Gesundheitspolitische Positionierung der IKK classic zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit vom 28.08.2024

Vorbemerkung

Am 28.08.2024 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beschlossen. Ziel der Vorschläge ist die Senkung der Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) und die Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung. Erreicht werden soll dies u. a. durch die Verbesserung der Früherkennung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP) und einen gesetzlichen Anspruch auf Lipidsenker für Versicherte mit hohem kardiovaskulärem Risiko. Als weitere Maßnahmen sind Früherkennungs- und Präventionsangebote in Apotheken, die Ausweitung des Anspruchs auf Medikamente zur Tabakentwöhnung und die Vergütung einer ärztlichen Präventionsempfehlung zur Tabakentwöhnung sowie zum Ernährungsverhalten geplant.

Positionierung der IKK classic

Die IKK classic unterstützt grundsätzlich das Ziel, die Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung zu stärken. Dabei sollten aber insbesondere die bereits im Präventionsgesetz (PrävG) adressierten primärpräventiven Maßnahmen wie Gesundheitskurse angeboten werden. Die vorgesehenen Regelungen des BMG fokussieren hingegen zu einseitig auf die pharmakologische Prävention. Der wesentliche Anker der Gesunderhaltung ist allerdings die Primärprävention. Das BMG plant die Mehrausgaben der neuen Leistungsangebote mehrheitlich aus dem Präventionsbudget der Krankenkassen zu refinanzieren. Damit wird die Primärprävention konsequent ausgeblendet und das nationale Ziel der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf HKE konterkariert. Dies gefährdet insbesondere niedrigschwellige Zugangswege zur Versorgungslandschaft in regionalen und ländlichen Strukturen die kostengünstige Angebote für vulnerable Zielgruppen vorhalten. Die IKK classic lehnt einen Eingriff des Gesetzgebers in die Mittelverwendung für Gesundheitsförderung und Primärprävention entschieden ab. Jedes der über 110.000 Angebote der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V ist von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) nach Qualitätskriterien des Leitfaden Prävention zu Anbieterqualifikation und Wirksamkeit des Konzeptes geprüft. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber in diesen elementaren und politisch knapp kalkulierten Bereich der Gesunderhaltung der Bevölkerung eingreift und die für die Primärprävention vorgesehenen Finanzmittel umsteuert, nur um kurzfristig eine Kostenneutralität zu suggerieren.

Obwohl vorgesehen ist, dass das BMG originäre Aufgaben nun wieder den Selbstverwaltungspartnern überlassen will, ist der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Ausgestaltung der Leistungsausweitungen eng gefasst. Mindestens der Nutzen der Screenings wird de facto durch das BMG festgestellt. Dies zeigt, dass die Politik keine bessere Lösung hat, als die Arzt-Patienten-Kontakte auszuweiten und medikamentösen Behandlung zu bevorzugen. Ressortübergreifende Anstrengungen zur Stärkung der Verhaltens- und Verhältnisprävention bleiben aus. Die geplanten Maßnahmen greifen erst, wenn es schon zu spät ist – Symptombehandlung statt Ursachenbekämpfung.

Die vorgesehenen Änderungen bei den DMP sieht die IKK classic äußerst kritisch. Diese würden zu einer Schwächung der DMP führen. Erhebliche Verwerfungen in den bewährten Zulassungs- und Umsetzungsstrukturen wären zu erwarten.

Bewertung der einzelnen Maßnahmen

■ Verbesserung der Früherkennung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Der Gesetzentwurf sieht einen Anspruch für Kinder und Jugendliche auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung vor. Für Erwachsene ist eine Ausweitung des Gesundheitsuntersuchungsangebots vorgesehen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Gutscheine für Check-up-Untersuchungen im Alter von 25, 35 und 50 Jahren zu versenden. Die nähere Ausgestaltung der vorgegebenen Untersuchungen soll durch den G-BA erfolgen. Zudem erfolgt ein Prüfauftrag, ob die erweiterten Leistungen ebenso für Versicherte über 70 angezeigt sind.

Die IKK classic lehnt per Gesetz neu eingeführte Früherkennungsuntersuchungen sowie die gesetzliche Erweiterung bestehender Screenings ab. Das Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) muss sich zwingend an Evidenz und Nutzen für die Solidargemeinschaft orientieren. Diese maßgeblichen Faktoren werden durch die geplanten Vorgaben übergangen.

Erachtet es der Gesetzgeber für notwendig, die Erweiterung bestehender Früherkennungsuntersuchungen um einzelne Maßnahmen vorzusehen oder gänzlich neue Früherkennungsuntersuchungen einzuführen, so ist dies zwingend als ordentlicher Auftrag an den G-BA zu formulieren. Damit kann der G-BA der Wirtschaftlichkeit, Evidenz und dem Nutzen für die Solidargemeinschaft ausreichend Rechnung tragen. Eine evidenzbasierte Erweiterung des Leistungskatalogs mit weiteren Untersuchungen oder durch die Weiterentwicklung bestehender Angebote wird grundsätzlich begrüßt.

Das BMG plant nun für eigentlich gesunde Menschen weitere Massenscreenings zu etablieren. Deren Evidenz und Mehrwert für die Versichertengemeinschaft ist nicht belegt, wird per Gesetz allerdings determiniert. Fehlende Nachweise über den Erfolg frühzeitiger Behandlungen, Schadenspotential und das Präventionsparadoxon von ungezielten Früherkennungsmaßnahmen werden vollständig ausgeblendet.

Der Gesetzentwurf lenkt den Fokus zudem einseitig auf Arzt-Patienten-Kontakte. Die Verfolgung eines Public-Health-Ansatzes, der nach der allgemein in Wissenschaft und Praxis geteilten Meinung zu priorisieren ist, lässt sich derweil nicht erkennen. Gleiches gilt für die notwendige Verzahnung mit weiteren gesetzgeberischen Maßnahmen wie dem geplanten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG).

■ Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP)

Vorgesehen ist eine Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten alle DMP anzubieten und hierzu Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen. Das Verfahren soll vereinfacht werden, indem auf die Zulassung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verzichtet wird. Der G-BA wird gesetzlich beauftragt, Anforderungen an ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm für behandlungsbedürftige Versicherte mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beschließen.

<u>Verpflichtendes Angebot von DMP</u>
Die IKK classic lehnt ein verpflichtendes Angebot aller DMP ab. Die Umsetzung von DMP ist bislang als selektivvertragliches Angebot etabliert und sowohl für die Krankenkassen als auch für die Vertragspartner freiwillig. Die Verantwortung eines nicht in der Regelversorgung implementierten Versorgungsangebots mit darüber hinaus „außerbudgetär“ vergüteten Leistungen muss in der Finanzhoheit und Eigenverantwortung der Krankenkassen verbleiben.

Darüber hinaus ist die Verpflichtung nur für Krankenkassen vorgesehen. Die ärztlichen Vertragspartner hingegen werden nicht durchgreifend verpflichtet. In der operativen Praxis kann dies dazu führen, dass die Verpflichtung zum Angebot seitens der Krankenkassen besteht, sich aber keine oder nur wenige ärztliche Leistungserbringer finden, die ein entsprechendes Angebot umsetzen wollen. Absehbar sind hohe Investitions- und Verwaltungskosten, ohne dass ein sinnvolles und flächendeckendes Angebot umgesetzt werden kann.

Zudem wird das verpflichtende Angebot aller DMP mit Fristen zu Vertragsabschlüssen und einem Konfliktlösungsmechanismus, inklusive Vorgaben für Schiedsverfahren, verknüpft. Die IKK classic lehnt ein Schiedsverfahren im Zusammenhang mit einem verpflichtenden DMP-Angebot ab.

Entfall der Programmkostenpauschale

Der Entfall der besonderen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die sogenannte Programmkostenpauschale (PKP), wird von der IKK classic abgelehnt. Das derzeitige Bereinigungsverfahren ist seit zehn Jahren gut etabliert.

Die neue Regelung sieht darüber hinaus keinen Ausgleich der programmbedingten Verwaltungskosten mehr vor. In diese fließen bislang auch Aufwendungen ein, die in den regionalen DMP-Arbeitsgemeinschaften nach § 217 SGB V anfallen. Hier werden sämtliche landesbezogenen Vorbereitungen für übergreifende DMP-Prozesse sowie Verträge koordiniert. Hierzu zählen z. B. die Datenstellenverträge, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung im Rahmen der gemeinsamen Einrichtung und vieles Weitere. Ob die bisher im Rahmen der Federführung wechselseitig übernommenen Aufgaben unter Berücksichtigung der potentiellen Änderungen fortgeführt werden, ist äußerst fraglich. Damit entsteht ein hohes Risiko für die zukünftige Umsetzung von DMP.

Entfall der Zulassung von DMP durch das BAS

Die Zulassung von DMP durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und die taggenaue Erfassung der Versichertenteilnahme an DMP soll entfallen. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen geht damit auf die jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden über. Dies lehnt die IKK classic entschieden ab.

Die Verlagerung von der Zulassungsprüfung des BAS zur zuständigen Aufsicht einer Krankenkasse ist erheblich problembehaftet. Der Erfolg der DMP mit mehr als 8,5 Millionen bundesweit eingeschriebenen Versicherten beruht wesentlich auf einheitlichen operativen Umsetzungsprozessen. Hierzu wurden im Rahmen der Zulassung mit dem BAS regelmäßig Austausche zwischen GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und den Kassenarten auf Bundesebene geführt und Regelungen getroffen, die Grundlage für die Umsetzung auf Landesebene sind. Diese elementar wichtigen, verbindlichen und für alle zu berücksichtigenden Abstimmungsprozesse würden mit der Neuregelung entfallen. Es reicht nach Einschätzung der IKK classic nicht aus, zukünftig nur zur Begleitung der Vertragsschließung und Prüfung der Verträge für Schiedsverfahren eine Beratung sicherzustellen. Insbesondere durch die Erweiterung der DMP auf Vorstufen einer Erkrankung oder der Umsetzung von dDMP für Diabetes Typ 1 und Typ 2 sind umfangreiche Abstimmungsprozessen im Vorfeld der vertraglichen und operativen Umsetzung zu erwarten. Die Regelung gefährdet damit eine reibungslose und einheitliche Umsetzung erheblich.

Unklar bleibt zudem, welche Aufgaben im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Begleitung der Vertragsschließung im Detail vom BAS wahrgenommen werden sollen und ob hier auch prospektive Abstimmungen zwischen den Krankenkassen und BAS, wie bisher, mit dem Zulassungsreferat des BAS möglich sind. Gleichermaßen fraglich ist, wie das GHG als zwingendes Paket mit dem KV-Bürokratieentlastunggesetz zu betrachten ist – welches weder inhaltlich noch zeitlich ansatzweise fixiert ist. Hier gilt es dringend Klarheit herzustellen.

Konkretisierung der Schulungsanforderungen

Der G-BA soll die Anforderungen an die DMP-Schulungen so ausgestalten, dass sie auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die Durchführung der Programme gewährleisten. Eine weitere Flexibilisierung der bereits jetzt schon offen gestalteten Anforderungen wird abgelehnt.

Schulungen sind wesentlicher Bestandteil des DMP. Bereits jetzt sind die Vorgaben für Schulungen in der DMP-A-RL (zuletzt durch Beschluss des G-BA vom 16.11.2023) so festgelegt, dass neben Präsenzschulungen auch neue Schulungsformate (z. B. Videoschulungen) im DMP umgesetzt werden können. Eine weitere Aushöhlung dieser Anforderungen durch die vorgeschlagene rechtliche Änderung birgt die Gefahr, dass Präsenzschulungen und die Erstellung neuer Schulungen in Präsenz weiter zurückgedrängt werden. Teilnehmende am DMP wären perspektivisch gezwungen, online- bzw. videobasierte Schulungsangebote oder Apps in Anspruch zu nehmen. Hierdurch werden insbesondere technisch nicht versierte DMP-Teilnehmende sukzessive benachteiligt. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass sich bestimmte Schulungsinhalte in Präsenz nachweislich erfolgreich einüben lassen. Dazu gehören z. B. das Spritzen von Insulin, und die Verwendung von Insulinpumpen oder Messgeräten.

Öffnung der DMP für hohe Risiken

Zukünftig sollen Patientinnen und Patienten mit bestehendem hohem Risiko für die Manifestation einer DMP-Erkrankung in DMP einbezogen werden. Die IKK classic lehnt das ab. Gesetzliche Maßnahmen zur Vermeidung einer chronischen Erkrankung sollten den Fokus vielmehr auf Primärprävention und Gesundheitsförderung richten und im Rahmen des Health-in-All-Policies-Ansatzes die Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit der Versicherten stärken.

DMP sind als Chroniker-Programme gesetzlich verankert und sollen die Behandlung von chronisch Erkrankten optimieren. Eine Ausweitung auf Versicherte mit Vorstufen einer chronischen Erkrankung ist im DMP-Kontext nicht sachgerecht. Zusätzlich würde eine Erweiterung jedes bestehenden DMP für die Einbeziehung weiterer Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko chronisch zu erkranken zu einer erheblichen Erhöhung der Teilnehmerzahlen führen. Die Umsetzung der gut etablierten DMP würde hierdurch sowohl in den Arztpraxen als auch bei den Krankenkassen hohe Mehraufwände nach sich ziehen. Das Versorgungsangebot DMP würde mit dieser Erweiterung verwässert. Die Akzeptanz des gut etablierten Versorgungsangebots würde in Frage gestellt.

Einbezug qualitätsorientierter, erfolgsabhängiger Vergütungselemente

Für die DMP-Diabetes mellitus Typ1 und Diabetes mellitus Typ 2 sowie für das DMP koronare Herzkrankheit sollen Elemente einer qualitätsorientierten, erfolgsabhängigen Vergütung in die Verträge eingepflegt werden.

Die IKK classic begrüßt, dass der G-BA derartige Vertragsbestandteile in seiner Richtlinie bestimmen soll. Die Umsetzung sollte aber optional und nicht verpflichtend sein. Ein Schiedsverfahren zur Festlegung von Vergütungsbestandteilen wird hingegen abgelehnt. Die Erreichung der Qualitätsziele muss darüber hinaus auch versichertenbezogen von den Krankenkassen auswertbar sein.

Neues HKE-DMP

Der G-BA soll Anforderungen für ein neues DMP festlegen, welches behandlungsbedürftige Versicherte mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung adressiert. Einer Anforderung an den G-BA zur Ausgestaltung eines DMP für manifestierte Herz-Kreislauf-Erkrankungen steht die IKK classic, vorbehaltlich einer medizinisch inhaltlichen Prüfung unter der Berücksichtigung der gesetzlichen Kriterien aus § 137 f Abs. 1 Satz 2 SGB V, offen gegenüber.

■ Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse

Das Ziel der Eindämmung des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist zu unterstützen. Der G-BA hat bereits die Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie zu Lipidsenkern veranlasst. Auch medizinische Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin arbeiten beständig an der Aktualisierung ihrer Leitlinien.

Hingegen nicht nachvollziehbar ist, dass der Gesetzgeber den Fokus bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einseitig auf die medikamentöse Therapie lenkt und die entscheidenden Faktoren der Verhaltens- und Verhältnisprävention zur Verringerung des Risikos außen vorlässt. Der Einsatz von nichtmedikamentösen Maßnahmen, insbesondere die Steigerung der Gesundheitskompetenz durch Individualprävention, sollte wann immer möglich vor der Verordnung eines Arzneimittels stehen. Im Gesetzentwurf selbst wird dazu ausgeführt:

„Nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand werden bis zu 70 Prozent der Herz- Kreislauf-Erkrankungen durch modifizierbare Lebensstilfaktoren verursacht – insbesondere ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum. Der Verminderung dieser Risikofaktoren und damit zusammenhängender Risikoerkrankungen wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck durch Unterstützung eines gesunden Lebensstils kommt daher eine Schlüsselrolle zu. Aus diesem Grund steht den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur ein breites Spektrum an unterschiedlichen Angeboten zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zur Verfügung. Gleichzeitig ist auch die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen von großer Bedeutung. […]“

Laut BMG sollen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Möglichkeit erhalten, Lipidsenker für Patientinnen und Patienten frühzeitiger als zuvor zu verordnen. Gleichzeitig wird verneint, dass Mehrausgaben durch die geplante Regelung entstehen, obwohl folglich eine deutliche Zunahme der Arzneimittelverordnungen zu erwarten ist. Das BMG argumentiert hier konsequent widersprüchlich.

■ Reduzierung des Nikotinkonsums und Präventionsempfehlungen

Die IKK classic lehnt die Ausweitung des Leistungsanspruchs auf eine medikamentöse Therapie zur Tabakentwöhnung ab. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden bereits Anpassungen zur Tabakentwöhnung erlassen, deren Umsetzung derzeit durch den G-BA vorbereitet wird. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb diese bereits frühzeitig ausgeweitet werden sollen. Hier ist zunächst deren Wirkung zu evaluieren.

Die Ausstellung und gesonderte Vergütung von Präventionsempfehlungen, unabhängig ob zur Tabakentwöhnung oder zur Ernährungsberatung, wird durch die IKK classic nicht befürwortet. Versicherte haben auch ohne eine ärztliche Präventionsempfehlung Zugang zu entsprechenden Leistungen oder Zuschüssen ihrer Krankenkasse.

■ Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken

Die IKK classic begrüßt grundsätzlich den Einbezug von Apotheken und weiteren Gesundheitsfachberufen in Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten und Erkrankungsrisiken. Insbesondere bei Tabakkonsum ist eine niedrigschwellige Ansprache möglich. Gut ist auch, wenn diese durch viele Verantwortliche erfolgt.

Allerdings erfolgt die Finanzierung der pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) bislang über die Arzneimittelpreisverordnung. Dies erscheint beispielsweise bei der erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation inhaltlich nachvollziehbar nicht jedoch bei Dienstleistungen zur Prävention und Früherkennung.

Darüber hinaus gibt die IKK classic zu bedenken, dass die bisherige Ausübung und Inanspruchnahme neuer pharmazeutischer Dienstleistungen nach wie vor hinter den Erwartungen zurückbleiben. Die Verwendung und Ausweitung knapper Versichertengelder für diesen Zweck ist daher nicht verständlich – insbesondere vor dem Hintergrund der starken Kostensteigerungen im Arzneimittel-Bereich.

■ Refinanzierung der Maßnahmen

Die IKK classic unterstützt grundsätzlich das Ziel, die Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung zu stärken und dabei insbesondere die schon über das Präventionsgesetz adressierten primärpräventiven Maßnahmen wie Gesundheitskurse anzubieten. Diese sehen Leistungen zur individuellen Verhaltens- und Verhältnisprävention durch lebensstilanpassungsfähige Maßnahmen für Versicherte vor.

Laut Gesetzentwurf soll eine Anrechnung anfallender Mehrausgaben für die Arzneimittel der Tabakentwöhnung, die Gesundheitsuntersuchungen sowie die Präventionsempfehlungen bei Nikotinkonsum und bei risikoadaptierten Ernährungsverhalten auf die Budgets der Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 SGB V erfolgen. Dies betrifft die Mittel, die für die anteilige Erstattung der individuellen Primärpräventionskurse sowie deren standardisierte Qualitätsprüfung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) vorgesehen sind. Dieses Vorhaben konterkariert das nationale Ziel der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf HKE erheblich.

Die Krankenkassen sollen in alleiniger unternehmerischer Entscheidung in ihrer jeweiligen Satzung festlegen, welche Angebote der Primärprävention für Versicherte, zulasten der neuen Leistungen, reduziert werden sollen. Grundsätzlich schöpfen die Krankenkassen die Mittel, die für die Individualprävention nach § 20 Absatz 6 SGB V, nach Abzug der verpflichtenden Mindestwerte für Gesundheitsförderung in Lebenswelten, in Betrieben und zur Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im Rahmen des PrävG, aus. Die suggerierte Kostenneutralität wäre daher nur gegeben, wenn Krankenkassen in ihren Satzungen Angebote zur Individualprävention einschränken oder vollständig streichen würden. Durch die mengenmäßig kaum abschätzbare Inanspruchnahme würde auch die Budgetplanung der Krankenkassen für die Individualprävention unmöglich. Dies hätte Folgen für die Versicherten, die Anbieter und die Zentrale Prüfstelle Prävention.

Alle Handlungsfelder (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion und Suchtprävention) der Individualprävention zahlen auf die Herzgesundheit ein. Durch qualitätsgeprüfte Angebote der ZPP werden lebensstilanpassungswillige Versicherte angeleitet, ihr Verhalten zu verändern und befähigt, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Daran geknüpft ist ein zehnjähriges Bestehen der ZPP zur Qualitätsprüfung unter Anwendung des Leitfaden Prävention. Dieser ist gesetzlich vorgegeben. Die ZPP wurde als Kooperationsgemeinschaft gegründet und zeichnet sich durch sehr hohe Qualitätsstandards aus. Zahlreiche Universitäten, Hochschulen, Fachverbände, Vereine, Volkshochschulen, institutionelle und private Anbieter haben sich den Vorgaben verpflichtet. Die Kriterien nehmen Einfluss auf deren Curricula sowie Multiplikatoren-Schulungen und sie stützen damit das Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“. Alle Beteiligten fokussieren beeinflussbare Lebensstilanpassungen zur Herzgesundheit. Die ZPP hält dafür ca. 3000 Online-Angebote bzw. digitale Gesundheitsangebote für strukturschwache Regionen sowie ca. 107.000 Präsenzkurse vor, die in

Struktur und Angebotsvielfalt z.B. auch der Verordnung einer Präventionsempfehlung zur Nikotinentwöhnung und Ernährung dienen sollen.

Die Krankenkassen achten bei der Leistungserbringung von Individualkursen sehr genau auf die Abgrenzung zu Medikation, Rehabilitation und Therapie. Kurse, die nicht auf primärpräventive Verhaltensänderung nach dem Leitfaden Prävention einzahlen, werden abgelehnt. Die Umverteilung der dafür vorgesehenen Mittel würde dies konterkarieren und das Präventionsbudget zweckentfremden. Die ZPP wurde gegründet, um genau eine mögliche „Zweckentfremdung“ durch nicht gleich eingehaltene Qualitätskriterien der GKV-Gemeinschaft zu verhindern. Unter diesem Aspekt ist die vorgesehene Regelung äußerst fragwürdig.

Versicherten, die freiwillig für Lebensstilanpassungen qualitätsgesicherte Unterstützung suchen wäre dies kaum zu vermitteln. Angebote würden wegfallen, weil die dafür vorgesehenen Budgets für Check-Ups und Medikamente verplant werden. Zusätzlich wird die Aufnahme ins Leistungsangebot der GKV auf politischen Wunsch, an den regulären und evidenzbasierten Wegen vorbei, erzwungen. Der Schaden für die ZPP und alle an sie geknüpften bzw. sich an den Kriterien orientierenden Institutionen wäre nicht abschätzbar. Insbesondere der Handlungsspielraum der Versicherten zur Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit bei der Vermeidung einer chronischen HKE oder beispielsweise Diabetes mellitus-Erkrankung würde so enorm eingeschränkt.

Eine Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung ist somit aus dem Gesetzentwurf nicht zu erkennen. Vielmehr fehlt die Umsetzung einer Gesamtstrategie für Deutschland. Beeinflussbare Lebensstilanpassungen sollen beschnitten und durch mehr Arzt-Patienten-Kontakte sowie medikamentöse Therapien ersetzt werden. Die übergeordneten Ziele einer nationalen Präventionsstrategie, insbesondere bei Bewegung, Ernährung usw., werden damit unterlaufen.

Dr. Christian Korbanka
Leiter Politik

IKK classic
Kölner Straße 3, 51429 Bergisch Gladbach

christian.korbanka@ikk-classic.de
Tel. +49 (0) 2204912-310011
Mobil +49 (0) 16096967971