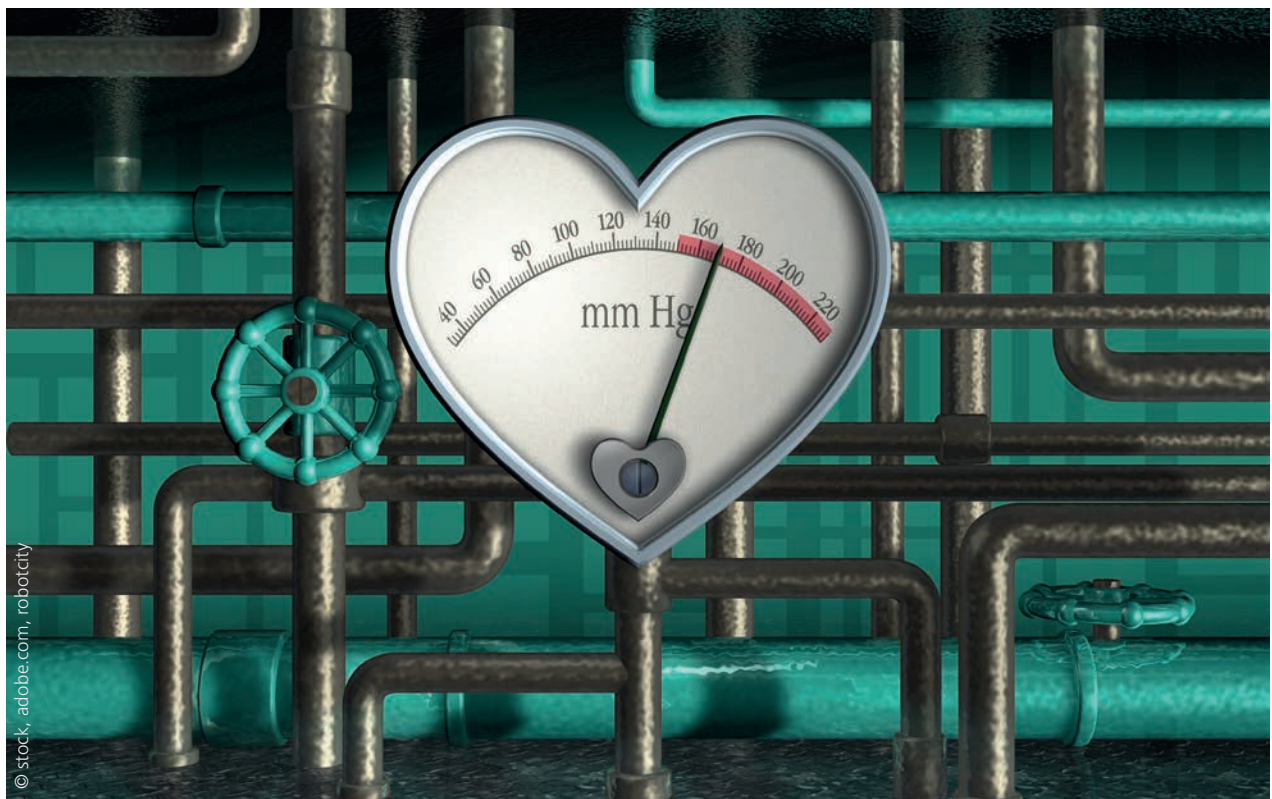


OPG Spezial

Operation Gesundheitswesen • 19. Jahrgang
Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

Sonderausgabe, Juni 2021

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Der Druck in der Gesellschaft steigt



Sonderausgabe, Juni 2021

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Der Druck in der Gesellschaft steigt

Operation Gesundheitswesen • 19. Jahrgang
Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

INHALT

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Der Druck in der Gesellschaft steigt

Editorial	Seite 7
Epidemische Dimensionen	
Leben auf Pump(e)	Seite 8
Was Herz-Kreislauf-Leiden so schwer zu greifen macht	

FORSCHUNG

„Keine Flut an Patienten mit Herzmuskelentzündung“	Seite 14
Prof. Westermann über Covid-19 und die Folgen fürs Herz	
Eine große Aufgabe	Seite 17
Ein Forschungszentrum für HKE mit vielen Satelliten	
„Die Corona-Pandemie wirft uns zurück“	Seite 20
Prof. Hurrelmann hebt Befähigung zur Selbststeuerung hervor	

STIMMEN AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK

„Der ÖGD sollte zum Förderer der Gesundheit werden“	Seite 24
Alexander Krauß, CDU	
„Mehr Verbindlichkeit ist notwendig“	Seite 25
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Bündnis 90/Die Grünen	
„Neue Steuern lehnen wir ab“	Seite 26
Detlev Spangenberg, AfD	
„Wir wollen einen steuerfinanzierten Präventionsfonds“	Seite 27
Harald Weinberg, Die Linke	
„Wir erreichen mehr, wenn wir die Menschen überzeugen“	Seite 28
Prof. Andrew Ullmann, FDP	
„Gesundheitsförderung muss endlich Chefsache werden“	Seite 29
Sabine Dittmar, SPD	

FRÜHERKENNUNG

Leisen Mördern früh auf die Schliche kommen	Seite 30
Früherkennung rettet Leben - Hypertonie demografierelevant	
„Alter und Erbgut spielen eine große Rolle“	Seite 32
Prof. Claudia Schmidtke über das politische Rezept gegen HKE	

INITIATIVE IM PULS. THINK TANK HERZ-KREISLAUF

Gesundheit in allen Lebenswelten	Seite 36
Ein Think Tank zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
Sonderseite Lebenswelt „Familie“	Seite 38
Politische Handlungsempfehlungen	
Sonderseite Lebenswelt „Arbeit“	Seite 39
Politische Handlungsempfehlungen	
„Ich bin für ‚miles & more‘ für Gesundheit“	Seite 40
Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen im Gespräch	

VERSORGUNG

Black Box DMP	Seite 45
Was bringen die strukturierten Behandlungsprogramme?	
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Seite 47
Der G-BA macht den Weg in die Regelversorgung frei	
„Die Gespräche drehen sich immer wieder im Kreis“	Seite 49
Wie Iris Tinsel mit DECADE die Risikoberatung verbessert	
„Für die Umsetzung im Alltag braucht es Unterstützung“	Seite 52
LeIKD hilft Risikopatienten dabei, sich effektiv zu bewegen	
Impressum	Seite 57



© iStock.com, Bfaafotodigital

Editorial

Epidemische Dimensionen

Liebe Leserinnen und Leser,

„Abstand halten, Hände waschen und Maske auf“ – ansonsten droht Ansteckung. Ein Präventionsdiktat, das wegen der unmittelbaren Gefahr funktioniert.

Damit verglichen haben es die Präventionsappelle, die auf nicht ansteckende Krankheiten zielen, wesentlich schwerer durchzudringen. Sie sollen Menschen erreichen, die den Genuss im Überfluss und bewegungsarm leben. Der Kampf gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) verläuft mühselig und ist dennoch aller Mühe wert.

Von allen Krankheiten rauben HKE den Menschen die meisten gesunden Lebensjahre. Darüber hinaus belasten sie das Gesundheitssystem am stärksten. Doch mit dieser Volkskrankheit muss man sich nicht abfinden.

Die größte Herausforderung lauert dort, wo es darum geht, die Erkenntnisse umzusetzen. Selbstmanagement lautet der Schlüssel zum Erfolg. In diesem Heft erfahren Sie unter anderem von zwei innovativen Beratungsangeboten, die den Dreh raushaben, Verhaltensänderungen in Gang zu setzen.

Die Dimension bei HKE ist gewaltig und hat epidemische Ausmaße erreicht. Das wollen viele engagierte Experten nicht als gegeben hinnehmen und treiben das Thema voran. Diese Publikation gibt einen Einblick in ein komplexes Interventionsgeschehen.

Eine gute Lektüre wünschen Ihnen

Lisa Braun und das Redaktionsteam
der Presseagentur Gesundheit





Leben auf Pump(e)

Was Herz-Kreislauf-Leiden so schwer zu greifen macht

Sie sind die Todesursache Nummer eins – noch vor Krebs und allen anderen Krankheiten. Allein im Jahr 2019 zeichneten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland für weit mehr als 300.000 und damit gut jeden dritten Todesfall verantwortlich. So weit, so eindrucksvoll. Doch was verbirgt sich hinter diesem Krankheits-Sammelbegriff?

Blickt man nun genauer auf die Statistiken, wird deutlich, dass sich hinter dem sperrigen Begriff Herz-Kreislauf-Erkrankungen (im weiteren Verlauf mit HKE abgekürzt) eine Vielzahl verschiedener Leiden verbirgt. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, kurz ICD, sieht für Krankheiten des Kreislaufsystems ein ganzes Kapitel vor, das mehrere Dutzend Diagnosen umfasst. Dazu gehören laut Herzstiftung die jährlich insge-

samt etwa 1,7 Millionen vollstationären Fälle, die wegen einer Herzkrankheit in einer Klinik behandelt werden. Zu dem komplexen Krankheitsbild HKE gehören neben zahlreichen Beeinträchtigungen des menschlichen Pumporgans auch Schädigungen der Blutgefäße, also derjenigen Leitungsbahnen, die dafür zuständig sind, Sauerstoff in die Zellen zu transportieren und den Körper mit Energie in Form von Nährstoffen zu versorgen. Sind Herz oder Blutgefäße infolge einer Krankheit nicht mehr vollständig intakt, kommt ein wahrer Teufelskreis in Gang, der direkte Auswirkungen auf eine Vielzahl wichtiger Organe im Körper hat und wie eingangs dargestellt nicht selten zum Tod führt.

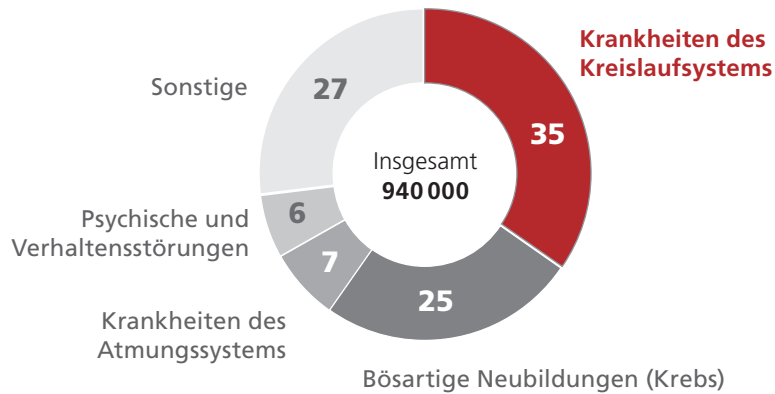
Ein langer Weg bis zum Infarkt

Bis dorthin ist es jedoch in der Regel ein langer Weg, auf dem vielfach Interventionen die Schädigungen aufhalten oder Schlimmeres verhindern könnten. Menschen, die diese Krankheit durch ungesunden Lebensstil „erwerben“ erhalten meistens Warnsignale vom Körper. Nichtsdestotrotz befinden sich laut Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes gleich fünf Herz-Kreislauf-assoziierte Diagnosen der ICD-10-Klassifikation unter den zehn häufigsten Todesursachen. An erster Stelle steht – wenn auch mit rück-



Sterbefälle in Deutschland 2019

nach Todesursache in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2021

nen die Folge sein. Doch auch Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz und krankhaft überhöhter Blutdruck enden nicht selten tödlich, zeigt die GBE-Statistik. Und sie alle lassen sich größtenteils auf dieselben Ursachen zurückführen.

läufiger Tendenz in den vergangenen zwanzig Jahren – die koronare Herzkrankheit (KHK), bei der Verengungen der Herzkranzgefäße (*mehr dazu auf S. 13*) die Versorgung des Organs mit Sauerstoff und damit über kurz oder lang seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Anfallsartige Schmerzen oder gar ein Herzinfarkt kön-

Zuviel an Genussmitteln

Will man das tatsächliche Ausmaß der Erkrankungen an Herz und Gefäßen verstehen, muss man also weitaus früher ansetzen. Denn die Wurzel (fast) allen Übels sind in diesem Fall die sogenannten Zivilisationskrankheiten, also solche Krankheiten, die erst als Resultat eines bestimmten Lebensstils verstärkt auftreten und vor allem Folge von mangelnder Bewegung, schlechter Ernährung oder anderen ungesunden Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholmissbrauch sind. Die Bandbreite dieser Krankheiten ist groß in den modernen und entwickelten Industriegesellschaften – dem Lebensstil „sei Dank“. Zu ihnen zählen beispielsweise der Diabetes Typ 2, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas. Alle vier stehen in enger Verbindung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nicht umsonst nennt man sie auch das „tödliche Quartett“. Mediziner sprechen in diesem Zusammenhang vom metabolischen Syndrom. Der Begriff bezeichnet das gemeinsame Vorhandensein der genannten Risikofaktoren. Allerdings begünstigt



bereits jede dieser Zivilisationskrankheiten für sich das Auftreten von weiteren Folgeerkrankungen für Herz und Kreislauf.

Prävention hat ein gewaltiges Potenzial

Die gute Nachricht: All diese Risikofaktoren lassen sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten beziehungsweise eine Umstellung des Lebensstils positiv beeinflussen. Das Potenzial für Prävention ist somit gewaltig – und längst nicht ausgeschöpft. Zumal im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erhobene Daten

des Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem Jahr 2012 eindrucksvoll belegen, dass Bildung offensichtlich eine zentrale Rolle bei der Verhütung von Krankheiten spielt. Demnach erkranken gerade in höheren Altersgruppen Männer und Frauen mit geringerer Bildung wesentlich öfter als Gleichaltrige mit einem vergleichsweise höheren Bildungsstand an einer KHK – teilweise steigt ihr Risiko gar um den Faktor sechs bis zehn. Doch gibt es auch Lichtblicke. So sinkt beispielsweise die Zahl der tödlichen Herzinfarkte stetig – von mehr als 70.000

im Jahr 1999 auf etwas mehr als 44.000 zwanzig Jahre später. Die Autoren des aktuellen Herzberichts der Herzstiftung führen diesen Trend unter anderem auf die sinkende Zahl von Rauchern und bessere präventive Maßnahmen zurück. Eine umfassende Analyse des Zentralinstituts (Zi) für die kassenärztliche Versorgung auf der Grundlage krankenkassenübergreifender vertragsärztlicher Abrechnungsdaten kommt zu einem ähnlichen Befund. Demnach ist die alters- und geschlechtsstandardisierte Prävalenz der KHK zwischen 2009 und 2018 leicht rückläufig (minus sieben Prozent). Auch hier sinkt zudem die Mortalitätsrate in der Bevölkerung. Das Zi macht für diese Entwicklung „eine Verbesserung des kardiometabolischen Risikoprofils in der Bevölkerung durch ein verändertes Gesundheitsverhalten einschließlich der Reduktion der Raucherquote“ verantwortlich.



TK-Pressfoto, Michael Zapf

Demografie erhöht die Behandlungsfälle

Dennoch sollte man sich von diesen Zahlen nicht täuschen lassen: Denn weil die Gesellschaft insgesamt altert, ist etwa die absolute Zahl der KHK-Patienten in dem vom Zi betrachteten Zehnjahres-Zeitraum sogar noch gestiegen. Im Jahr 2018 erhielten mehr als 4,4 Millionen Menschen in mindestens zwei Quartalen eine einschlägige Diagnose. Das sind immerhin 200.000 mehr als 2009. Die Zi-Analyse gibt auch Aufschluss darüber, wer die wichtigsten Ansprechpartner der KHK-Patienten sind. Dabei ergibt sich ein erstaunlich eindeutiges Bild: So entfielen im letzten Jahr des Untersuchungszeitraums etwa drei Viertel der Behandlungsfälle auf Hausärzte, Kardiologen deckten unterdessen nur 10,9 Prozent ab und andere fachärztlich internistisch tätige Vertragsärzte 8,3 Prozent.



Risikofaktoren sind weit verbreitet

Unabhängig von der Zi-Analyse verdeutlicht auch der Blick auf weitere epidemiologische Daten das gesamtgesellschaftliche Risiko, das noch immer von bestimmten Zivilisationskrankheiten ausgeht. Untersuchungen wie die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ gehen davon aus, dass rund jeder Dritte hierzulande unter Bluthochdruck leidet. Und auch andere Risikofaktoren für Herz und Gefäße sind weit verbreitet: Laut Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI sind allein 18 Prozent der Erwachsenen adipös. Das bedeutet, sie weisen einen Body-Mass-Index (BMI) von über 30 auf. Unter Übergewicht (BMI höher als 25) leiden insgesamt sogar knapp 36 Prozent, wobei Männer von leichteren Formen deutlich häufiger betroffen sind als Frauen. In ihrem Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2020 schätzt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), dass etwa sieben bis acht Prozent der erwachsenen Bevölkerung einen Typ-2-Diabetes aufweisen, hinzu komme



eine nicht unerhebliche Dunkelziffer. Grundlage für diese Einschätzung sind laut DDG unter anderem Abrechnungsdaten der Krankenkassen sowie verschiedene Studien. Für die Zukunft rechnet die Fachgesellschaft sogar mit einer weiter deutlich steigenden Prävalenz. Diese Zahlen machen deutlich: Die Risikogruppe für Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfasst in Deutschland noch immer viele Millionen Menschen. ◀

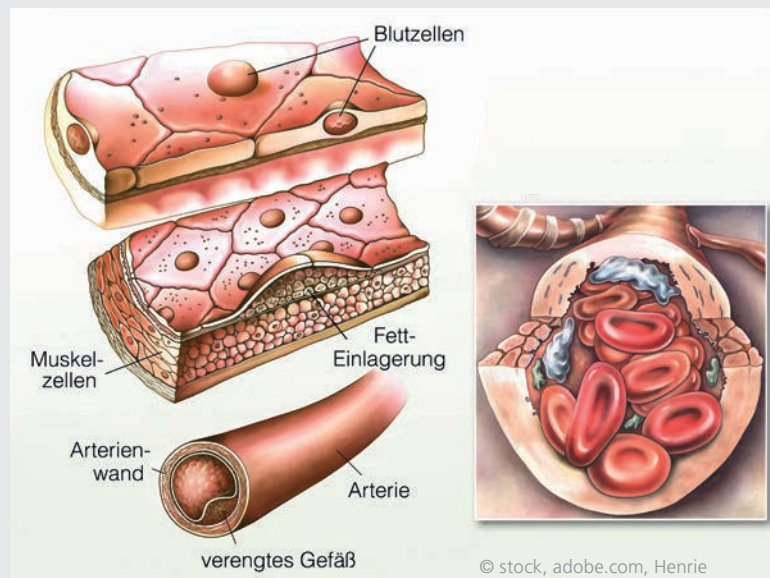
Atherosklerose: Entstehung und Folgen

Die Grunderkrankung, die Herzinfarkt, Schlaganfall und anderen leichteren und schwereren thrombotischen Ereignissen zugrunde liegt, ist die Atherosklerose, im Volksmund auch Arterienverkalkung genannt. Sie ist gekennzeichnet durch Ablagerung von Stoffen wie Cholesterin, Kalk- und Eiweißbestandteilen in der innersten Schicht der Gefäßwand, der Endothel. Stoffwechselkrankheiten, Entzündungsprozesse und hoher Blutdruck schädigen die Gefäße und befördern damit die Ablagerungen. Auch der natürliche Alterungsprozess trägt einen Teil dazu bei. Mit zunehmendem Lebensalter verlieren die Gefäße an Elastizität, werden brüchiger und dadurch grundsätzlich anfälliger.

Die Ablagerungen, die in der Fachsprache auch Plaques genannt werden, verengen den Gefäßdurchmesser, sodass mit zunehmender Dauer immer weniger Blut durch die Arterien fließen kann. Bis Betroffene die Auswirkungen dieser Entwicklung zu spüren bekommen, können mitunter Jahre vergehen. Im Fall der koronaren Herzkrankheit führen sie jedoch zu einer mangelnden Versorgung des Pumporgans mit Sauerstoff. Gerade bei körperlicher Belastung kann es dann nicht mehr die nötige Leistung erbringen. Patienten spüren das anhand von Symptomen wie Luftnot oder Brustschmerzen.

Doch die Fett- und Kalkablagerungen bergen noch weitere Gefahren. Denn sie können jederzeit und ohne Vorwarnzeichen einreißen. An der betreffenden Stelle lagern sich Blutplättchen ab, ein Gerinnsel entsteht. Ein solches Blutgerinnsel kann das ohnehin verengte Gefäß entweder unmittelbar verstopfen oder aber vom Blutstrom mitgerissen werden und an einer anderen Stelle im Körper zum Gefäßverschluss führen – Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungenembolie oder Gefäßverschlüsse in den Beinen sind dann die Folge.

Quellen: Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Techniker Krankenkasse, Kardionet



Ablagerungen verengen den Gefäßdurchmesser, sodass mit zunehmender Dauer immer weniger Blut durch die Arterien fließen kann.

■ „Keine Flut an Patienten mit Herzmuskelentzündung“

Prof. Westermann über Covid-19 und die Folgen fürs Herz

An der Corona-Pandemie kommt in dieser Zeit niemand vorbei. Auch nicht, wenn es um Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht. Wie die Pandemie die Versorgung dieser Patientengruppe belastet und ob sich eine Infektion mit Sars-CoV-2 auch auf das Herz auswirkt, erklärt Kardiologe und Wissenschaftler Prof. Dirk Westermann.



opg: Kaum Sport- und Freizeitangebote, stattdessen Homeoffice, Netflix und viel mentaler Stress – für die allgemeine Herzgesundheit war das Corona-Jahr 2020 kein gutes, oder Herr Westermann?

Westermann: Ich folge Ihnen bei diesem Gedanken. Das ist allerdings mit Daten schwer zu belegen. Es könnte ja theoretisch auch sein, dass es prinzipiell gut war, dass die Leute weniger Stress im Beruf hatten. Ich glaube aber auch, dass wahrscheinlich eher weniger Bewegung durchgeführt wurde, etwa weil die Fitnessstudios geschlossen waren. Doch auch dazu gibt es keine Daten aus Deutschland, die das genau auswerten.

opg: Statistiken zeigen, dass während der ersten und zweiten Pandemiewelle deutlich weniger Patienten mit Herzinfarkt und Schlaganfall in den Kliniken behandelt wurden. Befürchten Sie, dass dadurch Fälle verschleppt werden?

Westermann: Es gibt ganz viele Arbeiten dazu, aus Hamburg haben wir zum Beispiel den Datensatz der Barmer publiziert, der zehn Millionen Versicherte umfasst. Darin haben wir gezeigt, dass die Rate der im Krankenhaus behandelten Herzinfarkte während der ersten Welle um etwa zehn bis 15 Prozent niedriger lag als im Vergleichszeitraum 2019. Wahrscheinlich sind die Patienten mit ihren Beschwerden in dieser Zeit, in der wir ganz grundsätzlich weniger Notaufnahmebesuche gesehen haben, aus Angst vor einer Infektion in einem Massenraum wie der Notaufnahme entgegen der Empfehlung von uns Kardiologen nicht in die Klinik gekommen. Das kann gut damit assoziiert sein, dass wir auch mehr Folgen davon sehen, das sind dann subakute Infarkte, Infarkte mit größerer Ausprägung oder Komplikationen post Herzinfarkt, die sich erst Wochen oder Monate danach einstellen. Wir haben am UKE eine Analyse mit einem weiteren Krankenhaus gemacht, in der wir sehen, dass die Herzinfarkte, die wir behandelt haben, zu der betreffenden Zeit auch etwas schwerer waren.

opg: Welche sind die von Ihnen angesprochenen Komplikationen?

Westermann: Zu den Folgen eines nicht behandelten Herzinfarktes zählt zum Beispiel, dass die Herzwand in den Wochen danach einreißen kann, man nennt das Ventrikelruptur. Das ist jetzt eher anekdotisches Wissen, doch da sagen viele Kollegen im persönlichen Gespräch: Das sehen sie viel häufiger, das gab es früher in Deutschland eigentlich gar nicht mehr, weil die Leute schnell ins Krankenhaus kamen. Was wir zudem ganz grundsätzlich wissen, ist, dass nach Herzinfarkten die Inzidenz der Herzinsuffizienz erhöht ist, gerade wenn die Infarkte größer sind oder zu spät therapiert wurden, was in der ersten Welle häufig der Fall war. Da kann es sein, dass jetzt auch in den Jahren danach herzinferktassozierte Folgeschäden auftreten.

opg: Welche Auswirkungen hatte die Pandemie abseits der akuten Notfälle?

Westermann: In der ersten Welle war es am dramatischsten, und das berichten auch die niedergelassenen Kollegen. Wenn man beim Kardiologen einen Termin machen will, dauert das normalerweise wochen- oder monatelang. Damals haben die Kollegen plötzlich eine leere Praxis gehabt, weil Leute ihre Termine abgesagt haben. Das passiert sonst nie. Und auch das führt natürlich dazu, dass Diagnostik verzögert gelaufen ist, vor allem in den Wochen im März und April 2020. Diese deutliche Reduktion an Visitationen führt dann dazu, dass die Therapien bei uns zu spät oder gar nicht durchgeführt worden sind, dass aber auch der Facharzt die Nachsorge nicht machen und auch die medikamentöse Therapie nicht weiter verbessern kann. Das ist normalerweise eine Evolution über Monate oder Jahre, die Therapie bei Herzpatienten zu optimieren. All das ist zu spät gekommen.



© stock, adobe.com, Monkey Business



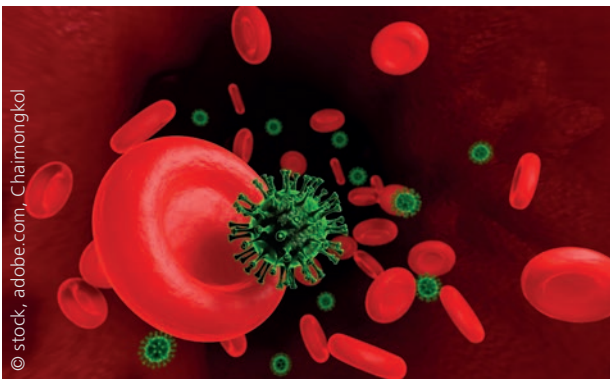
© uke

Zur Person

Der Internist Prof. Dirk Westermann ist stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Kardiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er leitet dort den Bereich strukturelle Herzerkrankungen.

opg: Welche Rolle spielen Vorerkrankungen des Herzens und der Gefäße für den Krankheitsverlauf bei Covid-19?

Westermann: Hier gilt das Gleiche wie für alle anderen Nebenerkrankungen: Je mehr man davon hat, desto schwerer ist der Verlauf der Covid-19-Erkrankung. Das ist auch nicht verwunderlich, sondern ist bei anderen Erkrankungen auch so. Aber man weiß mittlerweile sehr genau, dass gerade kardiovaskuläre Erkrankungen den Verlauf von Covid-19 verschlechtern oder erschweren. Wenn man sie hat, dann wird man schwerer krank, zudem ist die Chance höher, dass man hospitalisiert, intubiert und auf der Intensivstation behandelt werden muss. Auch die Chance, dass man an Covid-19 stirbt, ist höher.



opg: Was ist mit dem Thema Thrombosen?

Westermann: Daten – unter anderem auch vom UKE – zeigen: Die Inzidenz von Thrombosen ist bei den Intensivpatienten mit Covid-19 höher, als das normalerweise zu erwarten wäre. Das ist mittlerweile auch pathophysiologisch besser aufgeklärt und hängt damit zusammen, dass das Virus höchstwahrscheinlich auch Endothelzellen, also die Innenschicht der Gefäße, mit entzündet, was die Bildung von Thrombosen triggert. Das sieht man häufiger, deswegen ist eine blutverdün-

nende Therapie für Covid-19-Patienten auf der Intensivstation mittlerweile Standard. Ob man das bei allen Betroffenen machen soll, wird gerade erforscht.

opg: Sie forschen unter anderem auch zu der Frage, ob und wie sich eine Infektion mit dem Coronavirus direkt auf das Herz auswirkt. Welche Erkenntnisse haben Sie bereits gewonnen?

Westermann: Grundsätzlich ist Covid-19 eine Erkrankung des Respirationstraktes, die Lunge ist der primäre Krankheitsort. Aber Forscher am UKE und weltweit haben herausgefunden, dass auch alle anderen Organe betroffen werden können. Wir haben uns sehr früh die Herzen von Verstorbenen mit Covid-19 angeguckt und wollten wissen: Kann das Virus zu einer Herzmuskelentzündung führen? Das konnten wir verneinen. Es verändert die Genexpression, führt aber nicht zu einer Myokarditis. Auch andere Daten zeigen, es gibt Veränderungen, man weiß jedoch noch nicht ganz genau, was das bedeutet. Bisher sehen wir jedenfalls keine massive Flut an Patienten mit einer Herzmuskelentzündung aus der ersten Welle. Die müssten wir sonst schon sehen.

opg: Wie steht es um die langfristigen Auswirkungen von Sars-CoV-2 auf das Herz, Stichwort Long-Covid?

Westermann: Von Long-Covid sollte man wahrscheinlich erst fünf bis sechs Monate nach der initialen Infektion sprechen. Aktuell gibt es zwei neue große Arbeiten aus Amerika. Eine hat 30.000 bis 40.000 Leute aus UK genommen und die Inzidenz von Folgeerkrankungen verglichen mit altersgematchten Leuten, die keine Erkrankung hatten und auch nicht im Krankenhaus waren. Dort ist zu sehen, dass es viel mehr Folgeschäden gibt, also viel mehr Symptome, viel mehr Herzinsuffizienz und so weiter. Dort ist aber nicht kontrolliert worden, wie viele der Menschen vorher auch schon Symptome hatten. Dann gibt es noch die zweite Studie. Dort wurden die Daten von 30.000 Erkrankten mit Daten von 30.000 anderen verglichen, die ein Jahr zuvor wegen einer Pneumonie im Krankenhaus waren. Dort sieht man, dass die Inzidenz der Folgeerkrankungen ein bisschen anders verteilt ist, es zeigt sich aber auch, dass es gar nicht so neu ist, dass man nach einer schweren Erkrankung auch Folgeerkrankungen hat. Das heißt nicht, dass es kein Long-Covid gibt! Das gibt es und die Symptome sind ernst zu nehmen. Sie sind jedoch auch ganz selten direkt einem Organ zuzuordnen, das ist ganz schwierig. Es gibt natürlich Menschen, die tatsächlich zum Beispiel eine Herzmuskelentzündung danach hatten. Um herauszufinden, ob das an Covid-19 liegt, ist es ganz, ganz wichtig, dass man qualitativ gute Studien macht mit dem richtigen Comparator. Man braucht all diese Studien, um sich ein Bild zu machen. ◀

■ Eine große Aufgabe

Ein Forschungszentrum für HKE mit vielen Satelliten

Das Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) ist die größte Forschungseinrichtung für dieses Krankheitsbild. Seit fast zehn Jahren forschen Wissenschaftler im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung mit dem Ziel, Innovationen zu fördern und sie rasch in die klinische Anwendung und damit in die Patientenversorgung zu bringen.

Prävention, Diagnose und Therapie von kardiovaskulären Erkrankungen sollen verbessert werden. Das DZHK hat 32 Partnereinrichtungen an bundesweit sieben Standorten. Zu den Partnereinrichtungen gehören Universitätskliniken beziehungsweise Universitäten sowie Zentren der Helmholtz-Gemeinschaft, Leibniz- und Max-Planck-Institute und eine Ressortforschungseinrichtung. Jeder Standort hat eigene Forschungsschwerpunkte.

Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung, Jahresbericht 2019, PDF, 78 Seiten
https://dzhk.de/fileadmin/Downloads/Jahresbericht/dzhk_jb2019_de_online_final.pdf



Forschungsfokus Berlin

Im Fokus stehen Fragen zu Pathomechanismen, die zu fortschreitender Herzinsuffizienz und Fehlanpassungen des Gefäßsystems führen. Ziel ist es, die Translation durch innovative Diagnosetechnologien und Behandlungsstrategien zu beschleunigen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in den Bereichen digitale Gesundheit, Big Data und computergestützte Modellierung bei der Behandlung von Krankheiten. Außerdem widmet sich Berlin den Unterschieden bei Herzkrankungen von Frauen und Männern.



Forschungsfokus Göttingen

Der Standort geht der Frage nach, wie sich die Herzschwäche von der asymptomatischen zur symptomatischen Form entwickelt. Weitere Schwerpunkte sind die Regeneration des Herzens mit künstlichem Herzgewebe, die Sichtbarmachung von Herzrhythmusstörungen mit physikalischen Methoden, die Kardiounkologie und die Zusammenführung von Herz-Kreislauf-Forschung und Neurowissenschaften im „Heart and Brain Center Göttingen (HBCG)“.

Forschungsfokus Greifswald

Greifswald fokussiert sich auf die Entwicklung neuartiger nicht-pharmakologischer Interventionen zur Prävention und Behandlung der DCM und anderer Formen der Herzschwäche. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Untersuchung molekularer Mechanismen der Progression der Herzschwäche und der kardialen Kachexie unter besonderer Berücksichtigung der Rolle von Immun- und Entzündungsprozessen.

Forschungsfokus Hamburg/Kiel/Lübeck

Der Standort will die Diagnose und Therapie von ischämisch und genetisch bedingten Herzmuskelerkrankungen verbessern, um das Fortschreiten der Herzschwäche zu verhindern. Die Forscherinnen und Forscher suchen nach Zielgenen und Biomarkern von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wollen die molekularen Prozesse entschlüsseln, die zu Herzumbauprozessen führen. Ein Schwerpunkt ist die Regeneration des Herzmuskels durch im Labor gezüchtetes Herzgewebe.

Die Standorte der DZHK-Partnereinrichtungen
 © Grafik: Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung, Jahresbericht 2019

Forschungsfokus Heidelberg/Mannheim

Der Standort engagiert sich in der Erforschung von Kardiomyopathien und Arrhythmien. Die Projekte reichen von der Untersuchung genetischer und epigenetischer Ursachen und Mechanismen über die Entschlüsselung molekularer Signalwege und Interaktionen bis zu translationalen Forschungsansätzen zur innovativen molekularen Diagnostik und Therapie von Kardiomyopathien, Arrhythmien und Herzschwäche. Das Ziel ist, die Komplexität der Erkrankung bei jedem einzelnen Patienten zu verstehen und die Diagnostik und Therapie hin zu einer individualisierten Präzisionskardiologie zu entwickeln.

Forschungsfokus München

Schwerpunkte sind die Erforschung von molekularen Mechanismen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Entwicklung darauf basierender neuer Therapien. Hierbei wird die gesamte medizinische Translationskette von der Grundlagenforschung über experimentelle Studien, der Untersuchung klinischer Proben bis hin zur Durchführung klinischer Studien abgebildet.

Forschungsfokus Rhein-Main

Schwerpunkte sind die Erforschung der Herzinsuffizienz, der koronaren Herzkrankung und des akuten Koronarsyndroms. Es werden bildgebende Verfahren zur Diagnose und Therapie zur Überwachung des Herzens und des Gefäßsystems entwickelt. Der Einsatz von künstlicher Intelligenz ermöglicht es, Herz-Kreislauf-Erkrankungen anhand komplexer molekularer Signaturen besser zu verstehen und neue Ansätze für Diagnostik und Therapie zu finden. ◀



■ „Die Corona-Pandemie wirft uns zurück“

Prof. Hurrelmann hebt Befähigung zur Selbststeuerung hervor

Wer über Prävention und einen gesunden Lebensstil spricht, kommt an einem Thema nicht vorbei: Bildung. Kaum jemand hat die Zusammenhänge so gut erforscht wie Prof. Klaus Hurrelmann. Wir fragen ihn, wie mehr Gesundheit bei Herz-Kreislauf erreicht werden kann und was genau Bildung in diesem Kontext beinhaltet. Er verrät auch, was der Königsweg für mehr Erfolg ist.

opg: Gesundheit und Bildung – ein Begriffspaar, das zusammengehört und diese Zusammenhänge haben Sie reichlich erforscht. Helfen Sie mir: Was genau triggert einen ungesunden Lebensstil?

Hurrelmann: Da muss man bei dem Begriff Gesundheit anfangen, der lange nur als Gegenbegriff zu Krankheit definiert wurde. Das hat sich in den letzten 20 Jahren geändert. Man kann heute sagen, gesund ist ein Mensch, wenn er körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit seiner Umwelt lebt, sich dabei wohlfühlt, Risikofaktoren zurückweisen und Schutzfaktoren aktivieren kann. Wenn man das auf sich wirken

lässt, wird einem schnell klar, warum eine gute Bildung eine Voraussetzung dafür ist. Schlechte Bildung macht einen anfällig für Krankheiten.

opg: Warum?

Hurrelmann: Wenn ich gut gebildet bin und weiß, wer ich bin, welche Stärken und Schwächen ich habe, dann kann ich mir Ziele setzen. Ich habe das Gefühl, mein Leben im Griff zu haben. Das Gefühl von Selbsterkenntnis und der Selbstwirksamkeit macht es möglich, das Leben aktiv zu steuern.



opg: Wie nehmen junge, gesunde Menschen Gesundheitsrisiken wahr? Oder wird das erst ein Thema, wenn sich die Gesundheit negativ bemerkbar macht?

Hurrelmann: Als junger Mensch ist man mit anderem beschäftigt. Da stehen andere Dinge wie soziale Kontakte, aber eben auch die Bildung und Ausbildung im Vordergrund. In der Zeit werden also hinsichtlich der Bildung die Grundlagen für gesundheitliches Verhalten gelegt. Wir beobachten aber in den letzten 20 Jahren etwas, das nicht typisch ist für das Jugendalter: Ein gesunder Lebensstil

ist gestiegen und zwar wieder bei den sehr gut Gebildeten, und das werden mehr. Immerhin erlangen schon über 50 Prozent das Abitur. Dieser Teil der Bevölkerung, der einen hohen Bildungsprozess durchläuft, der lebt inzwischen gesünder. Tabakkonsum ist dafür ein gutes Beispiel. Ein so niedriges Niveau an Tabakkonsum hatten wir noch nie. Das gilt auch für Alkohol und die meisten illegalen Substanzen. Da hat sich richtig etwas verschoben. Die Gesundheit bei Jugendlichen ist gestiegen wegen der Zunahme an Bildung. Das gilt vor allem in den Bereichen, die mit Herz-Kreislauf zu tun haben. In anderen Bereichen wie Stress und Psyche hingegen nicht. Getrübt wird der Erfolg außerdem durch übermäßigen Konsum an Medien.



opg: Offensichtlich verfehlen viele Präventionsbemühungen ihr Ziel wie das Krankheitsbild Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich zeigt.

Hurrelmann: Es geht um richtige Bewegung, Ernährung und Rhythmisierung des Tages inklusive Stressbewältigung, die berühmte Präventionstrias. Wir merken, dass die Botschaft greift und zwar bei den gut Gebildeten besonders stark. Bewegung zum Beispiel hat messbar zugenommen. Bei dem Teil der Bevölkerung mit weniger Bildung sackt das sogar weg. Da ist eine Spaltung zu beobachten. Verbesserte Ernährung – also mehr Bioprodukte, weniger Fleisch – verfängt eher bei Menschen, die sich damit beschäftigen. Also auch hier: Der Bildungsgrad lässt grüßen. Dasselbe gilt für die Rhythmisierung des Tages samt Stressbewältigung. Insgesamt messen wir das in der Forschung mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz. Dahinter stehen die Fragen: Wie gut komme ich mit Informationen über Gesundheit und Krankheit zurecht? Kann ich sie verstehen? Kann ich sie auf mich anwenden? Kann ich das beurteilen? Und da zeigen uns alle Untersuchungen, da ist noch ganz viel Luft nach oben. Wir sind erstaunlicherweise eine viel weniger aufgeklärte Gesellschaft als wir eigentlich sein könnten.

Mit Anreizen für eine Veränderung im Verhalten kann man tausendmal mehr erreichen als mit Mahnungen und Warnungen. © stock.adobe.com, Robert Kneschke.



opg: Haben Wearables bei Bewegung nicht mehr gebracht als Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung?

Hurrelmann: Ja, das könnte man so sagen. Mit Anreizen für eine Veränderung im Verhalten kann man tausendmal mehr erreichen als mit Mahnungen und Warnungen. Da kann man vom Jugendalter lernen. Einen jungen Menschen warnen führt genau

zum Gegenteil, von dem, was der Warner sagt. Wenn ich aber einen Anreiz habe und es kommt ein Vorteil dabei heraus oder etwas, das Spaß macht, dann bin ich motiviert. Die Anreizstrategie wird vermehrt eingesetzt. Das heißt, man kann nicht nur auf Bildung setzen, sondern zusätzlich die Verhältnisse so ändern, dass es sich lohnt, wenn ich mich gesundheitsbewusst verhalte. Da sind wir bei dem Begriffspaar Verhaltensprävention plus Verhältnisprävention. Das heißt, ich versuche durch gute Bildung und Aufklärung auf das Verhalten von Menschen Einfluss zu nehmen, merke aber das hat seine Grenzen, um das zu stabilisieren, ändere ich auch die Verhältnisse. Das wäre zum Beispiel bei Ernährung die Kantine, die Anreize für gesundes Essen schafft. Oder nehmen Sie gut gestaltete und gut erreichbare Treppenhäuser, die zum Treppensteigen regelrecht einladen, statt den Lift zu suchen, der in einer Ecke versteckt ist.

opg: Was muss aus Ihrer Sicht passieren, damit wir auf dem Feld der Prävention echte Erfolge zu vermelden haben?

Hurrelmann: Der Königsweg geht über ständige sachliche, nicht überzogene Informationen ohne moralische Akzente plus gute Bildung allgemein mit



© Hertie School Berlin

Zur Person

Prof. Klaus Hurrelmann, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler. Nach langjähriger Tätigkeit an der Universität Bielefeld arbeitet er seit 2009 als Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin.

der Befähigung zur Selbststeuerung. Das Ganze eingebettet in veränderte Strukturen und Umwelten, die es leicht machen – um den WHO-Spruch aufzunehmen – gesund zu leben. Das ist am Ende das Rezept. Auf diesem Weg haben wir uns bewegt und sind einige Schritte weitergekommen in den letzten 20 bis 30 Jahren.

opg: Es sind zwei Trends zu beobachten, die gerade in Pandemiezeiten verstärkt werden. Die einen leben den Megatrend Fitness/Sport mit Selbstoptimierung und die anderen igeln sich in ihrer Wohnung ein und legen an Gewicht zu. Was macht Corona mit der Gesundheit?



Hurrelmann: Corona spitzt wie in allen anderen Bereichen auch unheimlich zu. Die gesundheitliche Ungleichheit wird in Krisenkonstellationen immer größer. Das System – der Körper oder das soziale System – gerät unter Druck und die Risse, die vorher schon drin waren, werden größer. Hier steht die Selbstwirksamkeit im Vordergrund. Etwa ein Drittel schafft es, sich zu bewegen und trotz Krise körperlich und psychisch fit zu halten. Sie haben verinnerlicht, dass sie über ihr Verhalten die Verhältnisse verändern können. Wenn man das Gefühl hat, dass man nichts ausrichten kann, die Krise übermächtig wird, man in sich zusammensackt, noch mehr Alkohol trinkt und Medien konsumiert, bleibt die Bewegung auf der Strecke.

Die Corona-Pandemie wirft uns in den ganzen Fortschritten, die wir auch bei Herz-Kreislauf erzielt haben um fünf bis zehn Jahre zurück, weil das eine Drittel der Bevölkerung, was vorher schon schlecht zu erreichen war, noch weiter wegrutscht. ◀

■ Präventionsdefizite werden gesehen

Stellungnahmen der Gesundheitspolitiker aller Fraktionen



□ Der ÖGD sollte zum Förderer der Gesundheit werden

Alexander Krauß (CDU)

opg: Prävention gehört bei klassischen Volkskrankheiten zu den Top-Themen jedes Gesundheitspolitikers. Wenn Sie den tatsächlichen Erfolg messen, welche Schulnote kommt am Ende dieser Legislatur heraus?

Krauß: Note 3. Die Ausgaben für Prävention haben Eingang in den Risikostrukturausgleich erhalten. Das ist positiv. Aber noch immer ist unser Gesundheitswesen fast vollständig darauf fixiert, Krankheiten zu behandeln – und zu wenig, Krankheiten zu verhindern. Hier brauchen wir ein Umdenken. Nach der Pandemie sollte der personell verstärkte Öffentliche Gesundheitsdienst zum Förderer der Gesundheit werden.

opg: Trotz Präventionsstrategie und Selbstverpflichtungen der Industrie sterben in Deutschland jedes Jahr Tausende Menschen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Braucht es aus Ihrer Sicht striktere Vorgaben um die Risikofaktoren in den Griff zu bekommen?

Krauß: Neben mehr Prävention und Gesundheitskompetenz brauchen wir eine bessere Behandlung von Volkskrankheiten. Dafür ist eine nationale Herz-Kreislauf-Strategie nötig. Für Adipositas-Patienten werden wir ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) auf den Weg bringen. Für übergewichtige Patienten benötigen wir nicht nur gute Ratschläge, sondern eine Behandlung, die ihren Namen verdient.



□ Mehr Verbindlichkeit ist notwendig

Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Die Grünen)

opg: Prävention gehört bei klassischen Volkskrankheiten zu den Top-Themen jedes Gesundheitspolitikers. Wenn Sie den tatsächlichen Erfolg messen, welche Schulnote kommt am Ende dieser Legislatur heraus?

Kappert-Gonther: Statt das Präventionsgesetz von 2015 endlich im Sinne des „Health in all policies“-Ansatzes so weiterzuentwickeln, dass gerade die vulnerablen Gruppen langfristig von Gesundheitsförderung profitieren, will es die Bundesregierung in dieser Legislatur bei einem unverbindlichen Eckpunktepapier belassen. Gemessen an dieser Arbeitsverweigerung müsste die Bundesregierung ganz klar die Klasse wiederholen.

opg: Trotz Präventionsstrategie und Selbstverpflichtungen der Industrie sterben in Deutschland jedes Jahr Tausende Menschen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Braucht es aus Ihrer Sicht striktere Vorgaben um die Risikofaktoren in den Griff zu bekommen?

Kappert-Gonther: Mehr Verbindlichkeit ist notwendig, so bedarf es zum Beispiel verpflichtender Vorgaben zur Reduzierung von Zucker, Fetten und Salz in Fertiglebensmitteln. Auch die Vermarktung ungesunder Lebensmittel an Kinder muss reguliert werden. Grundsätzlich darf sich Gesundheitsförderung nicht auf Leistungen der GKV beschränken – sie muss endlich als ressort- und sozialversicherungsübergreifende Aufgabe wahrgenommen werden.



□ Neue Steuern lehnen wir ab

Detlev Spangenberg, AfD

opg: Prävention gehört bei klassischen Volkskrankheiten zu den Top-Themen jedes Gesundheitspolitikers. Wenn Sie den tatsächlichen Erfolg messen, welche Schulnote kommt am Ende dieser Legislatur heraus?

Spangenberg: Für die AfD ist die Prävention nicht nur von Bedeutung zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, sondern eine weitere wichtige Säule an der Seite von Therapie und Rehabilitation. Menschen sollen möglichst gesund kompetent am normalen Leben teilhaben können. Deshalb muss Prävention bereits in der Kita beginnen und die Schule, die Arbeitsmedizin, Hausärzte und die Pflege mit einschließen. Alle dort Tätigen müssen als wichtige Multiplikatoren dazu ausreichend ausgebildet werden. Dafür gibt es immer noch keine wirklich praxistauglichen Ansätze. Insgesamt kann es also nur die Note 5 geben.

opg: Trotz Präventionsstrategie und Selbstverpflichtungen der Industrie sterben in Deutschland jedes Jahr Tausende Menschen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Braucht es aus Ihrer Sicht striktere Vorgaben um die Risikofaktoren in den Griff zu bekommen?

Spangenberg: Die AfD will dabei niemanden bevormunden. Sie will stattdessen bei den Menschen das Bedürfnis wecken, aus freien Stücken gesund zu bleiben. Information, Anleitung und Leitung zu den Angeboten durch die Fachleute und persönliche Belohnung zum Beispiel durch Zuschüsse sind dafür der richtige Weg. Neue Steuern – wie zum Beispiel eine Zuckersteuer – lehnen wir ab. Und noch etwas: Gerade in Deutschland hat die Kur eine besondere Tradition. Wir wollen sie in den Kurorten wieder aufleben lassen und diese zu medizinischen Präventionszentren ausbauen.



□ Wir wollen einen steuerfinanzierten Präventionsfonds

Harald Weinberg, Die Linke

opg: Prävention gehört bei klassischen Volkskrankheiten zu den Top-Themen jedes Gesundheitspolitikers. Wenn Sie den tatsächlichen Erfolg messen, welche Schulnote kommt am Ende dieser Legislatur heraus?

Weinberg: Die Aktivitäten der Bundesregierung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung würde ich klar als schlecht bezeichnen. Im Zusammenhang mit klassischen Volkskrankheiten ist Verhältnisprävention besonders wichtig: zum Beispiel die Bedeutung von Bewegung im Arbeitsleben. Das Präventionsgesetz hat mehr Geld in die Präventionsarbeit gebracht, das aber weiterhin auf niedrigem Niveau. Die Finanzierung durch die Krankenkassen ist nicht ideal; wir wollen stattdessen einen steuerfinanzierten Präventionsfonds, mit dem vor allem die Kommunen vor Ort echte gesundheitsförderliche Lebenswelt-Gestaltung vornehmen können.

opg: Trotz Präventionsstrategie und Selbstverpflichtungen der Industrie sterben in Deutschland jedes Jahr Tausende Menschen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Braucht es aus Ihrer Sicht striktere Vorgaben um die Risikofaktoren in den Griff zu bekommen?

Weinberg: Hier ist in der Tat die Bundesregierung gefragt. In allen Politikbereichen muss an der Verbesserung von Gesundheitschancen gearbeitet werden: Die Gestaltung eines lebenswerten Umfelds, gute Arbeit, gute Wohn- und Lernbedingungen und soziale Gerechtigkeit tragen maßgeblich zu Gesundheit bei. Die Umsetzung des HiAP-Ansatzes muss sich auch in der Bundesgesetzgebung und -Exekutive niederschlagen. Dafür ist ein Beirat aus Expertinnen und Experten beim Bundestag einzurichten, der jedes Gesetzgebungsverfahren auf seine Auswirkungen auf die Gesundheit und hier insbesondere auf gesundheitliche Ungleichheit bewertet.



□ **Wir erreichen mehr, wenn wir die Menschen überzeugen**

Prof. Andrew Ullmann (FDP)

opg: Prävention gehört bei klassischen Volkskrankheiten zu den Top-Themen jedes Gesundheitspolitikers. Wenn Sie den tatsächlichen Erfolg messen, welche Schulnote kommt am Ende dieser Legislatur heraus?

Ullmann: Mangelhaft – und in der Pandemie hat sich die Situation weiter verschlechtert. Aufgrund des Lockdowns haben viele Sportvereine und -studios seit November geschlossen. Ein großer Teil der Bevölkerung hat in diesem Winter wahrscheinlich deutlich weniger Sport betrieben als zuvor. Das Gleiche gilt für die Ernährung. Wir wissen alle um die Bedeutung von gesundem Essen in Schul- und Betriebskantinen. Durch Homeschooling und -office ist auch diese Form der gesunden Ernährung häufig weggebrochen. Leider hat die Bundesregierung, aber auch die Länder, viel zu wenig unternommen, um diese Folgen auszugleichen.

opg: Trotz Präventionsstrategie und Selbstverpflichtungen der Industrie sterben in Deutschland jedes Jahr Tausende Menschen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Braucht es aus Ihrer Sicht striktere Vorgaben um die Risikofaktoren in den Griff zu bekommen?

Ullmann: Als Liberaler fällt es mir schwer, an die Erfolgsversprechungen von strikten Vorgaben und Verboten durch den Staat zu glauben. Natürlich bringen Verbote und Kontrollen kurzfristig ein wenig, aber wir erreichen viel mehr, wenn wir die Menschen überzeugen. Denn das wäre essenziell und nur so funktioniert es, den Einzelnen in seiner Gesundheitskompetenz nachhaltig zu stärken. Das kann unter anderem durch eine niedrigschwellige, gut strukturierte und klare Aufklärungskampagne gelingen.



□ Gesundheitsförderung muss endlich Chefsache werden

Sabine Dittmar, SPD

opg: Prävention gehört bei klassischen Volkskrankheiten zu den Top-Themen jedes Gesundheitspolitikers. Wenn Sie den tatsächlichen Erfolg messen, welche Schulnote kommt am Ende dieser Legislatur heraus?

Dittmar: Mit Schulnoten tue ich mich da schwer. Die Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention in Lebenswelten haben sich seit 2014 fast vervierfacht. Es ist aber ganz klar, dass die Kassen zwangsläufig dort an Grenzen stoßen müssen, wo andere Akteure Verantwortung tragen, diese aber nicht oder nicht ausreichend wahrnehmen. Es reicht nicht aus, dass einige Bundesministerien an der Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie durch die Sozialversicherungsträger beteiligt sind. Notwendig sind mehr Verbindlichkeit und Koordination der Zusammenarbeit vor allem auf Bundesebene.

opg: Trotz Präventionsstrategie und Selbstverpflichtungen der Industrie sterben in Deutschland jedes Jahr Tausende Menschen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Braucht es aus Ihrer Sicht striktere Vorgaben um die Risikofaktoren in den Griff zu bekommen?

Dittmar: Aus meiner Sicht ja: Es sind striktere Vorgaben notwendig. Das beste oder vielmehr leider das schlechteste Beispiel ist die Ernährungspolitik von Bundesministerin Klöckner. Wider besseres Wissen über die Folgen ungesunder Ernährung insbesondere für Kinder und Jugendliche bleibt sie weiter bei ihrem industriefreundlichen Kurs der freiwilligen Reduktion von Zucker, Salz und Fett. Sich hier nur um die Ernährungskompetenz zu sorgen, greift deutlich zu kurz. Gesundheitsförderung muss innerhalb der Bundesregierung endlich zur Chefsache werden.

■ Leisen Mördern früh auf die Schliche kommen

Früherkennung rettet Leben – Hypertonie demografierelevant

Über die ersten Warnsignale des Körpers schauen Betroffene leichtfertig hinweg. Nicht jedem ist anscheinend bewusst, dass dies den Beginn eines Krankheitsverlaufs markiert, der gefährliche Ereignisse nach sich ziehen kann. Bluthochdruck gehört zu den besonderen Risiken.

Wenn die Gesundheitsparameter aus den Fugen geraten, muss gehandelt werden, um eine ungute Entwicklung zu stoppen. Nicht jeder Risikofaktor offenbart sich dabei so augenscheinlich wie Übergewicht oder Alkoholkonsum. Die Hypertonie (Bluthochdruck) gehört deshalb zu den „silent killers“ wie die anglo-amerikanische Welt es nennt. Leiser Mörder trifft es, denn die durch zu hohen

Blutdruck potenziell tödlichen Folgeschäden an Herz, Gehirn, Augen oder Nieren entwickeln sich schleichend. Auch völlig gesund wirkende Menschen bleiben ahnungslos, wenn sie sich nicht checken lassen. Alle gesetzlich Krankenversicherten haben ab dem Alter von 35 Jahren im Abstand von zwei Jahren Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung chronischer Krankheiten. International und auch in Deutschland wurde vielfach belegt, dass Früherkennungsangebote von sozial schlecht gestellten Personen seltener wahrgenommen werden als von vergleichsweise besser gestellten.



Starke Zunahme bei Hypertonie demografiebedingt

Eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigt die Diagnosehäufigkeit (Prävalenz) von Hypertonie in Deutschland. Demnach ist zwischen 2009 und 2018 die Zahl der gesetzlich versicherten Patienten mit diagnostizierter Hypertonie von fast 17 Millionen auf gut 19 Millionen stark angestiegen. Etwa 50 Prozent der Zunahme führen die Wissenschaftler auf einen wachsenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zurück. Die höchsten Anteile an Erkrankten werden in den ostdeutschen Regionen beobachtet. Insgesamt war die Hypertonie in Ostdeutschland (ohne Berlin: 23 Prozent) mit 36 Prozent deutlich häufiger als in Westdeutschland. Dort lag die Quote bei 25 Prozent. Allerdings ist der Anteil älterer Menschen unter den gesetzlich Krankenversicherten dort auch höher als in Westdeutschland. Korrigiert man die Berechnung der Anteile Erkrankter um den Einfluss der unterschiedlichen Altersstruktur zwischen West- und Ost, so verringert sich der Unterschied auf 6 Prozentpunkte (West: 24 Prozent, Ost: 30 Prozent).

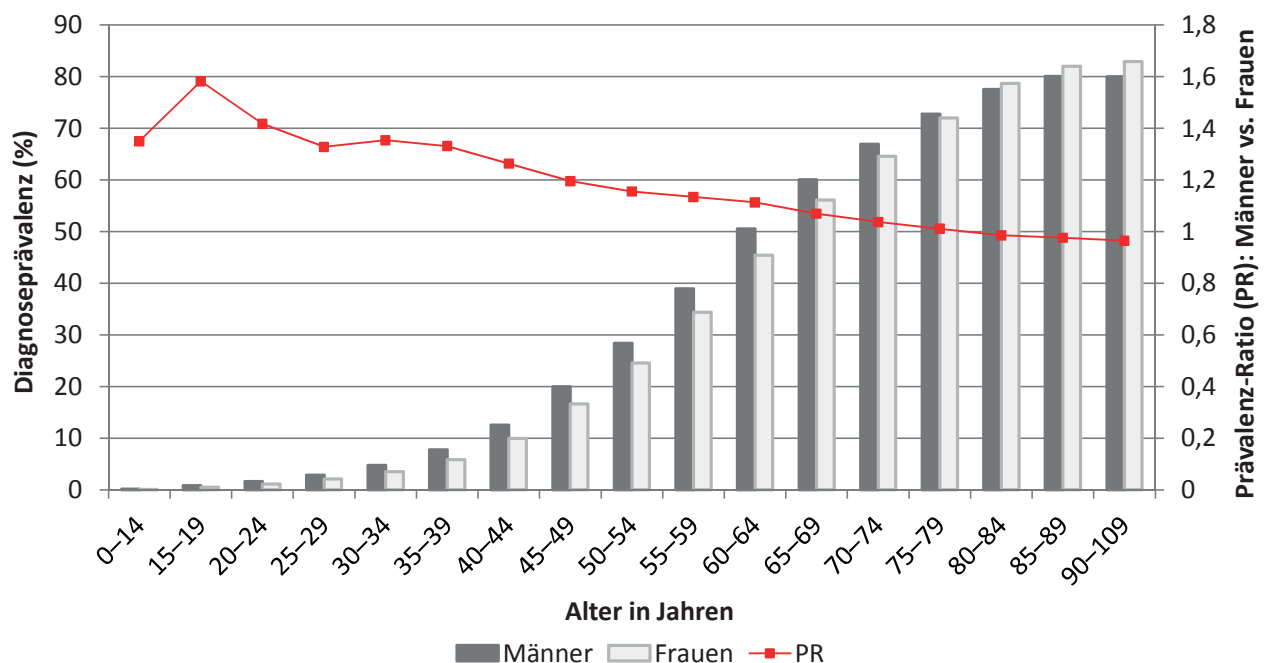
Sozioökonomische Unterschiede

Neben der Alters- und Geschlechtsstruktur können die regionalen Unterschiede zu einem gewissen Teil auch durch sozioökonomische Unterschiede zwischen den Regionen erklärt werden. So tritt die Hypertonie in solchen Kreisen häufiger auf, in denen vermehrt Menschen mit geringem sozioökonomischem Status leben. Dies gilt insbesondere für Frauen und Männern im jungen bis mittleren Erwachsenenalter (24 bis 49 Jahre). „Wer früher an Bluthochdruck erkrankt, hat ein deutlich höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Frauen und Männer in ostdeutschen Regionen mit niedrigem sozioökonomischem Status stehen hier besonders im Fokus. Sie sind daher eine vorrangige Zielgruppe für besondere Präventionsmaßnahmen“, sagt der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried.



Dr. Dominik von Stillfried, Vorsitzender des ZI-Instituts
© pag, Maybaum

Hintergrund: Die jährliche Diagnoseprävalenz ist auf Basis krankenkassenübergreifender vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2018 auf Bundesebene, pro Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen und nach Kreisen ermittelt worden. Als prävalent galten Patienten, die in mindestens zwei Quartalen eines Kalenderjahres eine als gesichert codierte Hypertonie-Diagnose aufwiesen.



Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Diagnoseprävalenz (M2Q) der Hypertonie (Angaben in Prozent) und Prävalenz-Ratio als Quotient aus der Prävalenz bei Männern und Frauen im Jahr 2018

Grafik: ZI-Institut, Bericht Nr. 20/01, veröffentlicht am 03.03.2020

Quellen: KM6-Statistik [17] und bundesweite krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 300 Abs. 2 SGB V Die linke Y-Achse skaliert die Diagnoseprävalenz, die rechte Y-Achse skaliert die Prävalenz-Ratio. Die Skalierungen sind nicht vergleichbar. M2Q = Diagnosecodierung in mindestens zwei Quartalen eines Jahres

■ „Alter und Erbgut spielen eine große Rolle“

Prof. Claudia Schmidtke über das politische Rezept gegen HKE

Sie hat die Auswirkungen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Herzchirurgin in ihrem ärztlichen Alltag erlebt. Als Politikerin setzt sie sich für Verbesserungen bei der Prävention, in der Versorgung und der Forschung ein. Prof. Claudia Schmidtke erzählt im Interview, warum ihr gerade dieses Krankheitsbild so wichtig ist.

opg: Sie haben gleich zu Beginn Ihrer Amtszeit als Abgeordnete einen Schwerpunkt Ihrer Arbeit auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelegt. Was machen Sie genau?

Schmidtke: Als Herzchirurgin erlebte ich täglich, welche weitreichenden Konsequenzen kardiovaskuläre Erkrankungen für die einzelnen Patienten, ihre Familien und Freunde, aber auch die Gesellschaft insgesamt haben.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in den westlichen Industriestaaten Volkskrankheit Nummer 1. Aus zwei Aspekten müssen wir uns dringlich um sie kümmern. Erstens: Mit ihnen verbunden ist Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen; laut 31. Herzbericht sterben zudem noch immer „mit Abstand die meisten Menschen an den Folgen einer Herz- oder Kreislauferkrankung – weit vor den Krebserkrankungen“. Die krankheitsbedingten Folgeschäden haben darüber hinaus nicht nur Einfluss auf das persönliche Umfeld der Patienten, sondern auch auf unser Sozialsystem. Und damit bin ich beim zweiten Aspekt: Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen entfallen nach den letzten vorliegenden Daten des Statistischen Bundesamts die höchsten Krankheitskosten in Deutschland.

Es war daher für mich ein notwendiger Schritt, die Versorgung dieser großen Patientengruppe mit Vertretern aller betroffenen Disziplinen an einen runden Tisch zu holen: die Patientenvertreter, die forschenden Medizinerinnen, Kranken-

Zur Person

Sie ist Patientenbeauftragte der Bundesregierung und Herzchirurgin: Prof. Claudia Schmidtke (CDU) wurde von den Lübeckern in den Deutschen Bundestag gewählt.



© pag, Fiolka

kassenvertreterinnen bis zum G-BA, vom Kinderkardiologen bis zum Neurologen. Wir müssen die gesamte Bandbreite der Herz-Kreislauf-Medizin von der Prävention über Versorgung bis zur Forschung durchleuchten.

opg: Zu welchem Ergebnis sind Sie gekommen?

Schmidtke: Das resultierende regelmäßig tagende Expertengremium legte zum Abschluss einer fast zweijährigen Tätigkeit Vorarbeiten zu einer Nationalen Herz-Kreislauf-Strategie vor. Ziel ist die Verankerung im Koalitionsvertrag der nächsten Bundesregierung. Um dieser Botschaft das nötige Gewicht zu

verleihen, hat die Deutsche Herzstiftung als größte Patientenorganisation mit allen betreffenden Fachgesellschaften ein starkes Aktionsbündnis ins Leben gerufen. Die Kampagne „Beherzt Handeln“ richtet sich direkt an Bundestagsabgeordnete und soll so viele Entscheidungsträger wie möglich von der Notwendigkeit unseres Vorhabens überzeugen. Ich bin den beteiligten Partnern sehr dankbar für dieses außerordentliche Engagement.

opg: Gibt es Unterschiede bei Diagnose und Therapie bezogen auf die Geschlechter?

Schmidtke: Es gibt einige geschlechtsspezifische Unterschiede, und zwar auf allen Ebenen: in der Symptomatik, in Diagnostik und Therapie. Nehmen wir als Beispiel den Herzinfarkt. Die Symptome eines Infarktes sind bei Frauen nicht immer die typischerweise beschriebenen (männlichen) Symptome mit Angina pectoris und Ausstrahlung der Schmerzen in den linken Arm. Frauen geben eher atypische Beschwerden wie Luftnot, Schweißausbrüche, Oberbauchschmerzen, Schwindel,



Übelkeit und Erbrechen oder auch nur eine unerklärliche Müdigkeit an. Frauen haben andere Risiken, diese werden vielfach nicht adäquat behandelt; ein Herzinfarkt tritt hormonbedingt meistens zu einem späteren Lebensalterszeitpunkt als bei Männern auf. Die Sterblichkeit am ersten Herzinfarkt ist deutlich höher als bei Männern.

Dass über 60-jährige Frauen eher an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung sterben als an Brustkrebs, wissen die meisten nicht. In klinischen Studien, auch Medikamentenstudien, sind Frauen häufig unterrepräsentiert, so dass die Ergebnisse vielfach meist nur für Männer gelten. Es gäbe noch viele weitere Fakten zu erwähnen. Grundsätzlich möchte ich das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen aber gern noch individueller betrachten: Unabhängig vom Geschlecht belegt die Forschung bereits seit einiger Zeit, dass vielfältige persönliche Indikatoren zentral auf die Herzgesundheit einwirken. Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben ein schlechtes Image, weil sie als vermeidbares, individuelles Fehlverhalten wahrgenommen werden. Das ist jedoch nicht korrekt! Der Lebensstil ist nicht allein verantwortlich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Alter und Erbgut spielen eine große Rolle.

„Den Blutdruck merkt man nicht, er bereitet keine Schmerzen, man muss ihn messen.“
© iStock.com, fstop123



opg: Bluthochdruck wird auch als „silent killer“ bezeichnet. Gäbe es dafür nicht ein Frühwarnsystem?

Schmidtke: Das Problem ist: Den Blutdruck merkt man nicht, er bereitet keine Schmerzen, man muss ihn messen. Und erhöhter Blutdruck tritt meist schleichend auf.

opg: In der GKV gibt es ab dem Alter von 35 Jahren eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung. Müsste es einen solchen Check-up nicht früher geben, und wie motiviert man zur Teilnahme?

Schmidtke: Den Gesundheits-Check-up zahlt die Kasse bereits zwischen dem 18. und 34. Lebensjahr, danach bietet sie ihn alle drei Jahre an. Junge Erwachsene fühlen sich aber gesund, oft ist ihnen die Notwendigkeit eines Check-ups nicht bewusst. Aus Sicht der personalisierten Medizin sind aber die frühestmögliche Erstellung des persönlichen Risikoprofils und ganz individuelle Präventionsempfehlungen von wesentlicher Bedeutung. Hierüber müssen ein Umdenken und mehr Aufklärung, vielleicht bereits in der Schule, stattfinden.

opg: Welches Potenzial hat die Digitalisierung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen einzudämmen?

Schmidtke: Die Digitalisierung schafft erst die Möglichkeit, herkömmliche Empfehlungen allgemeiner gesunder Lebensführung in maßgeschneiderte Präventionsstrategien zu überführen. Zum einen liefert sie uns die dafür notwendigen Erkenntnisse: So haben Forscher der Universität München gemeinsam mit australischen und britischen Kollegen KI genutzt, um genetische Risikowerte aufzuzeigen, die präziser sind als die herkömmlichen Risikoscores. Digitalisierung und persönlich genutzte KI können eine individuelle Präventionsstrategie auf Grundlage der genetischen Ausgangslage, aber auch weiterer Daten wie Umwelteinflüsse, Alter und Lebensführung entwickeln und im Alltag dabei helfen, diesen dann auch einzuhalten. Wir müssen davon wegkommen, dass wir allen den gleichen Lebensstil empfehlen, und am Ende hält sich dann niemand mehr daran. Für den einen Patienten könnte Sportabstinenz das kardiovaskuläre Risiko erheblich vergrößern, für die andere Patientin wäre das Rauchen schlimmer. Es sind die individuellen Präventionsansätze, die dann auch tatsächlich maßgeschneidert angewendet werden können. Aus dem erhobenen Zeigefinger wird ein Finger, der die Richtung anzeigt. ◀



„Die Digitalisierung schafft erst die Möglichkeit, herkömmliche Empfehlungen allgemeiner gesunder Lebensführung in maßgeschneiderte Präventionsstrategien zu überführen.“
© iStock.com, BlindTurtle

■ Gesundheit in allen Lebenswelten

Ein Think Tank zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Todesursache Nummer eins – ja! Aber auch Thema Nummer eins? Nein. Die Aufmerksamkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) steht in keinem Verhältnis zur Prävalenz. Das wollen die Mitglieder des „Im Puls. Think Tank Herz-Kreislauf“ ändern. Der Zusammenschluss von multiprofessionellen Akteuren setzt sich für Verbesserungen bei Forschung, Prävention und Versorgung ein. Das Potenzial dafür ist gewaltig.

Schon vor der schlagzeilenträchtigen Corona-Pandemie waren es stets andere Krankheiten, die den Weg in die Berichterstattung und auf die politische Agenda geschafft haben. Da ist die „Zukunftswerkstatt Demenz“ oder der Nationale Krebsplan. Die Diabetes-Epidemie wird lange nicht konsequent angepackt. Erst im Sommer 2020 ringt sich die Politik nach heftigen Auseinandersetzungen zu einem Kompromiss für eine Nationale Diabetesstrategie durch. Ressortübergreifende Ansätze zur Diabetesprävention mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung sind vorgesehen. Allerdings vermissen Experten effektive verhältnispräventive Maßnahmen auf Bevölkerungsebene. Sie sind dem Kompromiss zum Opfer gefallen.



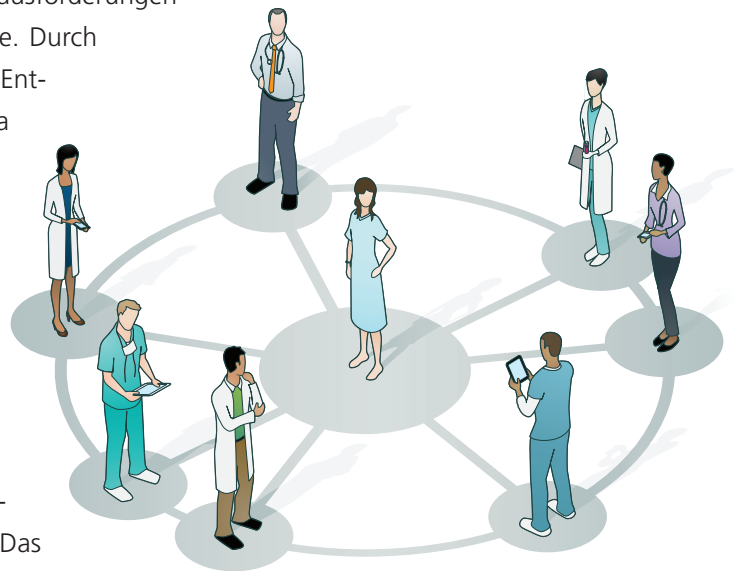
Im Puls. Think Tank Herz-Kreislauf: Gesundheit in allen Lebensphasen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind globale Herausforderung

Ihre Motivation beschreiben die Think Tank-Mitglieder wie folgt: „Aufgrund der Relevanz, Vielschichtigkeit und Verknüpfbarkeit mit allen Lebenswelten ist das Thema nicht zu trennen von globalen Herausforderungen, wie dem demografischen Wandel, Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten der Gesellschaft sowie Gesundheitsprävention. Allerdings fehlt der Debatte bisher die gebührende Intensität und eine wissenschaftlich fundierte Struktur“, monieren die Fachleute. Die Betrachtung einzelner Indikationsfelder entschärfe den Fokus auf den Gesamtkomplex Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Mit Dialogplattform dicke Bretter bohren

Damit Verbesserungen in Prävention und Versorgung des komplexen Krankheitsgeschehens erreicht werden können, haben sich wichtige Experten aus verschiedenen Lebenswelten und Professionen systematisch miteinander vernetzt. Sie melden sich zu aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen zu Wort und erarbeiten konkrete Lösungsansätze. Durch eine konsequente Kommunikation mit zentralen Entscheidungsträgern will der Think Tank das Thema immer wieder in Gedächtnis rufen. Der Think Tank ist eine Initiative der Unternehmen Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Daiichi Sankyo, Johnson & Johnson, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Sanofi und hat mittlerweile 45 Mitglieder. Die Unternehmen haben eine Dialogplattform ins Leben gerufen, die entscheidende Akteure aus Politik, Wissenschaft, Selbstverwaltung, Leistungserbringern und -empfängern informiert, sensibilisiert und aktiviert. Das Netzwerk setzt auf Nachhaltigkeit und ist auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet. Die Anzahl der Unterstützer wächst seit der Gründung im Jahr 2017 stetig. Ärzteverbände, Patientenorganisationen, Unikliniken, Stiftungen, Verbände wie der für Medizinische Fachberufe wollen mitarbeiten im Kampf gegen die Zivilisationskrankheit Nummer eins und diese ins Zentrum der öffentlichen Diskussion rücken, damit sie dort hinkommt, wohin sie gehört: ganz oben auf die politische Agenda. Im Jahr 2020 haben die Mitglieder politische Handlungsempfehlungen zu den Lebenswelten „Familie“ und 2019 zu „Arbeit“ veröffentlicht (*siehe folgende Doppelseite*). Für dieses Jahr entwickelt der Think Tank politische Handlungsempfehlungen für die Lebenswelt „Bildung/Ausbildung“. Ernährung und Bewegung stehen ebenfalls auf dem Programm.



© iStock.com, mathisworks

Von einer neuen Regierung erwarten die Mitglieder des Think Tanks, Herz-Kreislauf-Erkrankungen wegen ihrer großen gesamtgesellschaftlichen Bedeutung zu priorisieren. „Die Bundesregierung muss zeitnah nach der Wahl eine Nationale Strategie und Allianz zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verkünden“, fordert das Netzwerk in einem Positionspapier. Dadurch würden viele Krankheitsbilder indikationsübergreifend abgedeckt. Wir benötigen eine strukturierte Allianz und eine politische Willensbekundung, um ein konkretes Ziel realisieren zu können so wie der Longterm Plan des britischen Gesundheitssystems NHS, das sich zum Ziel gesetzt hat, 150.000 Herzinfarkte, Schlaganfälle und Demenzzfälle in den nächsten 10 Jahren zu verhindern. ◀

□ Lebenswelt „Familie“

Politische Handlungsempfehlungen

Die Familie ist wichtig. Sie ist für jeden von uns eine prägende Institution – gesellschaftlich, politisch, wirtschaftlich und vor allem emotional. So werden auch gesundheitsfördernde und -belastende Verhaltensweisen maßgeblich durch die Sozialisation innerhalb der Familie geprägt.

1. Gesundheitskompetenz von Familien fördern

Existierende Initiativen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Familien, besonders mit dem Ziel der Reduzierung von Bewegungsmangel, falscher Ernährung und anderen Risikofaktoren, sollten ausgebaut, mit mehr Personal ausgestattet und besser beworben werden.

2. Gesundheits- und Lebenskompetenz in der Schule lehren

Bildung und Wissen sind die Grundlagen unseres Handelns. Ein verbindliches und bundesweit einheitlich gestaltetes Unterrichtsfach „Gesundheits-/Ernährungskompetenz“ mit mindestens 45 Minuten pro Woche kann das Bewusstsein der Kinder und Jugendlichen zum Thema Ernährung, Psychohygiene und positive Kommunikation nachhaltig fördern, in der Familie festigen und die Prävalenzen der Komorbiditäten senken.

3. Familienmedizin ausbauen

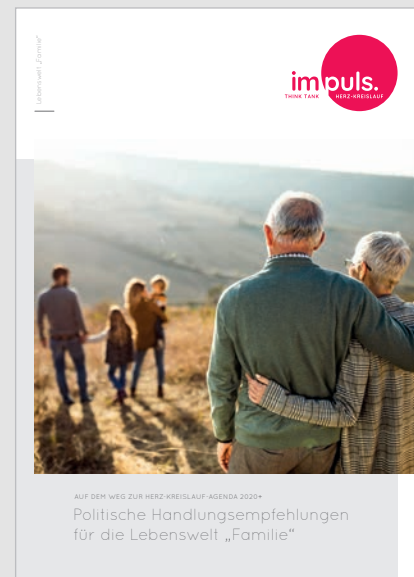
Durch die ganzheitliche Betrachtung der Familienstrukturen und Interaktionen ist eine bessere medizinische Begleitung und Versorgung der unterschiedlichen Beteiligten möglich. Verschiedene sozioökonomische und -kulturelle geschlechter- und generationenübergreifende Kontexte können so am besten berücksichtigt und individuelle Präventions- und Therapiemaßnahmen entwickelt werden.

4. Gesundheitslotsen flächendeckend etablieren

Um Patientinnen und Patienten bei der Prävention, aber auch Akutversorgung, Rehabilitation und Nachsorge sektorenübergreifend optimal beraten zu können, sollte auf kommunaler Ebene ein Angebot von Gesundheitslotsen aufgebaut werden.

5. Geburts- und Familienvorbereitung für alle werdenden Eltern verbessern

Bereits existierende Programme sollten ausgebaut werden und deren Inhalte in bereits funktionierende Systeme wie die Geburtsvorbereitung und Sozialarbeit einfließen, um mehr Familien zu erreichen. Die Fachkräfte solcher Institutionen müssten geschult werden, um Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen.



6. Zugang zu Informationen vereinfachen und zentralisieren

Damit Familien sich schnell und einfach über Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deren Prävention, Folgeerkrankungen und Unterstützungsmöglichkeiten informieren können, sollte eine zentrale Anlaufstelle eingerichtet werden, die aufklärt und Materialien bereitstellt. Gleichzeitig sollte die Absprache zwischen bereits existierenden Institutionen auf kommunaler Ebene verbessert werden, um die Bevölkerung und im speziellen Familien über Gesundheitsmaßnahmen einheitlich und kohärent zu informieren.

7. Qualität digitaler Angebote sichern

Um die Qualität der zahlreichen Angebote im Bereich der digitalen Vorsorge zu sichern und damit die Nutzung von hilfreichen Anwendungen wie Screening-Apps, Gesundheitsportale, Sensoren und Wearables zu fördern, sollte ein unabhängiges Portal entwickelt werden. Eine solche zentral bereitgestellte Übersicht würde es Familien ermöglichen, sich über die verschiedenen digitalen Angebote zu informieren und gleichzeitig deren Qualität zu überprüfen und zu sichern.

8. Kommunales Gesundheitskrisenmanagement optimieren

Um in Ausnahme- bzw. Krisensituationen wie der Covid-19-Pandemie handlungsfähig zu bleiben und körperlichen und psychischen Belastungen gerade von HKE-Patientinnen und Patienten in gefährdeten Familien vorzubeugen, sollte das kommunale Gesundheitskrisenmanagement verbessert werden.

□ Lebenswelt „Arbeit“

Politische Handlungsempfehlungen

HKE haben einen starken Einfluss auf die Lebenswelt „Arbeit“. Zehn Prozent der Frühverrentungen und ein Viertel aller vorzeitigen Todesfälle gehen auf das Konto von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE). Für die Gestaltung der Lebenswelt „Arbeit“ stellt der Think Tank folgende konkrete politische Handlungsempfehlungen vor:

1. Bessere Umsetzung bereits bestehender Ansätze

Durch eine gezielte Ansprache der Bundesländer/Regionen und den hier ansässigen Betrieben sollten bereits bestehende Ansätze (z. B. IN FORM) in ihrer Etablierung unterstützt und forciert werden.

2. Bessere Vernetzung von KMU und Krankenkassen über „Lotsen/Mittler“

Bisherige Angebote der Krankenkassen zu Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGM) fokussieren sich stark auf Großunternehmen, kleine und mittlere Unternehmen (KMU) sind aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen im Hinblick auf den Zugang zu BGM-Angeboten benachteiligt. Durch eine Einführung von „Lotsen/Mittlern“ könnte deren Vernetzung gefördert werden. Darüber hinaus bieten auch digitale BGM-Lösungen, die unabhängig von Größe und Standort des Unternehmens einsetzbar sind, Möglichkeiten den Zugang zu verbessern.

3. Effektive Aufklärung über steuerliche Anreize

Ein höheres Maß an Transparenz zu steuerlichen Anreizen für Unternehmen im Bereich Gesundheitsprävention (§ 3 Nr. 34 EStG neu seit 1. Januar 2019) sollte sichergestellt werden.

4. Wettbewerbsförderung

Der Wettbewerb um die besten Ansätze einer gesundheitlichen Versorgung in den Betrieben auf Landes- und Bundesebene sollte gefördert werden. Die dadurch ermittelten Vorreiter sollten durch einen monetären Anreiz belohnt werden, um Aufmerksamkeit und Teilnahme zu generieren und auszubauen.

5. Förderung eines Multiplikatoren-Netzwerkes

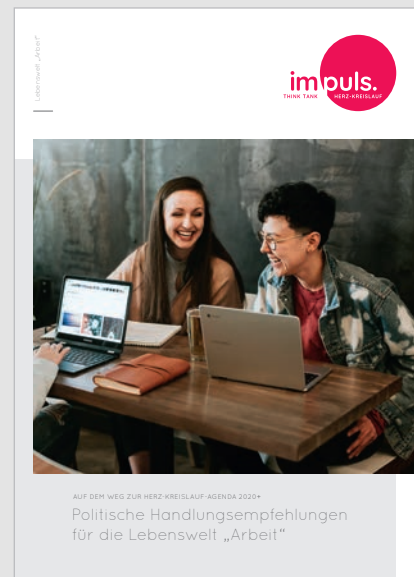
Akteure aus unterschiedlichen Lebenswelten (wie z. B. United Leaders Association, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., BGM Dienstleistungsfirmen usw.) sollten stärker miteinander vernetzt werden, um eine bessere Durchdringung der BGM-Maßnahmen sicherzustellen.

6. Geschlechterunterschiede berücksichtigen

Ansätze zu Prävention, Kommunikation und Versorgung sollten auf die geschlechterspezifischen Unterschiede bei HKE ausgerichtet werden.

7. Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Kommunen fördern

Um BGM vor dem Hintergrund von HKE in Betrieben effektiv zu fördern, bedarf es einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Um diese zu ermöglichen, sollten kommunale Marktplätze Gesundheit geschaffen werden. Ziel solcher Marktplätze ist es, die Bürger für HKE zu sensibilisieren und ihnen Angebote zu machen, die nicht nur die Arbeits-, sondern auch die Lebenswelt der Bürger vor Ort adressieren. Der Marktplatz Gesundheit wirkt damit integrativ.



Weiterführende Links:

Politische Handlungsempfehlungen für die Lebenswelt „Familie“, Download unter https://www.instinctif.de/fileadmin/documents/TTHK/TTHK_Broschuere_Handlungsempfehlungen_2020_Familie.pdf



Politische Handlungsempfehlungen für die Lebenswelt „Arbeit“, Download unter https://www.instinctif.de/fileadmin/documents/TTHK/TTHK_HERZ-KREISLAUF-AGENDA_2020_.pdf



■ „Ich bin für ‚miles & more‘ für Gesundheit“

Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen im Gespräch

Die Menschen identifizieren, bevor sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickeln. Das will Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen mit einem Neugeborenen-Screening erreichen. Eine aktuelle Studie soll dabei helfen. Besonders schwierig ist es, krank machende Lebensgewohnheiten zu verändern. In einem sehr lebendigen Telefoninterview erläutert die engagierte Ärztin, was den zweifelhaften Spitzenplatz als Top Volkskrankheit Nummer eins begründet und wie man das ändern kann.

opg: Sie engagieren sich im Think Tank „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“. Warum?

Steinhagen-Thiessen: Herzkreislauferkrankungen sind immer noch die Todesursache Nummer eins. Mein medizinisches Weltbild sagt mir: Das muss nicht sein. Wir haben heute viele gute Möglichkeiten, diese Erkrankungen nicht nur zu behandeln, sondern auch zu vermeiden. Darum ist Prävention mein Anliegen – und um die geht es auch im Think Tank. Vorbeugende Maßnahmen in der Gesellschaft zu verankern, das ist meine Hauptmotivation. Die andere Motivation: Wenn man etwas ändern will, dann kann man das nicht als Ärztin alleine. Veränderungen müssen wir mehr denn je multiprofessionell und multidisziplinär angehen. Menschen mit unterschiedlichem Fachwissen, unterschiedlichem Zugang zum Thema müssen zusammenarbeiten, damit in unserem Land Prävention endlich den ihrer Bedeutung angemessenen Stellenwert erhält – und umgesetzt wird. Für beides bietet der Think Tank eine gute Möglichkeit.

opg: Der Boden für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird in den Familien bereitet. Sie bestimmen schon früh den Lebensstil ...



© pag, Folka

Zur Person

Die Ärztin Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen ist Expertin in allen Fragen des Lipidstoffwechsels. Als Seniorprofessorin arbeitet sie in der Medizinischen Klinik für Endokrinologie und Stoffwechsel an der Berliner Charité. Von 2012 bis 2020 war sie Mitglied im Deutschen Ethikrat. Sie engagiert sich im indikationsübergreifenden Im Puls. Think Tank Herz-Kreislauf.

Steinhagen-Thiessen: Wenn wir uns diese Erkrankungen anschauen, dann wissen wir, dass bestimmte Risikofaktoren dazu führen. Dazu gehören Diabetes, Bewegungsmangel, Ernährung, Rauchen, aber auch hoher Blutdruck und Cholesterin. Diese genannten Faktoren kommen aus zwei Richtungen: Einmal gehen sie auf das Konto Lebensstil. Daran kann man etwas ändern, wenn man den inneren Schweinehund überwindet. Der andere Teil betrifft die Faktoren, die vererbt sind und somit jeder von Geburt an in sich trägt. Habe ich beispielsweise eine Prädisposition in meiner Genetik für eine Zuckerkrankheit oder für hohes Cholesterin, dann kann ich diesen Code nicht einfach löschen. Aber ich kann das Risiko behandeln und durch meinen Lebensstil beeinflussen. Und damit ich die sogenannten intrinsischen Faktoren behandeln kann, müssen sie rechtzeitig entdeckt werden.



opg: Wäre das dann nicht auch eine Aufgabe für das Familienministerium?

Steinhagen-Thiessen: Und das Bildungsministerium. Das gehört alles zusammen. Gesundheit hat mit Bildung zu tun. Das wissen wir längst. Trotzdem gibt es viel zu wenig Sportunterricht, von Bildung in Richtung Gesundheit ganz zu schweigen. Auch sollte man nicht verschweigen, dass Prävention Geld kostet.

„Ich halte viel davon, schon im Grundschulalter anzufangen. Wenn Kinder frühzeitig an ein gesundheitsbewusstes Leben herangeführt werden, dann zeigt dies Wirkung.“ © iStock.com, DGLimages

opg: Welche konkreten Präventionsmaßnahmen sind vielversprechend?

Steinhagen-Thiessen: Ich halte viel davon, schon im Grundschulalter anzufangen. Wenn Kinder frühzeitig an ein gesundheitsbewusstes Leben herangeführt werden, dann zeigt dies Wirkung. Das ist etwas sehr Wichtiges. Entscheiden sollte bei der Auswahl der Nahrungsmittel nicht, welche Packung schicker aussieht. Die Menschen müssen in die Lage versetzt werden, gesunde Lebensmittel zu erkennen. Dafür muss ein Bewusstsein geschaffen werden. Man kann es gar nicht oft genug sagen. Und dass wir lebenslang und regelmäßig körperlich aktiv sein sollten. Am besten auch kein Nikotin, wenig Alkohol, alles das. Wir wissen es, nur halten wir uns zu wenig daran.

opg: Wie wird sich die Pandemie auf dieses Krankheitsbild auswirken?

Steinhagen-Thiessen: Schlecht. Wir wissen jetzt schon, dass die Menschen an Gewicht zunehmen. Sportstudios sind geschlossen, Familien doppelt und dreifach belastet: Homeoffice und Homeschooling, Einkaufen und Kochen, die Liste lässt sich um vieles erweitern. Das wird schlimme Folgen haben. Eine Folge kann sein,

dass noch mehr Menschen in unserem Land an Typ 2 Diabetes mellitus leiden. Das wiederum kann zu Herz-Kreislauf-erkrankungen, zu Nierenerkrankungen, zu Augenerkrankungen, zu chronischen Wunden und vielen mehr führen. Was sich dann aber oft erst im Laufe der Alterung des Menschen zeigt.

opg: Wir erleben gerade, dass Politiker sich Rat bei Medizinern im Umgang mit der Corona-Pandemie holen. Noch nie zuvor haben Virologen, Epidemiologen & Co. soviel direkten Einfluss auf die Tagespolitik genommen. Was denken Sie - finden Sie künftig mit den Handlungsempfehlungen des Think Tanks mehr Aufmerksamkeit, als das zuvor der Fall war?

Steinhagen-Thiessen: Da bin ich eher skeptisch, aber ich würde es mir so sehr wünschen. Anders als bei Corona wissen wir zum Beispiel alles über die Entstehung von Herz-Kreislauf-erkrankungen. Wir wissen, wo und wie wir mit unseren Präventionsmaßnahmen und mit unseren Behandlungen der einzelnen Risiken anpacken müssten! Es gibt eine erdrückende Evidenzlage zu den Risiken und wie wir sie abstellen können.

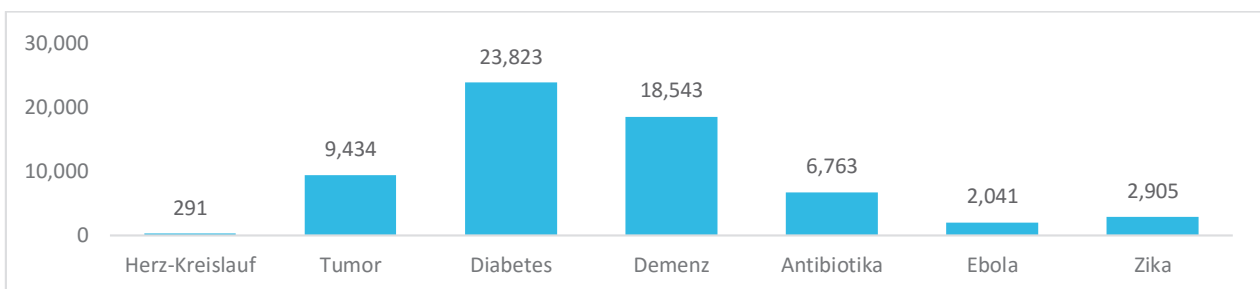
opg: Woran fehlt es denn?

Steinhagen-Thiessen: Man muss konsequent handeln und einen langen Atem haben. Das geht nicht von heute auf morgen. Der Erfolg von Präventionsmaßnahmen dauert länger als eine Wahlperiode von vier Jahren. Es ist mühsam, da muss ich dranbleiben. Es kostet Geld, Zeit und viel Liebe zum Detail. Man muss intensiv mit Patienten sprechen. Außerdem wird es ohne Anreizsysteme nicht gehen. Ich bin sehr für „miles & more“ für Gesundheit und Bildung in diesem Sektor und behaupte: Damit werden wir erfolgreich sein!

opg: Warum ist die Öffentlichkeit nicht mehr alarmiert als sie es bei der Top-1-Todesursache sein sollte? Bei Krebs funktioniert es doch auch.

Steinhagen-Thiessen: Wahrnehmung und Realität klaffen auseinander. Die Berichterstattung ist daran nicht ganz unschuldig. Wir wissen, dass bei den Todesursachen Herz-Kreislauf-erkrankungen einen Anteil von 36 Prozent haben. In der New York Times und dem Guardian wird das Krankheitsbild mit rund zwei Prozent marginalisiert (*siehe Grafik*).

Erwähnungen in Fachpublikationen und Presse in den letzten 6 Monaten - Im Vergleich spielen Herz-Kreislauf-Themen quantitativ eine untergeordnete Rolle
Quelle: Genios-Datenbank (DACH-Region), Schlagwort-Suche



opg: Wer ist im Kampf gegen dieses Krankheitsbild erster Ansprechpartner? Die Eltern direkt nach der Geburt?

Steinhagen-Thiessen: Ja. Ich arbeite gerade gemeinsam mit Professor Nauck aus Greifswald an einem bundesgeförderten Projekt. Wir bestimmen darin an einem Tropfen Blut eines Neugeborenen den Lipidstatus: Bei tausend Neugeborenen haben wir 90 Neugeborene herausgefunden, die zu hohe Cholesterinwerte haben. Zu deren Eltern werden wir Kontakt aufnehmen. Sie haben vor der Geburt ihres Kindes natürlich dieser Maßnahme zugestimmt. Die Eltern sind noch jung und werden wohl nicht wissen, dass sie von dem Risiko der Hypercholesterinämie betroffen sind. Denn man muss dazu wissen, dass hohes Cholesterin dominant vererbt wird. Die jungen Eltern sind noch nicht in dem kritischen Alter, einen Herzinfarkt zu erleiden – aber wenn man sie nach den eigenen Eltern befragt, wird man darauf stoßen.



„Ein Tropfen Blut (eines Neugeborenen), und die Hypercholesterinämie ist erkannt und behandelbar. Holland macht das seit Jahren.“ © iStock.com, isayildiz

opg: Was steht am Ende für eine Handlungsempfehlung an die Politik?

Steinhagen-Thiessen: Es müsste endlich ein Neugeborenencreening eingeführt werden. Ein Tropfen Blut, und die Hypercholesterinämie ist erkannt und behandelbar. Holland macht das seit Jahren. Meine Motivation ist, die Betroffenen zu entdecken, bevor sie krank werden. Damit können den Menschen viel Leid und dem System viele Kosten erspart werden. Dann muss man nicht an den Folgen herumdoktern. Darum wird sich auch der Think Tank kümmern. Wie gesagt: Prävention hilft!

opg: Zum Schluss noch ein Blick in die Zukunft: Denken Sie, dass sich in den nächsten zehn Jahren entscheidendes entwickeln wird?

Steinhagen-Thiessen: Ja. Und ich sage Ihnen auch, warum ich das denke: weil es einen Paradigmenwechsel geben wird hin zur Präzisionsmedizin. Heute messen wir das Cholesterin anhand einer Blutprobe. Wenn ich aber genauer wissen will, ob eine genetische Veranlagung der Grund ist, mache ich eine molekulargenetische Untersuchung. Aktuelles Beispiel: Eine



© iStock.com, lvcandy

Patientin hat sehr hohe Werte – um die 290mg/dl Cholesterin. Der Verdacht liegt nahe, dass dies vererbt wurde. Es hat sich herausgestellt, dass der Sohn Typ-1-Diabetiker ist und genauso hohe Cholesterinwerte hat wie seine Mutter. Das wurde aber noch nicht wahrgenommen.

opg: Warum?

Steinhagen-Thiessen: Wir haben es in den westlichen Industrieländern mit den großen Volkskrankheiten Diabetes, Adipositas, hoher Blutdruck zu tun. Hier brauchen wir dringend eine verfeinerte Diagnostik, eine molekulare. Wir brauchen „Polygenetic Risk Scores“ und die entsprechende gezielte Therapie mit modernen Medikamenten. Das ist Präzisionsmedizin. Meine Hypothese ist: Niemand muss einen Herzinfarkt erleiden, wenn wir den Paradigmenwechsel sowohl in der Diagnostik wie auch in der Therapie schaffen. ◀

■ Black Box DMP

Was bringen die strukturierten Behandlungsprogramme?

Disease-Management-Programme, kurz DMP, zählen zu den zentralen Bausteinen in der Versorgung chronisch Kranker. Das koordinierte Vorgehen im Rahmen dieser Programme „soll dazu beitragen, unnötigen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen“, schreibt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf seiner Website.



© stock, adobe.com, fovito

Das oberste Selbstverwaltungsgremium ist – neben dem Gesetzgeber – zuständig dafür, Krankheiten auszuwählen, die für ein DMP infrage kommen, und die inhaltlichen Anforderungen für die Programme festzulegen. Die Programme selbst legen dagegen die Krankenkassen auf. Auch für Patienten und Patientinnen mit koronarer Herzkrankheit (KHK) hat der G-BA Anforderungen in seiner DMP-Richtlinie festgelegt. Laut Bundesamt für soziale Sicherung, das zuständig für die

Zulassung der DMP ist, haben die Kassen seit dem Beschluss des G-BA im Jahr 2003 knapp 1.500 regionale Programme für Patienten mit KHK gestartet. Stand Juni 2020 waren etwas mehr als 1,9 Millionen Versicherte darin eingeschrieben. Gemessen an den Zahlen der Herzstiftung zur Prävalenz der KHK ist das deutschlandweit etwa jeder dritte Patient. Mehr Teilnehmer (knapp 4,4 Millionen) haben lediglich die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2.

Ärzte sollen Patienten zu gesünderer Lebensweise anregen

Ziel des DMP Koronare Herzkrankheit ist laut G-BA, Sterbefälle und Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz zu reduzieren. Außerdem sollen die Programme zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen, etwa indem sie psychosoziale Auswirkungen der Krankheit schmälern und die Belastungsfähigkeit der Patienten erhalten. Dafür sollen die DMP in erster Linie bei der Lebensweise ansetzen. Ärzte sollen ihre Patienten zu Ernährungsfragen beraten, sie zum Rauchstopp anhalten und zu körperlicher Aktivität anregen. All das beugt bekanntermaßen Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck vor, die den meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugrunde liegen. Die Richtlinie enthält zudem spezielle Vorgaben zu Qualitätszielen und -indikatoren, die in den Programmen vertraglich festgehalten sein und auch kontrolliert werden müssen. Neben der korrekten medikamentösen Einstellung der Patienten sollen beispielsweise möglichst viele von ihnen normale Blutdruckwerte vorweisen, an empfohlenen Schulungen teilnehmen und das Rauchen aufgeben.



Aussagekraft der DMP-Qualitätsberichte fraglich

Die Krankenkassen halten die Ergebnisse ihrer Programme in – mal mehr, mal weniger hilfreichen – Qualitätsberichten fest. Viele dieser Berichte beschränken sich hauptsächlich auf wenig aussagekräftige Statistiken zum Versand von Infomaterial. Deutlich wird in den Berichten zumindest, dass der Anteil der Teilnehmer mit regelmäßiger Folgedokumentation in den meisten Fällen die Zielmarke von 90 Prozent erreicht. Klare Aussagen bezüglich der Verbesserung relevanter Gesundheitsindikatoren sucht man hingegen vergeblich. Eine Ausnahme stellen – zumindest zum Teil – die Allgemeinen Ortskrankenkassen dar. So weisen etwa die AOK Nordost für Berlin und die AOK Nordwest für Westfalen-Lippe konkrete Verbesserungen hinsichtlich Blutdruckwerten und Raucherquote im Zeitverlauf nach. Zugleich zeigen die Berichte aber auch, dass nur ein geringer Anteil der betroffenen Patienten an Schulungen zu Krankheitsbildern wie Diabetes und Hypertonie teilnimmt.

DMP einen beständig positiven Trend bescheinigt

Zusätzlich zu den Qualitätsberichten der Kassen verlangt die DMP-Richtlinie eine „durchgängige“ und „kassenartenübergreifende“ Evaluation, um festzustellen, wie sich die Versorgung in den Programmen insgesamt auswirkt. Sie soll dem G-BA Erkenntnisse zur Weiterentwicklung seiner Anforderungen liefern. Mit der

Erstellung der Evaluation haben die Krankenkassen das wissenschaftliche Auftrags-Forschungsinstitut Medical Netcare aus Münster beauftragt. In ihrem letzten Bericht (Stand 31. Dezember 2018) stellen die Autoren um den Geschäftsführer des Instituts, Frank Potthoff, auf mehr als 90 Seiten unter anderem ausführlich die Entwicklung der Patientenzahlen sowie verschiedene gesundheitsbezogene Entwicklungen unter den Teilnehmern der DMP in der Zeit von 2004 bis 2017 dar. Hier finden sich auch die Daten zur Raucherquote und zum Blutdruck. Und die erscheinen durchaus ermutigend, weisen sie doch klar auf einen beständigen positiven Trend im Programmverlauf hin. Das betonen auch die Kassen. Aus Sicht der DAK Gesundheit zeigten die Erhebungen, „dass die DMP sich äußerst positiv auf die Versorgung der Versicherten mit Koronarer Herzerkrankung auswirken“, teilt ein Sprecher auf OPG-Anfrage mit. Dies wiederum sei vor allem auf die „engmaschige Betreuung“ durch die Haus- und Fachärzte zurückzuführen. Ähnlich klingt die Bewertung der Techniker Krankenkasse. Dort heißt es, die DMP förderten durch ihren klaren Aufbau und die konkreten Vorgaben die evidenzbasierte strukturierte Versorgung der Versicherten.

Keine Vergleiche mit Regelversorgung – viele Fragen unbeantwortet

Allein: Es fehlt der Vergleichsrahmen für die im Evaluationsbericht abgebildeten Daten. Wie viel länger leben Patienten, die im Rahmen eines DMP betreut werden? Wie viele von ihnen entwickeln dank der strukturierten Behandlung keine Herzinsuffizienz als Folgeerkrankung der KHK? Und lässt sich der deutliche Rückgang bei den Todesfällen durch Herzinfarkt in den letzten zwanzig Jahren möglicherweise auch auf die verbesserte Betreuung von Patienten im Rahmen der DMP zurückführen?



Frank Potthoff, Geschäftsführer
des Forschungsinstituts Medical
Netcare aus Münster
© <https://m-nc.de>

Derartige Fragen ließen sich mithilfe vergleichender Analysen beantworten. Diese seien aber unter den aktuellen datenschutzrechtlichen Bedingungen nicht möglich, da die Daten der Nicht-DMP-Teilnehmer nicht zur Verfügung stehen. Um aussagekräftige Informationen über Verbesserungspotenziale der DMP zu gewinnen, hätte im Idealfall schon vor der Einführung der DMP eine Vergleichsuntersuchung z.B. in einem Modellprojekt Unterschiede zwischen DMP-Teilnahme und -Nichtteilnahme herausarbeiten können. Dies sei jedoch versäumt worden, so Potthoff. Weil Praxen heute in der Regel sowohl DMP- als auch andere Patienten betreuen und ihre Struktur- und Prozessqualität eher Richtung DMP angepasst hätten, sei es nur noch schwer möglich, die Behandlungsdaten der unterschiedlichen Gruppen in einer großflächigen Analyse statistisch sauber auseinanderzuhalten.

Datenschutz bremst Vergleiche aus

Dabei sieht die G-BA-Richtlinie zu den DMP genau das ausdrücklich vor. In Paragraph 6, der sich ausführlich mit den Anforderungen an die externe Evaluation befasst, heißt es wörtlich: Die Evaluation solle neben der Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb der Programme auch einen „Vergleich der Versorgung von Patienten innerhalb der für dieselbe Krankheit zugelassenen Programme mit Patienten, die außerhalb der Programme versorgt werden“, umfassen. An anderer Stelle in derselben Richtlinie weist der G-BA allerdings selbst auf die von Potthoff genannten Probleme mit dem Datenschutz hin. Aufgrund einer „fehlenden Rechtsgrundlage“ sei die Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Potthoff geht davon aus, dass sich daran nichts ändern wird. Eine vergleichende Evaluation werde es daher auch in Zukunft „mit relativer Sicherheit nicht geben“.

Was es bräuchte, um aussagekräftige Vergleiche zwischen DMP- und anderen Patienten anzustellen, erklärt Dr. Thomas Bierbaum, Geschäftsführer des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Er fordert: „Wir brauchen klinische Register.“ So wie es sie bereits im Bereich der Krebserkrankungen gebe. Solche Register ermöglichten es, Verlaufsdaten zu ermitteln, zu kontrollieren und einander gegenüberzustellen. So könnten auch etwaige Verbesserungen durch die Versorgung in DMP endlich besser nachvollzogen werden. ◀



■ Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Der G-BA macht den Weg in die Regelversorgung frei

Moderne telemedizinische Methoden zur Überwachung von Vitaldaten und Absicherung von Behandlungserfolgen sind derzeit Gegenstand vieler Forschungsprojekte. Einige Herz-Patienten können jedoch schon zeitnah von ihnen profitieren. Gemäß einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus dem Dezember 2020 können Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (Stadium NYHA II oder NYHA III) zusätzlich zu ihrer Behandlung beim Haus- oder Facharzt auch via Telemonitoring betreut werden.



Dabei übermitteln die Patienten auf Anraten ihres behandelnden Arztes täglich Daten wie Körpergewicht, Herzrhythmus und Blutdruck von zu Hause an ein telemedizinisches Zentrum (TMZ), das zusätzlich mit Experten für Innere Medizin und Kardiologie ausgestattet ist. Diese werten die Daten mithilfe von Computern kontinuierlich aus. Sollten bestimmte Grenzwerte überschritten werden, benachrichtigt das TMZ spätestens am darauffolgenden Werktag den behandelnden Arzt über die auffälligen Befunde. Diesem wiederum obliegt die Entscheidung über den konkreten Fortgang der Behandlung des ihm bekannten Patienten. Innerhalb von 48 Stunden folgt erneut eine Rückkopplung mit dem TMZ, damit auch dort mögliche Therapieveränderungen berücksichtigt werden können. In besonderen Fällen und außerhalb der Praxisöffnungszeiten sollen die TMZ zudem ausnahmsweise die Versorgung übernehmen können.

Der Nutzen ist belegt

In seinem Beschluss erkennt der G-BA „den Nutzen der Methode als hinreichend belegt sowie deren medizinische Notwendigkeit als gegeben an“, weshalb sie nun als anerkannte Behandlungsmethode in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgeführt wird. Damit können bald alle Betroffenen unter Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien von ihr profitieren.



Prof. Friedrich Köhler, Leiter des Zentrums für kardiovaskuläre Telemedizin der Berliner Charité © W. Peitz, Charité

Prof. Friedrich Köhler, Leiter des Zentrums für kardiovaskuläre Telemedizin der Berliner Charité und Autor einer der größten Studien zum Telemonitoring von Herzinsuffizienzpatienten, betont in einem Pressegespräch im Februar den Nutzen der Methode: „Aus unserer 15-jährigen Forschungsarbeit wissen wir, dass die telemedizinische Mitbetreuung die Sterblichkeit um drei von hundert Betroffenen im Jahr reduzieren kann.“ Darüber hinaus habe das Telemonitoring auch die Anzahl ungeplanter Hospitalisierungen um fast ein Drittel gesenkt. Die neue Richtlinie werde die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz daher nachhaltig verbessern, ist sich Köhler sicher.

Erstes digitales Versorgungselement

Das Telemonitoring kommt übrigens schon jetzt im Rahmen der Integrierten Versorgung zur Anwendung. Einen entsprechenden Vertrag hat die Charité vor gut einem Jahr mit der Barmer geschlossen. Auch die Kasse feiert das Projekt im Rahmen des Pressegesprächs als Durchbruch. Mit seinem Beschluss habe der G-BA „Geschichte geschrieben“, meint Kassen-Vorstand Dr. Mani Rafii. Schließlich sei durch ihn erstmals ein digitales Versorgungselement in die Regelversorgung überführt worden. ◀

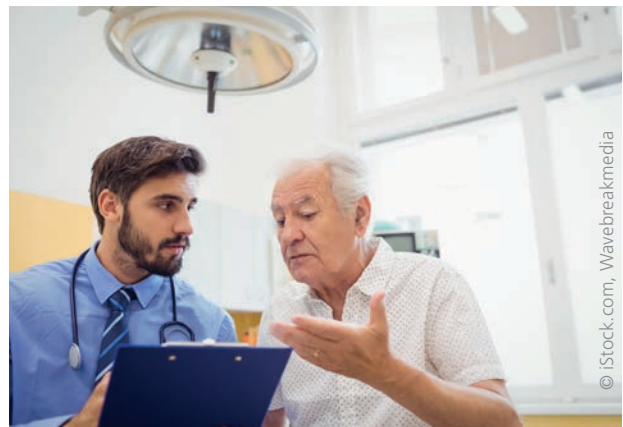
■ „Die Gespräche drehen sich immer wieder im Kreis“

Wie Iris Tinsel mit DECADE die Risikoberatung verbessert

Mit dem Forschungsprojekt DECADE wollen Wissenschaftler der Uniklinik Freiburg die hausärztliche Versorgung zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbessern. Mithilfe von Informationsmaterialien und strukturierter Beratung wollen sie die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement der Patienten fördern. Der Innovationsfonds unterstützt das Projekt über drei Jahre mit insgesamt 1,7 Millionen Euro.

opg: Frau Tinsel, wer soll von Ihrer Studie profitieren?

Tinsel: Die Studie richtet sich an Hausärztinnen und Hausärzte und deren Patienten im Alter zwischen 30 und 75 Jahren mit lebensstilbedingten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, ungesunde Ernährung, erhöhtem Alkoholkonsum, Stress und Schlafstörungen – all das ist typisch in postindustriellen Gesellschaften. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigsten Behandlungsanlässe in hausärztlichen Praxen. Und zu rund 80 Prozent entstehen sie verhaltensbedingt. Die Intervention, die wir entwickelt haben, richtet sich also an einen ziemlich hohen Anteil hausärztlicher Patienten.



opg: Woran mangelt es in der bisherigen Versorgung dieser Patienten?

Tinsel: Der springende Punkt ist die frühe Prävention. Es gibt die Disease-Management-Programme für Diabetes- und KHK-Patienten. Diese greifen jedoch erst, wenn bereits eine manifeste Erkrankung vorhanden ist. Eigentlich müsste man jedoch viel früher ansetzen. Alle wissen, dass z.B. Rauchen lebensgefährlich ist, trotzdem ist es wahnsinnig schwierig, langjähriges Verhalten zu ändern. Insbesondere dann, wenn sich noch keine Auswirkungen bemerkbar machen. Bestehen bereits gesundheitliche Einschränkungen und Ärzte weisen auf die Wichtigkeit von Verhaltensänderungen immer wieder hin, entsteht in den Gesprächen ganz oft ein Rechtfertigungsdruck aufseiten der Patienten mit Ausflüchten und Ausreden. Das sind sehr unangenehme Ge-



Weisen Ärzte auf die Wichtigkeit von Verhaltensänderungen hin, entsteht oft ein Rechtfertigungsdruck aufseiten der Patienten mit Ausflüchten und Ausreden. © iStock.com, Eduard Figueres

sprache, die sich immer wieder im Kreis drehen. Dies kann das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient negativ beeinflussen. Auch Studien zeigen, dass unter Zeitmangel diese Gespräche dann verkürzt oder ganz vermieden werden. Das heißt, die Herz-Kreislauf-Risikoberatung wird ineffektiv.

opg: Wie wollen Sie dieses Problem beheben?

Tinsel: DECADE ist eine komplexe Intervention und modular aufgebaut. Für eine nachhaltige Verhaltensänderung sind mehrere Phasen wichtig: zuerst eine intentionale Motivation, dann die Planung und tatsächliche Umsetzung der Handlung und, ebenfalls wichtig, Strategien zur Aufrechterhaltung einer bestimmten Handlung. In der intentionalen Phase beginnen wir mit einem ganz etablierten Instrument, dem hausärztlichen Herz-Kreislauf-Risikorechner „arriba“.

Dieser berechnet auf Basis eines Algorithmus das individuelle Risiko der Patienten, in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Mit diesem Rechner kann man aber auch Maßnahmen zur Risikoreduktion für Patienten berechnen. Das öffnet vielen die Augen. Die Patienten wissen dann, was sie tun könnten. Das reicht aber noch nicht.

opg: Was braucht es noch?

Tinsel: Genau an dieser Stelle setzt nun unsere Intervention an. Die Patienten bekommen nach der arriba-Risikoberechnung die DECADE-Materialien mit evidenzbasierten Informationen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Risikofaktoren und Maßnahmen, wie sie gesenkt werden können. Dort können sich die Patienten zielgerichtet genau die Kapitel durchlesen, die sie betreffen. In den Unterlagen gibt es außerdem Unterstützungsmaterial zur Entscheidungsfindung, um zu klären: Was passt überhaupt in mein Leben? So kann jeder für sich persönlich abwägen, welche Vor- und Nachteile eine Lebensstilveränderung hat und welchen Aufwand sie mit sich bringt.

opg: Und dann?

Tinsel: Nach diesen Überlegungen treffen sich die Patienten etwa eine Woche später wieder mit ihrem Arzt und vereinbaren Gesundheitsziele. Im Prinzip geht dann die strukturierte Beratung, die mit der arriba-Beratung angefangen hat, weiter, nur eben mit informierten Patienten. Die Rolle des Arztes ist es dann, mit den Patienten abzuklopfen, ob Ziele und Pläne realistisch sind. Er un-



© Harriet Sommer, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik (IMB)

Zur Person

Iris Tinsel ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Biometrie und Statistik des Universitätsklinikums Freiburg, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung. Die Versorgungsforscherin hat die DECADE-Intervention entwickelt und koordiniert die Studie.

terstützt sie in ihrem Vorhaben und korrigiert, wenn das notwendig ist. In weiteren Konsultationen nach drei, sechs, bei Bedarf nach neun, und nach zwölf Monaten besprechen die Patienten mit ihrem Arzt Erfolge und Misserfolge, sowie Fragen und Planänderungen. Der Ball bleibt dabei immer in der Hand der Patienten.

opg: Eine Pilotstudie ist bereits gelaufen. Mit welchen Ergebnissen?

Tinsel: In dieser ebenfalls randomisiert-kontrollierten Studie haben beide Gruppen die Folgeberatungen, aber nur eine die Patientenmaterialien erhalten. Beide Gruppen gaben eine hohe Zufriedenheit mit den Beratungen an. Im Durchschnitt haben auch beide Gruppen lebensstilbedingte Risikofaktoren reduzieren können. Aber in der Interventionsgruppe, die die Broschüren bekommen hat, waren die Ergebnisse bezüglich der verschiedenen Risikofaktoren insgesamt deutlicher. Wir haben zudem einen signifikant positiven Effekt auf die Verbesserung des Selbstmanagements messen können. Dieser wiederum korrelierte auch mit der Verbesserung der Risikofaktoren. Mit der Interpretation der Ergebnisse einer Pilotstudie muss man sehr vorsichtig sein, aber wir waren wirklich sehr zufrieden. Auch zu den Unterlagen gab es fast ausschließlich positive Rückmeldungen, die Patienten waren sehr erfreut über dieses Angebot. Einige Ärzte dachten, es sei zu komplex. Aber das hat sich in den Aussagen der Patienten nicht widerspiegelt.

opg: Geht Ihr Ansatz nicht auch mit mehr Aufwand für alle Beteiligten einher?

Tinsel: Für die Patienten ist eine Verhaltensänderung natürlich immer ein Aufwand. Allerdings gewinnen sie dafür an Lebensqualität und Lebensjahren. Ist das Ganze erst in die Routine übergegangen, ist es für sie kein Aufwand mehr. Wir gehen außerdem davon aus, dass die strukturierten Folgeberatungen für die Hausärzte deutlich zeiteffektiver sind als dieses dauernde Sich-im-Kreis-Drehen um Verhaltensänderungen und die Ausflüchte, zu denen sich die Patienten genötigt sehen. Die Patienten sehen in den Materialien, welche Maßnahmen am effektivsten sind, um ihr Risiko zu senken. Haben die Patienten ein höheres Wissen, um Entscheidungen zu treffen, müssen die Hausärzte dann gar nicht mehr alles ausgiebig erklären. Sie können aber immer wieder an den Stand der letzten Konsultation anknüpfen. Das verringert am Ende sogar die Gesprächszeit.



Haben die Patienten ein höheres Wissen, um Entscheidungen zu treffen, müssen die Hausärzte dann gar nicht mehr alles ausgiebig erklären. © iStock.com, Jacob Wackerhausen

opg: Wie könnte das die Regelversorgung verändern?

Tinsel: In der Studie testen wir ja die verschiedenen Teile der Intervention – also die Broschüren und die Folgeberatungen. Dabei wird sich zeigen, welcher Teil der Intervention Effekte zeigt, oder ob beide zusammen den größten haben. Wenn wir die Daten analysiert haben und Effekte nachweisbar sein sollten, wäre es sinnvoll, dieses Vorgehen in die hausärztlichen Leitlinien zur kardiovaskulären Risikoberatung aufzunehmen. Das heißt, man setzt diese Beratung auch in der Primärprävention um. Profitieren würden die Patienten und auch die Hausärzte, die zeiteffektive und zielgerichtete Beratungen durchführen. Weiterhin wäre es natürlich ein wichtiger Schritt, die Intervention so anzupassen, dass auch verschiedene vulnerable Gruppen mit ihr erreicht werden. Das ist sicherlich eine der größten Herausforderungen. ◀

■ „Für die Umsetzung im Alltag braucht es Unterstützung“

LeIKD hilft Risikopatienten dabei, sich effektiv zu bewegen

Mit dem Forschungsprojekt „Lebensstilintervention bei Koronarer Herzkrankheit und Diabetes“, kurz LeIKD, wollen Wissenschaftler der Technischen Universität München mittels Telemedizin Hochrisikopatienten zu besserer Gesundheitskompetenz und mehr körperlicher Aktivität verhelfen. Dafür erhielten die vorerkrankten Studienteilnehmer individuelle Trainingspläne und Ernährungsempfehlungen, bei der Umsetzung halfen ihnen Apps, Pulsmesser und Schrittzähler. Erste Ergebnisse zur Studie sollen nächstes Jahr veröffentlicht werden. Vom Innovationsfonds erhalten die Forscher über vier Jahre insgesamt 4,5 Millionen Euro an Fördermitteln. Sportwissenschaftler Stephan Müller erläutert gegenüber OPG Spezial, worum es ihnen geht.

opg: Herr Müller, was hat den Ausschlag gegeben, das LeIKD-Projekt zu initiieren?



Müller: Es ist bereits in mehreren Studien nachgewiesen worden, welche Effekte Lebensstilveränderungen in den Bereichen Bewegung und gesunde Ernährung haben, sowohl bei Typ-2-Diabetikern als auch bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Die meisten Studien wurden jedoch bisher in einem supervidierten Setting durchgeführt. Teilnehmer haben beispielsweise drei Monate lang unter Anleitung Sport ge-

macht oder mehrere Ernährungsberatungen aufgesucht, und anschließend hat man sich die Effekte im Vergleich zur Kontrollgruppe angeschaut. Das Problem: So etwas ist für die Krankenkassen nicht über mehrere Jahre finanzierbar. Hinzu kommt, dass Patienten den Zeitaufwand für die Fahrwege nicht dauerhaft treiben möchten.

opg: Wie sind Sie diesen Problemen begegnet?

Müller: Das primär Neue, was wir untersuchen, ist, inwiefern man diese Therapie auch heimbasiert und mit Telemedizin unterstützt durchführen kann. Es findet also kein Training in einem Zentrum oder Ernährungsbetreuung vor Ort im Einzelgespräch statt, sondern alles ist auf das Zuhause der Patienten zugeschnitten. Heimtraining bedeutet in der Regel eine geringere Adhärenz, da die professionelle Betreuung wegfällt. Deshalb erscheint es sinnvoll, das Training über einen telemedizinischen Ansatz zu unterstützen.



opg: Wie läuft das genau ab?

Müller: Nach einer ausführlichen Eingangsdiagnostik haben wir Rückschlüsse auf die individuelle Leistungsfähigkeit der Teilnehmer gezogen. Diese wurden im Anschluss in zwei Gruppen aufgeteilt, die am Ende miteinander verglichen werden sollen: Eine Kontrollgruppe, die lediglich eine Standardempfehlung zu körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung bekam, sowie eine Interventionsgruppe. Basierend auf der individuellen Leistungsfähigkeit wurde bei Teilnehmern der Interventionsgruppe eine individuelle Trainingsempfehlung mit genauen Intensitätsvorgaben erstellt. Die Patienten haben kein Programm vorgesetzt bekommen, sondern hatten ein großes Mitspracherecht. Ein Herzfrequenzsensor hat ihnen während der Übungen jederzeit angezeigt, in welcher Intensität sie gerade trainieren. Anweisungen kamen von der Trainingsapp.

Ein Herzfrequenzsensor hat ihnen während der Übungen jederzeit angezeigt, in welcher Intensität sie gerade trainieren. © stock, adobe.com, ballball14

Zur Person

Der Sportwissenschaftler Stephan Müller ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für präventive und rehabilitative Sportmedizin des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München.

© Silvia Béres



opg: Gab es weitere Hilfestellung?

Müller: Im ersten halben Jahr hatten wir regelmäßig Kontakt mit den Teilnehmern dieser Interventionsgruppe. In Telefongesprächen haben wir unsere Empfehlungen mit dem subjektiven Empfinden der Patienten abgeglichen und versucht, Probleme bei der Umsetzung zu lösen. Wurde das Training als zu leicht oder zu schwer empfunden, haben wir nachjustiert. Im zweiten halben Jahr der Studie entfielen die Gespräche.

opg: Wie lief das Ganze im Bereich Ernährung ab?

Müller: Die Teilnehmer führten im ersten halben Jahr zu mehreren Zeitpunkten ein Ernährungsprotokoll, auf das Sie ein Feedback erhalten haben. Etwa darüber, wo sich die Kalorienbomben verstecken und wie die Mahlzeiten angepasst werden könnten, um einen Gewichtsverlust zu erzielen. Hier haben wir großen Wert auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Teilnehmer gelegt.



Die Teilnehmer führten im ersten halben Jahr zu mehreren Zeitpunkten ein Ernährungsprotokoll, auf das Sie ein Feedback erhalten haben. © stock, adobe.com, Kittiphan

opg: Noch liegen keine Ergebnisse vor. Wie fallen die Rückmeldungen der Teilnehmer aus?

Müller: Es ist sehr gemischt. Wir haben teilweise sehr, sehr positive Rückmeldungen bekommen und auch wirklich große Effekte bei Einzelpatienten erzielen können. Mir fällt da etwa ein Patient in München ein, der innerhalb des ersten halben Jahres 23 Kilogramm abgenommen hat und bis zum Ende der Studie weitere 12 Kilo. Auf der anderen Seite haben wir von einzelnen Patienten aber auch die Rückmeldung bekommen, dass

sie ziemlich erschlagen waren von dem Programm. Von null auf hundert und dann noch mit einem Smartphone, was einige noch nie in ihrem Leben bedient haben – die wollten es ausprobieren, waren dann aber direkt überfordert.

opg: Lassen sich daraus schon Rückschlüsse ziehen?

Müller: Es ist schwer abzuschätzen, wie die Ergebnisse am Ende aussehen. Zumal auch noch nicht klar ist, wie groß der Einfluss der Corona-Pandemie war, da einige Patienten ein Fitnessstudio genutzt haben. Wir werden auch auswerten, wie sich die Adhärenz entwickelt hat. Dabei werden wir uns sicherlich den Beginn der Pandemie etwas genauer anschauen und prüfen, ob wir da auf einmal ein Loch haben, was die Umsetzung der Empfehlungen angeht. Unabhängig von den konkreten Ergebnissen der Studie werden wir sehr viele Erkenntnisse aus dem Projekt ziehen können, was die Anwendung einer telemedizinischen Therapie bei diesem oder einem ähnlichen Patientenkollektiv angeht.

Geleitet wird das Projekt von der Techniker Krankenkasse (TK), die als Konsortialführung fungiert. Dr. Thomas Nebling, Gesundheitsökonom der TK, erklärt, was sich die Kasse von dem Projekt verspricht.

opg: Herr Nebling, warum unterstützen Sie trotz bereits existierender DMP für die adressierten Hochrisikopatienten das Projekt und wo liegen Verbesserungspotenziale in der heutigen Versorgung?

Nebling: Weil eine individuelle Unterstützung bei der Lebensstilintervention im DMP-Programm gar nicht vorkommt. Wenn Sie heute als Diabetiker eine Schulung im Rahmen des DMP machen, lernen Sie, Blutzucker zu messen und Insulin zu applizieren und hören noch etwas darüber, wie gut gesunde Ernährung und Bewegung wären. Was fehlt, ist das begleitete Umsetzen. Denn über Jahrzehnte antrainierte Angewohnheiten kann man nicht ohne Weiteres ablegen. Jeder weiß im Prinzip, wie wichtig gesunde Ernährung und Bewegung sind, aber für die Umsetzung im eigenen Alltag braucht es Unterstützung. Deswegen kann LeKD eine geeignete Ergänzung oder Erweiterung eines DMP-Ansatzes sein. Ein wichtiger Punkt bei dem Projekt ist, dass man die Trainingsintensität individuell anpassen kann. Die Menschen sollen sich ausreichend bewegen, um einen Effekt zu haben, es aber nicht übertreiben, sodass es gesundheitlich gefährlich wird oder sie entnervt aufgeben. Dieses individuelle Vorgehen kommt im normalen DMP gar nicht vor, weil man meist über die allgemeinen Ratschläge und einen Verweis auf die Ernährungsberatung gar nicht hinauskommt.



Dr. Thomas Nebling, Gesundheitsökonom der Techniker Krankenkasse © Techniker Krankenkasse

opg: Wie könnten die Ideen denn praktisch realisiert werden?

Nebling: Das muss nicht jeder Herzspezialist oder jede diabetologische Praxis selbst machen. Wichtig ist, den Informationsfluss und die -vermittlung sicherzustellen, damit der Patient weiß, es gibt dieses Programm und er kann sich an jemanden wenden. Das ist so wie wenn mich der Diabetologe einmal im Jahr zum Augenarzt schickt. Genau so könnte er auch sagen: Hier gibt es diese Unterstützung für die Lebensstilintervention, geh doch mal dort hin.



„Jeder weiß im Prinzip, wie wichtig gesunde Ernährung und Bewegung sind, aber für die Umsetzung im eigenen Alltag braucht es Unterstützung.“ © AOK Mediensdienst

Der Fach- beziehungsweise DMP-Arzt sieht den Patienten ja kontinuierlich, da hat man immer wieder Anknüpfungspunkte, um das Thema anzusprechen. ◀



Autoren dieser Ausgabe, von links: Hauke Hohensee, Lisa Braun und Michael Pross © pag, Fiolka

IMPRESSUM

OPG – Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434, 2020, 19. Jahrgang; Presseagentur Gesundheit GmbH, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin Tel.: 030 - 318 649-0, Mail: news@pa-gesundheit.de, Web: www.pa-gesundheit.de

Herausgeberin: Lisa Braun. Redaktion: Lisa Braun (verantwortlich), Anna Fiolka, Michael Pross (Layout, Bildredaktion), Hauke Hohensee

Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Alle Texte und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. © PAG 2021. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Diese OPG-Sonderausgabe wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung von

- Daiichi Sankyo Deutschland GmbH
- Novartis Pharma GmbH
- Novo Nordisk Pharma GmbH

OPG Spezial – Die fokussierten Sonderausgaben



Ein Thema von allen Seiten beleuchten und die wesentlichen Akteure zu Wort kommen lassen? Das ist ein Fall für OPG-Spezial. Wir bereiten Ihr Thema so auf, dass Dritte es verstehen.

OPG-Spezial erscheint im Print-Format, ist ansprechend gestaltet und hat sich in kürzester Zeit einen Platz auf den Schreibtischen der Entscheidungsträger erobert. Unsere redaktionellen Konzeptioner helfen auf Anfrage gerne weiter.

- hochwertige klebegebundene Druckausgabe
- Umfang zwischen 40 und 72 Seiten
- auf Wunsch mit Versand an Stakeholder

Mehr Informationen unter
www.pa-gesundheit.de/opg/opg-spezial.html



pag Presseagentur
Gesundheit

»Wir erklären
Gesundheitspolitik«

www.pa-gesundheit.de