

Stellungnahme

der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit – Entwurf eines Gesetzes der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)

Mit Schreiben vom 19. Juni 2024 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) aufgefordert, eine Stellungnahme zu dem Referentenentwurf Entwurf eines Gesetzes der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) abzugeben.

Die BVPg lehnt den vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit – Entwurf eines Gesetzes der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) ab.

Vorbemerkung

Ziel des Gesetzes 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.

Dies soll durch folgende Regelungsschwerpunkte erfolgen:

1. Verbesserung der Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen
2. Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen
3. Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP)
4. Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse
5. Reduzierung des Nikotinkonsums
6. Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken

Gesamthafte Bewertung

Die BVPg dankt für die Möglichkeit der Stellungnahme zum **Entwurf eines Gesetzes der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)** und nutzt diese gern, um ihre grundsätzliche Kritik zum Ausdruck zu bringen.

Im Gesetzentwurf fehlt die grundlegende Haltung, Gesundheitsförderung und Prävention in einer Gesamtstrategie zu verankern, die geprägt ist von der vorhandenen Evidenz. Damit gefährdet sie bewährte Strukturen und schadet der Präventionslandschaft.

Kritisch gesehen werden insbesondere folgende Punkte:

1. Abkehr vom Evidenzgedanken in der Prävention

Ein gerade veröffentlichtes Rapid Review des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt wurde, untersucht die Wirksamkeit von allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen (Check-ups). Das Review kommt zu dem Ergebnis:

Gruppen mit höheren Gesundheitsrisiken und die das ambulante Versorgungssystem weniger in Anspruch nehmen, nutzen das Angebot der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung seltener. Dazu gehören Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Frauen und insbesondere Männer mit Hinweisen auf gesundheitliche Risiken (Nikotinkonsum, keine oder geringe körperliche Aktivität, Konsum von wenig Obst und Gemüse) bzw. die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht einschätzen, sowie Menschen, die nach Deutschland zugewandert sind (IQWiG, 2024, iv-v).

Die Check-ups erreichen demnach relevante Bevölkerungsgruppen mit höheren Gesundheitsrisiken nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) weist bereits in ihrer Stellungnahme vom 17.10.2023 darauf hin, dass die kardiovaskuläre Mortalität »v. a. bei älteren Personen und in vulnerablen Bevölkerungsgruppen erhöht« sei. Gerade diese werden nicht explizit adressiert bzw. erreicht (DEGAM, 2023). **Anstatt den Empfehlungen des eigens vom zuständigen Bundesministerium für Gesundheit beauftragten IQWiG zu folgen, werden die Evidenzbasierung und das Wirtschaftlichkeitsgebot explizit aufgehoben:**

§ 2 Absatz 1 Satz 3 und § 12 Absatz 1 stehen der Bestimmung und Erbringung einer erweiterten Gesundheitsuntersuchung, deren Nutzen nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin noch nicht belegt ist, nicht entgegen (Entwurf GHG v. 14.06.2024).

Die Studienautor:innen des IQWiG empfehlen auch, die in Deutschland angebotenen Check-ups ebenfalls auf ihre wissenschaftliche Evidenz hin zu untersuchen und sie in eine dauerhaft begleitende Evaluation einzubinden. Diese sollte auch die Handhabung der Untersuchung in der ärztlichen Praxis und gesundheitliche Auswirkungen für Teilnehmende umfassen.

Maßgeblich für einen gesundheitlichen Nutzen der aGU ist, dass aus den Ergebnissen abgeleitete Präventionsempfehlungen evidenzbasiert sind und von Patientinnen und Patienten umgesetzt werden. In Abhängigkeit von den Ergebnissen der Evaluation sollten organisatorische Barrieren für eine Wirksamkeit abgebaut werden (IQWiG 2024, S. 54).

Eine begleitende Evaluation der Check-ups hält die BVPg für dringend erforderlich; diese ist laut Referentenentwurf aber nicht vorgesehen.

2. Leistungsanspruch der Versicherten am G-BA vorbei beschließen

Die im Referentenentwurf vorgesehenen erweiterten Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen sollen aufgrund ihrer besonderen Bedeutung nicht mehr durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und verankert werden, sondern schnellstmöglich in der Versorgung wirksam werden. Hierfür sieht der Gesetzentwurf eine Rechtsverordnungsermächtigung des BMG vor.

Damit wird die vom Gesetzgeber dem G-BA zugewiesene Aufgabe, den Leistungsanspruch auf der Basis der bestmöglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse näher auszugestalten, unterlaufen.

Bei den geplanten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie bei den Check-ups mit 25, 35 und 50 Jahren sollen begleitende Fragebögen Risikofaktoren erfassen. Die entsprechenden Fragebögen sollen vom Bundesministerium für Gesundheit entwickelt werden. Dazu ist eine Rechtsverordnung vorgesehen. Bisher ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Entwicklung von Anamnesebögen zuständig. Auch für die Vergütung dieser neuen Untersuchungen will das BMG Vorgaben machen – eine Aufgabe, die sonst der Erweiterte Bewertungsausschuss aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Krankenkassen und unparteiischen Mitgliedern wahrnimmt.

Die Umsetzung der Maßnahmen über eine Verordnungsermächtigung konterkariert langjährig etablierte Strukturen und wirft die Frage auf, wie mit diesen zukünftig umgegangen werden soll. Die BVPg sieht diese Entwicklung äußerst kritisch.

3. Medikamente statt Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die medizinische Prävention soll gestärkt werden, u. a. durch eine frühere und breitere Verordnungsmöglichkeit von Statinen. Damit wird eine zunehmende Medikalisierung von Krankheitsrisiken gefördert, ohne deren Ursachen zu bekämpfen. Gleichzeitig bleiben die mittel- und langfristigen Folgen einer frühen Pathologisierung oder eines falsch-positiven Ergebnisses unberücksichtigt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22.02.2024 das IQWiG mit der Bewertung eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen beauftragt. Hier hat der G-BA in der Auftragskonkretisierung explizit vorgesehen:

Bei der Bewertung sollen insbesondere folgende Aspekte erfasst werden:

- Hat ein generelles, laboranalytisches Screening auf familiäre Hypercholesterinämien bei Kindern und Jugendlichen einen Nutzen und ggf. Schaden hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität, Morbidität und Lebensqualität)?

Dabei ist insbesondere zu prüfen:

- Kann durch die Vorverlegung der Diagnosestellung und Behandlung ein besseres Überleben oder ein günstigerer Krankheitsverlauf mit Vermeidung von Folgeerkrankungen wie z. B. kardiovaskulären Erkrankungen erreicht werden?
- Welche laboranalytischen diagnostischen Testverfahren sind für ein Screening geeignet (bzgl. Cut-off-Werten, Sensitivität, Spezifität, positiver prädiktiver Wert, Zeitpunkt der Testung)? G-BA, 2024

Wenn der G-BA als Gremium, das per Gesetz beauftragt ist, den Leistungsanspruch von Versicherten auf Basis von möglichst guten wissenschaftlichen Erkenntnissen näher auszugestalten, ernst genommen wird, ist wenigstens dieses Bewertungsverfahren des IQWiG abzuwarten, bevor per Rechtsverordnungsermächtigung der Einsatz bestimmter Medikamente vorangetrieben wird.

Statt Menschen zu einer Verhaltensänderung, z. B. durch verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung einer guten Ernährung oder mehr Bewegung und Sport, zu motivieren, sollen Krankheitssymptome medikamentös behandelt werden. Dabei wird selbst in Studien zur Einnahme von Statinen betont, wie wichtig Lebensstilmaßnahmen (körperliche Aktivität, Ernährung) für alle Patient:innen und in jeder Phase der Therapie sind, um das kardiovaskuläre Risiko zu senken.

Das Signal, das von einem solchen Gesetz an die Bevölkerung ausgeht, ist problematisch – es unterstellt, dass primär die Einnahme von Medikamenten zu mehr Gesundheit führe. Ein Gesetz, das die Morbidität und Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen langfristig senken will, sollte gezielte **primärpräventive Maßnahmen** fördern, die bei Lebensstilfaktoren ansetzen. Damit einhergehend sind **verhältnispräventive Maßnahmen** zur **Verminderung strukturell und sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Chancenungleichheit** indiziert.

4. Entnahme der Mittel für die Maßnahmen im Rahmen des »Gesundes-Herz-Gesetzes« aus den Mitteln für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V

Der Referentenentwurf sieht Herz-Check-ups für Kinder im Rahmen der J1-Untersuchung und für Erwachsene im Alter von 25, 35 und 50 Jahren vor. Die Untersuchungen sollen in Arztpraxen und auch in Apotheken auf Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Übergewicht und Fettstoffwechselstörungen durchgeführt werden. Darüber hinaus sollen weitere Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Alkohol und Rauchen erfasst werden. Fraglich ist, wie bei erfassten Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung gegengesteuert werden soll.

Die GKV bietet den Versicherten heute eine Fülle von Präventionsangeboten in geprüfter Qualität. Dies war bei der Einführung des § 20 SGB V auch das Ergebnis politischer Entscheidungen für eine stärkere Präventionsorientierung in der Gesundheitsversorgung und eine Abkehr von der Reparaturmedizin. Nun sollen die Mittel für

individuelle Präventionsangebote in großem Umfang in Medikamente umgeschichtet werden, viele Angebote für Bewegung und Sport sowie eine bewusstere Lebensführung werden infolgedessen nicht mehr finanzierbar sein. Ohne eine Anhebung des Orientierungswertes nach § 20 Abs. 6 SGB V kommt es faktisch zu einer erheblichen Leistungskürzung im Bereich der Primärprävention und dadurch auch zu einer Einschränkung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung). **Leistungen zur Verminderung strukturell und sozioökonomisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie adressat:innenspezifische Belange können zukünftig nicht mehr von den Krankenkassen gefördert werden.**

5. Aufgebaute qualitätsgesicherte und präventiv wirksame Strukturen werden zerstört

Seit der Einführung des § 20 SGB V im Jahr 1988 haben sich tragfähige Strukturen für ein einheitliches Verfahren zur Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen etabliert und es wurden **Kriterien für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt – insbesondere im Hinblick auf Bedarf, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte, Methodik, Qualität, intersektorale Kooperation, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung der Leistungen**. Viele Anbieter:innen haben sich mit erheblichem zeitlichem und finanziellem Aufwand qualifiziert und entsprechende Angebotsstrukturen geschaffen. **Jahrelange Präventionsarbeit droht mit der Einführung des neuen Gesundes-Herz-Gesetzes in kürzester Zeit zerstört zu werden.**

BVPG, 27. Juni 2024

Quellen:

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Stellungnahme der DEGAM zum Impulspapier Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen des BMG vom 5.10.2023 [online]. 2023 [Zugriff: 23.06.2024].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Konkretisierung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Bewertung eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen vom 22.02.2024 [online]. 2024 [Zugriff: 23.06.2024.]

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Zielgruppenspezifische Ansprache von Versicherten bei der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung; Rapid Report [online]. 2024 [Zugriff: 23.06.2024]. URL: <https://dx.doi.org/10.60584/P23-01>