



**Stellungnahme**

**des Marburger Bund Bundesverbandes**

**zu dem**

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für**

**Gesundheit**

**zu dem**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit**

**(Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)**

**Reinhardtstraße 36**  
**10117 Berlin**  
**Telefon 030 746846-0**  
**Telefax 030 746846-16**  
**[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)**  
**[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)**

**Berlin, 09. Juli 2024**

Der Marburger Bund bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Diese beschränkt sich auf einige aus unserer Sicht wesentliche Punkte.

Das angestrebte Ziel einer Verbesserung der Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Als besonders positiv bewerten wir die Erweiterung der gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Therapie der Nikotin- und Tabakabhängigkeit sowie die Vergütung ärztlicher Präventionsempfehlungen zur Nikotin- und Tabakentwöhnung. Evidenzbasierte medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapien der Nikotin- und Tabakabhängigkeit bedürfen einer ausreichenden Finanzierung und Kostenerstattung wie bei anderen substanzgebundenen Suchtmitteln.

Der Referentenentwurf sieht zur Erreichung dieses Ziels eine Reihe von Maßnahmen vor, wie die Weiterentwicklung sogenannter Check-ups bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zur Verbesserung der Früherkennung, die Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP), die erleichterte Verordnungsfähigkeit von Statinen zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse, eine Ausweitung der Arzneimittelversorgung und Beratung zur Nikotinentwöhnung sowie die Einbindung von Apotheken bei Prävention und Früherkennung.

Hier sehen wir eine Reihe von Punkten kritisch und bitten, unsere Überlegungen bei der endgültigen Ausgestaltung des Gesetzentwurfs zu berücksichtigen:

1. Auch wenn die kardiovaskuläre Sterblichkeit in Deutschland hoch ist, erschließt sich uns nicht, warum keine ganzheitliche gesundheitspolitische Strategie verfolgt wird, die mehrere „Volkskrankheiten“ wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Schlaganfall, Adipositas und Bluthochdruck gleichermaßen umfasst und sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen integriert. Stattdessen greift das „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) ohne erkennbare sofortige Handlungsnotwendigkeit eine der großen nicht übertragbaren Krankheiten isoliert heraus, die künftig in den Zuständigkeitsbereich des BIPAM fällt und dort ohnehin einer Gesamtstrategie zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung zugeführt werden soll.
2. An verschiedenen Stellen des Referentenentwurfs zeigt sich eine bedenkliche Abkehr von dem Gedanken, dass auch Leistungsansprüche auf Präventionsmaßnahmen im gesundheitlichen Bereich vorab auf ihre wissenschaftliche Evidenz hin untersucht werden müssen.

Insbesondere § 25c Abs. 4 SGB V trifft Festlegungen, die äußerst kritisch zu sehen sind: Die neuen erweiterten Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen sollen aufgrund ihrer besonderen Wichtigkeit nicht mehr wie bisher durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) evidenzbasiert ausgestaltet und beschlossen werden. Stattdessen ist nicht nur eine Verordnungsermächtigung für das BMG mit Zustimmungserfordernis des Bundesrates vorgesehen, sondern die Geltung von Evidenz- und Wirtschaftlichkeitsgebot – zwei gesetzlich normierten Grundpfeilern

der Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – wird explizit in § 25c Abs. 4 S. 3 SGB V aufgehoben.

Zudem kann das BMG nach Abs. 4 Satz 4 sogar von Einschätzungen des G-BA abweichen und nach Abs. 5 sowohl Vorgaben für standardisierte Fragebögen machen – bisher eine Zuständigkeit des G-BA – als auch für die ärztliche Vergütung, deren Ausgestaltung eigentlich in die Zuständigkeit des Erweiterten Bewertungsausschusses fällt. Letztere Regelung wird ergänzt durch § 25c Abs. 6 SGB V, der für den Fall, dass die Rechtsverordnung des BMG keine Vorgaben zur Vergütungshöhe enthält, eine Abrechnung nach GOÄ bis zur Regelung durch die Selbstverwaltungspartner vorsieht.

Analoge Festlegungen gelten nach § 26 SGB V bei Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.

Mit dieser neuen Regelungssystematik verlässt der Gesetzgeber ohne erkennbaren Grund und ohne Not etablierte und bewährte Strukturen und ignoriert die zugewiesenen Aufgaben der Selbstverwaltungseinrichtungen sowie deren Expertise. Eine Beteiligung von Sachverständigen und der betroffenen Fach- und Verkehrskreise ohne eine öffentlich zugängliche Bewertung von Nutzen, Risiken und gesundheitsökonomischen Effekten sowie ohne Offenlegung von Interessenkonflikten kann die jetzigen Verfahren nicht ersetzen. Wir erlauben uns an dieser Stelle die Anmerkung, dass eine – auch nur teilweise – „Entmachtung“ des G-BA geeignet ist, zu einer Schwächung der Legitimation auch anderer Selbstverwaltungs- und sonstigen Institutionen mit besonderer Expertise im Gesundheitswesen zu führen.

3. Durch die Neufassung von § 34 Abs. 5 SGB V soll die Prävention bei Herz-Kreislaufkrankungen durch eine frühere und breitere Verordnungsfähigkeit von Statinen gestärkt werden.

Dies halten wir aus verschiedenen Gründen für problematisch. Zum einen fehlt auch hier wieder die Einbindung des G-BA. Der Gesetzgeber schildert zwar seine Gründe für die Einführung eines erleichterten Zugangs zur Statintherapie und bezieht sich auf Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie sowie nicht näher benannte Studien. All dies kann jedoch, wie bereits oben beschrieben, nicht dazu führen, dass der gesetzlich vorgeschriebene Weg, den Leistungsanspruch der Versicherten auf Basis einer wissenschaftlichen Bewertung von Daten und Studien durch den G-BA ausgestalten zu lassen, gänzlich verlassen wird.

Darüber hinaus setzt die Stärkung der Verordnungsfähigkeit von Cholesterinsenkern aus unserer Sicht ein falsches Zeichen und suggeriert, dass eine medikamentöse Behandlung allein zielführend und ausreichend sein kann. Um das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung zu senken, kardiovaskulären Ereignissen vorzubeugen und die Lebenserwartung zu verlängern muss jedoch zuvorderst auf Verhaltens- und Verhältnisprävention gesetzt werden. Sowohl eine individuelle Lebensstiländerung durch mehr Bewegung, gesunde Ernährung sowie den Verzicht auf Alkohol und

Rauchen als auch präventive Maßnahmen für eine bessere Ausgestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen und zum Ausgleich struktureller Ungleichheiten sind unabdingbar, um das kardiovaskuläre Risiko zu senken.

Im Referentenentwurf selbst findet sich auf Seite 1 die Aussage, dass nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand bis zu 70 % aller Herz-Kreislaufkrankungen durch modifizierbare Lebensstilfaktoren wie Ernährungsarmut, ungesunde Ernährung, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum verursacht wird und diesen daher eine Schlüsselrolle zukommt.

Statine gehören zu den Arzneimitteln mit relevanten Wechselwirkungen zu anderen Medikamenten, die zu Muskelzerfall führen können und nicht selten stationär behandelt werden müssen. Die meisten pharmakokinetischen Wechselwirkungen der Statine werden über das Cytochrom-P-450 (CYP 450)-Enzymsystem und das Permeabilitäts-Glykoprotein (P-gp) vermittelt. Insofern muss dieses Risiko bei jeder zusätzlichen Medikation, z.B. von Antibiotika, Antimykotika und vielen weiteren Medikamenten bedacht werden. Unter dauerhafter Statintherapie steigt das Risiko an Diabetes zu erkranken leicht an. Das zeigt, wie entscheidend die Risiko-Nutzen Abwägung für den individuellen Patienten ist.

4. Das Gesagte zum (Miss-)Verhältnis von Prävention und Medikation wird noch weiter verschärft durch § 20 Abs. 6 SGB V. Diese Regelung soll der „kostenneutralen Ausgestaltung“ des neuen Gesetzes dienen und sieht vor, dass nicht nur die Ausgaben für Präventionsempfehlungen und Leistungserweiterungen bei den Gesundheitsuntersuchungen, sondern auch die Ausweitung des Anspruchs auf Arzneimittelversorgung bei der Tabakentwöhnung sowie bei der Verordnung von Statinen künftig vollständig auf die Ausgaben der Krankenkassen für individuelle Präventionsangebote angerechnet werden. Laut Gesetzesbegründung soll dies dazu führen, dass Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V auf die – zuvorderst medikamentöse - Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen umgeschichtet werden.

Dies ist aus unserer Sicht zur Erreichung der gewünschten Ziele kontraproduktiv.

§ 20 SGB V mit seiner ausdrücklichen Präventionsorientierung war bei seiner Einführung gerade als Gegenpol zu einer rein arzneimittelorientierten Medizin gedacht und hat sich in der Umsetzung bewährt. Er wurde seitdem durch eine Reihe zertifizierter und von den Krankenkassen geprüfter Angebote, die gerade die genannten Lebensstilfaktoren unabhängig von privaten Verhältnissen und dem sozio-ökonomischen Status positiv beeinflussen, mit Leben gefüllt.

Investiert man das bisher hierfür aufgewendete Geld stattdessen in eine medikationsorientierte Prävention, werden diese Angebote nicht mehr durch die Krankenkassen finanzierbar sein und etablierte Formate, die von den Versicherten auch angenommen werden, wegfallen. Eine solche Verschiebung ist durch nichts zu rechtfertigen.

5. Verzichtbar sind aus unserer Sicht auch Präventions-Gutscheine und Beratungsgespräche in Apotheken. Der Marburger Bund hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Apotheken-Reformgesetz zu den dort verankerten zusätzlichen

Aufgaben von Apotheken bei Impfungen und Tests angemerkt, dass diese eine ärztliche Beratung und Behandlung nicht ersetzen können. Gleiches gilt für die hier vorgesehenen Leistungen insbesondere bei der gleichzeitig geplanten Absenkung von Qualitätsstandards bei der personellen Besetzung der Apotheken.