

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf für ein Gesundes-Herz-Gesetz
(GHG)

vom 14. Juni 2024

9. Juli 2024

Bundesverband Managed Care e.V.

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Bettina Lutz, Dr. Carola Reimann, Dr. Benedikt Simon
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de



BMC-STELLUNGNAHME ZUM GHG-REFERENTENENTWURF

GRUNDSÄTZLICH

Der BMC unterstützt die mit dem GHG verbundene stärkere Ausrichtung der Versorgung auf Prävention und Früherkennung bei Volkskrankheiten bzw. die engmaschige und koordinierte Versorgung bei chronischen Erkrankungen. Es leistet einen Beitrag, die momentane Fokussierung des Gesundheitssystems auf die Therapie und Reparatur von Gesundheit zumindest bei den adressierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugunsten eines proaktiven Gesundheitsförderungssystems zu verschieben. Grundsätzlich braucht es ein Umdenken: Die Wiederherstellung und der möglichst lange Erhalt von Gesundheit im Einklang mit Wünschen und Werten der Bürger:innen muss Vorrang vor Intervention und Leistungserbringung erhalten. Dass dies eine Teamaufgabe ist, die von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen adressiert werden muss, wird durch die im Entwurf eingebunden Apotheken sinnvollerweise aufgegriffen.

Aus BMC-Sicht stellen vor allem die im Referentenentwurf enthaltenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) einen Schritt in die richtige Richtung dar. Sie sind jedoch nicht hinreichend. Aus BMC-Sicht braucht es weitere Schritte insbesondere zur digitalen Dokumentation und Datenübermittlung, weitere administrative Erleichterungen sowie die Möglichkeit zur Versorgung von multimorbiden Patien:innen im Rahmen der DMP. Dies ist kurzfristig mit dem GHG umsetzbar und sollte im weiteren Verfahren aufgegriffen werden.

Jenseits der positiven Aspekte stellt der BMC mit großer Sorge fest, dass der Referentenentwurf neue Leistungsansprüche auf politischem Weg schafft, der den dafür zuständigen G-BA umgeht oder – im Falle der Inhalte der Gesundheitsuntersuchungen – sogar überstimmen kann. Derartige kleinteilige Eingriffe unterwandern das Vertrauen in die evidenzbasierte Medizin der GKV, delegitimieren die aus gutem Grund zuständigen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung und blähen das SGB V unnötig auf.

IM EINZELNEN

Art. 1 Nr.2&7 §§ 25c, 129 (5e) SGB V:

Versicherte erhalten einen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihrer Risikofaktoren zum 25., 35. und 50. Lebensjahr. Dieser soll per Gutschein auch in Apotheken einlösbar sein. Apotheken können im Rahmen pharmazeutischer Dienstleistungen auch jährliche Messungen von Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und tabakassozierten Erkrankungen durchführen und dazu beraten.

- Der BMC begrüßt, dass mit diesen Regelungen ein stärkerer Fokus auf die Prävention und Früherkennung von Erkrankungen gelegt wird, um spätere Versorgungsbedarfe oder gar eine Chronifizierung zu vermeiden. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes sind dafür aufgrund ihrer hohen Prävalenz besonders geeignet, jedoch sollten die Bestrebungen perspektivisch auf weitere Volkskrankheiten ausgeweitet werden.

- Die Einbindung der Apotheken in dieses Angebot ist im Sinne einer teambasierten Versorgung und eines niedrigschwelligen Zugangs für die Zielgruppe richtig und gerade in strukturschwachen Regionen eine sinnvolle Ergänzung. Allerdings sollten Früherkennungsuntersuchungen nicht als isolierte Leistung der Apotheken, sondern immer in einem Primärversorgungskontext erfolgen, d. h. durch Anbindung an ein Primärversorgungszentrum oder an die hausärztliche Versorgung einer Region. Auch sollten die Apotheken verpflichtet werden, Ergebnisse der Untersuchungen und eine in Anspruch genommene Beratung zu Risikofaktoren in der ePA des Versicherten zu dokumentieren.
- Darüber hinaus lehnt der BMC ab, dass Leistungen der Gesundheitsuntersuchungen durch das BMG über Richtlinien des G-BA hinaus per Rechtsverordnung geregelt werden können. Der GKV-Leistungskatalog sollte nicht durch politische Eingriffe, sondern eindeutige Kriterien der evidenzbasierten Medizin definiert werden. In diesem Sinne sollten die im GHG geplanten präventiven Maßnahmen kontinuierlich auf ihre patientenrelevanten Auswirkungen beobachtet werden und eine Begleitevaluation erfahren, mit der weitere Evidenz generiert wird.

Art. 1 Nr.4 § 34 SGB V:

Versicherte mit bestehender Tabakabhängigkeit erhalten einen Anspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung sowie zur Versorgung mit Statinen zur Vorbeugung schwerer kardiovaskulärer Ereignisse, sofern ein erhöhtes Risiko dafür vorliegt.

- Ein zusätzlicher Leistungsanspruch sollte allein auf Basis vorliegender Evidenz durch den G-BA geschaffen werden. Dafür existieren bewährte Verfahren, die nicht durch kleinteilige politische Eingriffe delegitimiert werden dürfen. Sofern die Politik bei den genannten Leistungen Handlungsbedarf sieht, sollte sie den G-BA beauftragen, Beratungen dazu aufzunehmen, welche Maßnahmen zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Art. 1 Nr.8 & 9 §§ 137f/g SGB V i. V. m. Art. 2 Nr. 3 & 4 §§ 137f/g SGB V:

Es werden umfangreiche Maßnahmen zur Stärkung von Disease Management Programmen (DMP) ergriffen. Der G-BA wird beauftragt, eine DMP-Richtlinie zur krankheitsübergreifenden Versorgung von Patient:innen mit erhöhtem Risiko für die Manifestation einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beschließen. Die bisherige Zulassung von DMP-Verträgen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entfällt. Außerdem soll der G-BA Qualitätsziele festlegen, nach denen in den DMP für Diabetes mellitus Typ 1&2 sowie koronare Herzkrankheit eine qualitätsabhängige Vergütung erfolgen soll. Die Anforderungen an DMP-Schulungen werden konkretisiert. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten DMP anzubieten, für die der G-BA Anforderungen beschlossen hat und dazu Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen.

- Die kontinuierliche Behandlung von chronisch erkrankten Patient:innen ist aus BMC-Sicht ein entscheidender Schlüssel, um die Überbeanspruchung des Gesundheitssystems zu verringern und der Progression von Erkrankungen entgegenzuwirken. Insbesondere der koordinierte Betreuungsprozess bietet die Chance, die Versorgung chronisch kranker Patient:innen zu verbessern, ihr Sterberisiko zu senken sowie die gesamten Behandlungskosten zu verringern. Daher unterstützt der BMC das Ziel, die DMP zu stärken und ihre Versorgungswirkung weiter zu erhöhen. Insbesondere die bei einigen DMP hinter den Erwartungen zurückbleibenden Einschreibezahlen (z. B. waren im Jahr 2022 von ca. 11 Mio. an Diabetes erkrankten Personen in Deutschland nur 4,7 Mio. in die DMP Diabetes mellitus Typ 1 & 2 eingeschrieben) und die zahlreichen strukturierten Behandlungsprogramme, für die trotz G-BA-Beschluss noch kein DMP-Vertrag existiert, verdeutlichen den hier vorhandenen Handlungsbedarf.

- Die im Referentenentwurf genannten Maßnahmen befürwortet der BMC im Wesentlichen. Sie sind geeignet, die bürokratischen Lasten zu reduzieren, die mit DMP einhergehen und damit die Akzeptanz der Programme bei Patient:innen und Leistungserbringenden zu steigern. Die bisherige Praxis der gesonderten Zulassung von DMP-Verträgen nach § 137g (1) SGB V durch das das BAS verzögert ihre Umsetzung erheblich. Sie ist zudem entbehrlich, da der G-BA als höchstes Gremium der Selbstverwaltung die Anforderungen an DMP bereits evidenzbasiert festgelegt hat. Auch die Vorgabe von Qualitätszielen (dies könnten z. B. Zielwerte für Risikofaktoren oder die Compliance der Patient:innen sein) und die daran anknüpfende erfolgsabhängige Vergütung sind ein wichtiger Schritt hin zu Value Based Care, der nach erfolgreicher Umsetzung in den DMP auch auf andere Versorgungsbereiche ausgeweitet werden sollte.
- Kritisch bewertet der BMC dagegen die Abschaffung der DMP-Programmkostenpauschale (§ 270 (1) Nr. 2 SGB V), wodurch positive Anreize für die Verbreitung von DMP leichtfertig geopfert werden. Zwar werden die Kassen im Zuge des GHG verpflichtet, DMP anzubieten und dazu Verträge abzuschließen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich der Wegfall einer direkten Finanzierung negativ auf die in den DMP-Verträgen verhandelten Vergütungen auswirkt, was wiederum zulasten der Einschreibungen durch Ärzt:innen gehen wird. Auch der Verweis auf den Ausgleich der Aufwendungen über den Risikostrukturausgleich vermag nicht zu überzeugen, solange dieser nicht prospektiv über einen mehrjährigen Zeitraum in die Zukunft reicht. Solche Anreizwirkungen sollten spätestens im Zusammenhang mit einer Anpassung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Berücksichtigung finden. Einschreibequoten von nur etwa 50% der Betroffenen in den DMP zeugen davon, dass die Anreize für Kassen, Ärzt:innen und Patient:innen unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht ausreichend sind, um den nachgewiesenen prospektiven Wert der DMP adäquat abzubilden.
- Aus BMC-Sicht sind weitere Maßnahmen zur Stärkung der DMP erforderlich, die mit dem GHG umgesetzt werden können. Daher schlagen wir folgende Ergänzungen vor:
 - Um den administrativen Aufwand der Vertragsverhandlungen in den Ländern zu reduzieren, sollten zu den einzelnen DMP bundesweite Rahmenverträge durch die Verhandlungspartner im G-BA innerhalb einer festzulegenden Frist vereinbart werden. Einigen sich die Vertragsparteien nicht, sollte ein Konfliktlösungsmechanismus (z. B. analog zum Verfahren nach § 132e Abs. 1 Satz 6 SGB V bei regionalen Impfvereinbarungen) unmittelbar anschließen. Weitere Versorgungsleistungen sollten über regionale Zusatzverträge vereinbart werden können.
 - Um die Verbreitung von DMP zu stärken, müssen Anreize für Patient:innen geschaffen werden, an DMP teilzunehmen. Dazu sollten Kassen Wirtschaftlichkeitsvorteile aus einer DMP-Versorgung an ihre Versicherten weiterreichen. Eine Steigerung der Einschreibezahlen könnte auch Teil der qualitätsabhängigen Vergütung für Ärzt:innen werden.
 - Ein intersektoraler Datenaustausch im Rahmen von DMP ist essenziell für eine qualitätsgesicherte und effiziente Behandlung durch alle beteiligten Leistungserbringenden. Dafür bedarf es einer verpflichtenden Übertragung der erhobenen DMP-Daten in die ePA. Neben den digitalen DMP, für die die Verknüpfung mit der ePA bereits im Digitalgesetz geregelt wurde, sollte der G-BA beauftragt werden, die ePA als technische Grundlage für die Versorgungsprozesse aller DMP festzulegen. Außerdem sollte ein spezifisches MIO für DMP entwickelt werden, das eine standardisierte Dokumentation der Daten ermöglicht.
 - Die verbreitete Multimorbidität führt dazu, dass sich zunehmend Patient:innen für verschiedene DMP qualifizieren. Da Mehrfacheinschreibungen nicht vergütet werden, beschränkt sich in diesen Fällen die Versorgung oft auf jene Erkrankung, in deren DMP die Patient:innen eingeschrieben sind. Der G-BA sollte beauftragt werden, die DMP-A-RL dahingehend zu ändern, dass einzelne für die Behandlung von Komorbiditäten relevante Module DMP-übergreifend anwendbar sind.

- Ein Hauptelement der Behandlung im Rahmen von DMP ist eine strukturierte, standardisierte elektronische Dokumentation der Versorgungsdaten. Um diese für die systematische Weiterentwicklung der Behandlungsprogramme nutzbar zu machen und deren Wirksamkeit und Qualität sukzessive zu verbessern, sollten die Versorgungsdaten in einem nationalen DMP-Register zusammengeführt und für die Versorgungsforschung verfügbar gemacht werden.
- Im Rahmen des Versichertenstammdatenmanagements muss der aktuelle DMP-Status der Patient:innen von den Krankenkassen kurzfristiger als bisher aktualisiert werden. Nur so haben am DMP beteiligte Leistungserbringende die Möglichkeit, über Ein- und Ausschreibungen ihrer Patient:innen auf dem Laufenden zu bleiben, wodurch vermeidbare Regressanträge der Krankenkassen vermieden werden.
- Es sollte klargestellt werden, dass Krankenkassen zur Identifikation von Versicherten, die für DMP infrage kommen, eine Datenanalyse nach § 25b SGB V durchführen dürfen.