

Deutscher Städtetag | Gereonstraße 18-32 | 50670 Köln

Bundesministerium für Gesundheit  
Frau MR'in Claudia Siepmann  
Leiterin der Unterabteilung 32  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

E-Mail: [ghg@bmg.bund.de](mailto:ghg@bmg.bund.de)  
[claudia.siepmann@bmg.bund.de](mailto:claudia.siepmann@bmg.bund.de)

## Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)

Sehr geehrte Frau Siepmann, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zum o. g. Gesetzesentwurf. Wir positionieren uns hierzu wie folgt:

Grundsätzliches:

Wir begrüßen grundsätzlich das Aufgreifen des Themas in einem Gesetz und die dargestellten Zielsetzungen. Für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation ist es sicherlich ein richtiger Ansatz die Prävention zu stärken. Das die Ernährung und der Zuckerkonsum ein Regelungsschwerpunkt sein soll, begrüßen wir. Dies erscheint uns gut nachvollziehbar.

Kritisch zu sehen sind teilweise die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen auf dem Weg zu den Zielen. Etwa wird im Entwurf zwar – richtigerweise – betont, dass Lebensstilfaktoren eine Schlüsselrolle bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen sollen. Konkrete bevölkerungsmedizinische Maßnahmen der Verhältnisprävention fehlen dann aber. Das Gesetz übersieht, dass modifizierbare Lebensstilfaktoren eine zentrale Rolle in der Prävention einnehmen. Zur Erreichung der Ziele des Gesetzes müsste dies besser berücksichtigt werden. Auch müssen die Maßnahmen zielgruppengenau erfolgen.

09.07.2024/rem/koe

### Kontakt

Lutz Decker  
lutz.decker@staedtetag.de  
Gereonstraße 18-32  
50670 Köln

Telefon 0221 3771-305  
Telefax 0221 3771-409

[www.staedtetag.de](http://www.staedtetag.de)

Aktenzeichen  
54.14.00 D

### Hauptgeschäftsstelle Berlin

Hausvogteiplatz 1  
10117 Berlin  
Telefon 030 37711-0

### Hauptgeschäftsstelle Köln

Gereonstraße 18-32  
50670 Köln  
Telefon 0221 3771-0

### Europabüro Brüssel

Avenue des Nerviens 9-31  
1040 Bruxelles / Belgien  
Telefon +32 2 882 774-0

Zu einzelnen Regelungsbereichen:

## 1. Verbesserung der Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen

Der Fokus auf Fettstoffwechselstörungen bei Kindern und Jugendlichen wurde uns gegenüber als „zu kurz gegriffen“ bewertet. Die Inzidenz ist zwar hoch und hier kann gut behandelt werden. Aber diese Maßnahmen allein werden möglicherweise nicht signifikant bei der Gesamtproblematik helfen. Die Kernpunkte Bewegungsmangel, Fettleibigkeit, Medien-, Nikotin- und Alkoholkonsum werden ausgeklammert. Wenn ein Fragebogen vorgesehen wird, so sollte dies mitberücksichtigt werden.

Die Suche nach angeborenen Herzerkrankungen wird nicht adressiert. Sinnvoll wären regelmäßige Kontrollen von Blutdruck im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ab U8 (= 4. Lebensjahr) und auch regelmäßig EKG-Ableitungen ab U8. Zusätzlich wäre zu prüfen, ob nicht auch eine Echokardiographie einmalig, z. B. im Rahmen der U10 (6.-7. Lebensjahr) sinnvoll wäre.

Die aktuelle Evidenz belegt die hohe Bedeutung einer möglichst frühzeitigen Absenkung erhöhter LDL-Cholesterinwerte zur Verhinderung bzw. Verzögerung kardiovaskulärer Erkrankungen. Insofern stellt die Erfassung erhöhter LDL-Cholesterinspiegel im Kindes- bzw. Jugendalter aufgrund der dann gegebenen therapeutischen Interventionsmöglichkeiten eine wichtige Weiterentwicklung dar. Aus unserer Sicht sollte die Risikoerfassung allerdings nicht nur durch standardisierte Fragebögen, sondern zwingend und in jedem Fall auch durch eine im Gesetz ermöglichte, tatsächliche laborchemische Bestimmung des Lipidstatus erfolgen. Zur Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen sollte mindestens einmal im Leben auch die Bestimmung des Lipoproteins (a) ermöglicht werden.

## 2. Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen

Die vorgesehene Leistungsausweitung von Check-up-Untersuchungen im 25., 35. und 50. Lebensjahr kann von hohem Wert sein. Hinsichtlich der Ausgestaltung dieser Maßnahmen, folgen aber noch, teils kritische, Hinweise im Weiteren.

Es sollte geprüft werden, ob der der Check-up 50 zur Früherkennung von koronarer Herzerkrankung (KHK), Herzklappenvitien und Herzinsuffizienz zumindest eine echokardiographische Untersuchung sowie die Bestimmung der natriuretischen Peptide wie NTproBNP / BNP umfassen sollte.

Ein Novum in dem Entwurf ist die Einführung von Check-ups, deren Nutzen nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin noch nicht belegt ist, die jedoch durchgeführt werden sollen, wenn sie den Prinzipien des Gesetzes nicht widersprechen. Dies widerspricht dann allerdings modernen

Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin und kollidiert ggf. auch mit Grundsätzen des SGB V. Und während z. B. der Nationale Krebsplan in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erarbeitet wurde und Patientenrechte sowie informierte Entscheidungen bei der Früherkennung betont, schafft der aktuelle Gesetzentwurf die Möglichkeit, dass alle Versicherten Gutscheine und Check-ups nutzen können, ohne ausreichende Information oder Aufklärung.

### 3. Stärkung von Disease Management Programmen

Die Stärkung von DMPs, insbesondere aber ihre Öffnung für Patienten, welche die entsprechende Erkrankung noch nicht haben, stellt eine wichtige Weiterentwicklung dar. Das zudem Vergütungsanreize für die Leistungserbringer vom Erreichen bestimmter, noch zu definierender Ziele abhängig gemacht werden, kann sicherlich auch helfen. Aus unserer Sicht wäre es aber sinnvoll und der tatsächlichen Zielerreichung zuträglich, wenn auch für die betroffenen Patienten ein entsprechendes, von der Zielerreichung abhängiges Anreizsystem geschaffen würde.

Die Ausführungsbestimmungen bzw. Leitlinien der Fachgesellschaften und Festlegung von Therapiezielen, die dann über DMP schwerpunktmäßig durch die Hausärzte umgesetzt werden können, erscheinen für die Umsetzung interessant.

### 4. Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse

Eine gesetzliche Vorgabe zur Verordnungsfähigkeit einer spezifischen Wirkstoffgruppe, für Statine, soll eingeführt werden. Diese Verordnung soll abhängig vom Alter und dem Zehn-Jahres-Risiko normiert werden. Statine sollen bei einem Ereignisrisiko ab 7,5 Prozent für unter 50-Jährige zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden dürfen, während die aktuelle Arzneimittel-Richtlinie einen Schwellenwert von 20 Prozent vorsieht.

Uns gegenüber wurden aus unserer städtischen Mitgliedschaft sowohl Pro als auch Contra- Argumente benannt, die hier noch einmal abgewogen werden müssen.

Einerseits wurde begrüßt, dass die Verordnungsfähigkeit von Statin-Präparaten erleichtert wird. Der Referentenentwurf verweist hier auf die Leitlinienempfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, die Notwendigkeit und Ausmaß einer lipidsenkenden Therapie vom jeweiligen kardiovaskulären Gesamtrisiko abhängig machen. Entscheidend ist dabei aber weniger die bloße Tatsache einer Statin-Verabreichung, sondern die Erreichung eines entsprechend risikoadaptierten LDL-Cholesterin-Zielwertes,

der in bestimmten Fällen ergänzende therapeutische Maßnahmen erforderlich macht. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass in ca. 10 Prozent der Fälle von einer Statinunverträglichkeit auszugehen ist, was bedeutet, dass einem relevanten Bevölkerungsanteil die Verordnungs-Erleichterung einer Statintherapie nicht zugutekommt und er dementsprechend auch nicht hiervon profitieren kann. Der Gesetzentwurf darf daher aus unserer Sicht nicht auf halber Wegstrecke stehenbleiben, sondern muss konsequenterweise die Erreichung leitliniengerechter und Evidenz-gestützter LDL-Cholesterinspiegel zum gesetzgeberischen Ziel erklären und nicht nur die Erleichterung einer alleinigen Statin-Verordnung.

Andererseits wurden auch zwei wichtige Argumente gegen die geplanten Regelungen zu Statinen genannt: Erstens ist es ungewöhnlich, gesetzlich festzulegen, ab welcher konkreten Indikationsstellung eine Medikamententherapie erfolgen soll. Es stellt sich die Frage, ob Ärztinnen/Ärzte bei Verordnung von Statinen bei einem abweichenden Risiko mit Sanktionen rechnen müssten, was darüber hinaus die ärztliche Unabhängigkeit gefährdet. Zweitens liegt die Entscheidung über die Angemessenheit einer Statintherapie in der Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dieser hat in der Vergangenheit solche Entscheidungen kompetent getroffen und sollte gemäß dieser Argumentationslinie weiterhin die medizinische Indikationsstellung bestimmen, da dies eine ureigene medizinische Aufgabe ist. Eine gesetzliche Festschreibung von Indikationen für medikamentöse Therapien impliziert, dass bei Änderungen der Evidenzlage der Deutsche Bundestag ein neues Gesetz verabschieden müsste, um die ärztliche Verordnungsfähigkeit anzupassen.

## 5. Reduzierung des Nikotinkonsums

In Anbetracht der hochschädlichen Auswirkungen des Nikotinkonsums ist jede Maßnahme zu seiner Bekämpfung wichtig und zu begrüßen. Wünschenswert wären allerdings auch Maßnahmen, die möglichst schon den Beginn des Nikotinkonsums unterbinden und nicht erst seine Beendigung fördern. Es sollte aus unserer Sicht daher erwogen werden, auch die Zugangsmöglichkeiten für Tabakprodukte regulatorisch zu erschweren und über die Intensivierung von Aufklärungskampagnen, z.B. an Schulen, zu einer Reduktion der immer noch zu hohen Anzahl an Rauch-Anfängern beizutragen.

Neben dem Nikotinkonsum sind aber u.a. auch eine hochkalorische Ernährung mit der Folge einer Adipositas sowie auch Bewegungsmangel wichtige Ansatzpunkte. Diese müssen adäquat, auch im Vergleich zu den hier aufgegriffenen Maßnahmen Berücksichtigung finden.

## 6. Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken

Prinzipiell ist jeder Versuch begrüßenswert, der Bevölkerung präventive medizinische Aspekte möglichst niederschwellig zugänglich zu machen. Vor diesem Hintergrund ist offenbar die vorgesehene Einbeziehung von Apotheken zu sehen. Allerdings sollte aus unserer Sicht bei der Ausgestaltung berücksichtigt werden, dass die Bewertung von individuellen Risikoprofilen und die daraus resultierende Veranlassung therapeutischer Konsequenzen genuine ärztliche Aufgabe ist und dementsprechend Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben muss. Auch muss darauf geachtet werden, hier keine Parallelstrukturen aufzubauen.

Die vorab erforderliche Bestimmung der einzelnen Risikofaktoren inkl. einer vorläufigen Einordnung des Untersuchungsergebnisses kann demgegenüber wohl auch durch entsprechend qualifizierten Personals in Apotheken erfolgen. Es muss aus unserer Sicht allerdings sichergestellt werden, dass eine entsprechende Schulung bzw. Qualifizierung auch vorliegt. Es sollte darüber hinaus ein Risiko-Schwellenwert definiert werden, bei dem das in Apotheken tätige Personal verpflichtet wird, eine ärztliche Vorstellung anzuraten. Empfehlenswert ist hier die Verwendung bereits etablierter, wissenschaftlich fundierter und auch in den Leitlinien empfohlener Risikoscore. Schließlich sollten Vorkehrungen getroffen werden, Fehlanreizen und Interessenkonflikten vorbeugen.

Weiteres:

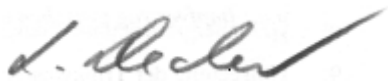
Angesichts der hohen Anzahl in deutschen Krankenhäusern behandelter Patienten (so wurden im Jahr 2022 > 17 Millionen vollstationäre Patientinnen und Patienten aus deutschen Kliniken entlassen), wäre auch zu erwägen, auch Krankenhäuser in präventive Maßnahmen mit einzubinden. Angesichts sämtlicher, in der Regel vor Ort verfügbarer Untersuchungsmittel könnten im Rahmen der jeweiligen stationären Behandlung Risikofaktoren nicht nur bestimmt und im selben Aufenthalt fachärztlich begutachtet, sondern etwaig erforderliche therapeutischen Maßnahmen bereits eingeleitet werden. Als Voraussetzung dafür müssten hierfür den Kliniken die entsprechenden personellen und infrastrukturellen Ressourcen zur Verfügung gestellt bzw. entsprechend vergütet werden. Aus unserer Sicht ließe sich damit noch ein wesentlicher Bevölkerungsanteil präventivmedizinisch versorgen, was langfristig zur Reduktion der Morbiditäts- und Mortalitätslast beitragen würde. Es ist zu vermuten, dass stationär behandelte Patienten niederschwellig angebotenen, präventiven Maßnahmen gegenüber aufgeschlossener sind als Patienten, die erst über die Inanspruchnahme von Terminservice-Stellen einen Arztkontakt vermittelt bekommen.

Aus dem Kontakt mit unserer Mitgliedschaft ergeben sich weitere Hinweise zu Themenbereichen, die zur primären Vermeidung/Verminderung ungünstiger Lebensgewohnheiten durch entsprechende Rahmenbedingungen aufgegriffen werden könnten. Dazu gehören:

- Die Frage des Zugangs zu Energy-Drinks für Kinder und Jugendliche,
- Preise für Softdrinks, Zigaretten/Nikotinprodukte,
- Unterrichtseinheiten zu gesunder Ernährung und Bewegung,
- Förderung gesunder Lebensweisen (kein Nikotin, gelenkschonende und herzgünstige Bewegung),
- Generell sollte gesundes Essen gefördert werden, es sollte kostengünstiger als ungesundes Essen mit viel Zucker, gesättigten Fettsäuren usw. sein. Bewegungsangebote sollten für alle Menschen erschwinglich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Decker', with a long, sweeping flourish extending to the right.

Lutz Decker