

Zusammenfassung:

Grundsätzlich fehlt in Deutschland der politische Wille gesunde Lebensweisen konsequent zu unterstützen und bevölkerungsweite Maßnahmen, z.B. zur Eindämmung des Konsums ungesunder Lebensmittel, Alkohol, Tabak konsequent und im Sinne der fachlichen Empfehlungen umzusetzen.

Im Gegensatz dazu gibt es aber große Bereitschaft, auf die Folgen dieser politischen Willenlosigkeit (überdurchschnittliche, vermeidbare Krankheitslast durch Adipositas, Diabetes und letztlich in der Folge Herz-Kreislauf-Erkrankungen) mit einer ständigen Erweiterung des Leistungskatalogs zu antworten: Screenings und Checkups für Gesunde ohne belastbare Evidenz, frühzeitige Verordnung von Arzneimitteln uvm. Das zeigt sich am Gesetzesentwurf des Gesunde Herz Gesetzes (GHG).

Die meisten kardiovaskulären Erkrankungen könnten verhindert werden durch Adressieren der verhaltensbezogenen Risikofaktoren Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Adipositas, Bewegungsmangel und Alkoholkonsum. Eine evidenzbasierte „Herz-Kreislauf-Strategie“ müsste darauf fokussieren und die Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekämpfen.

Mit dem GE des GHG plant das BMG aber, die Mittel für zertifizierte Gesundheitskurse zu kürzen und zugunsten von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen umzuschichten. Das ist die grundfalsche Strategie und würde das Aus für etliche Angebote der Ernährungsberatung, Bewegungsangebote oder Kurse zur Stressreduktion bedeuten, welche kasseneinheitlich qualitätsgeprüft werden.

Der Minister hat angekündigt, dass das „Gesetz durch wissenschaftlich gut geprüfte Maßnahmen wie Check-ups und Medikationen die Lebenserwartung erhöhen soll.“ Für die im GE des GHG vorgeschlagenen Maßnahmen fehlt genau diese wissenschaftliche Ausrichtung. Dass der Gemeinsame Bundesausschuss nun nach wissenschaftlichen Erkenntnissen Personengruppen identifizieren soll, die einen Anspruch auf die Versorgung mit Statinen haben sollen, ist zwar besser als noch im Referentenentwurf. Faktisch wird jedoch weiterhin damit auf Arzneimitteltherapien in der Breite gesetzt, statt die dringend notwendige Stärkung der Prävention anzugehen. Daher ist ein Gesetz nach dem Motto „Pille statt Prävention“ strikt abzulehnen. Dasselbe gilt für die Einführung von Checkups, die der G-BA bislang auf dem Boden der besten verfügbaren Studienevidenz prüft und über die Einführung entscheidet.

Die Nutzung digitaler Dienste für die Kommunikation mit den Versicherten zu Präventionsangeboten ist ein Schritt in die richtige Richtung. Dass die Krankenkassen jedoch gesetzlich verpflichtet werden, den TI-Messenger zu nutzen, ist kontraproduktiv. Es sollte stattdessen den Krankenkassen ermöglicht werden, aus den verschiedenen digitalen Angeboten, den Dienst zu wählen, mit denen sie ihre Versicherten am besten erreichen können.

Wir befürchten durch das Gesetz zudem erhebliche Mehrkosten für die GKV in beitragsrelevanter Höhe. Die im Regierungsentwurf aufgezeigten Einsparpotenziale sind unseriös, da keine Wirksamkeitsbelege vorliegen. Vor allem die vorgesehene Ausweitung der DMP auf Risikopatienten wird zu

zusätzlichen Kosten für die GKV in Milliardenhöhe führen. Laut unseren Schätzungen, die auf epidemiologischen Daten und den heutigen DMP-Kosten basieren, ist nach einer Hochlaufphase von fünf Jahren von Zusatzkosten in Höhe von 3.8 Mrd. Euro pro Jahr auszugehen. Zudem droht eine Überlastung der Hausarztpraxen, die die aktuell gute Versorgung der bereits in ein DMP eingeschriebenen Versicherten akut gefährden würde.

Ebenso ist die vorgesehene Pflicht für die Krankenkassen zum Abschluss von DMP-Verträgen abzulehnen. Mehr als zwei Jahrzehnte nach ihrer Implementierung sind die DMP inzwischen ein akzeptierter und breit genutzter Bestandteil der Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Die nun beabsichtigte Zwangsverpflichtung wird diese breite Akzeptanz beschädigen und ist nicht zielführend. In der Konsequenz werden DMP faktisch zu einem Angebot der Regelversorgung mit der Gefahr unpraktikabler, unflexibler und teurer Schiedsentscheide. Deutlich weniger bürokratisch und effizienter wäre es, anstelle einer verpflichtenden vertraglichen Umsetzung der DMP die Sicherstellung einer leitliniengerechten, an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin ausgerichteten Patientenversorgung in Form von DMP, in den hausärztlichen Versorgungsauftrag aufzunehmen und konsequenterweise zum Gegenstand der Gesamtverträge mit der KBV zu machen.

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung und Verbesserung der Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Bündel an Maßnahmen • Weitere Verbesserung des Versorgungsangebots strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme DMP), um für chronisch Kranke den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alles in allem befinden sich in der aktuellen politischen Diskussion mehrere Vorhaben, die zwar grundsätzlich ein verbessertes Versorgungsangebot für insb. chronisch Erkrankte als gemeinsames Ziel erkennen lassen, jedoch bei genauerer Betrachtung sich überlagernde Lösungen bei ungeklärter Auftragslage darstellen (z.B. Steuerung und Koordination). • Anstelle einer weiteren Zersplitterung der Versorgung und Aufgabenteilung über unterschiedliche Vertragskonstrukte und nicht mehr finanzierbare Doppel- und Mehrfachvergütungen bedarf es eines Gesamtkonzeptes zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, welches auf strukturelle Änderungen setzt.
<p>Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen (§ 26 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anspruch auf Durchführung einer Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung mit Fokus auf Familiäre Hypercholesterinämie für Kinder und Jugendliche 	<ul style="list-style-type: none"> • Für den Nutzen einer Früherkennung auf Fettstoffwechselstörung gibt es keine belastbare wissenschaftliche Grundlage. Im Juli 2023 hat die United States Preventive Services Taskforce, die die US-Regierung zu Fragen der Prävention berät, festgestellt, dass es für die Abwägung des Nutzens zum Schaden eines Lipid-Screenings bei Kindern und Jugendlichen nicht genügend Evidenz gibt und von der Einführung abgeraten.

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<ul style="list-style-type: none"> • Vorgaben für standardisierte Fragebogen • Einladung zur Teilnahme an der J1-Untersuchung durch die Krankenkassen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das IQWiG wurde vom G-BA mit einem Rapid Report beauftragt. Im Ergebnis kommt das IQWiG nach Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz zu dem Fazit, dass sich auf Basis der vorliegenden Evidenz kein Anhaltspunkt für einen Nutzen eines generellen laboranalytischen Lipidscreenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen ableiten lässt. Das IQWiG empfiehlt, ggf. ein Kaskadenscreening ausgehend von an familiärer Hypercholesterinämie erkrankten Eltern zu etablieren. Dieses Ergebnis der IQWiG-Bewertung wird durch den Kabinettsentwurf ignoriert. • Nach dem Kabinettsentwurf soll die Ausgestaltung der engen dem Stand der wissenschaftlichen Evidenz widersprechenden Vorgaben des Gesetzes durch den G-BA erfolgen.
<p>Früherkennung bei Erwachsenen (§ 25c neu SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtsverordnungsermächtigung zur Einführung von erweiterten Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) im Alter von 25, 40 und 50 Jahren zur Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich eines Gutscheins zur zusätzlichen Beratung und Messung von Risikofaktoren in der Apotheke. • Die Inhalte werden in §25c festgelegt und sollen durch den G-BA ausgestaltet werden • Verpflichtende Einladung der Versicherten zu diesen Untersuchungen durch die Krankenkassen • 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalte und Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen beschließt nach geltendem Recht der G-BA auf dem Boden der Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz unterstützt durch das IQWiG. Grundlage der Evidenzbewertung ist eine strukturierte Methodenbewertung mit klar festgelegten und konsentierten Bewertungskriterien. Nach dem Kabinettsentschluss legt das BMG zusätzliche konkrete Inhalte der Gesundheitsuntersuchung mit 25, 40 und 50 Jahren vor, die durch den G-BA dann ausgestaltet werden sollen. Die genannten „zusätzlichen“ Inhalte sind in der etablierten Gesundheitsuntersuchung fast vollständig schon enthalten, ergänzt werden sie nur um die Quantifizierung des Diabetes- und KHK-Risikos mit 40 und 50 Jahren. Die Gesundheitsuntersuchungen gemäß G-BA-Richtlinie erfolgen mit 18 und dann ab 35 alle drei Jahre, für die nicht begründeten festen Zeitpunkte mit 25, 40 und 50 Jahren erfolgen möglicherweise weitere Gesundheitsuntersuchungen außerhalb der Reihe. Die Krankenkassen müssen die Versicherten zu diesen Untersuchungen einladen, obgleich ein vom BMG in Auftrag gegebener IQWiG-Bericht keinen Hinweis auf einen Nutzen eines Einladewesens feststellen konnte. • Medizinische Untersuchungen und die Einschätzung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Apotheken sind abzulehnen, da Apothekerinnen und Apotheker

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<ul style="list-style-type: none"> In Apotheken soll eine Beratung und Messung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfolgen und hierfür Gutscheine an die Versicherten verschickt werden. 	<p>hierzu nicht ausgebildet sind. Gutscheine zur Beratung in Apotheken sind zudem unsinnig, wenn eine fachgerechte Beratung dann nicht in allen Apotheken gesichert ist. Ferner ist damit eine parallele Untersuchung und Beratung durch Apotheken und Ärztinnen/Ärzte angelegt, die unwirtschaftlich ist.</p>
<p>Disease-Management-Programmen (§§ 137 f und g SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> Auftrag an G-BA für ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm für Versicherte mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung Öffnung der DMP für Versicherte mit hohem Risiko chronisch zu erkranken Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten DMP anzubieten und hierzu Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen. Verzicht auf Zulassung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Verzicht auf Schulungen bei fehlender Evidenz und deren Ersatz durch Patienteninformatio- nen. Verpflichtung zur Vereinbarung einer qualitätsorientierten und erfolgsabhängigen Vergütung auf Basis von Qualitätszielen des G-BA in wenigen ausgewählten Indikationen. Wegfall DMP-Programmkostenpauschale. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Regelung zum DMP für Herz-Kreislauf-Risikopatienten greift in die Selbstverwaltungshoheit des G-BA zur Auswahl geeigneter chronischer Erkrankungen für strukturierte Behandlungsprogramme und zur Erarbeitung von Richtlinien zu deren Ausgestaltung ein. Dies ist abzulehnen. Die Ausweitung der DMP für Risikogruppen widerspricht dem sekundärpräventiven und evidenzbasierten Ansatz der DMP zur Behandlung von chronisch Erkrankten und gefährdet angesichts begrenzter Ressourcen in der Arztpraxis die dringend erforderliche Krankenbehandlung. Die Kassen werden durch die Ausweitung und unterschiedlichen Versichertenstrukturen ungleichmäßig finanziell überfordert. Es ist nach einer konservativen Schätzung des AOK-BV mit 34 Millionen zusätzlichen DMP-Teilnahmen und damit verbundenen Mehrausgaben von 3,8 Mrd. Euro (0,22 Prozentpunkten Beitragssatzsteigerung) im Jahr zu rechnen. Die Hausärzte müssten im Durchschnitt 32 zusätzliche Arbeitstage dafür aufbringen. Die Zwangsverpflichtung zu DMP wird abgelehnt. Sie würde die breite Akzeptanz der Programme gefährden und wäre nicht zielführend. Dadurch würden die DMP faktisch zu einem Angebot der Regelversorgung mit der Gefahr unpraktikabler, unflexibler und teurer Schiedsentscheide. Zudem ist zu kritisieren, dass für DMP eigene, zusätzliche Schiedsstrukturen geschaffen werden sollen. Das verursacht nicht nur unnötige Kosten für parallele Prozesse und rechtliche Verfahren, sondern schafft auch vermeidbare Friktionen zwischen der regulären vertragsärztlichen Versorgung und der Versorgung im Rahmen der DMP. Es wäre deshalb effizienter, auf die vorhandenen Strukturen des Schiedsamts nach § 89 Abs. 1 SGB V zurückzugreifen und dort die DMP-Verträge bei Nichteinigung festlegen zu lassen. Aus Sicht der AOK wäre es konsequenter, die Sicherstellung einer leitliniengerechten, an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin ausgerichteten Patientenversorgung

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
	<p>in Form von DMP in den hausärztlichen Versorgungsauftrag aufzunehmen und finanzneutral zum Gegenstand der Gesamtverträge mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu machen. Die Maßnahmen des GVSG zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung, insbesondere mit Verweis auf die Versorgungs- und Vorhaltepauschalen, sind zu synchronisieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Zulassungsverzicht für DMP wird von der AOK-Gemeinschaft kritisch gesehen. Die zentrale Kontrolle einer richtlinienkonformen Umsetzung der DMP durch das BAS ist nicht nur RSA-technisch wirkungsvoll, sondern gewährleistet ein chancengleiches Versorgungsangebot im DMP ohne Abstimmungsbedarf verschiedener Aufsichtsbehörden. Ohne finanziellen Ausgleich für den Mehraufwand im DMP fehlen die Anreize für die Programmdurchführung. • Die evidenzbasierten Schulungen stellen in den meisten DMP den zentralen Baustein und damit Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung dar und sollten nicht durch Patienteninformationen ersetzt werden. Eine solche Aufweichung des Evidenzgrundsatzes ist abzulehnen. • Die Wirkungsweise von Vereinbarungen zur erfolgsabhängigen Vergütung wird von der AOK-Gemeinschaft als äußerst komplex und manipulationsanfällig eingeschätzt. Eine gesetzliche Verpflichtung mit Schiedsregelung ist aufgrund der verbundenen Risiken abzulehnen.
<p>Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse (§ 31 Abs 8 SGBV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Vorbeugung schwerer kardiovaskulärer Ereignisse wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle wird die Verordnungsfähigkeit von Statinen gestärkt. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten die Möglichkeit, Statine für Patientinnen und Patienten frühzeitig und entsprechend ihrem individuellen Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen zu verordnen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in der Arzneimittel-Richtlinie festlegen, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Versorgung mit Statinen besteht. Dabei ist ein breiterer Einsatz als derzeit vorgesehen und seitens des Bundesministeriums für Gesundheit gewünscht. Die Behauptung, es würden der Gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Kosten entstehen, ist nicht zutreffend und widerspricht der vom Minister postulierten bestehenden erheblichen Unterversorgung in der Bevölkerung mit Statinen. Denn alle Personenkreise, die zusätzlich einen Anspruch auf Verschreibung durch Ärztinnen und Ärzte für Statine erhalten, verursachen zusätzliche Kosten für die GKV.

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<p>Reduzierung des Nikotinkonsums</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung der bestehenden gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Therapie (§ 34 Absatz 2 SGB V). • Therapie beinhaltet einen Anspruch für gesetzlich Krankenversicherte auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Regelung wird abgelehnt. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung wurde der G-BA vom Gesetzgeber bereits beauftragt, Regelungen zum Anspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung zu treffen. Derzeit berät der G-BA über die Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie, um den Leistungsanspruch mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung bei einer schweren Tabakabhängigkeit im Rahmen von evidenzbasierten Programmen vorzunehmen. Es ist nicht sachgerecht, eine Ausweitung der Anspruchsberechtigten durch die Herausnahme des Schweregrades und eine erhebliche Verkürzung des Zeitraumes zur wiederholten Anwendung eines solchen Programms inkl. der Arzneimittelversorgung anzubieten, solange die Regelung noch nicht umgesetzt wurde sowie eine Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahme im Rahmen einer Evaluation bewiesen werden konnte. • Eine deutliche Belastung der Solidargemeinschaft durch Verwendung weiterer Versicherungsgelder aufgrund solcher Maßnahmen ausweitungen ist daher abzulehnen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass deren Praktikabilität und Akzeptanz und vor allem eine erfolgreiche Nutzung bei den Versicherten niemals nach der Umsetzung in der Arzneimittel-Richtlinie beobachtet wurde.
<p>Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Einbindung der Apotheken in Beratung zur Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und tabakassoziierten Erkrankungen auch unabhängig von Check-up-Untersuchungen. • Neue pharmazeutische Dienstleistungen für niedrigschwelliges Beratungsangebot. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die vorgesehene Ausweitung der pharmazeutischen Dienstleistungen wird abgelehnt. Grundsätzlich wäre eine dezentrale und passgenaue Vereinbarung pharmazeutischer Dienstleistungen sachgerecht, bei der auch die regionalen Möglichkeiten zur Erbringung dieser Leistungen berücksichtigt werden. • Apotheken als niedrigschwellige Anlaufstelle sind richtige und wichtige Ansprechpartner im Gesundheitswesen. Mit der Auswertung von Beratungen zu speziellen Erkrankungen und zu Bestimmungen von Blutparametern sowie zu Beratungen bei tabakassoziierten Erkrankungen soll jedoch ein elementares Hoheits- und Aufgabengebiet der Ärzteschaft ohne Not auf die in der konkreten Diagnosestellung von Erkrankungen nicht ausgebildeten Apothekerinnen und Apotheker ausgeweitet werden. Neben dem medizinischen Aspekt wird damit eine doppelte Finanzierungsstruktur aufgebaut, die

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
	<p>bei Auffälligkeit zwingend eine Delegation zum Arzt oder der Ärztin erforderlich machen würde. Dort muss anschließend die gleiche Leistung erneut erbracht werden, um Konsequenzen zu formulieren und Interventionen (v.a. das Verschreiben von Arzneimitteln, sofern Änderungen von Lebensgewohnheiten nicht möglich sind) einzuleiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des Weiteren wächst der Topf der pharmazeutischen Dienstleistungen zunehmend an. Das Geld wird von den Apotheken nachweislich nicht abgeschöpft, die Erbringungsrate der möglichen Dienstleistungen ist derzeit schon sehr gering. Der - auch vom BMG im Rahmen der aktuell auf den Weg gebrachten Apothekenreform erkannte - sich verschärfende Fachkräftemangel, wird durch diese Regelung jedoch weiter forciert werden. • Zudem: Mit dem angedachten Versand von Vouchern, die große Versichertengruppen regelmäßig adressieren, wird bei diesen eine Erwartung geweckt, die sich oftmals nicht erfüllen dürfte: Denn die Regelung definiert keine Pflichtleistung, auf die sich Versicherte verlassen können, sondern ist lediglich ein optionales Zubrot für Apotheken, auf das sie ggf. zur verbesserten Auslastung ihrer Beschäftigten zurückgreifen können. Im Ergebnis wird dies dazu führen, dass sich Versicherte mit Gutscheinen auf der Suche nach einer einlösenden und ausführenden Apotheke begeben müssen. Soweit dies erfolglos bleibt, dürfte es wenig Verständnis gegenüber den die Voucher versendenden Krankenkassen geben, die hier auch nicht weiterhelfen können. Auch der Versand der Voucher löst bereits Kosten aus. Daher wird das gesetzliche Ziel verfehlt. • Abzulehnen ist die Regelung auch auf Grund der vorgesehenen Finanzierungsstruktur aus dem RefE zum Apothekenreformgesetz. In diesem wird eine Umverteilung in den Nacht- und Notdienstfonds und damit eine Reduzierung des Topfes vorgesehen. Damit wird die bereits bestehende insuffiziente Regelung weiter fortgesetzt. Daher ist zu fordern, dass die Konzeption, Vereinbarung und Abrechnung pharmazeutischer Dienstleistungen neu aufgesetzt wird. Einzuführen wäre stattdessen die dezentrale Vereinbarungsoption und bilaterale Abrechnung anstelle der bestehenden Finanzierung aus dem Topf beim Nacht- und Notdienstfonds.

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<p>Anrechnungsleistung (§ 20 Abs. 6 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten der vorgesehenen Regelungen <ul style="list-style-type: none"> ◦ zur Ausweitung des Anspruchs auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung, ◦ zu Leistungserweiterungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen und ◦ zur Einführung gesondert abrechnungsfähiger Präventionsempfehlungen zur Tabakentwöhnung sowie zum Ernährungsverhalten in der haus- und fachärztlichen Versorgung <p>sollen zukünftig auf die Ausgaben, die die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB anrechnet werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mit der vorgesehenen Regelung sollen die Gelder für Gesundheitskurse (wie Ernährungsberatung, Bewegungsangebote oder Kurse zur Stressreduktion) in großem Stil für flächendeckende Screenings, ärztliche Präventionsempfehlungen und Arzneimittel umgewidmet werden. Dieser Vorschlag wird strikt abgelehnt. • Um die Gesunderhaltung zu stärken sind verhaltensbezogene Angebote ein erprobter Baustein, der den größten gesundheitlichen Nutzen in Kombination mit Verhältnisprävention erzielt. Die Gesundheitskurse stellen als Teil der Verhaltensprävention somit eine wichtige Säule in der Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten dar. • Durch die ZPP (Zentrale Prüfstelle für Prävention) werden die Kurse kassenübergreifend qualitätsgeprüft. Die Zertifizierung stellt sicher, dass die Kurse durch geprüfte Fachkräfte geleitet und die Inhalte hohen fachlichen Standards gerecht werden. • Diese zertifizierten Gesundheitskurse müssten aufgrund der Kürzung der Mittel erwartungsgemäß stark zurückgefahren werden, wodurch etablierte Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zahlreiche Angebote in Sportvereinen akut gefährdet werden. • Hier zeigt sich der GHG-Entwurf zudem höchst widersprüchlich: Die ärztlichen Präventionsempfehlungen sollen ausgebaut werden - die Angebote, auf die die Empfehlungen verweisen würden, müssten jedoch erheblich zurückgefahren werden. Die ärztlichen Empfehlungen laufen damit künftig ins Leere. • Ein deutlicher Widerspruch zur Realität zeigt sich zudem in der Behauptung „Die Leistungen nach diesem Gesetzentwurf sollen nicht an die Stelle von, sondern neben Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung und mehr Bewegung treten“. • Fakt ist, dass selbst nach den Schätzungen im Gesetzentwurf Mittel im hohen zweistelligen Millionenbereich, die aktuell für zertifizierte Gesundheitskurse vorgesehen sind, künftig für diagnostische und ärztliche Maßnahmen verwendet werden müssten. Die Leistungen im Gesetzentwurf würden daher sehr wohl an die Stelle von Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung treten.

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<p>Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§ 87 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, eine Vergütung für eine Präventionsempfehlung zur Nikotin- und Tabakentwöhnung als auch zum Ernährungsverhalten festzulegen, wenn diese außerhalb der Gesundheitsuntersuchung stattfindet. • Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung die Vergütung für die in § 25c Abs. 1 und § 26 Abs. 2a genannten erweiterten Leistungen zu beschließen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beauftragung des Bewertungsausschusses Ärzte zur Festlegung der Vergütung ist grundsätzlich richtig, die Leistungen als solche bzw. deren damit verbundene Vergütung wird jedoch nicht als sachgerecht erachtet. • Die Regelung zur Ausstellung einer Präventionsempfehlung außerhalb der Gesundheitsuntersuchung wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch wird die sachliche Notwendigkeit einer zusätzlichen Vergütung nicht gesehen, da diese Leistung im Rahmen der Versicherten- und/oder Grundpauschale erbracht werden kann und damit abgegolten ist. Es handelt sich um eine übliche Teilleistung der Wahrnehmung eines Versorgungsauftrages für einen Versicherten, zu der auch die gesundheitliche Aufklärung und die Einleitung präventiver Maßnahmen, die fakultativer Leistungsinhalt der Versichertenpauschale ist, gehören. • Unabhängig der sachgerechten Beauftragung des Bewertungsausschusses Ärzte zur Festlegung und Abbildung der ärztlichen Vergütung im EBM, werden die Leistungen nach § 25c Abs. 1 und § 26 Abs. 2a genannten erweiterten Leistungen aus oben genannten Gründen abgelehnt.
<p>Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten (§ (87a SGB V)</p> <p>Die Vergütung für die Erteilung einer schriftlichen Präventionsempfehlung nach § 87 Abs. 2a Satz 27 als auch für erweiterten Leistungen nach § 25c Abs. 1, § 26 Abs. 2a und die aufgenommen erweiterten Leistungen nach § 25c Abs. 2 Satz 3 sollen in voller Höhe außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich ist die Vergütung von Früherkennungsuntersuchungen in voller Höhe außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sachgerecht. Da die Vergütung nach § 87 Abs. 2a Satz 27 und die erweiterten Leistungen nach § 25c Abs. 1, § 26 Abs. 2a und die aufgenommen erweiterten Leistungen nach § 25c Abs. 2 Satz 3 als nicht sachgerecht bewertet werden, wird die Regelung abgelehnt.