

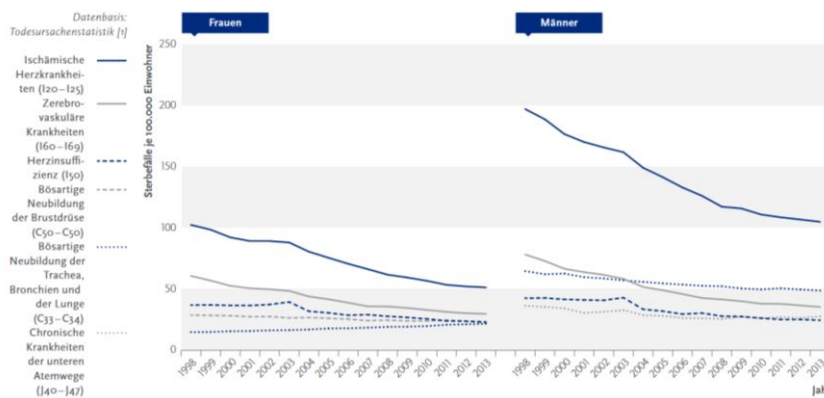
Statine für Alle ab dem Kindergarten?

Im kostenpflichtigen Teil des gesundheitspolitischen Portals „Observer Gesundheit“ (<https://observer-gesundheit.de/>) findet sich ein Impulspapier zur kardiovaskulären Prävention aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), mit dem es sich m.E. in mehrerlei Hinsicht auseinandersetzen lohnt: <https://tinyurl.com/mrx72k6k>

Zu Recht wird in dem Papier betont, dass Deutschland das teuerste Gesundheitssystem innerhalb der Europäischen Union hat – und dass dennoch die altersadjustierte kardiovaskuläre Sterblichkeit in Deutschland eine der höchsten ist (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-023-00995-5>). Das Papier zeigt aber auch, dass die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit in Deutschland wie in anderen europäischen Ländern von 2001 bis 2016 kontinuierlich gesunken ist.

Nach anderen Quellen hatte sich die kardiovaskuläre Sterblichkeit in den Jahren 1998 bis 2013 sogar halbiert, auch wenn sie zuletzt wieder leicht anstieg (<https://tinyurl.com/3htpsn89>).

Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten für die fünf häufigsten Todesursachen 1998-2013 (aus „Gesund in Deutschland“ <https://tinyurl.com/mvssv3ca>):



Angesichts der in Deutschland (im Ländervergleich) immer noch höheren kardiovaskulären Sterblichkeit ist es zu begrüßen, geeignete evidenzbasierte Maßnahmen zur verbesserten Herz-Kreislauf-Prävention zu identifizieren und in das Gesundheitssystem zu implementieren.

Die Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums zur verbesserten Herz-Kreislauf-Prävention in Deutschland sind allerdings sehr einseitig auf die Früherkennung von Risikofaktoren und sehr wenig bzw. gar nicht auf die Verhaltens- und die noch dringlicher zu fordernde Verhältnisprävention gerichtet. (Verhaltens-Prävention: Versuch, die Bevölkerung zu einem gesünderen Verhalten zu veranlassen. Verhältnis-Prävention: Beseitigung von z.B. sozialer Ungleichheit oder Luftverschmutzung, um auf diese Weise das Gesundheits-Niveau der Bevölkerung anzuheben).

Aus einer Risikoerkennung resultieren so allenfalls „Beratung“ oder einige, wenig evidenzbasierte, medizinische Frühinterventionen:

1. Einführung eines Lipid-Screenings in die Kinder-Früherkennungsuntersuchung U9 mit Fokus auf familiäre Hypercholesterinämie mit anschließendem Kaskaden-Screening von Familienangehörigen; Einführung eines Einladungs-Systems zur U9.
2. Entwicklung eines standardisierten Fragebogens für die Früherkennungs-Untersuchungen
3. Einladungssystem zu teils neu einzuführenden Gesundheitsuntersuchungen mit 25, 35 und 50 Jahren (im Papier „check-ups“ genannt, ein Begriff, der ein erschreckend mechanistisches Denken offenbart)
4. Einbindung der Apotheken in Messungen und Beratungen zur Herz-Kreislauf-Risikoberatung

5. Öffnung des DMP KHK für Personen mit erhöhtem Blutdruck und Hypercholesterinämie, Öffnung des DMP Diabetes für Personen mit „Prädiabetes“, einer international umstrittenen Pseudokrankheit (<https://tinyurl.com/3rw3n55u>)
6. Digitales „GU-Untersuchungsheft“ für Erwachsene in der elektronischen Patientenakte (ePA)
7. „Zielgruppengerechte multimodale Ansprache“ durch das neu geplante Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)
8. „Epidemiologische Register“ zu Häufigkeit, Behandlung, Krankheitsverlauf, Komplikationen und Todesfällen zu Herzinfarkt und Schlaganfall

Diese Vorschläge erscheinen nicht sinnvoll:

- Ein „Kaskaden-Screening“ auf eine familiäre Hypercholesterinämie (FH) wird in den meisten europäischen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21949015/>) und nordamerikanischen Ländern (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30527143/>) praktiziert, wenn bei einer Indexperson mit ungewöhnlich früh und schwer aufgetretener kardiovaskulärer Krankheit eine FH diagnostiziert wird. Daraufhin erfolgt dann auch die Untersuchung der unmittelbaren familiären Umgebung.

Das US-amerikanische Präventions-Expertenpanel USPSTF hat erst dieses Jahr das Ergebnis seiner Aktualisierungs-Recherche zum Thema veröffentlicht, aus dem hervorgeht, dass es keine Evidenz für den Nutzen eines generellen pädiatrischen Screenings auf FH gibt <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2542642> und <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2807280>.

Ein Kaskaden-Screening auf FH an ein generelles Screening anschließen zu wollen, entbehrt jeder Logik. Wenn schon allgemein gescreent wird, bräuchte man keine Umgebungs-Untersuchungen mehr durchzuführen (die gesamte Personenzahl wäre ja bereits „durchgekämmt“).

Auch Hinweise auf mögliche Schäden fehlen im Papier:

- Was geschieht in den Köpfen 5-jähriger Kinder, wenn man ihnen ohne vernünftigen Grund Blut abnimmt?
- Was geschieht in den Familien, wenn man ein in Wirklichkeit nicht abzuschätzendes Risiko benennt?
- Was ist mit dem Recht auf Nicht-Wissen, was mit möglichen psychischen Folgen, nicht einfach mehr nur Kind zu sein, sondern plötzlich Risikopatient*in? (<https://jech.bmj.com/content/56/2/145.long>), vielleicht sogar von der eigenen Versicherung so eingestuft?

Solche Fragen werden im BMG-Papier nicht erörtert.

- Standardisierte Fragebögen zur Erfassung des kardiovaskulären Risikos gibt es längst – nicht zuletzt das im hausärztlichen Bereich weit verbreitete Tool arriba (<https://arriba-hausarzt.de/>).

Einladungs-Systeme zur Gesundheitsuntersuchung einzuführen sowie die Untersuchung noch systematisch auf jüngere Altersgruppen auszudehnen, ignoriert die Tatsachen,

- a) dass in jüngeren Altersgruppen das (absolute) Risiko so niedrig ist, dass sich entsprechende Interventionen in den nächsten Jahrzehnten nur in sehr wenigen Fällen lohnen, die Nutzen-Schadensbilanz aber zu Ungunsten der Interventionen ausfallen könnte – und
- b) dass bislang keinerlei Nutzen für die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen zur Herz-Kreislauf-Prävention belegt werden konnte (<https://tinyurl.com/y5zwy4vj>). Ein weiterer zu vermutender Schaden: Schon jetzt ächzen die haus- und kinderärztlichen Praxen unter viel zu vielen Patient*innen. Wie zuletzt auch Arbeiten zeigten, verbringen

wir Hausärzt*innen jetzt schon viel mehr Zeit für Prävention als für die Versorgung behandlungsbedürftiger Patient*innen(<https://tinyurl.com/3hkkzf5a>). Hier droht nun zusätzliche „Time needed to screen“ und „Time needed to treat“, die den Arbeitsanfall in unseren Praxen erhöhen wird. Und dies alles ohne jeglichen Nutzen-Nachweis. Fast möchte man sagen: „wir haben gar nicht genug Zeit für solchen Unsinn“

(<https://tinyurl.com/2p88v2hv>).

Schon die Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V wurde 1989 ohne ausreichend Nutzenbelege in Deutschland eingeführt, angewendet wird sie vor allem von jenen, die das niedrigste Risiko haben!
<https://tinyurl.com/572p4xza>).

Flächendeckend droht momentan die primärärztliche Versorgung in Deutschland wegzubrechen und unser Gesundheitsminister hat nichts Besseres zu tun, als unseren hausärztlichen Alltag mit noch mehr Leistungen fraglicher Sinnhaftigkeit vollzuladen!

Stellen Sie es sich einmal bildlich vor: Sie stehen gemeinsam mit 6-7 anderen Personen in der Schlange vor dem Tresen einer Apotheke, lassen sich in aller Öffentlichkeit nach Ihren Rauch-Gewohnheiten und Ihrer Familienanamnese befragen – und werden dann nach (sehr fraglich validen) Schnelltests von Glukose und Lipiden über mögliche präventive Interventionen hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen beraten!?! Ohne hier einem (haus-)ärztlichem Dünkel frönen zu wollen – die Beratung zu möglichen präventiven Interventionen muss absolut individuell erfolgen und braucht ein Mindestmaß an Intimität und Schweigepflicht. Vermutlich stoßen an dieser Stelle die Intention des Epidemiologen Lauterbach und das hausärztliche, auf die einzigartige Persönlichkeit des/r Patienten/in orientierte individualpräventive Vorgehen am härtesten aufeinander.

Bereits jetzt schon sind von den ins DMP Nordrhein eingeschriebenen Patient*innen (die größte verfügbare Datenbasis zum Thema Diabetes in Deutschland) 34,5% Personen eingeschrieben, die entweder unnötigerweise Diabetes-Medikamente bekommen - oder die gar keinen Diabetes haben
(<https://tinyurl.com/2p9wstdj>).

Schon die Einführung der DMPs war ohne ausreichende Evidenz in Form von Cluster-randomisierten Studien erfolgt. Eine Erweiterung der Einschreib-Kriterien auf Hyperlipidämie, Hypertonie und intermediär erhöhte Blutglukosewerte wird zu einer Ausweitung der DMPs auf Millionen weiterer Menschen führen! Dies geschieht in einer Zeit, in der die hausärztlichen Praxen ohnehin schon unter Personalmangel, zu wenig Zeit und der Problematik schließender Nachbar-Praxen ächzen.

- Während das BMG in extremer Weise den Fokus auf Früherkennung legt (Screening auf Risikofaktoren zur Verhinderung von Krankheiten), wird der Sekundär- und der Tertiärprävention kaum Beachtung geschenkt. So ist z.B. (sicherlich nicht nur in Deutschland) die Adhärenz zu Thrombozytenaggregationshemmern oder Statinen (bevorzugt Simvastatin 40mg) nach kardiovaskulären Ereignissen weiterhin nicht optimal.
- Es steht auch außer Frage, dass unsere Patient*innen vor medizinischen Eingriffen, die ihnen eher schaden als nützen, bewahrt werden müssen (so genannte **quartäre Prävention**).
<https://tinyurl.com/2yem3a9s>).

„DER CHECK HEILIGT DIE MITTEL“ (Zitat Jürgen Windeler)

- Eine weitere Ausweitung eines anlasslosen Screenings wird den Prinzipien des „Inverse care law“ folgend eine Unterversorgung an vielen Stellen nach sich ziehen. Der vormalige Chef des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Jürgen Windeler, erklärt dies in seinem Beitrag für das Online-Forum Observer: „Diejenigen, die dringend Hilfe benötigen, bekommen zu wenig, die, die sie nicht oder wenig benötigen, zu viel.“
<https://observer-gesundheit.de/der-check-heiligt-die-mittel/>

- Das Führen eines digitalen „GU-Untersuchungshefts“ in der elektronischen Patientenakte (ePA) bedeutet wohl nicht nur erhebliche Mehrarbeit für hausärztliche Praxen, sondern soll vermutlich eine Grundlage liefern für
 - ein „Epidemiologisches Register“ zu Häufigkeit, Behandlung, Krankheitsverlauf, Komplikationen und Todesfällen zu Herzinfarkt und Schlaganfall und die „zielgruppengerechte multimodalen Ansprache“ durch das neu zu schaffende Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM).
 - Das bedeutet möglicherweise nichts anderes als die Ent-Anonymisierung von höchst vertraulichen Gesundheitsdaten – bisherige offizielle Beschwichtigungen wären damit ad absurdum geführt.
- Zusätzliche Gesundheitsvorsorgen mit erweitertem Beratungsspektrum erfordern weiteren Zeitbedarf für das gesamte Praxisteam. Leider geht aus dem „Impulspapier“ des BMG auch nicht ansatzweise hervor, woher die Zeit dafür genommen werden soll. Soll die Betreuung von chronisch kranken Menschen eingeschränkt werden, die Impfungen, die Akutversorgung? Wichtige Fragen, denn bei der zunehmenden Überalterung gerade der Hausarzt*innen ist zukünftig mit knallharten regionalen bzw. inhaltlichen Versorgungsengpässen zu rechnen. Für zusätzliche - obendrein evidenzfreie - Versorgungsideen ist da kein Platz.

Generell enthalten die BMG-Pläne keine Ansätze zu einer echten Primärprävention (vermutlich sind Ansätze zu einer Verhältnisprävention in einer Koalition mit der FDP nur schwer vorstellbar).

Es handelt sich zusammenfassend um Vorschläge zu einer medizinischen Leistungsausweitung ohne entsprechende Nutzenbelege.

Diese drohen die ohnehin prekäre Situation der hausärztlichen Versorgung weiter zu gefährden. Sie werden die Kosten steigern – in einer Zeit, in der die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin gefährdet ist – und damit auch die zu Recht beklagte Kosten-Ineffizienz.

Die Politik versagt hier: statt im Sinn einer Verhaltens- und Verhältnisprävention beispielsweise für einen Ausgleich bei der sozialen Ungleichheit zu sorgen, wird versucht, den schwarzen Peter an die medizinischen Versorger weiter zu geben. Drängende Fragen: Was ist mit effektiver Raucherprävention? Warum wird eine Raucherentwöhnung nicht finanziert? Warum hat in der Verkehrspolitik das Auto weiter Vorrang vor dem Fahrrad? Wo bleiben staatliche Interventionen wie beispielsweise eine Zuckersteuer und Anreize, um Kindern eine gesündere Ernährungsweise „schmackhaft“ zu machen? Was ist mit stärkerer Unterstützung von schulischen und außerschulischen Sportangeboten?... Die Milliarden, die in nicht evaluierte und erst recht nicht evidenzbasierte medizinische (und häufig genug medikamentöse) Maßnahmen gesteckt werden, wären dort sicherlich wesentlich besser eingesetzt.

Vielleicht wenden Sie sich wie ich an Ihre lokalen/regionalen Bundestagsabgeordneten (die vielleicht Einfluss auf den Bundesgesundheitsminister haben) und bitten sie, ihm zumindest an dieser Stelle in den Arm zu fallen.

Senden Sie Briefe an Ihre Abgeordneten wie diesen (<https://tinyurl.com/yeyventh>) – ich habe ihn bewusst im Word-Format gehalten, damit Sie ihn mit Ihren Praxisdaten und der jeweils korrekten Adresse umformen können.

Dr. med. Günther Egidi

guenther.egidi@posteo.de

PS: Der Text wurde mit Sandra Blumenthal, Thomas Maibaum, Josef Pömsl, Wolfgang Schneider-Rathert, Uwe Popert und Til Uebel konsentiert.