

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

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, durch ein Bündel an Maßnahmen die Früherkennung und die Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern und so die Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Bevölkerung zu stärken.

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurden eingeführt, um für chronisch Kranke den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Kernelement ist deshalb eine koordinierte, sektorenübergreifende, leitliniengerechte Behandlung auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz. Mit dem Ziel der weiteren Verbesserung dieses Versorgungsangebots sollen die DMP inhaltlich weiterentwickelt und die Umsetzung in der Versorgung gefördert und beschleunigt werden.

**Das Ziel des Gesetzentwurfes zum "Gesundes-Herz-Gesetz" (GHG), die DMPs zu stärken und zu bündeln, ist sicher richtig und vordringlich. Ebenso ist die Fokussierung auf Prävention und Vorsorge sehr wichtig und begrüßenswert.** Diesen beiden übergeordneten Zielen im Gesetzentwurf stimmen wir vollumfänglich zu, sehen jedoch äußerst problematische Punkte in diesem Gesetzentwurf, die vor einer Verabschiedung eines entsprechenden Gesetzes unbedingt adressiert und geändert werden müssen.

Der erste Punkt betrifft die bewährte Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland an sich, die darauf folgenden Punkte betreffen Details der Versorgung und des medizinischen Standards im vorliegenden Gesetzentwurf:

- 1. Der vorliegende Gesetzentwurf greift fundamental in die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ein** und konterkariert den etablierten und erfolgreichen Grundsatz, dass politisch lediglich ein rechtlicher Rahmen abgesteckt wird, den die Selbstverwaltung mit ihren Organen, zu oberst dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach bester Evidenz in der Versorgung ausgestaltet. In diesem bewährten System ist durch die Kompetenz der Fachgesellschaften, Verbände, Leistungserbringer und Kostenträger in den letzten Jahren eine gesicherte und evidenzbasierte Versorgung stets sichergestellt, verbessert und weiterentwickelt worden. Wir teilen in diesem Punkt die große Sorge und die Bedenken, die die Bundesärztekammer, die Krankenkassen und die Fachgesellschaften haben, dass bei Umsetzung des derzeitigen Gesetzentwurfs dieser bewährte Grundsatz zugunsten einer

Ermächtigung in Richtung einer gesetzlich reglementierten Staatsmedizin ausgehebelt wird. Die fachliche Expertise zur Weiterentwicklung und Umsetzung guter evidenzbasierter Versorgung muss aus unserer Sicht in den Händen der Selbstverwaltung unter enger Beratung mit den Fachgesellschaften für die Festlegung des medizinischen Standards und der Etablierung von Leitlinien bleiben. Auf individueller Versorgungsebene würde eine solche Veränderung auch das Verhältnis zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten stark belasten und zu einem fundamentalen Vertrauensbruch führen. Ärztliches Handeln würde auf das Umsetzen eines Gesetzes hier degradiert, Patientinnen und Patienten würden zu Empfängern eines gesetzlich vorgeschriebenen Katalogs, der individuelle Bedürfnisse, Voraussetzungen und medizinische Umstände nicht ausreichend berücksichtigt und zudem aus nicht nachvollziehbaren Gründen ein einzelnes Organsystem herausgreift. Ärztliches Handeln und "Sprechende Medizin" haben immer einen ganzheitlichen Blick auf Menschen und dürfen nicht auf die Umsetzung von behördlich verordneten Paragraphen degradiert werden.

- 2. Der Gesetzentwurf berücksichtigt die multifaktoriellen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen für das Entstehen von Herz-Kreislaufkrankungen nicht ausreichend,** so dass die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen werden. So ist im vorliegenden Gesetzentwurf nicht berücksichtigt, dass vor allem chronische Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankungen erheblich zum Auftreten und zur Verschlechterung von Herz-Kreislaufkrankungen im Verlauf beitragen. Die DDG als eine Fachgesellschaft der Unterzeichner setzt sich seit Jahren für eine bessere Prävention und Früherkennung von Diabetes mellitus Typ 2 ein, der 75% der Todesfälle an Herz-Kreislaufkrankungen mit verursacht und auch selbst die Lebenserwartung signifikant um Jahre verkürzt [1-9]. So fordert die DDG seit Jahren die Aufnahme einer HbA1c-Bestimmung als Labormarker für chronische Blutzuckererhöhung in Vorsorgeuntersuchungen ab dem Check-Up 35 und unterstützt auch die entsprechende Forderung anderer Fachgesellschaften, vor allem der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN), für die Früherkennung eines Nierenschadens die Albuminausscheidung über die Niere mittels Bestimmung des Urin-Albumin-Creatinin Quotienten UACR (Urine Albumin Creatinin Ratio) in die Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen aufzunehmen. Diese beiden Parameter sind evidenzbasierte wichtige Laborbestimmungen, die leitliniengestützte Empfehlungen für weitere Therapie und Vorsorge steuern helfen [10-12]. Wir unterstützen hierbei auch die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) zu diesem Gesetzentwurf, die die Einführung des Screenings auf eine chronische Nierenerkrankung fordert, bei Risikofaktoren wie Bluthochdruck, anderen Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes mellitus schon ab dem Check-Up 25 [13,14].

Bei den durch Lebensstil beeinflussbaren Risikofaktoren sind im Gesetzentwurf die Maßnahmen zu Rauchstop, gesunder Ernährung und gesundem Bewegungsverhalten nicht ausreichend berücksichtigt und die Prinzipien einer "Health in all Policies" nicht ausreichend umgesetzt. Hier verweist die DDG auch auf ihre Stellungnahme zum Impulspapier "Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen" des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom Oktober 2023

(<https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/ddg-stellungnahme-zum-impulspapier-frueherkennung-und-versorgung-von-herz-kreislauf-erkrankungen-des-bundesministeriums-fuer-gesundheit>).

Zur Stärkung der Prävention muss aus unserer Sicht auch verstärkt und sehr breit, holistisch und unabhängig von Alter und Bildungsgrad in die Gesundheitsbildung investiert werden. Die Bevölkerung muss noch besser über die Risiken und Präventionsmöglichkeiten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren aufgeklärt werden. Die individuelle Gesundheitskompetenz muss entwickelt und gestärkt werden. Nur so werden Menschen in die Lage versetzt, eigenständige, fundierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen und Prävention langfristig umzusetzen. Hiermit geht Hand in Hand, dass die Eigenverantwortung betont wird und Selbstmanagement-Kompetenzen gestärkt werden. Dies gilt insbesondere für vulnerable Gruppen, v.a. Menschen mit geringerem Bildungsgrad und/oder Zuwanderungsgeschichte, bei denen nicht-übertragbare Erkrankungen überzufällig häufig auftreten. Darüber hinaus gilt es, gesundheitsfördernde Lebenswelten im Alltag zu schaffen, die Menschen früh und aktiv in einen Prozess der Gesundheitsförderung einbeziehen. An dieser Stelle verweisen wir auf die Forderungen der Deutschen Allianz für Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), die ein sinnvolles Maßnahmenbündel vorschlägt, wie z.B. auch eine abgestufte Mehrwertsteuer bei Lebensmitteln, ein Verbot von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder richtet und Standards für ausreichend Bewegung und gesundes Essen in Kindergärten und Schulen (<https://www.dank-allianz.de/positionen.html>).

- 3. Wir sehen die gesetzlich vorgesehene pauschale Bevorzugung einer breiten Verordnung von Statinen aus mehreren Gründen kritisch.** Zweifelsfrei haben Statine in einer überwältigenden Zahl von Studien ihren Vorteil bei der Cholesterinsenkung und der damit verbundenen Risikoreduktion kardiovaskulärer Ereignisse in der Primär- und Sekundärprophylaxe bewiesen. Zweifelsfrei kann erhöhtes LDL-Cholesterin effektiv medikamentös gesenkt werden [15-18]. Die jetzt vorgelegte gesetzliche Regelung hebt jedoch die evidenzbasierte Vorgehensweise des G-BA aus, festzulegen, wann für wen eine solche Therapie als Leistungsanspruch empfohlen und erstattet werden kann (s. auch Punkt 1 dieser Stellungnahme). Die Fokussierung bei der pharmakologischen Therapie allein auf Statine greift für einen umfassenden Ansatz zur Prävention von Herzkreislauferkrankungen viel zu kurz.

Zudem erscheint es nicht sinnvoll, für eine gezielte medikamentöse Intervention sich in einem Gesetz auf eine Substanzklasse festzulegen. Hierdurch werden bei der Entwicklung neuer Substanzklassen sowie dem Bekanntwerden neuer Evidenz zu Sicherheitsfragen unmittelbare Gesetzesänderungen notwendig – hierbei muss dann die fachliche Qualifikation und Verantwortung für solche Änderungsentscheidungen geklärt sein, die aus Sicht der DDG nicht alleine politisch getroffen werden kann.

Die DGPAED (Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie) und andere Fachgesellschaften und Verbände begrüßen sehr die Aufnahme eines Screenings auf die häufige genetische Erkrankung Familiäre Hypercholesterinämie (1: 250 ca.), wo nur bei frühzeitiger effektiver Therapie die Prognose normalisiert werden kann. Hier ist tatsächlich der frühzeitige Einsatz von Statinen, aber auch Ezetimib, z.T. Bempedoinsäure und in Einzelfällen von PCSK9-Hemmern erforderlich. Hier plädieren wir und die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e. V. für die U9 als Screening Zeitpunkt – besser als die J1.

Die DGPAED sieht den Zeitpunkt der J1 pragmatisch als letztmöglichen Zeitpunkt zum Screening auf eine familiäre Fettstoffwechselstörung und schlägt konkret die folgende Änderung im Gesetzentwurf vor:

Daher sollte § 34 b) Abs 5 Satz 4, die Behandlung mit Statinen wie folgt geändert werden:

*Kinder und Jugendliche, die einen erhöhten Cholesterinwert in der U9 oder in der J1-Screeninguntersuchung zeigen, haben einen Anspruch auf kontinuierliche Versorgung mit einem Statin bzw. auch anderen, notwendigen Lipidsenkern, auch über das 18. Lebensjahr hinaus, wenn eine familiäre Hypercholesterinämie besteht oder eine andere Erkrankung vorliegt, die ein höheres kardiovaskuläres Risiko bedingt, z.B. Diabetes mellitus.*

- 4. Apotheken sind für die Versorgung mit Medikamenten und medizinischen Hilfsmitteln zuständig, nicht für Vorsorgeuntersuchungen und individuelle Präventionsangebote.** Dies ist ein weiterer gewichtiger Kritikpunkt am vorliegenden Gesetzentwurf. Aus unserer Sicht können Apotheken das ärztliche Gespräch und die medizinische Einordnung von Untersuchungsergebnissen von ihrer Fachlichkeit und Expertise nicht ersetzen, dies ist ärztliche Tätigkeit oder Tätigkeit einer beruflich qualifizierten und zertifizierten Beratung. Die vorgesehenen Gutscheine für Präventionsangebote in Apotheken sind aus unserer Sicht teure, nicht evaluierte Parallelangebote zu den bereits bestehenden zertifizierten ambulanten ärztlichen Einrichtungen. Hinzu kommt, dass Apotheken ihre Ressourcen für die qualifizierte Versorgung und Beratung zur medikamentösen Therapie brauchen, die zunehmend aufwändiger und komplexer wird.

### **Vorgesehene Änderungen an den DMP-Programmen**

Wir begrüßen die Absicht des Gesetzgebers, DMP weiterzuentwickeln und die Verpflichtung der Krankenkassen, DMP als Regelversorgung anzubieten.

In den DMP-Verträgen für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie KHK sollen Vergütungsbestandteile festgelegt werden, die vom Erreichen von je mindestens 3 Qualitätszielen abhängig sind. Dies kann grundsätzlich sinnvoll sein. Es sollten jedoch auch Regelungen getroffen werden, damit die Vergütung von erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen auch dann erfolgt, wenn der Versicherte aus einem vom Arzt nicht zu vertretenden Grund rückwirkend ausgeschrieben wird oder eine wirksame Einschreibung nicht vorliegt.

Daher sollte § 137f Abs. 3 SGB V wie folgt geändert werden:

Nach Satz 3 (aktuell gültige Fassung) wird folgender Satz angefügt:

Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet,

- wenn der Versicherte innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat *zum Erstelldatum der Dokumentation, in der die zweite fehlende Teilnahme dokumentiert wurde* oder
- wenn zwei aufeinanderfolgende zu erstellende Dokumentationen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 137g Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 genannten Frist übermittelt worden sind *zum Datum des Ablaufs dieser Frist*.

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, für jede Krankheit, für die vom G-BA festgelegte Richtlinien für DMP-Programme vorliegen, innerhalb eines Jahres nach deren Inkrafttreten Verträge mit den Leistungserbringern geschlossen haben und ihren Versicherten die Teilnahme am Programm ermöglichen. Das beinhaltet die gleichzeitige Verpflichtung der Leistungserbringer, mit den Krankenkassen in einer entsprechend kürzeren Frist wirksame Verträge zu schließen. Gleichzeitig ist zur Durchführung der Programme der Beitritt geeigneter Leistungserbringer notwendig, diese müssen ggf. auch spezielle Qualifikationen vorweisen.

Der Zeitraum von einem Jahr ist daher zu knapp bemessen.

Die technischen Voraussetzungen für die telemedizinische Durchführung von Schulungen unter Einhaltung der Anforderungen nach § 365 Absatz 1 sind mittlerweile allgemein



möglich. Daher ist die Einschränkung, dass diese Anforderungen nur "in der Regel" einzuhalten sind, nicht nachvollziehbar.

Die neuen vertragsrechtlichen Regelungen sehen vor, dass die DMP wie bisher auf der Landesebene mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen und durch die bisherigen Strukturen (Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung, Datenstelle) umgesetzt werden. Soweit im Rahmen der jeweiligen Programme nach den Anforderungen des G-BA auch weitere Leistungserbringer, wie etwa Krankenhäuser einzubeziehen sind, erfolgt dies wie bisher weiterhin nach den jeweils einschlägigen Regelungen. Eine Weiterentwicklung der Versorgung insbesondere im Hinblick auf Sektorenübergreifende sowie digitale Versorgung wird damit nicht unterstützt.

Folgende Passage des Referentenentwurfs sollte daher gestrichen werden:

§ 137g Abs. 2:

In den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme ist vorzusehen, dass

1. die an der Durchführung des Programms beteiligten Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen die von ihnen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f zu erhebenden Daten den Krankenkassen und zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums maschinell verwertbar und versicherten- und leistungserbringerbezogen zu übermitteln haben,
2. der Versicherte schriftlich oder elektronisch über die nach Nummer 1 übermittelten Daten unterrichtet wird,
3. die Arbeitsgemeinschaft nach Nummer 1 die ihr übermittelten Daten pseudonymisiert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind, sowie an eine von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete gemeinsame Einrichtung übermittelt, die diese Daten nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeiten dürfen,

§ 137f Abs. 6b sollte wie folgt ergänzt werden:

(6b) Zur Sicherstellung der Beteiligung von Krankenhäusern an strukturierten Behandlungsprogrammen schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände mit geeigneten zugelassenen Krankenhäusern oder mit den Landeskrankenhausgesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die im Rahmen der Programme zu erbringenden Krankenhausleistungen, soweit dies in den Anforderungen nach Absatz 2 vorgegeben ist. Tritt ein Krankenhaus anstelle eines eigenständigen Vertragsschlusses einem von der Landeskrankenhausgesellschaft oder einer Vereinigung der

Krankenhausträger im Land geschlossenen Vertrag bei, hat dieser Rechtswirkung für das beitretende Krankenhaus. Satz 1 und 2 gilt entsprechend für die Sicherstellung der Beteiligung von Rehabilitationseinrichtungen. In den Verträgen nach Satz 1 und 2 sind die Qualitätsanforderungen sowie Versorgungsaufträge im Hinblick auf die sektorenübergreifende sowie überregionale digitale Versorgung und Schulung einschließlich deren Vergütung zu regeln. Weiterhin sind in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 Regelungen zur konsiliarischen Mitbehandlung von Diabetikern, die wegen einer anderen Hauptdiagnose stationär behandelt werden, durch Fachkliniken / Fachzentren zu treffen, um die Versorgungsqualität durchgängig zu sichern.

Die vom Gesetzgeber angestrebte Entbürokratisierung ist wünschenswert, wird jedoch mit dem bisherigen Gesetzesentwurf nicht hinreichend in die Tat umgesetzt. Einen wirklichen Mehrwert zum Bürokratieabbau würde der Abbau der regionalen Vertragsstrukturen zugunsten eines bundesweiten DMP-Vertrags bieten. Mit jeder KV werden die einzelnen DMP Indikationen verhandelt, es gibt bereits etwa 100 DMP Verträge die alle regelmäßig entsprechend der Richtlinie angepasst werden müssen. Mit den neuen DMP wird sich die Anzahl verdoppeln. Ein bundesweiter Vertrag statt viele regionale Verträge abzuschließen, stellt somit eine deutliche Stellschraube zum Abbau von Bürokratie und Zeitersparnis bei der Umsetzung von DMP dar.

Zudem könnte eine einheitliche und regional vergleichende Evaluation und Qualitätssicherung deren Mehrwert im Hinblick auf die Versorgungsverbesserung steigern. Die Evaluation der DMP sollte daher bundesweit erfolgen und einen regionalen Vergleich ermöglichen. Darüber hinaus sollte der Vergleich DMP vs. Nicht-DMP auf Basis von GKV-Routinedaten in pseudonymisierter Form im Rahmen der gesetzlichen Evaluation erfolgen.

Die DMP sollen geöffnet werden für die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten mit bestehendem hohem Risiko für die Manifestation einer DMP-Erkrankung. Damit wird auch den schon behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patientinnen der Zugang zu einem DMP ermöglicht, bei denen zwar die Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde, die aber ein hohes Risiko aufweisen.

Auch wenn die Intention einer präventiven Therapie zu begrüßen ist, so ergeben sich mehrere, bisher nicht adressierte Probleme. Für Maßnahmen der medikamentösen und nichtmedikamentösen Primärprävention gibt es nur für wenige Erkrankungen eine belastbare, gute Evidenz. In den meisten Fällen sind geeignete Medikamente nicht für eine Primärprävention ohne vorliegende Diagnose einer manifesten Erkrankung zugelassen, sie unterliegen in dieser Indikation somit nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Menge der in DMP-Programmen betreuten Menschen wird bei dem verfolgten Ansatz extrem groß: Für folgende Krankheiten sind nach den vorgesehenen Regelungen DMP-Programme anzubieten: Asthma bronchiale, Brustkrebs, COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Rheumatoide Arthritis, Chronische Herzinsuffizienz, Chronischer Rückenschmerz, Depressionen, Osteoporose und Adipositas. Von diesen Erkrankungen sind ca. 25 % aller Versicherten betroffen, davon allein knapp 20% von Adipositas. Wenn Menschen ohne manifeste Erkrankung, aber erhöhtem Risiko mit in die DMP-Programme aufgenommen werden sollen, dann betrifft das deutlich mehr als 50% der erwachsenen Bevölkerung.

Für eine intensive medizinische Betreuung der Mehrheit der Bevölkerung in strukturierten Behandlungsprogrammen fehlen Mittel und Möglichkeiten.

Alternativ regen wir an, Synergien zwischen bestehenden DMP-Regelungen bzw. -Indikationen, die medizinisch zusammengehören, zu nutzen. So empfehlen wir insbesondere, die DMPs Diabetes Typ 1 und 2 mit dem DMP Adipositas (derzeitige Einschreibekriterien u.a.: BMI > 30 + eine Begleiterkrankung, z.B. Hypertonie) zu verbinden und im Hinblick auf die geplanten dDMPs Diabetes Mellitus Typ 1 und 2 (§ 137f Abs. 9 SGB V) von Beginn an technisch und vertragsrechtlich zu ermöglichen. Es sollten Synergien (z. B. in Therapieprogrammen) zwischen den DMPs mit Diabetesbezug und dem DMP Adipositas genutzt und klare Einschlusskriterien für die verschiedenen DMPs festgelegt werden, um eine bestmögliche und vor allem individualisierte Prävention zu ermöglichen in Abhängigkeit von der jeweiligen Erkrankung und ihrem Ausmaß.

Sehr vermisst haben wir dagegen Maßnahmen der frühen Verhaltens- und Verhältnisprävention z. B. durch Maßnahmen bereits in Kindergärten und Schulen, durch Aktivitäten zur Gesundheitsbildung am Arbeitsplatz unter Einbeziehung der Arbeitgeber und der Rentenversicherungsträger sowie zur Angleichung der Lebensverhältnisse und Reduktion sozialer Ungleichheit. Insbesondere die Verhältnisprävention sollte in einer gesetzlichen Regelung einen zentralen Punkt darstellen. Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sie kann nur in geringem Umfang durch Krankenkassen und Leistungserbringer nach SGB V erbracht werden.

Wir appellieren daher gemeinsam, den vorliegenden Gesetzentwurf entsprechend der oben genannten Punkte zu ändern und gründlich zu überarbeiten. In der vorliegenden Form ist er unzureichend und wird der bei in Deutschland stagnierender Lebenserwartung der Prävention und Versorgung im Sinne eines "Gesundes-Herz-Gesetz" noch nicht Weise gerecht. Wir sind gerne bereit, hier unsere fachliche Expertise mit in einen verbesserten Gesetzentwurf mit einzubringen.



Diese Stellungnahme wurde gemeinsam erarbeitet von folgenden Verbänden:

**Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)**

**Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND)**

**Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)**

**Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)**

#### **Literatur / Quellen**

1. Müller et al. Nat Rev Drug Discov 2022;21:201
2. Kinlen et al. QJM 2018;111:437
3. Emerging Risk Factors Collaboraton. Lancet Diabetes Endocrinol 2023; 11:731
4. Jacobs et al. Diabetologie und Stoffwechsel 2017;12:437
5. Jacobs et al. Diabetes Care 2017;40:1703
6. Schmidt et al. BMJ Open 2020; 11: e041508
7. Tönnies et al. Popul Health Metrics 2021 <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00266-z>
8. Gesundheitsbericht Diabetes 2024, Kirchheim Vlg., Mainz
9. Jasilionis et al. Eur J Epidemiol 2023;38:839
10. Nationale VersorgungsLeitlinie Diabetes <https://www.leitlinien.de/themen/diabetes>
11. American Diabetes Association. Standards in Diabetes Care 2024. Diabetes Care 2024;47(Suppl 1)
12. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int.2024;105(4S):S117
13. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic kidney disease: Assessment and management. London; 2021
14. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Hypertonie [Stand: 15.12.2023]
15. Yang et al. JAMA Network Open 2024;7:e2352572
16. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2020;41:111
17. Taylor et al. JAMA 2013;310:2451
18. Global Cardiovascular Risk C et al. N Engl J Med 2023;389:1273