



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)

Mit Bearbeitungsstand 14.6.2024

<b>1. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>6</b>
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 1 § 20 Absatz 6 .....	6
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 2 § 25c (neu) .....	8
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 3 § 26.....	11
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 4 § 34.....	13
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 5 § 87.....	15
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 6 § 87a Absatz 3 Satz 5 .....	16
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 7 § 129 Absatz 5e .....	17
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 8 § 137f.....	18
• Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 9 § 137g.....	19
• Artikel 2 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 3 § 137f.....	21
• Artikel 2 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 4 § 137g.....	25

## 1. Vorbemerkung

Der am 19.6.2024 offiziell vom BMG versandte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, die darauf abzielen, die Früherkennung von kardiovaskulären Erkrankungen zu verbessern und gefährdeten Personen Angebote für eine frühzeitige Behandlung zu eröffnen.

Der vdek sieht die vom BMG vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen als wenig erfolgversprechend an und lehnt zentrale Teile des Entwurfs deshalb ab. Der organbezogene Ansatz und die Behandlung mittels medikamentöser Intervention sind nicht zeitgemäß. Sie widersprechen auch den wissenschaftlichen Erkenntnissen, denen zufolge Screenings wenig wirksam sind und der Schwerpunkt erfolgreicher Arbeit in der Prävention bei der Verhältnisprävention liegen sollte. Dies bestätigt im Übrigen eine gerade veröffentlichte Studie des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die im Auftrag des BMG durchgeführt wurde. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen mit höheren Gesundheitsrisiken, die das ambulante Versorgungssystem nicht in Anspruch nehmen, Angebote der allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen (Check Ups) seltener nutzen.

Wie andere Gutachten bereits konstatieren, ist durch die avisierten Maßnahmen nicht mit einer besseren Compliance seitens vulnerabler Zielgruppen zu rechnen. Gerade dort bedarf es vielfältiger Zugänge zu Angeboten der Gesundheitsförderung sowie einer grundsätzlichen Förderung von mehr Selbstfürsorge, die durch Primärprävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden kann (etwa durch Resilienzförderung). So können erst die Grundlagen für mehr Selbstfürsorge und in der Folge auch für Therapie-Compliance geschaffen werden. Der Entwurf lässt sozialwissenschaftliche wie gesundheitspsychologische Erkenntnisse außer Acht und verfolgt insgesamt einen technokratischen Ansatz.

Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von neuen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollten durch den G-BA überprüft werden. Der G-BA trifft seine Entscheidungen aufgrund der Bewertung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Früherkennungsuntersuchungen den höchstmöglichen Nutzen erzielen, ohne die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung zu überfordern. Daher sollte auch die Prüfung der möglichen Einführung eines generellen Lipidscreenings in die Kinder- und Jugenduntersuchungen durch den G-BA erfolgen.

Der Gesetzgeber greift hier einem aktuellen Arbeitsauftrag des IQWiG vor. Das Institut ist gerade dabei, den aktuellen Stand der Studienlage zu einer Früherkennung von familiären Fettstoffwechselstörungen bei Kindern und Jugendlichen zu bewerten. Die Ergebnisse werden noch im Sommer 2024 erwartet und sollten wie üblich als Entscheidungsgrundlage für den G-BA dienen.

Der zielgerichtete Einsatz von Statinen ist sinnvoll und wichtig. Wann Patient:innen eine medikamentöse Therapie mit Statinen erhalten, wird nach dem aktuellem Wissensstand in medizinischen Leitlinien von Expert:innen festgelegt. Es ist ein Novum, wie detailliert der Gesetzgeber in konkretes ärztliches Handeln eingreifen will. Im Entwurf wird beispielsweise dargelegt, wann Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Statinen haben. Dieses Vorgehen ist abzulehnen.

Das Ansinnen, bei der Prävention Leistungen zu kürzen, indem Präventionsmittel der GKV hierfür in den Versorgungssektor umgelenkt werden, ist ebenfalls deutlich zu kritisieren. Die GKV bietet ihren Versicherten einen niedrighschwelligeren Zugang zu 110.000 verschiedenen evidenzbasierten Präventionskursen. Davon entfallen 59.000 auf Bewegungskurse und nahezu 46.000 Kurse auf Stress- und Ressourcenmanagement. Die Qualität und Wirksamkeit jedes einzelnen Kurses wurde bundesweit einheitlich durch eine eigene Institution der GKV (Zentrale Prüfstelle Prävention) geprüft. Die Versicherten können Angebote aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum auswählen und direkt Kontakt zum Anbieter aufnehmen. Auf Wunsch des Gesetzgebers wurden die Präventionsaktivitäten 2015 deutlich ausgebaut und professionalisiert. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Struktur nun zurückgebaut werden soll. Die beigefügte Übersicht (Anlage) verdeutlicht, die zum Teil drastischen Konsequenzen und zeigt auf, in welchem erheblichen Umfang Kurse zukünftig wegfallen werden und etablierte Strukturen und Kooperationen zur Unterstützung eines gesunden Lebensstils eingerissen werden.

Die Gestaltung der Versorgung per Verordnungsermächtigung ist ein weiterer Schritt in Richtung Staatsmedizin. Der Gesetzgeber weitet damit seine Kompetenzen in unzulässiger Weise aus. Die Gestaltung der Versorgung obliegt aus gutem Grund dem G-BA. Dort kann auf der Basis der Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse eine reflektierte Abwägung von Kosten und Nutzen erfolgen, bei der die Interessen der Patient:innen und der Beitragszahlenden im Zentrum stehen. Mit diesem Gesetz soll die dem G-BA zugewiesene Aufgabe, den Leistungsanspruch auf der Basis der bestmöglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse näher auszugestalten, ganz offensichtlich unterlaufen werden.

Die Schaffung eines neuen DMP, das Versicherte allein aufgrund eines erhöhten Risikos einbezieht, bricht mit der bisherigen Systematik, strukturierte Behandlungsprogramme an chronisch kranke Menschen ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung zu richten. Eine Erweiterung des Patient:innenkreises um Versicherte mit bestehendem hohem Risiko für die Manifestation einer DMP-Indikation würde zur Einschreibung eines hohen Anteils der Bevölkerung führen, was eine Überversorgung und Überlastung in den Arztpraxen zur Folge hätte. Die zusätzliche Einführung eines neuen krankheitsübergreifenden DMP, das sich an Versicherte mit behandlungsbedürftigen Risiken für die Manifestierung oder Verschlechterung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung richtet, führt zu weiteren Doppelstrukturen und unkontrollierbaren bürokratischen Aufwänden. Daher wird eine diesbezügliche Öffnung der DMP abgelehnt.

Die Ersatzkassen streben bereits jetzt eine schnellstmögliche, bundesweite Umsetzung der DMP an. Dies kann jedoch aufgrund von zwingend erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen zeitlich stark variieren. Dazu zählen beispielsweise die Anpassung der Krankenkassensysteme sowie der zertifizierten Softwareprodukte der Ärzte. Auf letzteres haben die Krankenkassen keinen Einfluss. Daher ist die vorgesehene Frist von einem Jahr nicht zielführend. Statt der umfassenden ordnungspolitischen Eingriffe sollte der Fokus auf einen gezielten Bürokratieabbau und Prozessoptimierungen gelegt werden.

Auch im Hinblick auf neue pharmazeutische Dienstleistungen gilt, dass neue Leistungen für die Versicherten einen Nutzen haben und einen Mehrwert in der Versorgung bringen sollen, d. h. die Grundsätze der Evidenzbasierung sollten dafür Anwendung finden. Dieser Pfad wird hier durch die gesetzliche Definition verlassen und verhindert, dass die Selbstverwaltung angemessene Lösungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, die beständig im Wandel sind, findet. Darüber hinaus ist mit dieser Regelung zu befürchten, dass es zu Doppelabrechnungen der gleichen Leistung bei verschiedenen Leistungserbringern kommt. Ebenso fehlt auch hierbei die Rückkopplung mit dem behandelnden Arzt.

Abgelehnt wird, dass die gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Therapie zur Reduzierung des Tabakkonsums ausgeweitet werden sollen. Die aktuell bestehenden gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Tabakentwöhnung durch den G-BA wurden bisher noch nicht umgesetzt und daraus resultierende Effekte sind bisher nicht bewertbar. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Nachschärfung der Regelung zu früh.

Auch die gestufte Leistungserweiterung im Bereich der Gesundheitsuntersuchung (GU, sogenannter „Check-up“) mit einem schriftliches Einladungswesen durch die jeweilige Krankenkasse wird kritisch gesehen. Auch wenn eine Steigerung der Check-up-Quote grundsätzlich wünschenswert wäre, steht der entstehende Kostenaufwand durch postalische Einladungsschreiben in keinem Verhältnis zum medizinischen Nutzen. Auch die Notwendigkeit der Ausstellung eines persönlichen Gutscheins für die Inanspruchnahme pharmazeutischer Dienstleistungen kann nicht nachvollzogen werden.

## 2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 1

§ 20 Absatz 6

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die mit dem Gesetz eingeführten ergänzenden Maßnahmen für die Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung bei Kindern und Jugendlichen und zur Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen sowie die Finanzierung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung und die ärztliche Präventionsempfehlung sollen auf die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Primärprävention nach § 20 Absatz 6 SGB V (Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung) angerechnet werden. Die Krankenkassen sollen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die hierfür notwendigen Auskünfte erteilen.

### **Bewertung**

Die Regelung führt dazu, dass faktisch Leistungen der GKV im Versorgungsbereich der Primärprävention drastisch gekürzt werden. Die über einen festen Orientierungswert (8,53 Euro) festgelegten und hierfür zur Verfügung stehenden Mittel der GKV werden zukünftig für Maßnahmen von Früherkennung, Untersuchung, der Finanzierung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung sowie zur Honorierung einer ärztlichen Präventionsempfehlung, die bereits heute schon über das Muster 36 möglich ist, zweckentfremdet. Der vdek hält dieses Vorgehen für falsch. Es ist aus primärpräventiver Sicht nicht nachvollziehbar. Auch widerspricht dies dem Vorhaben der Bundesregierung, die Risikofaktoren für die Entstehung und Fortschreitung von kardiovaskulären Erkrankungen, aber auch Krebs zu minimieren, indem gesundheitliche Ressourcen der Versicherten (u. a. durch die Reduzierung von Bewegungsarmut, nichtmedikamentöse Tabakentwöhnung sowie der Reduzierung des Alkoholkonsums) gestärkt werden. Das Gesetzesvorhaben läuft diesem Bestreben zuwider!

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten aktuell einen niedrighwelligen Zugang zu über 110.000 zertifizierten und evidenzbasierten Präventionskursen an. Diese könnten zukünftig nicht mehr finanziert werden, da der Orientierungs- und Mindestausgabenwert § 20 Absatz 6 SGB V mit 8,53 Euro (2024) festgelegt ist und keine finanziellen Spielräume für Präventionskurse vorsieht. Das beträfe die vielen Bewegungskurse (aktuell rund 59.000) genauso wie die nahezu 46.000 Kurse für Stress- und Ressourcenmanagement. Die Qualität und Wirksamkeit jedes einzelnen Kurses ist bundesweit einheitlich durch eine eigene Institution der GKV (Zentrale Prüfstelle Prävention) geprüft. Die Versicherten können somit evidenzbasierte Angebote aus den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum auswählen und in Anspruch nehmen. Und auch die Kursangebote für die wichtige Zielgruppe der Kinder- und Jugendlichen (ca. 5.000 Präventionsangebote) wären davon betroffen und könnten zukünftig nicht

mehr finanziert werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese bundesweit etablierten tragfähigen und anerkannten Strukturen nun zurückgebaut und die Leistungen gekürzt werden sollen (siehe beigefügter Anhang).

Im Übrigen würde auch die Regelung zur Finanzierung der ärztlichen Präventionsempfehlung ad absurdum geführt. Denn gerade in der ärztlichen Präventionsempfehlung wird sehr oft auf Präventionskurse als ersten Zugang zu den Präventionsleistungen verwiesen. Dies würde aber zukünftig nicht mehr zur Verfügung stehen.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 zu bestimmen, die in der Versorgung zulasten der Krankenkassen zu erbringen sind. Dabei ist das BMG ausdrücklich nicht an die Vorgaben gebunden, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben und der medizinische Fortschritt zu berücksichtigen ist. Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot wird explizit außer Kraft gesetzt. Die Regelungen zur Vergütung werden hier ebenfalls ausgehebelt.

Inhaltlich sieht der Entwurf eine gestufte Leistungserweiterung im Bereich der Gesundheitsuntersuchung (GU, sogenannter „Check-up“) vor. Es wird ein schriftliches Einladungswesen durch die jeweilige Krankenkasse für Check-up-Untersuchungen im Alter von 25, 35 und 50 Jahren (z. B. mit einem Hinweis auf die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen [KVen] zur Terminvermittlung) eingeführt. Zudem wird bei Vorlage eines mit der Einladung verschickten Gutscheins eine Beratung sowie Messungen zu Risikofaktoren (z. B. Diabetes) in Apotheken angeboten. Der bisherige Leistungsumfang der GU nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) soll dabei als Grundlage dienen.

Folgende Schwerpunkte für die Check-ups werden vorgeschlagen:

„Check-up 25“: Erfassung von familiären Risiken und lebensstilbezogenen Risikofaktoren (wie Bewegungsmangel, ungesunde Ernährungsweise, Tabak- und Alkoholkonsum) sowie die Früherkennung von eventuell bereits bestehenden (Risiko-)Erkrankungen (wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes, Adipositas).

„Check-up 35“: Erfassung lebensstilbezogener Risikofaktoren und die Früherkennung kardiometabolischer Risikoerkrankungen.

„Check-up 50“: Erfassung von lebensstilbezogenen Risikofaktoren und von Frühstadien von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

### **Bewertung**

Aktuell nimmt bereits etwa die Hälfte der Anspruchsberechtigten die Untersuchungen des Check-ups in Anspruch [Diabetes surveillance – Ergebnisse – Gesundheits-Check-up (rki.de)]. Eine Steigerung dieser Quote ist grundsätzlich wünschenswert, jedoch muss der durch die Steigerung der Teilnahmequote bedingte medizinische Nutzen den entstehenden Kostenaufwand auch rechtferti-



gen: Durch ein postalisches Einladungsschreiben ist mit einem deutlichen Kostenfaktor zu rechnen. Neben Papier und Porto ist auch der benötigte Arbeitsaufwand bei den Krankenkassen und Aspekte der Nachhaltigkeit als Aufwand zu berücksichtigen.

Ebenfalls abzulehnen ist die Verordnungsermächtigung, die sowohl die Aufgaben des G-BA zur Festlegung von Leistungsinhalten der Check-ups als auch die Kompetenz des Bewertungsausschusses zur Regelung der Vergütung dieser Leistungen in größerem Maße auf das BMG überträgt. Die Übergangsregelung zur Vergütung für den Fall, dass das BMG in der Rechtsverordnung auf die Festlegung einer konkreten Vergütungshöhe verzichtet, bleibt außerdem in ihrer Ausgestaltung unklar.

Bereits heute bieten viele Kassen für Versicherte, die eine entsprechende Einwilligung gegeben haben, einen elektronischen Erinnerungsservice für Früherkennungsprogramme an. Sie stehen also einem Einladungs-/Erinnerungswesen zur GU grundsätzlich positiv gegenüber. Die individuelle Ausgestaltung muss aber weiterhin den einzelnen Krankenkassen obliegen.

Ein einheitliches Verfahren, in welchem die Krankenkassen lediglich als „Briefversender“ auftreten, wird aus den genannten Gründen abgelehnt.

Auch die Notwendigkeit der Ausstellung eines persönlichen Gutscheins für die Inanspruchnahme pharmazeutischer Dienstleistungen kann nicht nachvollzogen werden. Bei anderen Vorsorgeuntersuchungen wird auch nicht so verfahren. Versicherte können direkt beim Leistungserbringer ohne Vorlage eines Gutscheins in Anspruch nehmen.

Ungeachtet der Ablehnung der konkreten Neuregelung sprechen sich die Ersatzkassen dafür aus, zukünftig bei der Wahl von Kommunikationswegen und Möglichkeiten zur Übermittlung und Einlösung von Gutscheinen auf bereits etablierte, digitale Verfahren zurückzugreifen. In Apotheken ist dies der E-Rezept-Fachdienst, den Versicherte niedrigschwellig z. B. über ihre elektronische Gesundheitskarte nutzen können. Informationsübermittlungen sollten optional über den TI-Messenger oder die Service-App der jeweiligen Krankenkasse ausgespielt werden können. Eine verpflichtende Information sollte auf der Homepage stattfinden, optional ergänzt durch Informationen in Mitgliedermagazinen usw. Auf diese Weise kann in vergleichbaren Situationen zukünftig auf einen Briefversand verzichtet werden.

Die vorgesehene engere Einbindung der Apotheken im Rahmen von Vorfeld-Untersuchungen zu den Check-ups wird kritisch gesehen. Grundsätzlich wird ein Screening ohne zwingende Vernetzung mit den ärztlichen Behandlern, wie beispielsweise das Blutdruckmessen in Apotheken, welches bereits heute Teil der pharmazeutischen Dienstleistungen ist, von der GKV abgelehnt. Denn ohne die zwingende direkte Rückkopplung mit den Leistungserbringern, welche die Leistung initial veranlassen und nach erbrachter Leistung auf Basis des Ergebnisses Therapieentscheidungen treffen können, bleibt diese ohne Mehrwert, belastet aber die Ausgaben der Krankenkassen.

**Änderungsvorschlag**  
Streichung der Neuregelung.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Geregelt werden soll ein Anspruch für Kinder und Jugendliche auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung mit Fokus auf Familiäre Hypercholesterinämie, unabhängig von einer Entscheidung des G-BA. Die Krankenkassen werden verpflichtet, versicherte Jugendliche, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, zu einer Gesundheitsuntersuchung (J1-Untersuchung) einzuladen.

### **Bewertung**

Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von neuen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollten durch den G-BA überprüft werden. Der G-BA trifft seine Entscheidungen aufgrund der Bewertung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Früherkennungsuntersuchungen den höchstmöglichen Nutzen erzielen, ohne die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung zu überfordern. Daher sollte auch die Prüfung der möglichen Einführung eines generellen Lipidscreenings in die Kinder- und Jugenduntersuchungen durch den G-BA erfolgen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat hier bereits einen Auftrag zur Nutzenbewertung, die Ergebnisse werden noch im Sommer erwartet und sollten wie üblich als Entscheidungsgrundlage für den G-BA dienen. Insbesondere da es eine klare Negativempfehlung gibt: Im Juli 2023 hat die United States Preventive Services Taskforce, die die US-Regierung zu Fragen der Prävention berät, festgestellt, dass es für die Bewertung, ob ein Lipid-Screening bei Kindern und Jugendlichen die Herzgesundheit im Erwachsenenalter verbessern kann, weiterhin nicht genügend Evidenz gibt. Auch die Entscheidung über die Aufnahme einer weiteren Blutdruckmessung oder eines standardisierten Fragebogens in die Früherkennungsuntersuchungen sollte dem G-BA überlassen bleiben.

Die Teilnahmeraten an der J1 sind mit ca. 45 Prozent verbesserungswürdig. Ob Einladungen die Teilnahmeraten an der J1 verbessern, ist unbekannt. Derzeit laden bereits einige Krankenkassen im Rahmen ihrer Erinnerungsservice, aber auch Bundesländer (z. B. Rheinland-Pfalz) Eltern und ihre Kinder zur J1 ein. Da Jugendliche in besonderem Maße digitalaffin sind, wären Einladungen in digitalen Formaten zu befürworten. Dabei sind jedoch rechtliche Gegebenheiten zu berücksichtigen: Eltern müssen eingeladen werden, da Jugendliche noch minderjährig sind. Hier bestehen zum Teil bereits digitale Lösungen über einen QR-Code im gelben Gesundheitsheft, wodurch jedes Kind eine persönliche Screening-ID besitzt.

Der Aufbau neuer Strukturen eines Einladewesens für die J1 ist nicht sinnvoll und sollte an die bestehenden Strukturen gekoppelt werden. Begrüßt wird hin-

gegen das Vorhaben des G-BA, die J1 Untersuchung in das Gelbe Heft aufzunehmen. Hierdurch wird eine Steigerung der Teilnahmen erwartet und auch die Dokumentation verbessert.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung soll ausgeweitet werden. Dieser soll nicht mehr auf eine „schwere Tabakabhängigkeit“ begrenzt sein, nicht nur auf eine einmalige Versorgung beschränkt sein und Arzneimittel sollen häufiger als alle drei Jahre finanziert werden.

Zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen durch eine bessere Einstellung des LDL-Cholesterins soll der Zugang zur Statintherapie erleichtert werden. Dafür sollen die Grenzwerte für die 10-Jahres-Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall oder andere kardiovaskuläre Erkrankungen) deutlich abgesenkt werden.

Durch die gesetzliche Regelung zur Verordnungsfähigkeit von Statinen hätten nach Berechnungen des BMG geschätzt zusätzlich ca. zwei Millionen Patient:innen grundsätzlich einen Anspruch auf Versorgung mit Statinen. Bei Jahrestherapiekosten in Höhe von ca. 45 Euro ergäben sich Mehrkosten von rund 90 Millionen Euro pro Jahr. Das Gesetz sieht eine Anrechnung dieser Ausgaben auf die Ausgaben der Krankenkassen vor, die diese regelmäßig für Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention nach § 20 Absatz 6 SGB V aufwenden sollen.

### **Bewertung**

Die aktuell bestehenden gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Tabakentwöhnung werden derzeit durch den G-BA noch erarbeitet. Daraus resultierende Effekte sind damit bisher nicht bewertbar. Eine Nachschärfung der bestehenden gesetzlichen Regelung, ohne dass diese bisher in der Praxis umgesetzt und deren Effekte bewertbar sind, erscheint hier zu früh und wird abgelehnt.

Derzeit können Statine nach den Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA dann verordnet werden, wenn ein individuelles Risiko von 20 Prozent in den nächsten zehn Jahren für ein kardiovaskuläres Ereignis (Herzinfarkt, Schlaganfall) besteht. Menschen mit familiärer Hypercholesterolämie zählen per se zu Hochrisikopatient:innen und sie haben immer einen Anspruch auf eine Statintherapie.

Wann bei Patient:innen nach aktuellem und evidenzbasiertem Wissensstand medikamentös interveniert werden soll, wird üblicherweise in medizinischen Studien herausgearbeitet und anschließend in Leitlinien festgelegt. Diese Kompetenz möchte sich mit den geplanten Regelungen die Politik aneignen und selber das medizinische Vorgehen zur Anwendung von Statinen per Gesetz

festlegen. Es handelt sich dabei um einen gravierenden Eingriff in die Grundlagen evidenzbasierter Medizin (Wissensgenerierung aus Studien), Verletzung der ärztlichen Therapiefreiheit und um ein Aushebeln des G-BA (Arzneimittel-Richtlinie).

Dieses Vorgehen wird abgelehnt.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nummer 5  
§ 87

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Maßnahmen für die Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung bei Kindern und Jugendlichen und zur Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen sowie die Finanzierung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung und die ärztliche Präventionsempfehlung sollen aus Mitteln der GKV für Prävention nach § 20 Absatz 6 SGB V (Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung) gedeckt werden.

### **Bewertung**

Bereits heute stehen 557 evidenzbasierte und zertifizierte Programme zur Förderung des Nichtrauchens zur Nutzung zur Verfügung. Informationen zu geeigneten Maßnahmen zur Verhaltensänderung und möglichen Medikamenten werden im Kurs gegeben.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Regelung zur Finanzierung der ärztlichen Präventionsempfehlung ad absurdum geführt wird, wenn es am Ende nicht mehr vom Gesetzgeber gewollt ist, dass Präventionskurse zur Individualprävention finanziert und somit den Versicherten zugutekommen.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nummer 6  
§ 87a Absatz 3 Satz 5

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Extrabudgetäre Vergütung einer separaten Erteilung einer Präventionsempfehlung zwischen zwei Gesundheitsuntersuchungen.

### **Bewertung**

Mit dem Muster 36 können niedergelassene Ärzte bereits heute Präventionsleistungen empfehlen und Patienten diese Empfehlung bei ihrer Krankenkasse einreichen. Ziel ist es, verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Die ärztlichen Empfehlungen sind in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sowie in einem Freitextfeld „Sonstiges“ möglich. Die Beratung und Aufklärung über Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zur Reduktion gesundheitsschädigender Verhaltensweisen wird als Bestandteil des Gesundheits-Check-ups vergütet, der alle drei Jahre extrabudgetär vergütet und durchgeführt wird. Empfohlenen Verhaltensänderungen müssen sich bei dem Patient:innen erst verfestigen. Der dreijährige Rhythmus der Gesundheitsuntersuchung wird daher auch als ausreichend angesehen.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.



### **Beabsichtigte Neuregelung**

Apotheken sollen mit neuen zusätzlichen pharmazeutischen Dienstleistungen stärker in die Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und tabakassoziierte Erkrankungen eingebunden werden. Während die Definition der Leistung und die Anspruchsvoraussetzungen der bisherigen pharmazeutischen Dienstleistungen in die Hände der Vereinbarungspartner gelegt waren, entfallen diese Aspekte im Verfahren durch die gesetzliche Vorschrift. Nur noch die Vergütungshöhe und die Abrechnung der erbrachten Dienstleistungen sollen durch die Vertragspartner vereinbart werden.

### **Bewertung**

Grundsätzlich gilt, dass neue Leistungen für die Versicherten einen Nutzen haben und einen Mehrwert in der Versorgung bringen sollen, d. h. die Grundsätze der Evidenzbasierung sollten dafür Anwendung finden. Dieser Pfad wird hier durch die gesetzliche Definition verlassen und verhindert, dass die Selbstverwaltung angemessene Lösungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, die beständig im Wandel sind, findet. Darüber hinaus ist mit dieser Regelung zu befürchten, dass es zu Doppelabrechnungen der gleichen Leistung bei verschiedenen Leistungserbringern kommt. Ebenso fehlt auch hierbei die Rückkopplung mit dem behandelnden Arzt.

Niedrigschwellige Beratungsangebote in Form von pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) zur Vorbeugung von tabakassoziierten Erkrankungen in Apotheken können sinnvoll sein. Vor allem Versicherte, die nicht über Arztbesuche erreicht werden, können damit für die negativen Auswirkungen des Tabakkonsums sensibilisiert werden. Allerdings bleibt das Problem der bestehenden fehlenden Rückkopplung mit dem behandelnden Arzt bestehen.

Niedrigschwellige Beratungsangebote zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen können unter bestimmten Umständen ebenfalls sinnvoll sein. Eine von der Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 SGB V festgesetzte pharmazeutische Dienstleistung umfasst die „standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“. Diese kann aktuell schon durch Apotheken als Leistung erbracht werden, allerdings ist der Nutzen einer solchen Leistung aus Sicht der GKV zu bezweifeln. Darüber hinaus wird das Angebot nur in sehr geringem Umfang von den Apotheken erbracht. Dies belegen Zahlen aus dem Jahr 2023. In Apotheken wurden 47.756 Blutdruckmessungen im Rahmen der pDL durchgeführt und dafür ein Betrag von 636.491,98 Euro abgerechnet.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nummer 8  
§ 137f

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der G-BA soll innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes ein neues krankheitsübergreifendes DMP entwickeln, das sich an Versicherte mit behandlungsbedürftigen Risiken für die Manifestierung oder Verschlechterung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung richtet.

Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, in seinen Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der bereits geregelten DMP auch die Voraussetzungen für die Einbeziehung von Patient:innen in das jeweilige Behandlungsprogramm festzulegen, die ein hohes Risiko für die entsprechende Erkrankung aufweisen.

### **Bewertung**

DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen, deren Inhalte auf Basis von evidenzbasierten Empfehlungen durch den G-BA festgelegt werden. Damit umfassen die DMP die Behandlung ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung.

Eine Erweiterung des Patientenkreises um Versicherte mit bestehendem hohem Risiko für die Manifestation einer DMP-Indikation würde zur Einschreibung eines hohen Anteils der Bevölkerung führen, bei dem gegebenenfalls nie eine chronische Erkrankung aufgetreten wäre. Diese Überversorgung führt zu einer Überlastung in den Arztpraxen.

Darüber hinaus führt der Auftrag an den G-BA, sowohl ein neues (krankheitsübergreifendes) DMP für behandlungsbedürftige Versicherte mit hohem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch für die Einbeziehung behandlungsbedürftiger Versicherter mit hohem Risiko für die jeweilige DMP-Indikation zu entwickeln, zu Doppelstrukturen und vermeidbaren Abgrenzungsschwierigkeiten, insbesondere bei den DMP für Koronare Herzerkrankung und das DMP Herzinsuffizienz.

Die Einführung eines neuen krankheitsübergreifenden DMP für Versicherte mit behandlungsbedürftigen Risiken für die Manifestation oder Verschlechterung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung als auch die Ergänzung der bereits bestehenden DMP um die Einschreibung von Versicherten mit hohem Risiko werden daher kritisch gesehen und abgelehnt.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen oder deren Verbände haben im Jahr 2025 die Möglichkeit, bereits ab dem Tag nach der Verkündung des Gesetzes auch ohne förmliche Zulassung neue DMP oder deren Anpassung an geänderte Anforderungen durch die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) anbieten können. Dabei müssen die DMP die Anforderungen der §§ 24 und 25 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) erfüllen.

Die Vertragsparteien sollen in den Verträgen zur Durchführung der DMP Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit qualitätsabhängige Vergütungsbestandteile vereinbaren. Damit beabsichtigt der Gesetzgeber, die Erfüllung der in den Anforderungen an DMP festgelegten Qualitätsziele zu fördern. Der G-BA soll für jede DMP-Indikation drei Qualitätsziele festlegen, die für diese qualitätsabhängige Vergütung herangezogen werden sollen.

### **Bewertung**

a) Die Streichung der förmlichen Zulassung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wird abgelehnt. Das Zulassungsverfahren durch das BAS stellt zum einen die Konformität der DMP mit der DMP-A-RL und zum anderen eine bundesweit qualitätsgesicherte Versorgung sicher. Darüber hinaus bietet das Zulassungsverfahren durch das BAS Rechtssicherheit und vermeidet nachgelagerte Anpassungen der Verträge. Insofern ist eine Übergangsregelung nicht erforderlich.

b) Die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung in der vorgesehenen Ausgestaltung wird kritisch gesehen. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA, in diesem Zusammenhang mindestens drei Qualitätsziele für jede DMP-Indikation auszuwählen, darf nicht losgelöst von einer Auseinandersetzung mit einer Eignung der bestehenden Qualitätsziele für diese Zielstellung erfolgen. Insbesondere ist dabei sicherzustellen, dass die Zielerreichung auswertbar, messbar und prüfbar ist. Auch sind die oftmals negativen Erfahrungen mit bisherigen erfolgsabhängigen Vergütungskonzepten zu berücksichtigen. Darüber hinaus werden die DMP-Verträge regional geschlossen, so dass sich Strukturvoraussetzungen somit regional auch unterscheiden können, auf die bei der Festlegung von bundesweiten Qualitätszielen nicht eingegangen werden kann. Statt einer einheitlichen Vorgabe von Qualitätszielen für die Vereinbarung einer qualitätsabhängigen Vergütung durch den G-BA sollte daher den Vertragspartnern die Entscheidung obliegen, ob und für welche Qualitätsziele aufgrund der speziellen regionalen Versorgungsstruktur eine qualitätsabhängige Vergütung sinnvoll ist.

## Änderungsvorschlag

a) Streichung der Neuregelung.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„ (4) 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 vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 festgelegten Qualitätsziele abhängig ist. Hierzu wählt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Monats] für jede der in Satz 1 genannten Krankheiten mindestens drei Qualitätsziele aus, ~~nach deren Erreichen sich die qualitätsabhängige Vergütung zu richten hat,~~ und legt diese Auswahl in den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Die Ausgestaltung der Vergütungsbestandteile nach Satz 1 obliegt den Vertragsparteien.“

### **Beabsichtigte Neuregelung**

3a)

aa) Der G-BA soll neben den Anforderungen an Schulungen auch Kriterien für Patienteninformationen festlegen.

cc) Es wird geregelt, dass die Auswirkungen der qualitätsorientierten Vergütungsregelungen, die auf der Basis der durch den G-BA festzulegenden hierfür geeigneten Qualitätszielen in die DMP-Verträge aufzunehmen sind, in der Evaluation der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) berücksichtigt werden.

3b) § 137f Absatz 2a SGB V

Durch den neu eingeführten Absatz 2a sollen die Anforderungen an Patientenschulungen, die im Rahmen von DMP erbracht werden, konkretisiert werden. Die Regelung befasst sich mit der Möglichkeit, Schulungen auch mittels digitaler Anwendungen oder telemedizinisch anbieten zu können. Zusätzlich wird klargestellt, dass die Aufnahme von Schulungen und „ähnliche Interventionen“ ins DMP nicht am Fehlen einer Evaluation nach höchsten Standards scheitern darf. Vielmehr soll auf Basis von Versorgungsrealität und Verfügbarkeit entschieden werden.

Der G-BA wird darüber hinaus verpflichtet, Anforderungen an Patienteninformationen zu entwickeln für den Fall, dass Schulungsprogramme nicht angezeigt sind oder bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen verfügbar sind.

3c) § 137f Absatz 3 SGB V

Der Einschub in § 137f Absatz 3 SGB V regelt eine verpflichtende Umsetzung von neuen DMP innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Beschlusses. Für bereits bestehende DMP-Indikationen, die noch nicht flächendeckend umgesetzt sind, soll die Frist von einem Jahr mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung starten. Der Umsetzungsstand ist durch die Krankenkassen vierteljährig zu veröffentlichen.

3e) § 137f Absatz 4 SGB V

aa) Die Rolle des Bestellers eines unabhängigen Sachverständigen für die Durchführung der Evaluation der DMP wird vom BAS auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen. Diese erfolgt wie bisher im Benehmen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden auf deren Kosten.

3f) § 137f Absatz 6–6b SGB V

In § 137f Absatz 6 und 6a SGB V ist geregelt, dass die Krankenkassen bzw. ihre Verbände zukünftig zwingend DMP-Verträge mit den KVen schließen sollen. Im Falle einer Kündigung, soll die Vereinbarung darüber hinaus gelten, bis eine Folgevereinbarung in Kraft tritt. Können sich die Vertragspartner nicht einigen, kann eine Partei ein Schiedsverfahren einleiten. In diesem Fall haben die Vertragsparteien einen Monat Zeit, um sich auf eine unabhängige Schiedsperson zu einigen. Diese hat drei Monate Zeit, die Vertragsinhalte festzulegen.

In § 137 Absatz 6b SGB V wird die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen geregelt. Diesbezüglich wird klargestellt, dass Verträge mit stationären Einrichtungen nur erforderlich sind, soweit dies die DMP-Anforderungen-Richtlinie vorsieht.

3g) In § 137f Absatz 9 erfolgt eine Anpassung der Bezüge auf Absatz 3 aufgrund eingefügter Sätze.

3h) Der neu eingefügte § 137f Abs. 10 regelt die Anpassungsfristen der DMP-Programme und -Verträge an Änderungen der DMP-A-RL. Danach sind die Anpassungen innerhalb von einem Jahr vorzunehmen. Sofern zur Umsetzung der Programme Verträge nach § 73a, § 73c und § 140a nach alter Rechtsgrundlage (Altregelung) bestehen, müssen diese nicht an bestehende Regelungen angepasst werden.

### **Bewertung**

3a) § 137f Absatz 2 SGB V

aa) Die Änderung in Absatz 2 Satz 2 ist aufgrund der Bewertung zu Artikel 2, Nummer 3b) abzulehnen.

cc) Wenn die Auswirkungen ergebnisorientierter Vergütungsbestandteile im Rahmen der Evaluation berücksichtigt werden sollen, müssen die Vergütungsbestandteile in jedem der 17 regionalen Verträge identisch ausgestaltet sein. Aufgrund der Unterschiede in der Versorgungssituation und Patientenstruktur ist davon nicht auszugehen. Allgemein sollte den Vertragspartnern die Entscheidung obliegen, ob und für welche Qualitätsziele aufgrund der speziellen regionalen Versorgungsstruktur eine erfolgsabhängige Vergütung sinnvoll ist (siehe auch Bewertung zu Artikel 1, Nummer 9b). Des Weiteren kann keine Aussage getroffen werden, ob aufgrund einer qualitätsorientierten Vergütung ein Qualitätsziel erreicht wird, oder ob andere Einflüsse, wie z. B. regionale Versorgungsstrukturen dafür ursächlich sind. Insofern können im Rahmen einer bundesweiten Evaluation keine Erkenntnisse über die Auswirkungen qualitätsorientierter Vergütungsbestandteile gewonnen werden, die der Weiterentwicklung der DMP dienen könnten. Daher wird die Regelung abgelehnt.

3b) § 137f Absatz 2a SGB V

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über die Programminhalte des DMP zu informieren. Die Informationen umfassen bereits medizinische Inhalte, welche den durch den G-BA geregelten Anforderungen an DMP ent-

sprechen. Eine Entwicklung von Anforderungen an weitere Patienteninformationen durch den G-BA wird den Prozess einer Umsetzung von neuen DMP nicht beschleunigen.

Um zu verhindern, dass neue DMP deshalb nicht in die Versorgung kommen, weil es an einer Evaluation von angezeigten (verfügbaren) Schulungsprogrammen fehlt, gibt es bereits heute eine Ausnahmeregelung, die eine Anwendung von nicht evaluierten Schulungen für den Zeitraum bis zum Vorliegen des Evaluationsergebnisses regelt.

### 3c) § 137f Absatz 3 SGB V

Die DMP stellen eine hochwertige, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Versorgung von Versicherten mit chronischen Erkrankungen dar. Aus diesem Grund bieten alle Ersatzkassen die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale, COPD, KHK sowie Brustkrebs bundesweit flächendeckend an und informieren regelmäßig ihre Versicherten über die Möglichkeit einer Teilnahme. Die Ersatzkassen streben bereits eine schnellstmögliche, bundesweite Umsetzung der übrigen Indikationen an. Eine ausdrückliche Verpflichtung zur Umsetzung ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht da diese die aktuelle Versorgung nicht verbessern würde. Eine Regelung, die die Krankenkassen dazu verpflichtet, die Teilnahme am DMP innerhalb von einem Jahr nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Anforderungen zu ermöglichen, löst die Umsetzungsprobleme nicht, da der Zeitbedarf zur Sicherstellung der für die Umsetzung zwingend erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen stark variieren kann. Dazu zählen beispielsweise die Anpassung der Krankenkassensysteme sowie der zertifizierten Softwareprodukte der Ärzte. Auf letzteres haben die Krankenkassen keinen Einfluss.

### 3e) § 137f Abs 4 SGB V

aa) Die Streichung der förmlichen Zulassung durch das BAS wird abgelehnt. In Folge dessen ist die Änderung abzulehnen.

### 3f) § 137f Absatz 6, 6a und 6b SGB V

Die Intention des Gesetzgebers, die Versorgung der DMP dauerhaft bundesweit sicherzustellen ist nachvollziehbar und spricht für die hohe Versorgungsqualität, die im Rahmen der DMP-Verträge bereits seit knapp 20 Jahren erzielt wird. Bei den derzeit in der Versorgung etablierten Indikationen besteht bereits die Verpflichtung, die DMP-Verträge innerhalb eines Jahres an die regelmäßigen Aktualisierungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie anzupassen. Hierdurch entsteht bereits ein faktischer Kontrahierungszwang, der zu einer dauerhaften, flächendeckenden Etablierung von DMP geführt hat. Ein zusätzlicher Kontrahierungszwang würde daher nichts an der bestehenden Versorgungssituation ändern. Gleichzeitig gilt, dass die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht zwingend DMP anbieten müssen. Verträge, die durch Schiedsverfahren zustande gekommen sind, könnten die Akzeptanz der Vertragsabschlüsse gefährden.

Es wird begrüßt, dass die Erforderlichkeit der Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in DMP künftig indikationsspezifisch durch den G-BA im Rahmen der DMP-A-RL festgelegt werden soll.

3g) § 137f Absatz 9

Die Änderung der Bezüge erfolgte aufgrund der Einfügung der Sätze 1 bis 3 in § 137f Absatz 3. Aufgrund der Ausführungen zu 3c) ist die Anpassung der Bezüge abzulehnen.

3h) § 137f Absatz 10

Die Anpassungsfrist von einem Jahr besteht bereits im § 137g Absatz 2 Satz 1 SGB V. Durch die Ablehnung der Neufassung von § 137g SGB V (siehe Ausführungen zu Artikel 2, Nummer 4) ist die Folgeänderung nicht erforderlich und abzulehnen.

### **Änderungsvorschlag**

3a) § 137f Absatz 2 SGB V

aa) Streichung der Neuregelung.

cc) Streichung der Neuregelung.

3b) § 137f Absatz 2a SGB V

Streichung der Neuregelung.

3c) § 137f Absatz 3 SGB V

Streichung der Neuregelung.

3e) § 137f Absatz 4

aa) Streichung der Neuregelung.

3f) § 137f Absatz 6 und 6a

Streichung der Neuregelung.

§ 137f Absatz 6b

Keiner.

3g) § 137f Absatz 9

Streichung der Neuregelung.

3h) § 137f Absatz 10

Streichung der Neuregelung.



Artikel 2 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nummer 4  
§ 137g

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 137g SGB V in der bis zum 31.12.2025 geltenden Fassung wird komplett aufgrund des Wegfalls des Zulassungsverfahrens durch das BAS ersetzt.

Es werden analog des § 25 RSAV weitere Vorgaben an strukturierte Behandlungsprogramme definiert, welche sich auf die Erstellung der Dokumentationen sowie deren Verwendung beziehen sowie datenschutzrechtliche Festlegungen umfassen.

Darüber hinaus werden die Regelungen des § 25 RSAV in Bezug auf die erforderlichen prozessualen Anforderungen übernommen. Der bisherige § 25 RSAV entfällt.

Der unter Artikel 1, Nummer 9b des Referentenentwurfs eingeführte Absatz 4 zur Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung wird auf die Neufassung mit Gültigkeit ab dem 01.01.2026 übertragen. Zusätzlich wird auf die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach § 137f Absatz 6a verwiesen.

### **Bewertung**

Der § 137g regelt die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS. Die Streichung der förmlichen Zulassung durch das BAS wird abgelehnt. Das Zulassungsverfahren durch das BAS stellt zum einen die Konformität der DMP mit der DMP-A-RL und zum anderen eine bundesweit qualitätsgesicherte Versorgung sicher. Darüber hinaus bietet das Zulassungsverfahren durch das BAS Rechtssicherheit und vermeidet nachgelagerte Anpassungen der Verträge. Die Neuregelung wird daher abgelehnt.

Bezüglich der Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung wird auf die Bewertung zu Artikel 1, Nummer 9b verwiesen.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung, zu Absatz 4 siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 9b

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 2900 Politik@vdek.com
--