



Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e.V.

DGRW Geschäftsstelle · Universität Halle-Wittenberg · Institut für
Rehabilitationsmedizin · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle (Saale)

Frau
Dr. Anja Naumann, LL.M. (QMUL)
Referentin
Bundesministerium für Gesundheit
ghg@bmg.bund.de

Präsident:

Prof. Dr. Thorsten Meyer
Institut für Rehabilitationsmedizin
Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel.: +49 345 557 4204
Fax.: +49 345 557 4206
Email: thorsten.meyer@uk-halle.de

Halle, den 09.07.2024

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz- GHG)

Sehr geehrte Frau Dr. Naumann,

die Vorlage eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit wird von der DGRW ausdrücklich begrüßt. Die gesundheitspolitische Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde eindeutig erkannt und beschrieben und gleichzeitig auch auf das Missverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag hingewiesen. Hier gibt es im europäischen Vergleich für Deutschland erheblichen Nachholbedarf, insbesondere im Bereich Verhaltensprävention.

Der im Referentenentwurf vorgegebene Weg, dies zu ändern, erscheint aus Sicht der DGRW jedoch sehr einseitig und wenig ausgewogen und lässt auch innovative Konzepte, für die eine wissenschaftliche Evidenz mittlerweile belegt ist, außer Acht.

Konkret bedeutet dies aus Sicht der DGRW, auch folgende Punkte zu adressieren:

1. Völlig zu Recht wird in der Einleitung sowie in der Problem- und Zielbeschreibung darauf hingewiesen, dass 70 % der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch modifizierbare Lebensstilfaktoren verursacht werden. Als erste Antwort darauf werden dann jeweils Arzneimittel zur Tabakentwöhnung und Cholesterinsenkung benannt.

Gerade bei Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung zeigt die aktuelle Evidenz sehr deutlich, dass diese Maßnahmen nur sinnvoll sind mit entsprechenden verhaltenstherapeutischen Modifikationen. Die rein medikamentöse Prävention greift in Augen der DGRW viel zu kurz.

Geschäftsstelle

DGRW Geschäftsstelle
Universität Halle-Wittenberg
Institut für Rehabilitationsmedizin
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Email: dgrw@medizin.uni-halle.de
Web: www.dgrw-online.de

Vorstandsmitglieder

Prof. Dr. Thorsten Meyer
Prof. Dr. Corinna Bergelt
Prof. Dr. Matthias Bethge
Prof. Dr. Dörte Busch
Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann
Dr. Désirée Herbold
Prof. Dr. Klaus Pfeifer
Dr. Marco Streibelt

Bankverbindung

Deutsche Bank
IBAN: DE62200700240866082100
BIC: DEUTDEDBHAM

Der Schlüssel ist die nachhaltige Stärkung der Änderung des Lebensstils (Verhaltensprävention). Hier reichen aber reine Informationskampagnen oder Ähnliches keineswegs aus. Lebensstiländerung bedeutet – gerade auch im medizinischen Kontext – die Einbeziehung gesundheitspsychologischer Erkenntnisse. Motivation, Volition, Selbstwirksamkeit sind Begriffe, die in diesem Konzept leider überhaupt nicht auftauchen. Aber genau diese Stellschraube ist es, mit der nachhaltige Veränderungen des individuellen Gesundheitsstatus erreicht werden können. In diesem Zusammenhang sollte neben der Diabetes mellitus-Erkrankung auch auf die Adipositas als wesentliche Komorbidität der Herz-Kreislauf-Erkrankungen fokussiert werden.

Auf keinen Fall dürfen Mittel der Krankenkassen für zertifizierte Primärpräventionskurse für Medikamentenverordnungen umgewidmet werden! Der Referentenentwurf liest sich so, als sollten die geplanten Arzneimittelverschreibungen zur Tabakentwöhnung, Verordnung von Statinen auf die für Primärprävention zur Verfügung stehenden Mittel angerechnet werden. Die hier gewollte Leistungsausweitung würde dann die für die eigentliche Primärprävention zur Verfügung stehenden Finanzmittel drastisch schmälern, wenn nicht gar aufbrauchen. Das wäre der völlig falsche Weg!

2. Die Bedeutung der Deutschen Rentenversicherung als Leistungserbringer im Bereich der Prävention (sowohl Primär- bis Tertiärprävention) wird im Referentenentwurf nicht benannt. So werden mittlerweile über die Rentenversicherungsträger einschlägige Vorsorgeuntersuchungen angeboten. Hier eine sinnvolle Abstimmung mit den Angeboten der Krankenkassen zu erzielen, erscheint sinnvoll.
3. Der aktuelle Deutsche Herzbericht zeigt, dass nur jede 10. Person, die wegen einer Herzerkrankung im Krankenhaus behandelt worden ist, im Anschluss eine kardiologische Rehabilitation nutzt. Insbesondere die Zeit der Rehabilitation – sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt – ist eine entscheidende Phase, die Herausforderung „Lebensstiländerung“ mit dem Patienten intensiv zu erörtern und zu begleiten. Maßnahmen, die hier zu einer besseren Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen führen, sind zu begrüßen.
4. Die Einbeziehung von Apotheken im Bereich der Prävention ist sicherlich sinnvoll. Ob dies durch Point-of-Care-Messungen, wie den Blutzuckerspiegel, wirklich auch erfolgreich gelingt, kann eher bezweifelt werden. Vermutlich führt dies eher zu höheren Kosten. Stattdessen sollte überlegt werden, inwieweit einfache und für Jeden verständliche Fragebögen, wie z.B. der Find-Risk der Deutschen Diabetes-Stiftung von Seiten der Apotheken in den Umlauf gebracht werden, mit denen ein Risiko-Scoring für den Patienten möglich wird. Ähnliche Angebote sind der ARRIBA-Score, der im Hausarztbereich bereits eingesetzt wird und das kardiovaskuläre Risiko in einfacher Weise beschreibt.
5. Leider wird im Referentenentwurf das Thema Bewegungsförderung nicht aufgegriffen, obwohl der Effekt einer Einhaltung der WHO-Empfehlungen zu gesundheitsfördernder Bewegung klar belegt ist. Hier stehen inzwischen empirisch geprüfte Methoden zur Bewegungsförderung zur Verfügung, die entsprechend gefördert und niedrigschwelliger angeboten werden sollten. Diese haben weniger Nebenwirkungen als Statine.

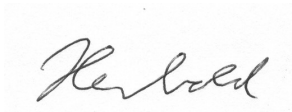
6. Schließlich gibt es im Referentenentwurf keinen Hinweis zu innovativen E-Health bzw. Mobile Health-Angeboten. Diese für die unterschiedlichen Stufen der Prävention mittlerweile verfügbaren Angebote ermöglichen bei einem überschaubaren Kostenaufwand die Erreichbarkeit großer Adressatengruppen. Sie bieten sowohl Information als auch erste Risikoanalysen, bspw. auch über die Implementation der eben angesprochenen Fragebögen sowie Therapie- und Handlungsanweisungen, die teilweise auch mit gesundheitspsychologischen Werkzeugen hinterlegt sind.

Zusammenfassend sieht die DGRW den vorgelegten Entwurf sehr kritisch, da er wesentliche Handlungsfelder nicht zur Verbesserung der Herzgesundheit adressiert und teilweise sogar in die falsche Richtung zu steuern droht.

Die DGRW empfiehlt daher dringend eine Überarbeitung, um Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation als auch der Verhältnisprävention (z. B. Verbot der Tabakwerbung, Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln, Ausweitung des Angebots an Schulsport sowie gesundes Schulesen) zu integrieren. Die Erfahrung aus in dieser Hinsicht erfolgreicher europäischen Ländern zeigt die Effektivität der Verhältnisprävention bei der Verbesserung der Herzgesundheit erreichen.

Die DGRW empfiehlt weiterhin, die Akteure aus verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens in diesen Handlungsfeldern besser zu koordinieren und gleichberechtigt nebeneinander darzustellen.

Mit freundlichen Grüßen,



Dr. med. Désirée Herbold
Sprecherin der Kommission Leitlinien und Stellungnahmen der DGRW