

Gesundheitspolitische Positionierung der IKK classic zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit vom 14.06.2024

Vorbemerkung

Am 19.06.2024 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit. Ziel der Vorschläge ist die Senkung der Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung. Erreicht werden soll dies u. a. durch die Verbesserung der Früherkennung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP) und die Ausweitung der Verordnungsfähigkeit von Statinen. Als weitere Maßnahmen sind Früherkennungs- und Präventionsangebote in Apotheken, die Ausweitung des Anspruchs auf Medikamente zur Tabakentwöhnung und die Vergütung einer Präventionsempfehlung bei Weiterleitung in eine Entwöhnungsmaßnahme für Tabak und Nikotin geplant.

Positionierung der IKK classic

Die IKK classic unterstützt grundsätzlich das Ziel, die Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung zu stärken. Die vorgesehenen Maßnahmen des BMG richten den Fokus jedoch zu einseitig auf eine pharmakologische Prävention. Wesentliche Anker der Gesunderhaltung, insbesondere die Verhaltens- und Verhältnisprävention, werden ausgeblendet.

Den Eingriff des Gesetzgebers in die Regelungsbefugnisse der Selbstverwaltungspartner lehnt die IKK classic strikt ab. Sofern der Gesetzgeber die Notwendigkeit sieht, Vorsorgeangebote oder Leistungsansprüche auszuweiten, ist dies als Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu adressieren. Keinesfalls berechtigt die Erkenntnis über ausbaufähige Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung zu einem

Freifahrtschein, die etablierten und bewährten Wege der Evidenzgenerierung zu verlassen. Die Strukturen der Selbstverwaltung dienen dazu, eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten und die Versicherten auf Basis von Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Nutzen für die Solidargemeinschaft vor übermäßiger Belastung und Leistungen mit unklarem medizinischem Mehrwert zu schützen. Eine gesetzliche Verankerung leitlinienartiger medizinischer Regelungen im SGB V kommt einem ordnungspolitischen Dammbbruch gleich. Das ist mit Blick auf die Versorgungsqualität nicht tolerabel.

Das BMG plant, die Mehrausgaben aus den nicht fest verplanten Präventionsbudgets der Krankenkassen zu refinanzieren. Der Eingriff des Gesetzgebers in die Mittelverwendung für Gesundheitsförderung und Primärprävention lehnt die IKK classic in aller Deutlichkeit ab. Jedes der mittlerweile über 110.000 Angebote der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V ist von der Zentralen Prüfstelle Prävention nach den Qualitätskriterien des Leitfadens Prävention hinsichtlich der Anbieterqualifikation und der Wirksamkeit des Konzeptes geprüft. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber in diesen elementaren und ohnehin seitens der Politik knapp kalkulierten Bereich der Gesunderhaltung der Bevölkerung eingreift und für Primärprävention vorgesehene Finanzmittel umsteuert, nur um eine Kostenneutralität zu suggerieren.

Die vorgesehenen Änderungen bei den DMP sieht die IKK classic äußerst kritisch. Diese würden zu einer Schwächung der DMP führen. Zu erwarten wären erhebliche Verwerfungen in den erfolgreichen Strukturen der Zulassung und Umsetzung.

Bewertung der einzelnen Maßnahmen

■ Verbesserung der Früherkennung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Der Entwurf sieht einen Anspruch für Kinder und Jugendliche auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung vor. Für Erwachsene ist eine Ausweitung des Gesundheitsuntersuchungsangebots vorgesehen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Gutscheine für Check-up-Untersuchungen im Alter von 25, 35 und 50 Jahren zu versenden. Zudem soll das BMG per Verordnungsermächtigung konkrete Vorgaben zu Bestandteilen der Untersuchungen vorgeben können.

Die IKK classic lehnt per Gesetz neu eingeführte Vorsorgeuntersuchungen sowie die gesetzliche Erweiterung bestehender Vorsorgeuntersuchungen ab. Dies gilt gleichermaßen für die vorgesehene Ermächtigung des BMG, die ärztliche Vergütung für diese Angebote vorzugeben. Das Leistungsangebot der GKV muss sich zwingend an Evidenz und Wirtschaftlichkeit orientieren. Diese maßgeblichen Faktoren werden durch die geplanten Regelungen übergangen. Dies hebt die Grundpfeiler der gemeinsamen Selbstverwaltung aus, da laut Entwurf explizit Evidenzbasierung, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht als maßgeblich für die geplanten Leistungen deklariert werden.

Sofern es der Gesetzgeber als notwendig erachtet, bestehende Vorsorgeuntersuchungen um einzelne Maßnahmen zu erweitern oder gänzlich neue Vorsorgeuntersuchungen einzuführen, ist dies zwingend als Auftrag an den G-BA zu formulieren. Nur so kann der Wirtschaftlichkeit, Evidenz und dem Nutzen für die Solidargemeinschaft ausreichend Rechnung getragen werden. Eine Umsetzung per politisch intendierter Rechtsverordnung eines Ministeriums lehnt die IKK classic ab.

So wird beispielsweise die inhaltliche Ausweitung der J1-Untersuchung ab dem zwölften Lebensjahr nicht grundsätzlich abgelehnt. Nach einer wissenschaftlich fundierten Überprüfung der Inhalte der J1-Untersuchung begrüßt die IKK classic die Aufnahme der Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung in den Leistungskatalog. Dies muss aber einen gesicherten Mehrwert für die Versichertengemeinschaft darstellen.

Der Gesetzentwurf lenkt den Fokus erneut auf Arzt-Patienten-Kontakte. Die Verfolgung eines Public-Health-Ansatzes, der nach der allgemein in Wissenschaft und Praxis geteilten Meinung zu priorisieren ist, lässt sich derweil nicht erkennen. Gleiches gilt für die notwendige Verzahnung mit weiteren gesetzgeberischen Maßnahmen wie dem geplanten Gesetz zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit.

■ Stärkung von Disease-Management-Programmen (DMP)

Vorgesehen ist eine Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten alle DMP anzubieten und hierzu Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen. Das Verfahren soll vereinfacht werden, indem auf die Zulassung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verzichtet wird. Der G-BA wird gesetzlich beauftragt, Anforderungen an ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm für behandlungsbedürftige Versicherte mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beschließen.

Verpflichtendes Angebot von DMP

Die IKK classic lehnt eine Verpflichtung der Krankenkassen, alle DMP anzubieten, ab. Die Umsetzung von DMP ist bislang als selektivvertragliches Angebot etabliert und sowohl für die Krankenkassen als auch für die Vertragspartner freiwillig. Die Verantwortung eines nicht in der Regelversorgung implementierten Versorgungsangebots mit darüber

hinaus „außerbudgetär“ vergüteten Leistungen muss in der Finanzhoheit und Eigenverantwortung der Krankenkassen verbleiben.

Darüber hinaus ist die Verpflichtung nur für Krankenkassen vorgesehen. Die ärztlichen Vertragspartner hingegen werden nicht durchgreifend verpflichtet. In der operativen Praxis kann dies dazu führen, dass die Verpflichtung zum Angebot seitens der Krankenkassen besteht, sich aber keine oder nur wenige ärztliche Leistungserbringer finden, die ein entsprechendes Angebot umsetzen wollen. Absehbar sind hohe Investitions- und Verwaltungskosten, ohne dass ein sinnvolles und flächendeckendes Angebot umgesetzt werden kann.

Zudem wird das verpflichtende Angebot aller DMP mit Fristen zu Vertragsabschlüssen und einem Konfliktlösungsmechanismus, inklusive Vorgaben für Schiedsverfahren, verknüpft. Die IKK classic lehnt ein Schiedsverfahren im Zusammenhang mit einem verpflichtenden DMP-Angebot ab. Außerdem ist es problematisch, dass die zuständige Aufsicht bei Nichteinigung der Vertragspartner die Schiedsperson zu bestimmen hat. Derzeit sind fast alle DMP-Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen kassenartenübergreifend geschlossen. Die kassenseitigen Vertragspartner unterliegen unterschiedlichen Aufsichten (Landes- oder Bundesaufsicht). Eine Zuständigkeitsregelung für die Festlegung einer Schiedsperson ist nicht vorgesehen. Eine Trennung der kassenartenübergreifend geschlossenen Verträge nach Einzelkassen würde zu einem erheblichen, voraussichtlich auch bei den Leistungserbringern nicht akzeptierten, Aufwand führen und die DMP in der Umsetzung gänzlich gefährden.

Entfall der Programmkostenpauschale

Der Entfall der besonderen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die sogenannte Programmkostenpauschale (PKP), wird von der IKK classic ebenfalls abgelehnt. Das derzeitige Bereinigungsverfahren ist seit zehn Jahren gut etabliert.

Die neue Regelung sieht darüber hinaus keinen Ausgleich der programmbedingten Verwaltungskosten mehr vor. In diese fließen bislang auch Aufwendungen ein, die in den regionalen DMP-Arbeitsgemeinschaften nach § 217 SGB V anfallen. Hier werden sämtliche landesbezogenen Vorbereitungen für übergreifende DMP-Prozesse sowie Verträge koordiniert. Hierzu zählen z. B. die Datenstellenverträge, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung im Rahmen der gemeinsamen Einrichtung und vieles Weitere. Ob die bisher im Rahmen der Federführung wechselseitig übernommenen Aufgaben unter Berücksichtigung der potentiellen Änderungen fortgeführt werden, ist äußerst fraglich. Damit entsteht ein hohes Risiko für die zukünftige Umsetzung von DMP.

Entfall der Zulassung von DMP durch das BAS

Die Zulassung von DMP durch das BAS und die taggenaue Erfassung der Versichertenteilnahme an DMP soll entfallen. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen geht damit auf die jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden über. Dies lehnt die IKK classic entschieden ab.

Ergänzend zu den vorangegangenen Ausführungen ist insbesondere eine Verlagerung von der Zulassungsprüfung des BAS zur zuständigen Aufsicht einer Krankenkasse problembehaftet. Der Erfolg der DMP mit mehr als 8,5 Millionen bundesweit eingeschriebenen Versicherten beruht wesentlich auf einheitlichen operativen Umsetzungsprozessen. Hierzu wurden im Rahmen der Zulassung mit dem BAS regelmäßig Austausche zwischen GKV-SV und den Kassenarten auf Bundesebene geführt und Regelungen getroffen, die Grundlage für die Umsetzung auf Landesebene sind. Diese elementar wichtigen, verbindlichen und für alle zu berücksichtigenden Abstimmungsprozesse würden mit der Neuregelung entfallen. Diese Aufgabe kann eine kassenspezifische Aufsichtsbehörde jedoch nicht übernehmen; sie

ist für diese auch nicht vorgesehen. Die Regelung gefährdet damit die Einheitlichkeit der Umsetzung erheblich. Darüber hinaus besteht die Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen durch unterschiedlich praktiziertes Aufsichtshandeln.

Konkretisierung der Schulungsanforderungen

Dem G-BA wird aufgegeben, die Anforderungen an die DMP-Schulungen so auszugestalten, dass sie auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die Durchführung der Programme gewährleisten. Eine weitere Flexibilisierung der bereits jetzt schon offen gestalteten Anforderungen lehnt die IKK classic ab.

Schulungen sind wesentlicher Bestandteil des DMP. Bereits jetzt sind die Vorgaben für Schulungen in der DMP-A-RL (zuletzt durch Beschluss des G-BA vom 16.11.2023) so festgelegt, dass neben Präsenzschulungen auch neue Schulungsformate (z. B. Videoschulungen) im DMP umgesetzt werden können. Eine weitere Aushöhlung dieser Anforderungen durch die vorgeschlagene rechtliche Änderung birgt die Gefahr, dass Präsenzschulungen und die Erstellung neuer Schulungen in Präsenz weiter zurückgedrängt werden. Teilnehmende am DMP wären perspektivisch gezwungen, online- bzw. videobasierte Schulungsangebote oder Apps in Anspruch zu nehmen. Hierdurch werden insbesondere technisch nicht versierte DMP-Teilnehmende sukzessive benachteiligt. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass sich bestimmte Schulungsinhalte in Präsenz nachweislich erfolgreich einüben lassen. Dazu gehören z. B. das Spritzen von Insulin, die Verwendung von Insulinpumpen, Messgeräten.

Öffnung der DMP für hohe Risiken

Zukünftig sollen Patientinnen und Patienten mit bestehendem hohem Risiko für die Manifestation einer DMP-Erkrankung in DMP einbezogen werden. Die IKK classic lehnt das ab. Gesetzliche Maßnahmen zur Vermeidung einer chronischen Erkrankung sollten den Fokus vielmehr auf Prävention richten.

DMP sind als Chroniker-Programme gesetzlich verankert und sollen die Behandlung von chronisch Erkrankten optimieren. Eine Ausweitung auf Versicherte mit Vorstufen einer chronischen Erkrankung ist im DMP-Kontext nicht sachgerecht. Zusätzlich würde eine Erweiterung jedes bestehenden DMP für die Einbeziehung weiterer Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko chronisch zu erkranken zu einer erheblichen Erhöhung der Teilnehmerzahlen führen. Die Umsetzung der gut etablierten DMP würde hierdurch sowohl in den Arztpraxen als auch bei den Krankenkassen hohe Mehraufwände nach sich ziehen. Das Versorgungsangebot DMP würde mit dieser Erweiterung verwässert. Die Akzeptanz des gut etablierten Versorgungsangebots würde in Frage gestellt.

Einbezug qualitätsorientierter, erfolgsabhängiger Vergütungselemente

Für die DMP Diabetes mellitus Typ1 und Diabetes mellitus Typ 2 sowie für das DMP koronare Herzkrankheit sollen Elemente einer qualitätsorientierten, erfolgsabhängigen Vergütung in die Verträge eingepflegt werden.

Die IKK classic begrüßt, dass der G-BA derartige Vertragsbestandteile in seiner Richtlinie bestimmen soll. Die Umsetzung sollte aber optional und nicht verpflichtend sein. Ein Schiedsverfahren zur Festlegung von Vergütungsbestandteilen wird hingegen abgelehnt. Die Erreichung der Qualitätsziele muss darüber hinaus auch versichertenbezogen von den Krankenkassen auswertbar sein.

Neues HKE-DMP

Der G-BA soll Anforderungen für ein neues DMP festlegen, welches behandlungsbedürftige Versicherte mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung adressiert. Einer Anforderung an den G-BA zur Ausgestaltung eines

DMP für manifestierte Herz-Kreislauf-Erkrankungen steht die IKK classic, vorbehaltlich einer medizinisch inhaltlichen Prüfung unter der Berücksichtigung der gesetzlichen Kriterien aus § 137 f Abs. 1 Satz 2 SGB V, offen gegenüber.

Ergänzende Vorschläge der IKK classic zur Entbürokratisierung von DMP

Bisher ist es erforderlich, dass zur Umsetzung eines DMP sowohl Krankenhäuser als auch Rehakliniken vertraglich eingebunden werden. Diese Anforderung hat sich in der bestehenden Form nicht bewährt. Im DMP sind für diese Einrichtungen ausschließlich Strukturqualitäten und keine Qualitätssicherungselemente gefordert. Die Einhaltung der vertraglichen DMP-Behandlungsvorgaben kann so nicht geprüft werden.

Darüber hinaus erhalten die Einrichtungen keine zusätzliche Vergütung. Prinzipiell entsteht bei keinem DMP ein spezifischer Mehraufwand, der neben den Fallpauschalen eine gesonderte Vergütung des Krankenhauses rechtfertigen würde. In der Konsequenz ist die vertragliche Einbindung in einzelnen Regionen bereits jetzt schwierig. Ebenfalls lassen sich die Versicherten seitens der Kassen nicht konfliktfrei in vertraglich eingebundene Einrichtungen steuern. Das gilt vor allem, wenn dies weitere Anfahrtswege erfordert. Die geplanten Reformen im Krankenhausbereich, mit der Etablierung von Mindestfallzahlen, könnten die Umsetzung weiter erschweren. Ggf. könnten nicht für alle DMP-Indikationen flächendeckend entsprechende Einrichtungen zur Verfügung stehen oder als Vertragspartner gewonnen werden können. Das gilt z. B. für die Umsetzung des DMP rheumatoide Arthritis oder bei Brustkrebs.

Tritt dieser Umstand ein, könnte ein DMP nicht zugelassen werden bzw. die Zulassung müsste entzogen werden. Die IKK classic fordert den Gesetzgeber auf die Einbindung von Krankenhäusern sowie Reha-Einrichtungen als Option auszugestalten.

■ Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse

Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber die Eindämmung des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen priorisiert. Dennoch ist die Indikationsstellung eine medizinische Aufgabe. Sie darf nicht politisch aufgeladen werden. Der Einsatz von Statinen wird nach wissenschaftlichem Stand festgelegt. Der G-BA hat bereits die Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinie zu Lipidsenkern veranlasst. Auch medizinische Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin arbeiten beständig an der Aktualisierung ihrer Leitlinien.

Die gesetzliche Verankerung leitlinienartiger, medizinischer Regelungen im SGB V und die damit verbunden Ausweitung eines Anspruchs auf die Versorgung mit Statinen, stellt einen nicht zu tolerierenden Eingriff in die Regelungskompetenz des G-BA ab und wird durch die IKK classic abgelehnt.

Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber den Fokus bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einseitig auf die medikamentöse Therapie lenkt und die entscheidenden Faktoren der Verhaltens- und Verhältnisprävention zur Verringerung des Risikos außen vorlässt. Der Einsatz von nichtmedikamentösen Maßnahmen, insbesondere die Steigerung der Gesundheitskompetenz durch Individualprävention, sollte wann immer möglich vor der Verordnung eines Arzneimittels stehen. Im Entwurf selbst wird dazu ausgeführt:

„Nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand werden bis zu 70 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch modifizierbare Lebensstilfaktoren verursacht – insbesondere ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum. Der Verminderung dieser Risikofaktoren und damit zusammenhängender Risikoerkrankungen wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck durch Unterstützung eines gesunden Lebensstils kommt daher eine Schlüsselrolle zu. [...]“ und weiter: *„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.“

Die Maßnahmen im Gesetzentwurf beschränken sich aber auf die Ausweitung der medikamentösen Therapie und kürzen zur Refinanzierung das Budget zur Individualprävention – also für die Maßnahmen, die gerade auf die Unterstützung eines gesunden Lebensstils ausgerichtet sind. Das BMG argumentiert insofern widersprüchlich. Aus diesem Grund ist es fraglich, weshalb die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht konsequent und ganzheitlich die gesetzten Zielstellungen des Referentenentwurfs verfolgen.

Sofern der Gesetzgeber an einer Ausweitung des Anspruchs zur Gabe von Statinen festhalten will, ist hier auf das bewährte G-BA-Verfahren abzustellen. Evidenz und Langzeitsicherheit der Arzneimitteltherapie sind dabei stets im Blick zu behalten.

■ Reduzierung des Nikotinkonsums

Die IKK classic lehnt die Ausweitung des Leistungsanspruchs auf eine medikamentöse Therapie zur Tabakentwöhnung ab. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden bereits Anpassungen zur Tabakentwöhnung erlassen, deren Umsetzung derzeit durch den G-BA vorbereitet wird. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb diese bereits frühzeitig ausgeweitet werden sollen. Hier ist zunächst deren Wirkung zu evaluieren.

Die Ausstellung und gesonderte Vergütung einer Präventionsempfehlung wird durch die IKK classic nicht befürwortet. Versicherte haben auch ohne eine ärztliche Präventionsempfehlung Zugang zu entsprechenden Leistungen oder Zuschüssen ihrer Krankenkasse.

■ Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken

Die IKK classic begrüßt grundsätzlich den Einbezug von Apotheken und weiteren Gesundheitsfachberufen in Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten und Erkrankungsrisiken. Insbesondere bei Tabakkonsum ist eine niedrigschwellige Ansprache möglich. Gut ist auch, wenn diese durch viele Verantwortliche erfolgt.

Die IKK classic gibt jedoch zu bedenken, dass die bisherige Ausübung und Inanspruchnahme neuer pharmazeutischer Dienstleistungen nach wie vor hinter den Erwartungen zurückbleiben. Die Verwendung knapper Versichertengelder für diesen Zweck ist daher nicht nachvollziehbar. Das gilt auch vor dem Hintergrund der starken Kostensteigerungen im Arzneimittel-Bereich,

■ Refinanzierung der Maßnahmen

Der Referentenentwurf sieht eine Anrechnung der anfallenden Mehrausgaben für die vorgesehenen Maßnahmen auf die Budgets der Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 SGB V vor. Dies betrifft die Mittel, die für die anteilige Erstattung der individuellen Primärpräventionskurse sowie deren standardisierte Qualitätsprüfung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) vorgesehen sind.

Grundsätzlich schöpfen die Krankenkassen die Mittel, die für die Individualprävention nach § 20 Absatz 6 SGB V vorgesehen sind, aus. Die suggerierte Kostenneutralität wäre daher nur gegeben, wenn beinahe alle Angebote der Krankenkassen zur Individualprävention ausbleiben würden. Durch die mengenmäßig kaum abschätzbare

Inanspruchnahme würde auch die Budgetplanung der Krankenkassen für die Individualprävention unmöglich. Dies hätte Folgen für die Anbieter, die Zentrale Prüfstelle Prävention und auch die Versicherten.

Alle Handlungsfelder (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion und Suchtprävention) der Individualprävention zahlen auf die Herzgesundheit ein. Durch qualitätsgeprüfte Angebote der ZPP werden lebensstilanpassungswillige Versicherte angeleitet, ihr Verhalten zu verändern, und befähigt, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Daran geknüpft ist ein zehnjähriges Bestehen der ZPP zur Qualitätsprüfung unter Anwendung des Leitfadens Prävention. Dieser ist gesetzlich vorgegeben. Die ZPP wurde als Kooperationsgemeinschaft gegründet und zeichnet sich durch sehr hohe Qualitätsstandards aus. Zahlreiche Universitäten, Hochschulen, Fachverbände, Vereine, Volkshochschulen, institutionelle und private Anbieter haben sich den Vorgaben verpflichtet. Die Kriterien nehmen Einfluss auf deren Curricula sowie Multiplikatoren-Schulungen und sie stützen damit das Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“. Alle Beteiligten fokussieren beeinflussbare Lebensstilanpassungen zur Herzgesundheit.

Die Krankenkassen achten bei der Leistungserbringung von Individualkursen sehr genau auf die Abgrenzung zu Medikation, Rehabilitation und Therapie. Kurse, die nicht auf primärpräventive Verhaltensänderung nach dem Leitfaden Prävention einzahlen, werden abgelehnt. Die Umverteilung der dafür vorgesehenen Mittel würde dies konterkarieren und das Präventionsbudget zweckentfremden. Vor dem Hintergrund, dass die ZPP gegründet wurde, um genau eine mögliche „Zweckentfremdung“ durch nicht gleich eingehaltene Qualitätskriterien der GKV-Gemeinschaft zu verhindern, ist diese vorgesehene Regelung fragwürdig. Versicherten, die freiwillig für Lebensstilanpassungen qualitätsgesicherte Unterstützung suchen wäre nicht zu vermitteln, dass die Angebote wegfallen, weil die Mittel für Check-Ups und Medikamente verplant werden, die politisch an den regulären und evidenzbasierten Wegen vorbei in das Leistungsangebot der GKV gezwungen werden. Darüber hinaus wäre der Schaden für die ZPP und alle an sie geknüpften bzw. an ihr orientierten Institutionen nicht abschätzbar.

Eine Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung ist somit aus dem Gesetzentwurf nicht zu erkennen. Vielmehr fehlt die Umsetzung einer Gesamtstrategie für Deutschland. Beeinflussbare Lebensstilanpassungen sollen beschnitten und durch mehr Arzt-Patienten-Kontakte sowie medikamentöse Therapien ersetzt werden. Die übergeordneten Ziele einer nationalen Präventionsstrategie, insbesondere bei Bewegung, Ernährung usw., werden damit unterlaufen.

Dr. Christian Korbanka

Leiter Politik

IKK classic

Kölner Straße 3, 51429 Bergisch Gladbach

christian.korbanka@ikk-classic.de

Tel. +49 (0) 2204912-310011

Mobil +49 (0) 16096967971