

Kardiologie 2016 · 10:81–87
DOI 10.1007/s12181-016-0050-z
Online publiziert: 1. April 2016
© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V.
Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg
– all rights reserved 2016



H. Gohlke^{1,2} · R. Loddenkemper³ · M. Halle^{4,5,6} · N. Smetak⁷ · S. Andreas^{8,9} ·
T. Hering¹⁰ · D. Nowak¹¹ · R. Hambrecht¹²

¹ Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Düsseldorf, Deutschland

² Deutsche Herzstiftung e. V., Frankfurt, Deutschland

³ Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Berlin, Deutschland

⁴ Klinikum rechts der Isar, Präventive und Rehabilitative Sportmedizin, Technische Universität München, München, Deutschland

⁵ Munich Heart Alliance, Deutsches Zentrum für Herz-Kreislaufforschung (DZHK), München, Deutschland

⁶ Else-Kröner Fresenius Zentrum, Präventionszentrum, Klinikum rechts der Isar, TU München, München, Deutschland

⁷ Kardiologische Gemeinschaftspraxis Dres. Smetak, Wankmüller, Kirchheim/Teck, Deutschland

⁸ Lungenfachklinik Immenhausen, Immenhausen, Deutschland

⁹ Abteilung Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

¹⁰ Bundesverband der Pneumologen, Heidenheim, Deutschland

¹¹ Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, WHO Collaborating Centre for Occupational Health, Klinikum der Universität München, München, Deutschland

¹² Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin, Klinikum Links der Weser – Herzzentrum, Bremen, Deutschland

Stellungnahme der „Projektgruppe Prävention“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Eine Zusammenarbeit mit folgenden
Gesellschaften: DGP, DGAUM, BdP, DLS,
Deutsche Herzstiftung

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK) begrüßt in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM), dem Bundesverband der Pneumologen (BdP), der Deutschen Lungenstiftung (DLS) und der Deutschen Herzstiftung e. V. die Verabschie-

dung des neuen Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) im Juli 2015.

Wesentliche Inhalte des Gesetzes sind:

– die Stärkung der Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention für alle Altersgruppen und in

vielen Lebensbereichen („Lebenswelten“, Verhältnisprävention),

– eine Steigerung der Investitionen der Kranken- und Pflegekassen für Gesundheitsförderung und Prävention, wobei der Schwerpunkt in den Lebenswelten Kindertagesstätten, Schule, Kommunen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen liegt,

- Ärztinnen und Ärzte sollen Präventionsempfehlungen ausstellen, die vergütet werden; hierbei werden auch Betriebsärzte einbezogen,
- Impfprävention wird gefördert,
- Selbsthilfegruppen werden finanziell unterstützt,
- Modellprojekte (Studien im Bereich der Prävention) können gefördert werden.

Um Überschneidungen mit den pädiatrischen Gesellschaften zu vermeiden, möchten wir uns auf Kommentare beschränken, die sich auf die Prävention von kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen im Erwachsenenalter beziehen, ohne damit die große Bedeutung der präventiven Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter mindern zu wollen.

Zielgruppengerechte Inanspruchnahme von Präventionsleistungen

DGK, DGP, DGAUM, BdP, DLS und Deutsche Herzstiftung begrüßen, dass im § 20 des SGB V der Schwerpunkt von der Krankheitsfrüherkennung auf die Prävention verlagert wird, nämlich auf die Erfassung von gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren, die – wenn nicht beeinflusst – mit großer Wahrscheinlichkeit im Verlauf von Jahren zu kardiovaskulären und bronchopulmonalen Erkrankungen führen können. Diese Initiative ist für die deutsche Bevölkerung überfällig und besonders dringlich, weil Deutschland, im europäischen Vergleich in Bezug auf Prävention hinter Island, Norwegen, Spanien, Schweden und Luxemburg nur an 6. Stelle rangiert [1].

Die Gesellschaften befürworten ebenfalls die Forderung, dass die präventiven Maßnahmen nach noch zu bestimmenden, wissenschaftlich fundierten Kriterien umgesetzt werden sollen. Die von

mehreren europäischen Fachgesellschaften kürzlich erarbeiteten europäischen Leitlinien [2] für die Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen können sicher eine große Hilfe bei der Auswahl der Zielgruppen und der zu fördernden präventiven Leistungen sein. Eine Risikostratifikation nach dem SCORE-System, mit dem das 10-Jahres-Risiko für kardiovaskulären Tod geschätzt wird, sollte nach diesen Leitlinien in die initiale Befunderhebung mit einbezogen werden, um speziell die Personen mit höherem – teilweise auch sozial bedingtem – Risiko zu erfassen. Hier wurde eine speziell für die deutsche Bevölkerung angepasste Risikotabelle entwickelt; sie wird als SCORE-Deutschland bezeichnet [3]. Bei Personen mit hohem Risiko (d. h. 10-Jahres-Risiko für kardiovaskulären Tod über 5%) ist eine Risikofaktorenintervention besonders kosteneffektiv. Die wichtigsten Risikofaktoren, die zur Häufigkeit der kardiovaskulären Erkrankungen (Herzinfarkt, Herzmuskelschwäche, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen der Beinarterien) beitragen, wie Tabakkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel, begünstigen ebenfalls den Diabetes mellitus Typ 2 und Lungen- und Tumorerkrankungen [3, 4], sodass hier sicher Übereinstimmungen und Synergien mit den Empfehlungen der WHO [5] und weiterer Fachgesellschaften erzielt werden [6].

Aufgrund der sehr großen Bedeutung des Lebensstils für kardiovaskuläre Risikofaktoren und Herz-, Gefäß- und Lungenerkrankungen sowie deren Bedeutung für vorzeitige Krankheit, Arbeitsausfall und Todesfälle [7, 8] kommt kardiovaskulären und bronchopulmonalen Präventionsstrategien eine zentrale Rolle im Gesamtkonzept der Prävention zu. Deshalb erachten wir eine enge Einbindung der kardiologischen und pneumologischen Fachgesellschaften in dem nach § 20e SGB V zu schaffenden Präventionsforum für eindeutig sinnvoll und notwendig.

Die Beeinflussung von Risikofaktoren, um Erkrankungen zu verhindern, ist nach internationalen Erfahrungen [2, 3] ein relativ zeitaufwendiger Prozess, der nicht mit der Mitteilung an den Patienten über das Vorhandensein von Risikofaktoren abgeschlossen ist, sondern

wiederholte Beratungen, Unterstützung und Motivation des Patienten zur Lebensstilumstellung erfordert, die in die Beurteilung der ärztlichen Leistung eingehen sollten. Die Häufigkeit von und die Qualifikation für Beratungsgespräche bestimmt ebenso den Erfolg der Intervention wie die Verwendung von unterschiedlichen schriftlichen oder grafischen Erläuterungen [1]. Die Dokumentation der Risikostratifikation, der Beratung und der kompetenten Vermittlung von individuellen, auf den einzelnen Patienten abgestimmten Empfehlungen zu den einzelnen Risikofaktoren bzw. zur Stärkung von Gesundheitsfaktoren sollten Teil der primärpräventiven Beratung und des Risikofaktoreninterventionskonzeptes nach § 20(3) SGB V des Präventionsgesetzes sein.

Die Nutzung vorhandener fachkardiologischer und -pneumologischer ambulanter Strukturen ist hierzu ein essenzieller Baustein.

Besonders wichtig und begrüßenswert erscheint die folgende Passage in der Begründung des Präventionsgesetzes, die der individuellen Beurteilung des Patienten durch den Arzt/die Ärztin und seiner/ihrer schriftlichen Empfehlung eine deutliche Priorität gegenüber den grundsätzlichen Ansichten der Krankenkassen einräumt; damit dürften sich Regressforderungen der Krankenkassen bei leitlinienkonformen Empfehlungen des Arztes/der Ärztin zur Prävention in Zukunft erübrigen, was die Arbeit dieser erheblich erleichtern wird [9]:

„Begründung A. Allgemeiner Teil I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen. Die Gesundheitsuntersuchung wird eine ärztliche präventionsorientierte Beratung beinhalten. Auf dieser Grundlage können Ärztinnen und Ärzte den Versicherten individuelle Maßnahmen zur Primärprävention empfehlen. *Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen ein* und stellt für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zur primären Prävention im Individualfall dar. Damit wird dazu beigetragen, dass Kurs-

Prof. Helmut Gohlke ist em. Vorsitzender der Projektgruppe Prävention der DGK und sitzt im Vorstand der Deutschen Herzstiftung e.V.
Prof. Martin Halle ist em. Vorsitzender Projektgruppe Sportkardiologie der DGK.
Dr. Norbert Smetak ist 1. Bundesvorsitzender des BNKe.V.
Prof. Rainer Hambrecht ist Vorsitzender der Projektgruppe Prävention der DGK.

Kardiologie 2016 · 10:81–87 DOI 10.1007/s12181-016-0050-z
© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.
Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg – all rights reserved 2016

H. Gohlke · R. Loddenkemper · M. Halle · N. Smetak · S. Andreas · T. Hering · D. Nowak · R. Hambrecht

Stellungnahme der „Projektgruppe Prävention“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Eine Zusammenarbeit mit folgenden Gesellschaften: DGP, DGAUM, BdP, DLS, Deutsche Herzstiftung

Zusammenfassung

In einer gemeinsamen Stellungnahme zum Präventionsgesetz der kardiologischen, pneumologischen Fachgesellschaften (FG) und der FG Arbeits- und Umweltmedizin sowie der Herzstiftung und der Lungenstiftung wird begrüßt, dass die Erfassung und Behandlung von Risikofaktoren durch Ärzte nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten unterstützt werden soll; es gibt aber auch einige Kritikpunkte: Die Ziele der Prävention werden in der Präventionskonferenz ohne

Beteiligung von wissenschaftlichen FG nur durch Sozialversicherungsträger, Bund, Länder und Kommunen festgelegt. Bewegungsmangel und Fehlernährung sollten stärker durch den Ausbau des Schulsportes angegangen werden. Der quantitativ bedeutendste Risikofaktor Tabakkonsum wird nur unzureichend berücksichtigt. Tabakwerbung und Tabaksteuer als Ansatzpunkte für Prävention werden nicht angesprochen; die uneingeschränkte Einschätzung des

Tabakkonsums als Lebensstil im §34 SGB V entspricht nicht dem Stand der Wissenschaft. Das Präventionsgesetz zeigt zwar einige Verbesserungen im Vergleich zur bisherigen Gesetzeslage, allerdings besteht weiterer, deutlicher Optimierungsbedarf.

Schlüsselwörter

Herzinfarkt · Präventionskonferenz · Tabakabhängigkeit · Bewegung · Schulsport

Statement of the „Project group prevention“ of the German Cardiac Society on the Act for strengthening promotion of health and prevention. A cooperation with the German Respiratory Society (DGP), the German Society for Occupational and Environmental Medicine (DGAUM), the Federal Association of Pneumologists (BdP), the German Lung Foundation (DLS) and the German Heart Foundation

Abstract

A joint statement by the professional cardiological and pneumological societies, the German Society for Occupational and Environmental Medicine as well as the German Heart Foundation and the German Lung Foundation welcomes the regulation that identification and treatment of risk factors according to scientific guidelines by physicians will be supported by the new law for prevention; however, there are several points of criticism. The goals of prevention are to be delineated in a prevention conference only by social

insurance agencies together with federal, state and community agencies but excluding participation of scientific societies. Lack of exercise and poor nutritional habits should be addressed by extending the hours devoted to sports in schools. The most important risk factor in terms of fatal events is tobacco consumption (TC), which is inadequately dealt with. Tobacco advertising and taxes are not even mentioned as instruments for improving prevention and TC, irrespective of the intensity, is regarded in §34 of the Social

Security Code (*Sozialgesetzbuch V*, SGB V) as a lifestyle which is not in accordance with the state of science. The new Act for prevention represents some improvement compared to the previous state of the law but there is a great need for further optimization.

Keywords

Heart attack · Conference of prevention · Tobacco dependence · Exercise · Youth sports

angebote gezielt diejenigen Menschen erreichen, die sie benötigen.“

Andererseits ist es kritisch zu sehen, dass nach dem neuen Gesetz die Rahmenempfehlungen und Ziele der Prävention (*nationale Präventionsstrategie*) ausschließlich von einer *nationalen Präventionskonferenz* definiert werden, der Vertreter von Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern, Kommunen, Bundesagentur für Arbeit und Sozialpartnern angehören; die wissenschaftlichen Fachgesellschaften gehören der Präventionskonferenz nicht an, obwohl im § 20 SGBV besonderer Wert auf „die Einbeziehung unabhängigen, insbesondere

gesundheits-wissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen ... Sachverständes“ gelegt wird. Fachgesellschaften werden allenfalls im sog. Präventionsforum gehört. Auf die täglichen Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte in der Erkennung von Risikopatienten sowie der Vermittlung und Erfolgskontrolle von Präventionsmaßnahmen sowie die wissenschaftliche Bewertung von Präventionsmaßnahmen auch im Vergleich und in Ergänzung von Medikamenten wird damit verzichtet.

Lebenswelten

Die federführenden Gesellschaften begrüßen die Einbeziehung von Betriebs-/Arbeitsmedizinern in die Primärprävention; die arbeitende Bevölkerung, die vielleicht – trotz erheblicher Risikofaktoren oder wegen geringer ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins – noch nicht den Weg zum/zur kurativ tätigen Arzt/Ärztin gefunden hat, stellt eine wichtige Zielgruppe für die Primärprävention dar (auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen z. B.[10]). Hier kann die Primärprävention auch sozial bedingte Ungleichheiten abmildern.

Bewegungsmangel und *Fehlernährung* sind in Deutschland unbestritten verantwortlich für die starke Zunahme von Übergewicht, Adipositas und Typ-2-Diabetes mellitus [3]. Die Konsequenz ist eine weitere Zunahme der Häufigkeit von Herzinfarkten, Schlaganfällen und anderen kostenintensiven Begleiterkrankungen. Die Folgekosten dieser Erkrankungen sind bereits heute enorm [11] und werden das Gesundheitssystem vor zusätzliche Finanzierungsprobleme stellen. Die Gesellschaften (DGK, DGP, DGAUM, BdP, DLS, Deutsche Herzstiftung) sind der Überzeugung, dass das neue Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention neben der Förderung von Ernährungsaufklärung und -beratung auch eine Intensivierung der körperlichen Bewegung fördern sollte. Eine hohe Priorität sollte der Ausbau des *Schulsports* durch eine Anhebung der Wochenstundenzahl haben, auch wenn die Umsetzung der Schulpolitik primär in der Verantwortung der Länder liegt. Wissenschaftliche Daten belegen, dass eine Intensivierung des Schulsports positive Effekte auf die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit hat sowie Stoffwechselwerte (Gewicht, Körperfett) von Kindern eindeutig verbessert [3–5]. Im Erwachsenenalter sollte durch verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen eine gezielte körperliche Aktivität von mindestens 30 min am Tag erreicht werden [2, 6, 12]. Dies können Unternehmen im Rahmen ihres betrieblichen Gesundheitsmanagements durch gezielte Angebote an die Mitarbeitenden (z. B. Job-Ticket, baulich-technische Maßnahmen, Bewegungsangebote) unterstützen.

Dieses Konzept sollte ergänzt werden durch die Förderung individueller Maßnahmen zu mehr Aktivität und sportlicher Betätigung in jedem Lebensabschnitt bis ins hohe Alter. So unterstützen wir speziell ein entsprechend individuell strukturiertes und von den Kostenträgern mitgetragenes, basierend auf individuellen ärztlichen Empfehlungen konzipiertes „Rezept für Bewegung“ [2].

Der quantitativ bedeutendste und beeinflussbare Risikofaktor, der durch omnipräsente Werbung in fast alle Lebenswelten eindringt, ist zweifellos der *Tabak-*

konsum: Dieser stellt das größte vermeidbare Gesundheitsproblem in Deutschland dar, welches deutlich wird an den jährlich in Deutschland an den Folgen des Tabakkonsums versterbenden Personen (geschätzt 121.000) [13], was etwa 330 Todesfällen pro Tag entspricht.

Wenn es Ziel des neuen Präventionsgesetzes sein soll, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, kann dementsprechend die Tabakprävention nicht ausgelassen, sondern muss eindeutig mit allem Nachdruck intensiviert werden. Besonders in diesem Bereich sind die primärpräventiven Bemühungen und Maßnahmen in Deutschland unzureichend [14] und müssen dringend ausgebaut werden. In Deutschland werden pro Jahr zwischen 79,5 und 140 Milliarden versteuerte Fertizigaretten und etwa 257.000 Tonnen Feinschnitt für selbst gedrehte Zigaretten verkauft [13]; etwa 20 % der Frauen und 30 % der Männer über 18 Jahre rauchen [13]. Pro 1 Mio. gerauchter Zigaretten ist mit einem Todesfall zu rechnen [15], pro 3,5 Mio. Zigaretten mit einem neuen Fall von Lungenkrebs [16]. Im Jahr 2011 wurden in Deutschland 52.717 Lungenkarzinome neu diagnostiziert und 43.944 Todesfälle als Folge eines Lungenkrebses registriert [17], von denen etwa 80 % auf den Tabakkonsum zurückzuführen sind [13]. Hinzu kommen noch 26.000 Todesfälle als Folge einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, die in bis zu 98 % als Folge des Rauchens anzusehen ist [8, 18]. Gleichzeitig ist Rauchen der Hauptrisikofaktor für Herzinfarkte und peripher-arterielle Verschlusskrankheit (Raucherbein) [19].

Trotz dieser unbestrittenen Erkenntnisse ist Deutschland im Jahr 2015 (11 Jahre nach Ratifizierung des WHO initiierten Framework Convention on Tobacco Control [FCTC] durch das Parlament) das letzte EU-Land, in dem noch auf Plakaten in der Öffentlichkeit für Tabakprodukte geworben werden darf [13]. Den Steuereinnahmen von 14 Mrd. € pro Jahr stehen trotz der skizzierten dramatischen, gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums nur 190 Mio. € an Aufwendungen für Prävention gegenüber [11] – etwa der Betrag, der an Steuern durch den illegalen Zigarettenkonsum

von Minderjährigen eingenommen wird [12]. Deutschland lag bei der Präsentation der European Cancer Leagues im Rahmen der „Europäischen Konferenz zu Tabak oder Gesundheit“ im Februar 2014 in Istanbul in der aktuellen Tabak-Kontroll-Skala mit 32 von 100 möglichen Punkten auf einem traurigen 33. Platz bei 34 analysierten Ländern. Schlechter hatte nur noch Österreich abgeschnitten [20].

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist, dass die per Gesetz festgelegte, uneingeschränkte Einordnung des Tabakkonsums als „Lebensstil“ im SGB V weder den wissenschaftlichen Erkenntnissen des 21. Jahrhunderts entspricht noch der Beurteilung der Weltgesundheitsbehörde. Dies muss unbedingt geändert und den neuesten internationalen und wissenschaftlichen Standards angepasst werden.

In dem in Deutschland gebräuchlichen und von den Krankenkassen vorgeschriebenen diagnostischen Klassifikationssystem von Krankheiten, dem ICD-10, wird die Tabak- oder Nikotinabhängigkeit unter der Kodierungsnummer F 17.2 aufgeführt und definiert. Etwa 50 % der Raucher sind nach wissenschaftlichen Untersuchungen als nikotinabhängig einzuschätzen, denen, wie auch anderen Abhängigkeitserkrankten, eine medizinische Behandlung – auch mit Medikamenten – nicht verweigert werden kann [21]. Deshalb sollten konkret im § 34 SGB V, *Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel* im Absatz 1, vorletzter Satz die beiden Worte „zur Raucherentwöhnung“ gestrichen werden.

Nikotinabhängigkeit und Rauchgewohnheiten sind in den sozial weniger privilegierten Schichten deutlich stärker präsent [22, 23], sodass gerade durch die Unterstützung der Therapie der Nikotinabhängigkeit auch eine sozial bedingte Benachteiligung ausgeglichen werden kann.

Wenn es darum geht, in den Lebenswelten eine Verbesserung der Prävention zu erreichen, sollte wie in den anderen europäischen Ländern ein umfassendes Verbot der Tabakwerbung einschließlich Promotion und Sponsoring in jeder Form dringend umgehend umgesetzt werden [14].

Fazit

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention zeigt einige deutliche Verbesserungen im Vergleich zur bisherigen Gesetzeslage.

Allerdings bestehen auch einige Kritikpunkte:

- Die vorgesehene finanzielle Ausstattung von 7 €/Versichertem/Jahr durch die gesetzlichen Krankenversicherungen ist in Anbetracht der Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention bei Weitem nicht ausreichend.
- Das vorgesehene Konzept mit Präventionskonferenz, -forum, -bericht und Qualitätssicherung bedeutet einen erheblichen bürokratischen Aufwand mit entsprechenden Kosten.
- Die Präventionsziele werden ausschließlich von der Präventionskonferenz definiert, wissenschaftliche Fachgesellschaften haben kein Mitbestimmungsrecht, obwohl die Notwendigkeit für die Einbeziehung des wissenschaftlichen Sachverständes im Gesetz besonders hervorgehoben wird.
- Die bisher unzureichenden Maßnahmen zur Raucherprävention in Deutschland erfüllen mit Skepsis bezüglich zukünftiger primärpräventiver Bemühungen.
- Um das Potenzial zur Verbesserung des Gesundheitsstandes der Bevölkerung – auch unter Berücksichtigung sozialer Aspekte – auszuschöpfen, sind außerdem weitere deutliche Verbesserungen bezüglich der Förderung körperlicher Aktivitäten insbesondere im Schulsport und in der Arbeitswelt notwendig.
- Die Einbindung der ärztlichen und besonders auch kardiologischen und pneumologischen Fachkompetenz sollte in das Präventionsstrategiekonzept implementiert werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Gohlke

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Grafenberger Allee 100, 40237 Düsseldorf,
Deutschland
H.Gohlke@t-online.de

Interessenkonflikt. Den Interessenkonflikt der Autoren finden Sie online auf der DGK-Homepage unter <http://leitlinien.dgk.org/> bei der entsprechenden Publikation.

Literatur

1. Health Consumer Powerhouse (2015) Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powerhouse Ltd, Täby, S 24–25
2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) et al (2012) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012), the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 33:1635–1701
3. Keil U, Fitzgerald AP, Gohlke H, Wellmann J, Hense H-W (2005) Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention *Dtsch Arztebl* 102:A1808–1812
4. Effertz T, Garlachs D, Gerlach S, Müller MJ, Pötschke-Langer M, Prümel-Philippen U, Schaller K (2015) Wirkungsvolle Prävention chronischer Krankheiten. Strategiepapier der NCD-Allianz zur Primärprävention. *Präv Gesundheitsf* 10:95–199
5. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>. Zugriffen: 23.03.2014
6. Arena R, Guazzi M, Lianov L, Whitsel L, Berra K, Lavie CJ et al (2015) Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease – a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, and American College of Preventive Medicine. *Eur Heart J* 36(31):2097–2109
7. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T, Peto R (2013) 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 368:341–350
8. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, Million Women Study Collaborators *Lancet* (2013) The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 381(9861):133–141
9. Bundestags-Drucksache 18/4282 – S. 23/24
10. Arena R, Guazzi M, Briggs PD, Cahalin LP, Myers J, Kaminsky LA, Forman DE, Cipriano G Jr, Borghi-Silva A, Babu AS, Lavie CJ (2013) Promoting health and wellness in the workplace: a unique opportunity to establish primary and extended secondary cardiovascular risk reduction programs. *Mayo Clin Proc* 88:605–617

11. Deutsches Krebsforschungszentrum (2015) Die Kosten des Rauchens in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Aus_der_Wissenschaft_fuer_die_Politik.html. Zugriffen: 23.03.2016
12. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, Lancet Physical Activity Series Working Group (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380:219–229
13. Deutsches Krebsforschungszentrum (2015) Tabakatlas Deutschland. www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-2015-final-web-dp-small.pdf. Zugriffen: 23.03.2016
14. Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR) Für eine konsequente Tabakprävention – Forderungen an die Politik. Positionspapier zur 18. Legislaturperiode 2013 – 2017. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-0061_S3_Tabak_2015-02.pdf. Zugriffen: 23.03.2016
15. Proctor R (2001) Tobacco and the global lung cancer epidemic. *Nat Rev Cancer* 1:82e6
16. Proctor R (2012) The discovery of the cigarette lung cancer link. *Tob Control* 21:87–91
17. Robert Koch-Institut Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut. http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Lungenkrebs/Lungenkrebs_node.html. Zugriffen: 23.03.2016
18. Gillissen A, Welte T (2014) Weißbuch Lunge 2014 – Herausforderungen, Zukunftsperspektiven, Forschungsansätze – Zur Lage und Zukunft der Pneumologie in Deutschland. FRISCHTEXTE, Herne, S 53
19. Raupach T, Gohlke H (2012) Epidemiologie und Bedeutung tabakassoziierter kardiovaskulärer Krankheiten. *Pneumologie* 9:185–190
20. Joossens L, Raw M (2014) The Tobacco Control Scale 2013 in Europe Report presented at the Sixth European Conference on Tobacco or Health (ECToH), Istanbul, Turkey, 26–29 March 2014. http://www.europeancancerleagues.org/images/TobaccoControl/TCS_2013_in_Europe_13-03-14_final_1.pdf. Zugriffen: 23.03.2016
21. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. www.abnr.de. Zugriffen: 23.03.2016
22. Lampert T (2010) Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53:108–116
23. Upson D (2015) Social determinants of cigarette smoking. In: Loddenkemper R, Kreuter M (Hrsg) *The Tobacco Epidemic*, 2. Aufl. Bd. 42. Karger, Basel, S 181–198