprävention umfasst; fordert die Kommission auf, einen horizontalen EU-Gesundheitsplan zur Prävention anzunehmen, um alle Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten anzugehen; hebt hervor, dass die Prävention Übergangspfade bei angeborenen Herzkrankheiten, die Überwachung des kardiovaskulären Risikos im Zusammenhang mit Schwangerschaften und altersgerechte Strategien für ältere Menschen umfassen sollte; fordert angesichts der sich überschneidenden klinischen Pfade einen koordinierten Präventionsansatz für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die damit verbundenen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen, einschließlich aller wichtigen nichtübertragbaren Krankheiten; betont, dass das Bewusstsein für Begleiterkrankungen geschärft und die Risikobewertungen gestärkt werden müssen;

4. weist darauf hin, dass wissenschaftlichen Gutachten zufolge Investitionen in eine wirksame Prävention die Gesundheitskosten langfristig senken, die Belastung der Fachkräfte im Gesundheitswesen verringern und dazu beitragen, Arbeitskräftemangel zu verhindern;
5. betont, dass ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz und Verständnis der unterschiedlichen Risikofaktoren von wesentlicher Bedeutung ist, um die Exposition gegenüber kardiovaskulären Risikofaktoren in der gesamten Bevölkerung zu verringern und das Engagement, das Selbstmanagement und die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten zu verbessern; fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, Sensibilisierungskampagnen zu fördern, um die Kompetenz in der Herz-Kreislauf- und Gesundheitsversorgung während des gesamten Lebens, unter anderem im Hinblick auf frühzeitige Symptomerkennung, grundlegende Erste-Hilfe-Fähigkeiten und gemeindenähe Reaktionen, zu stärken, und so dem Umstand Rechnung zu tragen, dass eine befähigte und informierte Bevölkerung von wesentlicher Bedeutung ist, um vermeidbare Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren;
6. fordert die Mitgliedstaaten auf, praktische Maßnahmen zu ergreifen, um die langfristige Therapieadhärenz zu unterstützen, einschließlich einer patientenorientierten Behandlungsoptimierung, koordinierter Folgemaßnahmen durch multidisziplinäre Teams und der Nutzung validierter digitaler Instrumente (etwa Erinnerungen und Folgemaßnahmen);
7. stellt fest, dass psychosoziale Faktoren und psychische Erkrankungen, einschließlich Depression, chronischer Stress und Angstzustände, zunehmend relevante kardiovaskuläre Risikofaktoren sind, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen; fordert, dass Rehabilitationsmaßnahmen auch psychosoziale Unterstützung über

das gesamte Leben hinweg umfassen;

8. hebt die zentrale Rolle der medizinischen Grundversorgung und der gemeindenahen Anbieter hervor, unter anderem bei der Förderung der kardiovaskulären Gesundheitskompetenz, wobei insbesondere anerkannt wird, dass Offizinapothekerinnen und -apotheker häufig zu den am besten zugänglichen Fachkräften im Gesundheitswesen gehören, insbesondere in unterversorgten Regionen, und Krankenhausapothekerinnen und -apotheker durch regelmäßige, niedrigschwellige Interaktionen mit den Bürgerinnen und Bürgern Patientenaufklärung, Unterstützung bei der Selbstbehandlung und Adhärenzberatung bieten;
9. fordert die Mitgliedstaaten auf, die Erste-Hilfe-Ausbildung und die Krisenreaktionsfähigkeit für medizinische Notfälle durch Grundlagenschulungen, Sensibilisierung und den Austausch bewährter Verfahren auf EU-Ebene zu stärken;
10. spricht sich für die Nutzung von Gesundheitsförderungsprogrammen, Aufklärung, Immunisierungskampagnen und eine durch digitale Kennzeichnung und andere digitale Instrumente unterstützte Kennzeichnung aus, um die Aufklärung, die Eigenverantwortung und den Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher zu stärken, ergänzt durch eine entsprechende Beratung im Rahmen der medizinischen Grundversorgung, auch in Krankenhäusern und Offizinapotheken; ist der Ansicht, dass diese Maßnahmen die Politik im Bereich der öffentlichen Gesundheit und einen breiteren Rahmen zur Förderung eines gesünderen Lebensmittelumfelds ergänzen sollten, wobei anzuerkennen ist, dass eine wirksame Prävention im Bereich der Gesundheit die Auseinandersetzung mit umfassenderen sozioökonomischen Faktoren erfordert und den Bürgerinnen und Bürgern gleichzeitig die Möglichkeit geben muss, fundierte Entscheidungen zu treffen;
11. stellt fest, dass Virusinfektionen, einschließlich Atemwegsinfektionen, mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden sind; begrüßt die angekündigte Empfehlung des Rates zur Impfung gegen Atemwegsinfektionen als Präventivmaßnahme gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und fordert die Kommission auf, diese parallel zur Entwicklung und Umsetzung nationaler Pläne für die Herz-Kreislauf-Gesundheit und in Absprache mit nationalen wissenschaftlichen Sachverständigen und einschlägigen Interessenträgern voranzubringen, um die rechtzeitige Koordinierung, Kohärenz und Komplementarität der Maßnahmen auf EU-Ebene und auf nationaler Ebene sicherzustellen; betont, dass durch die Prävention von Infektionskrankheiten zu einer Verringerung des kardiovaskulären Risikos beigetragen werden kann; betont, dass gezielte Impfprogramme für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Herz-Kreislauf-Risiko wichtig sind;

12. fordert den Rat auf, Empfehlungen des Rates zu einer umfassenden, evidenzbasierten Gesundheitsaufklärung in Schulen anzunehmen, einschließlich der Aufklärung über Herz-Kreislauf-Gesundheit und der Sensibilisierung für metabolische, verhaltensbezogene, umweltbedingte und andere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einer gesunden Lebensweise, unter anderem zu den Auswirkungen körperlicher Aktivität, einer Verringerung des Sitzens und einer gesunden Ernährung, sowie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten; fordert die Mitgliedstaaten auf, diese Empfehlungen umzusetzen und die Gesundheitsaufklärung zu einem zentralen Bestandteil ihrer nationalen Pläne für die Herz-Kreislauf-Gesundheit zu machen;
13. betont, dass soziale Gesundheitsfaktoren, einschließlich der Vermarktung verschiedener Produkte, die zur Entwicklung von Herzkrankheiten und miteinander verknüpften nichtübertragbaren Krankheiten beitragen, negative Auswirkungen auf die Entscheidungen der Verbraucherinnen und Verbraucher haben und somit zur Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen können; betont, dass diese Praktiken das Erreichen der Ziele im Bereich der öffentlichen Gesundheit gefährden und sich unverhältnismäßig stark auf einkommensschwächere Haushalte auswirken können; bekräftigt, dass klare Verbraucherinformationen über das Risiko verschiedener Kategorien vermarkteter Produkte erforderlich sind; betont, dass junge Menschen und Kinder besonders schutzbedürftig sind und besonderen und maßgeschneiderten Schutz vor gezielter Werbung und gezieltem Marketing für Produkte, die für sie ungeeignet sind, benötigen; fordert die Mitgliedstaaten auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Exposition von Kindern und Jugendlichen gegenüber der Werbung für Produkte, die zur Entwicklung von Herzkrankheiten und damit verbundenen nichtübertragbaren Krankheiten beitragen können, auch im digitalen Umfeld, zu verringern; fordert die Kommission auf, die Regelungslücken bei der Vermarktung dieser Produkte, einschließlich der Nutzerinhalte auf Social-Media-Plattformen, Websites, Gaming-Plattformen und Apps, zu schließen und die Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste³⁹ in dieser Hinsicht zu bewerten;
14. betont, dass die Gesundheitspolitik evidenzbasiert sein, mit den besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen im Einklang stehen und frei von unzulässiger Beeinflussung sein muss; erkennt an, dass eine erfolgreiche Gesundheitspolitik und Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz

³⁹ Richtlinie 2010/13/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 10. März 2010 zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Bereitstellung audiovisueller Mediendienste (Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste) (ABl. L 95 vom 15.4.2010, S. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2010/13/oj>).

erfordern; fordert Transparenz bei Entscheidungsprozessen und Lobbytätigkeiten im Zusammenhang mit der Herz-Kreislauf-Gesundheit; erinnert an die Verpflichtungen der EU im Rahmen einschlägiger internationaler Übereinkünfte, die politische Entscheidungsfindung im Bereich der öffentlichen Gesundheit vor kommerziellen und sonstigen Partikularinteressen zu schützen; weist darauf hin, dass es sowohl in der Kommission als auch in den Mitgliedstaaten Vorschriften zu Interessenkonflikten gibt, und fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, für einen wirksamen Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten in Expertengruppen, Beratungsgremien und politischen Entscheidungsprozessen im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Prävention zu sorgen;

15. betont, dass falsche und irreführende gesundheitsbezogene Angaben über Produkte wie Lebensmittel, E-Zigaretten und andere neuartige und neu aufkommende Nikotin- und Tabakerzeugnisse, die ohne angemessenen Kontext und ohne wissenschaftliche Nachweise vorgelegt werden, die Entscheidungen der Verbraucherinnen und Verbraucher und die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen beeinflussen können; weist erneut darauf hin, dass es Rechtsvorschriften der EU gibt, die die Verwendung gesundheitsbezogener Angaben für Lebensmittel und Getränke regeln; fordert die Mitgliedstaaten auf, weitere Maßnahmen zum Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher, insbesondere von Kindern, in Erwägung zu ziehen; fordert einen verbesserten und evidenzbasierten Rechtsrahmen, um sicherzustellen, dass jegliche Kommunikation mit Verbraucherinnen und Verbrauchern über Produkte, die kardiovaskuläre Risikofaktoren erhöhen könnten, auf unabhängigen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht, einer angemessenen Aufsicht durch die zuständigen Behörden unterliegt und keine irreführenden Angaben zu kardiovaskulären und anderen Gesundheitsrisiken für die Verbraucherinnen und Verbraucher enthält; nimmt zur Kenntnis, dass die Kommission beabsichtigt, als Maßnahme zur Beseitigung irreführender Nährwert- und gesundheitsbezogener Angaben Nährwertprofile festzulegen; fordert darüber hinaus die vollständige Durchsetzung des Verbots der Gratisverteilung von Tabakerzeugnissen;
16. fordert, dass bei der bevorstehenden Überarbeitung der Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken⁴⁰ nicht nur die wirtschaftlichen

⁴⁰ Richtlinie 2005/29/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken von Unternehmen gegenüber Verbrauchern im Binnenmarkt und zur Änderung der Richtlinie 84/450/EWG des Rates, der Richtlinien 97/7/EG, 98/27/EG und 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates sowie der Verordnung (EG) Nr. 2006/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates (Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken) (ABl. L 149 vom 11.6.2005, S. 22, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/29/oj>).

Interessen der Verbraucherinnen und Verbraucher geschützt werden, sondern auch der Schutz der Gesundheit der Verbraucherinnen und Verbraucher ausdrücklich einbezogen wird, um wirksam gegen Geschäftspraktiken vorzugehen, die der menschlichen Gesundheit schaden;

17. erkennt an, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen arbeitsbedingt sein oder durch die Arbeit verschärft werden können und dass die berufsbedingte Exposition einen vermeidbaren Risikofaktor für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität in der EU darstellt; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Rahmen für die Bewertung des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen am Arbeitsplatz zu verbessern;
18. betont, dass eine wirksame Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein gesünderes soziales, wirtschaftliches und physisches Umfeld erfordert; fordert umfassende politische Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Arbeitsbedingungen, Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, Verkehr, körperliche Aktivität, Bildung und Umweltschutz;

BEEINFLUSSBARE RISIKOFAKTOREN

Tabak und Rauchen

19. betont, dass starke, evidenzbasierte und geeignete Regulierungsmaßnahmen wichtig sind, um die Erschwinglichkeit, den Konsum und die Attraktivität verschiedener Geräte zum Rauchen sowie von Nikotin- und Tabakerzeugnissen, auch neuartiger und neu entstehender Nikotin- und Tabakerzeugnisse, und den Zugang zu ihnen einzudämmen; stellt fest, dass solche Maßnahmen gegebenenfalls Verbote von Geschmacksrichtungen, die für Minderjährige und Nichtraucher besonders attraktiv sind, und Beschränkungen des Nikotingehalts sowie eine angemessene und wirksame Verbrauchsteuer auf die verschiedenen Erzeugnisse umfassen können; weist darauf hin, dass Nikotin nachweislich das kardiovaskuläre Risiko erhöht;
20. betont, dass Nichtraucher und Frauen zunehmend neuartige und neu aufkommende Nikotinerzeugnisse konsumieren; weist darauf hin, dass Minderjährige nach wie vor besonders anfällig dafür sind, neue Nikotinerzeugnisse wie E-Zigaretten, Nikotinbeutel und erhitzte Tabakerzeugnisse zu konsumieren, die oft in attraktiven Geschmacksrichtungen und Verpackungen erhältlich sind; betont, dass Präventions- und Bildungsmaßnahmen verstärkt und Minderjährige und Jugendliche am Zugang zu Tabak- und Nikotinerzeugnissen gehindert werden müssen, unter anderem durch eine wirksame Durchsetzung des Verbots des Verkaufs an Minderjährige und verstärkte Alterskontrollen an der Verkaufsstelle, einschließlich einheitlicher Vorschriften für den Verkauf im Internet;

fordert die Mitgliedstaaten in diesem Zusammenhang auf, die EUDI-Brieftasche rasch umzusetzen, um Minderjährige am Kauf altersbeschränkter Waren zu hindern;

21. betont, dass Strategien und politische Maßnahmen zur Raucherentwöhnung strikt an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichtet sein und im Einklang mit den Empfehlungen der wissenschaftlichen Gemeinschaft gestaltet werden müssen;
22. betont, dass der Nikotinkonsum in herkömmlicher, neuartiger und neu entstehender Form Bluthochdruck verursachen, das Risiko von Herzrhythmusstörungen erhöhen und zu endothelialer Dysfunktion sowie zu beschleunigter Atherosklerose beitragen kann; stellt fest, dass sich der Nikotingehalt und die Art der Verwendung je nach Erzeugnis unterscheiden und dass verschiedene Nikotinerzeugnisse daher unterschiedliche Risikoprofile aufweisen können, dass aber alle diese Erzeugnisse nach wie vor Gesundheitsrisiken bergen;
23. fordert, dass alle nichtmedizinischen Nikotinerzeugnisse, einschließlich neuartiger und neu aufkommender Tabak- und Nikotinerzeugnisse, in den Anwendungsbereich der Richtlinie über Tabakerzeugnisse aufgenommen werden und angemessenen Vorschriften in Bezug auf Mindestalter, Geschmacksrichtungen, Nikotingehalt, Verpackung und Vermarktung unterliegen, um Rechtssicherheit und starke Schutzmaßnahmen, insbesondere für junge Menschen, zu gewährleisten; betont, dass klare, umfassende und technologie neutrale Definitionen erforderlich sind; fordert eine bessere Angleichung an die Grundsätze des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums;
24. fordert eine klare und wirksame Regulierung der Werbung, der Verkaufsförderung und des Sponsoring für Tabak- und Nikotinerzeugnisse, einschließlich neuartiger und neu entstehender Tabak- und Nikotinerzeugnisse, über alle Medien- und Kommunikationskanäle, auch Online-Plattformen und soziale Medien, sowie die Einführung von Maßnahmen zur Abschaffung indirekter Marketingpraktiken und zur Verringerung der Attraktivität von Produkten, insbesondere für Minderjährige, unter gebührender Berücksichtigung der nationalen Zuständigkeiten; fordert nachdrücklich, dass Werbung in sozialen Medien explizit in den Anwendungsbereich der Richtlinie über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen⁴¹ aufgenommen und durch sie abgedeckt wird;
25. begrüßt die Initiative der Kommission zur Überarbeitung des

⁴¹ Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen (ABl. L 152 vom 20.6.2003, S. 16, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2003/33/oj>).

Rechtsrahmens für die Eindämmung des Tabakkonsums, die erstmals in Europas Plan gegen den Krebs angekündigt wurde und die in Synergie mit der EU-Strategie zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von entscheidender Bedeutung ist, um die vereinbarten EU-Ziele für Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums zu erreichen; fordert die Kommission auf, so bald wie möglich einen soliden, wissenschaftlich fundierten überarbeiteten Rahmen vorzulegen, um das in Europas Plan gegen den Krebs festgelegte Ziel einer tabakfreien Generation zu erreichen, wonach bis 2040 weniger als 5 % der Bevölkerung Tabak konsumieren; stellt mit Besorgnis fest, dass die derzeitigen Raucherquoten in Europa dieses Ziel zu gefährden drohen; betont, dass künftige Vorschläge durch eine ordnungsgemäße Folgenabschätzung im Einklang mit den Leitlinien für eine bessere Rechtsetzung gestützt werden müssen; weist erneut auf das wachsende Bewusstsein dafür hin, dass die Wirksamkeit von Zigarettenfiltern überdacht werden muss, da diese fälschlicherweise den Eindruck vermitteln können, weniger schädlich zu sein;

26. fordert die Einführung von Bewertungen der gesundheitlichen Auswirkungen vor dem Inverkehrbringen für alle neuen Tabak- und Nikotinerzeugnisse, einschließlich erhitzter Tabakerzeugnisse, E-Zigaretten und Nikotinbeutel, sofern dies angemessen ist und mit dem EU-Recht im Einklang steht;
27. fordert die Mitgliedstaaten auf, die Rechtsvorschriften über rauchfreie Zonen, die für alle öffentlichen Innenräume und Arbeitsplätze gelten, wirksam durchzusetzen und weitere Rechtsvorschriften über rauchfreie Zonen, die von Kindern frequentiert werden, etwa das Schulgelände, einzuführen, um die Bevölkerung vor der Belastung durch Passivrauchen zu schützen;
28. weist darauf hin, dass innerhalb der Kommission Vorschriften über die Transparenz von Lobbytätigkeiten gelten, die auch für die Tabakindustrie gelten, und dass bestimmte Generaldirektionen bei der Interaktion mit Vertretern dieser Branche zusätzliche Regelungen angewandt haben; stellt fest, dass die Europäische Bürgerbeauftragte in ihrer Entscheidung im Fall OI/6/2021/KR über die Transparenz der Interaktionen der Kommission mit Vertretern der Tabakindustrie weitere Empfehlungen abgegeben hat, um die Transparenz in Bezug auf das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs sicherzustellen;

Schädlicher Alkoholkonsum, insbesondere in Mengen, die über den wissenschaftlich fundierten Gesundheitsempfehlungen liegen

29. betont, dass schädlicher Alkoholkonsum, insbesondere in Mengen, die wissenschaftlich fundierte Gesundheitsempfehlungen übersteigen, das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und andere nichtübertragbare Krankheiten erhöht; betont, dass

schädlicher Alkoholkonsum zu einem anhaltenden Anstieg des Blutdrucks führen kann, was ein wichtiger Risikofaktor für Herzinfarkte, Schlaganfälle und andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist und mit einem erhöhten Risiko sowohl eines ischämischen als auch eines hämorrhagischen Schlaganfalls einhergeht;

30. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, auf den umfassenden alkoholpolitischen Maßnahmen in Europas Plan gegen den Krebs aufzubauen, unter anderem durch eine Überarbeitung der Richtlinie zur Harmonisierung der Struktur der Verbrauchsteuern auf Alkohol und alkoholische Getränke⁴²; weist darauf hin, dass die Besteuerung in erster Linie in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fällt; stellt fest, dass die Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer Alkoholpolitik eine Vielzahl politischer Maßnahmen, darunter auch steuerlicher Natur, ergreifen können, und betont, dass Abgaben, Steuern und Zölle als Anreize zur Beeinflussung des Verbraucherverhaltens dienen können;
31. fordert, das Bewusstsein der Verbraucherinnen und Verbraucher zu schärfen, indem ihnen bessere und genauere Informationen zu den Nährwerten und den gesundheitlichen Auswirkungen von Alkohol zur Verfügung gestellt werden; nimmt den Vorschlag der Kommission in Europas Plan gegen den Krebs zur Kenntnis, die zwingend vorgeschriebene Angabe der Inhaltsstoffe und der Nährwerte auf den Etiketten aller alkoholischen Getränke einzuführen;
32. betont, dass ein klarer Ansatz zur Prävention in Bezug auf Alkohol verfolgt werden muss, und fordert die Mitgliedstaaten auf, Aufklärungs- und Kommunikationskampagnen zu den kardiovaskulären Risiken und anderen Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit schädlichem Alkoholkonsum, insbesondere in Mengen, die die wissenschaftlich fundierten Gesundheitsempfehlungen übersteigen, durchzuführen; spricht sich für den Austausch über bewährte Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten aus, auch in Bezug auf Sensibilisierungskampagnen und geeignete Unterstützungsdienste, um den Alkoholkonsum Minderjähriger zu verringern und die Menschen vor alkoholbedingten Schäden zu schützen;
33. fordert die wirksame Regulierung der Werbung für alkoholische Getränke und entsprechender Sponsoringaktivitäten in Kontexten, in denen Minderjährige erreicht werden könnten;

⁴² Richtlinie 92/83/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 zur Harmonisierung der Struktur der Verbrauchsteuern auf Alkohol und alkoholische Getränke (ABl. L 316 vom 31.10.1992, S. 21. ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1992/83/oj>).

Drogen

34. ist besorgt über den Anstieg des Drogenkonsums in der EU, zumal immer mehr neue Arten von Drogen erhältlich sind; hebt das fehlende Bewusstsein für die nachteiligen Auswirkungen von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit auf das Herz-Kreislauf-System hervor; fordert die EU und die Mitgliedstaaten auf, Sensibilisierungskampagnen zu den gefährlichen Auswirkungen von Drogen zu unterstützen und durchzuführen und Fachkräfte im Gesundheitswesen hinsichtlich komplexer polyvalenter Konsummuster besser zu schulen; fordert die EU und die Mitgliedstaaten auf, ehrgeizige bereichsübergreifende politische Maßnahmen zu ergreifen, um dem Drogenkonsum in Europa ein Ende zu setzen;
35. betont, dass Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das kumulative kardiovaskuläre Risiko des gleichzeitigen Konsums schädlicher Substanzen gefördert werden müssen;

Ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel

36. hebt hervor, dass ungesunde Lebensweisen und schlechte Ernährungsgewohnheiten zur Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen nichtübertragbaren Krankheiten beitragen; betont, dass einer ausgewogenen Ernährung und körperlicher Betätigung große Bedeutung zukommt;
37. weist darauf hin, dass Übergewicht und Fettleibigkeit einerseits zu den Hauptursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören und andererseits als Risikofaktoren für mehrere Krebsarten gelten und dass die Qualität der Ernährung entscheidend für die Herz-Kreislauf-Gesundheit ist; sieht es daher als erforderlich an, in allen relevanten Politikbereichen der EU einen ganzheitlichen Ansatz hinsichtlich des Lebensmittelsystems zu verfolgen, um Adipositas begünstigende Ernährungsumfelder systematisch zu verringern und gesündere Ernährungsgewohnheiten zu fördern;
38. fordert EU-Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensmittelumfelds, einschließlich einer Nährwertkennzeichnung auf der Packungsvorderseite im Einklang mit ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen und der Einführung von Regelungen hinsichtlich der Vermarktung ungesunder Lebensmittel; begrüßt freiwillige Selbstverpflichtungen der Branche, betont jedoch, dass diese durch konsequentere und durchsetzbarere Rechtsvorschriften ergänzt werden sollten; unterstreicht, dass solche Maßnahmen keine unbeabsichtigten Auswirkungen auf Lebensmittel haben sollten, die für spezifische Ernährungsbedürfnisse konzipiert sind, und nimmt die besonderen Merkmale von Produkten zur Kenntnis, die durch EU-Qualitätssiegel wie etwa die geschützte Ursprungsbezeichnung oder die geschützte geografische Angabe geschützt sind;

39. fordert EU-Maßnahmen, um die Verbraucherinnen und Verbraucher stärker zu sensibilisieren und den Zugang zu Informationen über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit zu verbessern, unter anderem durch Aufklärungskampagnen in Schulen; betont, dass eine ernährungsphysiologisch angemessene, vielfältige und ausgewogene Ernährungsweise, die ein breites Spektrum an Nährstoffgruppen in angemessenen Mengen umfasst und der kulturellen Vielfalt in der gesamten EU Rechnung trägt, ein Eckpfeiler einer wirksamen Gesundheitspolitik ist und als solcher gefördert werden sollte; betont, dass Präventionsstrategien zu fundierten Verbraucherentscheidungen und Ernährungsgewohnheiten beitragen sollten, die auf soliden wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen; unterstützt darüber hinaus auch die Einführung von Initiativen, die den Konsum von natürlichen, frischen, saisonalen und lokal erzeugten Lebensmitteln fördern, wodurch kurze Lieferketten gestärkt und die Verbindungen zwischen Landwirtschaft und Gesundheit gefestigt werden; betont, dass Landwirte und ihre Vereinigungen in die Umsetzung solcher Initiativen einbezogen werden sollten, um das Zusammenspiel aus nachhaltiger Landwirtschaft, Ernährung und öffentlicher Gesundheit zu stärken;
40. fordert die Kommission auf, im Rahmen der Überarbeitung der Vergaberichtlinien sicherzustellen, dass öffentliche Behörden gesündere Mahlzeiten bereitstellen können, darunter auch lokal und nachhaltig erzeugte Lebensmittel; fordert einen strategischen Ansatz bei der öffentlichen Lebensmittelbeschaffung, um einen gleichberechtigteren Zugang zu gesunden Mahlzeiten in Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Krankenhäusern und anderen öffentlichen Einrichtungen zu ermöglichen; begrüßt die Veröffentlichung technischer Leitlinien der Gemeinsamen Forschungsstelle zur Förderung gesünderer Optionen im öffentlichen Beschaffungswesen und regt nationale, regionale und kommunale Behörden dazu an, die Leitlinien anzuwenden;
41. fordert eine stärkere Kohärenz zwischen den Gesundheitszielen und der Agrar- und Lebensmittelpolitik der EU, um sicherzustellen, dass mit öffentlichen Mitteln die Erzeugung und der Konsum jener Lebensmittel unterstützt werden, die mit einem geringeren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden sind;
42. betont, dass die wirksame Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen chronischen Erkrankungen früh im Leben ansetzen und einem lebenslangen Ansatz folgen muss; hebt den alarmierenden Anstieg von Fettleibigkeit im Kindesalter und von ungesunden Ernährungsweisen hervor; fordert die Fortführung und ausreichende Finanzierung des EU-Schulprogramms für Milch, Obst und Gemüse; fordert gesunde und erschwingliche Schulumahlzeiten und die Einführung von Mindestqualitätsstandards für Schulen und öffentliche Kantinen; fordert, dass dafür gesorgt wird, dass diesen

Kantinen frische, natürliche und saisonale Produkte zur Verfügung stehen, und dass gleichzeitig der Rückgriff auf Lebensmittel mit hohem Fett-, Zucker- und Salzgehalt sinkt; fordert die staatlichen Stellen dazu auf, gesunde Ernährungsgewohnheiten unter allen Umständen und von frühester Kindheit an zu fördern und zu finanzieren, unter anderem über Sport- und Freizeiteinrichtungen;

43. hebt hervor, dass die Vermarktung von Lebensmitteln mit hohem Fett-, Zucker- und Salzgehalt Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten von Kindern hat und somit zur Entstehung von Fettleibigkeit im Kindesalter und anderen lebenslangen chronischen Erkrankungen beitragen kann; unterstreicht insbesondere, dass für die Vermarktung und Bewerbung solcher Produkte gegenüber Kindern und Jugendlichen über alle Kanäle hinweg – auch über Online-Plattformen, soziale Medien und durch Influencer-Marketing – sowie im Hinblick auf algorithmisches Targeting und neue, KI-gestützte Vermarktungspraktiken eine bessere Regulierung erforderlich ist; hebt die bestehenden EU-Rechtsvorschriften in diesem Bereich hervor und begrüßt laufende Initiativen, darunter die im Plan zum Schutz der Herzgesundheit angekündigte Überarbeitung der Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste sowie die Umsetzung des Gesetzes über digitale Dienste⁴³;
44. hebt hervor, dass die derzeitige Ernährungsweise in der EU nicht den Ernährungsempfehlungen entspricht, da nur 12 % der Europäerinnen und Europäer täglich fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse zu sich nehmen; stellt fest, dass eine ausgewogene gesunde Ernährung – wie sie beispielsweise in traditionellen europäischen Ernährungsweisen, einschließlich der Mittelmeerküche und der nordischen Küche⁴⁴, üblich ist – ebenso wie eine rein pflanzliche Ernährung und bestimmte Ernährungsweisen auf der Basis ökologischer/biologischer Lebensmittel⁴⁵ mit einem deutlich

⁴³ Verordnung (EU) 2022/2065 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 19. Oktober 2022 über einen Binnenmarkt für digitale Dienste und zur Änderung der Richtlinie 2000/31/EG (Gesetz über digitale Dienste) (ABl. L 277 vom 27.10.2022, S. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2065/oj>).

⁴⁴ WHO, „Fostering healthier and more sustainable diets – learning from the Mediterranean and New Nordic experience“ (Förderung einer gesünderen und nachhaltigeren Ernährung – Lehren aus den Erfahrungen mit der mediterranen Ernährung und der neuen nordischen Küche), 2018, <https://www.who.int/europe/news/item/07-05-2018-fostering-healthier-and-more-sustainable-diets-learning-from-the-mediterranean-and-new-nordic-experience>.

⁴⁵ Dahm, J. B., „Geringere Inzidenz atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Ernährung mit Biolebensmitteln (dänische Kohortenstudie)“, 2026, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2747-5734?id=&lang=de>.

geringeren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden sind; betont, wie wichtig der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse und ein maßvoller Konsum von rotem und verarbeitetem Fleisch im Einklang mit den europäischen Empfehlungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit sind; stellt fest, dass sich der Verzehr von Obst und Gemüse in Formen, bei denen Ballaststoffe und Nährwerte erhalten bleiben, positiv auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung auswirken kann;

45. betont, dass die Entscheidung für gesunde Ernährung durch eine Vielzahl von Hindernissen erschwert wird; betont insbesondere, dass es sektorübergreifender Maßnahmen bedarf, um ein Ernährungsumfeld zu schaffen, in dem gesündere Lebensmittel für die Bürgerinnen und Bürger der EU die einfachste und erschwinglichste Option darstellen, da eine gesündere Ernährung in der Regel teurer ist als weniger gesunde Alternativen und der Preis eine unverhältnismäßig große Belastung für Bevölkerungsgruppen mit niedrigem und mittlerem Einkommen darstellt; hebt hervor, dass Hindernisse beim Zugang zu gesunden und nahrhaften Lebensmitteln beseitigt werden müssen; fordert angemessene Strategien, durch die gesündere Produkte erschwinglicher werden; fordert die Mitgliedstaaten auf, die Erschwinglichkeit und Zugänglichkeit von Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Vollkornprodukten zu verbessern, unter anderem durch gezielte regulatorische Maßnahmen und durch eine umfassende Nutzung der Finanzierungsinstrumente der EU;
46. betont, dass private Marktteilnehmer bestrebt sein sollten, die ernährungsphysiologische Qualität der von ihnen angebotenen Erzeugnisse zum Wohle der Verbrauchergesundheit zu verbessern;
47. begrüßt, dass im Plan zum Schutz der Herzgesundheit auf eine laufende Studie der Kommission über die Auswirkungen des Verzehrs von „hochverarbeiteten Lebensmitteln“ hingewiesen wird; fordert die Kommission auf, eine klare, wissenschaftlich fundierte und harmonisierte Definition von „hochverarbeiteten Lebensmitteln“ auf EU-Ebene zu erarbeiten und zu fördern – wobei Lebensmittel, die zur Deckung spezifischer Ernährungsbedürfnisse aufgrund diagnostizierter Erkrankungen, Allergien, schwerer Unverträglichkeiten oder anderer Pathologien entwickelt wurden, ausgenommen bleiben sollen –, um eine kohärente Ernährungspolitik zu unterstützen, und evidenzbasierte Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen nichtübertragbaren Erkrankungen zu stärken;
48. erkennt an, dass traditionelle Verarbeitungsverfahren wie Fermentierung, Eindosen, Trocknung und Salzen seit jeher entscheidend zur Haltbarmachung von Lebensmitteln beigetragen haben, was wiederum zu höheren Gesundheits- und Sicherheitsstandards geführt und in vielen Fällen die Verfügbarkeit

landwirtschaftlicher Erzeugnisse für eine gesündere Ernährung verbessert hat;

49. fordert die Kommission auf, die Auswirkungen von Energydrinks auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit zu bewerten und anschließend geeignete Maßnahmen auf EU-Ebene – insbesondere zum Schutz von Kindern und Jugendlichen – zu unterstützen, sofern dies aufgrund der Bewertung und der wissenschaftlichen Erkenntnisse gerechtfertigt ist; fordert die Kommission auf, die Mitgliedstaaten – sofern dies aufgrund der Bewertung und der wissenschaftlichen Erkenntnisse gerechtfertigt ist – in der Folge auch dabei zu unterstützen und dazu anzuregen, Maßnahmen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Energy-Drinks in Einrichtungen, die vorwiegend von Minderjährigen genutzt werden, zu erwägen, und befürwortet den Austausch über bewährte Verfahren auf EU-Ebene;
50. weist auf die Bedeutung integrierter Maßnahmen in den Bereichen Stadtentwicklung und Verkehr hin, die darauf abzielen, Adipositas begünstigende Lebensumfelder zu verringern, den Zugang zu aktiver Mobilität zu verbessern und Gesundheitsziele in der Raumplanung sowie in der Wohnungs- und Infrastrukturpolitik zu verankern; hebt hervor, dass Stadtplanung, auch durch die Bereitstellung ausreichender Grünflächen sowie sicherer Bedingungen für Menschen, die zu Fuß gehen oder mit dem Rad fahren, einen unmittelbaren Einfluss auf die Prävention von Herzerkrankungen hat; fordert öffentliche Investitionen in ein gesundes städtisches Umfeld, das zu körperlicher Betätigung anregt, zu einer besseren Luftqualität beiträgt und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verringert; fordert eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit, um förderliche Lebensumfelder und aufeinander abgestimmte politische Maßnahmen zu schaffen, die die körperliche Betätigung über das ganze Leben hinweg unterstützen und damit sowohl zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch zu einer wirksamen Rehabilitation beitragen;
51. fordert die Mitgliedstaaten auf, gezielte Maßnahmen zu ergreifen, um gesündere Alltagsgewohnheiten bei Kindern und Jugendlichen zu fördern, indem mehr Möglichkeiten für körperliche Aktivität geschaffen und sitzende Beschäftigungen verringert werden, da auf diese Weise wichtigen beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bewegungsmangel, Übergewicht und Fettleibigkeit vorgebeugt werden kann; betont ferner, dass Aufklärung in diesem Bereich sowie der Zugang zu verlässlichen Informationen über körperliche Betätigung für Menschen jeden Alters von entscheidender Bedeutung sind; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, Initiativen wie Sportangebote für Seniorinnen und Senioren in lokalen Gemeinschaften und barrierefreie Sportkurse zu fördern und dafür zu sorgen, dass in den Lehrplänen der Schulen täglich ausreichend Zeit für Bewegung vorgesehen ist, um so die Rahmenbedingungen für einen gesunden

Lebensstil zu schaffen;

52. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, den Sportsektor als wichtigen Ansatzpunkt zur Förderung körperlicher Aktivität und gesunder Verhaltensweisen einzubeziehen, unter anderem durch Initiativen im Breitensport und indem die Vermarktung von Lebensmitteln mit hohem Fett-, Zucker- und Salzgehalt bei Sportveranstaltungen unterbunden wird;

SOZIOÖKONOMISCHE GESUNDHEITSAKTOREN

53. betont, dass die Herz-Kreislauf-Gesundheit auch ein gesellschaftliches Thema von öffentlichem Interesse ist und dass das Fortbestehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der EU, einschließlich der damit verbundenen Risikofaktoren für Diabetes und Fettleibigkeit, eng mit sozioökonomischen Faktoren wie Einkommensungleichheit, unsicheren Beschäftigungsverhältnissen, Wohnverhältnissen, dem Geschlecht, dem Bildungsniveau und der Umweltbelastung zusammenhängt; weist darauf hin, dass einkommensschwache Haushalte, Menschen mit chronischen oder seltenen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in prekären Beschäftigungsverhältnissen, Frauen, ältere Personen, Kinder und junge Menschen sowie soziale Randgruppen unverhältnismäßig stark von diesen Faktoren betroffen sind, was zu kumulativen, lebenslangen Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen führt; fordert, dass politische Maßnahmen im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit fest in die umfassendere Sozial-, Kohäsions- und Inklusionspolitik der EU integriert werden und dass sichergestellt wird, dass diejenigen, die am stärksten gefährdet sind, gebührend berücksichtigt werden;
54. betont, dass die sozioökonomischen Faktoren der Herz-Kreislauf-Gesundheit sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene Berücksichtigung finden müssen, und zwar indem die aktuellen EU-Rahmen wirksam umgesetzt werden;
55. begrüßt den Plan zum Schutz der Herzgesundheit und besteht darauf, dass jede kardiovaskuläre Strategie der EU in ihre Sozial-, Umwelt- und Wirtschaftspolitik eingebettet wird; betont, dass Armut und Arbeitsplatzunsicherheit die Exposition gegenüber Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, darunter chronischer Stress, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, unangemessene Wohnverhältnisse und ein eingeschränkter Zugang zu Präventionsleistungen, erheblich erhöhen;
56. betont, dass die Sichtweisen von Patientinnen und Patienten sowie von informellen Betreuerinnen und Betreuern in die Gesundheitspolitik einbezogen werden sollten, damit Entscheidungsprozesse den tatsächlichen Erfahrungen dieser

Menschen Rechnung tragen und zu politischen Maßnahmen führen, die ihr tägliches Leben und ihr langfristiges Wohlbefinden spürbar verbessern;

UMWELTBEDINGTE GESUNDHEITSAKTOREN

57. betont, dass Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung, Lärmbelästigung, Boden- und Wasserverschmutzung, extreme Temperaturen und die Belastung durch Chemikalien – insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die aufgrund ihrer Arbeit oder ihres Lebensumfelds häufig in Kontakt mit Pestiziden kommen – wesentliche, vermeidbare Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der EU sind; hebt hervor, dass diese Faktoren sowohl unter den Mitgliedstaaten als auch innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten geografisch ungleich verteilt sind; betont, dass ältere Menschen und Personen, die in schlecht isolierten Wohnungen leben, unverhältnismäßig stark von Hitzewellen und anderen klimabedingten Extremereignissen betroffen sind, was wiederum die Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die soziale Ungleichheit verstärkt; bedauert, dass die Kommission nicht hinreichend anerkannt hat, dass die Verringerung der Exposition gegenüber schädlichen Umweltfaktoren zu einem zentralen Pfeiler eines wirksamen EU-Plans für die Gesundheit von Herz und Kreislauf werden muss und koordinierte, sektorübergreifende Maßnahmen über den Gesundheitssektor hinaus erforderlich sind; betont, dass die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in dem Konzept „Eine Gesundheit“ eingebettet werden sollte, bei dem die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt anerkannt werden;
58. betont, dass sich Menschen – auch bei einer Änderung ihres Lebensstils – nicht selbst vor Luftverschmutzung oder chemischer Belastung schützen können; fordert die Kommission auf, konkrete Maßnahmen in Bezug auf diese Gesundheitsfaktoren vorzuschlagen, die in den Zuständigkeitsbereich der EU fallen;
59. nimmt zur Kenntnis, dass die langfristige Exposition gegenüber Umgebungslärm durch Straßen-, Schienen- und Flugverkehr ein wesentlicher, jedoch zu wenig berücksichtigter Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist; fordert verstärkte Maßnahmen zur Lärminderung, um schädliche Lärmpegel zu senken und die Gesundheit und das Wohlbefinden in der gesamten EU durch Stadtplanung, Verkehrsregulierung und die Durchsetzung der geltenden EU-Rechtsvorschriften zu schützen; betont, dass im Rahmen des Konzepts „Eine Gesundheit“ eine ausreichende Finanzierung naturbasierter Lösungen, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben können, in Betracht gezogen werden sollte;
60. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die erheblichen

Gesundheitsrisiken anzugehen, die aus der Luft-, Boden- und Wasserverschmutzung entstehen; hebt hervor, dass Methan und Ammoniak zur schädlichen Luftverschmutzung beitragen, die mit einer verminderten Lungenfunktion, systemischen Entzündungen sowie einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität in Verbindung gebracht wird;

II. Früherkennung und Diagnose

61. begrüßt die angekündigte Empfehlung des Rates zu Gesundheitskontrollen in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen; betont, dass alle Leitlinien der EU evidenzbasiert und wirksam sein und sich an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten, Fachkräften im Gesundheitswesen und Pflegekräften sowie an den Problemen, mit denen diese konfrontiert sind, orientieren müssen, wobei sie mit klaren Maßstäben und Indikatoren einhergehen und dazu beitragen müssen, Ungleichheit abzubauen und Maßnahmen mit geringem Nutzen einzustellen; stellt fest, dass diese Leitlinien einen risikostratifizierten Ansatz verfolgen sollten und darin integrierte Überweisungspraktiken von der Grundversorgung zur weiterführenden Versorgung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre Komorbiditäten vorgesehen sein sollten; betont ferner, dass diese Leitlinien Empfehlungen zur Umsetzung enthalten müssen, einschließlich Bestimmungen zur aktiven grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und zur Qualitätssicherung, um eine wirksame Versorgung gefährdeter Bevölkerungsgruppen sicherzustellen; fordert, dass die Mitgliedstaaten die angekündigte Empfehlung des Rates zu Gesundheitskontrollen in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Einklang mit ihren Zuständigkeiten umsetzen, und erachtet es als wichtig, die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen im Hinblick auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter angemessener Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede zu fördern;
62. fordert die Kommission auf, sicherzustellen, dass die Mitgliedstaaten eine angemessene finanzielle Unterstützung für die Umsetzung der Empfehlung des Rates zu Gesundheitskontrollen in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhalten; betont, dass diese finanzielle Unterstützung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Ausmaß der Belastung, die durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht wird, stehen sollte;
63. ist der Ansicht, dass eine frühzeitige Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch einen integrierten, krankheitsübergreifenden Ansatz angestrebt werden sollte, bei dem die Zusammenhänge zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen nichtübertragbaren Krankheiten sowie deren gemeinsame Risikofaktoren berücksichtigt werden; weist darauf hin, dass solche breit angelegten Strategien zur Prävention und frühzeitigen Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen

nichtübertragbaren Krankheiten dazu beitragen können, dass Patientinnen und Patienten in der Lage sind, ihre Gesundheit besser zu verstehen und selbst in die Hand zu nehmen, und vorzeitige Todesfälle zu verhindern;

64. zeigt sich besorgt über die Zahl fehldiagnostizierter kardiovaskulärer Ereignisse und fordert die Mitgliedstaaten auf, Fachkräfte im Gesundheitswesen – auch in Notdiensten – besser im Hinblick auf mögliche Symptome zu schulen; erachtet es für wichtig, dass die nationalen Gesundheitssysteme standardisierte Protokolle einführen, um kardiovaskuläre Ereignisse besser zu erkennen; hebt hervor, dass regionale und lokale Gesundheitsinfrastrukturen sowie Krankenhäuser spezialisierte Leistungen für kardiovaskuläre Ereignisse bereitstellen und dafür sorgen müssen, dass Patientinnen und Patienten rasch Zugang zu diesen Leistungen erhalten, damit es nicht zu Fehldiagnosen kommt und eine angemessene Behandlung sichergestellt wird;
65. betont, dass bei der frühzeitigen Prävention und Erkennung zielgerichteten, risikobasierten Ansätzen Vorrang eingeräumt werden sollte, die durch validierte Risikoprognosemodelle in der Primärversorgung gestützt werden, gegebenenfalls auch durch Screenings; hält es für erforderlich, Risiken wie Tabakkonsum, schädlichen Alkoholkonsum (insbesondere in Mengen, die über die wissenschaftlich fundierten Gesundheitsempfehlungen hinausgehen), Adipositas, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, Menopause, familiäre Vorbelastung und Dyslipidämie in den Fokus zu rücken; betont, dass Personen, die an Krankheiten wie chronischer Nierenerkrankung, Diabetes, Adipositas, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, metabolischer dysfunktion-assoziiertes steatotischer Lebererkrankung und chronischer Anämie leiden, sowie Frauen mit ungünstigen Schwangerschaftsverläufen systematisch auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersucht werden sollten, wobei für wirksame Überweisungswege und langfristige Nachsorgekonzepte gesorgt sein muss; hebt hervor, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufig erst nach schwerwiegenden Ereignissen wie einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall festgestellt werden;
66. betont, dass eine frühzeitige Erkennung häufig versäumt wird, insbesondere bei unterversorgten und besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen; fordert die Mitgliedstaaten auf, für einen gleichberechtigten Zugang zu diagnostischen Leistungen zu sorgen und dabei unterversorgten Gebieten sowie Frauen besondere Aufmerksamkeit zu widmen;
67. betont, dass der Sekundärprävention für Personen, die ein kardiovaskuläres Ereignis erlitten haben, eine große Bedeutung zukommt, wozu das systematische Management der Risikofaktoren, die ordnungsgemäße Einnahme von Medikamenten, Unterstützung hinsichtlich der Lebensweise und des psychischen Wohlbefindens

sowie regelmäßige klinische Nachsorgeuntersuchungen gehören, um das Risiko eines erneuten Auftretens zu verringern;

68. weist auf die erhebliche Unterdiagnostizierung von erblichen, genetisch bedingten und angeborenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der EU hin, darunter Kardiomyopathien, Kanalopathien, familiäre Hypercholesterinämie, Diabetes Typ 1, Aortopathien, Bindegewebserkrankungen und angeborene Herzfehler; betont, dass Fettstoffwechselstörungen wie familiäre Hypercholesterinämie, erhöhtes Lipoprotein (a) und Hyperglykämie wesentlich zum dem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen; fordert die Mitgliedstaaten auf, für einen gleichberechtigten Zugang zu diagnostischen Verfahren zu sorgen und die Früherkennung genetisch bedingter Erkrankungen bereits ab dem Schulalter zu unterstützen, sofern eindeutige wissenschaftliche Belege für einen klinischen Nutzen vorliegen, wobei ethische Grundsätze, das Prinzip der Einwilligung nach Aufklärung und die Datenschutzanforderungen uneingeschränkt zu achten sind; betont, dass ein Familien- bzw. Kaskaden-Screening durchgeführt werden sollte, sobald eine Herz-Kreislauf-Erkrankung mit genetischer Veranlagung festgestellt wird;
69. fordert, dass die angekündigte Empfehlung des Rates zu Gesundheitskontrollen in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen klare Leitlinien für die umfassende Bewertung von Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie für die Durchführung von Gesundheitskontrollen in einem angemessenen Alter für Personen mit mindestens einem Risikofaktor – einschließlich jener Personen, bei denen eine familiäre Vorgeschichte frühzeitiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen besteht – enthalten sollte; fordert ferner klare Leitlinien für die systematische Überwachung und Nachsorge bei Personen mit erhöhten Werten oder abnormalen Befunden, einschließlich integrierter Versorgungspfade;
70. betont, dass Personen mit mehreren veränderbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassende und zugängliche Unterstützung angeboten werden sollte, damit sie ihre Lebensgewohnheiten mithilfe von entsprechend ausgebildeten Fachkräften für Präventionsmedizin oder gleichwertigen Gesundheitsfachkräften ändern können;

III. Behandlung, Versorgung und Rehabilitation

71. betont, dass Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen unabhängig von ihrem Wohnort rechtzeitig Zugang zu einer erschwinglichen, hochwertigen, integrierten, evidenzbasierten und leitliniengestützten Versorgung über den gesamten Versorgungspfad ihrer jeweiligen Krankheit hinweg erhalten müssen, einschließlich der Kontrolle ihrer Behandlung und Unterstützung bei der Behandlungsadhärenz sowie geeigneter Diagnostik und Therapien; empfiehlt einen vorsichtigen

Einsatz von Treat-to-Target-Behandlungskonzepten, wobei gleichzeitig auf medizinisch nicht sinnvolle Maßnahmen verzichtet und ein individueller, risikobasierter Ansatz im Einklang mit den Empfehlungen der WHO verfolgt werden soll; weist darauf hin, dass kardiologische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation, integrierte Ernährungsberatung und soziale Reintegration feste Bestandteile einer wirksamen Gesundheitsversorgung im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind; stellt fest, dass der Zugang zu Rehabilitationsdiensten in mehreren Mitgliedstaaten nach wie vor eingeschränkt ist, und betont, dass der Zugang zu diesen Diensten für alle Menschen sichergestellt werden muss; unterstreicht die Bedeutung spezieller altersgerechter Rehabilitationszentren;

72. begrüßt die angekündigte Empfehlung des Rates zur personalisierten Behandlung und Überwachung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die die Qualität und Kohärenz personalisierter und integrierter Versorgungswege verbessern wird;
73. fordert die Mitgliedstaaten auf, umfassende, standardisierte nationale Protokolle für die kardiovaskuläre Versorgung im Rahmen langfristiger Versorgungspfade zu erstellen, die auf Modellen mit multidisziplinären Teams für die Behandlung mehrerer Erkrankungen basieren, um ein proaktives Vorgehen bei miteinander verbundenen nichtübertragbaren Krankheiten zu ermöglichen, reibungslose Übergänge in der Versorgung sicherzustellen und eine tatsächlich patientenzentrierte Versorgung über das gesamte Verlaufsspektrum hinweg von kardiovaskulären Risiken über die Diagnose und Behandlung bis hin zur Rehabilitation bereitzustellen; betont, dass solche Pfade unerlässlich sind, um die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen, vermeidbare Komplikationen und erneute Krankenhauseinweisungen zu reduzieren und die langfristigen Ergebnisse für Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern; betont, dass effizientere Versorgungspfade für die reproduktive Gesundheit, die Müttergesundheit und bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen erforderlich sind; fordert, dass die Mitgliedstaaten sowie die lokalen und regionalen Gebietskörperschaften bei der Ausweitung des Zugangs zu multidisziplinären Rehabilitationsdiensten unterstützt werden;
74. betont, dass bei der Versorgung und Behandlung die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden müssen; fordert die Mitgliedstaaten auf, hochwertige, innovative Behandlungsmethoden in ihre Gesundheitsstrategien aufzunehmen und den Zugang zu solchen Behandlungen zu verbessern;
75. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, sich für mehr Schulungen im Bereich der Herz-Lungen-Wiederbelebung und für entsprechende Sensibilisierungsprogramme für die Öffentlichkeit, auch für Kinder und Jugendliche, einzusetzen, und den Zugang zu diesen Angeboten zu erleichtern, da diese wesentlich zu einer

besseren Notfallvorsorge und -reaktion bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen; fordert mehr Unterstützung seitens der EU im Hinblick auf die Verbesserung der Überlebenschancen nach einem Herzstillstand außerhalb des Krankenhauses, einschließlich verbindlicher Schulungen im Bereich der Herz-Lungen-Wiederbelebung und der Verwendung automatisierter externer Defibrillatoren (AED) an Schulen und am Arbeitsplatz; fordert die Mitgliedstaaten auf, ihr Engagement für eine flächendeckende Bereitstellung sichtbarer und rund um die Uhr zugänglicher AED im öffentlichen Raum und in stark frequentierten Umgebungen zu verstärken, und fordert die Entwicklung nationaler Systeme zur Erfassung und Wartung von AED sowie die Aufnahme der Standortdaten von AED in Notrufsysteme;

76. fordert die Stärkung des grenzübergreifenden europäischen Transplantationsinformationssystems, insbesondere für seltene und angeborene Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
77. fordert die Schaffung eines europäischen Netzwerks von Exzellenzzentren für die Herz-Kreislauf-Gesundheit, die auch Abteilungen für Schlaganfall- und Herzpatientinnen und -patienten einschließen und als spezialisierte, multidisziplinäre Einrichtungen im Rahmen der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung fungieren; betont, dass diese Zentren nationale und regionale Knotenpunkte darstellen sollten, mit denen der Zugang zu hochwertiger, multidisziplinärer Versorgung verbessert wird, die Zeit bis zur Behandlung verkürzt wird und die Krankenhauskapazitäten ausgebaut werden; hebt hervor, dass sie eine Rolle bei der Förderung gemeinsamer Standards und bewährter Verfahren, der Erleichterung des Zugangs zu klinischen Studien und der Optimierung der klinischen Entwicklung spielen können; unterstreicht ihren potenziellen Beitrag zur Umsetzung umfassender, patientenorientierter Versorgungswege und zur Ermöglichung der Überführung von Forschungsergebnissen in die Praxis durch die Zusammenarbeit verschiedener Interessenträger, unter anderem im Wege öffentlich-privater Partnerschaften;
78. streicht heraus, dass die Versorgung im Bereich der geistigen Gesundheit als Bestandteil der umfassenden physischen und psychischen Rehabilitation von Patientinnen und Patienten, die an chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden oder sich von schweren kardiovaskulären Ereignissen erholen, eingebunden werden muss;
79. betont, dass der ununterbrochene Zugang zu sicheren, wirksamen und erschwinglichen Arzneimitteln und Medizinprodukten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Voraussetzung für die Kontinuität der Versorgung und positive Gesundheitsergebnisse ist; hebt hervor, dass der ungleiche Zugang zu lebenswichtigen Herz-Kreislauf-

Medikamenten nach wie vor ein großes Hindernis für wirksame Behandlungen und Sekundärprävention darstellt; fordert Maßnahmen auf EU-Ebene im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten der EU, um Erschwinglichkeit, Verfügbarkeit und Versorgungssicherheit zu fördern, und betont, dass der anstehende Rechtsakt zu kritischen Arzneimitteln⁴⁶ einen wichtigen Beitrag leistet, um diese Themen anzugehen;

80. betont, dass eine verzögerte oder fehlende Behandlung struktureller Herzerkrankungen die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt und den funktionalen Verfall, die Gebrechlichkeit und den Verlust der Unabhängigkeit älterer Menschen beschleunigt; hebt hervor, dass eine rechtzeitige Diagnose und der Zugang zu angemessener Behandlung maßgeblich sind, um die Autonomie zu wahren, die Zahl vermeidbarer Krankenhausaufenthalte zu verringern und ein gesundes und aktives Altern zu unterstützen;
81. betont, dass der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in den Mitgliedstaaten zunehmend eine Bedrohung darstellt, und unterstreicht, dass die ungleiche Verteilung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, insbesondere in ländlichen und benachteiligten Gebieten, den Zugang zu Prävention und die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschränkt; fordert Maßnahmen, die es attraktiver machen, einen Beruf im Gesundheitswesen auszuüben, wozu unter anderem verbesserte Arbeitsbedingungen, angemessene Entlohnung, Schulungen, Maßnahmen zur Personalbindung und eine auf multidisziplinären Teams basierende Versorgung mit einer soliden medizinischen Grundversorgung als Rückgrat gehören könnten; betont, dass Technologie und digitale Instrumente wichtig sind, um die Effizienz zu steigern, indem der Druck durch zu hohe Arbeitsbelastung und der Verwaltungsaufwand verringert werden, und um Berufe im Gesundheitswesen attraktiver zu machen; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Unterstützungsmechanismen zu stärken, damit medizinisches Personal im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit in Regionen mit chronischem Personalmangel besser gehalten werden kann und entsprechende Mobilitätstrends umgekehrt werden, und zwar unter anderem durch gezielte Anreize und Investitionen in Arbeitsbedingungen, kontinuierliche Fortbildung und attraktive berufliche Laufbahnen;
82. betont, wie wichtig es ist, Menschen mit fortgeschrittenen Herz-

⁴⁶ Vorschlag der Kommission vom 11. März 2025 für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines Rahmens für die Stärkung der Verfügbarkeit von und der Sicherheit der Versorgung mit kritischen Arzneimitteln sowie der Verfügbarkeit und der Zugänglichkeit von Arzneimitteln von gemeinsamem Interesse und zur Änderung der Verordnung (EU) 2024/795 (COM(2025)0102).

Kreislauf-Erkrankungen einen zeitnahen und gleichberechtigten Zugang zur Palliativversorgung zu garantieren; fordert die angemessene Schulung von Fachkräften im Gesundheitswesen in den Grundlagen der Palliativversorgung, um Würde, Lebensqualität und eine auf den Menschen ausgerichtete, geschlechtersensible Versorgung während des gesamten Lebens zu fördern;

83. hebt hervor, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erheblichen Behinderungen führen, die die Arbeit und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und ihrer informellen Betreuerinnen und Betreuer sowie die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, unabhängig zu leben, beeinträchtigen; fordert die Mitgliedstaaten auf, Versorgungsstrategien zu erarbeiten, die Maßnahmen zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz und psychosoziale Unterstützung sowie gegenseitige Unterstützung zwischen Betroffenen für Patientinnen und Patienten und ihre Familien umfassen;

IV. Rolle der medizinischen Grundversorgung und gemeindenaher Dienste bei der kardiovaskulären Prävention und Risikominderung

84. hebt die entscheidende Rolle hervor, die solide integrierte Systeme der medizinischen Grundversorgung und gemeindenahe Dienste – was auch Apotheken in Krankenhäusern und auf lokaler Ebene einschließt – bei der Prävention, Früherkennung und langfristigen Verringerung des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie der damit verbundenen Risikofaktoren insbesondere in unterversorgten ländlichen und benachteiligten städtischen Gebieten spielen;
85. fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten gezielte Pilotmaßnahmen in Gebieten mit hoher Belastung und unzureichender Versorgung zu unterstützen, die eine Kombination aus risikobasierten Kontrollen in Rahmen der medizinischen Grundversorgung, Prävention durch gemeindenahe Einrichtungen, telemedizinischer Unterstützung, mobilen Diagnosediensten und klaren Überweisungs- und Nachsorgewegen bilden und auf eine Bewertung der Auswirkungen und eine Ausweitung erfolgreicher Modelle auf die gesamte EU ausgerichtet sind;
86. fordert eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Diensten der medizinischen Grundversorgung und auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen spezialisierten Diensten, um Eingriffe zur wirksamen Prävention und Verringerung des kardiovaskulären Risikos zu optimieren;
87. fordert die Mitgliedstaaten auf, ausreichende Mittel für die Infrastruktur für die medizinische Grundversorgung, multidisziplinäre Teams und Vorsorgeleistungen – was auch den

Zugang zu grundlegenden diagnostischen Instrumenten und digitaler Infrastruktur für Screenings, Früherkennung und Nachsorge einschließt – zur Verfügung zu stellen; fordert die Mitgliedstaaten auf, soweit angemessen dafür zu sorgen, dass die Patientinnen und Patienten für grundlegende kardiovaskuläre Präventions- und Versorgungsdienste in geringerem Maße selbst aufkommen müssen, da hohe Direktzahlungen seitens der Patientinnen und Patienten ein erhebliches Hindernis für ihren Zugang zu kardiovaskulärer Prävention und Behandlung darstellen können, und zwar insbesondere für einkommensschwache Haushalte; betont, dass Früherkennung und Gesundheitsvorsorge erschwinglich sein sollten – auch für einkommensschwache Haushalte; hebt den Stellenwert der medizinischen Grundversorgung hervor, wenn es darum geht, die Behandlungsadhärenz bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu fördern;

88. betont, dass Früherkennung und Prävention weitgehend auf Ebene der medizinischen Grundversorgung erfolgen und Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in diesem Rahmen häufig die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sind; hebt hervor, dass Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie das Personal in der medizinischen Grundversorgung eine zentrale Funktion übernehmen, wenn es gilt, lebensstilbedingte Risikofaktoren zu bewerten und evidenzbasierte Empfehlungen zur Art und Häufigkeit der körperlichen Betätigung, die zum Erhalt oder zur Verbesserung der kardiovaskulären und der allgemeinen Gesundheit erforderlich ist, abzugeben;
89. betont, dass Sekundärprävention für Personen, die ein kardiovaskuläres Ereignis erlebt haben, äußerst wichtig ist; hebt hervor, dass die Sekundärprävention ein strukturiertes Management der Risikofaktoren, die Sicherstellung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme, gezielte Unterstützung bei der Umstellung der Lebensweise und regelmäßige klinische Überwachung umfasst, um das Risiko eines erneuten Ereignisses zu verringern;
90. unterstreicht, dass die Kapazitäten der Dienste in der medizinischen Grundversorgung erweitert werden müssen, damit sie im Rahmen der routinemäßigen klinischen Praxis Kurzinterventionen zur Senkung des kardiovaskulären Risikos durchführen können, und zwar unter anderem durch die Anwendung des Fünf-Schritte-Ansatzes (fragen, bewerten, beraten, unterstützen, vereinbaren) zur Förderung von Verhaltensänderungen in Bezug auf wesentliche Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
91. betont, dass im Rahmen jeder EU-Strategie für die Herz-Kreislauf-Gesundheit unbedingt solide intensivmedizinische Kapazitäten vorgesehen sein müssen, um bei akuten kardiovaskulären Ereignissen wie Herzstillstand, kardiogenem Schock und akuter Herzinsuffizienz auf integrierte regionale Netze von

Intensivstationen zurückgreifen zu können; ist besorgt über den akuten Personalmangel auf Intensivstationen, der eine schnelle Notfallversorgung bei akuten Herz-Kreislauf-Ereignissen einschränkt, und fordert gezielte Maßnahmen – darunter psychologische Unterstützung, verbesserte Strategien zur Personalbindung und spezielle multidisziplinäre Schulungen –, um die Kapazitäten an vorderster Front aufrechtzuerhalten;

92. fordert die Mitgliedstaaten auf, die lokalen Kapazitäten in den Bereichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Notfallversorgung zu stärken – was auch den Zugang zu lebensrettenden Geräten, die Koordinierung mit der medizinischen Grundversorgung und den Rettungsdiensten sowie den Aufbau lokaler Notfallnetzwerke einschließt –, um Ungleichheiten in Bezug auf die Überlebensrate und die Folgen akuter kardiovaskulärer Ereignisse zu verringern;
93. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die maßgebliche Rolle zu würdigen, die zivilgesellschaftliche Organisationen im Gesundheitsbereich und Patientenorganisationen bei der Prävention, der Sensibilisierung, der gegenseitigen Unterstützung zwischen Betroffenen, der Stärkung der Patientinnen und Patienten und der Politikgestaltung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen; betont, dass die Kontinuität, die Unabhängigkeit und der Erfolg ihrer Arbeit von einer angemessenen, nachhaltigen und transparenten öffentlichen Finanzierung abhängt;
94. fordert, dass die Rolle speziell ausgebildeter Fachkräfte im Gesundheitswesen bei kardiovaskulärer Prävention, Früherkennung und ausgewählten Behandlungsaufgaben anerkannt und gefördert wird, da diese Fachkräfte im Gesundheitswesen den Mangel an Kardiologinnen und Kardiologen, auch in ländlichen Gebieten, teilweise ausgleichen können; fordert, dass die Funktion einer freiwilligen und gemeindenahen psychologischen Unterstützung für Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten offiziell anerkannt und angemessen gefördert wird; würdigt die wichtige Funktion von psychologischer Unterstützung im Hinblick auf bestimmte kardiovaskuläre Risikofaktoren und bei der Unterstützung der Genesung; betont, dass von der lokalen Gemeinschaft ausgehende Versorgung eine Rolle bei der Bekämpfung von sozialer Ausgrenzung, geringer Gesundheitskompetenz, Stigmatisierung und Zugangsbarrieren und damit von Aspekten, die dazu führen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders schwerwiegende Auswirkungen auf gefährdete Gruppen haben, spielt;

V. Multimorbidität

95. betont, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufig mit anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Fettleibigkeit, chronischen Nierenerkrankungen, rheumatischen Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats, Lungenerkrankungen wie

Lungen- oder Atemwegserkrankungen, der metabolischen dysfunktion-assoziierten steatotischen Lebererkrankung, Hautkrankheiten, obstruktiver Schlafapnoe, Anämie, chronischer Insomnie, psychischen Erkrankungen und Erkrankungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit sowie Krebserkrankungen und Faktoren im Zusammenhang mit einer überwundenen Krebserkrankung einhergehen, die das kardiovaskuläre Risiko erheblich erhöhen, die Behandlung erschweren und zu einer Verschlechterung der Gesundheitsergebnisse führen; unterstreicht, dass die isolierte Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht ausreicht, um die Morbidität und Mortalität zu senken; betont, dass die Prävention und Kontrolle dieser Erkrankungen ein kosteneffizienter Weg sein könnte, um zur Prävention von kardiovaskulär bedingten Gesundheitsproblemen beizutragen; stellt fest, dass es wichtig ist, einen gleichberechtigten und rechtzeitigen Zugang zu Behandlung und therapeutischen Innovationen im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit sicherzustellen;

96. betont, dass Diabetes die Morbidität, die Mortalität und die Gesundheitskosten erheblich erhöht; unterstreicht, dass fragmentierte politische Ansätze, bei denen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes isoliert betrachtet werden, die Ergebnisse von Prävention, Früherkennung und Langzeitmanagement schmälern können; fordert die Mitgliedstaaten auf, sicherzustellen, dass die nationalen Pläne für die Herz-Kreislauf-Gesundheit eine umfassende Komponente zu Diabetes enthalten oder eindeutig auf die bestehenden nationalen Diabetes-Strategien abgestimmt sind; betont, dass Kindern und Jugendlichen, bei denen Diabetes Typ 1 – zunehmend aber auch Typ 2 – diagnostiziert wurde, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, da sie mit einer lebenslangen Belastung durch die Krankheit und einem erhöhten Risiko von frühzeitigen kardiovaskulären Komplikationen und vorzeitiger Mortalität konfrontiert sind; hebt hervor, dass Diabetes und Fettleibigkeit die Hauptursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind und gemeinsame Risikofaktoren und biologische Mechanismen aufweisen; unterstreicht, dass erfolgreiche Prävention und ein wirksames Management von Diabetes und Fettleibigkeit wesentliche Komponenten der Prävention und Versorgung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind, und zwar unter anderem in Form von Früherkennung, Langzeitmanagement und Unterstützung bei der Umstellung der Lebensweise; betont, dass ein wirksames Management von Fettleibigkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch mangelndes Bewusstsein für Fettleibigkeit als chronische Krankheit oder einen fragmentierten politischen Ansatz hinsichtlich der Versorgungswege bei Fettleibigkeit behindert werden kann;
97. hebt den starken und wechselseitigen Zusammenhang zwischen chronischen Nierenerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervor; betont, dass Nierenerkrankungen bei Menschen mit

kardiovaskulären Risikofaktoren häufig unterdiagnostiziert sind und dass sie mit einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität einhergehen; fordert eine bessere Einbeziehung der Nierengesundheit in die Risikobewertung und die Versorgungswege im Bereich Herz-Kreislauf-Gesundheit;

98. betont, dass chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) eine häufige und schwere Begleiterkrankung bei Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist; hebt hervor, dass COPD und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wesentliche Risikofaktoren wie Tabakkonsum, Luftverschmutzung und sozioökonomische Benachteiligung gemein sind; unterstreicht, dass es durch COPD zu deutlich höherer Morbidität und Mortalität und erheblich mehr Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt;
99. hebt hervor, dass Aortenerkrankungen, einschließlich Aortenaneurysma und Aortendissektion, schwere und oft unterdiagnostizierte kardiovaskuläre Erkrankungen sind, die eng mit Bluthochdruck, Rauchen, genetischen Störungen und Alterung zusammenhängen; betont, dass eine verzögerte Erkennung von Aortenerkrankungen mit einer hohen Mortalität und vermeidbaren Notfallinterventionen verbunden ist; fordert mehr Bewusstsein, eine rechtzeitige Diagnose und geeignete Überweisungswege für Aortenerkrankungen im Rahmen von Strategien zur Prävention, Früherkennung und Langzeitversorgung hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
100. weist darauf hin, dass die metabolische dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung eine weit verbreitete, aber dennoch wenig beachtete Begleiterkrankung bei Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Fettleibigkeit ist; betont, dass die metabolische dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung, insbesondere bei Leberfibrose, ein unabhängiger Prädiktor für einen Myokardinfarkt, einen Schlaganfall und Herzinsuffizienz ist und bei Menschen mit Diabetes Typ 2 das kardiovaskuläre Risiko um das Vierfache erhöhen kann;
101. fordert die Kommission auf, dafür Sorge zu tragen, dass die anstehende Empfehlung des Rates zur personalisierten Behandlung und Überwachung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen den Mitgliedstaaten klare Leitlinien bietet, was die Entwicklung integrierter Programme für Prävention und Krankheitsmanagement betrifft, in die die Versorgung bei Diabetes und Fettleibigkeit – einschließlich des Gewichtsmanagements – in die Protokolle zur kardiovaskulären Prävention einbezogen ist;
102. betont, dass chronisch-entzündliche Hauterkrankungen, darunter Psoriasis, atopisches Ekzem und Akne, aufgrund ihnen gemeinsamer systemischer Entzündungsmechanismen mit einem erhöhten Risiko

von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zerebrovaskulären Erkrankungen verbunden sind; hebt hervor, dass es wichtig ist, die kardiovaskuläre Risikobewertung in die dermatologischen Versorgungswege zu integrieren;

103. betont, dass Kardiomyopathien als heterogene Gruppe häufig vererbter Herzmuskelerkrankungen Menschen jeden Alters betreffen können und eine bedeutende Ursache für Herzinsuffizienz, Arrhythmien, Schlaganfälle und einen plötzlichen Herztod sind; unterstreicht, dass Kardiomyopathien nach wie vor unterdiagnostiziert sind und häufig erst nach schweren oder lebensbedrohlichen Ereignissen erkannt werden;
104. betont, dass seltene Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Kindern eine wesentliche Ursache für Morbidität darstellen; hebt hervor, dass eine verzögerte Diagnose und eine fragmentierte Versorgung während der Kindheit zu vermeidbaren Komplikationen, Behinderungen und vorzeitiger Mortalität im Laufe des Lebens führen können; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, unter anderem über Europäische Referenznetzwerke die Früherkennung, spezialisierte pädiatrische Überweisungswege und den nahtlosen Übergang von der pädiatrischen zur Erwachsenenversorgung zu stärken;
105. hebt die zunehmende Belastung durch Herzinsuffizienz und andere chronische Herzerkrankungen im Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung hervor; betont, dass eine frühzeitige Diagnose, die Kontinuität der Versorgung und der Zugang zu multidisziplinären Teams in der Gesundheitsversorgung maßgeblich sind, um die Lebensqualität zu verbessern, die Anzahl vermeidbarer Krankenhausaufenthalte zu reduzieren und das langfristige Krankheitsmanagement zu stärken;
106. betont, dass Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischen Begleiterkrankungen häufig fragmentierter und schlecht koordinierter Versorgung – auch was Impfleistungen betrifft – gegenüberstehen, was zu einer verzögerten Diagnose, einer uneinheitlichen Behandlung und vermeidbaren Komplikationen führt;
107. betont, dass die Gesundheitssysteme im Hinblick auf eine wirksame Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit verbundenen Begleiterkrankungen von isolierten Ansätzen zu einer integrierten Prävention und Versorgung übergehen müssen, um die Ergebnisse zu verbessern, die Ressourcennutzung zu optimieren und das klinische Management durch Mittel der EU, länderübergreifende Zusammenarbeit, Schulungen und den Austausch bewährter Verfahren zu stärken;
108. betont, dass die Kompetenzen von Fachkräften im Gesundheitswesen

gestärkt werden müssen, damit sie beim Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zusammenhang mit chronischen Begleiterkrankungen unterstützt werden; fordert die Mitgliedstaaten auf, dafür Sorge zu tragen, dass Anbieter von medizinischer Grundversorgung in den Bereichen umfassende Risikobewertung, Medikationsmanagement und gemeinsame Entscheidungsfindung geschult werden;

109. fordert die Entwicklung integrierter, personenzentrierter Versorgungswege für Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischen Begleiterkrankungen, wobei die Koordinierung zwischen der medizinischen Grundversorgung, der fachärztlichen Versorgung und den ambulanten Diensten sichergestellt und die Kontinuität der Versorgung auf der Ebene der Mitgliedstaaten und der EU langfristig gefördert werden muss;

VI. Abbau von Ungleichheiten

110. betont, dass die Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere schwere nicht übertragbare Krankheiten ungleichmäßig auf die Mitgliedstaaten und innerhalb der Mitgliedstaaten verteilt ist, was zu anhaltenden Ungleichheiten bei Morbidität, Mortalität und Lebensqualität führt; weist darauf hin, dass diese Unterschiede eng mit dem sozioökonomischen Status, der geografischen Lage, dem Geschlecht, dem Alter und dem Zugang zu Gesundheitsdiensten, erschwinglichen gesunden Lebensmitteln, sicheren und zugänglichen Räumen für körperliche Aktivität sowie der Verfügbarkeit von Gesundheitsförderung und der Aufklärung über Prävention zusammenhängen;
111. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten die Verringerung von Ungleichheiten im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit zu einem messbaren Ziel der Gesundheitspolitik der EU zu machen, und begrüßt daher die Leitinitiative der Kommission zur Entwicklung eines EU-Dashboards zu Ungleichheiten im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit nach dem Vorbild des Europäischen Registers der Ungleichheiten bei der Krebsbekämpfung; betont, dass ein solches Dashboard auf aktuellen, vergleichbaren und aufgeschlüsselten Daten der Mitgliedstaaten beruhen muss und über die allgemeinen Gesundheitsergebnisse hinausgehen sollte, indem die Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von für die Gesundheit ausschlaggebenden gesellschaftlichen und ökologischen Faktoren systematisch überwacht wird, um Rechenschaftspflicht, eine evidenzbasierte Politikgestaltung und eine transparente Verfolgung der Fortschritte beim Abbau von Ungleichheiten im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit in der gesamten EU sicherzustellen; unterstreicht, dass die erhobenen Daten auch in die Berichte zum Gesundheitszustand in der EU und in die länderspezifischen Gesundheitsprofile einfließen und bei der

Formulierung der Empfehlungen an die Mitgliedstaaten im Rahmen des Europäischen Semesters berücksichtigt werden sollten; betont, dass eine transparente und standardisierte Berichterstattung einen Vergleich zwischen den Mitgliedstaaten erleichtern und dem Ziel der EU, die Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verringern, förderlich sein wird;

UNTERDIAGNOSTIK BEI FRAUEN UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE DISKREPANZ

112. betont, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen aufgrund geschlechtsspezifischer Risikofaktoren, anhaltender geschlechtsspezifischer Verzerrungen, dem Auftreten atypischer Symptome und veralteter Diagnosekriterien häufig unterdiagnostiziert und zu spät oder falsch diagnostiziert werden, wobei Frauen mit Diabetes Typ 1 einem bis zu zehnmal höheren Risiko einer frühzeitigen Herz-Kreislauf-Erkrankung in jüngerem Alter ausgesetzt sind; fordert die systematische Schulung von Fachkräften im Gesundheitswesen, damit sie geschlechtsspezifische kardiovaskuläre Symptome besser verstehen und erkennen und es zu weniger Verzögerungen bei der Diagnose, die zu erhöhter Morbidität und Mortalität führen, kommt; hebt hervor, dass es wichtig ist, die Erkennung und das Management angeborener Herzerkrankungen bei Frauen zu verbessern und das Screening und die Überwachung in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen während der Schwangerschaft und der Perinatalperiode zu verstärken, um Risiken frühzeitig zu erkennen;
113. betont, dass die Diagnose bei Frauen, die unter Diabetes und anderen Stoffwechselerkrankungen leiden, im Durchschnitt bis zu 4,5 Jahre später erfolgt als bei Männern; unterstreicht, dass Frauen aufgrund dieser Verzögerung bei der Diagnose einem etwa 30 % höheren Risiko kardiovaskulärer Mortalität ausgesetzt sind⁴⁷; hebt hervor, dass eine verzögerte Diagnose zu einem verzögerten Zugang zu rechtzeitiger und angemessener Versorgung führt, wodurch das Risiko kardiovaskulärer Komplikationen weiter erhöht und bestehende Ungleichheiten im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit bei Frauen verschärft werden;
114. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, einen geschlechtergerechten Ansatz in die Politik im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit zu integrieren, der Prävention, Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation umfasst, und zwar unter

⁴⁷ Ballotari, P., Ranieri, S. C., Luberto, F., Caroli, S., Greci, M. et al., „Sex differences in cardiovascular mortality in diabetics and nondiabetic subjects: a population-based study (Italy)“ (Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der kardiovaskulären Mortalität bei Diabetikern und Nicht-Diabetikern: eine bevölkerungsbasierte Studie (Italien)), in: International Journal of Endocrinology, 2015, <https://doi.org/10.1155/2015/914057>.

anderem durch gezielte Sensibilisierungskampagnen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu bei Frauen auftretenden atypischen Symptomen im Bereich der kardiovaskulären Gesundheit und zum Zugang zu Herz-Kreislauf-Risikobewertungen für Frauen in allen Lebensphasen; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten außerdem auf, geschlechtsspezifische Diagnoseprotokolle zur Norm zu machen; fordert die Einführung klinischer Schulungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Pathophysiologie und beim Ansprechen auf Behandlungen;

115. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, frauenspezifische Erkrankungen in die kardiovaskuläre Risikobewertung und das Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Teil der Standardversorgung betroffener Frauen einzubeziehen; fordert, dass kardiovaskuläre Risikofaktoren, die ausschließlich Frauen betreffen, überwacht werden, darunter die folgenden, auf die besonders eingegangen werden sollte: eine frühe Menopause – unabhängig davon, ob sie natürlich oder induziert ist –, die Verwendung oraler Verhütungsmittel, eine längere Exposition gegenüber endogenen Östrogenen, das polyendokrine metabolische Ovarialsyndrom, Endometriose, Schwangerschaftsdiabetes und hypertensive Schwangerschaftserkrankungen; betont, dass Frühgeburten ebenso ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind, da sie Ausdruck einer Plazentainsuffizienz sind und auf eine endotheliale Dysfunktion schließen lassen; hebt das erhöhte kardiovaskuläre Risiko bei Transgender-Frauen hervor, die sich einer Hormontherapie unterzogen haben; fordert, dass bei der kardiovaskulären Risikobewertung und dem Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen der Standardversorgung von Frauen die reproduktionsbezogene Vorgeschichte und Einflussfaktoren im Lebensverlauf – darunter das Alter bei der Menarche, Unfruchtbarkeit, ungünstige Schwangerschaftsverläufe, die Vorgeschichte in Bezug auf Stillen und die Perimenopause – systematisch einbezogen werden;
116. fordert die Kommission auf, geschlechtersensible klinische Leitlinien herauszugeben und strengere Anforderungen hinsichtlich der Einbeziehung von Frauen in öffentlich finanzierte kardiovaskuläre Forschung einzuführen; fordert die Kommission auf, in alle von der EU finanzierten Forschungsvorhaben, Programme und digitalen Gesundheitsinitiativen im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit die obligatorische Erhebung, Analyse und Meldung von nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten aufzunehmen, um Diagnoselücken systematisch zu ermitteln und geschlechtsspezifische Verzerrungen in der kardiovaskulären Versorgung zu beseitigen;
117. betont, dass die reproduktive Gesundheit und die Müttergesundheit untrennbar mit der Herz-Kreislauf-Gesundheit verbunden sind, und fordert eine Wende in Bezug auf die chronische Unterfinanzierung

der Forschung zu frauenspezifischen Erkrankungen, darunter zu Fragen der reproduktiven und gynäkologischen Gesundheit sowie der Müttergesundheit;

118. hebt hervor, dass der Umstand, dass Frauen in Forschung und klinischen Studien im kardiovaskulären Bereich unterrepräsentiert sind, dringend behoben werden muss, indem klare Strategien für mehr Geschlechterparität bei Studiendesign, Anwerbung und Auswertung eingebunden werden, was auch eine nach Geschlecht aufgeschlüsselte Berichterstattung und eine angemessene Vertretung von Frauen aller Altersgruppen und Lebensphasen umfasst; fordert darüber hinaus, dass alle Zulassungen von Medizinprodukten für interventionelle Kardiologie und Elektrophysiologie auf nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten beruhen; fordert eine angemessene Finanzierung der geschlechtsspezifischen kardiovaskulären Forschung, einschließlich der Erforschung frauenspezifischer Risikofaktoren im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Menopause und hormonellen Einflüssen; hebt hervor, dass Forschung und Präventionsstrategien in Bezug auf Symptomatologie, Krankheitsverlauf und das Ansprechen auf Behandlungen von Frauen im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen – darunter angeborene und schwangerschaftsbedingte Herzerkrankungen – ausgeweitet werden müssen, um eine evidenzbasierte, geschlechtergerechte Versorgung sicherzustellen und eine Basis für die Entwicklung neuartiger Gesundheitstechnologien zu bieten;
119. fordert die Mitgliedstaaten auf, dafür zu sorgen, dass bei allen Frauen im gebärfähigen Alter, einschließlich Schwangeren, ein routinemäßiges Screening auf Infektionskrankheiten, die Herzerkrankungen verursachen, in die Gesundheitsdienste im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit integriert wird; betont, dass solche Maßnahmen dazu beitragen, die Entstehung schwerer Herzerkrankungen zu verhindern und die vertikale Übertragung von Infektionen zu unterbinden;

SOZIALE UND REGIONALE UNGLEICHHEITEN

120. betont, dass bei Maßnahmen zur Verringerung des Auftretens von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen mit ihnen verbundenen nicht übertragbaren Krankheiten ausdrücklich auf soziale und regionale Ungleichheiten eingegangen werden muss, darunter Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten, einschließlich medizinischer Wüsten, und Ungleichgewichte in schutzbedürftigen und marginalisierten Gruppen wie Menschen, die in Armut leben, Menschen, die in Gebieten gelebt haben, wo Infektionskrankheiten, die zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, endemisch sind, und Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen; fordert gezielte, gemeindenähe und von der medizinischen Grundversorgung ausgehende Interventionen,

um einen gleichberechtigten Zugang zu Prävention, Früherkennung und Versorgung zu gewährleisten, und zwar unter anderem durch Maßnahmen, die den Zugang zu erschwinglichen gesunden Lebensmitteln verbessern, durch sichere und barrierefreie Orte für körperliche Aktivität sowie durch gezielte Aufklärung über Gesundheit und Prävention; betont, dass eingeschränkter Krankenversicherungsschutz den Zugang gefährdeter Gruppen zu Prävention und Behandlung im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit behindern kann;

121. betont, dass Solidarität zwischen den Mitgliedstaaten entscheidend für die Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, insbesondere im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und der Mobilität von Arbeitskräften im Gesundheitswesen; fordert die Mitgliedstaaten auf, die wirksame Umsetzung des EU-Rahmens für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu stärken, um Patientinnen und Patienten den Zugang zu Behandlungen und chirurgischen Eingriffen in anderen Mitgliedstaaten zu ermöglichen, wenn eine solche Versorgung in den Mitgliedstaaten, in denen sie leben, nicht rechtzeitig erbracht werden kann;
122. fordert eine Zusammenarbeit mit Bewerberländern und potenziellen Bewerberländern, um die Entwicklung interoperabler Überwachungssysteme, Register und Ausbildungsstandards im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Herzstillstand im Einklang mit den EU-Datenschutzvorschriften und anerkannten europäischen und internationalen wissenschaftlichen Rahmenwerken mit dem Ziel zu fördern, die Vorsorge, die Vergleichbarkeit und eine langfristig angelegte Integration in EU-Gesundheitsinitiativen zu verbessern;
123. fordert, dass die Mittel der EU strategisch genutzt werden, um Ungleichheiten im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit zu verringern, unter anderem durch Investitionen in Präventionsprogramme wie die Screening-Infrastruktur im Bereich Immunisierung und Gesundheit sowie Personalkapazitäten in der Gesundheitsversorgung in benachteiligten Gebieten, und um die Kapazitäten für die medizinische Grundversorgung und Rehabilitation zu stärken, insbesondere für Bevölkerungsgruppen in ländlichen oder benachteiligten Regionen; betont, dass die Verringerung von Ungleichheiten im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit auch von der Verwaltungskapazität der Mitgliedstaaten für die Planung und Tätigung von Investitionen abhängt; fordert verstärkte technische Unterstützung, den Austausch bewährter Verfahren und einen besseren Zugang zu EU-Mitteln für Gebiete mit anhaltenden Gesundheits- und Infrastrukturdefiziten;
124. fordert die Kommission auf, eine EU-Mission zu Prävention und Ungleichheiten im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen einzurichten, in deren Rahmen eine spezielle Taskforce auf EU-

Ebene geschaffen werden sollte, die öffentliche Stellen, wissenschaftliche Sachverständige, Akteure der Zivilgesellschaft und relevante Akteure der Branche zusammenbringt und sich mit entsprechenden Einrichtungen der EU abstimmt, damit die Mitgliedstaaten Unterstützung in Form von Daten erhalten, ein strukturierter Dialog gefördert wird, Erkenntnisse ausgetauscht werden und faktengestützte Empfehlungen abgegeben werden, um die Entwicklung und Umsetzung wirksamer und fundierter Maßnahmen zur Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit und zur Beseitigung von Ungleichheiten zu fördern;

VII. Digitale Gesundheit, Daten und KI

125. spricht sich für den verantwortungsvollen Einsatz von digitalen Instrumenten, Telemedizin, tragbaren Geräten und datengestützten Lösungen für die Prävention, Früherkennung, Diagnose, Versorgung und Rehabilitation im Bereich Herz-Kreislauf-Gesundheit aus, wenn diese die Vor-Ort-Versorgung ergänzen; betont, dass die Digitalisierung unter Achtung der Patientenrechte – unter anderem hinsichtlich Einwilligung nach Aufklärung, Privatsphäre, Datenschutz und gleichberechtigtem Zugang zu Versorgung – die Kontinuität der Versorgung, die klinische Entscheidungsfindung und die Mitwirkungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten verbessern sollte und sie nicht zu einer weiteren Fragmentierung von Leistungen oder einer Verlagerung der Verantwortung in Bereiche außerhalb der Gesundheitssysteme führen darf; stellt fest, dass digitale Instrumente und KI das Potenzial bergen, den Zugang zu Versorgung in ländlichen oder abgelegenen Gebieten zu verbessern; hebt die Funktion von zugänglichen, erschwinglichen und nutzerfreundlichen Medizinprodukten und Fernüberwachungsinstrumenten in der Sekundärprävention hervor; betont, dass die digitale Kompetenz und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessert werden müssen und digitale Ausgrenzung verhindert werden muss, um sicherzustellen, dass keine Patientin und kein Patient aufgrund des Alters, des sozioökonomischen Status oder der digitalen Kompetenzen benachteiligt ist; unterstreicht, dass integrierte digitale Gesundheitslösungen – darunter patientenorientierte Instrumente und Anwendungen – über das Potenzial verfügen, die Prävention, die Überwachung und das langfristige Management im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu ergänzen und gleichzeitig die Autonomie und Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten zu erhalten; stellt fest, dass Erfahrungen aus EU-geförderten digitalen Projekten zur Versorgung bei Krebserkrankungen und zur Unterstützung von Krebsüberlebenden dabei helfen können, Synergieeffekte, Skalierbarkeit und Mitwirkungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten in verschiedenen Krankheitsbereichen aufzuzeigen;
126. fordert die Mitgliedstaaten auf, zu prüfen, wie die Qualität der nationalen Gesundheitssysteme durch digitale Instrumente und KI

zweckmäßig und gefahrlos verbessert werden kann; fordert, dass gegebenenfalls Mittel der EU eingesetzt werden, um die Verwendung derartiger Instrumente zu fördern; betont, dass die größte Herausforderung bei der digitalen und KI-basierten Innovation im Bereich Herz-Kreislauf-Gesundheit nicht im Mangel an Technologien liegt, sondern in der fortbestehenden Kluft zwischen Pilotprojekten und der Umsetzung unter Realbedingungen sowie in der Sicherstellung ihrer ethischen Nutzung; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, den Schwerpunkt darauf zu legen, bewährte und anerkannte digitale Lösungen in routinemäßige Versorgungswege, die Schulung des Personals und die Arbeitsabläufe im Gesundheitssystem auf umsichtige und evidenzbasierte Weise einzubinden; fordert insbesondere die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Bereitstellung und Inanspruchnahme tragbarer und fernbedienter Überwachungsinstrumente und KI-gestützter Instrumente bei Prävention, Früherkennung und Management im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu fördern, sofern nachgewiesen ist, dass sie einen eindeutigen klinischen Nutzen haben und die Sicherheit und die Rechte von Patientinnen und Patienten geachtet werden; hebt hervor, dass digitale und innovative Technologien, einschließlich KI, die personalisierte Versorgung fördern, die Früherkennung verbessern, gesundheitsbedingte Ungleichheiten verringern und eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen stärken können;

127. stellt fest, dass die moderne Präzisionsmedizin einen möglichen Beitrag zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen leisten kann, indem sie auf der Grundlage der spezifischen genetischen Voraussetzungen jeder Person individuell maßgeschneiderte Präventions-, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bietet;
128. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die digitalen Kompetenzen von Fachkräften im Gesundheitswesen zu stärken, indem sie spezielle Schulungen in digitaler Kardiologie, einschließlich KI-gestützter Diagnostik, simulationsbasiertem Lernen und Programmen zur Förderung der digitalen Kompetenz, sowohl in die medizinische Grundausbildung als auch in die berufliche Fortbildung integrieren; hebt hervor, dass die Ausstattung des in der Herz-Kreislauf-Medizin tätigen Personals mit diesen Fähigkeiten unerlässlich ist, um den sicheren, wirksamen und ethischen Einsatz neuer digitaler und KI-gestützter Instrumente in der klinischen Praxis sicherzustellen;
129. betont, dass digitale Instrumente bei angemessener Regulierung außerdem Gesundheitssysteme unterstützen können, indem sie eine kontinuierliche Evidenzgenerierung, Qualitätsverbesserung und adaptive Versorgungswege für alle Bevölkerungsgruppen ermöglichen;

130. fordert eine starke staatliche Steuerung und Schutzmaßnahmen sowie Leitlinien und Standards für digitale Gesundheit und KI, auch in Bezug auf Privatsphäre, ethische Standards, menschliche Aufsicht, Transparenz, Rechenschaftspflicht, Anforderungen an klinische Nachweise auf der Grundlage von repräsentativen Daten aus der Praxis, klinische Validierung und Überwachung nach dem Inverkehrbringen sowie Maßnahmen zur Verhinderung von Verzerrungen und unangemessener Datennutzung;
131. fordert zugängliche, sichere und interoperable digitale Patientenakten, um die Kontinuität der Versorgung, Präventionsstrategien und die Gesundheitsvorsorge und -überwachung zu fördern; fordert die Einbindung dieser digitalen Patientenakten in den europäischen Gesundheitsdatenraum, der wiederum zur Überwachung, Qualitätsverbesserung, Forschung und Innovation genutzt werden sollte, um gemeinsame Standards und eine gleichberechtigte Beteiligung in allen Mitgliedstaaten zu gewährleisten und einen grenzüberschreitenden Zugang zu ermöglichen, um die Inanspruchnahme von Präventivmaßnahmen zu verbessern und um eine faktengestützte Politikgestaltung zu fördern, wobei der Schutz personenbezogener Daten, die aussagekräftige Einwilligung der Patientinnen und Patienten nach Aufklärung und die Transparenz bei der Datennutzung strikt zu achten sind und wirksame Schutzvorkehrungen gegen eine missbräuchliche Verwendung zu treffen sind; betont, dass Daten über die Qualität der Versorgung und patientenrelevante Ergebnisse sowie nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselte Daten in diese digitalen Patientenakten aufgenommen werden müssen, wobei spezifische Anforderungen hinsichtlich schwangerschaftsbezogener Gesundheitsdaten bestehen müssen, um Unterschiede hinsichtlich der Erfahrungen, Bedürfnisse und Ergebnisse in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu erfassen;
132. fordert eine bessere Erhebung und Vergleichbarkeit von Daten über Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Herzerkrankungen auf EU-Ebene, was auch Daten einschließt, die nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status, Bildungsgrad, geographischer Lage und anderen relevanten Merkmalen aufgeschlüsselt sind; betont, dass hochwertige, vollständige und repräsentative Daten für wirksame Präventionsmaßnahmen, eine angemessene Früherkennung und die Entwicklung zuverlässiger und verzerrungsfreier digitaler und KI-Systeme unerlässlich sind;
133. fordert, dass die Überwachung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die entsprechenden Register in die nationalen Gesundheitsinformationssysteme integriert werden, um Interoperabilität, Nachverfolgung und Verknüpfung mit relevanten Daten zu Risikofaktoren, Versorgungswegen und Ergebnissen sicherzustellen; betont, dass Register nicht nur der klinischen Versorgung und Forschung, sondern auch der Überwachung von

Ungleichheiten beim Zugang, bei der Qualität der Versorgung und bei den Gesundheitsergebnissen förderlich sein sollten;

134. fordert die Kommission auf, die Mitgliedstaaten unter anderem durch den europäischen Gesundheitsdatenraum, EU4Health, das Programm „Digitales Europa“ und Instrumente der technischen Hilfe dabei zu unterstützen, die digitalen, governancebezogenen und personellen Kapazitäten aufzubauen, die für den sicheren, wirksamen und gerechten Einsatz digitaler und KI-basierter Lösungen im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit erforderlich sind, und dabei aktiv Maßnahmen bezüglich digitaler Ausgrenzung und der Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen zu ergreifen;
135. stellt fest, dass mehrere Mitgliedstaaten bereits über gut funktionierende und ausgereifte Register verfügen; fordert die Einrichtung eines EU-Wissenszentrums für Herz-Kreislauf-Gesundheit, um die Integration bestehender Register zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beschleunigen, bewährte Verfahren auszutauschen und die Harmonisierung und Zugänglichkeit von Daten zu unterstützen;

VIII. Forschung und Innovation

136. stellt fest, dass bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen damit verbundenen Erkrankungen trotz der Investitionen der EU im Rahmen von Horizont Europa und anderen Programmen nach wie vor Forschungs- und Innovationsdefizite und strukturelle Hindernisse bestehen, angesichts derer koordinierte Lösungen auf EU-Ebene erforderlich sind; hebt hervor, dass trotz der Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Fördermittel der EU für Forschung im Bereich Herz-Kreislauf-Gesundheit weniger als 5 % der gesamten gesundheitsbezogenen Forschung im Rahmen von Horizont Europa ausmachen; fordert Maßnahmen zur Stärkung von unabhängiger Forschung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen entlang des gesamten Spektrums – von der Prävention und Früherkennung bis hin zur Behandlungsoptimierung und Rehabilitation; fordert Forschung in Bezug auf den Zugang zu Langzeitversorgung, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität für Menschen, die mit den Langzeitfolgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen leben; fordert ferner gezielte Forschung zu angeborenen, erblichen und seltenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen; weist erneut darauf hin, dass die EU-Gesundheitsdaten digitalisiert werden müssen, um die Forschung im Bereich KI zu erleichtern;
137. betont, dass Innovationen im Bereich der kardiovaskulären Therapie in die klinische Praxis überführt werden sollten, um die Erreichung der Ziele der EU in Bezug auf Prävention und Versorgung voranzutreiben; fordert mehr Unterstützung für Innovationen im

Bereich der Medizintechnik, auch hinsichtlich Mechanismen zur Beschleunigung der Überführung in die Praxis, wie z. B. Pilotprogramme, Anwendungsforschung und Investitionen in Infrastruktur für kardiovaskuläre Forschung;

138. fordert die Nutzung von Mitteln der EU für Forschung und Innovation zur besseren Unterstützung interdisziplinärer und bereichsübergreifender Ansätze, und zwar auch mittels öffentlich-privater Partnerschaften; betont, dass diese Forschung und Finanzierung die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Fettleibigkeit, der metabolischen dysfunktion-assoziierten steatotischen Lebererkrankung, Nierenerkrankungen und anderen Begleiterkrankungen sowie der Rolle von Ernährung, Umweltbelastungen, sozialen Gesundheitsfaktoren und geschlechtsspezifischen Risikofaktoren fördern sollte;
139. besteht darauf, dass aus öffentlichen Mitteln finanzierte Forschung einen eindeutigen allgemeinen Nutzen erbringen muss, was auch den freien Zugang zu Ergebnissen, erschwingliche daraus resultierende Innovationen und den gleichberechtigten Zugang für Patientinnen und Patienten in allen Mitgliedstaaten einschließt;
140. stellt fest, dass der Biowissenschaftssektor einen Beitrag zur Stärkung der Forschungskapazitäten der EU im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen leistet und wichtig für die europäische Wettbewerbsfähigkeit ist; fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, mit dem Biowissenschaftssektor in der EU zusammenzuarbeiten, um Forschung und Innovation zu fördern, indem öffentliches und privates Kapital zur Unterstützung von Forschung und Entwicklung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen mobilisiert wird; betont, dass Forschung und Innovation in die klinische Praxis überführt werden müssen, um im innovativen Biowissenschaftssektor der EU den Übergang von der Forschung zur Vermarktung zu unterstützen und den Patientinnen und Patienten wirksamere Behandlungen zu bieten;
141. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Forschung, Innovation, Erzeugung und Vermarktung in Bezug auf nahrhafte Lebensmittel zu unterstützen, um die Qualität der Ernährung zu verbessern und die Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verringern;
142. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, den Ansatz „Eine Gesundheit“ (Forschung, Gesundheitsdaten, Prävention) in den Mittelpunkt der politischen Maßnahmen im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu stellen, unter anderem durch die Stärkung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit und der Überwachung der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt, um den mit kumulativen Expositionen verbundenen kardiovaskulären Risiken besser

vorzubeugen und diese zu verringern; fordert eine ambitionierte Forschungs- und Innovationsagenda in Bezug auf das Exposom, unter anderem im Rahmen von Horizont Europa, um die Erkenntnisse über kumulative Expositionen und ihren Zusammenhang mit Herz-Kreis-Erkrankungen zu verbessern, und betont, dass die Ergebnisse in eine präventionsorientierte Politikgestaltung überführt werden sollten, die mit den Null-Schadstoff-Zielen, der Umsetzung und Durchsetzung von Umwelt- und Gesundheitsstandards sowie, soweit zweckdienlich, dem Vorsorgeprinzip im Einklang steht;

143. begrüßt den Vorschlag der Kommission für eine Europäische Biotech-Verordnung⁴⁸; stellt fest, dass größere regulatorische Flexibilität, vereinfachte Verwaltungsverfahren und starke Rechte des geistigen Eigentums unerlässlich sind, um weitere Forschung und Innovation in der EU, auch im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit, voranzutreiben;
144. fordert eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei der klinischen Bewertung neuer Gesundheitstechnologien im Rahmen der EU-Verordnung über die Bewertung von Gesundheitstechnologien⁴⁹, insbesondere bei Hochrisiko-Medizinprodukten und implantierbaren Produkten zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
145. betont, dass verstärkte Investitionen in kosteneffiziente Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und in die Präventionsforschung ein erhebliches Potenzial zur Verringerung der Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zur Verzögerung des Ausbruchs von Krankheiten und zur Verhinderung von Komplikationen bieten; hebt hervor, dass eine auf Prävention ausgerichtete Forschung trotz ihres hohen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Nutzens im Vergleich zu therapeutischen Innovationen nach wie vor strukturell zu wenig priorisiert wird;
146. fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit den

⁴⁸ Vorschlag der Kommission vom 16. Dezember 2025 für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines Rahmens für Maßnahmen zur Stärkung der Biotechnologie und der Bioproduktion in der Union, insbesondere im Bereich der Gesundheit, und zur Änderung der Verordnungen (EG) Nr. 178/2002, (EG) Nr. 1394/2007, (EU) Nr. 536/2014, (EU) 2019/6, (EU) 2024/795 und (EU) 2024/1938 (Europäische Biotech-Verordnung), COM(2025)1022.

⁴⁹ Verordnung (EU) 2021/2282 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Dezember 2021 über die Bewertung von Gesundheitstechnologien und zur Änderung der Richtlinie 2011/24/EU (ABl. L 458 vom 22.12.2021, S. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj>).

Mitgliedstaaten und relevanten Interessenträgern einen kohärenten EU-Fahrplan für kardiovaskuläre Forschung und Innovation auszuarbeiten, der die Finanzierungsinstrumente aufeinander abstimmt, Fragmentierung verringert, auf den ungedeckten Bedarf im gesamten Krankheitskontinuum abzielt und die Überführung der Forschungsergebnisse in die Prävention, Diagnose, Versorgung und Rehabilitation beschleunigt und gleichzeitig bestehende Initiativen wie die Initiative für innovative Gesundheit und Partnerschaften im Rahmen von Horizont Europa ergänzt;

IX. Governance, Umsetzung und Finanzierung

147. fordert alle Mitgliedstaaten auf, nationale Pläne für die Herz-Kreislauf-Gesundheit auszuarbeiten bzw. bestehende Pläne zu aktualisieren, wobei diese Pläne die Prävention, Früherkennung, Behandlung, Rehabilitation und Langzeitversorgung sowie alle wesentlichen Risikofaktoren abdecken sollten und auf den Plan zum Schutz der Herzgesundheit, die Ziele der EU und ihre internationalen Verpflichtungen – unter anderem die politische Erklärung der vierten Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene zu Prävention und Kontrolle nicht übertragbarer Krankheiten und zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens – und die EU-Strategie für globale Gesundheit abgestimmt sein sollten; betont, dass diese Pläne eine strukturierte Koordinierung zwischen Behörden, Gesundheitsdienstleistern, Patientenorganisationen und verantwortlichen Partnern aus dem privaten Sektor fördern und klare Mechanismen für Governance, Transparenz und Rechenschaftspflicht umfassen sollten;
148. fordert die Kommission auf, unter anderem für das Ermitteln und den Austausch bewährter Verfahren Leitlinien auszuarbeiten, um die Mitgliedstaaten bei der Konzeption und Umsetzung wirksamer, faktengestützter Maßnahmen zur Förderung der Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsleistungen und Screening-Programmen zu unterstützen;
149. fordert die Kommission auf, die Mitgliedstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Pläne für die Herz-Kreislauf-Gesundheit durch Leitlinien auf EU-Ebene, angemessene Finanzmittel, den Austausch bewährter Verfahren und technische Hilfe zu unterstützen und die Koordinierung zwischen den nationalen Strategien zu erleichtern, um dazu beizutragen, die Unterschiede bei den Ergebnissen im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit in der EU zu verringern;
150. fordert die Kommission auf, einen Fahrplan für die Umsetzung des Plans zum Schutz der Herzgesundheit zu entwickeln, der auf einem klaren und starken politischen Engagement beruht, und Innovation und Leitinitiativen in allen Mitgliedstaaten und auf EU-Ebene zu fördern;

151. betont, dass für wirksame Prävention, Vorsorge, Versorgung und Forschung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine angemessene, zweckgebundene, stabile und langfristige öffentliche Finanzierung durch die EU im Rahmen aller relevanten EU-Programme erforderlich ist; hebt hervor, dass Herz-Kreislauf-Gesundheit ein öffentliches Gut ist und dass eine angemessene Finanzierung so gestaltet sein sollte, dass Prävention, Vorsorge und Gerechtigkeit in der gesamten EU gestärkt werden, was auch die Unterstützung beim Abbau von Zugangsbarrieren zu Diagnosen, erschwinglichen Arzneimitteln, medizinischen Eingriffen und Behandlungen umfasst; fordert, dass bei Finanzierung, Datenerhebung und Forschung der EU eine geschlechtsspezifische Dimension berücksichtigt wird, was auch gezielte Unterstützung für Innovationen, die die spezifischen kardiovaskulären Risiken und Versorgungswege für Frauen abdecken, einschließt;
152. fordert die Kommission auf, klare und umfassende Ziele, Indikatoren und Etappenziele für die Minderung und Kontrolle von kardiovaskulären Risiken festzulegen, und zwar auch für das wirksame Management wesentlicher Risikofaktoren und von Begleiterkrankungen; fordert eine transparente Überwachung und regelmäßige öffentliche Berichterstattung, unter anderem über Gleichstellungsziele und gezielte Maßnahmen für Gruppen, die einem hohen Risiko ausgesetzt und unterversorgt sind, und fordert klare Ziele für die Senkung der Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
153. betont, dass in den nationalen Plänen für die Herz-Kreislauf-Gesundheit ausdrücklich auf Ungleichheiten im Gesundheitsbereich eingegangen werden sollte, indem Gleichstellungsziele und gezielte Maßnahmen für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen aufgenommen werden;
154. fordert die Kommission auf, Daten über die kardiovaskuläre Gesundheit, sie bestimmende Faktoren und die Sichtweisen in der Öffentlichkeit in die Eurobarometer-Umfragen und -Statistiken aufzunehmen;
155. fordert Evaluierungen und Rechenschaftspflicht; sagt in dieser Hinsicht zu, eine Durchführungsstudie vorzulegen, in der die Fortschritte, die Kohärenz und die Wirksamkeit des Plans zum Schutz der Herzgesundheit in den Mitgliedstaaten bewertet werden und in der Prävention, gleichem Zugang, Früherkennung und Maßnahmen in Bezug auf die sozialen und ökologischen Gesundheitsfaktoren besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird; fordert die Kommission auf, parallel dazu spätestens vier Jahre nach der Annahme des EU-Plans für die Gesundheit von Herz und Kreislauf einen Bewertungsbericht über dessen Umsetzung vorzulegen, in dem die Fortschritte im Hinblick auf die festgelegten Ziele bewertet, Lücken und Hindernisse für die Umsetzung ermittelt

und erforderlichenfalls Lösungen vorgeschlagen werden, um Rechenschaftspflicht, Transparenz und kontinuierliche Verbesserungen zu gewährleisten; fordert die Kommission auf, die Lage kontinuierlich zu überwachen und nach dem ersten Bericht regelmäßige Bewertungsberichte vorzulegen;

X. Internationale Dimension

156. betont, dass die Rolle der EU bei globalen Maßnahmen gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und nicht übertragbare Krankheiten mit der EU-Strategie für globale Gesundheit und mit der politischen Erklärung der vierten Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene zu Prävention und Kontrolle nicht übertragbarer Krankheiten und zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens im Einklang stehen sollte; unterstreicht, dass dadurch mit Blick auf eine Steigerung der Resilienz ein Beitrag geleistet werden sollte, um die Prävention, die Vorsorge und die Versorgungssysteme im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu stärken;
157. betont, dass die Rolle der EU bei globalen Maßnahmen auch eine verstärkte Zusammenarbeit mit Bewerberländern und potenziellen Bewerberländern umfassen sollte, um die Stärkung von Prävention, Vorsorge und Versorgungssystemen im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem Ziel voranzutreiben, die Resilienz zu verbessern und eine schrittweise Angleichung an die Ziele und Standards der EU zu erleichtern; hebt hervor, dass diese Zusammenarbeit die Teilnahme an EU-Gesundheitsprogrammen, grenzüberschreitende Projekte und technische Hilfe umfassen könnte und darauf abzielen sollte, die Gesundheitssysteme zu stärken und die kardiovaskulär bedingte Mortalität zu verringern;
158. betont, dass die Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen weltweit eine der Hauptursachen für vorzeitige Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten ist und dass die Senkung der kardiovaskulär bedingten Sterblichkeit entscheidend ist, um bis 2030 das Ziel für nachhaltige Entwicklung 3.4 zu erreichen; weist darauf hin, dass sich die EU verpflichtet hat, im Einklang mit ihren Zielen im Bereich des auswärtigen Handelns mittels Prävention, Früherkennung und Stärkung der Gesundheitssysteme aktiv zu den weltweiten Bemühungen zur Verringerung der Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen beizutragen; fordert daher eine Angleichung der internen und externen politischen Maßnahmen, einschließlich der Berücksichtigung der Bevölkerung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen bei Forschungsaktivitäten zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit verbundenen Risikofaktoren wie ungünstigen Schwangerschaftsverläufen, da die Morbidität bei Müttern sehr hoch ist;

159. fordert die Angleichung der Maßnahmen der EU im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit an die internationalen Rahmen und Verpflichtungen – unter anderem an die von der WHO ausgearbeiteten Strategien und Aktionspläne –, um die Politikkohärenz, die Vergleichbarkeit von Daten, das wechselseitige Lernen und den Austausch bewährter Verfahren zwischen der EU, den Nachbarländern und den globalen Partnern zu fördern; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten ferner auf, die Zusammenarbeit mit relevanten internationalen Organisationen und Partnern zu verstärken, um die Prävention, die Überwachung, die Forschungszusammenarbeit und die Resilienz der Gesundheitssysteme im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen weltweit zu fördern;

◦

◦ ◦

160. beauftragt seine Präsidentin, diese Entschließung dem Rat und der Kommission sowie den Regierungen und Parlamenten der Mitgliedstaaten zu übermitteln.