

## Gesundes-Herz-Gesetz: Weniger statt wirksamer Prävention, dafür mehr Kosten

Ebenso wie weitere politische Vorhaben steht das Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) nun vor den parlamentarischen Beratungen im Deutschen Bundestag. Die GHG-Ziele – Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern, um die Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Bevölkerung zu stärken – sind zweifellos sinnvoll. Die im GHG dafür vorgesehenen Umsetzungsschritte sind allerdings nicht geeignet, diese Ziele effektiv und effizient zu erreichen. Im Gegenteil, es drohen fragwürdige, nicht unerhebliche Mehrkosten, die aus Mitteln für Präventionsmaßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung querfinanziert werden sollen. Damit werden sehenden Auges etablierte und wirksame Präventionsinstrumente faktisch abgeschafft.

Prävention vor die Therapie von Krankheiten zu stellen, muss aber ein zentrales Ziel der Gesundheitsversorgung und -politik bleiben. Das GHG setzt daher genau die falschen Akzente: Ein Paradigmenwechsel weg von Prävention und Hilfe zu Verhaltensänderung hin zu mehr Behandlung und Medikamenten, Schwächung der evidenzbasierten Medizin, Erhöhung der Bürokratie, Fehlsteuerungen bei den DMP, um einige wichtige Punkte zu nennen. Das GHG ist präventions- und versorgungspolitisch verzichtbar – von seiner erheblichen finanziellen Wirkung ganz zu schweigen. Wenige Lichtblicke, etwa die nun bessere Einbindung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), können den insgesamt schlechten Eindruck nicht kaschieren. Die TK empfiehlt, auf das Gesetz insgesamt zu verzichten und die wenigen positiven Ansätze in anderen Gesetzgebungsverfahren umzusetzen.

### Anrechnungsregel zulasten der Individualprävention

Das GHG führt neue Leistungen ein, etwa zusätzliche Gesundheitsuntersuchungen, die jährlich mögliche Verschreibung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung (Nikotinersatztherapie) oder eine neue Vergütung für die bereits vorhandene ärztliche Präventionsempfehlung, etc. Die Finanzierung wird auf die Ausgaben der Krankenkassen im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention nach § 20 Abs. 6 SGB V angerechnet. Diese Anrechnungsregelung führt Präventionsmaßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung ad absurdum. Allein die zu erwartenden Mehrkosten für die Nikotinersatztherapie können dazu führen, das entsprechende Präventionsbudget zu erschöpfen. Vor dem Hintergrund der sowieso angespannten GKV-Finanzsituation wird die Folge sein, dass künftig viele, wenn nicht sogar alle zertifizierten Präventionsangebote – etwa zu Bewegung und Ernährung – für GKV-Versicherte entfallen werden.

**Forderung:** Die Anrechnungsregelung muss gestrichen werden. Gesundheitsförderung und Primärprävention nach § 20 Abs. 6 SGB V dürfen nicht zugunsten der Medikalisierung von Gesundheitsrisiken eingeschränkt werden.

### **Neue Regeln für Disease Management Programme (DMP)**

In der öffentlichen Diskussion geht unter, dass das GHG ebenso ein DMP-Änderungsgesetz ist: So soll der G-BA ein DMP für Menschen entwickeln, die ein hohes Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung haben. DMP sind aber eigentlich gedacht für Menschen, die bereits chronisch erkrankt sind. Hinzu kommt: Ein DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) existiert bereits – evidenzbasiert und leitliniengesichert. Zudem soll künftig die Zulassungsanforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung entfallen. Die Folge werden mehr Bürokratie und weniger Qualität in den DMP sein. Ebenfalls nicht sachgerecht ist die Festlegung vergütungsrelevanter Qualitätsziele für DMP durch den G-BA: Qualitätsziele existieren bereits, auch solche mit Vergütungsrelevanz. Eine komplette Neuverhandlung der Vergütung wäre bürokratisch sehr aufwändig. Die Kassen müssten – folgt man dem GHG – den Ergebnissen zudem blind vertrauen, da diese auf der ärztlichen Dokumentation beruht, die die entsprechende Vergütung erhält. Zu Bürokratie – neben steigenden Leistungsausgaben – wird ebenso führen, dass DMP-Verträge künftig nach zwei Jahren gekündigt werden können. Ein Lichtblick: Die Einführung von Schiedsverfahren öffnet die Chance, dass Verhandlungen mit den KVen konstruktiver verlaufen.

**Forderung:** Ein DMP für Menschen mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung ist nicht notwendig. Gleiches gilt für einseitige vergütungsrelevante Qualitätsziele. Es wäre viel sinnvoller, die betroffenen Personenkreise über Präventionsmaßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung zu Lebensstiländerung anzuregen anstatt sie mittels DMP zu „chronifizieren“. Die Zulassung der DMP durch das Bundesamt für Soziale Sicherung muss beibehalten werden. Was wirklich zu Entbürokratisierung führen würde: Eine Umwandlung der föderalen Struktur der DMP in eine bundesweite Struktur.

### **Leistungserweiterungen ohne Mehrnutzen**

Ein Schwerpunkt des Gesetzentwurfes sind Leistungsausweitungen – deren Nutzen aber mindestens unklar sind. So sollen unter anderem der Anspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung sowie von Statinen ausgebaut, die Gesundheitsuntersuchungen erweitert und die ärztliche Präventionsempfehlung für Nikotin- und Tabakentwöhnung sowie zum Ernährungsverhalten künftig vergütungsrelevant gestellt werden. All dies führt zu verschärften Terminkapazitäten. Versicherte können diese aber auch ohne eine solche Empfehlung bei ihrer Krankenkasse beantragen. Die Tabakentwöhnung ist zudem Teil der Eigenverantwortung der Versicherten. Dass – anders als in früheren GHG-Entwürfen – nun vornehmlich der G-BA die Inhalte der neuen Angebote ausgestaltet, ist uneingeschränkt zu begrüßen, damit Entscheidungen auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin erfolgen können. Dass der Gesetzgeber aber auch die Umsetzungsschritte detailliert im Gesetz vorgeben möchte, ist der falsche Weg.

**Forderung:** Alle neuen Leistungen sind durch die Selbstverwaltung auf Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Hierfür ist auf eine Mikrosteuerung im Gesetz zugunsten einer allgemeinen Ermächtigung zu verzichten.

### **Verbesserung der Früherkennung mittels Einladungsverfahren**

Das GHG plant bestehende Früherkennungsuntersuchungen auszuweiten, etwa für Kinder und Jugendliche und Versicherte im Alter von 25, 35 und 50 Jahren. Die Krankenkassen wiederum sollen darauf in einem einheitlichen, niedrighschwelligigen Einladungsverfahren verständlich in Form eines Gutscheins hinweisen. Dass dabei die ePA oder andere digitale Informationswege genutzt werden dürfen, ändert nichts daran, dass an dieser Stelle Effektivität und Effizienz höchst fragwürdig sind. Kurzfristig umsetzbar ist im Grunde nur ein Vorgehen wie bei bisherigen Vorsorgeuntersuchungen, das heißt der Versicherte nimmt nach Information durch die Krankenkasse eine Vorsorgeleistung in Anspruch. Dabei gilt: Die Krankenkassen können eine potenziell mehrfache Einlösung nicht kontrollieren.

**Forderung:** Auch diese GHG-Maßnahme ist verzichtbar und muss gestrichen werden. Sollte die Regelung Bestand haben, sollten prioritär digitale Informationswege genutzt werden.

Techniker Krankenkasse  
Büro Berlin  
Luisenstraße 46, 10117 Berlin  
Tel. 030 - 28884710  
berlin-gesundheitspolitik@tk.de