

## STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 09.07.2024

---

### **zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Ge- setz – GHG)**

# Inhalt

I. VORBEMERKUNG .....	4
II. KOMMENTIERUNG DER FOLGEÄNDERUNGEN IM RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	5
III. DETAILKOMMENTIERUNG .....	6
<b>Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>6</b>
Zu Nr. 1: Dem § 20 Abs. 6 werden folgende Sätze angefügt:	6
Zu Nr. 2: § 25c Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	9
Zu Nr. 3: § 25c Abs. 4 / §26 Buchstabe a Ermächtigung des BMG	11
Zu Nr. 3: §26 Buchstabe b Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung von Kindern und Jugendlichen	12
Zu Nr. 2 Ansatz 5 und Nr. 3.a): Vergütung von erweiterten Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach § 25c und im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung bei Kindern nach § 26 Absatz 2a und Absatz 2b SGB V	13
Zu Nr. 4.: § 34: Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung und Statinen	14
<b>Zu Nr. 5: § 87 und Nr. 6: § 87a Absatz 3 Satz 5 Präventionsempfehlungen .....</b>	<b>17</b>
Zu Nr. 7: § 129 Absatz 5e Rolle der Apotheken	18
<b>Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>20</b>
Zu Nr. 3 und 4 § 137f und 137g DMP	20
Zu Nr. 9a: § 137g Absatz 1a – strukturierte Behandlungsprogramme	20
Zu Nr. 9b: § 137g Absatz 4 – strukturierte Behandlungsprogramme	21

Zu Nr. 10 § 266 - Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme	22
Zu Nr. 11 § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 - Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme	23
<b>Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>24</b>
Zu Nr. 1: § 71 Absatz 1 Satz 2 - Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel	24
Zu Nr. 2: § 73b Absatz 5 Satz 6 - Hausarztzentrierte Versorgung	24
Zu Nr. 3 a) – h) § 137f DMP – strukturierte Behandlungsprogramme	25
Zu Nr. 4 § 137g DMP – strukturierte Behandlungsprogramme	34
<b>IV. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF</b>	<b>36</b>
Früherkennung im Unternehmen durch Betriebsärzte	36
Präventionsempfehlung bei Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V stärker nutzen und in die ePA einbinden	36
Auflösung des Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen hin zur Einzelabrechnung	37
Mehr Transparenz im Apothekenmarkt	37

## I. VORBEMERKUNG

Ein zukunftsfestes Gesundheitssystem darf sich nicht vorrangig auf die Heilung von Krankheiten konzentrieren, sondern muss konsequent einen starken Fokus auf die Förderung von Gesundheit und gesundem Verhalten legen. Das Gesunde-Herz-Gesetz ist deshalb ein Rückschritt, da es auf Medikalisierung statt Prävention setzt.

Im Bestreben, die Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen zu reduzieren, ist es von größter Bedeutung, dass angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen. Es ist dabei unerlässlich, dass diese auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und das Wohl der Patienten stets im Vordergrund steht. Massenscreening-Programme, die evidenzbefreite Medikamentengabe mit Statinen von Kindesbeinen an, Check-Ups ohne klare Anbindung an Patientenpfaden sowie die lockere Übertragung pharmazeutischer Dienstleistungen an Apotheken ohne Vernetzung mit entsprechender Präventionsmaßnahmen oder Versorgung sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch keine geeigneten Maßnahmen, um den Versorgungs-Outcome bei der Herz-Kreislaufversorgung in Deutschland zu verbessern. Die vorgeschlagenen Änderungen in den Disease-Management-Programmen (DMP) und die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ohne Einbindung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über Kassenleistungen zu entscheiden, lehnen wir ab. Letzteres würde dafür sorgen, dass die Gestaltung des GKV-Leistungskataloges künftig vom politischen Opportunismus und nicht mehr dem Nutzen für die Versicherten unterliegt.

Wenn 70 Prozent der Herz-Kreislaufkrankungen Lebensstil bedingt sind, muss auch hier angesetzt werden – eine originäre Aufgabe der Primärprävention. Umso unverständlicher ist, dass die Gegenfinanzierung der überwiegend medizinischen Maßnahmen aus den Mitteln der Primärprävention erfolgen soll. Eine massive Kürzung oder faktische Streichung dieser wichtigen Präventionskurse würde einen bedeutsamen Rückschritt im Kampf gegen Herz-Kreislaufkrankungen bedeuten und sollte daher dringend überdacht werden.

## II. KOMMENTIERUNG DER FOLGEÄNDERUNGEN IM RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Der Risikostrukturausgleich, der unterschiedliche Versichertenstrukturen ausgleichen und so zu einem tragfähigen Wettbewerb beitragen soll, wurde bereits vor Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches so gestaltet, dass zwischen Personen mit und ohne Einschreibung in ein Disease-Management-Programm unterschieden wird.

Für Personen, die in Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, fallen regelhaft höhere Ausgaben an, einerseits durch höhere Leistungsausgaben und andererseits für Verwaltungskosten, die im Zusammenhang mit regelmäßigen Prüfungen und Datenaktualisierungen (z. B. Ein- und Ausschreibungen) entstehen. Einen finanziellen Ausgleich erhalten die Krankenkassen für diese Versicherten durch eine zusätzliche Programmkostenpauschale, die allerdings nicht extern bezuschusst, sondern aus den Mitteln, die den Krankenkassen zur Versorgung zur Verfügung stehen, entnommen wird.

Der vorliegende Referentenentwurf sieht eine Vielzahl von Verfahrensanpassungen im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Finanzierung im Rahmen des Risikostrukturausgleiches vor. Da die Anpassungen im Bereich des Risikostrukturausgleiches lediglich sachlogische Folgeänderungen darstellen, wurde in der Erwartung zahlreicher Verfahrensänderungen auf eine Detailbewertung der Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich verzichtet.

## III. DETAILKOMMENTIERUNG

### Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

**Zu Nr. 1: Dem § 20 Abs. 6 werden folgende Sätze angefügt:**

#### BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Die Ausgaben der Krankenkassen sollen für Leistungen nach

- § 25c Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- § 26 Absätze 2a und 3 erweiterte Leistungen für Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
- § 34 Absätze 2 und 5 Arzneimittel zur Tabakentwöhnung und Statine
- § 87 Absatz 2a Vergütung einer Präventionsempfehlung zur Nikotin- und Tabakentwöhnung

auf die Ausgaben, die die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB V aufwenden, abzüglich der Mindestwerte nach §§ 20a und 20b SGB V, angerechnet werden.

Der GKV-Spitzenverband soll dem BMG jeweils zum 1. Oktober über die Höhe der Ausgaben berichten. Die Krankenkassen erteilen dem GKV-SV die dazu erforderlichen Auskünfte.

#### STELLUNGNAHME

Die Betriebskrankenkassen bewerten die vorgesehene Regelung als nicht sachgerecht und lehnen sie entschieden ab.

Im Referentenentwurf wird richtigerweise darauf hingewiesen, dass bis zu 70 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch modifizierbare Lebensstilfaktoren verursacht werden. Der Unterstützung eines gesunden Lebensstils zur Verminderung der Risikofaktoren wie ungesunder Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum und damit verbundener Risikoerkrankungen wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck kommt damit eine Schlüsselrolle zu. Individuelle verhaltensbezogene Präventionsangebote zielen auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ab, die eine westliche Bedingung für eine erfolgreiche Verhaltensänderung ist.

Auch die vom BMG geförderte, im Februar 2021 publizierte Folgestudie "Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2" belegt, dass sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland zunehmend verschlechtert. Sie attestiert, dass eine geringe Gesundheitskompetenz zahlreiche negative Folgen hat und verbunden ist „mit ungesundem Verhalten wie geringerer Bewegung, schlechterer Ernährung, häufigerem Übergewicht, schlechterer subjektiver Gesundheit, mehr Fehltagen am Arbeitsplatz und intensiverer Nutzung des Gesundheitssystems (mehr Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten, häufigerer Nutzung von Notfalldiensten)“.

Zudem verdeutlichen zahlreiche Interventionsstudien wie die im Lancet publizierte Re-birth Active Studie, dass ein gesunder Lebensstil der effektivere, da an den Ursachen ansetzenden „Wirkstoff“ gegen kardiovaskuläre Morbidität darstellt. Dieses Gemeinschaftsprojekt aus Medizinischer Hochschule Hannover, VW und Audi BKK unterstreicht eindrucksvoll, wie bereits eine 6-monatige, auf Bewegung ausgerichtete Intervention bei jungen und mittelalten Menschen den Schweregrad des metabolischen Syndroms als prädisponierenden Faktor für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen signifikant reduziert.

Ein zukunftsfestes Gesundheitssystem darf sich also nicht nur auf die Heilung oder Früherkennung von Krankheiten konzentrieren, sondern muss konsequent einen starken Fokus auf die Förderung von Gesundheit, Gesundheitskompetenz und gesundem Verhalten legen.

Das Gesunde-Herz-Gesetz ist deshalb ein klarer Rückschritt, da auf z.T. evidenzbefreite Medikalisierung statt Prävention gesetzt wird. Die Konsequenz sähe wie folgt aus:

- Keine/kaum finanzielle Mittel und schlechte Planbarkeit für Primärprävention – ärztliche Präventionsempfehlungen laufen ins Leere: Der Richtwert für die Ausgaben (8,53 Euro pro Versicherten im Jahr 2024) der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention ermöglicht den Krankenkassen bisher eine verlässliche und planbare Zuteilung der Budgets für Gesundheitsförderung und Primärprävention. Mit der Anrechnung der Kosten für eine erweiterte Verschreibung von Statinen und Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung, zusätzliche Leistungen im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen sowie ärztliche Honorare für Präventionsempfehlungen auf den Richtwert gemäß § 20 Absatz 6 SGB V in Höhe von 8,53 Euro pro Versichertem verringern sich diese Mittel entsprechend. Den Krankenkassen werden also für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und insbesondere für individuelle verhaltensbezo-

gene Prävention weniger bis kaum noch Mittel zur Verfügung stehen. Die Krankenkassen werden so gezwungen, die Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention erheblich zu reduzieren, da die nach Abzug der Mindestwerte vom Richtwert verbleibenden Mittel in Höhe von 2,51 Euro pro Versichertem größtenteils durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgaben gebunden sein werden. Auch wenn Ausgabenvolumina für die neu zu finanzierenden Leistungen a priori nicht exakt taxierbar sind, werden die Krankenkassen durch die geplante Anrechnung der neuen Leistungen, die umfangreichen Angebote zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nicht aufrechterhalten können, da das notwendige Budget hierfür nicht mehr planbar ist. Im Ergebnis käme dies einer massiven Streichung gleich.

Außerdem liefen die ärztlichen Präventionsempfehlungen, die durch den vorliegenden Entwurf ausgebaut werden sollen, ins Leere. Denn die bestehenden 560 von den Krankenkassen zertifizierten und finanziell bezuschussten Raucherentwöhnungsprogramme sowie die über 60 Onlinekurse könnten voraussichtlich nicht mehr unterstützt werden.

- Gefährdung der breiten Erreichbarkeit: Die von den Krankenkassen zertifizierten Individualpräventionskurse sind die einzige Möglichkeit der i) individuellen und ii) primärpräventiven Gesundheitsförderung im Sozialversicherungsrecht. Alle anderen Angebote finden in den Settings (Kita, Schule, Kommune, Unternehmen, Pflegeheim, etc.) statt oder sind nicht primärpräventiv (bspw. Rehabilitationssport und Funktionstraining gem. § 43 SGB V und § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX). Auch die guten Präventionsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zielen zwar auf das Individuum ab, erreichen aber viele vulnerable Gruppen nicht, da sich die Leistungen nach § 14 SGB VI nur an erwerbstätige Versicherte richten, wenn sie erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die gefährdend für ihre ausgeübte Beschäftigung ist. Der gesetzliche Auftrag zur „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ liefe bzgl. der Individualprävention ins Leere.
- Ohne Budget, keine Kurse und Anbieter mehr: Jährlich nehmen 1,5 Millionen Menschen an zertifizierten Präventionskursen der Krankenkassen teil, die die Krankenkassen mit 195 Millionen Euro bezuschussen. Darunter befinden sich 110.000 zertifizierte Präventionsangebote wie beispielsweise 6.000 Bewegungsangebote in Sportvereinen, die mit dem Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichnet sind, das der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) entwickelt hat. Gleichzeitig finden



sich auch Kurse zur Sturzprävention, Kompaktangebote für pflegende Angehörige, Angebote zur gesunden Ernährung, zur Gewichtsreduktion und Angebote zum Stress- und Ressourcenmanagement. Für jede individuelle Lebenssituation wurden Präventionsangebote geschaffen, darunter über 3.000 digitale Kurse. Auch über mehr als 5.000 Kurse für Kinder und Jugendliche, die zur Umsetzung einer Empfehlung der interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ von BMFSFJ und BMG beitragen, könnten durch die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen nicht weiter aufrechterhalten werden.

Eine Anrechnung der vorgesehenen Leistungen auf das Präventionskonto der individuellen verhaltensbezogenen Prävention hätte ferner eine existenzbedrohende Folge für 67.000 Präventionskursanbieter in Deutschland, die in Sportvereinen oder in Form von Klein- und Kleinstunternehmen organisiert und auf das Angebot von zertifizierten Präventionsangeboten spezialisiert sind und ihr Geschäftsmodell aufgeben müssten.

Angezeigt wäre hingegen eine deutliche Ausweitung der Individualpräventionsangebote. Der Gesetzgeber sollte Planungssicherheit und Finanzierung der Angebote sichern und durch eine Weiterentwicklung des §20 SGB V ausbauen, anstatt ihnen den Boden zu entziehen. Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen können Menschen mit chronischen Erkrankungen zu einem erheblichen Gesundheitsgewinn führen, die (verbliebenen) Gesundheits- und Bewältigungsressourcen stärken und die Resilienz fördern. Dies gilt auch für Versicherte mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.

Aktuell werden im Rahmen einer Stichprobenstudie die Präventionskurse im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten über 6 Monate auf ihren Output wissenschaftlich evaluiert. Die Evaluationsergebnisse sollten abgewartet werden, um auf Basis des Evaluationsergebnisses eine kriteriengeleitete Weiterentwicklung des §20 SGB V initiieren zu können.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

## **Zu Nr. 2: § 25c Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

### BEABSICHTIGTE NEUREGLUNG

Versicherte erhalten in bestimmten Altersgruppen einen Gutschein von den Krankenkassen zur Vorlage in der Apotheke für eine Beratung und Messungen zu Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus und weiteren Risikofaktoren. Hier sollen die Apotheken pharmazeutischen Dienstleistungen anbieten können, deren Inhalte und Vergütung zwischen dem GKV-SV und dem DAV zu verhandeln sind.

## STELLUNGNAHME

Der Gesetzgeber geht von 3,7 Millionen Menschen aus, die einen Gutschein erhalten müssten, den sie in einer Apotheke ihrer Wahl einlösen können. Demgegenüber stehen potentiell 17.500 Apotheken, die diese pharmazeutischen Dienstleistungen anbieten können, aber nicht müssen. Bereits seit 2022 können Apotheken pharmazeutische Dienstleistungen (Medikationsberatung, Blutdruckmessung, etc.) anbieten. Die Statistik zeigt aber, dass Apotheken nur sehr vereinzelt ein Angebot unterbreiten. Im 4. Quartal 2023 haben von den 17.500 Apotheken nur knapp 6.300 Apotheken für die GKV überhaupt pharmazeutische Dienstleistungen erbracht. Bei den Betriebskrankenkassen waren es seit Beginn sogar nur 4.100 Apotheken insgesamt. Im Jahr 2023 wurden gerade einmal 250.000 pharmazeutischen Dienstleistungen für gut 11 Millionen Euro ausgeführt. Die GKV stellt den Apotheken zur Finanzierung über den Fonds jedoch 150 Millionen Euro jährlich zur Verfügung. Aufgrund dessen ist anzunehmen, dass die Apotheken nicht über die Ressourcen verfügen, um die 3,7 Millionen berechnete Personen zu versorgen. Zudem werden Versicherte, die keine Apotheke finden, bei ihrer Krankenkasse nach einer alternativen Apotheke fragen. Die Krankenkassen erhalten allerdings keine Übersicht, in welcher Apotheke welche (der derzeit fünf) pharmazeutischen Dienstleistungen angeboten werden. Im Apothekenverzeichnis gibt es hierzu keinerlei Information. Es gilt daher ohnehin, Transparenz herzustellen (siehe [ergänzender Änderungsbedarf](#)).

Ferner widerspricht ein Gutscheinsystem einer ganzheitlich besseren Versorgung. Mit Gutscheinen werden bei vorliegenden Risikofaktoren Check-Ups durchgeführt, aber es ist kein weiterer Versorgungspfad gegeben. Personen mit auffälligen Werten werden so verunsichert und allein gelassen. Ein ohnehin schwerer Zugang zur Versorgung und eine bereits überlastete Ärzteschaft wird noch weiter strapaziert. Doppeluntersuchungen (und –vergütungen) sind zu befürchten, zumal die Ärzteschaft den Apotheken und ihren pharmazeutischen Dienstleistungen misstraut und Messungen wiederholen wird. Es braucht also niederschwellige und individuelle Vorsorgeangebote und die Entwicklung konsistenter Patientenpfade, statt unkoordinierter Gutscheine, die großflächig ausgegeben werden. Mindestens müssen alle in einer Apotheke vorgenommenen Maßnahmen in die ePA eingegeben werden und damit Basis für weitere Maßnahmen sein, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Auch aus einer Nachhaltigkeitsperspektive ist das Gesundheitsscreening abzulehnen. Es kann zu Überdiagnostik und Übertherapie führen, wenn bei Menschen Krankheiten diagnostiziert werden, die ohne Behandlung von selbst geheilt wären. Zudem können Gesundheitsscreenings auch zu falsch-positiven Ergebnissen führen, was zu unnötigen Sorgen und weiteren Untersuchungen führen kann. Dies kann auch zu einem unnötigen Ressourcenverbrauch und Treibhausgasemissionen führen. Es ist daher wichtig, Gesundheitsscreenings so zu gestalten, dass sie den größtmöglichen Nutzen bei möglichst geringem Ressourcenverbrauch erzielen. Dies kann z. B. durch die Verwendung von zielgerichteten Screenings oder durch die Anwendung von Risikoklassifizierungen erfolgen. Der hier vorliegende Gesetzesentwurf wirkt dem entgegen.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

Sollte eine Gutscheinoption der einzige Weg sein, schlagen wir die Nutzung des inzwischen etablierten eRezept-Fachdienstes vor. Über eine Schnittstelle sollten die Krankenkassen über diesen Weg „Gutscheine“ einstellen, die den Anspruch der versicherten Person aufzeigen. Die Informationen an die Versicherten, wie der Hintergrund der Untersuchung oder Details des Ablaufs sollten über den TI-Messenger sowie weitere geeignete digitale Kassen-Kommunikationskanäle erfolgen. Der schriftliche Gutscheinversand bzw. Informationen wären damit nicht erforderlich. Über diesen Weg würde eine konsistente, nachvollziehbare und logische Informationskette entstehen.

Ferner ist es unerlässlich, dass in der Apotheke vorgenommene Messungen in die ePA eingepflegt und zwingend Basis für ggf. weitere Untersuchungen sind.

### **Zu Nr. 3: § 25c Abs. 4 / §26 Buchstabe a Ermächtigung des BMG**

#### BEABSICHTIGTE REGELUNG

Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Gesundheitsuntersuchungen zu bestimmen. Dabei müssen § 2 Absatz 1 Satz 3 und § 12 Absatz 1 SGB V (Qualität und Wirksamkeit) nicht beachtet werden. Das BMG bindet „betroffenen Fach- und Verkehrskreise“ ein.

#### STELLUNGNAHME

Mit dieser Regelung werden sowohl die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen als auch das Wirtschaftlichkeitsgebot ausgehebelt.

Durch Medikamenten-Skandale in der Vergangenheit sind Patientensicherheit und Qualitätssicherung hohe Güter, welche auch in der Bundessozialgerichtssprechung als solche anerkannt werden. So dürfen ausschließlich Medikamente, Therapien und Diagnostika von der GKV übernommen werden, wenn eine Wirksamkeit erwiesen ist. Selbst bei dem off-label use muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehen. Die jetzige Regelung im Gesetz widerspricht jeglicher Evidenzbasierung und schafft damit einen Präzedenzfall für politische Einflussnahme auf jedwede Richtlinien und Entscheidungen des G-BA, die die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährdet.

Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von neuen Früherkennungsuntersuchungen sollten daher auch weiterhin immer durch den G-BA überprüft werden. Eine Ausweitung von Screenings sollte nicht ohne gesicherte Evidenz erfolgen, denn jegliches Screening bei gesunden Menschen ist mit Schadensaspekten behaftet und bedarf einer sorgfältigen Nutzen -Schaden –Abwägung, um eine populationsweite Empfehlung abzugeben.

Hinzukommt, dass der G-BA strukturierte Geschäftsprozesse hat, um interessengeleitete Einflussnahmen abzufangen und evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen. Das dürfte unter Beteiligung von „betroffenen Fach- und Verkehrskreisen“ nicht gewährleistet sein.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung der Regelung

### **Zu Nr. 3: §26 Buchstabe b Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung von Kindern und Jugendlichen**

#### BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Der Gesetzesentwurf formuliert einen gesetzlichen Anspruch auf die Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung für alle versicherten Kinder und Jugendliche.

#### STELLUNGNAHME

Trotz enorm steigender Fallzahlen von adipösen Kindern oder Jugendlichen mit erhöhten Cholesterinwerten, sind dies immer noch zu wenige, um ein Vollscreening der ganzen

Kohorte zu rechtfertigen. Dabei ist auch ein Schadensaspekt zu bedenken. Bei Betroffenen führen Marker, die keine konkrete gesundheitliche Bedrohung darstellen, zu einem stigmatisierenden und selbstwerterschütternden Effekt, obwohl keine konkrete gesundheitliche Bedrohung vorliegt.

Statt die vorhandenen Mittel, sowohl finanziell, als auch personell für anlasslose Screenings zu verbrauchen, sollten diese eher in den Aufbau einer gezielten Primärprävention und Gesundheitskompetenz für Kinder genutzt werden. Die Elternhäuser können dies oft nicht leisten, vor allem in Familien mit [niedrigem sozioökonomischen Status](#).

Kinderärztinnen und -ärzte können schon heute im Bedarfsfall ein Lipidscreening im Anschluss an die U9-Untersuchung ansetzen und auch eine regelmäßige Blutdruckkontrolle o.Ä. verordnen, wenn der Eindruck entsteht, dass eine Fettstoffwechselstörung vorliegt.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

**Zu Nr. 2 Ansatz 5 und Nr. 3.a): Vergütung von erweiterten Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach § 25c und im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung bei Kindern nach § 26 Absatz 2a und Absatz 2b SGB V**

## BEABSICHTIGTE NEUREGLUNG

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen die Vergütung der neu einzuführenden Früherkennungsuntersuchungen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Erwachsenen bzw. bzw. auf Fettstoffwechselstörungen bei Kindern und Jugendlichen anders als bisher durch Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit festlegen zu lassen.

## STELLUNGNAHME

Die Umsetzung weiterer Früherkennungsuntersuchungen ohne evidenzbasierten Nutzen nachweis im ärztlichen Bereich sind in Zeiten des Fachkräftemangels sowie der demographischen Herausforderungen darüber hinaus abzulehnen. Bei den Leistungserbringern konkurrieren zunehmend akut oder chronisch Kranke und Patienten zur Früherkennung um Termine. Vor diesem Hintergrund ist ein mengenmäßiger Ausbau der Prävention im ärztlichen Bereich genau abzuwägen.

Derzeit erfolgt die Vergütung von Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung von Risiken bei Erwachsenen nach § 25 SGB V und Kindern nach § 26 SGB V auf Grundlage bestehender gesetzlicher Vorgaben durch Festlegungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM-Ä). In ihm legt der Bewertungsausschuss Ärzte den Inhalt und die in Punkten ausgedrückte Relation der zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen fest.

Mit der Regelung im Gesetzesentwurf würden Früherkennungsuntersuchungen künftig nach zwei komplett unterschiedlichen Vergütungssystematiken vergütet werden. Es besteht die Gefahr, dass diese sich grundsätzlich voneinander unterscheiden werden. Darüber hinaus wird die Abrechnungssystematik sich auch komplett von der bisherigen Systematik der Abrechnung über die KV unterscheiden, da die Vergütung auf den Betrag nach § 20 Absatz 1 SGB V angerechnet werden soll. Dieses Vorgehen ist intransparent, im Kontext irreführend und nicht nachvollziehbar.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Wir lehnen die Einführung der neuen Leistung in Gänze ab, wodurch sich auch Finanzierungsproblematiken lösen.

Sollte an der Einführung der neuen Leistungen festgehalten werden, sollte die Festlegungen der Vergütung ausschließlich durch den Bewertungsausschuss Ärzte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab erfolgen. Allerdings ließe sich hier eine kostenneutrale Umsetzung nicht gewährleisten.

## **Zu Nr. 4.: § 34: Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung und Statinen**

### **Zu a (§ 34 Abs. 2)**

## BEABSICHTIGTE NEUREGLUNG

Zukünftig haben alle Versicherten mit einer Tabakabhängigkeit einen Anspruch auf eine jährliche Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung.

## STELLUNGNAHME

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde erstmalig ein Anspruch auf eine Versorgung mit Arzneimitteln (alle drei Jahre) für Versicherte mit einer schweren Tabakabhängigkeit eingeführt. Der Anspruch besteht alle drei Jahre, bei einer parallelen Teilnahme an evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. Der G-BA ist gerade in der Umsetzung der Richtlinie, die voraussichtlich Anfang 2025 in Kraft treten wird. Erfahrungen liegen demnach noch nicht vor. Die Voraussetzung einer parallelen Teilnahme an evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung wird gestrichen. Der Leistungsanspruch muss aber zwingend mit dieser Teilnahme verknüpft sein, um einen nachhaltigen Effekt der Raucherentwöhnung zu erzielen.

Das IQWiG hat für die beiden Wirkstoffe Vareniclin und Nicotin deutliche Vorteile für die Tabakentwöhnung für schwer abhängige Raucherinnen und Raucher festgestellt. Offen ist, ob die Ergebnisse auf alle Raucherinnen und Raucher, unabhängig vom Schweregrad, übertragbar sind. Offen ist auch, ob Evidenz für eine jährliche Tabakentwöhnung mit Arzneimitteln nach mehreren erfolglosen Versuchen vorliegt.

Vareniclin wird im Regelfall für 24 Wochen eingesetzt. Für die GKV entstehen Nettokosten i. H. v. 280 Euro pro Person. Eine Verlängerung um weitere 24 Wochen ist möglich. Damit summieren sich die Therapiekosten auf bis zu 560 Euro pro Jahr. In drei Jahren entstehen somit Ausgaben für die GKV von 1.680 Euro, alleine für die Arzneimittel. Durch die 14,85 Millionen täglich Rauchenden entstehen pro Jahr bei einer Entwöhnung über 48 Wochen 8,3 Mrd. Euro Ausgaben für die GKV. Selbst wenn von einer Inanspruchnahme eines strukturierten Entwöhnungsprogramms von nur 20% ausgegangen wird, sind das immer noch 1,7 Mrd. Euro pro Jahr. Die vom BMG geschätzten 10 Mio. Euro sind damit deutlich unterschätzt.

Mit diesen Zahlen vor Augen mutet es grotesk an, dass die Bundesregierung nach wie vor einerseits auf die Einnahmen aus der Tabaksteuer setzt, zum anderen die Beitragszahlenden jedoch herangezogen werden müssen, um die Entwöhnungskosten zu finanzieren. Dies widerspricht klar dem Ziel, im Sinne von „Health in all policies“ die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die Teilnahme an Raucherentwöhnungsprogrammen muss Bedingung für eine medikamentöse Behandlung bleiben.

Die Ergebnisse der Untersuchungen des IQWiG sind abzuwarten.

Die Gegenfinanzierung der Medikalisierung darf nicht alleine den GKV-Beitragszahlenden aufgebürdet werden.

Zusätzlich werden im Gesetzentwurf weitere pharmazeutische Dienstleistung im Bereich der Raucherentwöhnung für Apotheken geschaffen, die ebenfalls abgelehnt werden (siehe zu Nr. 7).

### **Zu b (§ 34 Abs. 5)**

#### **BEABSICHTIGTE NEUREGLUNG**

Zur Vorbeugung schwerer kardiovaskulärer Ereignisse wird ein Anspruch auf Versorgung mit Statinen (Arzneimittel zur Blutfettsenkung) geschaffen.

#### **STELLUNGNAHME**

Laut Gesetzentwurf sollen ca. zwei Millionen zusätzliche Patienten mit Statine versorgt werden. Auch bei Kindern sollen die Arzneimittel „frühzeitiger“ zum Einsatz kommen. Entscheidend bei Fettleibigkeit ist aber eine Unterstützung bei der Änderung des Lebensstils, hinsichtlich Ernährung und Bewegung. Erst wenn diese Maßnahmen versagen, sollte über eine Arzneimitteltherapie nachgedacht werden. Denn Arzneimittel haben nicht nur eine Wirkung, sondern auch immer unerwünschte Nebenwirkungen. Klassische Nebenwirkungen der Statine sind muskuläre Beschwerden und eine Verschlechterung der Glukosetoleranz (bei entsprechender Prädisposition eine diabetogene Wirkung), um nur zwei wesentliche zu nennen. Zudem informierte im Februar 2023 die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) über eine Auslösung oder Verschlimmerung einer Myasthenia gravis (eine Autoimmunerkrankung) durch die Einnahme von Statinen bei bestimmten Fettstoffwechselstörungen und zur Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse.

Nach Anlage III Nr. 35 der Arzneimittelrichtlinien des G-BA sind Lipidsenker in ihrer Verordnung eingeschränkt, da bei Hyperlipidämie, ausgenommen zur Sekundärprävention, Maßnahmen zur Änderung der Lebensweise (z.B. Gewichtsreduktion und entsprechende diätetische Maßnahmen) die erste Option in der Therapie sind.

Auch aus ökologischen Gründen ist eine Übermedikamentierung zu vermeiden. Die Umweltverträglichkeit von Statinen ist ein komplexes Thema, das noch nicht vollständig erforscht ist. Statine gelangen über das Abwasser aus Haushalten und Krankenhäusern in



die Umwelt. Klar ist jedoch, dass die Herstellung von Medikamenten weitaus emissionsintensiver ist, als eine Lebensstiländerung. Medikation macht ein Viertel der Treibhausgasemissionen im Gesundheitswesen durch seine Herstellung, Logistik und Lieferketten aus. Eine herzgesündere vegetarische Ernährung und mehr Alltagsbewegung durch das Fahrrad statt dem Auto dienen hingegen Umwelt und der kardiovaskulären Gesundheit.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung der Regelung

### **Zu Nr. 5: § 87 und Nr. 6: § 87a Absatz 3 Satz 5 Präventionsempfehlungen**

## BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Präventionsempfehlungen nach § 25 Absatz 1 SGB V zur Nikotin- und Tabakentwöhnung sollen künftig einmal im Jahr ausgestellt werden können. Der Bewertungsausschuss soll diese Empfehlung im EBM aufnehmen. Entsprechend der Begründung zum Gesetzentwurf ist die Vergütung der zugehörigen Kurzberatung bereits Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschale.

## STELLUNGNAHME

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Herausgabe dieser Präventionsempfehlung nicht auch schon in der Versicherten- und Grundpauschale abgebildet ist. Da die Präventionsempfehlung nicht auf die Patienten individualisiert angepasst sein dürfte, sollte sich der Aufwand äußerst gering darstellen. Zudem wird auch die Präventionsempfehlung im Rahmen der bestehenden Gesundheitsuntersuchung nicht gesondert vergütet. Er bedarf daher keiner gesonderten Vergütung.

Die Vergütung soll, wie auch andere Screeningleistungen, außerhalb der morbiditätsorientierenden Gesamtvergütung finanziert werden. Diese Regelung kann bei Streichung der Regelung nach Nummer 5 entfallen.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung der Regelung

## **Zu Nr. 7: § 129 Absatz 5e Rolle der Apotheken**

### **BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG**

Seit 2022 können Apotheken pharmazeutischen Dienstleistungen anbieten. Derzeit gibt es fünf verschiedene pharmazeutischen Dienstleistungen. Dieses Portfolio soll nach dem Willen des Gesetzgebers erheblich ausgeweitet werden. Pharmazeutische Dienstleistungen sollen Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken umfassen. Insbesondere haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben nach Willen des Gesetzgebers, Anspruch auf eine jährliche 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. Dabei sollen insbesondere Blutdruckmessungen und Bestimmungen des Body-Mass-Index (BMI) berücksichtigt werden. Inhalte und Vergütung sind zwischen dem GKV-SV und dem DAV zu verhandeln.

Des Weiteren soll an Patientinnen und Patienten mit Gutscheinen zusätzlich zur Beratung eine erweiterte Risikofaktoruntersuchung durchgeführt werden. Mithilfe von Risikoscores soll das persönliche Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Krankheit oder einer diesbezüglichen Risikoerkrankung zu erkranken, eingeschätzt werden. Die für die Risikoscores zusätzlich erforderlichen Messwerte (Laborwerte inklusive Cholesterin-Profil und Biomarker des Blutzucker-Stoffwechsels, Blutdruckwerte und Körpermaße) sollen ebenfalls die Apotheken erheben.

### **STELLUNGNAHME**

Der Gesetzgeber geht alleine von 3,7 Millionen Menschen aus, die einen Gutschein erhalten müssten – und das nur für die Beratung und Messungen zu Risikofaktoren zur Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos für Herz- Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus und weiteren Risikofaktoren.

Hinzu kommen die 14,85 Mio. tägliche Raucher, die eine jährliche Beratung mit Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen erhalten können. Diesen über 18 Mio. potentiell adressierten Versicherten stehen 17.500 Apotheken, die diese pharmazeutischen Dienstleistungen anbieten können, aber nicht müssen.

Hier entstehen die gleichen Probleme wie unter [Nr. 2: § 25c](#) bereits beschrieben. Inhaltlich bieten diese punktuell angebotenen pharmazeutischen Dienstleistungen der Apotheken keinerlei Mehrwert, wenn sie nicht in einen strukturierten Patientenpfade münden. Aus einer einmaligen Blutdruckmessung ist keinerlei Nutzen zu ziehen. Daher

wird die Ausweitung abgelehnt, insbesondere, wenn sie nicht als Voraussetzung weiterer Maßnahmen gilt und in der ePA abgebildet wird.

Hinzu kommt, dass die überwiegende Ärzteschaft erfahrungsgemäß keine Messwerte oder Empfehlungen anderer Berufsgruppen akzeptiert und diese erneut verifizieren werden. Somit käme es zu einer Doppelvergütung. Dieses ist ebenfalls abzulehnen. Die KV Hessen hatte im Jahr 2022 einen Eilantrag gegen die pharmazeutischen Dienstleistungen eingereicht, der abgelehnt wurde. Dieses zeigt, dass die Ärztinnen und Ärzte große Vorbehalte gegenüber den Apotheken haben. Zudem muss sich – sofern an den neuen pharmazeutischen Dienstleistungen festgehalten wird – die Honorarhöhe an der ärztlichen Vergütung für vergleichbare Leistungen orientieren. Anderenfalls droht eine wechselseitige Steigerung der Vergütung, wie zuletzt bei der Grippe-Honorierung geschehen.

Erfahrungen aus den Vergütungsverhandlungen zwischen dem GKV-SV und dem DAV zeigen, dass sowohl der Aufwand und auch die Vergütungshöhe konträr eingeschätzt werden. 2022 hatte die Schiedsstelle über Leistungsinhalte und Vergütungshöhen zu entscheiden. Die Schiedsstelle hatte eine Apothekerminute mit 1,17 Euro und eine delegierbare Arbeitsminute mit 70 Cent festgesetzt. Es ist zu erwarten, dass der Deutsche Apothekerverband auch zukünftig pro tätiger Minute diese Beträge oder sogar mehr fordern wird. Der GKV-SV hat in der Vergangenheit sowohl die Vergütungshöhe, als auch einzelne pharmazeutische Dienstleistungen beklagt. Der Ausgang des Verfahrens ist offen.

Dadurch, dass die Bundesapothekerkammer als Landesorganisation der Apotheken Standardanweisungen erarbeitet, kann einseitig der Leistungsinhalt als auch der Umfang (und damit die Vergütung) festgelegt werden. Dies ist abzulehnen und muss in die Verhandlungen zwischen dem GKV-SV und dem DAV integriert werden.

Würden die Apotheken alle die oben genannten Dienstleistungen für alle anspruchsberechtigten Personen erbringen, ergäben sich Milliardenausgaben.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

## **Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Zu Nr. 3 und 4 § 137f und 137g DMP**

### **Zu Nr. 9a: § 137g Absatz 1a – strukturierte Behandlungsprogramme**

#### **BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG**

Es wird ein neuer Absatz 1a als Übergangsregelung eingefügt. Dieser regelt, dass die Krankenkassen ihren Versicherten ab dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes DMP ohne eine förmliche Zulassung durch das BAS anbieten können. Durch eine Übergangsregelung soll vermieden werden, dass Krankenkassen, deren neue Programme bereits die gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen erfüllen, diese ihren Versicherten erst ab am 1. Januar 2026 anbieten. Dies wird angenommen, weil sie den erst zu diesem Datum geltenden Wegfall des Zulassungserfordernisses und der damit verbundenen Gebühren abwarten wollen. Trotz Wegfall der förmlichen Zulassung gilt dabei, dass in dieser Zeit die DMP die Anforderungen der §§ 24 und 25 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) erfüllen müssen. Es wird zudem klargestellt, dass weiterhin gleichwohl bereits gestellte Zulassungsanträge aufrechterhalten und neue Zulassungsanträge gestellt werden können. Dies liegt in der Entscheidungsfreiheit der Krankenkassen und betrifft neben erstmaligen Anträgen auf Zulassung eines Programms auch die Vorlage von Vertragsanpassungen zu bereits zugelassenen Programmen, etwa aufgrund von Änderungen der DMP-A-RL des G-BA. Mit Inkrafttreten der geplanten Neufassung des § 137g nach Artikel 2 verliert diese Übergangsregelung ihre Gültigkeit und entfällt.

#### **STELLUNGNAHME**

Der Wegfall der Zulassung durch das BAS wird unabhängig von der Frage, wie die mit der Umsetzung der DMP verbundenen Leistungsausgaben und Verwaltungskosten zukünftig ausgeglichen werden, kritisch gesehen. Bisher wird durch die Prüfung im Rahmen der Zulassungsprüfung sichergestellt, dass alle Programme und die zu ihrer Umsetzung geschlossenen Verträge richtlinienkonform und auf Basis der gleichen Anforderungen und Prüfmaßstäben erfolgt. Dies umfasst u. a. eine im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmte bundeseinheitliche Programmierempfehlungen für die Umsetzung der Qualitätssicherung, der Plausibilisierung der Dokumentation. Umfasst sind ebenfalls die Anforderung an die PVS-Hersteller oder auch die Sicherstellung, dass alle in den jeweiligen Richtlinien-Anforderungen vorgesehenen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer eingebunden sind. Dies ist bisher ein wesentlicher Baustein für ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot. Mit dem Wegfall der Zulassungsprüfung entfällt eine bundeseinheitliche Zuständigkeit. Die Prüfungen auf

eine rechtskonforme Umsetzung der gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderung verteilt sich auf die unterschiedlichen Aufsichtszuständigkeiten der jeweiligen Krankenkasse auf die Bundes- oder Landesebene. Der etablierte kassenartenübergreifende Vertragsabschluss für die zur Umsetzung der DMP notwendigen Verträge gestaltet sich hierdurch u. U. schwierig.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

## **Zu Nr. 9b: § 137g Absatz 4 – strukturierte Behandlungsprogramme**

### BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Der neu einzufügende Absatz 4 enthält eine neue Vorgabe, wonach in den Verträgen zur Durchführung der DMP Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit ein unmittelbarer Vergütungsanreiz für die an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer geschaffen werden soll. Dessen Auszahlung oder Höhe ist von dem Erreichen der vom G-BA festgelegten Qualitätsziele abhängig. Der G-BA wird beauftragt, erstmals innerhalb von sechs Monaten für jede der genannten Krankheiten aus den bereits in der DMP-A-RL vorgegebenen Qualitätszielen mindestens drei Qualitätsziele auszuwählen, nach deren Erreichung sich die Höhe der Vergütung zu richten hat, und diese in seiner Richtlinie zu bestimmen. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach EBM-Ziffern bleibt unberührt und die erfolgsabhängige Vergütung kann sich nur auf die in den DMP-Verträgen zusätzlich vereinbarten Vergütungsbestandteile beziehen. Die Regelung sieht zudem eine Frist vom zwölf Monaten nach Ablauf der sechs-Monatsfrist des G-BA für die Anpassung der Verträge vor. Kommt die Anpassung eines Vertrages nicht fristgerecht zustande, gilt er zunächst weiter, jedoch ist ein Schiedsverfahren nach § 137f Absatz 6a in der in Artikel 2 geregelten Fassung unverzüglich einzuleiten, um eine zeitnahe Anpassung des Vertrages sicherzustellen. Zudem sind die Auswirkungen dieser neuen Vorgabe für eine vom Erreichen der Qualitätsziele abhängigen Vergütung in die Evaluation der Programme miteinzubeziehen (siehe hierzu auch § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 in der Fassung nach Artikel 2).

## STELLUNGNAHME

Bereits in der Vergangenheit wurde der Versuch unternommen, eine qualitätsorientierte, erfolgsabhängige Vergütung zu etablieren. Diese findet bereits in einer Reihe von Verträgen Anwendung, z. B. der Zuschlag für vollständig durchgeführte Schulungen. Gleichwohl hat sich die Umsetzung insbesondere vor dem Hintergrund des erheblichen Aufwandes zur Abrechnungsprüfung als schwierig und konfliktbehaftet erweisen. Daher

sollte die Entscheidung, ob und für welche Ziele aufgrund der regionalen Versorgungsstruktur eine qualitätsorientierte, erfolgsabhängige Vergütung sinnvoll ist, weiterhin den Vertragspartnern obliegen. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass diese erfolgsabhängigen Vergütungen weder auf Seiten der Leistungserbringer noch der Seite der Versicherten zu Fehlanreizen im Sinne einer Überversorgung, Inanspruchnahme gleichwertiger Leistungen in den verschiedenen Sektoren oder einer Leistungsausweitung führt.

Die verpflichtende Einführung solcher Modelle baut insoweit weitere Hürden für die Umsetzung der DMP auf und wird abgelehnt. Bei Freiwilligkeit von erfolgsabhängigen Vergütungen entfällt die Notwendigkeit eines Schiedsverfahrens sowie die Berücksichtigung in der Evaluation nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 in der Fassung nach Artikel 2.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

*„In den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit können Vergütungsbestandteile für die teilnehmenden Leistungserbringer vorgesehen werden, deren Auszahlung oder Höhe von dem Erreichen der von den Vertragspartnern vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 festgelegten Qualitätsziele abhängig ist sind. ~~Hierzu wählt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Monats] für jede der in Satz 1 genannten Krankheiten mindestens drei Qualitätsziele aus, nach deren Erreichen sich die erfolgsabhängige Vergütung zu richten hat, und legt diese Auswahl in den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Die Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen bleibt hiervon unberührt. Bereits vor dem [einsetzen: Datum des Tages nach der Verkündung des Gesetzes] geschlossene Verträge sind bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des achtzehnten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Monats] an die Vorgabe nach Satz 1 anzupassen. Kommt die Anpassung eines Vertrages nicht fristgerecht zustande, gilt er bis zum Geltungsbeginn des angepassten Vertrages weiter. Ein Schiedsverfahren nach § 137f Absatz 6a ist unverzüglich einzuleiten.~~*

#### **Zu Nr. 10 § 266 - Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme**

#### BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Die vorhandene Rechtsgrundlage wird erweitert, um sicherzustellen, dass die Krankenkassen für die RSA-Ausgleichsjahre 2023 und 2024 Zuweisungen nach den Maßgaben erhalten, die bis zur Verkündung des GHG galten.

## STELLUNGNAHME

Die Programmkostenpauschalen der Jahre 2023 und 2024 wurden auf Grundlage der Programme ermittelt, die eine förmliche Zulassung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung aufwiesen. Die Zuweisungen der Ausgleichsjahre 2023 und 2024 wurden entsprechend berechnet und in den RSA-Verfahren abschließend abgestimmt.

Es handelt sich um - für den Fall der Umsetzung der Neufassung des §270 SGB V - um eine sachlogische Folgeänderung.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Keiner

### **Zu Nr. 11 § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 - Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme**

## BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Folgeänderung im Falle einer Neuregelung in § 137g Absatz 1a, wonach für das Ausgleichsjahr 2025 die Programmkostenpauschale auch für Programme zugewiesen wird, ohne förmliche Zulassung durch das BAS. Für diese Programme nach § 137g Absatz 1a haben die Krankenkassen zusätzlich je Versicherten die Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP nach § 137g Absatz 1a zu erheben und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das BAS zu übermitteln.

## STELLUNGNAHME

Da die geplante Neuregelung zu § 137f Absatz 1a abgelehnt wird, ist die Folgeänderung ebenfalls zu streichen

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG -

Da die geplante Neuregelung zu § 137f Absatz 1a abgelehnt wird, ist die Folgeänderung ebenfalls zu streichen.

## **Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Zu Nr. 1: § 71 Absatz 1 Satz 2 - Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel**

#### **BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG**

In § 71 Absatz 1 Satz 2 werden das Wort „zugelassener“, die Angabe „(137g)“ und die Wörter „oder der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1“ gestrichen. Bei der Streichung des Wortes „zugelassener“ handelt es sich um eine Folgeänderung des neuen §137g Absatz 1a, durch den geregelt wird, dass die Krankenkassen ihren Versicherten DMP ohne eine förmliche Zulassung durch das BAS anbieten.

#### **STELLUNGNAHME**

Da der Wegfall der förmlichen Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch die Folgeänderung abgelehnt.

#### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG**

Streichung der Regelung

### **Zu Nr. 2: § 73b Absatz 5 Satz 6 - Hausarztzentrierte Versorgung**

#### **BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG**

In § 73b Absatz 5 Satz 6 werden die Wörter „Zugelassene strukturierte“ durch das Wort „Strukturierte“ und die Wörter „§§ 137f und 137g“ durch die Angabe „§ 137f“ ersetzt. Bei den Streichungen des Wortes „zugelassene“ und der Wörter „§§ 137f und 137g“ handelt es sich um Folgeänderungen des neuen §137g Absatz 1a, durch den geregelt wird, dass die Krankenkassen ihren Versicherten DMP ohne eine förmliche Zulassung durch das BAS anbieten

#### **STELLUNGNAHME**

Da der Wegfall der förmlichen Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch die Folgeänderung abgelehnt

#### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG**



Streichung der Regelung

**Zu Nr. 3 a) – h) § 137f DMP – strukturierte Behandlungsprogramme**

BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

**Zu Nr. 3 Buchstabe a): § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4, 5 und 6**

**Zu Doppelbuchstabe aa) § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4**

In Nummer 4 sollen vor dem Komma die Wörter „oder an Patienteninformationen“ eingefügt werden. Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit dem neuen Absatz 2a, wonach der G-BA zukünftig auch Anforderungen an Patienteninformationen regelt, wenn für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 1 die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen.

**Zu Doppelbuchstabe bb) § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5**

Aufgrund des Wegfalls entsprechender Vorgaben in der RSAV zur quartalsbezogenen Dokumentation wird der G-BA künftig ermächtigt, die jeweiligen Anforderungen an die Zeiträume, auf die sich die Dokumentation bezieht, und die Intervalle, in denen eine Dokumentation erfolgen soll, in seinen Richtlinien zu regeln.

**Zu Doppelbuchstabe cc) § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6**

Durch die Ergänzung wird geregelt, dass sich die vom G-BA näher auszugestaltenden Anforderungen an die Evaluation der DMP auch auf die Auswirkungen der in § 137g Absatz 3 neu eingeführten Regelungen erstrecken, wonach sich bei den DMP für Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit die Höhe der Vergütung künftig nach dem Maß der Erreichung der drei vom G-BA festgelegten Qualitätsziele richtet.

STELLUNGNAHME

zu aa) Patientenschulungen sind ein wesentlicher Baustein und ein tragendes Qualitätsmerkmal strukturierter Behandlungsprogramme. Der Stellenwert der Patientenschulung hat als Programmbestandteil im DMP eine Wichtigkeit, sodass in der Richtlinie ein über den allgemeinen Leistungsanspruch hinausgehender Anspruch auf diese Schulungen formuliert ist. Sie fördern das Selbstmanagement und dienen der besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Dabei müssen sie, wie jede Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen, ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben. Patienteninformationen können Schulungen unterstützen, aber keinesfalls evaluierte, strukturierte Schulungsprogramme durch qualifizierte Leistungserbringer ersetzen. Für den Fall, dass bei einer Indikation

ein solches Patientenschulungsprogramm nach anerkannten medizinischen Stand der Wissenschaft nicht zielführend ist, kann bereits jetzt eine indikationsbezogene Sonderregelung getroffen werden (z. B. im Rahmen des DMP zu Brustkrebs). Sollten Patientenschulungen allerdings nach anerkannten Standards zur Verbesserung des Selbstmanagements führen, aber im deutschen Gesundheitswesen für diese Erkrankung noch nicht zur Verfügung stehen, hat der G-BA bereits in § 4 der DMP-A-RL Regelungen getroffen, die es ermöglichen, dass dieses Fehlen nicht zu Verzögerungen des Programmstarts führen muss. Unklar bleibt darüber hinaus, wer die Patienteninformationen entwickeln und anbieten soll. Die Änderung wird daher abgelehnt.

zu bb) Bereits jetzt beinhalten die indikationsbezogenen Anforderungen Vorgaben zur Verlaufskontrolle in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere oder Vorsorgenotwendigkeit. Dabei basieren diese mehrheitlich auf Leitlinienempfehlung (z. B. Intervall der Fußinspektion oder der augenärztlichen Kontrolluntersuchungen bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ2). Darüber hinaus wird der Wegfall der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS abgelehnt. Die Änderung wird somit abgelehnt.

Zu cc) Vor dem Hintergrund, dass eine Verpflichtung zur Einführung eines erfolgsabhängigen Vergütungsmodelles abgelehnt wird, ist auch diese Änderung abzulehnen.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

- zu aa) Streichung.
- zu bb) Streichung.
- zu cc) Streichung.

### **Zu Nr. 3 Buchstabe b: § 137f Absatz 2a**

## BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Der neue Absatz 2a konkretisiert die Anforderungen, die der G-BA an Schulungen für Versicherte regeln kann. Dabei sind die Schulungen vom G-BA so auszugestalten, dass sie auf Grundlage der besten, verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die Durchführung der Programme gewährleisten. Zudem wird klargestellt, dass Schulungen grundsätzlich auch unter Verwendung digitaler Anwendungen wie Apps bzw. Webanwendungen oder telemedizinisch erfolgen können, wenn dies technisch möglich ist und keine medizinischen Gründe dagegensprechen. Sofern für eine Erkrankung die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen, soll der G-BA stattdessen Anforderungen an Patienteninformationen regeln. Für die telemedizinische Durchführung der Schulungen

sind in der Regel Videodienste zu verwenden, die die nach § 365 Absatz 1 festgelegten Anforderungen erfüllen.

## STELLUNGNAHME

Zur Relevanz der Patientenschulungen wird auf die Ausführungen zu Nr. 3 Doppelbuchstabe aa) § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 verwiesen. Sofern Patientenschulungen nach anerkannten Standards zur Verbesserung des Selbstmanagements führen, aber im deutschen Gesundheitswesen für diese Erkrankung noch nicht zur Verfügung stehen, hat der G-BA bereits in § 4 der DMP-A-RL Regelungen getroffen. Sie ermöglichen es, dass dieses Fehlen nicht zu Verzögerungen des Programmstarts führen und schreiben Regelung zur qualitätsgesicherten Durchführung von Videoschulungen fest. Hierbei sind u. a. die Berücksichtigung der allgemeinen Voraussetzungen für die Durchführung einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Ver Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V) als Anforderung formuliert. Insofern wird die Änderung abgelehnt.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

### **Zu Nr. 3 Buchstabe c: § 137f Absatz 3**

## BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Durch die Einfügung der neuen Sätze 1 und 2 in Absatz 3 sollen die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, ihren Versicherten zu allen vom G-BA festgelegten Krankheiten flächendeckend DMP anzubieten. Dies gilt sowohl für die Versicherten, bei denen bereits eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 1 vorliegt, als auch für Versicherte, die ein hohes Risiko für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 1 aufweisen und bereits behandlungsbedürftig sind. Für die Krankenkassen gilt eine Frist von einem Jahr nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Anforderungen des G-BA. Diese gilt für die um die Teilnahmegruppe erweiterte DMP, sowie bei bereits umgesetzten DMP. Eine Jahresfrist soll es laut des Gesetzentwurfes auch für noch nicht von einer Krankenkasse umgesetzte DMP geben. Weiterhin werden Informationspflichten der Krankenkassen zu diesen Versorgungsangeboten geregelt.

## STELLUNGNAHME

Derzeit bieten alle Krankenkassen DMP zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, KHK, Asthma Bronchiale, COPD und Brustkrebs an, ohne dass es dazu einer Verpflichtung bedurfte. Dabei sind die Verträge grundsätzlich kassenartenübergreifend mit kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen worden. Darüber hinaus befindet sich das DMP Osteoporose seit Oktober 2023 neu in 9 KV-Bezirken in der Umsetzung. Die bisherige Freiwilligkeit und damit auch die Möglichkeit der Krankenkasse, DMP gezielt und abgestimmt auf ihre Versichertenstruktur (Krankheitslast und regionale Verteilung) anzubieten, entfielen.

Durch eine alleinige Verpflichtung der Krankenkassen wird das formulierte Ziel, der Erhöhung der Teilnehmerquote nicht erreicht. Das alleinige Abstellen auf die Teilnehmerquote widerspricht dem Grundgedanken der motivierten freiwilligen Teilnahme der Patientinnen und Patienten am DMP. Damit eine Krankenkasse ein DMP anbieten kann, sind teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie stationäre Einrichtungen erforderlich. Daher wäre einer Verpflichtung auf Seiten der Krankenkassen nur nachzukommen, wenn auch eine Verpflichtung auf Seiten der Leistungserbringer eingeführt würde. Dies käme dann der Überführung der DMP in die Regelversorgung gleich.

Bereits jetzt sind die bestehenden Verträge innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen G-BA-Anforderungen an diese anzupassen. Für die Umsetzung neuer DMP ist die Festlegung einer festen Frist nicht zielführend, da der Zeitbedarf zur Sicherstellung der für die Umsetzung zwingend erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen variieren kann. Die Versicherten werden darüber hinaus in der Regelversorgung und in Selektivverträgen versorgt, so dass bei der Gestaltung der Versorgung der DMP die Qualität im Vordergrund stehen sollte und nicht die Quantität der Teilnehmerzahlen.

Die Anforderungen an die Informationspflicht gegenüber den Versicherten sind mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Grundsätzlich informieren die Krankenkassen bereits jetzt ihre Versicherten über von ihnen angebotene Versorgungsangebote. Da maßgeblich für die Einschreibung in ein DMP die Teilnahme des (Haus-)Arztes ist, ist das Ziel der hier formulierten Anforderungen in Frage zu stellen.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

### **Zu Nr. 3 Buchstabe d: § 137f Absatz 3a**

### BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Mit dem neuen Absatz 3a werden die Regelungen aus § 24 Absatz 1 Nummer 3 der RSAV überwiegend inhaltlich übernommen. Damit werden die dort bislang enthaltenen Informationspflichten gegenüber den Versicherten nunmehr gesetzlich vorgegeben. Nicht mehr enthalten ist die Vorgabe zur Beendigung der Teilnahme bei fehlender Mitwirkung.

## STELLUNGNAHME

Das Einfügen des neuen Absatz 3a ist eine Folgeänderung aus der Streichung des § 24 RSAV. Es werden jedoch nur Teile des bisherigen § 24 Absatz 1 übernommen. So regelt der § 24 RSAV insgesamt bisher das Verfahren für die Einschreibung und die Dauer der Teilnahme. Durch diese Regelungen ist bisher sichergestellt, dass für alle Programme, unabhängig von der Vertragsregion oder Indikation, alle Teilnahmen unter denselben Bedingungen und zum selben vordefinierten Tag beginnen und enden. Durch die geplante Streichung insbesondere des § 24 Absatz 2 entfallen diese Festlegungen. Diese Festlegungen sind jedoch zur Durchführung der Qualitätssicherung und der Evaluation, auch nach der Umsetzung der geplanten Änderung zum Wegfall der Zulassung und der Einführung der Verpflichtung des Angebotes eines DMP sowie der Umstellung der RSA-Berücksichtigung, weiterhin dringend erforderlich. Ohne entsprechende Vorgaben, die mindestens einheitlich innerhalb des DMP der jeweiligen Indikation sind, werden die Ergebnisse der Qualitätssicherung nicht vergleichbar und die Aussagen der Evaluation nicht nutzbar. Die Festlegung zum Beginn und Ende der Teilnahme liegen so schlussendlich in der Willkür der Vertragspartner. Insbesondere die Festlegungen zum Ende der Teilnahme können dabei jedoch einfacher als bisher gefasst werden. Dadurch würde es zu einer Entbürokratisierung bei den Krankenkassen und zu einer Vermeidung von rückwirkenden Beendigungen der Teilnahmen und den damit ggf. verbundenen Kommunikations- und Abrechnungsproblemen kommen. Sofern eine solche Vereinfachung übernommen wird, sollte der Versicherte auch über die Regelung zum Beginn und Ende der Teilnahme (wie bisher) informiert werden.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

### Streichung der Regelung

Sofern an der Änderung festgehalten wird, sollte der Absatz 3a wie folgt gefasst werden:

*(3) Der Versicherte ist nach Absatz 3 Satz 5 insbesondere zu informieren*

- 1. über die Programminhalte,*

2. *darüber, dass zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet werden können, und dass nach § 137g Absatz 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,*
3. *über die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele,*
4. *über die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm und die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung sowie*
5. *über seine im Programm aufgeführten Mitwirkungspflichten zur Erreichung der Ziele sowie darüber*
6. *dass die Teilnahme frühestens mit dem jüngsten Datum der, auch elektronischen Unterschrift des Arztes und Versicherten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung beginnt und*
7. *die Teilnahme endet, wenn er die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht mehr erfüllt, er seine Teilnahme kündigt oder die Einwilligung in die Datenverarbeitung widerruft oder zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in Absatz 2 Nummer 1 genannten Frist übermittelt worden sind.*

*Den Erhalt dieser Informationen bestätigt der Versicherte schriftlich oder elektronisch.*

#### **Zu Nr. 3 Buchstabe e: § 137f Absatz 4**

#### **BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG**

zu aa) In Satz 1 werden die Wörter „Evaluation der für dieselbe Krankheit nach Absatz 1 zugelassenen Programme nach Absatz 1 durch einen vom Bundesamt für Soziale Sicherung“ durch die Wörter „Evaluation der nach Absatz 1 für dieselbe Krankheit festgelegten Programme durch einen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt. Durch die Regelung geht die Aufgabe der Bestellung eines unabhängigen externen Sachverständigen vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über. Die Änderung führt lediglich zu einer Änderung der Zuständigkeit für die Benennungsherstellung, nicht aber zu einer Verfahrensänderung. Dieser Änderung kann insofern zugestimmt werden.

zu bb) Durch die Ergänzung nach Satz 1 wird geregelt, dass Daten von Versicherten, die nicht mehr an den DMP teilnehmen und für die daher seit zwei Jahren keine Dokumentation nach den Vorgaben der DMP-A-RL des G-BA vorliegt, nicht mit in die Evaluation einbezogen werden.

zu cc) Durch den neuen Satz 3 wird geregelt, dass die von den Krankenkassen oder ihren Verbänden für jedes Kalenderjahr zu erstellenden Qualitätsberichte nicht mehr dem BAS vorzulegen sind. Zur Herstellung von Transparenz über die Qualität der Programme sind sie künftig in geeigneter Form, zum Beispiel im Internet, zu veröffentlichen.

## STELLUNGNAHME

Zu aa) Die Aufgabenübertragung vom BAS auf den GKV-Spitzenverband ist im Zusammenhang mit dem Wegfall der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS zu sehen. Da diese abgelehnt wird, ist die Änderung entbehrlich, ihr kann jedoch zugestimmt werden.

Zu bb) Die Regelungen zu den Aufbewahrungsfristen der personenbezogenen Daten einschließlich der für die Evaluation notwendigen Daten ist in § 5, das Verfahren zur Evaluation in § 6 der DMP-A-RL festgelegt. Dabei korrespondieren die Aufbewahrungsfristen mit den Anforderungen an die Evaluation. Eine weitere und vor allem abweichende Regelung ist nicht sachgerecht.

Zu cc) Die Änderung steht im Zusammenhang mit dem geplanten Wegfall der Zulassung durch das BAS und der damit verbundenen Änderung in § 137f Absatz 3 (alt). Dies wird abgelehnt. Da die Krankenkassen jedoch bereits die von ihnen erstellten Qualitätsberichte veröffentlichen, hat die geplante Änderung insofern keine Auswirkungen auf das Handeln der Krankenkassen.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Zu aa) Dieser Regelung wird zugestimmt.

zu bb) Streichung

Zu cc) Dieser Regelung wird zugestimmt.

## **Zu Nr. 3 Buchstabe f: § 137f Absatz 6, 6a und 6b**

### BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Der neue Absatz 6 regelt, dass zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebotes zu DMP die Krankenkassen oder ihre Landesverbände allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen oder Landesverbänden von Krankenkassen Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen haben. Diese Verträge sind künftig von allen Krankenkassen bzw. Kassenverbänden auch für alle neu vom G-BA geregelten DMP ab-



zuschließen. Geeignete Leistungserbringer können durch ihren Beitritt zu diesen Verträgen an der Versorgung im Rahmen des DMP teilnehmen. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, ist die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 6a zu beantragen.

Absatz 6a regelt das Nähere zu diesem Schiedsverfahren. Es wird zudem geregelt, dass die bereits geschlossenen Verträge zur Umsetzung der DMP auch im Falle ihrer Kündigung weiterhin so lange gelten, bis ein neuer Vertrag zustande gekommen ist. Damit wird sichergestellt, dass die bereits laufenden Programme ohne Unterbrechung fortgeführt werden.

Der neue Absatz 6 b gibt vor, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände zur Sicherstellung der Beteiligung von Krankenhäusern an DMP mit geeigneten zugelassenen Krankenhäusern oder mit den Landeskrankenhausesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die im Rahmen der Programme zu erbringenden Krankenhausleistungen schließen, soweit die Anforderungen in der DMP-A-RL des G-BA dies erfordern. Diese Regelungen gelten entsprechend für die Sicherstellung der Beteiligung von Rehabilitationseinrichtungen

## STELLUNGNAHME

Zu Absatz 6 und 6a:

Eine Fokussierung auf Verträge mit kassenärztlichen Vereinigungen, birgt insbesondere in Verbindung mit der zusätzlich geplanten Fristenregelung zur Umsetzung eines DMP die Gefahr, dass unangemessene Vergütungsforderungen und Qualitätsnachteile die Verhandlungen stören.

Durch eine alleinige Verpflichtung der Krankenkassen wird das formulierte Ziel (Erhöhung der Teilnehmerquote) nicht erreicht. Das alleinige Abstellen auf die Teilnehmerquote widerspricht dem Grundgedanken der motivierten freiwilligen Teilnahme des Patientinnen und Patienten am DMP.

Der Vorschlag zur Einführung der Möglichkeit eines Schiedsverfahrens birgt zudem die Gefahr, dass die Vertragsgestaltung (Vergütung und Inhalte, einschließlich der Richtlinienkonformität) in letzter Konsequenz allein in der Hand der jeweiligen Schiedsperson läge. Da es mehrere Schiedsverfahren mit unterschiedlichen Schiedspersonen geben kann, ist eine Beständigkeit nicht sichergestellt. Zudem bliebe das Schlichtungsergebnis ohne eine damit einhergehende Verpflichtung der Ärzteschaft, die Verträge nach Vertragsabschluss durch ihre aktive Teilnahme mit Leben zu füllen, darüber hinaus ohne Konsequenz. Auch zeigen Erfahrungen aus anderen Schlichtungsverfahren, dass diese sehr zeitaufwendig und langwierig sind. Die vorgesehene Frist zur Einleitung und zum



Abschluss des Schiedsverfahrens kann zudem dazu führen, dass der zeitliche Druck die Verhandlungen nachhaltig stört und ein einvernehmliches Ergebnis verhindert.

Zu Absatz 6b:

Die vertragliche Einbindung mindestens eines geeigneten Krankenhauses an der DMP-Versorgung ist bereits jetzt Zulassungsvoraussetzung und erfolgt wie in der Begründung ausgeführt „entweder durch einen eigenständigen Vertragsschluss oder im Wege des Beitritts zu einem von der Landeskrankenhausesgesellschaft oder einer Vereinigung der Krankenhausträger im Land geschlossenen Vertrag, der damit Rechtswirkung für das Krankenhaus entfaltet“.

Allerdings ergeben sich durch diese Vorgabe zunehmend Probleme in der Umsetzung des DMP. Krankenhäuser sind für die Erbringung von Leistungen zugelassen oder ermächtigt. Die erbrachten Leistungen werden gemäß den einschlägigen Vorgaben finanziert. Eine Leistungserbringung abweichend von oder über den Versorgungsauftrag (auch unter Berücksichtigung der länderspezifischen Bedarfsplanung sowie der unterschiedlichen Mindestmengenregelungen) hinaus sind in den DMP nicht vorgesehen. Vor dem Hintergrund ist es zunehmend schwierig, Krankenhäuser für die Teilnahme am DMP zu gewinnen. Insoweit führt die geplante Änderung zu einem Umsetzungshindernis und wird abgelehnt.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung der Absätze 6, 6a und 6b

**Zu Nr. 3 Buchstabe g: § 137f Absatz 9**

#### BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung weiterer Sätze in Absatz 3 und der sich ergebenden Änderung der Satznummerierung.

#### STELLUNGNAHME

Da die Regelung, wodurch Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten DMP anzubieten, in Gänze abgelehnt wird, ist die Folgeänderung entbehrlich.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung der Regelung

### **Zu Nr. 3 Buchstabe h: § 137f Absatz 10**

#### **BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG**

Der neue Absatz 10 entspricht im Wesentlichen dem bislang in § 137g enthaltenen Absatz 2 Satz 1 und 4, wonach die Krankenkassen die Programme und die zur Durchführung der Programme notwendigen Verträge innerhalb einer Frist von 12 Monaten an die Änderungen der der DMP-Anforderungen-Richtlinien anzupassen haben.

#### **STELLUNGNAHME**

Siehe [Nr. 9a: § 137g Absatz 1a – strukturierte Behandlungsprogramme](#)

#### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG**

Streichung der Regelung

### **Zu Nr. 4 § 137g DMP – strukturierte Behandlungsprogramme**

#### **BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG**

Mit der Neufassung des § 137g entfällt das bislang hier geregelte Zulassungsverfahren durch das BAS. Die vorherige Prüfung der Verträge und Zulassung der Programme durch das BAS ist im Hinblick auf die mit diesem Gesetz vorgesehene Abschaffung der Programmkostenpauschale für DMP nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht mehr gerechtfertigt. Anstelle des Zulassungsverfahrens werden in § 137g nunmehr weitere Vorgaben für die DMP gesetzlich vorgegeben. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen liegt damit bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. Inhaltlich entsprechen die Regelungen in den neuen Absätzen 1 bis 3 im Wesentlichen den Vorgaben in § 25 RSAV, die mit diesem Gesetz aufgehoben werden.

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen inhaltlich § 25 Absatz 1 RSAV und übernimmt die Regelungen zur Dokumentation und Datenverarbeitung. Nicht übernommen wird die Bezugnahme auf eine Überprüfung der Einschreibung aufgrund des Wegfalls insbesondere der Regelungen in § 24 Absatz 2 RSAV.

Absatz 2 entspricht inhaltlich § 25 Absatz 2 und 3 RSAV und übernimmt die Datenverarbeitungs- und Informationsvorgaben und enthält eine Übergangsregelung für Verträge, die vor dem Inkrafttreten der Neuregelung geschlossen wurden.

Absatz 3 entspricht inhaltlich § 25 Absatz 4 RSAV und übernimmt die Regelung zur Datenübermittlung zum Zweck der Evaluation.

Absatz 4 enthält eine neue Vorgabe für Verträge zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit, wonach diese eine erfolgsabhängigen Vergütung berücksichtigen müssen. Der G-BA wird hierzu beauftragt, erstmals innerhalb von sechs Monaten für jede der genannten Krankheiten aus den bereits in der DMP-A-RL vorgegebenen Qualitätszielen mindestens drei Qualitätsziele auszuwählen, nach deren Erreichung sich die Höhe der Vergütung zu richten hat, und diese in seiner Richtlinie zu bestimmen. Kommt die Anpassung eines Vertrages nicht fristgerecht zustande, gilt er zunächst weiter und es ist ein Schiedsverfahren nach § 137f Absatz 6a ist unverzüglich einzuleiten.

## STELLUNGNAHME

siehe [Nr. 3 Buchstabe h](#).

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Absatz 1 – 3 Streichung der Regelung

Zu Absatz 4 [siehe Änderungsvorschlag zu 9b: § 137g Absatz 4](#)

## IV. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

### **Früherkennung im Unternehmen durch Betriebsärzte**

Die arbeitsmedizinische Vorsorge dient der arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsberatung der Beschäftigten und der Früherkennung; sie soll arbeitsbedingten Erkrankungen oder Berufskrankheiten vorbeugen. In Ergänzung können die Fachärzte für Arbeitsmedizin auf der Grundlage von kassenindividuellen oder auch kassenartenübergreifenden Verträgen ebenfalls Gesundheitsuntersuchungen durchführen. Jedoch besteht für diese Fachärzte keine Möglichkeit chronisch erkrankte Arbeitnehmer oder als Risikopatienten identifizierte Arbeitnehmer engmaschig zu betreuen, um eine niedrigschwellige, kontinuierliche Behandlung am Arbeitsplatz sicherzustellen. Um zusätzlich erforderliche Diagnostik und Tests veranlassen zu können, besteht derzeit keine Möglichkeit einer Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung.

Betriebsärzte sollten an die vertragsärztliche Versorgung angebunden werden und Untersuchungen, Screenings und Diagnostik zur Früherkennung von Krankheiten durchführen können (siehe Positionspapier BKK DV „Anbindung von Betriebsärzten an die vertragsärztliche Versorgung“). Dazu könnte der § 132f SGB V um Maßnahmen nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1,2,3,5,7,7a,9 und 11 SGB V erweitert werden.

### **Präventionsempfehlung bei Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V stärker nutzen und in die ePA einbinden**

Versicherte haben gem. § 25 Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, die auch eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V umfasst. Die Präventionsempfehlung wird allerdings zu selten von den Ärzten verordnet und sollte stärker genutzt werden. Die Angebote der Krankenkassen sind gesammelt unter und auf jeder Internetseite der einzelnen Krankenkassen abrufbar. Die KV sollte diese Leistung stärker bei den Ärzten promoten, um gesundheitliche Risiken und Belastungen zu minimieren. Ferner empfehlen wir die Aufnahme der Präventionsempfehlung in die elektronische Patientenakte. Die elektronische Patientenakte (ePA) schafft für Versicherte Transparenz über ihre Behandlungsdaten. Damit unterstützt und verbessert sie das Verständnis der Versicherten für die persönliche medizinische Behandlung. Die ePA sollte jedoch darüber hinaus auch gesundheitsbezogene Informationen und Angebote enthalten. Dafür müsste es Krankenkassen über Schnittstellen ermöglicht werden, dem Versicherten digi-

tale Angebote zur individuellen Prävention und Förderung des selbstbestimmten, gesundheitsorientierten Handelns bereitzustellen oder darauf zu verweisen. Damit könnte auch die Anwendung der ärztlichen Präventionsempfehlung gemäß § 25 Abs.1 SGB V verbessert werden.

### **Auflösung des Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen hin zur Einzelabrechnung**

Pharmazeutischen Dienstleistungen werden bei weitem nicht genutzt. Apotheken rufen aktuell ca. 4 Mio. Euro im Quartal ab. Der Fonds, der für diese Dienstleistungen zur Verfügung steht, sollte daher besser aufgelöst werden, um die Mittel effizienter einzusetzen. Zurzeit liegen im Fonds ca. 300 Mio. Euro. Eine direkte Abrechnung dieser Dienstleistungen zwischen den Apotheken und der Krankenkasse des Versicherten würde den Verwaltungsaufwand reduzieren. Zudem stünden die freigewordenen Mittel unmittelbar für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

Diese Vergütungssystematik könnte den Fokus verstärkt auf die Qualität der pharmazeutischen Dienstleistungen legen und so eine bedarfsgerechtere Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen.

### **Mehr Transparenz im Apothekenmarkt**

Politik und Entscheidungstragende brauchen deutlich mehr Transparenz im Apothekenmarkt. Die Krankenkassen haben keinerlei Kenntnis und Übersicht darüber, in welcher Apotheke welche der derzeit fünf pharmazeutischen Dienstleistungen angeboten werden. Im Apothekenverzeichnis gibt es hierzu keinerlei Information. Diese gilt es, verpflichtend in das Apothekenverzeichnis aufzunehmen.

Zusätzlich gehört zur Transparenz auch eine Übersicht der regionalen Verteilung der Apotheken wie z.B. der Versorgungsdichte in unterschiedlichen Kreisen. Ebenfalls müssen die deutschen Versandapotheken in den Abrechnungen zu erkennen sein. Die deutschen Versandapotheken rechnen derzeit über das IK der normalen Vor-Ort-Apotheke ab. Die Einführung eines separaten Institutskenzeichens für alle Versandapotheken ist für die Betriebskrankenkassen ein wichtiger Schritt, um das Versorgungsgeschehen der GKV in Gänze beurteilen zu können.