

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(9)
vom 03.03.2005**

15. Wahlperiode

Stellungnahme der
Deutschen Herzstiftung zur
Prävention im Herz-Kreislaufbereich
anlässlich einer Anhörung
vor dem Gesundheitsausschuss im Deutschen Bundestag
zu dem geplanten Präventionsgesetz

Prof. Dr. med. Helmut Gohlke

Herz-Zentrum Bad Krozingen
Mitglied des Vorstandes der Deutschen Herzstiftung
Sprecher der Projektgruppe Prävention
der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Helmut Gohlke
Chefarzt Klinische Kardiologie II
Herz-Zentrum Bad Krozingen
Südring 15
D-79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633/402-411
Fax: 07633/402-855
E-Mail: helmut.gohlke@herzzentrum.de

Die finanzielle Situation des Gesundheitssystems hat sich in den letzten Jahrzehnten durch die erfreuliche Zunahme der mittleren Lebenserwartung und durch die Fortschritte in den Behandlungsmöglichkeiten von Erkrankungen, die vorwiegend in einem höheren Lebensalter auftreten, zugespitzt. Dies stellt eine erhebliche finanzielle Herausforderung für die Gesellschaft dar.

Bei den über 64jährigen z. B. ist naturgemäß der Anteil an den Krankheitskosten (43 %) deutlich höher als ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung (17 %). Die Krankheitskosten dieser Altersgruppe beliefen sich im Jahr 2002 in Deutschland auf 96,0 Mrd. Euro. Rund ein Viertel (24 %) dieser gesamten Krankheitskosten waren durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingt (15).

Hier sind langfristig wirksame Möglichkeiten der Prävention gefragt, denn hier liegt ein großes Einspar-Potential.

Das verständliche Bestreben, durch präventive Maßnahmen Krankheiten zu vermeiden und das Leben zu verlängern, wird häufig ausschließlich als (evidenz-basierte) medikamentöse Präventionsmöglichkeit gesehen und diskutiert.

Hochrechnungen haben ergeben, dass bei einer vollständigen Umsetzung aller medikamentösen Möglichkeiten durch die gesetzlichen Krankenkassen zwei-, vielleicht sogar dreistellige Milliardenbeträge aufgewendet werden müssten. Beträge dieser Größenordnung würden dann für andere wichtige Aufgaben in der Gesellschaft fehlen

Nichtmedikamentöse Ansätze zur Prävention haben deshalb einen hohen Stellenwert, weil sie hochwirksam und dennoch weitgehend kostenneutral sind. Die Deutsche Herzstiftung unterstützt deshalb ausdrücklich alle Bemühungen, durch eine Intensivierung der nicht medikamentösen Prävention den Gesundheitszustand nicht nur der älteren sondern auch der jungen deutschen Bevölkerung zu verbessern.

Nicht medikamentöse Ansätze zur Prävention

Über 85 % der Herzkreislauferkrankungen sind verhaltensbedingt (7) und deshalb in hohem Maße vermeidbar: Hier gibt es Ansatzpunkte für eine weitgehend kostenneutrale und an den Ursachen ansetzende Prävention. Dazu gehören Zigarettenkonsum, körperliche Inaktivität und Übergewicht, die die wichtigsten verhaltensbedingten Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellen:

Zigarettenkonsum: Jedes Jahr sterben in Deutschland etwa 110.000 Personen vorzeitig an den Folgen des Zigarettenkonsums. Raucher sterben etwa 15 Jahre früher als Nichtraucher (5) und jeder zweite (!) chronische Raucher stirbt an den Folgen dieser Gewohnheit. Je früher mit dem Zigarettenkonsum begonnen wird, desto dramatischer sind die gesundheitsschädlichen Auswirkungen. Dennoch haben erst wenige Bundesländer per Gesetz im Jahre 2004 eine rauchfreie Schule durchgesetzt (Primärprävention im eigentlichen Sinne), um für die Kinder die Chancen für einen gesunden Lebensstil zu verbessern. Alle anderen Bundesländer sollten folgen. Über 80 % der Bevölkerung unterstützen laut einer SPIEGEL-Umfrage das Konzept einer rauchfreien Schule!

In der Europäischen Union hat Irland eine Vorreiterrolle durch Umsetzung eines Rauchverbotes in öffentlichen Gebäuden und Restaurants eingenommen.

Die bundesweite Einführung einer rauchfreien Schule ist ein gesamtgesellschaftliches Signal, das demonstrieren würde, dass die Gesundheit der kommenden Generation für die Regierung und die Gesellschaft über Lippenbekenntnisse zur Selbstverantwortung hinaus ein wichtiges Anliegen ist.

Weitere Maßnahmen können sein: die geplante Erhöhung der Zigarettensteuern konsequent umzusetzen, allerdings mit Einschluss aller anderen Tabakprodukte, mit begleitender Gesetzgebung, die das Rauchen in allen öffentlichen Gebäuden und Transportmitteln untersagt. Zusätzlich sollten Zigarettenautomaten, aus denen besonders Kinder ihre Zigaretten beziehen, in einem überschaubaren Zeitrahmen aus dem Verkehr gezogen werden. Damit wird mit einem geringen finanziellen Aufwand ein erheblicher Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung geleistet.

Dreissig Prozent aller Raucher möchten sich das Rauchen abgewöhnen und warten nur auf einen kleinen Anstoß von außen. Unterstützung für Raucherentwöhnungsmaßnahmen sind hilfreich. Denn die Aufgabe des Rauchens ist die wichtigste und wirksamste einzelne gesundheitliche Maßnahme (10)!

Bewegungsmangel und Übergewicht sind zwei eng miteinander verzahnte Problem-bereiche (1). Bereits bei der Einschulung hat der Prozentsatz der übergewichtigen Kinder in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Ein Adipositas-bedingter Typ-2-Diabetes im Kindesalter ist keine Rarität mehr! Aber auch Erwachsene sind betroffen: Zwischen 15 % und 21 % der 50- bis 70jährigen Männer und Frauen haben einen Body Mass Index von über 30*, sind also als fettleibig einzustufen! Übergewicht ist mit einer stärkeren Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem verbunden (2). Es besteht eine lineare Beziehung zwischen Körpergewicht und der Häufigkeit von Typ-2-Diabetes, Gallenblasenerkrankungen und erhöhtem Blutdruck mit den Folgeerkrankungen Angina pectoris, Herzinfarkt und Schlaganfall. Ein 40jähriger adipöser Mann (BMI > 30) hat als Folge von Herzinfarkt, Schlaganfall oder Karzinomen eine um sechs Jahre verkürzte Lebenserwartung, eine adipöse Frau büsst sieben Lebensjahre ein (12)!!

(*BMI ist eine Masszahl für größenbezogenes Körpergewicht: Körpergewicht in kg geteilt durch das Quadrat der Körperlänge in m: z.B. bei 70kg und 170cm : $70/1,7^2 = \text{BMI } 24,2$; normal ist ein $\text{BMI} < 25$. Ein BMI von 30 entspricht z.B. einem Körpergewicht von 89 Kg bei 170cm Körpergröße)

Gesunde Ernährung

Bei der Ernährung müssen neben den quantitativen auch qualitative Aspekte gesehen werden:

Eine von der Zusammensetzung her günstige Ernährung verhindert Übergewicht und Diabetes und bewirkt eine 30%ige Reduktion von tödlichen und nicht tödlichen koronaren Ereignissen, – zusätzlich zu anderen risikoarmen Verhaltensmustern – wie Nicht-rauchen, körperliche Aktivität und Idealgewicht (8, 9,).

Um ein langfristiges Konzept zu verfolgen, muss bereits im Kindergarten und in der Schule auf eine gesunde Ernährung besonderer Wert gelegt werden. Die örtlichen Gesundheitsämter können als Beratungsstellen in Zusammenarbeit mit den örtlichen oder überregionalen Elternbeiräten tätig werden, um eine Verbesserung der in den Schulen angebotenen Nahrungsprodukte zu erreichen (Prävention nach §3,(5) des Präventionsgesetzes). Auf diese Weise kann der Ernährungszustand der jungen Generation verbessert werden. Kranken- und Lebensversicherungsgesellschaften – die Nutznießer

dieser Veränderungen – können dadurch motivationsfördernd wirken, dass bei normalgewichtigen, nicht rauchenden Personen ein Prämienabschlag gewährt wird.

Aber auch im Erwachsenenbereich kann z. B. darauf hingewirkt werden, den Fettanteil der Speisen in Küchen und Kasinos des öffentlichen Dienstes schrittweise auf unter 35 % der Kalorien zu senken. Damit würde der öffentliche Dienst in seiner besonderen Verantwortung für die Gesundheit seiner Angestellten Vorbild –Funktion für private Arbeitgeber haben. Klinische Studien, z. B. die Lyon-Herz-Studie haben gezeigt, dass es bei Anwendung der keineswegs asketischen mediterranen Kost sehr schnell zu einer deutlichen Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos um 40 % kommt (3). Es wären auch Qualitätssiegel für Kasinos oder Restaurants möglich, die zwei oder mehr preiswerte als gesundheitlich günstig zu beurteilende Gerichte anbieten (Prävention nach §3,(5)). Solche Aktionen können von den Krankenkassen zusammen mit der Herzstiftung, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung unterstützt werden. Ein Werbeeffekt für die Gaststätten könnte dies zu einem von allen Seiten erstrebenswerten Modell werden lassen.

Bewegungsmangel

Regelmäßige **körperliche Aktivität** und gute körperliche Leistungsfähigkeit galten von je her als Ausdruck von Gesundheit und Lebenskraft.

Männer und Frauen, die in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind, haben eine bessere Langzeitüberlebensrate sowie eine reduzierte alterskorrigierte Schlaganfall- und Infarktrate und Herz-Kreislauf-Sterberate im Vergleich zu Personen, die weniger aktiv und fit sind.

Auch eine Erhöhung der körperlichen Aktivität im mittleren und höheren Lebensalter resultiert noch in einer Verbesserung der Überlebenschancen (11). Es sind keine körperlichen Höchstleistungen notwendig, um eine Verminderung von Herzinfarkt und Schlaganfall zu erzielen (*Übersicht bei 14*).

Auch hier muss bereits im Kindergarten und in der Grundschule angesetzt werden (14). Die Anzahl der Sportstunden sollte mit dem Ziel gesteigert werden, die Freude an körperlicher Bewegung auch außerhalb der Schule zu wecken (Primärprävention §3,(2)). Dass dies dringlich notwendig ist, ergibt sich aus dem Umstand, dass die 14- bis 49-jährigen Deutschen im Jahr 2003 im Durchschnitt gut 3 Stunden pro Tag vor dem Fernseher saßen (6).

Bewegungsmangel ist ein eigenständiger Risikofaktor für Herzinfarkt, Schlaganfall und vorzeitigen Tod. Körperliche Aktivität hingegen verbessert nicht nur allgemein die Leistungsfähigkeit, sondern neuesten Forschungsergebnissen zu Folge auch konkret die Funktion der Innenauskleidung der Arterien bei Gesunden, bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und auch bei Patienten mit Herzschwäche; darüber hinaus wird durch körperliche Aktivität auch das Krebsrisiko vermindert (14).

Niemand kann erwarten, dass Deutschland plötzlich ein Land von schlanken, nicht rauchenden Ausdauersportlern wird. Aber auch nur eine moderate Verbesserung des Risikoprofils der gesamten Bevölkerung mit etwas mehr Bewegung im täglichen Leben, etwas günstigerer Ernährung, etwas geringerem Gewicht und etwas weniger Nikotinkonsum, kann dramatische Einsparungen für das Gesundheitssystem bewirken: So konnte in Finnland durch eine koordinierte Strategie der politischen Entscheidungs-

träger und der medizinischen Fachgesellschaften im Verlauf von 25 Jahren die Raucherquote um 40 %, der Cholesterinspiegel um 17% , der Blutdruck um 9/4 mmHg und die Sterblichkeit von Männern in der Altersgruppe von 35 – 64 Jahren um 49 % gesenkt werden (13)!

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Es stehen kostengünstige, evidenzbasierte und politisch umsetzbare Maßnahmen mit erheblichem Einsparpotential für das Gesundheitssystem zur Verfügung..

Die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins sollte bereits im Kindergarten und der Schule beginnen und in Betrieben und Behörden ihre Fortsetzung finden. Einzelne Maßnahmen – wie z. B. die gesetzlich festgeschriebene rauchfreie Schule – werden von einer überwältigenden Mehrheit der Bevölkerung mitgetragen.

Auch kleinere Veränderungen des Lebensstiles haben große Auswirkungen. Diese Veränderungen führen - wie das Beispiel Finnland gezeigt hat - bei einer gemeinsam von der politischen Führung , den medizinischen Fachgesellschaften und von Laienorganisationen abgestimmten Strategie zu einer Verbesserung der Volksgesundheit, wie sie mit isolierten Aktionen nicht erreicht werden kann.

Die Aktivierung des persönliche Engagements von Betroffenen vor Ort, z.B. von Lehrkräften, Eltern und Schülern in den Schulen, wird ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Massnahmen sein, da die Veränderung von Lebensgewohnheiten nicht allein durch eine Verbesserung der Aufklärung erreicht werden kann. Die Deutsche Herzstiftung als größte (>50.000 aktive Mitglieder) und vollständig unabhängige Laienorganisation im Herz-Kreislaufbereich sieht es als ihre Aufgabe an , an der Umsetzung einer solchen Strategie mitzuarbeiten. Die Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften ist ebenfalls erforderlich.

Addendum:

Konkrete (formale) Veränderungsvorschläge für die Gesetzesvorlage:

Für ein verbessertes Verständnis ist es sinnvoll , allgemein und wissenschaftlich übliche Definitionen im Bereich der Prävention zu verwenden, um eine Begriffsverwirrung zu vermeiden:

Unter **Primärprävention** versteht man : Verhinderung des Auftreten von Risikofaktoren für Erkrankungen; durch z.B. Bestärkung des Nichtraucherverhaltens von Kindern

Sekundärprävention: Beseitigung von Risikofaktoren zur Verhinderung des Fortschreitens von Erkrankungen: z.B. Raucher-Entwöhnung bei noch Gesunden .

Tertiärprävention: Ausschaltung von Risikofaktoren nach dem Auftreten von Erkrankungen zur Verbesserung des weiteren Krankheitsverlaufes.

Die **Krebsvorsorge** hat eine Früh-Behandlung zum Ziel; sie kann unter dem Begriff der Tertiärprävention aufgeführt werden.

Die Primärprävention der Krebserkrankungen ist z.B. in einem reduzierten Rauchverhalten, verbesserter Ernährung, Gewichtsreduktion und vermehrter körperlicher Aktivität zu sehen.

LITERATURVERZEICHNIS:

1. Blair SN, Church TS (2004) The fitness, obesity and health equation. Is physical activity the common denominator ? JAMA.292:1232-4.
2. Daviglius ML, Liu K, Yan LL, et al (2004) Relation of body mass index in young adulthood and middle age to medicare expenditures in older age. JAMA 292:2743-2749
3. De Lorgeril M, Salen P, Martin J-L, et al (1999) Mediterranean Diet, traditional Risk Factors and the rate of cardiovascular complications after Myocardial Infarction – Final Report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation 99:779-785
4. Di Franza JR, Tye JB (1990) Who profits from tobacco sales to children? JAMA 263:2784-2787
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. Br Med J 328:1519-1528
6. dpa-Meldung vom 05.01.2005 in der Badischen Zeitung (Quelle: Seven One Media basierend auf Daten der GfK Fernsehforschung).
7. Ezzati M, Vander Hoorn S, Rodgers A et al (2003) Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. Lancet 362:271-280
8. Hu FB, Rimm EB, Stampfer MJ, et al (2000) Prospective Study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in men. Am J Clin Nutr 72:912-921
9. Khaw KT, Bingham S, Welch A, et al (2001) Relation between plasma ascorbic acid and mortality in men and women in EPIC-Norfolk prospective study: a prospective population study. The Lancet 357:657-663
10. Meinertz T, Heitzer T (2002) Primäre und sekundäre Prävention der KHK: Rauchen. Z Kardiol 91 (Suppl 2):II/3-II/11
11. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, et al (1993) Association of changes in physical activity level and other life style characteristics with mortality in men. N Engl J Med 328: 538-545
12. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, et al for NEDCOM, the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group* (2003) Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis Ann. Intern Med 38:24-32
13. Puska P, Keller I (2004) Primärprävention von nicht übertragbaren Krankheiten- Erfahrungen von bevölkerungsbasierten Interventionen in Finnland bis zur globalen Arbeit der WHO. Z Kardiol 93 (Suppl 2):II/37-II/42
14. Schuler G (2004) Primäre Prävention – Die Rolle körperlicher Aktivität. Z Kardiol 93 (Suppl 2):II/8-15
15. Statistisches Bundesamt Deutschland Durchschnittliche Lebenserwartung [OECD Health Data, 2004] Indikatoren des Gesundheitswesens; unter [www. destatis.de](http://www.destatis.de)