

Stand 21.06.2024

## 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 Referentenentwurf 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 RefE des GHG plant das BMG aber, die Mittel für die Gesundheitskurse zu kürzen und zugunsten von Screenings und frühzeitigem Einsatz von Medikamenten 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 RefE des GHG vorgeschlagenen Maßnahmen fehlt genau diese wissenschaftliche Ausrichtung. Anstatt die frühzeitige Behandlung mit Statinen in ein Gesetz zu gießen wäre die richtige Vorgehensweise, den G-BA - unterstützt durch das IQWiG - mit der Bewertung der Studienevidenz und der hieraus abgeleiteten Definition wirksamer Maßnahmen zu beauftragen. Ein Gesetz nach dem Motto „Pille statt Prävention“ ist strikt abzulehnen. Dasselbe gilt für die Einführung von Checkups, die der G-BA bislang auf dem Boden der best 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.

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.

Stand 21.06.2024

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 Schiedsentscheidungen. Die Fehler der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V drohen sich zu wiederholen. Sollte dem nicht gefolgt werden, wird alternativ zur verpflichtenden Umsetzung der DMP vorgeschlagen, 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><b>Ziele</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung und Verbesserung der Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Bündel an Maßnahmen</li><li>• Weitere Verbesserung des Versorgungsangebots strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme DMP), um für chronisch Kranke den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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 sind (z.B. Steuerung und Koordination).</li><li>• Anstelle einer weiteren Zersplitterung der Versorgung und Aufgabenteilung über unterschiedliche Vertragskonstrukte und nicht mehr finanzierten Doppel- und Mehrfachvergütungen bedarf es eines Gesamtkonzeptes zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, welches auf strukturelle Änderungen setzt.</li></ul>
<p><b>Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen (§ 26 SGB V)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anspruch auf Durchführung einer Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung mit Fokus auf Familiäre Hypercholesterinämie für Kinder und Jugendliche</li><li>• Vorgaben für standardisierte Fragebogen</li><li>• Einladung zur Teilnahme an der JI-Untersuchung durch die Krankenkassen.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Nach dem RefE soll nun das BMG durch Rechtsverordnung ermächtigt werden, eigene Regelungen zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen und Vorgaben für einen Fragebogen aufgrund „eminenzbasierter“ Medizin vorzunehmen (angemessene Beteiligung von selbst ausgesuchten Sachverständigen). Dies ist abzulehnen, denn die Entscheidungen über die Einführung und Inhalt von Kinderuntersuchungen muss weiterhin auf dem Boden der wissenschaftlichen Evidenz durch den G-BA getroffen werden.</li></ul>

Stand 21.06.2024

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<p><b>Früherkennung bei Erwachsenen (§ 25c neu SGB V)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rechtsverordnungsermächtigung zur Einführung von erweiterten Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) im Alter von 25, 35 und 50 Jahren zur Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich eines Gutscheins zur zusätzlichen Beratung und Messung von Risikofaktoren in der Apotheke.</li><li>• Festlegung der Inhalte durch das BMG per Rechtsverordnung.</li><li>• Verpflichtende Einladung der Versicherten zu diesen Untersuchungen durch die Krankenkassen und Verschickung eines durch das BMG festgelegten Fragenbogens.</li><li>• Festlegung der Vergütung durch das BMG</li><li>• In Apotheken soll eine Beratung und Messung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfolgen und hierfür Gutscheine an die Versicherten verschickt werden.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wenn Fragebögen in der Kinderuntersuchung eingeführt werden sollen, muss auch hierüber der G-BA auf dem Boden der wissenschaftlichen Evidenz beschließen.</li><li>• Inhalte und Durchführung von Kinder-Gesundheitsuntersuchungen beschließt nach gelgendem 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 konsistenten Bewertungskriterien. Nach dem RefE soll nun das BMG durch Rechtsverordnung ermächtigt werden, eigene Regelungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauferkrankungen und Vorgaben für einen Fragebogen aufgrund „eminenzbasierter“ Medizin vorzunehmen (angemessene Beteiligung von selbst ausgesuchten Sachverständigen). Ergänzend und zusätzlich zu den durch den G-BA geregelten Gesundheitsuntersuchung, soll dabei eine weitere Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauferkrankungen eingeführt werden, obgleich die etablierte Gesundheitsuntersuchung auch schon bereits unter anderem zur Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dient. Die Kriterien für die neue bzw. erweiterte Untersuchung sollen durch das BMG am G-BA vorbei festgelegt werden. Explizit wird in § 25 (4) festgelegt, dass die vom BMG bestimmten Gesundheitsuntersuchungen nicht evidenzbasiert sein müssen und weder gemäß § 2 SGB V dem allgemeinen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen noch gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Solche teuren Leistungen der GKV, ohne dass für diese ein Nutzen besteht, gefährden die nachhaltige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.</li><li>• Die Krankenkassen müssen die Versicherten zu diesen Untersuchungen einladen und auch noch über Hintergründe und Ziele dieser Untersuchung aufklären, was angesichts der fehlenden Evidenzbasierung eine fragwürdige Aufgabe ist, die nicht zumutbar ist.</li><li>• Medizinische Untersuchungen und die Einschätzung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Apotheken sind abzulehnen, da Apothekerinnen und Apotheker hierzu nicht ausgebildet sind. Gutscheine zur Beratung in Apotheken sind zudem unsinnig.</li></ul>

Stand 21.06.2024

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
	<p>nig, 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> <ul style="list-style-type: none"><li>• Die Festlegung der Vergütung durch das BMG ist abzulehnen, ebenso die ersatzweise sofortige Vergütung durch GOÄ bis zum Vorliegen einer EBM-Gebührenordnungsziffer.</li></ul>
<p><b>Disease-Management-Programmen (§§ 137 f und g SGB V)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten DMP anzubieten und hierzu Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen.</li><li>• Verzicht auf Zulassung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).</li><li>• Auftrag an den G-BA, Anforderungen an ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm für behandlungsbedürftige Versicherte mit einem hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beschließen.</li><li>• Verzicht auf Schulungen bei fehlender Evidenz und deren Ersatz durch Patienteninformationen.</li><li>• Verpflichtung zur Vereinbarung einer qualitätsorientierten und erfolgsabhängigen Vergütung auf Basis von Qualitätszielen des G-BA in wenigen ausgewählten Indikationen.</li><li>• Wegfall DMP-Programmkostenpauschale.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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 Schiedsentscheidungen.</li><li>• Der Gesetzgeber sollte daher nicht den Fehler wie bei der Hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraf 73b Sozialgesetzbuch wiederholen. HzV-Verträge haben bis auf wenige Ausnahmen ihre Versorgungsrelevanz und Wirtschaftlichkeit auch nach vielen Jahren nicht belegen können. Vor diesem Hintergrund sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft den Vertragspartnern vor Ort überlassen bleiben, ob sie neue DMP implementieren.</li><li>• Sollte dem nicht gefolgt werden, wird alternativ zur verpflichtenden Umsetzung der DMP vorgeschlagen, die Sicherstellung einer leitliniengerechten, an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin ausgerichteten Patientenversorgung in Form von DMP in den hausärztlichen Versorgungsauftrag aufzunehmen und konsequenterweise, aber finanziert 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.</li><li>• 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.</li></ul>

Stand 21.06.2024

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse (§ 34 SGBV)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eine gesetzliche Regelung in § 34 SGB V im SGB V wird abgelehnt. Maßnahmen, die im Rahmen der Selbstverwaltung durch den G-BA auf Grundlage von Evidenz und durch ein Stellungnahmeverfahren geregelt werden sollten, sind im SGB V deplatziert. Der G-BA hat des Weiteren bereits Risikogruppen definiert, die in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 35 Berücksichtigung finden. Eine darüber hinaus stattfindende Regelung ist nicht erforderlich.</li></ul>
<b>Reduzierung des Nikotinkonsums</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ausweitung der bestehenden gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Therapie (§ 34 Absatz 2 SGB V).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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 Leistungs-</li></ul>

Stand 21.06.2024

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<ul style="list-style-type: none"><li>Therapie beinhaltet einen Anspruch für gesetzlich Krankenversicherte auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung</li><li>Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten die zusätzliche Möglichkeit, auch außerhalb einer Gesundheitsuntersuchung einen zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck „Präventionsempfehlung“ zu erteilen und dies gesondert abzurechnen.</li></ul>	<p>anspruch mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung bei einer schweren Tabakabhängigkeit im Rahmen von evidenzbasierten Programmen vorzunehmen. Es ist nicht sachgerecht, eine Ausweitung der Anspruchsberichtigten 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.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Eine deutliche Belastung der Solidargemeinschaft durch Verwendung weiterer Versichertengelder aufgrund solcher Maßnahmenausweitungen ist daher abzulehnen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass deren Praktikabilität und Akzeptanz und vor allem eine erfolgreiche Nutzung bei den Versicherten jemals nach der Umsetzung in der Arzneimittel-Richtlinie beobachtet wurde.</li></ul>
<p><b>Beratung zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken in Apotheken</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Verstärkte Einbindung der Apotheken in Beratung zur Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und tabak-assoziierten Erkrankungen auch unabhängig von Check-up-Untersuchungen.</li><li>Neue pharmazeutische Dienstleistungen für niedrigschwelliges Beratungsangebot.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>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 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.</li><li>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</li></ul>

Stand 21.06.2024

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
	<p>Rahmen der aktuell auf den Weg gebrachten Apothekenreform erkannte - sich verschärfende Fachkräftemangel, wird durch diese Regelung jedoch weiter forciert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Anrechnungsleistung (§ 20 Abs. 6 SGB V)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Die Kosten der vorgesehenen Regelungen<ul style="list-style-type: none"><li>◦ zur Ausweitung des Anspruchs auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung,</li><li>◦ zur Verordnungsfähigkeit von Statinen,</li><li>◦ zu Leistungserweiterungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen und</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mit der vorgesehenen Regelung, sollen die Gelder für Gesundheitskurse (wie Ernährungsberatung, Bewegungsangebote oder Kurse zur Stressreduktion) in großem Stil für Screenings und Arzneimittel umgewidmet werden. Dieser Vorschlag wird strikt abgelehnt.</li><li>• 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.</li></ul>

Stand 21.06.2024

REGELUNGSVORSCHLAG	KURZBEWERTUNG AOK-BV
<ul style="list-style-type: none"><li>○ zur Einführung einer gesondert abrechnungsfähigen Präventionsempfehlung in der haus- und fachärztlichen Versorgung für die Weiterleitung in eine Entwöhnungsmaßnahme</li></ul> <p>sollen zukünftig auf die Ausgaben, die die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB angerechnet werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Im RefE wird vorgerechnet, dass für das Jahr 2024 rund 186 Millionen Euro der Präventionsmittel aktuell für Gesundheitskurse zur Verfügung stehen und aus diesen Mitteln künftig Arzneimittel zur Tabakentwöhnung, Statine, Gesundheitsuntersuchungen für die verschiedenen Altersgruppen sowie ärztliche Präventionsempfehlungen finanziert werden können. Selbst unter konservativen Annahmen würde die geplante Regelung dazu führen, dass dem weitaus größten Teil der Gesundheitskurse die finanzielle Grundlage entzogen werden würde.</li></ul>
<p><b>Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§ 87 SGB V)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, eine Vergütung für eine Präventionsempfehlung zur Nikotin- und Tabakentwöhnung festzulegen, wenn diese außerhalb des Gesundheitsuntersuchung stattfindet.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Regelung wird als nicht sachgerecht abgelehnt. Zum einen wird die sachliche Notwendigkeit nicht gesehen, da diese Leistung im Rahmen des Gesundheitsuntersuchung, aber auch 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 etwaige Präventionsleistungen und gesundheitliche Aufklärung gehören. Diese sind mit den üblichen Pauschalen abgedeckt.</li><li>• Zum anderen greift der Gesetzgeber singulär und ohne systemische Einbettung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein. Es stellt sich die Frage, warum gerade für diese Leistung die Notwendigkeit gesetzgeberischer Klarstellung besteht und bei anderen wiederum nicht. In der Folge drohen immer weiter kleinteilige Eingriffe, die das Binngengefüge des EBM zunehmend destabilisieren. Sachgerechter wäre es, derartige Entscheidungen der Organe der Selbstverwaltung zu überlassen.</li></ul>