



**DGK.**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.



Deutsche  
Herzstiftung

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der Deutschen Herzstiftung zum Referentenentwurf des Präventionsgesetzes**

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und die Deutsche Herzstiftung (DHS) befürworten einige Veränderungen in dem Referentenentwurf des neuen Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Wir möchten uns auf einige wenige Kommentare beschränken, die sich auf die Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen im Erwachsenenalter beziehen, um Überschneidungen mit den pädiatrischen Gesellschaften zu vermeiden, ohne damit jedoch im Geringsten die große Bedeutung der präventiven Bemühungen im Kindes- und Jugendalter vermindern zu wollen.

### **Zielgruppengerechte Inanspruchnahme von Präventionsleistungen**

Beide Gesellschaften nehmen erfreut zur Kenntnis, daß im § 20 des SGB V der Schwerpunkt von der Krankheitsfrüherkennung auf die Prävention verlagert wird, nämlich auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren, die – wenn nicht beeinflusst – mit großer Wahrscheinlichkeit im Verlauf von einigen Jahren zu kardiovaskulären Erkrankungen führen können. Dies ist besonders deshalb dringlich, weil die Situation der Prävention in Deutschland im europäischen Vergleich in den letzten Jahren als ungünstig und deutlich unterdurchschnittlich in Relation zu anderen von der Wirtschaftskraft her vergleichbaren Ländern eingeschätzt wurde.

Die DGK und DHS befürworten ebenfalls die Forderung, daß die präventiven Maßnahmen nach noch zu bestimmenden, wissenschaftlich fundierten Gesichtspunkten umgesetzt werden sollen. Die von mehreren europäischen Fachgesellschaften kürzlich erarbeiteten Europäischen Leitlinien [1] für die Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen können sicher eine große Hilfe bei der Auswahl der Zielgruppen und der zu fördernden präventiven Leistungen sein. Eine Risikostratifikation sollte nach diesen Leitlinien in die initiale Befunderhebung mit einbezogen werden, um speziell die Personen mit höherem – teilweise auch sozial bedingtem – Risiko zu erfassen, bei denen eine Risiko-Faktorenintervention besonders kosteneffektiv ist. Die wichtigsten Risikofaktoren, die zur Häufigkeit der kardiovaskulären Erkrankungen beitragen wie Tabakkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel begünstigen ebenfalls den Diabetes mellitus Typ2 und Lungen- und Tumorerkrankungen, so dass hier sicher Übereinstimmungen und Synergien mit den Empfehlungen anderer Fachgesellschaften erzielt werden.

Die Beeinflussung von Risikofaktoren ist nach internationalen Erfahrungen [1] ein relativ zeitaufwändiger Prozess, der nicht mit der Mitteilung an den Patienten über das Vorhandensein von Risikofaktoren abgeschlossen ist, sondern wiederholte Beratungen, Unterstützung und Ermutigung des Patienten zur Lebensstilumstellung erfordert, die in die Beurteilung der ärztlichen Leistung eingehen sollten. Die Häufigkeit von Beratungs-Gesprächen bestimmt ebenso den Erfolg der Intervention wie die Verwendung von unterschiedlichen schriftlichen oder graphischen Erläuterungen. Die Dokumentation der Risikostratifikation, der Beratung und der Aushändigung von individuellen auf den Fall abgestimmten Empfehlungen zu den einzelnen Risikofaktoren, bzw. zur Stärkung von Gesundheitsfaktoren sollten Teil der primärpräventiven Beratung und Risikofaktoren-Intervention sein.

### **Lebenswelten**

DGK und DHS begrüßen ebenfalls die Einbeziehung von Betriebsmedizinern in die Primärprävention; die arbeitende Bevölkerung, die vielleicht - trotz erheblicher Risikofaktoren - noch nicht den Weg zum Arzt gefunden hat, stellt eine wichtige Zielgruppe für die Primärprävention dar.

Körperlich schwer arbeitende Personen haben ein höheres kardiovaskuläres Risiko und eine geringere Lebenserwartung, was teilweise durch das mit dem niedrigeren sozialen Status bedingte geringere Gesundheitsbewußtsein verstärkt wird. Hier kann die Primärprävention sozial bedingte Ungleichheiten abmildern.

Der quantitativ bedeutendste und beeinflussbare Risikofaktor, der durch omnipräsente Werbung in fast alle Lebenswelten eindringt, ist zweifellos der Tabakkonsum: dieser stellt das größte vermeidbare Gesundheitsproblem in Deutschland dar; jährlich sterben in Deutschland zwischen 107.000 und 140.000 Personen an den Folgen des Tabakkonsums [2], was etwa 290 bis 380 Todesfällen pro Tag entspricht.

Wenn es Ziel des neuen Präventionsgesetzes sein soll, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, kann dementsprechend die Tabakprävention nicht ausgelassen werden.

Besonders in diesem Bereich sieht es mit den primärpräventiven Bemühungen in Deutschland ungünstig aus. In Deutschland werden pro Jahr zwischen 93 und 140 Milliarden versteuerte Zigaretten verkauft; etwa 32% der Frauen rauchen, womit diese die Spitzenposition innerhalb der EU-Länder einnehmen, während die Männer mit 37 % nach Griechenland, Estland und der Slowakei den vierten Platz einnehmen [3]. Pro einer Million gerauchter Zigaretten ist mit einem Todesfall zurechnen [4], pro 3,5 Millionen Zigaretten mit einem Bronchialkarzinom [5]; in Deutschland werden pro Jahr 45 000 Fälle von Bronchial/Lungen-Karzinom diagnostiziert [6].

Trotz dieser unbestrittenen Erkenntnisse ist Deutschland im Jahr 2014 (10 Jahre nach Ratifizierung des WHO initiierten Framework Convention on Tobacco Control [FCTC] durch das Parlament) das letzte Land in Europa, in dem noch auf Plakaten in der Öffentlichkeit für Tabakprodukte geworben werden darf.

Den Steuereinnahmen von 14 Milliarden € pro Jahr stehen trotz der skizzierten katastrophalen gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums nur 190 Mio € an Aufwendungen für Prävention gegenüber [7] – etwa der Betrag, der an Steuern durch den illegalen Konsum von Zigaretten von Minderjährigen eingenommen wird [8].

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist, daß die per Gesetz festgelegte, uneingeschränkte Einordnung des Tabakkonsums als „Lebensstil“ im SGB V weder den wissenschaftlichen Erkenntnissen des 21. Jahrhunderts entspricht, noch der Einschätzung der Weltgesundheitsbehörde. Ein peinlicher Zustand für ein Land, das sich im wissenschaftlichen Bereich sonst gerne an der Spitze des Fortschrittes sieht. In dem in Deutschland gebräuchlichen und von den Krankenkassen vorgeschriebenen diagnostischen Klassifikations-System von Krankheiten, dem ICD-10, wird die Tabak- oder Nikotinabhängigkeit unter der Kodierungsnummer F 17.2 aufgeführt und definiert.

Etwa 50% der Raucher sind nach wissenschaftlichen Untersuchungen als nikotinabhängig einzuschätzen, denen, wie auch anderen Abhängigkeitserkrankten, eine medizinische Behandlung – auch mit Medikamenten – nicht verweigert werden kann. Deshalb sollten im **§34 SGB V Ausschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel** im Absatz 1, vorletzter Satz die beiden Worte „zur Raucherentwöhnung“ gestrichen werden.

Nikotinabhängigkeit und Rauchgewohnheiten sind in den sozial weniger privilegierten Schichten deutlich stärker präsent, so dass durch die Unterstützung der Therapie der Nikotinabhängigkeit auch eine sozial bedingte Benachteiligung ausgeglichen werden kann.

Wenn es darum geht, in den Lebenswelten eine Verbesserung der Prävention zu erreichen, sollte wie in den anderen europäischen Ländern ein Verbot der Tabakwerbung möglichst umgehend umgesetzt werden, aber auch die übrigen Maßnahmen, die in dem FCTC empfohlen werden, würden zu einer Verminderung der tabakbedingten Todesrate führen und auch auf diese Weise zu einer Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten führen.

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention zeigt einige deutliche Verbesserungen im Vergleich zur bisherigen Gesetzeslage. Um das Potential zur Verbesserung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung –auch unter Berücksichtigung sozialer Aspekte - auszuschöpfen, sind aber insbesondere bezüglich der Tabakprävention weitere Veränderungen notwendig.

1. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) (2012) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 33:1635–701
2. Mons U Tabak-attributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik Gesundheitswesen (2011)73: 238–246
3. Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brüssel
4. Bartecchi, C. E., MacKenzie, T.D. und Schrier, R.W. The human costs of tobacco use. NEngl JMed (1994) 330:907–912 und 975–980.
5. Proctor R The discovery of the cigarette lung cancer link Tobacco Control;(2012) 21:87–91
6. www. gbe-bund.de –Dachdokumentation Krebs
7. Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/12272 vom 4.2.2013 Ausgaben für Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen („Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen“, Einzelplan 15, Kapitel 15 02, Titel 531 66)
8. Hanewinkel R, Gohlke H Einnahmen des Bundeshaushaltes aus dem Zigarettenkonsum Minderjähriger Deutsche Med Wochenschrift (2008) 132:2555-2558;



Prof. Dr. Christian Hamm  
Präsident Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
- Herz- und Kreislaufforschung e.V.



Prof. Dr. Thomas Meinertz  
Vorstandsvorsitzender Deutsche Herzstiftung e.V.



Prof. Dr. Rainer Hambrecht  
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
- Herz- und Kreislaufforschung e.V.

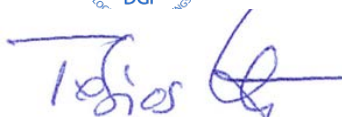


Prof. Dr. Helmut Gohlke  
Vorstandsmitglied Deutsche Herzstiftung e.V.

Weitere Gesellschaften, die die Stellungnahme der Deutschen Herzstiftung und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie vorbehaltlos unterstützen:




Dr. med. Manu Guha  
Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Prävention  
und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.

Prof. Dr. Tobias Welte  
Präsident Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.



Bundesverband der Pneumologen



Dr. Andreas Hellmann  
Vorsitzender Bundesverband der Pneumologen