

18.10.24

Stellungnahme

des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz - GHG)

Der Bundesrat hat in seiner 1048. Sitzung am 18. Oktober 2024 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 20 Absatz 6 Satz 6 und Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 1 wie folgt zu fassen:

„1. § 20 Absatz 6 Satz 6 und 7 werden aufgehoben.“

Begründung:

Die im Gesetzentwurf in § 20 Absatz 6 Satz 6 und Satz 7 SGB V vorgeschlagene Regelung enthält die Finanzierung der durch den Gesetzesentwurf neu begründeten Leistungsansprüche im Bereich der medizinischen (Sekundär-) Prävention für Kinder, Jugendliche und Erwachsene einschließlich der Vergütung von Ärztinnen und Ärzten zur Ausstellung einer Präventionsempfehlung.

Die hierfür vorgesehene Finanzierung ist abzulehnen. Sie ist widersprüchlich:

Einerseits soll die bisher nicht vergütete Empfehlung durch Ärztinnen und Ärzte für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention künftig vergütet werden. Ziel dessen ist, dass mehr Empfehlungen ausgestellt und Versicherte die Angebote ihrer Krankenkasse zur Individualprophylaxe im Bereich Tabakentwöhnung und Ernährung in Anspruch nehmen.

Andererseits sollen medizinische Präventionsleistungen umfangreich erweitert werden. Diese sollen genau aus den Mitteln finanziert werden, die bisher den Versicherten für bestehende Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V) zur Verfügung stehen.

Es werden also zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen, aus denen Präventionsempfehlungen folgen sollen. Um diese in Anspruch nehmen zu können, müssen auch entsprechende Präventionsangebote zur Verfügung stehen, diese werden jedoch als Folge des Gesetzes abgebaut werden müssen, weil die dafür vorgesehenen Mittel zur Finanzierung der Vorsorgeuntersuchungen herangezogen werden.

Das Ziel, dass mehr Versicherte die ärztlich empfohlene Prävention in Anspruch nehmen, wird dadurch gefährdet.

Der Widersprüchlichkeit wird auch nicht dadurch begegnet, dass der GKV und ihrem Spitzenverband aufgegeben werden soll, jährlich über ihre Ausgaben nach § 20 Absatz 6 Satz 1 und Satz 6 SGB V zu berichten. Denn ein Bericht kann lediglich rückwirkend Finanzierungslücken aufzeigen, sie aber nicht verhindern.

Die bisherigen Sätze 6 und 7 von § 20 Absatz 6 SGB V sind zu streichen, da sie Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2020 und nicht verausgabte Mittel aus dem Jahr 2019 betreffen.

2. Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe c (§ 137f Absatz 3 Satz 1,
Satz 2 und
Satz 3 SGB V)

In Artikel 2 Nummer 3 ist Buchstabe c wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist das Wort „haben“ durch das Wort „können“ und das Wort „anzubieten“ ist durch das Wort „anbieten“ zu ersetzen.
- b) Satz 2 und Satz 3 sind zu streichen.

In der Folge ist in Artikel 2 Nummer 7 die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 4“ zu ersetzen.

Begründung:

Das Anliegen des Gesetzentwurfs, die Umsetzung von Disease-Management-Programmen (DMP) in der Versorgung zu fördern, wird ausdrücklich unterstützt.

Durch die Einfügung der neuen Sätze 1 bis 3 in § 137f Absatz 3 SGB V werden die Krankenkassen jedoch gesetzlich verpflichtet, ihren Versicherten zu allen vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten chronischen Krankheiten flächendeckend DMP anzubieten. Dies gilt sowohl für die Versicherten, bei denen bereits eine Erkrankung nach § 137f Absatz 1 Satz 1 SGB V vorliegt, als auch für Versicherte, die ein hohes Risiko für eine in den Richtlinien nach § 137f Absatz 1 SGB V festgelegte chronische Krankheit aufweisen und bereits behandlungsbedürftig sind.

Für die Krankenkassen gilt eine Frist von einem Jahr nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses an das DMP für die jeweilige Erkrankung. Die Jahresfrist für die Krankenkassen, die noch kein Programm für eine Erkrankung anbieten, zu der bereits in der Vergangenheit die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses erstmalig in Kraft getreten sind, beginnt mit dem Inkrafttreten dieser gesetzlichen Regelung. Die Jahresfrist für das erweiterte Angebot für behandlungsbedürftige Versicherte mit hohem Risiko für eine in den Richtlinien nach § 137f Absatz 1 SGB V festgelegte chronische Krankheit beginnt mit dem erstmaligen Inkrafttreten der entsprechenden Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Nach den gegenwärtigen Regelungen ist es den Krankenkassen und den KVen im Rahmen der Selbstverwaltung nach § 137g Absatz 1 SGB V überlassen, DMP einzuführen.

Durch die umfassende Verpflichtung würden DMP faktisch zu einem Angebot der Regelversorgung werden und gegebenenfalls unpraktikable, unflexible und teure Schiedsentscheidungen nach sich ziehen.

Gründe für den mitunter langen Einführungsprozess liegen meist in fehlenden Schulungen, deren Angebot für die Einführung von DMP unerlässlich und ein wichtiger Baustein für die Qualitätssicherung sind. Selbst wenn die Krankenkassen und die KVen die Verträge für die DMP entsprechend in der vorgegebenen Frist abschließen, heißt es nicht, dass die DMP dann auch für die Versicherten zur Verfügung stehen. Bleibt es bei einer Verpflichtung, ist zu befürchten, dass die breite Akzeptanz der Programme dadurch gefährdet sein könnte.

Die Folgeänderung ergibt sich aufgrund der Einführung von Satz 1 in § 137f Absatz 3 SGB V und der sich ergebenden Änderung der Satznummerierung.

3. Zu Artikel 2 Nummer 4 (§ 137g SGB V)

Der Bundesrat begrüßt die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Erleichterungen im Rahmen der Zulassung und Umsetzung von Disease-Management-Programmen (DMP). Dies kann ein Beitrag zur Verringerung des Bürokratieaufwandes sein.

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren jedoch zu prüfen, ob weiterhin ein – wenn auch erleichtertes - Zulassungsverfahren, gegebenenfalls durch Vorabprüfung der Verträge durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), bestehen bleiben kann.

Begründung:

Mit der Neufassung des § 137g SGB V soll das bislang geregelte Zulassungsverfahren durch das BAS entfallen.

Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen soll damit auch bei den zuständigen Aufsichtsbehörden liegen, wobei das BAS die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (weiterhin) führt.

Anstelle des Zulassungsverfahrens werden in § 137g SGB V nunmehr weitere Vorgaben für die DMP gesetzlich vorgegeben, die im Einzelnen durch die (unterschiedlichen) Aufsichtsbehörden (der Länder) zu prüfen wären.

Eine zentrale Kontrolle der richtlinienkonformen Umsetzung von DMP durch das BAS gewährleistet ein chancengleiches Versorgungsangebot im DMP. Die Kompetenz für eine solche Prüfung liegt aufgrund der bisherigen Verfahren beim BAS. Daher sollte diese Aufgabe auch dort verbleiben.

4. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat begrüßt das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel der Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in Deutschland die häufigste Todesursache dar. Zugleich sind sie weitgehend vermeidbar.
- b) Er begrüßt deshalb die Einbringung des Gesetzentwurfs, um Leistungen zur Früherkennung und Vorsorge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu stärken.
- c) Der Bundesrat bezweifelt jedoch, dass die mit dem Gesetzentwurf verbundenen Maßnahmen ein probates Mittel zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellen.
- d) Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich, dass der Kritik am Referentenentwurf bezüglich des mangelnden Einbezugs des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Rechnung getragen wurde und der Gesetzesentwurf nunmehr den G-BA ausdrücklich mit einbezieht.
- e) Weiterführende Maßnahmen der Früherkennung und Vorsorgeleistungen, wie in dem Gesetzesentwurf inkludiert, können als zusätzliche Bausteine einen wichtigen Beitrag leisten. Der Bundesrat begrüßt die geplante Neuerung in § 26 SGB V im Sinne der erweiterten Einladungen von Jugendlichen zu der J1-Untersuchung durch die Krankenkassen. Dies könnte in Ergänzung zu den beispielsweise in Rheinland-Pfalz etablierten Strukturen verstanden werden.

- f) Der Bundesrat erachtet es als überaus sinnvoll, dass der geplante „Patienten-Check-up“ mit Blick auf Herz-Kreislauf-Leiden künftig nicht durch eine Rechtsverordnung des Bundes, sondern durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene konkretisiert wird. Der G-BA soll die Vorgaben für eine strukturierte Befragung und Untersuchung in den Altersstufen 25, 40 und 50 festlegen.
- g) Der Bundesrat bittet darum, gemeinsam mit den einschlägigen Fachgesellschaften, der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und den weiteren Ressorts der Bundesregierung eine Nationale Strategie zur Herz-Kreislauf-Gesundheit zu erarbeiten, bei der insbesondere auch Themen der Verhaltens- und Verhältnisprävention im Fokus stehen, um die relevanten Ursachen dieser Erkrankungen zu bekämpfen.

Begründung zu den Buchstaben a, c und g:

Die Lebenserwartung ist in Deutschland niedriger als in vergleichbaren anderen Industrienationen. Dies liegt insbesondere auch an vermeidbaren Todesfällen in Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Insofern bedarf es entsprechender Anstrengungen in der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Therapie, um hier zu relevanten Verbesserungen zu gelangen.

Der Gesetzentwurf hat jedoch ausschließlich medizinische Screenings und die medizinische Versorgung zum Gegenstand. Damit greift er entscheidend zu kurz und wird dem von der Weltgesundheitsorganisation verfolgten Health in All Policies-Ansatz (Gesundheit in allen Politikbereichen) nicht gerecht.

Insbesondere versorgungsferne Personengruppen mit hohen Risiken für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden über den im Gesetzentwurf angelegten rein medizinischen Fokus nicht ausreichend erreicht. Darüber hinaus wird die Ausweitung der Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken im medizinischen Kontext und in den Apotheken aufgrund fehlender ausreichender finanzieller Zusatzleistungen sowie fehlender Qualitätssicherung kritisch gesehen. Verhaltensbezogene Prävention und Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger, wie sie über den § 20 SGB V erfolgen, haben sich bewährt. Eine Ausweitung der Prävention zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu Lasten anderer Präventionsmaßnahmen kann nicht zielführend sein.

Auch stellt sich die Frage, weshalb der Bundesgesetzgeber die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen nicht mit der Prüfung des Nutzens bevölkerungsbezogener Screenings auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen beauftragt. Anstatt die vorliegende wissenschaftliche Evidenz durch die Selbstverwaltung sichten und bewerten zu lassen, wie es im Gesundheitswesen üblich ist, werden einzelne Leistungen gesetzlich definiert.

Es steht zu befürchten, dass insbesondere gesundheitsbewusste Personen die flächendeckenden Screenings im Erwachsenenalter in Anspruch nehmen werden. Damit würden vorwiegend Kosten produziert, medizinisches Personal gebunden und nur übersichtliche Verbesserungen der Bevölkerungsgesundheit erreicht. Jene Menschen mit hohen gesundheitlichen Risiken würden hingegen nur unzureichend von dem Gesetz profitieren.