

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

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

– Drucksache 20/13094 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesrates

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-Kreislaufkrankungen 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 versorgungserne 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.

1) 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zur Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Änderung des § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) führt dazu, dass die vorgesehenen Aufgaben der Krankenkassen zur Erbringung ergänzender Leistungen zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf die Ausgaben der Krankenkassen angerechnet werden, die diese regelmäßig für Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention aufwenden sollen. Die Regelung führt wahrscheinlich dazu, dass die Krankenkassen ihre Ausgaben für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu Gunsten der gezielten Früherkennung und Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen umschichten. Durch die Regelung ist das Gesetzesvorhaben kostenneutral ausgestaltet. Zur Schaffung von Transparenz über die Verwendung der Mittel sieht der neue Satz 7 eine jährliche Berichtspflicht des Spitzenverband Bund der Krankenkassen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Auf welche Präventionsleistungen eine Krankenkasse im Rahmen der Anrechnung der Mittel im Gegenzug wahrscheinlich verzichtet, wird mit der Änderung nicht vorgegeben. Dies ist alleinige unternehmerische Entscheidung der einzelnen Krankenkasse. Sie entscheidet, ob und gegebenenfalls welche Angebote von Satzungsleistungen zur individuellen Verhaltensprävention reduziert werden sollen. Dies begünstigt eine kritische Analyse der angebotenen Kurse durch die Krankenkasse hinsichtlich der tatsächlichen Inanspruchnahme und des gesundheitlichen Nutzens. Die Krankenkassen könnten dadurch weiter angeregt werden, das entsprechende Kursangebot gezielt auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Versicherten auszurichten, die besonders auf Kurse zur Verhaltensprävention angewiesen sind, und auf Kursangebote zu konzentrieren, die in besonderem Maße der Verhaltensprävention dienen. Die Änderungen haben keinen Einfluss auf die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die in § 137f SGB V genannten strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) haben das Ziel, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten DMP anzubieten und die in § 137f Absatz 6 Satz 1 SGB V-E genannten regionalen Verträge zur Durchführung der DMP zu schließen, sind erforderlich, damit die seit einiger Zeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen DMP – insbesondere auch für die gesetzlich vorgegebenen Krankheiten – endlich in der Versorgung umgesetzt werden. Der G-BA hat in seiner DMP-Anforderungen-Richtlinie bereits die Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP für zwölf Krankheiten geregelt und damit die Voraussetzungen

für die Umsetzung dieser DMP in die Versorgungspraxis geschaffen, wobei bisher nur DMP für sechs Krankheiten in der Versorgung etabliert sind. Für weitere sechs Krankheiten sind die DMP – trotz in Kraft getretenem G-BA-Richtlinienbeschluss zur Regelung der Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP – noch nicht in der Versorgung etabliert. Dies betrifft das DMP für chronische Herzinsuffizienz (G-BA-Richtlinienbeschluss in Kraft seit 24. August 2018 und inzwischen vom G-BA aktualisiert), die DMP für chronischen Rückenschmerz (G-BA-Richtlinienbeschluss in Kraft seit 1. Oktober 2019), für Depression (G-BA-Richtlinienbeschluss in Kraft seit 1. Januar 2020), für Rheumatoide Arthritis (G-BA-Richtlinienbeschluss in Kraft seit 1. Oktober 2021) sowie für Adipositas (G-BA-Richtlinienbeschluss in Kraft seit 1. Juli 2024). Die Umsetzung des DMP für Osteoporose (G-BA-Richtlinienbeschluss in Kraft seit 1. Juli 2020) hat langsam in wenigen Regionen begonnen. Vor dem Hintergrund, dass die jeweiligen G-BA-Richtlinienbeschlüsse bereits zum Teil mehrere Jahre in Kraft sind, ohne dass eine Umsetzung des jeweiligen DMP in die Versorgungspraxis erfolgte, wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Fristsetzung in § 137f Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V-E als angemessen angesehen. Um die Vertragsschlüsse sicherzustellen, wird ein Schiedsverfahren als Konfliktlösungsmechanismus als erforderlich angesehen, denn Schiedsverfahren ermöglichen einen angemessenen Interessenausgleich zwischen den Vertragspartnern.

Im Übrigen können Versicherte auch ohne die Verfügbarkeit einer nach höchsten Anforderungen evaluierten Schulung von der Versorgung in einem DMP profitieren. Daher wurde im Gesetzentwurf ebenfalls geregelt, dass der G-BA beauftragt wird, die Anforderungen an Schulungen von Versicherten auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität so auszugestalten, dass die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme durch diese Anforderungen nicht verhindert wird. Sofern für die jeweilige chronische Krankheit die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen, hat der G-BA stattdessen Anforderungen an Patienteninformationen zu regeln.

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

Die Bundesregierung begrüßt die positive Bewertung des Bundesrates, wonach die vorgesehenen Erleichterungen im Rahmen der Zulassung und Umsetzung von DMP ein Beitrag zur Verringerung des Bürokratieaufwandes sein können, lehnt aber die weitere Prüfbite ab.

Der vorgesehene Wegfall des Zulassungsverfahrens beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wurde bereits sorgfältig geprüft mit dem Ergebnis, dass der Wegfall als wesentlicher Bestandteil der Weiterentwicklung der DMP anzusehen ist. Im Hinblick auf die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Abschaffung der Programmkostenpauschale für DMP nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ist eine vorherige Prüfung der Verträge und eine Zulassung der Programme durch das BAS nicht mehr gerechtfertigt. Der Verzicht auf das Zulassungsverfahren führt gleichzeitig zu einem Abbau des damit verbundenen Aufwands sowie von Hürden für Vertragsschlüsse und für die Etablierung der DMP in der Versorgung. Diese Ziele würden nicht erreicht, wenn an einem „Zulassungsverfahren light“ beim BAS festgehalten würde. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Han-

delns der Krankenkassen liegt damit – wie auch bei anderen Leistungen – bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. Die gesetzlichen Vorgaben und insbesondere die vom G-BA in seiner DMP-Anforderungen-Richtlinie geregelten konkreten Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP stellen hinreichend sicher, dass die zuständigen Aufsichtsbehörden ggf. anlassbezogen auf eine rechtskonforme Umsetzung hinwirken können. Einer Vorabprüfung der Verträge zur Umsetzung der DMP bedarf es dafür nicht. Eine bundeseinheitlich in allen Einzelheiten gleichförmige Umsetzung der DMP ist zur Erreichung der Versorgungsziele ebenfalls nicht erforderlich und entspricht auch bisher nicht der gelebten Praxis. Es bleibt dabei, dass die Umsetzung der DMP durch die Vertragspartner in den jeweiligen Ländern bei Beachtung der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben im Übrigen flexibel ausgestaltet werden kann.

Zu Nummer 4: Zum Gesetzentwurf allgemein

Zu den Buchstaben a, b, d und f

Die Bundesregierung begrüßt die positive Haltung des Bundesrates zur Zielsetzung des Gesetzentwurfs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu vermeiden und die Herzgesundheit zu stärken, indem Leistungen zur Früherkennung und Vorsorge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestärkt und erweitert werden, sowie zu den Regelungen zur Einbeziehung des G-BA.

Zu Buchstabe c

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung des Bundesrates nicht.

Die vergleichsweise hohe Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland wird vor allem auch auf Defizite in der Früherkennung und in der frühzeitigen Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren zurückgeführt. Durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen werden daher bestehende Gesundheitsuntersuchungen gezielt weiterentwickelt, um eine bessere Früherkennung von verhaltensbezogenen Risikofaktoren, kardiometabolischen Risikoerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu ermöglichen. In wissenschaftlichen Studien war die Teilnahme an einem ähnlichen Früherkennungsprogramm für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, dem englischen NHS Health Check, mit einer Senkung der Krankheitslast und der Sterblichkeit verbunden. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen tragen zudem zu einer Verbesserung der individuellen Verhaltensprävention, der medikamentösen Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der medizinischen Behandlung von kardiometabolischen Risikoerkrankungen bei. In der Summe sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen somit geeignet, zur Senkung der Krankheitslast und der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland beizutragen.

Zu Buchstabe e

Die Bundesregierung stimmt zu, dass eine Einladung von Jugendlichen zur J1-Untersuchung durch die Krankenkassen eine sinnvolle Maßnahme der Früherkennung und Vorsorgeleitung darstellt, die eventuell bereits bestehende Strukturen sinnvoll ergänzt.

Zu Buchstabe g

Die Bundesregierung nimmt den Vorschlag zur Kenntnis.

Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs ist es, die Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeitnah zu verbessern und unmittelbare Veränderungen in der Versorgung zu erreichen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist ein darüber hinaus gehender Bedarf für eine krankheitsspezifische Nationale Strategie zur Herz-Kreislauf-Gesundheit, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, nicht erkennbar. Im Bereich der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen nichtübertragbaren Erkrankungen (non-communicable diseases, NCD) verfolgt die Bundesregierung grundsätzlich einen krankheitsübergreifenden Ansatz. Dieser Ansatz nimmt die gemeinsamen verhaltensbezogenen Risikofaktoren und gesundheitsbezogenen Rahmenbedingungen in den Blick. Hierdurch können Synergien genutzt, Mehrfachaktivitäten und -strukturen vermieden und so Ressourcen geschont werden. Unter anderem in den Bereichen Bewegung und Ernährung wird ein ganzheitlicher, ressort- und krankheitsübergreifender Ansatz mit Maßnahmen wie dem „Runden Tisch Bewegung und Gesundheit“, der Ernährungsstrategie „Gutes Essen für Deutschland“ und dem Aktionsplan IN FORM bereits umgesetzt. Ergänzend hierzu trägt der Gesetzentwurf zusätzlich zu seinem Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch unmittelbar zur krankheitsübergreifenden lebensstilbezogenen Prävention bei, indem er die gemeinsamen Risikofaktoren und Risikoerkrankungen zahlreicher nichtübertragbaren Erkrankungen in den Blick nimmt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt