

**Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen e. V. (Lipid-Liga)**

Herrn  
Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz  
Vorsitzender des Sachverständigenrates  
für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen  
Am Probsthof 78a

53121 Bonn

München, d. 28. August 2000

**Befragung von Betroffenen-Organisationen durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

Sehr geehrter Herr Prof. Schwartz,

zunächst möchten wir uns beim Sachverständigenrat für die Berücksichtigung bei der Befragung von Betroffenen-Organisationen zur Feststellung von Bereichen mit möglicher Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen bedanken.

Wie der Sachverständigenrat in seinem Schreiben vom 5. Juli 2000 bereits feststellt, liegen für viele Versorgungsbereiche keine ausreichenden empirischen Daten vor und können in der Kürze der Zeit nicht erhoben werden. Im Hinblick auf Morbiditätsdaten trifft diese Einschätzung auch auf den Versorgungsbereich Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen, der Atherosklerose und Herz-Kreislaufferkrankungen, zu. Fragen zur Inzidenz und Prävalenz der Dyslipoproteinämien können daher nur unter Vorbehalt erfolgen.

Nachfolgend erhalten Sie, basierend auf entsprechenden Publikationen, eine Stellungnahme der Lipid-Liga bezüglich einer **nicht bedarfsgerechten Versorgung den Bereich Fettstoffwechselstörungen und ihre Folgeerkrankungen, d. h. die Atherosklerose sowie Herz-Kreislaufferkrankungen betreffend.**

Gern stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung. Wir hoffen Ihnen mit diesen Angaben gedient zu haben.

Mit freundlichen Grüßen  
DGFF Lipid-Liga e. V.

Prof. Dr. med. Peter Schwandt  
1. Vorsitzender

Anlage

**Stellungnahme der  
Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von  
Fettstoffwechselstörungen und ihre Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V. zur  
bedarfsgerechten Versorgung im  
Bereich Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen**

Herz-Kreislaufkrankungen sind als Folge der Atherosklerose nach wie vor die häufigste Todesursache in Deutschland (1). Die Risikofaktoren, die zur Atherosklerose führen, sind bekannt und umfassen Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, Rauchen und insbesondere Dyslipoproteinämien.

Ein wesentliches Anliegen der Lipid-Liga ist die Förderung der primären und sekundären Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen.

**1. Hauptindikationsbereiche:  
Fettstoffwechselstörungen und ihre Folgeerkrankungen**

**a) Problembeschreibung:**

- Gesamtes Bundesgebiet: Gesamtbevölkerung

Die o. g. Risikofaktoren, die zu atherosklerotischen Erkrankungen führen, sind zu einem großen Teil lebensstilabhängig. Dies impliziert, daß die Ausbildung dieser Risikofaktoren durch eine Beeinflussung des Lebensstils, vor allem durch Erhöhung der körperlichen Aktivität und der Ernährungsweise vorgebeugt werden kann. Es gibt eindeutige Untersuchungen, die belegen, dass damit die Ausbildung und Progression atherosklerotischer Veränderungen verhindert werden kann (2-4). Dabei konnte auch gezeigt werden, daß präventive Maßnahmen auch im höheren Lebensalter greifen und sich in einer verminderten Morbidität niederschlagen (5-7).

- Spezifische Teilpopulation: Patienten

Bei Patienten mit nachgewiesener Atherosklerose besteht eine Unterversorgung bezüglich der Therapie mit Lipidsenkern, obwohl dadurch eine hochsignifikante und eindrucksvolle Reduktion von kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität erreicht werden kann (8). So zeigt eine Auswertung des „Institutes Medizinische Statistik“ (IMS Health) vom Juli 2000, daß von 3720 KHK-Patienten lediglich 4% gemäß aktueller Erkenntnisse (evidence based medicine) behandelt werden und, daß 87% der KHK-Patienten keine oder eine nicht ausreichende Behandlung

mit Lipidsenkern erhalten. Ähnliche Daten fanden sich auch im Rahmen der Bayerischen Cholesterin-Aktion: Von 202 987 Personen hatten 10 753 einen Herzinfarkt durchgemacht, von denen lediglich 923 (8,6%) mit einem Lipidsenker behandelt waren (9). Ein weiteres Problem besteht darin, daß eine einmal eingeleitete lipidsenkende Therapie häufig nicht konsequent fortgesetzt wird. Das zunehmende Absetzen von wirksamen Medikamenten mit zunehmendem Abstand zum Atheroskleroseereignis (z.B. Infarkt) ist allerdings ein Problem, das nicht nur die Lipidsenkung betrifft (10,11).

#### - Leistungserbringer: Krankenkassen - Ärzte

Die Unterversorgung von Patienten mit nachgewiesener Atherosklerose hat mehrere Gründe. Zum einen bestehen in der Ärzteschaft Wissenslücken bezüglich neuerer Studienergebnisse, zum anderen führt die derzeitige Budgetsituation dazu, daß eine Therapie mit effektiven Lipidsenkern aus Kostengründen abgebrochen oder in insuffizienter Weise fortgesetzt wird.

Bezüglich der Behandlungspflicht von erhöhten Lipidwerten besteht in der Ärzteschaft ein erhebliches Wissensdefizit. Dies bezieht sich darauf, daß zum einen nicht-pharmakologische Therapieansätze (Ernährungsumstellung und Steigerung der körperlichen Aktivität) bei bestimmten Formen der Hyperlipoproteinämie (Hypertriglyceridämie) zu wenig eingesetzt werden und andererseits darauf, daß, wenn eine medikamentöse Therapie notwendig ist, reflexartig lediglich eine Medikamentengruppe (HMG-CoA-Reduktasehemmer) verschrieben wird. Diesbezüglich besteht also eine Überversorgung, bzw. eine Fehlversorgung.

Zu diesem Punkt gibt es keine systematischen Untersuchungen. Allerdings legen die Anfragen aus Ärztekreisen und von Betroffenen dies nahe.

#### **b) Quellenangaben:**

1. Statistische Berichte des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung: Die Gestorbenen in Bayern im Jahr 1998. Januar 2000
2. Stampfer, M. J. , et al.: Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N. Engl. J. Med. 343 (2000) 16 - 22
3. Hjermann, I., et al.: Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet 8259 (1981) 1303 - 1310
4. Schuler, G., et al.: Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease. Circulation 86 (1992) 1 - 11
5. Amery, A., et al.: Mortality and morbidity results from the European Working Parts on High Blood Pressure in the Elderly Trial. Lancet 1 (1985) 1349 - 1354

6. Stout, R. W.: Lipoproteinstoffwechsel beim alten Menschen. In: Handbuch der Fettstoffwechselstörungen (Herausgeber Schwandt, P., W. O. Richter). F. K. Schattauer, Stuttgart (1995) 259 - 272
7. Manolino, T. A., et al.: Cholesterol and heart disease in older persons and women. *Ann. Epidemiol.* 2 (1992): 161 - 176
8. Gotto, A. M., S. M. Grundy: Lowering LDL Cholesterol. *Circulation* 99 (1999) e1 - e7
9. Richter, W. O., P. Schwandt: Lipid-lowering therapy after myocardial infarction: The Bavarian Cholesterol Screening Project. *JAMA* 280 (1998) 603 - 604
10. Larsen, J., et al.: Lack of adherence to lipid-lowering drug treatment. A comparison of utilization patterns in defined populations in Funen, Denmark and Bologna, Italy. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 49 (2000) 463 - 471
11. Burnier, M., et al.: Long-term compliance with antihypertensive therapy: another facet of chronotherapeutics in hypertension. *Blood Press. Monit.* 5 (Suppl 1) (2000) 31 - 34

**c) Empfehlungen:**

- Erweiterung des Leistungskatalogs zur frühzeitigen Erkennung von Fettstoffwechselstörungen (Gesamt-, LDL- und HDL-Cholesterinkonzentration und der Triglyceridkonzentration) bei Kindern und Jugendlichen aus Risikofamilien (vorzeitiger Infarkt oder Schlaganfall) sowie adipöse Kinder und Jugendliche.
- Behandlung von Hochrisikopatienten für Herz-Kreislaufkrankungen, bzw. von Patienten mit atherosklerotischen Erkrankungen außerhalb des Globalbudgets der GKV.
- Gezielte Fortbildungsprogramme für Ärzte: Intensivierung der Bemühungen, das Wissen durch den um konsequente LDL-Cholesterinsenkung mit hochwirksamen Medikamenten erreichbaren erheblichen Nutzen bezüglich Mortalität und Morbidität an praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und Internisten weiter zu geben.
- Verankerung des Faches Gesundheitserziehung in der schulischen Ausbildung
- Angebot präventiver Maßnahmen und Therapien im höheren Lebensalter

## **2. Wichtige Indikationsbereiche: Risikostatus Atherosklerose**

### **a) Problembeschreibung:**

Die zur Atherosklerose führenden Risikofaktoren sind bekannt. Dennoch werden diese Faktoren nur bei einem geringen Anteil der Bevölkerung zu einem Zeitpunkt erfasst, bei dem noch eine Primärprävention möglich wäre. Häufig wird der Risikofaktorstatus erst dann erfasst, wenn bereits ein Atheroskleroseereignis eingetreten ist, wie die Daten der Bayerischen Cholesterin-Aktion zeigen (12). Es ist davon auszugehen, daß diese Bayern weit erhobenen Daten keine regionale Spezifität darstellen, sondern auf das gesamte Bundesgebiet übertragbar sind. Zur frühzeitigen Intervention im Rahmen von Präventionsprogrammen wäre eine möglichst frühe Erfassung des Risikostatus wünschenswert, um eine möglichst gezielte Prävention durchführen zu können. Dabei hat die Erfassung des Risikoprofils im Kindesalter prädiktive Bedeutung (13,14,15).

### **b) Quellenangaben:**

12. Richter, W. O., et al.: Results and efficacy of public screening for hypercholesterolemia: The Bavarian Cholesterol Screening Project. J. Clin. Epidemiol. 48 (1995) 1307 - 1317

13. Schwandt, P., et al.: The prevention education program (PEP). A prospective study of the efficacy of family oriented life style modification in the reduction of cardiovascular risk and disease. J. Clin. Epidem. 52 (1999) 791 - 800

14. Berenson, G. S., et al.: Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. N. Engl. J. Med. 338 (1998) 1650 - 1656

15. Kunze, D. : Wann ist eine Untersuchung der Cholesterinwerte bei Kindern sinnvoll? Der Lipidreport, 3. Jahrgang, Heft 3, September 1993, 3 - 5

### **c) Empfehlungen:**

- Etablierung primärer Gesundheits-Präventionsprogramme in Schulen.
- Herausnahme der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung nach §25 des Gesundheitsstrukturgesetzes aus dem budgetierten Leistungskatalog der GKV.

### **3. Indikationsbereiche in fachlicher Nähe**

#### **a) Problembeschreibung:**

Auch wenn die Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen zum großen Teil bekannt sind, ist offen, in wie weit sich die einzelnen Risikofaktoren gegenseitig beeinflussen können. Amerikanische (15) und deutsche Untersuchungen wie die Bayerische Cholesterin Aktion (16) PROCAM-Studie (17), bzw. die GRIPS-Studie (18) konnten zeigen, daß eine enge Beziehung zwischen den einzelnen Risikofaktoren besteht. Allerdings handelt es sich in diesen Studien um relativ eng umschriebene Populationen, so daß die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf die Gesamtpopulation übertragbar sind. Es fehlen also epidemiologische Daten, welche zum einen das Verhältnis der Risikofaktoren zueinander, zum anderen aber auch zeitliche Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und atherosklerotischen Erkrankungen, wie auch die zeitliche Entwicklung der Inzidenz und Prävalenz der Atherosklerose beschreiben lassen.

#### **b) Quellenangaben:**

15. Kjelsberg, M. O., et al.: Chapter 2. Brief description of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Am. J. Clin. Nutr. 65 (Suppl) (1997) 191S - 195S

16. Laubach, E., et al.: Auf dem Weg zum Herzinfarkt-Risiko-Atlas: Die Bayerische Cholesterin Aktion (BCA). Bayerisches Ärzteblatt (2000) 3 - 7

17. Assmann, G., et al.: The Münster Heart Study (PROCAM) Results of follow-up at 8 years. Eur. Heart. J. 19 (Suppl A) (1998) A2 - A11

18. Cremer, P., et al.: Ten-year follow-up results from Goettingen Risk, Incidence and Prevalence Study (GRIPS). I. Risk factor for myocardial infarction in a cohort of 5790 men. Atherosclerosis 129 (1997) 221 - 230

#### **c) Empfehlungen:**

- Implementierung des Faches Präventionsmedizin und Ernährungsmedizin als Studienfach sowie Sportmedizin als Wahlpflichtfach im Studiengang Medizin.
- Aufbau eines Morbiditätsregisters für Atherosklerose und Herz-Kreislaufkrankungen, ähnlich dem Krebsregister.

München, den 28. August 2000