

## Herzgesundheit steigern ohne Kostensteigerung

vorgelegt von der Thrombose-Initiative e.V ([info@thrombose-initiative.de](mailto:info@thrombose-initiative.de))

Am 14.06.2024 legt das Bundesministeriums für Gesundheit einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) vor. Mit dem Gesetzentwurf soll zur Senkung der Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit in Deutschland beigetragen werden, indem die Früherkennung und die Versorgung von Risiken, Risikoerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbessert und die medizinische Prävention gestärkt wird.

Einleitend heißt es in diesem Gesetzesentwurf „Deutschland gibt so viel wie kein anderes Land in der Europäischen Union (EU) im Bereich Gesundheit aus, liegt mit seiner Lebenserwartung aber nur knapp über dem EU-Durchschnitt.“ Also, dass Bemühen die Herzgesundheit in Deutschland zu verbessern, scheitert schon jetzt nicht am Geld, sondern an der Umsetzung. Anstatt in diesem Gesetzesentwurf nun Ansätze zur Verbesserung der Umsetzung der bisherigen Strategien zu erarbeiten, werden Lösungsansätze aufgelistet, die alle noch höhere Ausgaben für das Gesundheitssystem erfordern.

So steht im jetzigen Referentenentwurf, dass „zur Reduzierung des Nikotinkonsums die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Therapie (§ 34 Absatz 2 SGB V) ausgeweitet werden. So soll der bereits jetzt bestehende Anspruch für gesetzlich Krankenversicherte auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung und künftig nicht mehr auf eine „schwere Tabakabhängigkeit“ beschränkt sein und auch häufiger als alle drei Jahre finanziert werden. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten die zusätzliche Möglichkeit, auch außerhalb einer Gesundheitsuntersuchung einen zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck „Präventionsempfehlung“ zu erteilen und dies gesondert abzurechnen.“

Ein Umdenken hin zu neuen, kosteneffizienten Ansätze, wie es die schadstoffreduzierten nikotinfreisetzenden Systeme (z.B. E-Zigaretten, Tabakerhitzer, Nikotinbeutel) sind, lässt diese Empfehlung des Referentenentwurfs nicht erkennen. Schon die Überschrift „Reduzierung des Nikotinkonsums“ verfolgt einen falschen Ansatz. Nikotin macht und unterhält die Sucht. Nikotin macht aber nicht per se krank. Die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Rauchens sind bekannt, aber die Auswirkungen des regelmäßigen Nikotinkonsums ohne Exposition gegenüber den anderen Tabakbestandteilen sind weniger klar. Hier fehlen Aufklärungskampagnen schreiben die Autoren der DEBRA-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten): „Nur die Hälfte der derzeitigen Tabakraucher in Deutschland nimmt die Gesundheitsrisiken von Zigaretten angemessen wahr, und diese Fehleinschätzungen haben in letzter Zeit zugenommen. Da die derzeitigen Raucher am meisten von einem Umstieg auf weniger schädliche Produkte profitieren könnten, sind

Aufklärungskampagnen erforderlich, um diese Gruppe über die Gesundheitsrisiken des Tabakrauchens und die vergleichbaren Gesundheitsrisiken der verschiedenen Nikotin- und Tabakprodukte entlang des Schadenskontinuums zu informieren.“ (Klosterhalfen 2024).

Langzeitdaten zur Nutzung von pharmazeutischen Nikotinersatzprodukten und die Markterfahrung mit Tabakbeuteln (Snus) in Schweden legen nahe, dass Nikotinaufnahme ohne Verbrennungsschadstoffe mit einem signifikant reduzierten gesundheitlichen Risiko im Vergleich zum Zigarettenrauchen einhergeht. Nikotin-Ersatztherapien sind auch bei kardiovaskulärer Erkrankung gut untersucht und sicher, wie beispielsweise eine US-Studie zeigt, in die Patienten nach Herzinfarkt aufgenommen worden waren. Ein Teil der Probanden wurde über 10 Wochen mit Nikotinpflastern, der andere Teil mit Placebo behandelt. Nach 14 Wochen erreichten 21% in der Gruppe mit den Nikotinpflastern eine Abstinenz vs. 9% unter Placebo ( $p=0,001$ ) (Joseph 1996). Transdermal aufgetragenes Nikotin führt bei Hochrisikopatienten nicht zu einer signifikanten Zunahme kardiovaskulärer Ereignisse.“ Angesichts des zunehmenden täglichen Gebrauchs alternativer Nikotinabgabesysteme wie E-Zigaretten wird es immer wichtiger, die Auswirkungen des Nikotinkonsums bzw. die Auswirkungen der Tabakrauchexposition zu verstehen und zu trennen. Mithilfe eines multivariablen Mendelschen Randomisierungskonzepts untersuchten Khuaja et al. von der University of Bristol, United Kingdom, die direkten Auswirkungen von Nikotin im Vergleich zu den Nicht-Nikotin-Bestandteilen des Tabakrauchs auf die gesundheitlichen Folgen (Lungenkrebs, chronisch obstruktive Lungenerkrankung [COPD], forciertes Ausatemungsvolumen in einer Sekunde [FEV-1], forcierte Vitalkapazität [FVC], koronare Herzkrankheit [KHK] und Herzfrequenz [HR]) (Khuaja 2024). Sie verwendeten zusammenfassende Statistiken aus Genomweiten Assoziationsstudien (GWAS) von Buchwald und Kollegen, dem GWAS and Sequencing Consortium of Alcohol and Nicotine, dem International Lung Cancer Consortium und der UK Biobank. Multivariate Analyse unter Berücksichtigung genetisch bedingter Unterschiede in der Metabolisierung von Nikotin deuten demnach darauf hin, dass die gesundheitlichen Folgen des Rauchens nicht von Nikotin, sondern von anderen Bestandteilen des Zigarettenrauchs verursacht werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese mit dem Rauchen zusammenhängenden Spätfolgen nicht auf die Nikotinexposition zurückzuführen sind, sondern durch die anderen Bestandteile des Tabakrauchs verursacht werden.

Die Nikotinsucht ist schwierig zu bekämpfen und der freiwillige Ausstieg wird von Rauchenden selten angestrebt. Dies zeigen die Zahlen der DEBRA Studie, wonach freiwillige, ernsthafte Rauchstoppversuche seit 2017 kontinuierlich abgenommen haben und inzwischen nur von knapp 10% der Raucher in Angriff genommen werden. Die Anzahl der aktiven Raucher hingegen blieb konstant und stieg in den letzten Jahren sogar an auf aktuell ungefähr 30%. Es ist daher stark zu bezweifeln, dass eine gesetzliche Regelung zur Bereitstellung der medikamentösen Raucherentwöhnungstherapie und eine Finanzierung der Ärzte zur Beratung der Rauchenden, diese auch wirklich erreicht.

Natürlich macht es vom suchtmmedizinischen Standpunkt Sinn, die Nikotinsucht zu therapieren. Aber eine fortbestehende Nikotinsucht bei gleichzeitiger Schadstoffreduktion würde die Anzahl der kardiovaskulären Endpunkte ebenfalls senken. Ich weiß, dass es hierzu nur wenige Langzeitstudien für Nikotinersatzpräparate und Snus gibt, die dies beweisen und ich weiß auch, dass es für die Krebsentstehung keine sicheren Grenzwerte für karzinogene Stoffe gibt. Andere Studien zeigen aber sehr gut, dass die kardiovaskuläre Krankheitslast mit der Anzahl der gerauchten Zigaretten und der Packet-Years korreliert. So zeigt eine finnische Studie, die die Intensität des Rauchens anhand von Packungen pro Tag und das kumulative Rauchen anhand von Packungsjahren geschätzt hat, dass bei Menschen mit Typ-1 Diabetes eine Packung pro Tag das KHK-Risiko im Vergleich zu Nie-Rauchern nach Anpassung für Alter, Geschlecht, HbA1c, Bluthochdruck, Diabetesdauer und BMI signifikant erhöht (HR 1,45 [95% CI 1,15, 1,84]) (Feodoroff 2018). Rauchen steigert das Risiko für einen plötzlichen Herztod auf das Dreifache (Aune 2018) und in Kombination mit zentraler Fettleibigkeit, höheren Triglyceriden, niedrigerem HDL-Cholesterin und Bluthochdruck steigt das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankung sogar auf das 14fache (Mambo 2024).

Das Ziel des Gesetzentwurfs zur Senkung der Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit muss es sein, diese Belastung durch Verbrennungszigaretten zu reduzieren, auch unter Rauchern, die nicht für den Rauchstopp motiviert sind. Vor diesem Hintergrund haben aktuelle Studien gezeigt, dass E-Zigaretten beim Erreichen einer Zigarettenabstinenz helfen können. Eine aktuelle Metaanalyse von 5 randomisiert kontrollierten Studien mit 3253 Teilnehmern zeigt, dass die Verwendung von E-Zigaretten mit Nikotin im Vergleich zu konventionellen Raucherentwöhnungstherapien mit einem Anstieg der Abstinenzquote verbunden war (RR 1,77; 95% CI, 1,29-2,44) (Levett 2023). E-Zigaretten helfen nicht nur beim Ausstieg, sie haben auch eine geringere Schadstoffexposition. Diese geringere Schadstoffexposition ist vom Bundesgesundheitsministerium anerkannt. E-Zigaretten sind nicht schadstofffrei und risikolos und Kritiker fürchten bisher nicht bekannte Spätschäden. Selbst wenn es solche Spätschäden gibt, sollten diese aufgrund der geringeren Schadstoffexposition deutlich geringer sein als beim Gebrauch von Verbrennungszigaretten. Dass Jugendliche einen besonderen Schutz brauchen ist unbestritten und dies sieht der Referentenentwurf bereits vor. Dies gilt für Verbrennungszigaretten ebenso wie für E-Zigaretten.

Wenn man sich des Themas Rauchstopp und der Risikoreduktion zur Verbesserung der Herzgesundheit ernsthaft annehmen will, muss man sich – ergänzend zum Thema Rauchstopp – auch mit dem Thema Schadensminderung auseinandersetzen. Die ermutigenden Daten für die Rolle von E-Zigaretten beim Erreichen einer Zigarettenabstinenz und die anerkannte große Schadstoffreduktion der E-Zigaretten im Vergleich zu Zigaretten mit Tabakverbrennung sollten nicht den Ängsten vor möglichen Spätschäden zum Opfer fallen. Da die angedachte Refinanzierung der Kostensteigerung für das Gesundheitssystem, die mit dem Referentenentwurf verbunden sind, nur eintritt, wenn alle aufgelisteten

Maßnahmen wirklich flächendeckend umgesetzt werden, sollte auch die Notwendigkeit kosteneffizienter Ansätze erkannt werden.

## Literatur

Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of sudden cardiac death: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol* 2018 Jun;33(6):509-521.

Feodoroff M, Harjutsalo V, Forsblom C, Groop PH; FinnDiane Study Group. Dose dependent effect of smoking on risk of coronary heart disease, heart failure and stroke in individuals with type 1 diabetes. *Diabetologia*. 2018 Dec;61(12):2580-2589

Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka AV, Westman EC, Steele BG, Sherman SE, Cleveland M, Antonuccio DO, Hartman N, McGovern PG. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease *N Engl J Med*. 1996 Dec 12;335(24):1792-8.

Khouja JN, Sanderson E, Wootton RE, Taylor AE, Church BA, Richmond RC, Munafò MR. Estimating the health impact of nicotine exposure by dissecting the effects of nicotine versus non nicotine constituents of tobacco smoke: A multivariable Mendelian randomisation study. *PLoS Genet*. 2024 Feb 9;20(2):e1011157.

Klosterhalfen S, Kotz D, Kastaun S. Smokers' perception of the comparative health risks of cigarettes, e-cigarettes and heated tobacco products: a survey among the German population. *Journal of Public Health*, fdae068, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdae068>

Levett JY, Filion KB, Reynier P, Prell C, Eisenberg MJ. Efficacy and Safety of E-Cigarette Use for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Med* 2023 Aug;136(8):804-813.e4.

Mambo A, Yang Y, Mahulu E, Zihua Z. Investigating the interplay of smoking, cardiovascular risk factors, and overall cardiovascular disease risk: NHANES analysis 2011-2018 *BMC Cardiovasc Disord*. 2024 Apr 4;24(1):193.