Stellungnahme

des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) vom 14. Juni 2024

Wiesbaden, den 9. Juli 2024

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Schöne Aussicht 5 · 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611. 18133-0 · Fax: 0611. 18133-50
E-Mail: info@bdi.de
Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden, Registernummer: VR 1078
Lobbyregister: R001265

Präsidium
Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)
Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister)
PD Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung
Bastian Schroeder (Geschäftsführer)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung 1

2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen 2

Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 2

§ 25c SGB V (neu): Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Krankheiten 2

Artikel 1 Nr. 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 4

§ 26 SGB V (neu): Früherkennung von Fettstoffwechselerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen 4

Artikel 1 Nr. 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 5

§ 34 Abs. 5 SGB V (neu): Erleichterter Zugang zu Statintherapie 5

Artikel 1 Nr. 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 6

§ 129 Abs. 5e SGB V: Maßnahmen der Apotheken zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen 6

Artikel 1 Nr. 8 und 9 (Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches) und Artikel 2 Nr. 3 (Weitere Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches) 7

§ 137f und 137g SGB V: Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP) 7

1. Vorbemerkung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in Deutschland und verursachen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem. Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz - GHG) zielt darauf ab, die Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern und die Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung zu stärken. Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) unterstützt diese Zielsetzung ausdrücklich. Der BDI ist überzeugt, dass eine verbesserte Prävention mittel- bis langfristig das Mortalitätsrisiko signifikant senken, zur Kostenreduktion beitragen und das Gesundheitssystem entlasten kann.

Gleichzeitig sieht der BDI konkreten Verbesserungsbedarf an dem vorliegenden Referentenentwurf. Den staatlichen Eingriff in die Strukturen der Selbstverwaltung und die politische Ausgestaltung des Leistungsanspruches der gesetzlich Krankenversicherten – darüber hinaus ohne eine sorgfältige Prüfung von wissenschaftlicher Evidenz und Wirtschaftlichkeit – lehnt der BDI grundsätzlich ab. Besonders kritisiert der BDI die geplante Ermächtigung des BMG, Vorgaben für erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie zur Früherkennung von Fettstoffwechselerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen per Rechtsverordnung festzulegen. Das betrifft auch den umfassenden Anspruch auf eine Versorgung mit Statinen zur Vorbeugung schwerer kardiovaskulärer Ereignisse. Das BMG greift damit unmittelbar in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung ein und hebelt bewährte Mechanismen zur systematischen und transparenten Bewertung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit neuer Leistungen nach §§ 2 und 12 SGB V aus. Darüber hinaus kritisiert der BDI die Ausweitung der pharmazeutischen Dienstleistungen.

Insgesamt greift aus Sicht des BDI auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger in dem vorliegenden Referentenentwurf zu kurz. Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz ab dem Kindesalter, z.B. in Form eines verpflichtenden Schulfaches, ist die Grundlage für effektive Prävention.

Nachhaltige Verhaltensveränderungen zur Verbesserung der Krankheitslast der Bevölkerung bei den modifizierbaren Lebensstilfaktoren (z.B. ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum) bedürfen neben einer umfassenden Aufklärung und Beratung zudem einer zeitaufwendigen Begleitung durch einen Arzt bzw. eine Ärztin. Nur so kann sichergestellt werden, dass gesundheitsschädliche Gewohnheiten tatsächlich aufgegeben werden. Diese Zeit wird den Haus- und Fachärzten, die ihre Patientinnen und Patienten in ihren spezifischen Lebenswelten am besten abholen können, jedoch kaum vergütet, sodass nach dem derzeitigen Abrechnungssystem Prävention betriebswirtschaftlich nicht darstellbar ist. Hier sollte die Politik einen entsprechenden Rahmen schaffen, damit Prävention auch flächendeckend in der Versorgung umgesetzt werden kann.

Internistinnen und Internisten sind als größte Fachgruppe in Deutschland in allen Versorgungsbereichen tätig, sowohl in stationären als auch in der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung. Vor diesem Hintergrund nimmt der BDI zu folgenden Maßnahmen des GHG im Einzelnen Stellung.

2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 Nr. 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 25c SGB V (neu): Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Krankheiten

Versicherte, die das das 25., das 35. sowie das 50. Lebensjahr vollendet haben, haben zukünftig Anspruch auf erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung („Check-up"), die der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und -Risiken dienen.

Die Versicherten werden persönlich von ihrer Krankenkasse zu einer Gesundheitsuntersuchung eingeladen. Die Einladung beinhaltet einen Gutschein für eine Beratung und Messungen zu Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus in Apotheken (pharmazeutische Dienstleistungen) sowie einen Hinweis auf die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vermittlung eines Arzttermins für eine Gesundheitsuntersuchung.

Zusätzlich wird das BMG ermächtigt, Gesundheitsuntersuchungen per Rechtsverordnung (mit Zustimmung des Bundesrates) zu bestimmen. Die Regelungen der Rechtsverordnung können dabei von Richtlinien und Entscheidungen des G-BA abweichen. In der Rechtsverordnung kann das BMG nach Beteiligung von Sachverständigen und der betroffenen Fach- und Verkehrskreise nähere Vorgaben für die Leistungserbringung regeln.

Bewertung:

Der BDI begrüßt grundsätzlich die Einführung zusätzlicher Leistungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen für bestimmte Erwachsenengruppen im Sinne der Sekundärprävention. **Das beinhaltet ausdrücklich auch ein verbessertes Einladungsmanagement durch die Krankenkassen.**

Eine Erweiterung der pharmazeutischen Dienstleistungen in diesen Zusammenhang lehnt der BDI jedoch entschieden ab. Die Einschätzung individueller Erkrankungsrisken und die damit verbundene Übertragung ärztlicher Kompetenzen auf einen nicht-ärztlichen Berufsstand (Apothekerinnen und Apotheker) ist aus Sicht des BDI nicht sachgerecht. **Der BDI fordert stattdessen, diese Beratungsleistungen und Messungen ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung bei Haus- oder Fachärzten durchzuführen und § 25c Absatz 2 Nr. 1 sowie entsprechende Folgeregelungen ersatzlos zu streichen.**

Der BDI betont in diesem Zusammenhang die Rolle der Selbstverwaltung. Grundsätzlich legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Antrag fest, welche Leistungen in den Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden (§ 135 SGB V). Dabei orientiert sich der G-BA an wissenschaftlicher Evidenz, um sicherzustellen, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einen nachgewiesenen Nutzen für die Versicherten haben. Die Ermächtigung des BMG, Vorgaben der Gesundheitsuntersuchungen per Rechtsverordnung festzulegen, und die Möglichkeit, von den Vorgaben des G-BA abzuweichen, stellt einen massiven Eingriff in die Regelungskompetenz des G-BA und eine Aushebelung der Selbstverwaltung dar.

Den Eingriff in Regelungskompetenz der Selbstverwaltung und die Einbeziehung der Bundesländer in die Ausgestaltung des Leistungskataloges der GKV kritisiert der BDI auf das Schärfste. **Der BDI fordert deshalb, § 25c Absatz 1 Satz 2 sowie die Absätze 4 bis 6 ersatzlos zu streichen und stattdessen die Selbstverwaltung mit einer Regelung zu beauftragen.**

Artikel 1 Nr. 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 26 SGB V (neu): Früherkennung von Fettstoffwechselerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Mit dem neuen Absatz 2a wird ein Anspruch für Kinder und Jugendliche auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung mit Fokus auf Familiäre Hypercholesterinämie als neue spezielle Früherkennungsuntersuchung unabhängig von einer Entscheidung des G-BA im Rahmen der Untersuchungen nach Absatz 1 geschaffen. Die Anforderungen an diese Untersuchung und die gezielte Ansprache zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden durch eine Rechtsverordnung des BMG geregelt. Zudem werden die Krankenkassen verpflichtet, versicherte Jugendliche, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, zu einer Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 einzuladen.

Bewertung:

Der BDI begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Anspruchs auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung (fokussiert auf Familiäre Hypercholesterinämie) für Kinder und Jugendliche. Diese Maßnahme ermöglicht eine frühzeitige Erkennung von gesundheitlichen Risiken und trägt somit zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei. Das verpflichtende Einladungsmanagement durch die Krankenkassen wird analog zur Regelung in § 25c ebenfalls positiv bewertet.

Für die Kritik an der Ermächtigung des BMG und den Eingriff in Regelungskompetenz der Selbstverwaltung wird auf die Bewertung von § 25c SGB V (neu) verwiesen.

Artikel 1 Nr. 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 34 Abs. 5 SGB V (neu): Erleichterter Zugang zu Statintherapie

Zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch eine bessere Einstellung des LDL-Cholesterins soll der Zugang zur Statintherapie erleichtert werden. Dafür wird ein gesetzlicher Anspruch auf eine Versorgung mit Statinen eingeführt, der sich nach dem individuellen Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen richtet. Statine können verordnet werden, wenn das 10-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis in einer bestimmten Altersgruppe definierte Schwellenwerte überschreitet (s. Empfehlung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie) oder bei genetisch bestätigter familiärer Hypercholesterinämie. Zur Bestimmung des individuellen Risikos der Patientinnen und Patienten sind geeignete Risikomodelle anzuwenden. Der G-BA kann in den Richtlinien zudem weitere Risikogruppen festgelegen, für die Statine verordnet werden können.

Bewertung:

Der BDI lehnt das Regelungsvorhaben in der geplanten Form ausdrücklich ab. Für die Begründung wird auf die Bewertung in § 25c SGB V (neu) verwiesen.

Der BDI weist erneut mit Nachdruck auf die Gefahren für die Patientensicherheit hin, die aus dem Eingriff in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung bzw. des G-BA durch den Gesetzgeber entstehen. Das gilt insbesondere, wenn Therapieempfehlungen ohne eine sorgfältige Prüfung ihrer wissenschaftlichen Evidenz und Wirtschaftlichkeit in die Regelversorgung überführt werden sollen.

Der BDI betont die Notwendigkeit, dass die Verschreibung von Statinen weiterhin ärztlich begründet sein muss. Eine vorschnelle und nicht risikobasierte Verordnung von Statinen durch Vertragsärztinnen und -ärzte kann zu einer Übermedikation führen, da nicht alle Patienten tatsächlich ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko haben und von einer Statintherapie profitieren. Der Anspruch auf eine Statinversorgung muss aus Sicht des BDI deshalb deutlich konkreter definiert werden. Hierbei stößt der Verordnungsgeber jedoch an seine Grenzen.

Darüber hinaus sind die im vorliegenden Entwurf genannten Indikationen für eine Statintherapie derzeit nicht durch bestehende G-BA-Beschlüsse abgedeckt. **Der BDI warnt in diesem Zusammenhang vor erheblichen Regressrisiken für die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte.**

Der BDI fordert eine daher, die Regelungen in Absatz 5 ersatzlos zu streichen bzw. einen entsprechenden Regelungsauftrag an den G-BA zu richten. Die Richtlinie muss eine klare und rechtssichere Grundlage für die Verschreibung von Statinen darstellen.

Artikel 1 Nr. 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 129 Abs. 5e SGB V: Maßnahmen der Apotheken zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen

Apotheken sollen stärker in die Beratung zur Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und tabakassoziierten Erkrankungen eingebunden werden. Dazu soll zukünftig in Apotheken eine Beratung zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren (Aspekte des Lebensstils wie Rauchen, Bewegungsmangel, Fehlernährung), zu Risikoerkrankungen (wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas) sowie zu Möglichkeiten der lebensstilbezogenen Prävention und zu Früherkennungsangeboten erfolgen.

Versicherte haben Anspruch auf jährliche Beratungen und Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus in Apotheken. Zur Durchführung dieser pharmazeutischen Dienstleistungen entwickelt die Bundesapothekerkammer Standardarbeitsanweisungen auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse. Diese Maßnahmen sollen die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen erleichtern und erhöhen. Apotheken sollen hierbei standardisierte Arbeitsanweisungen der Bundesapothekerkammer nutzen, um eine einheitliche und qualitätsgesicherte Beratung zu gewährleisten.

Bewertung:

Der BDI lehnt die Ausweitung der pharmazeutischen Dienstleistungen auf die Beratung zur Prävention und Früherkennung von Risikoerkrankungen und tabakassoziierten Erkrankungen sowie entsprechende Messungen ab.

Die Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und weiteren Risikoerkrankungen obliegt der ärztlichen Heilkunde. Daher sollten entsprechende Beratungen von Haus- und/oder Fachärzten durchgeführt werden. Apothekerinnen und Apotheker verfügen nicht über die erforderliche Ausbildung, um in einer Gesamtanamnese unter Berücksichtigung der gewonnen Messergebnisse eine valide Beurteilung des individuellen Erkrankungsrisikos vorzunehmen.

Obwohl die Bundesapothekerkammer standardisierte Arbeitsanweisungen entwickeln soll, besteht die begründete Gefahr einer unzureichenden Beratung aufgrund der Vereinfachung komplexer medizinischer Zusammenhänge, die den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nicht gerecht wird. **Die Ausweitung der ärztlichen Heilkunde auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe lehnt der BDI mit Blick auf die Patientensicherheit sowie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ab und fordert, § 129 Absatz 5e Sätze 4-8 sowie entsprechende Folgeregelungen ersatzlos zu streichen.**

Artikel 1 Nr. 8 und 9 (Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches) und
Artikel 2 Nr. 3 (Weitere Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches)

§ 137f und 137g SGB V: Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP)

Krankenkassen werden ab sofort verpflichtet, Disease-Management-Programme (DMP) zu allen vom G-BA festgelegten Krankheiten anzubieten und Verträge mit Leistungserbringern zu schließen. Diese Programme sollen die koordinierte, sektorenübergreifende und leitliniengerechte Behandlung von chronisch Kranken verbessern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gesetzlich beauftragt, Anforderungen für ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm für behandlungsbedürftige Versicherte mit hohem Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beschließen. Zudem wird das Verfahren vereinfacht, indem auf die Zulassung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verzichtet wird. Dies soll die Umsetzung und Verbreitung der DMP in der Versorgung fördern und beschleunigen.

Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots haben die Krankenkassen Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen.

Bewertung:

Der BDI begrüßt Regelungen zur Stärkung und zur Ausweitung der DMP als verpflichtendes Angebot der gesetzlichen Krankenkassen sowie das vereinfachte Zulassungsverfahren unter der Voraussetzung, dass eine gesicherte Finanzierung für die Programme vorliegt.

Der BDI begrüßt darüber hinaus die verpflichtende Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragspartner der Disease-Management-Programme.

Ebenso begrüßt der BDI die Möglichkeit zur Einbindung von behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zu einem DMP, bei denen zwar die jeweilige Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde, die aber bereits ein hohes Risiko für die Erkrankung aufweisen. **Der BDI empfiehlt, Präventionspauschalen auch in DMP-Programme zu integrieren.**

Aktuell wird von gesetzlichen Krankenkassen nicht immer auf der Versichertenkarte angezeigt, dass der Versicherte in ein DMP eingeschrieben ist. Außerdem wird nicht zuverlässig gekennzeichnet, ob die Teilnahme an einem DMP beendet wurde. Dadurch fehlt Fachärztinnen und Fachärzten das Wissen über die Teilnahme oder den Abbruch eines DMP durch den Versicherten. Dies birgt das Risiko, dass entweder Leistungen nicht angemessen in Anspruch genommen werden oder Leistungen von Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden, auf die der Versicherte keinen Anspruch (mehr) hat. **Es wird daher vorgeschlagen, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, die Teilnahme der Versicherten an einem DMP auf der Gesundheitskarte zu kennzeichnen.** Nur durch Kenntnis der Teilnahme an einem DMP ist eine entsprechende fachärztliche Betreuung, einschließlich Schulungsangeboten und mehr, möglich. Zudem können dadurch Regressforderungen aufgrund unsachgemäßer Leistungserbringung in der fachärztlichen Versorgung vermieden werden.

Bei der Einführung einer qualitätsabhängigen Vergütung durch Erreichen von drei Qualitätszielen (§ 137g Absatz 4 SGB V NEU), die der G-BA festlegt, muss sichergestellt werden, dass sich hieraus keine neuen komplizierten Abrechnungsmodalitäten (Bürokratie) ergeben. Zudem bedarf es einfacher Prüfmechanismen, um Regressforderungen zu minimieren.

Schließlich begrüßt der BDI den Verzicht auf die Vorgabe, dass die Teilnahme an einem DMP bei fehlender Mitwirkung des Patienten beendet wird. Ein solcher Verzicht ist aus Sicht des BDI gerechtfertigt, da schon die kontinuierliche ärztliche Bemühung, den Patienten zur Mitwirkung anzuhalten, überhaupt zur Erreichung des Therapieziels geeignet ist und auch entsprechend vergütet werden muss.