

**17. Oktober 2023**

## **Stellungnahme der DEGAM zum Impulspapier Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen des BMG vom 5.10.2023**

### **Fehlversorgung statt Effizienzverbesserung**

Das kürzlich diskutierte Impulspapier des BMG stellt zu Recht fest, dass Deutschland eines der teuersten Gesundheitssysteme mit vergleichsweise schlechter Effizienz hat, unter anderem auch bezüglich von Lebenserwartung und kardiovaskulärer Mortalität. Die im Impulspapier geäußerten Überlegungen hinsichtlich einer verbesserten Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen erscheinen in diesem Kontext aber überwiegend kontraproduktiv:

- Das Papier enthält statt breitenwirksamer Ansätze einer echten Primärprävention fast nur Maßnahmen zur Früherkennung, aus denen für nur wenige der Gefährdeten eine andere Konsequenz als „Beratung“ resultiert.
- Es ist völlig unklar, ob eine Blutentnahme bei Fünfjährigen sowie eine womöglich nachfolgende medikamentöse Therapie von deren Eltern überhaupt angenommen werden würde. In einem vor wenigen Wochen aktualisierten Evidenzreport hat die US-amerikanische Screening-Organisation USPSTF<sup>12</sup> festgestellt, dass die Evidenz für ein Screening auf familiäre Hypercholesterinämie ungenügend ist. Viele europäische und außereuropäische<sup>3</sup> Länder haben sich aus guten Gründen für ein Kaskaden- (wenn eine Index-Person früh im Leben eine kardiovaskuläre Krankheit erfährt, werden enge Familienmitglieder gescreent) und gegen ein systematisches Screening entschieden<sup>4</sup>. Bei dieser Entscheidung wurden auch mögliche Nachteile einer Diagnosestellung für die Betroffenen<sup>5</sup> adressiert. Ein Kaskaden-Screening an ein systematisches anzuschließen wie im Impulspapier vorgeschlagen gibt auch testtheoretisch keinen Sinn: wenn systematisch gescreent würde, hat ein nachfolgendes Kaskadenscreening keinen Mehrwert. Das bislang in Deutschland – vorrangig vom Incentive einer extrabudgetären Vergütung getriebene – opportunistische Screening junger Menschen auf ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko übersieht allerdings

gefährdete Personen, die bei einem Kaskaden-Screening diagnostiziert würden.

- Die kardiovaskuläre Mortalität in Deutschland ist zwar im europäischen Vergleich eher hoch<sup>67</sup>, aber sie sinkt laufend – in den vergangenen 15 Jahren hat sie sich halbiert<sup>8</sup>. Sie ist v.a. bei älteren Personen und in vulnerablen Bevölkerungsgruppen erhöht<sup>9</sup>, die vorgeschlagenen Maßnahmen zielen allerdings überwiegend auf Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene mit eher seltener bzw. geringer Risikoerhöhung. Sie würden zudem von den am meisten gefährdeten Gruppen am wenigsten angenommen werden.
- Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind überwiegend nicht evidenzbasiert und werden in den Ländern mit deutlich besseren Mortalitätsdaten nicht durchgeführt (s.o.)
- Sie werden in der Summe zusätzlich die Kosten steigern und die Kosteneffektivität unseres Systems noch weiter verschlechtern. Hinzu kommt: angesichts des sich bereits jetzt schon aufbauenden Mangels an ärztlichen Praxen muss jede zusätzliche Leistung ganz besonders hinsichtlich ihrer Effektivität geprüft werden. Es muss immer das Risiko in Rechnung gestellt werden, dass durch zusätzliche präventive Angebote die Ressource Ärztliche Arbeitszeit für kranke Personen nicht mehr zur Verfügung stehen könnte<sup>1011</sup>. Auch ein Einbezug fachspezialisierter Praxen könnte zu Terminproblemen bzw. längeren Wartezeiten für Patientinnen und Patienten führen, die aus akuter Indikation überwiesen werden.
- Grundsätzlich sollte hier aufwändige Bürokratie sowie unnütze Versorgung abgebaut werden – zu letzterem kann auch eine allzu engmaschige Betreuung stabiler chronisch Erkrankter zählen, auch allzu häufige DMP-Untersuchungen.
- Bzgl. Der Öffnung des DMP KHK für Personen mit behandlungsbedürftigem Bluthochdruck und hohen Lipidwerten ist zu bedenken, dass das bisherige DMP nicht auf diese Zielgruppe ausgerichtet ist und adaptiert werden müsste. Außerdem ist hier vorab eine Kosten-Nutzen-Analyse sowie die Überprüfung der Umsetzbarkeit angesichts des aktuell sich abzeichnenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen zu fordern.
- Die Gefahr von Über- und Fehlversorgung betrifft in besonderer Weise den Gedanken, auch Personen mit Prädiabetes, Hyperlipidämie oder Hypertonie in die DMPs mit einzuschließen. Bislang gibt es nicht einmal einen Nachweis für den Nutzen eines Screenings auf Diabetes<sup>12</sup>. Erst recht konnte für Interventionen bei intermediär erhöhten Blutglukosewerten kein Nutzen medikamentöser Interventionen belegt werden<sup>1314</sup>. Wenn es Konsequenzen aus gering erhöhten Blutglukosewerten gäbe, wären dies in erster Linie

Veränderungen des Lebensstils<sup>15</sup> – womit erneut auf die Notwendigkeit von Maßnahmen der Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen zu verweisen wäre – hierfür wird keine Erweiterung der DMPs erforderlich.

- Schon ins DMP Diabetes sind 34,5% Personen eingeschrieben, die entweder unnötigerweise eine Diabetes-Medikation bekommen – oder die gar keinen Diabetes haben<sup>16</sup> - mit anderen Worten: es besteht schon jetzt eine erhebliche Überversorgung. Bei der Bewertung der Maßnahmen ist zu beachten, dass ein verstärkter Einschluss gesünderer Personen die DMP-Ergebnisse bereits verbessert, ohne zu besserer Gesundheit zu führen. Vorlaufzeitbias und Überdiagnose-Bias machen eine Bewertung fehleranfällig.
- Einige der Forderungen sind längst realisiert wie ein flächendeckendes Angebot zum DMP KHK und der Hinweis auf eine möglicherweise vorliegende familiäre Hypercholesterinämie bei der Jugendgesundheitsuntersuchung J1.

#### **Die DEGAM schlägt alternativ vor:**

- Verbesserung der Primärprävention durch Bevölkerungs- und Settingansätze wie unverzügliches komplettes Werbeverbot für alle Tabak- sowie nikotinhaltige Produkte sowie ungesunde Lebensmittel, mehr Schulsport und Schwimmbäder, Förderung der Gesundheitskompetenz vom Kindergarten bis ins Seniorenalter, Besteuerung der Nahrungsmittel zwischen 0 und 19% nach gesundheitlichen und ökologischen Aspekten, zusätzliche Zuckersteuer und verminderte Verfügbarkeit von höherprozentigen alkoholhaltigen Produkten. Hier kann das BIPAM durchaus wichtige Funktionen übernehmen.
- Die Konkretisierung der Anforderungen an Schulungen sollte evidenzbasiert erfolgen, ggf. über die Initiierung vergleichender Studien zu verschiedenen Schulungsansätzen.
- Konsequente Förderung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) durch entsprechende Incentives für die Bevölkerung und die Leistungserbringenden. Durch Einschreibemodelle könnten insbesondere vulnerable Gruppen besser unterstützt und begleitet werden, soziale Ungleichheit reduziert und verhindert werden, dass gerade die am stärksten gefährdeten Personen durch die Maschen des Vorsorgesystems rutschen. Außerdem wird die Effizienz des Gesamtsystems deutlich verbessert.
- Schrittweise Einführung eines Primärarztsystems mit fester Zuordnung aller Bürgerinnen und Bürger zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt. Dadurch wird Unter-, Über- und Fehlversorgung reduziert<sup>1718192021</sup>.
- Förderung und Ausweitung der Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung sowie in der Versorgungslandschaft

- Konsequente Umsetzung des Bremer Modells der Gesundheitsuntersuchung<sup>2223</sup>, Entschlackung der DMPs, Flexibilisierung und Verminderung bürokratischer Vorgaben, zusätzliche Einführung einer J2 für 16-17-jährige an Stelle der kaum noch genutzten Jugendarbeitsschutzuntersuchung und zur spätestens dann erfolgenden Überleitung in die hausärztliche Erwachsenenmedizin
- Abbau der international einmaligen Überversorgung bei Koronarangiographien und Stents bei stabiler KHK<sup>2425262728</sup> (in Deutschland kommen 10,7 Stents auf einen Bypass<sup>29</sup> – im internationalen Vergleich beträgt das Verhältnis meist 3:1) und konsequente Anwendung der nationalen Versorgungsleitlinien sowie nationaler S3-Leitlinien.

#### **Zusammenfassung:**

1. Die im vorliegenden Impulspapier veröffentlichten Vorschläge sind nicht evidenzbasiert.
2. Sie drohen eine bereits vorhandene Überversorgung noch zu verschärfen, jenseits der Früherkennung des insgesamt eher geringen Anteils allerdings besonders gefährdeter Personen werden die meisten gefährdeten Personen nicht erreicht bzw. lediglich mit Beratung zur Verhaltensprävention adressiert.
3. Sie drohen damit, die Überlastung des Gesundheitssystems und insbesondere der primärärztlichen Praxen noch zu verschärfen.
4. Statt den Medizinsektor noch weiter aufzublähen, sollten primärpräventive Interventionen im Sinn einer Verhältnisprävention konsequent eingesetzt und niedrigschwellige unterstützende Angebote zur Lebensstilmodifikation ausgebaut werden.

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
Schumannstraße 9, 10117 Berlin  
Tel.: 030-20 966 9800  
[geschaeftsstelle@degam.de](mailto:geschaeftsstelle@degam.de)

## Literatur:

- <sup>1</sup> Barry M, Nicholson W, Silverstein M et al for the US Preventive Services Taskforce. Screening for lipid disorders in children and adolescents. *JAMA* 2023;330:253-260
- <sup>2</sup> Guirguis-Blake J, Evans C, Coppola E, Redmond N, Perdue L. Screening for Lipid Disorders in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2023;330:261-274
- <sup>3</sup> Brunham L, Ruel I, Aljenedil S et al. Canadian Cardiovascular Society Position Statement on Familial Hypercholesterolemia: Update 2018. *Canad J Cardiol* 2018;34:1553-1563
- <sup>4</sup> Kusters D, de Beaufort C, Widhalm K et al. Paediatric screening for hypercholesterolaemia in Europe. *Arch Dis Child* 2012;97:272–276.
- <sup>5</sup> Marang-van de Mheen P, van Maarle M, Stouthard M. Getting insurance after genetic screening on familial hypercholesterolaemia; the need to educate both insurers and the public to increase adherence to national guidelines in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:145-147
- <sup>6</sup> Jasilionis, D., van Raalte, A.A., Klüsener, S. et al. The underwhelming German life expectancy. *Eur J Epidemiol* 2023;38:839-850. <https://doi.org/10.1007/s10654-023-00995-5>
- <sup>7</sup> OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022\\_507433b0-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en)
- <sup>8</sup> Saß A C, Lampert T, Prütz et al. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesund in Deutschland 2015, doi: 10.17886/rkipubl-2015-003 – hier insbesondere Abb. 2.3.1 auf S. 38, letzter Zugriff am 09.10.2023
- <sup>9</sup> Lampert T, Richter M, Schneider S, Spallek J, Dragano N. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2478> letzter Zugriff am 09.10.2023
- <sup>10</sup> Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023; 380:e072953
- <sup>11</sup> Maibaum T, Chenot JF. Berücksichtigung des Zeitaufwands bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen im hausärztlichen Alltag. *Z Allg Med* 2023;99:278-279
- <sup>12</sup> Egidì G. Überlegungen zu Sinn und Unsinn eines Screenings auf Typ-2-Diabetes. *Z Allg Med* 2014;90:266.270
- <sup>13</sup> Lee C, Heckman-Stoddard B, Dabelea D et al. Effect of Metformin and Lifestyle Interventions on Mortality in the Diabetes Prevention Program and Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Diabetes Care* 2021;44(12):2775–2782
- <sup>14</sup> Egidì G, Popert U. Prädiabetes – eine erfundene Krankheit? *Z Allg Med* 2004;80:204-209
- <sup>15</sup> Echouffo-Tcheugui J, Perreault L, Ji L, Dagogo-Jack S. Diagnosis and Management of Prediabetes. A Review. *JAMA* 2023;329:1206-16
- <sup>16</sup> Groos S, Kretschmann J, Weber E, Hagen B. für die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR. Qualitätsbericht 2021 Disease-Management-Programme in Nordrhein. [https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/quali/dmp\\_qualibericht\\_2021.pdf?v=1671608633](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/quali/dmp_qualibericht_2021.pdf?v=1671608633), letzter Zugriff am 9.10.2023
- <sup>17</sup> Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Proefschrift 2012 ISBN: 978-94-6122-154-4
- <sup>18</sup> OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- <sup>19</sup> Schmalstieg-Bahr K, Popert UW, Scherer M: The role of General Practice in complex health care systems. *Front. Med.* 2021: 8:680695. doi: 10.3389/fmed.2021.680695
- <sup>20</sup> Popert UW, Egidì G, Eras J, Kühlein T, Baum E: Warum wir ein Primärarztsystem brauchen. *Z Allg Med* 2018; 94 250-254 DOI 10.3238/zfa.2018.0250–0254
- <sup>21</sup> Salisbury H: Comprehensive care and patient demand, *BMJ* 2023;381:p1394 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p1394>
- <sup>22</sup> <https://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/guido-schmiemann/projekte/?proj=437&page=1> – letzter Zugriff am 9.10.2023

- 
- <sup>23</sup> Schmiemann S, Biesewig-Siebenmorgen J, Gebhardt K, Egidi G. Die Bremer Gesundheitsuntersuchung – Machbarkeit eines neuen Vorsorgekonzeptes. ZEFQ 2014;108:196-202
- <sup>24</sup> DEGAM-Leitlinie Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. <https://tinyurl.com/4t9fym78> - letzter Zugriff 9.10.2023
- <sup>25</sup> Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R et al. European Cardiovascular Disease Statistics 2017; 2017 [cited 2021 May 31]. Available from: URL: <https://ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>
- <sup>26</sup> Barbato E, Noc M, Baumbach A, Dudek D, Bunc M, Skolidis E et al. Mapping interventional cardiology in Europe: the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) Atlas Project. Eur Heart J 2020; 41(27):2579–88
- <sup>27</sup> Frank-Tewaag J, Bleek J, Günster C, Schneider U, Horenkamp-Sonntag D, Marschall U, Franke S, Schlößler K, Donner-Banzhoff N, Sundmacher L. Regional variation in coronary angiography rates: the association with supply factors and the role of indication: a spatial analysis. BMC Cardiovasc Disord. 2022 Feb 26;22(1):72. doi: 10.1186/s12872-022-02513-z
- <sup>28</sup> Shah R, Nayyar M, Le F et al. A meta-analysis of optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention in patients with stable coronary artery disease. Coronary Artery Disease 2022, 33:91–97
- <sup>29</sup> Deutsche Herzstiftung. Deutscher Herzbericht 2022. <https://epaper.herzstiftung.de/epaper/ausgabe.pdf>, letzter Zugriff am 10.10.2023