

## ***Trotz Gegenwind – die Karawane zieht weiter...***

In meinem letzten Benefit-Beitrag hatte ich mich mit dem Entwurf für ein „Gesundes-Herz-Gesetz“ auseinandergesetzt, das inzwischen im Bundeskabinett (noch nicht im Bundestag!) beschlossen wurde <https://tinyurl.com/2jk92ndm>.

An dieser Stelle herzlichen Dank an alle Kolleg\*innen, die sich die Mühe gemacht haben, ihre Bundestags-Abgeordneten zu bitten, etwas gegen das Inkrafttreten des Gesetzes zu unternehmen.

Einige besonders üble Passagen sind dank der vielen kritischen Initiativen aus dem Gesetz entfernt worden:

- Die einfache Umgehung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Parlamentsbeschlüsse wurde zurückgenommen.
- In den Vorgaben zur Risikoabschätzung ist jetzt neben dem ESC-Rechner SCORE auch von arriba® die Rede.
- Es wird nicht mehr von Statin-Hochdosen, sondern allgemein von einer Statin-Behandlung gesprochen.
- Der vormalige IQWiG-Chef Jürgen Windeler brachte es aber in seinem Beispiel für die Plattform „Observer“ hervorragend auf den Punkt (<https://tinyurl.com/tadvdtw9>): Der Gesetzesentwurf regelt mit einer derartigen Detail-Tiefe alle Angelegenheiten der kardiovaskulären Prävention (besser: Früherkennung!), dass „nur noch der Hinweis auf den Winkel fehle, mit dem die Nadel bei der Blutentnahme angesetzt werden solle“.
- Der G-BA behält zwar seine Kompetenz – aber der Rahmen, in dem er zu agieren hat, wird ihm detailliert vorgeschrieben (übrigens wird es beim DEGAM-Kongress am 27.9. um 13 Uhr eine öffentliche Podcast-Aufnahme mit Jürgen Windeler, dem DEGAM-Präsidenten Martin Scherer und Denis Nößler von der Ärztezeitung zum Thema geben):

Es bleibt allerdings bei...

- einem Lipid-Screening zwischen dem 5. und dem 15. Geburtstag mit Einladungs-System statt eines **Kaskaden**-Screenings (wenn ungewöhnlich früh ein kardiovaskuläres Ereignis auftritt und eine familiäre Hypercholesterinämie diagnostiziert wird, erfolgt danach auch die Untersuchung der unmittelbaren familiären Umgebung). Dabei hatte das IQWiG – kaum anders zu erwarten – gerade das Ergebnis seiner Recherche veröffentlicht, dass ein Nutzen eines **generellen** Screenings auf Hypercholesterinämie nicht belegt ist: <https://tinyurl.com/mrxjdupp>;
- einer Erweiterung der DMP Diabetes und KHK auf „Risikopersonen“ – also solche mit Hypertonie, „Prädiabetes“ und „Dyslipidämie“, d.h. ohne die eigentlichen DMP-Krankheiten – obwohl die AOK-Vorstandsvorsitzende Reimann schon vor der finanziellen Überlastung der Krankenkassen gewarnt hatte: <https://tinyurl.com/3prurfzw>;
- Drei standardisierten Gesundheitsuntersuchungen (GU) mit Einladung durch die Krankenkassen zum 25., 35. und 50. Geburtstag. Stellen Sie es sich nur vor: eine Nachbarpraxis oder auch Sie selbst haben gerade im vergangenen Jahr eine GU nach den bislang geltenden Regeln durchgeführt. Dann dürfen Sie jetzt erwarten, dass Ihre Patientin sich mit dem von der Kasse zugesendeten Gutschein erneut zu einer GU vorstellen wird – und dies, obwohl ein Nutzen solcher Gesundheitsuntersuchungen sehr

unsicher ist. Zumal hier häufig ein „healthy user effect“ zu beobachten ist: gerade eher begüterte und gut gebildete Menschen, deren kardiovaskuläres Risiko niedriger ist, nehmen besonders häufig an Gesundheitsuntersuchungen teil – während arme, stärker gefährdete Personen oft fernbleiben;

- dem Einbezug der Apotheken zur optional jährlichen Messung des Blutdrucks und Erhebung des BMI sowie Messung von Glukose und Lipiden – mit der Folge eines weiter erhöhten Beratungsaufwandes für die ohnehin schon überlasteten Hausarztpraxen.

Gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen protestiert die DEGAM auf das Schärfste – man prüft gemeinsam mit den Kassen die Möglichkeit einer Verfassungs-Beschwerde, sollte das Gesetz wie vorgelegt durch den Bundestag gelangen: <https://tinyurl.com/bdewx69n> sowie ein Observer—Beitrag des DEGAM-Präsidenten Martin Scherer: <https://tinyurl.com/3rak3cxj>

Bitte bleiben auch Sie mit am Ball – und kontaktieren Sie, falls Sie es bislang noch nicht geschafft haben, die Bundestagsabgeordneten Ihres Wahlkreises, vor allem die der Regierungsfractionen mit der Bitte, diesen fehlgeleiteten, die hausärztliche Versorgung gravierend gefährdenden Gesetzesentwurf zu oder zumindest auf sinnvolle Punkte wie eine verbesserte Nikotinentwöhnung zu reduzieren.

Ganz offensichtlich hatten der Bundesgesundheitsminister und auch einige seiner engsten Mitarbeiter ihr Ohr den Einflüsterungen aus der deutschen Kardiologie geliehen. Die sieht sich ja – bei allen hervorragenden Verdiensten v.a. in der Akutversorgung von Menschen mit akutem Koronarsyndrom - bedauerlicherweise nicht in der Lage, selbst evidenzbasierte Leitlinien zu erstellen, sondern importiert ausschließlich die Leitlinien der European Society of Cardiology (die ich jetzt nicht erneut Society of Corruption nenne). Womöglich stellt die Lipid-Therapie für die deutschen Kardiolog\*innen ein neues Betätigungsfeld dar – falls die Nutzung der koronaren Computertomographie tatsächlich zu dem (notwendigen!) Einbruch bei den Koronarangiographien führen sollte...

Vom Erst-Autor der ESC-Leitlinie zur Dyslipidämie (<https://tinyurl.com/44nurkee>) Frank Visseren liegen mir zwei e-mails vor, in denen er mit entwaffnender Offenheit erklärte:

**„The ESC Guidelines are consensus guidelines. There are no systematic literature searches done.“**

Mit anderen Worten: das haben die sich einfach nur zusammengebastelt – **GOBSAT** eben: **Good – old – boys – sitting - around a - table**

Gegenbeispiel für eine wirklich evidenzbasierte Leitlinie ist die Nationale VersorgungsLeitlinie KHK, die nach ihrer Aktualisierung frisch veröffentlicht worden ist: <https://www.leitlinien.de/themen/khk>.

In meinem Benefit-Beitrag „Die Katastrophe abwenden“ vom 20.4.2024 hatte ich ja darüber berichtet, dass Bundesärztekammer und KBV offensichtlich, ohne die Folgen recht zu bedenken, das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ), das die Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) bislang herausgegeben hatte, zu Ende des Jahres schließen wollten. Eine Menge an Protest-Aktivitäten auch hierzu konnte wenigstens einen Teilerfolg erzielen: auch wenn eine Reihe der sehr qualifizierten ÄZQ-Mitarbeiterinnen inzwischen woanders Arbeitsverträge unterschrieben haben, wird es unter dem Dach des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung der KBV sowie der Länder-KVen (ZI) in deutlich abgespeckter Form weiter fortgeführt werden.

Bitte lassen Sie auch hier nicht nach – und nutzen Ihren Einfluss in Ihrer KV, um sich v.a. dafür einzusetzen, dass das Programm mit den wirklich hervorragenden Patient\*innen-Informationen weiter fortgesetzt wird.

Unter <https://www.leitlinien.de/themen/khk/patientenblaetter> finden Sie evidenzbasierte Entscheidungs-Hilfen u.a. zu den Themen

- brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?
- Katheter-Untersuchung bei koronarer Herzkrankheit: Stents einsetzen oder erst mal abwarten?
- KHK – Statin in festgelegter Dosis einnehmen? Oder abhängig von meinem Cholesterin-Werten?
- KHK – verengte Herzkranzgefäße: Stent oder Bypass?
- KHK – Statin in mittlerer oder hoher Dosis einnehmen?
- u.a. mehr

Bislang waren einige der Entscheider der Ansicht, Patient\*innen-Informationen seien in der Versorgung nicht nötig. Sie werden aber erleben, dass viele unserer Patient\*innen von ESC-Empfehlungen durch Kardiolog\*innen, Neurolog\*innen und die entsprechenden Kliniken massiv verunsichert sind. Die NVL-Entscheidungshilfen können hier eine riesige Hilfe sein.

Bitte sorgen Sie mit dafür, dass künftig unter dem Dach des ZI das NVL-Programm so ausgestattet ist, dass es auch weiter Patient\*innen-Informationen geben wird.

Und was finden wir neu in der aktualisierten Fassung der NVL KHK?

- entscheidend neu ist bei der Diagnose einer KHK, dass bei einer mittleren Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) für eine KHK (15-50%) bevorzugt eine koronare Computertomographie veranlasst werden soll (vielleicht erinnern Sie sich an meinen Benefit-Beitrag „Bypass zum Bypass“ vom November 2022): für diesen Risikobereich ist es belegt, dass die koronare CT weniger periprozedurale Myokardinfarkte erzeugt und dass eine Vielzahl invasiver Prozeduren vermieden werden kann („okulostenotischer Reflex: der/die angiographierende Arzt/Ärztin legt, auch wenn es hierfür keine Nutzenbelege gibt, gleich einen Stent).

Wenn eine koronare CT nicht verfügbar ist, können andere funktionelle Verfahren (Stress-Echo, Szintigraphie...) eingesetzt werden.

Das klassische Belastungs-EKG (Ergometrie) wird weiterhin nur noch als Option bei einer VTW von 15-30% genannt.

- Auch bei höherer Vortestwahrscheinlichkeit spricht sich die DEGAM in einem Sondervotum für den bevorzugten Einsatz der koronaren CT aus. Ziel: unnötige Koronar-Angiographien und v.a. Stents bei stabiler KHK verhindern!
- Im hausärztlichen Versorgungsbereich soll weiterhin bei stenokardischen Symptomen die klinische Wahrscheinlichkeit für eine KHK mit Hilfe des Marburger Herz-Scores (<https://tinyurl.com/2y2avx65>) abgeschätzt werden.
- Bei Nebenwirkungen von Statinen soll die Dosis reduziert oder auf ein anderes Statin umgestellt werden.

- Simvastatin soll nicht in einer Dosis von 80 mg/d verwendet werden (einige Statin-Studien zeigten deutlich, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis in dieser Dosis ungünstig ist).
- DEGAM und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) empfehlen nicht mehr eine Statin-Hochdosis, sondern geben eine offene Empfehlung, Vor- und Nachteile der Statin-Dosis partizipativ mit den Patient\*innen zu klären – siehe die Patient\*innen-Information „KHK – Statin in mittlerer oder hoher Dosis einnehmen?“ und siehe auch meine Benefit-Beiträge zum Thema „LDL – as low as possible“ vom Mai und Juni 2023.
- Bei der echten, seltenen Statin-Intoleranz kann auf Bempedoinsäure, Ezetimib oder einen PCSK-9-Hemmer ausgewichen werden.
- Weiterhin heißt es in der NVL: *„Patient\*innen, die zu einer Bypass-OP mit dem Ziel der Lebensverlängerung nicht bereit sind oder bei denen eine Kontraindikation dafür besteht, sollen keine invasive Diagnostik zur Abklärung der koronaren Morphologie erhalten.“* Sie *„sollen darüber aufgeklärt werden, dass für einen möglichen Überlebensvorteil der PCI keine Evidenz aus randomisierten Studien vorliegt.“*
- Es soll die Teilnahme am DMP KHK angeboten werden.

Sie sehen: Diese NVL hat einen normativen Charakter. Ihre Empfehlungen weichen stark von der aktuell erlebten Realität ab.

Lassen Sie uns gemeinsam dafür streiten, dass sich auch in diesem Versorgungsbereich perspektivisch Evidenz und Vernunft durchsetzen – dass unsere evidenzbasierte Karawane trotz reichlich Gegenwind doch ihr Ziel erreicht!

Es bedankt sich mit freundlichen Grüßen  
Günther Egidi

(der im Übrigen auch den folgenden Kolleg\*innen dafür dankt, dass sie diesen Text kritisch auf etwaige Fehler hin durchgeschaut haben: Erika Baum, Jörg Haasenritter, Thomas Kühlein, Michael M. Kochen, Uwe Popert und Martin Scherer)

Dr. med. Günther Egidi  
guenther.egidi@posteo.de