



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.07.2024

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit
(Gesundes-Herz-Gesetz-GHG) vom 14.06.2024

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme	8
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
Nr. 1 – § 20 Abs 6 Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den §§ 20, a bis c	8
Nr. 2 – § 25c (1) Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	12
Nr. 2 – § 25c (2+3)	13
Nr. 2 – § 25c (4)	15
Nr. 2 – § 25c (5)	16
Nr. 2 – § 25c (6)	17
Nr. 3a) – § 26	18
Nr. 3b) – § 26	20
Nr. 4a) – § 34 Abs. 2	22
Nr. 4b) – § 34 Abs 5	24
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	25
Nr. 5a – § 87 Abs. 2a	25
Nr. 5 b – § 87	26
Nr. 6 – § 87a	27
Nr. 7 – § 129 Abs 5e	28
Nr. 8a und b – § 137f Abs 1 und 2 – strukturierte Behandlungsprogramme	30
Nr. 9a – § 137g Abs. 1a	31
Nr. 9b – § 137g Abs. 1a	32
Nr. 10 – § 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung	33
Nr. 11 – § 270 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben	34
Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	35
Nr. 1 – § 71 Abs. 1 Satz 2	35
Nr. 2 – § 73b Abs. 5 Satz 6	36
Nr. 3a – § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 4, 5 und 6	37
Nr. 3b – § 137f Abs. 2a	38
Nr. 3c – § 137f Abs. 3	39
Nr. 3d – § 137f Abs. 3a	40
Nr. 3e – § 137f Abs. 4	41
Nr. 3f – § 137f Abs. 6, 6a und 6b	42
Nr. 3g – § 137f Abs. 9	44
Nr. 3h – § 137f Abs. 10	45
Nr. 4 – § 137g Abs. 1 bis 4	46
Nr. 5 – § 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung - zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb)	47

Nr. 5 – § 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung - zu Buchstabe b)	48
Nr. 6 – § 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben – zu Buchstabe b)	49
Artikel 3 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	50
Nr. 1 – § 15 - Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme – zu Buchstabe a)	50
Nr. 1 – § 15 - Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme – zu Buchstabe b)	51
Nr. 1 – § 15 Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme – zu Buchstabe c)	52
Nr. 1 – § 15 Abs. 5	53
Nr. 1b – § 15 Abs. 6	54
Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	55
Nr. 1 – § 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben – zu Buchstabe a), aa)	55
Nr. 1 – § 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben – zu Buchstabe a), bb), aaa-ccc	56
Nr. 1 – § 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben – zu Buchstabe b)	57
Nr. 2 – § 7 - Verarbeitung von Daten zur Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	58
Nr. 3 – § 15	59
Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe a)	60
Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe b)	61
Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe c)	62
Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe d)	63
Nr. 4 – § 17	64
Nr. 5 – § 20 – Prüfung der Datenmeldungen	65
Nr. 7 – § 27 – Übergangsregelungen – zu Buchstabe a)	66
Nr. 7 – § 27 – Übergangsregelungen – zu Buchstabe b)	67

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) zielt auf eine Vermeidung und bessere Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland. Die Senkung der Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Stärkung der Herz-Kreislauf-Gesundheit in Deutschland sind im Grundsatz sehr zu begrüßen. Es wird zurecht darauf hingewiesen, dass in Deutschland zwar sehr hohe Kosten für die gesundheitliche Versorgung insgesamt anfallen, die Ergebnisse im internationalen Vergleich allerdings nur durchschnittlich gut sind. Viele westeuropäische Länder erreichen bei geringerem Mitteleinsatz im Gesundheitssystem eine höhere Lebenserwartung. Dabei ist die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensumstände für die Bevölkerung - insbesondere im Sinne der Verhältnisprävention - aus Public-Health-Sicht der grundlegende und zentral wirksame Baustein. Konkret fallen darunter z. B. die Themen gesunde Ernährung beginnend in Kitas, Schulen und Betrieben, die Verbesserung der Sportangebote über alle Altersgruppen, mentale Gesundheit, Zuckerreduktion, Verminderung des Anteils der Rauchenden und Verringerung des Alkoholkonsums.

Gesundheitsförderung und Primärprävention haben im Vergleich zur Kuration ein großes Potenzial zur Verringerung der Morbidität und Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber – gerade angesichts des demografischen Wandels – immer noch einen zu geringen Stellenwert in Politik und Gesellschaft. Statt des weiteren Ausbaus eines krankheitsorientierten Ansatzes gilt es, noch stärker die Potenziale ressourcenorientierter und insbesondere verhältnispräventiver Maßnahmen im Sinne gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen zu nutzen.

Die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen stellen aber im Gegensatz dazu auf eine zunehmende Medikalisierung von Krankheitsrisiken ab. Verhältnispräventive Maßnahmen werden weitgehend ausgeblendet. Überdies soll es Leistungsausweitungen in der Früherkennung und bei den Disease Management Programmen geben. Um eine beabsichtigte Kostenneutralität zu erreichen, sollen Finanzmittel, die die Krankenkassen derzeit für Primärprävention ausgeben, umgewidmet werden. Diese Verschiebung widerspricht der in der Wissenschaft und Praxis allgemein geteilten Auffassung, dass eigentlich eine Stärkung von Public-Health-Maßnahmen erforderlich ist. Dass so tatsächlich die angestrebte Verringerung der Krankheitslast erreicht werden kann, ist zudem mehr als fraglich. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass der vorliegende Entwurf zu Mehrausgaben führen wird.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Ausweitung bestehender Früherkennungsuntersuchungen ohne evidenzbasierten Nutznachweis. Jedes Screeningprogramm birgt grundsätzlich auch ein Schadenspotential. Eine Umsetzung auf Bevölkerungsebene ohne eine sorgsame Abwägung der erreichbaren Vorteile gegen die Nachteile ist daher kritisch. Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Inhalte neuer und erweiterter Früherkennungsuntersuchungen auf dem Verordnungswege durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften festgelegt werden sollten. Dabei hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits den gesetzlichen Auftrag, auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit aller Leistungen der GKV zu prüfen. Aber Evidenzbasierung, Wirksamkeit und

Wirtschaftlichkeit soll für die geplanten, auf dem Verordnungsweg einzuführenden Leistungen ausdrücklich nicht gefordert werden. Die bloße Bezugnahme auf die medizinischen Fachgesellschaften stellt hier einen eklatanten Rückschritt im Vergleich zu den in den letzten Jahrzehnten erreichten Bewertungsstandards der evidenzbasierten Medizin dar. Unklar bleibt auch, welche medizinischen Fachgesellschaften mit einbezogen werden sollen und nach welchen Kriterien das BMG bei unterschiedlichen Positionierungen der Fachgesellschaften entscheidet. Kardiologen vertreten beim Thema Früherkennung z. B. deutlich andere Positionen als Allgemeinmediziner oder Public-Health-Experten. Die Auswahl der entsprechenden Experten kann somit ganz entscheidend das Ergebnis beeinflussen, was eher Partikularinteressen und weniger der Gesundheit der Bevölkerung dient. Die Folgen einer solchen willkürlichen und selektiven Heranziehung von Meinungen lassen sich auch aus der geplanten Regelung zu den Statinen ablesen: Die im Gesetz vorgesehenen Grenzwerte basieren auf der Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC). Diese Leitlinie weist bedeutende methodische Mängel auf. Das unabhängige Portal „Leitlinienwatch.de“ bewertet die Leitlinien dieser Fachgesellschaft durchgehend mit 2-3 von 15 möglichen Punkten. Die Auswahl gerade dieser Leitlinie als Entscheidungsgrundlage für ein Gesetz erschließt sich insofern nicht. Andere Leitlinien werden aber nicht berücksichtigt. Die Regelungen in der Verfahrensordnung des G-BA hingegen legen einen transparenten und wissenschaftlich fundierten Bewertungs- und Entscheidungsprozess fest. Vergleichbare Regelungen lässt der Referentenentwurf nicht erkennen, sie fehlen auch beim Erlass von Verordnungen des BMG.

Überdies ist zu berücksichtigen, dass aus dem vorliegenden Referentenentwurf nicht hervorgeht, wie Erweiterungen des ohnehin schon breiten Früherkennungsangebotes in Deutschland in Zeiten des Fachkräftemangels sowie der demographischen Herausforderungen praktisch umsetzbar sein werden. Bei den Leistungserbringern bestehen bereits gegenwärtig erhebliche Terminprobleme. Auch die Ausweitung der DMP wird hierzu beitragen.

Bei den Disease Management Programmen (DMP) stellt der derzeit regelmäßige Aktualisierungsprozess sicher, dass die Programme auf dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse sind. Die DMP sind vom gesetzlichen Rahmen her als Selektivverträge angelegt. Das Abschließen von Selektivverträgen für die Krankenkassen verpflichtend zu machen, ist im SGB V systemfremd und wird erhebliche unerwünschte Auswirkungen haben. In der Folge werden DMP faktisch zu einem Angebot der Regelversorgung mit der Gefahr unpraktikabler und inkonsistenter Verträge sowie unflexibler und teurer Schiedsentscheidungen. Schon jetzt scheitert der Abschluss von DMP-Verträgen zum Teil an überhöhten Vergütungsforderungen. Die vorgesehene Öffnung der Programme für Risikogruppen sowie auch der Entwicklungsauftrag für ein „Präventions-DMP“ widersprechen ihrer Grundintention.

Mit der vorgesehenen Anrechnung der medizinischen Leistungen auf die Präventionsleistungen werden den Krankenkassen die finanziellen Mittel entzogen, um das umfangreiche Präventionskursangebot mit jährlich ca. 1,5 Mio. Kursteilnahmen aufrechterhalten zu können. Konkret betroffen wären vielfältige Maßnahmen wie Bewegungsangebote in Sportvereinen, die mit dem Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichnet sind, das der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) entwickelt hat, Kurse zur Sturzprävention,

Angebote zum Stress- und Ressourcenmanagement, die Versicherte bei der Bewältigung psychischer Belastungen und dem Kompetenzaufbau zur besseren sozialen Integration unterstützen oder zum Erlernen von Entspannungsmethoden, zur gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion, Kompaktangebote für pflegende Angehörige, und zunehmend auch digitale Präventionsangebote. Auch zahlreiche Kurse für Kinder und Jugendliche, die zur Umsetzung einer Empfehlung der interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ von BMFSFJ und BMG beitragen, könnten möglicherweise nicht weiter aufrechterhalten werden.

Mit der Neuregelung für Arzneimittel zur Tabakentwöhnung soll ein Leistungsanspruch für alle Formen der Tabakabhängigkeit (auch leichte und mittelschwere) und wohl unabhängig von der Teilnahme an „evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung“ geschaffen werden. Ein Anspruch wäre zudem bereits ein Jahr (statt bisher drei Jahre) nach Abschluss der letztmaligen Versorgung erneut möglich. Letztlich käme dies einer Aufhebung des Versorgungsausschlusses für Arzneimittel zur Tabakentwöhnung gleich: Nicht nur wäre bereits ein Jahr nach Abschluss einer Behandlung ein erneuter medikamentös unterstützter Abstinenzversuch möglich, es stellt sich auch die Frage, wie die behandelnde ärztliche Person prüfen soll, ob und wann vorherige Behandlungen erfolgt sind. Zudem bleibt unklar, ob der Leistungsanspruch weiterhin gesetzlich an die Teilnahme an einem evidenzbasierten Programm zur Tabakentwöhnung gebunden sein soll. Dies ist aber entscheidend, um die psychische Motivation für eine Abstinenz auch nach Absetzen der Medikamente zu entwickeln und aufrechtzuerhalten.

Zudem sollen durch die Gesetzesänderung ca. 2 Mio. Menschen mehr mit Statinen behandelt werden können. Die Entscheidung über einen umfangreicheren Einsatz dieser Medikamente ist nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien zu treffen. Wie alle Medikamente sind auch Statine mit Nebenwirkungen verbunden. Nutzen und Schaden fallen für bestimmte Personengruppen unterschiedlich ins Gewicht. Das gesetzlich für diesen Fall vorgesehene Verfahren des G-BA gewährleistet die Wissenschaftlichkeit dieser Entscheidung und die Beteiligung aller Betroffenen. Die durch eine Umsetzung des Referentenentwurfs insgesamt entstehenden Kosten sind schwer bezifferbar.

Erwartbare Teilnahme- und Inanspruchnahmeraten bei den Früherkennungsuntersuchungen sowie die Inhalte der auf dem Verordnungsweg einzuführenden Untersuchungen sind derzeit nicht bekannt. Dasselbe gilt für die Inanspruchnahme der medikamentösen Leistungen. Auf Basis von Schätzungen hält der GKV-Spitzenverband folgende Mehrkosten für wahrscheinlich:

- Statine: Die Schätzung des Gesetzgebers in Höhe von 90 Mio. Euro jährlich erscheint in der Größenordnung realistisch.
- Nikotinersatztherapie: Würden alle zum Aufhören motivierten Rauchenden den Leistungsanspruch nutzen, lägen die jährlichen Mehrausgaben bei ca. 2 Mrd. Euro. Wenn man annimmt, dass in Zukunft jede oder jeder Zehnte davon Abstinenzversuche mit medikamentöser Unterstützung unternimmt, sind Mehrausgaben in Höhe von 200 Mio. Euro jährlich realistisch zu erwarten.
- Erweiterte Gesundheitsuntersuchungen: Derzeit geben die Krankenkassen pro Jahr etwa 350 Mio. Euro für Gesundheitsuntersuchungen der Versicherten aus. Mit den geplanten Erweiterungen des Untersuchungsumfangs auf dem Verordnungsweg kann mit einer Steigerung der Kosten um mindestens 20% gerechnet werden, also plus 70 Mio. Euro jährlich

In der Gesamtschau ist deshalb davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihre Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention drastisch einschränken, wenn nicht sogar einstellen müssten, da die rechnerisch hierfür maximal zur Verfügung stehenden Finanzmittel in Höhe von 186 Mio. Euro komplett in medikamentöse und ärztliche Leistungen umgelenkt werden. Fast 30 Prozent der insgesamt für Gesundheitsförderung und Primärprävention zur Verfügung stehenden Finanzmittel in Höhe von 634 Mio. Euro würden wegbrechen. Die angestrebte Kostenneutralität wird damit nicht erreicht. Zudem wird das eigentliche Ziel des Gesetzentwurfs verfehlt, die Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Gesellschaft zu stärken.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den einzelnen Regelungen im Detail Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 20 Abs 6 Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den §§ 20, a bis c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung, die in

- Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB BV),
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§20a SGB V) und
- Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (§§ 20b und 20c SGB V)

unterschieden werden, gilt ein Ausgabenrichtwert von insgesamt 8,53 Euro je Versicherten im Jahr 2024. Auf diesen Ausgabenrichtwert sollen Ausgaben für

- erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen nach §§ 25c und 26,
- Arzneimittel zur Nikotin- und Tabakentwöhnung (§ 34 Abs. 2),
- Statine, die auf Basis einer erweiterten Verordnungsfähigkeit (§ 34 Abs. 5) verordnet werden,
- die Vergütung der Erteilung einer „Präventionsempfehlung“ zur Nikotin- und Tabakentwöhnung außerhalb von Gesundheitsuntersuchungen

angerechnet werden. Der GKV-Spitzenverband soll verpflichtet werden, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich jeweils zum 1. Oktober über die Höhe der Ausgaben für die Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung und für die neu auf den Ausgabenrichtwert anzurechnenden Leistungen Bericht zu erstatten.

B) Stellungnahme

Eine Anrechnung von Ausgaben für medizinische Leistungen und Arzneimittel zu Lasten der Primärprävention und Gesundheitsförderung wird abgelehnt, da sie nicht sachgerecht ist und mit erheblichen bürokratischen Aufwänden verbunden wäre.

Gesundheitsförderung und Primärprävention haben im Vergleich zur Kuration ein großes Potenzial zur Verringerung der Morbidität und Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber – gerade angesichts des demografischen Wandels – immer noch einen zu geringen Stellenwert in Politik und Gesellschaft. Statt des weiteren Ausbaus eines krankheitsorientierten Ansatzes gilt es, noch stärker die Potenziale ressourcenorientierter und insbesondere verhältnispräventiver Maßnahmen im Sinne gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen zu nutzen.

In deutlichem Gegensatz hierzu sieht der Referentenentwurf nun aber eine Finanzierung neuer medizinischer Maßnahmen zu Lasten der GKV-Ausgaben für Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung vor. Große Teile der GKV-Mittel für Gesundheitsförderung und Primärprävention sollen in medikamentöse und ärztliche Leistungen umgelenkt und damit beschnitten werden. Die hiermit angestrebte Kostenneutralität konterkariert das eigentliche Ziel des Gesetzentwurfs, die Herz-Kreislauf-Gesundheit in der Gesellschaft zu stärken.

Die gesetzlichen Krankenkassen verfolgen mit ihrem umfangreichen Präventions-Engagement das Ziel, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen oder zumindest abzumildern. Die Leistungen fußen auf zwei wesentlichen Säulen: erstens der Etablierung niedrigschwelliger verhaltensbezogener Angebote und Maßnahmen zum Erwerb von Kompetenzen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil und zweitens die Unterstützung bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse in Lebenswelten. Inhaltlich fokussieren die präventiven Maßnahmen auf die Risikofaktoren Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und Adipositas, mangelnde Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen sowie Suchtmittelkonsum, die für viele bedeutende Volkskrankheiten relevant sind.

Der Ausgabenrichtwert (8,53 Euro im Jahr 2024) für die GKV-Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention ist zur Dynamisierung an die Bezugsgröße in der Sozialversicherung gekoppelt und bietet bislang einen verlässlich planbaren, wachsenden Ressourcenrahmen für die Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention in den kommenden Jahren.

Die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung, die auf den Ausgabenrichtwert gemäß § 20 Absatz 6 SGB V angerechnet werden können, werden bislang im GKV-Leitfaden Prävention definiert. Sie werden, wie in § 20 Absatz 2 SGB V vorgesehen, unter Einbindung unabhängigen Sachverständigen und des BMG und der Gesundheitsministerkonferenz festgelegt.

Auf dieser Basis haben die Krankenkassen im Jahr 2023 rd. 195 Mio. Euro (2,62 Euro pro Versicherten) für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention aufgewendet und damit mehr als 1,5 Mio. Kursteilnahmen ermöglicht. Sie leisten damit wesentliche Beiträge zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten. Die Präventionskurse sollen die Teilnehmenden motivieren und befähigen, Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung auszuschöpfen, die Störungen und Erkrankungen vorbeugt – zum Beispiel durch regelmäßige körperliche Aktivität oder ausgewogene Ernährung. Es werden nur Präventionskurse bezuschusst, die die Qualitätskriterien gemäß GKV-Leitfaden Prävention einhalten. Geprüft wird u. a. die Qualifikation der Anbietenden und die Wirksamkeit des Konzeptes.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Ausgaben für eine erweiterte Verordnung von Statinen, erweiterte Leistungen im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen, ärztliche Honorare für die Ausstellung von Präventionsempfehlungen und Arzneimittel zur Tabakentwöhnung auf den Ausgabenrichtwert gemäß § 20 Absatz 6 SGB V in Höhe von 8,53 Euro je Versicherten angerechnet werden. Je nach tatsächlicher Höhe für die geplanten auf den vorgenannten Betrag anzurechnenden Ausgaben reduzieren sich die Finanzmittel, die Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und insbesondere zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention (so genannte Präventionskurse)

verausgaben können. Die Höhe, der für individuelle verhaltensbezogene Prävention zur Verfügung stehenden Summe ist, zwar nicht rechtlich, aber faktisch durch die Mindestwerte für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und BGF sowie den Ausgabenrichtwert des Gesamtbetrages begrenzt. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen die Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention stark zurückfahren müssen, da die rechnerisch nach Abzug der Mindestwerte vom Ausgabenrichtwert zur Verfügung stehenden Finanzmittel in Höhe von 2,51 Euro je Versicherten bzw. 186 Mio. Euro größtenteils oder vollständig durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgaben gebunden sind.

Mit der vorgesehenen Anrechnung der medizinischen Leistungen würde für die Krankenkassen die Planungsgrundlage entfallen, um die umfangreichen Angebote zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention mit mehr als 110.000 zertifizierten Präventionskursen aufrechterhalten zu können. Konkret betroffen wären vielfältige Maßnahmen wie Bewegungsangebote in Sportvereinen (ca. 11.000 zertifizierte Kurse), die mit dem Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichnet sind, das der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) entwickelt hat, Kurse zur Sturzprävention, Angebote zum Stress- und Ressourcenmanagement, die Versicherte bei der Bewältigung psychischer Belastungen und dem Kompetenzaufbau zur besseren sozialen Integration unterstützen oder zum Erlernen von Entspannungsmethoden zur gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion, Kompaktangebote für pflegende Angehörige und zunehmend auch digitale Präventionsangebote. Auch zahlreiche Kurse für Kinder und Jugendliche, die zur Umsetzung einer Empfehlung der interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ von BMFSFJ und BMG beitragen, könnten möglicherweise nicht weiter aufrechterhalten werden. Zudem würde die Umwidmung der Mittel die Ziele der Ernährungsstrategie der Bundesregierung, die u. a. einen verbesserten Zugang zur Ernährungsberatung beabsichtigt, sowie des Runden Tisches Bewegung, der u. a. eine Stärkung der Vereinsstrukturen für Sportangebote vorsieht, konterkarieren.

Darüber hinaus sind wesentliche Umsetzungsfragen zum jährlichen Bericht über die Ausgaben an das BMG und zur Ermittlung dieser Ausgaben ungeklärt bzw. mit nicht unerheblichen bürokratischen Aufwänden verbunden. Um die geplanten zusätzlichen Ausgaben differenziert abbilden zu können, wäre festzulegen, in welchen Fällen eine Leistung, die eigentlich einem anderen Leistungsbereich zuzuordnen ist, in das Präventionskonto gebucht wird. Sofern die nach § 34 Abs. 2 und 5 (neu) SGB V anfallenden Arzneimittel-Kosten separat berücksichtigt werden sollen, wäre hierfür ein zusätzliches Kennzeichen im Verordnungsdatensatz des E-Rezepts erforderlich. Dieses Kennzeichen müsste Auskunft darüber geben, ob das Arzneimittel auf der Grundlage des § 34 Abs. 2 bzw. 5 SGB V verordnet wird. Eine Umsetzung würde mindestens neun Monate Zeit in Anspruch nehmen, da hierfür neue Datenfelder für das E-Rezept eingerichtet werden müssen. Der Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung müsste angepasst und die Buchungssystematik der Krankenkassen umgestellt werden. Die Komplexität und Verwaltungsaufwände würden steigen.

Eine Anrechnung der neu vorgesehenen Maßnahmen der Apotheken zur Prävention und Früherkennung nach § 129 Absatz 5e SGB V auf die Ausgaben nach § 20 Absatz 6 SGB V ist gemäß den Ausführungen im Referentenentwurf ausdrücklich nicht vorgesehen. Falls an der Anrechnungsregelung festgehalten wird, muss aufgrund der zu § 25c bestehenden Bezügen eine entsprechende Klarstellung in den dem § 20 Absatz 6 anzufügenden Sätzen erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der dem § 20 Absatz 6 angefügten Sätze.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 25c (1) Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer § 25c eingefügt, der für Versicherte, die das 25., das 35. und das 50. Lebensjahr vollendet haben, Leistungsansprüche im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen hinsichtlich der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihrer Risiken einführt, die über den vom G-BA beschlossenen Umfang hinaus gehen.

B) Stellungnahme

Diese Neuregelung wird abgelehnt. Der G-BA legt den Leistungsumfang der Gesundheitsuntersuchungen unter Beachtung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes des SGB V auf Basis der verfügbaren Evidenz fest. Er nimmt dabei insbesondere auch eine Abwägung von möglichem Schaden und Nutzen durch Früherkennungsmaßnahmen vor und erreicht durch eine systematische Literaturrecherche und wissenschaftliche Bewertung durch das IQWiG sowie die Einbindung aller betroffenen Fachgesellschaften einen umfassenden Blick auf das vorhandene Wissen. Diesen etablierten Entscheidungsprozessen sollte nicht durch gesetzgeberische Interventionen vorgegriffen werden.

Aktuell ist keine Evidenz bekannt, die eine Erweiterung der Inhalte der aktuellen Gesundheitsuntersuchungen-Richtlinie (GU-RL) um bestimmte Leistungen begründen würde. Der aktuelle Untersuchungsumfang folgt den internationalen Empfehlungen. In der Diskussion ist im G-BA bereits die Frage, ob durch einen verstärkten Einsatz von Risikofragebögen und Scores die Gesundheitsuntersuchung sinnvoll weiterentwickelt werden kann. Hierfür bedarf es keiner Interventionen des Gesetzgebers.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 25c (2+3)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte, die das 25., das 35. und das 50. Lebensjahr vollendet haben, werden von ihren Krankenkassen persönlich in Textform zu den Gesundheitsuntersuchungen gemäß Absatz 1 eingeladen. Sie erhalten gleichzeitig einen Gutschein zur Vorlage in einer Apotheke für die Beratung und Messung zu Risikofaktoren für die Einschätzung eines individuellen Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus und weiteren Risikofaktoren, einen Hinweis auf die Terminservicestellen der KVen und umfassende und verständliche Informationen zur Gesundheitsuntersuchung. Es werden auch weitere Regelungen im Sinne des notwendigen Datenschutzes getroffen. Krankenkassen haben einen Sofortnachrichtendienst gemäß §342 Absatz 2 Nr. 2 für die Kommunikation mit den Versicherten zu nutzen, wenn dieser vorhanden ist. Alternativ kann eine andere digitale Oberfläche genutzt werden, die zur Versichertenkommunikation etabliert ist.

Private Krankenversicherer können Ihren Versicherten ein solches Einladungswesen ebenfalls anbieten.

B) Stellungnahme

Krankenkassen klären ihre Versicherten schon aktuell über Vorsorgeangebote auf. Sie nutzen dazu die Mittel, mit denen sie die Versicherten am besten und wirkungsvollsten erreichen. Eine gesetzliche Verpflichtung darüber hinaus würde kaum Mehrwert haben, dagegen aber zusätzliche Bürokratie und Verwaltungskosten verursachen.

Aktuell nimmt etwa die Hälfte der Anspruchsberechtigten die Untersuchungen der Gesundheitsuntersuchung (Check-up) in Anspruch. Das IQWiG hat im Auftrag des BMG einen internationalen Vergleich dazu erstellt und konnte zeigen, dass auch Länder mit einem Einladungswesen keine höheren Teilnahmequoten erreichen (P23-01 – Inanspruchnahme allgemeine Gesundheitsuntersuchung – Rapid Report – Version 1.0 (iqwig.de)). Ein Einladungswesen hat also wenig Mehrwert, verursacht jedoch für die Krankenkasse mehr Bürokratie und Verwaltungskosten. Digitale Formate für entsprechende Einladungen und Informationen sind insofern zu bevorzugen. Die Verpflichtung, für die Einladungen den Sofortnachrichtendienst gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 zu verwenden, wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings wird dieser derzeit nur wenig von Versicherten als Kommunikationsweg genutzt. Es wäre z. B. auch zu prüfen, ob TIM für diese Kommunikation zum Einsatz kommen könnte. Viele Kassen bieten zudem bereits für die Versicherten, die eine Einwilligung gegeben haben, einen elektronischen Erinnerungsservice für Früherkennungsprogramme an.

Sollte an der geplanten Einladungspflicht festgehalten werden, ist eine Nutzung des inzwischen etablierten eRezept-Fachdienstes für die Übermittlung (Krankenkassen sollten über eine Schnittstelle zum eRezept-Fachdienst Gutscheine gem. § 25c Abs. 2 Nr. 1 einstellen können) und das Einlösen der Gutscheine gem. § 25c Abs. 2 Nr. 1 in der Apotheke zu empfehlen. TIM sollte für die begleitende Kommunikation genutzt werden können. Eine Gutscheinübermittlung über den eRezept-Fachdienst bietet die Möglichkeit, dass Versicherte lediglich mit ihrer eGK das Angebot in der Apotheke wahrnehmen können. Die Informationsübermittlungen gem. Nr. 2 und 3. sollten optional über TIM oder die Service-App ausgespielt werden können. Eine verpflichtende Information sollte auf der Homepage stattfinden, die optional noch ergänzt werden kann durch Informationen in

Mitgliedermagazinen o. ä. Eine eventuelle Übermittlung der Informationen nach § 25c Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 per Brief wird somit obsolet.

Ob die vorgesehene Einbindung der Apotheken im Rahmen von Vorfeld-Untersuchungen zu den erweiterten Check-Ups wirklich dazu geeignet ist, bisher schlecht erreichbare, vulnerablen Zielgruppen zur Teilnahme zu bewegen, ist unklar. Dazu wäre vor einer breiten Einführung eine wissenschaftliche Erprobungsstudie notwendig, die z.B. in der Zuständigkeit des BIPAM umgesetzt werden könnte. Hierfür bietet auch der o.g. IQWiG-Bericht weitere Grundlagen. Da zu erwarten ist, dass viele Versicherte, die ohnehin an der Gesundheitsuntersuchung in den Arztpraxen teilnehmen, zusätzlich auch noch das Angebot in den Apotheken nutzen würden, ist mit einer Überversorgung großer Bevölkerungsgruppen zu rechnen. Im Übrigen sind Apotheken nicht verpflichtet, diese Leistungen auch anzubieten. Daher besteht die Gefahr, dass die von den Kassen versandten Einladungen ins Leere gehen. Derzeit werden pharmazeutische Dienstleistungen nur von einem Teil der Apotheken angeboten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des §25c (2).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 25c (4)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Gesundheitsuntersuchungen sowie die erforderlichen personenbezogenen Daten für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen zu bestimmen. Dazu wird das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot außer Kraft gesetzt. Es wird ausdrücklich festgelegt, dass das BMG per Rechtsverordnung Gesundheitsuntersuchungen für die Bevölkerung festlegen kann, deren Nutzen und Schaden noch nicht bekannt sind und somit von G-BA-Regelungen abweichen darf.

B) Stellungnahme

Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von neuen Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene sollten durch den G-BA überprüft werden. Denn jedes Screening hat auch schädliche Auswirkungen, die gegen die Vorteile abgewogen werden müssen. Dieser Eingriff durch den Gesetzgeber wäre ein eklatanter Rückschritt bezüglich der Evidenzbasierung. Er höhlt das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V aus und verhindert den transparenten und etablierten Interessenausgleich durch die Selbstverwaltung. Die Behauptung, der G-BA könne nur mittel- bis langfristig neue Leistungen aufnehmen, ist zudem falsch. Der G-BA kann bei entsprechender Evidenzlage schnell beschließen. Eine schnelle Einführung von Leistungen ohne ausreichende Kenntnis ihrer Auswirkungen, wie hier vom Gesetzgeber vorgesehen, birgt jedoch ein erhebliches Schadenspotential.

Die Etablierung von Parallelstrukturen zur Einführung neuer Leistungen zu den etablierten Pfaden über die Nutzenbewertung des G-BA ist als staatlicher Eingriff in Details der Gesundheitsversorgung zu betrachten, die sehr viel besser von den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung konkretisiert werden können.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 25c (5)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Rechtsverordnung sollen unter Beteiligung von Sachverständigen und „betroffener Fach- und Verkehrskreise“ das Nähere insbesondere zu ergänzenden Leistungen zur Erfassung spezifischer Risiken und Erkennung von Risikoerkrankungen und Krankheitsvorstufen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter von 25, 35 und 50 Jahren, Vorgaben für standardisierte Fragebögen zur deren Erfassung und Vorgaben für die ärztliche Vergütung geregelt werden.

B) Stellungnahme

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 SGB V sollte weiterhin dem G-BA obliegen und auf Basis entsprechender wissenschaftlicher Evidenz erfolgen. Die Einschätzung der Fachgesellschaften wird bei G-BA-Beratungen regelhaft mit einbezogen, insbesondere auch widersprüchliche Einschätzungen unterschiedlicher Fachgesellschaften. Grundlage jeder Bewertung durch den G-BA ist eine systematische Literaturrecherche und wissenschaftliche Bewertung des IQWiG, die sicher stellen, dass die international verfügbaren Daten und Erkenntnisse in die Entscheidungen einbezogen werden.

Gemäß den aktuellen gesetzlichen Vorgaben bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt und die Relation der zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen. Durch Vorgaben zur ärztlichen Vergütung in der vorgesehenen Rechtsverordnung besteht grundsätzlich die Gefahr, dass durch von der Bewertungssystematik im EBM abweichende Vorgaben zur Abrechnung die sinnvolle Vergütungsstruktur insgesamt beeinträchtigt und es in der Folge zu einer Fehlversorgung der Versicherten kommt. Insofern sollte die Festlegung der Vergütung für vertragsärztliche Leistungen ausschließlich durch den Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 25c (6)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wird in der Rechtsverordnung keine Regelung zur Vergütung der ärztlichen Leistung getroffen, so gilt die Gebührenordnung für Ärzte. Die Selbstverwaltungspartner sind in diesem Falle verpflichtet innerhalb von sechs Monaten eine Vergütungsregelung zu treffen. So lange rechnen die Leistungserbringer auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte direkt mit den Krankenkassen ab.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Für die Aufnahme neuer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab infolge von Anpassungen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gelten die Vorgaben gemäß § 87 Abs. 5b SGB V, nach dem der Bewertungsausschuss den EBM innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses anzupassen hat. Nur im Falle einer nicht fristgemäßen Anpassung des EBM darf die neue Leistung auf Basis des Kostenerstattungsverfahrens von Versicherten in Anspruch genommen werden. Eine Abweichung von diesem Standard ist weder sachgerecht noch notwendig. Die gesetzlich vorgegebene Frist wird vom Bewertungsausschuss regelmäßig gehalten. Zudem handelt es sich bei den vorgesehenen ergänzenden Leistungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen um zeitlich aufschiebbare Untersuchungen, sodass dem Bewertungsausschuss eine entsprechende Umsetzungsfrist für die Vereinbarung einer Vergütung einzuräumen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3a) – § 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 2 sollen in § 26 die Absätze 2a bis 2c eingefügt:

Absatz 2a sieht vor, dass versicherte Kinder und Jugendliche abweichend von Absatz 2 im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung haben sollen.

Gemäß Absatz 2b wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach angemessener Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise nähere Vorgaben für die Erbringung der Leistungen nach Absatz 2a zu regeln. Diese Vorgaben sollen insbesondere Anforderungen an die Durchführung einer Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung sowie Vorgaben für standardisierte Fragebögen und die ärztliche Vergütung umfassen. Absatz 2c regelt, dass § 25c Absatz 6 entsprechend gilt, sofern das Bundesministerium für Gesundheit keine Regelung zur Vergütungshöhe nach Absatz 2b Nummer 3 trifft.

B) Stellungnahme

§ 26 Absatz 2 weist dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe zu, in Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche zu bestimmen. Diese Entscheidungen trifft er aufgrund der Bewertung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Früherkennungsuntersuchungen den höchstmöglichen Nutzen erzielen, ohne Arztpraxen, Eltern, Kinder und die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung zu überfordern. Daher sollte auch die Prüfung der möglichen Einführung eines generellen Lipidscreenings in die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen. Die Datenlage hierzu ist uneinheitlich.

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. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat daher das IQWiG bereits im Februar 2024 mit der Bewertung eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen beauftragt. Der im Entwurf vorgesehene staatliche Eingriff wird u.a. damit begründet, dass der eigentlich zuständige Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) „erst mittel- und langfristige“ entsprechende Regelungen treffen könne. Diese Aussage ist nicht zutreffend. Zum Thema Fettstoffwechseluntersuchung bei Kindern berät der G-BA bereits und kann ggf. schneller zu Ergebnissen kommen als der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber.

Die Entscheidung über die Erweiterung der Früherkennungsuntersuchungen auf Fettstoffwechselstörungen für Kinder und Jugendliche sollte im Gemeinsamen Bundesausschuss nach Prüfung der wissenschaftlichen Literatur und einem umfassenden Abwägungsprozess erfolgen. Auch die Entscheidung über die Aufnahme einer weiteren Blutdruckmessung oder eines standardisierten Fragebogens in die Früherkennungsuntersuchungen sollte dem G-BA überlassen bleiben.

Gemäß den aktuellen gesetzlichen Vorgaben bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt und die Relation der zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen. Durch Vorgaben zur ärztlichen Vergütung in der vorgesehenen Rechtsverordnung besteht grundsätzlich die Gefahr, dass durch vom EBM abweichende Vorgaben zur Abrechnung und zur Höhe der Vergütung zu vergleichbaren vertragsärztlichen Leistungen Anreize gesetzt werden, die zu einer Fehlversorgung der Versicherten führen. Insofern sollte die Festlegung der Vergütung für vertragsärztliche Regelungen ausschließlich durch den Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Absätze 2a bis c werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3b) – § 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem Absatz 3 in § 26 sollen Regelungen zur einem Einladungsverfahren für versicherte Jugendliche angefügt werden.

Versicherte Jugendliche, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, sollen von ihrer Krankenkasse in Textform zu einer Gesundheitsuntersuchung nach § 26 Absatz 1 eingeladen werden. Die Krankenkassen werden befugt, die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen und in der Verordnung nach Absatz 2b aufgeführten Daten zu verarbeiten. Soweit Eltern oder andere Sorgeberechtigte von anspruchsberechtigten Versicherten für die Kommunikation mit ihrer Krankenkasse als sicheres Übermittlungsverfahren den Sofortnachrichtendienst gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 nutzen, sollen Krankenkassen diesen für die Übermittlung der Einladungen sowie Erklärung des Widerspruchs nutzen. Abweichend davon können die Krankenkassen, soweit Eltern oder andere Sorgeberechtigte keinen Sofortnachrichtendienst nutzen, die digitale Benutzeroberfläche nutzen, die sie im Rahmen des Versicherungsverhältnisses ihren Versicherten anbieten. Die Sätze 6 und 7 gelten entsprechend für anspruchsberechtigte Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen können ihren Versicherten ein entsprechendes Einladungswesen anbieten.

B) Stellungnahme

Die Krankenkassen unterstützen grundsätzlich das Ziel, die Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung für Jugendliche zu erhöhen. Viele Krankenkassen laden daher bereits jetzt ihre Versicherten ein oder bieten ihnen einen Vorsorge-Erinnerungsservice an. Außerdem berät der Gemeinsame Bundesausschuss aktuell die Aufnahme der Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung in das Kinderuntersuchungsheft. Es ist davon auszugehen, dass sich auch dies positiv auf die Teilnehmerate auswirken wird. Der G-BA überprüft zudem in diesem Zusammenhang, inwieweit die Inhalte der bestehenden Untersuchung noch dem aktuellen Stand der verfügbaren Evidenz entsprechen. Wie unter Nr. 3a dargestellt wird derzeit das bestehende Lipidscreening bewertet.

Der Ansatz, für die Einladungen den Sofortnachrichtendienst gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 zu verwenden, wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings wird dieser derzeit kaum von Versicherten als Kommunikationsweg genutzt.

Es sind zudem für die Ansprache von Jugendlichen die besonderen psychosozialen Rahmenbedingungen dieser Altersgruppe zu berücksichtigen. Damit ein Einladungsverfahren zu höheren Teilnehmeraten an der Gesundheitsuntersuchung führt, sollte dieses unbedingt durch weitere Maßnahmen in den Lebensbereichen der Jugendlichen, z. B. an Schulen, ergänzt werden. Dies ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil nicht zu erwarten ist, dass durch die gezielte Ansprache der Jugendlichen zu Risikoverhalten im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung eine nachhaltige Verhaltensänderung zu erwarten ist.

Eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Einladung von Jugendlichen zur Gesundheitsuntersuchung sollte erst dann erfolgen, wenn der Sofortnachrichtendienst gemäß § 342 Absatz 2 Nummer 2 als Kommunikationsweg von den meisten Versicherten genutzt wird. Außerdem müssen ergänzende Maßnahmen in den Lebensbereichen der Jugendlichen umgesetzt sein.

C) Änderungsvorschlag

Der Absatz 3 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4a) – § 34 Abs. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesvorschlag sieht vor, den Leistungsanspruch für Arzneimittel zur Tabakentwöhnung zulasten der GKV auf alle Schweregrade einer Tabakabhängigkeit auszuweiten (d.h. auch leichte und mittelschwere Formen). Zudem soll ein erneuter Anspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung bereits ein Jahr nach Abschluss der letztmaligen Behandlung entstehen (statt bisher nach drei Jahren). Auch soll in der Anspruchsgrundlage in § 34 Abs. 2 S. 1 SGB V die Voraussetzung einer parallelen Teilnahme an evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung gestrichen werden. Die Frist zur Regelung des Näheren durch den G-BA soll auf sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Tabak- und Nikotinkonsum gehören zu den größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland. Des Weiteren gibt es Hinweise, dass der Konsum unter jungen Menschen ansteigt. Die überbrückende Behandlung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung sollte dennoch weiterhin in die Eigenverantwortung der Versicherten fallen. Hier käme es auch angesichts der eingesparten Ausgaben für Tabakwaren zu keinen Mehrkosten für die Versicherten.

Die vorgesehene Gesetzesänderung käme faktisch einer Aufhebung des Versorgungsausschlusses für Arzneimittel zur Tabakentwöhnung gleich: Bereits ein Jahr nach Abschluss einer Behandlung wäre ein erneuter medikamentös unterstützter Abstinenzversuch möglich. Infolge der Streichung der Voraussetzung einer parallelen Teilnahme an „evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung“ in § 34 Abs. 2 S. 1 SGB V entstünde auch Rechtsunsicherheit, ob der Leistungsanspruch weiterhin gesetzlich an die Teilnahme an einem evidenzbasierten Programm zur Tabakentwöhnung gebunden sein soll. Dies ist aber entscheidend, um die erforderliche Motivation für eine Abstinenz auch nach Absetzen der Medikamente zu entwickeln und aufrechtzuerhalten.

Dabei lässt der vorliegende Gesetzesentwurf außer Betracht, dass im G-BA noch über die Festlegungen zum Anspruch Versicherter auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen evidenzbasierter Programme gemäß § 34 Abs. 2 SGB V i.d.F. GWVG beraten wird. Bereits vorgreifend, vor Inkrafttreten dieser untergesetzlichen Regelungen, den Leistungsanspruch zu verändern und auszuweiten, wird die Umsetzung der bestehenden Regelung tendenziell verzögern. Es verhindert auch ein adaptives Vorgehen unter Berücksichtigung der Praxiserfahrungen mit der Vorgängerregelung. Stattdessen sollte, beispielsweise zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA, vor einer Änderung der bestehenden Rechtslage eine wissenschaftliche Evaluation der Inanspruchnahme und Erfolgsrate durchgeführt und deren Ergebnisse in die Diskussion einbezogen werden.

Darüber hinaus sind Umsetzungsfragen der Neuregelung ungeklärt: Es stellt sich z.B. die Frage, wie die behandelnde ärztliche Person prüfen soll, wie viel Zeit seit einer vorangegangenen Behandlung verstrichen ist. Außerdem wäre die sechsmonatige gesetzliche Umsetzungsfrist für den G-BA zu kurz, wenn eine erneute Nutzenbewertung durch das IQWiG erforderlich sein sollte.

Ob Versicherte von der Option Gebrauch machen und im Rahmen von evidenzbasierten Programmen und Arzneimitteln eine vollständige Tabakentwöhnung schaffen, bliebe zusätzlich abzuwarten und wäre entsprechend auch zu evaluieren. Daher wäre es notwendig, eine Evaluation, beispielsweise zwei Jahre nach Inkrafttreten der G-BA Richtlinie, durchzuführen, um dann Konsequenzen für eine mögliche Anpassung der Leistungen in Erwägung zu ziehen.

Des Weiteren sind die prognostizierten jährlichen Mehrausgaben nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes deutlich unterschätzt. Bei einem Raucheranteil von ca. 34% der Bevölkerung kämen ca. 25 Mio. GKV-Versicherte für die Behandlung in Betracht. Etwa 40% der Rauchenden sind stark oder moderat motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören. Bei Therapiekosten pro Behandlungszyklus von ca. 250 Euro lägen die jährlichen Ausgaben damit nicht bei 10 Mio. Euro, wie vom BMG prognostiziert, sondern bei bis zu 2 Mrd. Euro.

In Deutschland besteht weiterhin großer Nachholbedarf bei der staatlichen Verhältnisprävention tabakabhängiger Erkrankungen. In der Tabakkontroll-Skala rangiert Deutschland nur auf Platz 34 von 37 untersuchten europäischen Ländern. Daher stellt sich auch die Frage, ob der zusätzliche Einsatz von Beitragsmitteln, insbesondere für Personen mit schwacher Tabakabhängigkeit, verhältnismäßig ist, um das Ziel einer Reduktion von tabakabhängigen Erkrankungen zu erreichen. Falls an der Regelung festgehalten wird, sollte die Maßnahme nicht durch Umwidmung von Beitragsmitteln zur Finanzierung der Prävention oder durch Mehrausgaben der GKV, sondern zweckgebunden aus einer Erhöhung der Steuern auf Tabak und E-Zigaretten finanziert werden.

Der Vorgriff einer gesetzlichen Regelung bei einem gleichzeitig laufenden evidenzbasierten Bewertungsverfahren im G-BA ist daher abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4b) – § 34 Abs 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen gesetzlich konkrete Grenzwerte für einen Leistungsanspruch auf Versorgung mit Statinen, einer Medikamentengruppe zur Behandlung von erhöhten Blutfettwerten, festgelegt werden. Bislang sind diese Grenzwerte durch eine Verordnungseinschränkung in der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Anlage III Nr. 35 bestimmt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist abzulehnen.

Als plurales und sachkundiges Expertengremium ist der G-BA nicht nur gesetzlich beauftragt, sondern auch besonders geeignet, die Versorgung der gesetzlich Versicherten nach dem aktuellen und wissenschaftlich anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Rahmen der ihm gesetzlich eingeräumten Kompetenzen zu gestalten und weiterzuentwickeln. Der G-BA hat am 25.06.24 die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung von Anl. III Nr. 35 der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen. Ob durch eine gesetzliche Regelung tatsächlich, wie in der Gesetzesbegründung angeführt, ein Zeitgewinn gegenüber diesem bereits fortgeschrittenen Verfahren zu erreichen ist, erscheint fraglich.

Die vorgesehene Regelung würde einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die dem G-BA übertragene Kompetenz zur Konkretisierung des Leistungskatalogs der gesetzlich Versicherten gemäß § 92 Abs. 1 S. 1 SGB V bedeuten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat für den Sachverhalt bislang nicht vom mildereren Mittel seines Vorgaberechts gemäß § 92 Abs. 1a S. 3 SGB V Gebrauch gemacht. Angesichts des vergleichbaren Zeithorizonts ist ein Verfahren beim G-BA auch zumindest gleichermaßen geeignet.

Die im Gesetz vorgesehenen Grenzwerte (einschließlich der zu verwendenden Risikokalkulatoren) basieren auf der Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC). Diese Leitlinie weist bedeutende methodische Mängel auf. Insbesondere sind die systematische Suche und Auswahl der Evidenz, der formale Konsensus-Prozess, das externe Begutachtungsverfahren und die Unabhängigkeit der Leitliniengruppe nicht ausreichend dargelegt. Das unabhängige Portal „Leitlinienwatch.de“ bewertet die Leitlinien dieser Fachgesellschaft durchgehend mit 2-3 von 18 möglichen Punkten. Die Auswahl gerade dieser Leitlinie als Entscheidungsgrundlage erschließt sich insofern nicht. Wie bereits dargelegt, ist es gerade Aufgabe und Kerninhalt des Verfahrens beim G-BA, die gesamte Studienevidenz unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten abzuwägen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5a – § 87 Abs. 2a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss soll eine Vergütung für das Ausstellen einer Präventionsempfehlung zur Nikotin- und Tabakentwöhnung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufnehmen. Die Vergütung soll einmal innerhalb von vier Quartalen berechnungsfähig sein, sofern in dem laufenden und den drei vorangegangenen Quartalen keine Gesundheitsuntersuchung erbracht wurde. Die für die Ausstellung einer Präventionsempfehlung erforderliche Kurzberatung ist bereits Bestandteil der Versicherten- bzw. Grundpauschale und daher nicht gesondert zu vergüten.

B) Stellungnahme

Für eine nachhaltige Unterstützung der weiteren Nikotin- und Tabakentwöhnung in der Bevölkerung wird der Nutzen von zielgruppengerechten Aufklärungskampagnen und Maßnahmen wie z.B. Werbeeinschränkungen als wirksam eingeschätzt. Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass Versicherte auch ohne ärztliche Präventionsempfehlung entsprechende Leistungen zur Nikotin- und Tabakentwöhnung bei ihrer Krankenkasse beantragen können, stellt sich die Frage nach dem Nutzen der Ausweitung der ärztlichen Präventionsempfehlung. Aus diesem Grund wird die Erweiterung des Ausstellens einer ärztlichen Präventionsempfehlung abseits der Gesundheitsuntersuchung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 b – § 87

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, dass der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der G-BA Beschlüsse zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzupassen ist, soll künftig auch für die Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25c SGB V gelten

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Es handelt sich um eine Klarstellung und Folgeänderung aufgrund der Neuregelung des § 25c SGB V, welche inhaltlich abgelehnt wird

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 87a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass die Erteilung einer Präventionsempfehlung zur Nikotin- und Tabakentwöhnung dauerhaft extrabudgetär mit dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten ist

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Es wird auf die Ausführungen zu Nr. 5 a verwiesen

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 129 Abs 5e

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesvorschlag sieht vor, die gesetzlichen Regelbeispiele für pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) um drei weitere Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankungen, tabakassoziierten Erkrankungen, Diabetes und „weiteren Risikoerkrankungen“ zu erweitern. Der Leistungsinhalt dieser Maßnahmen soll einseitig in Standardarbeitsanweisungen der Bundesapothekerkammer festgelegt werden. Deutscher Apothekerverband (DAV) und GKV-Spitzenverband sollen nur über die Vergütungshöhe und Abrechnung verhandeln.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist abzulehnen.

Ein Nutzen der neu geschaffenen pharmazeutischen Dienstleistungen zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken („Apotheken-Check-Ups“) für die Versorgung ist fraglich. Faktisch würden sie eine Ausweitung der bereits bestehenden allgemeinen Gesundheitsuntersuchung durch ärztliche Personen („Check-Ups“) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bedeuten. Wie das IQWiG kürzlich in einer gutachterlichen Stellungnahme im Auftrag des BMG festgestellt hat, ist jedoch bereits der gesundheitliche Nutzen dieser Maßnahme unklar. Der Bericht des IQWiG zeigt zudem, dass das Angebot der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung gerade vulnerable Personengruppen nicht ausreichend erreicht. Es ist fraglich, ob diese vulnerablen Gruppen durch ein Angebot in Apotheken, das sich vor allem an die bestehende Stammkundschaft richten dürfte, besser erreicht werden können. Durch die inhaltlich überschneidenden Angebote von Apotheken und ärztlichen Praxen entstehen zudem unwirtschaftliche Doppelstrukturen, insbesondere beim Aufbau der erforderlichen labormedizinischen Ausstattung in Apotheken. Apothekerinnen und Apotheker dürfen berufsrechtlich weder Diagnosen stellen, noch selbst medikamentöse Maßnahmen einleiten oder anderweitig Heilkunde ausüben. Ein in der Apotheke identifizierter Risikofaktor macht somit eine nachträgliche ärztliche Vorstellung zur weiteren Befundung und Einleitung von Behandlungsmaßnahmen notwendig. Es ist zu erwarten, dass Laborwerte ärztlicherseits dann erneut erhoben und abgerechnet werden.

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes sollte das Augenmerk nicht auf der Schaffung neuer Leistungen nach dem Gießkannen-Prinzip, sondern auf einer zielgruppengerechten Steigerung der Bekanntheit und Inanspruchnahme der bereits bestehenden Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen in Risikogruppen liegen.

Es erscheint steuerungspolitisch problematisch, dass nach der Konzeption der Neuregelung die Bundesapothekerkammer (BAK) als Standesorganisation der Apothekerschaft durch die Entwicklung der Standardanweisungen einseitig den Leistungsinhalt der Apotheken-Check-Ups festlegt. Ein erforderlicher Ausgleich mit den Interessen der Versicherten und Beitragszahlenden kann auf diese Weise nicht stattfinden. Auch lässt die gesetzliche Regelung einen erheblichen Ermessensspielraum bei Konzeption und Umfang der einzelnen Maßnahmen zu und lässt beispielsweise offen, welche „weiteren Risikoerkrankungen“ von den Beratungen und Messungen nach § 129 Abs. 5e S. 5 Nr. 3 SGB V umfasst sein sollen. Durch diese Festlegungen könnte die Vergütungshöhe maßgeblich vorgeprägt werden.

Stattdessen sollte, wie bei den bestehenden pharmazeutischen Dienstleistungen, der Leistungsinhalt Teil der Verhandlungen zwischen DAV und GKV-Spitzenverband sein.

Des Weiteren sind Umsetzungsfragen der Neuregelung ungeklärt: Offen bleibt etwa, wie ein nur einmal jährlicher Leistungsanspruch in der Praxis bei freier Apothekenwahl datenschutzkonform gewährleistet und Mehrfachabrechnungen ausgeschlossen werden sollen. Die neu geschaffene Frist für einen Schiedsspruch von zwölf Wochen erscheint zudem zu kurz.

Im Gesetz fehlt es schließlich an einer Kostenschätzung für die Apotheken-Check-Ups. Diese ist nicht entbehrlich, auch wenn pharmazeutische Dienstleistungen aus dem hierfür eingerichteten Fonds finanziert werden. Die Gruppe der Inanspruchnahme-Berechtigten ist erheblich größer als bei den bisherigen pharmazeutischen Dienstleistungen. Zielgruppe sind 70 Mio. über -18-Jährige bzw. 29 Mio. Raucher in Deutschland. Die Zahl der abgerechneten Apotheken-Check-Ups hängt daher stark von Angebot und Bewerbung durch die Apotheken und der tatsächlichen Inanspruchnahme ab.

Aufgrund knapper personeller Ressourcen bei den Gesundheitsberufen und der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung sollten neue Leistungen wirksam und zielgenau zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Bei der bestehenden Konzeption der Regelung finanzieren die Krankenkassen einen Katalog an Leistungen, obwohl unklar ist, ob Versicherte diese auch tatsächlich in Anspruch nehmen können. Denn Apotheken haben keinen Kontrahierungszwang, sie können pharmazeutische Dienstleistungen optional anbieten. Versicherte können sich demnach auch künftig nicht darauf verlassen, vor Ort und flächendeckend von entsprechenden Leistungen zu profitieren. Zudem ist zu überlegen, ob vor dem Hintergrund der finanziellen Situation der Solidargemeinschaft weiterhin finanzielle Mittel im dreistelligen Millionenbereich, die nicht abgerufen werden, brach liegen sollten. Es wäre auch sachgerecht, diese Mittel wieder an die Solidargemeinschaft zu überführen und künftig für diese Dienstleistungen eine Direktabrechnung zwischen der einzelnen Apotheke und der einzelnen Krankenkasse zu etablieren.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Darüber hinaus regen wir die Etablierung einer Direktabrechnung der pharmazeutischen Dienstleistungen, die einen packungsbezogenen Aufschlag auf verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel entbehrlich macht.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8a und b – § 137f Abs 1 und 2 – strukturierte Behandlungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des Absatz 1 wird der G-BA beauftragt, innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten Richtlinien für eine krankheitsübergreifende Versorgung von behandlungsbedürftigen Versicherten zu beschließen, bei denen aufgrund einer Erkrankung wie Bluthochdruck oder Hyperlipidämie bereits ein hohes Risiko für die Manifestierung oder Verschlechterung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung besteht. Die Anforderungen sind vom G-BA krankheitsübergreifend auszugestalten.

Die neue Nummer 3a in Absatz 2 erweitert den Regelungsauftrag des G-BA zusätzlich dahingehend, dass er auch zu den bereits bestehenden DMP die Voraussetzungen für die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in das jeweilige Behandlungsprogramm regeln soll, die ein hohes Risiko für die Entstehung der entsprechenden Erkrankung aufweisen. Damit soll auch den schon behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patientinnen der Zugang zu einem DMP ermöglicht werden, bei denen zwar die jeweilige Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde, die aber bereits ein hohes Risiko für diese Erkrankung aufweisen. Dadurch wird etwa eine Teilnahme an einem DMP koronare Herzkrankheit bei bereits behandlungsbedürftigem Bluthochdruck oder hohen Lipidwerten oder an einem DMP Diabetes bei sogenanntem Prädiabetes ermöglicht. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass diese Regelung in weniger als zwei Jahren getroffen werden kann.

B) Stellungnahme

Die Ausweitung der DMP auf Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird abgelehnt. Eine Stärkung der Prävention zur Vermeidung von Folgeerkrankungen und somit von chronischen Erkrankungen ist zu begrüßen. DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, deren Inhalte auf Basis von evidenzbasierten Empfehlungen durch den G-BA festgelegt werden. Diese Programme sind für Versicherte, die an keiner Erkrankung leiden, nicht geeignet. Präventive DMP-Ansätze mit einer erheblichen Ausweitung des Teilnehmerkreises würden bei einem Teil der Eingeschriebenen zu einer Überversorgung und außerdem zu einer Überlastung der Arztpraxen führen.

Mit einem neuen DMP für Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko für die Manifestierung oder Verschlechterung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung und gleichzeitig einer zusätzlichen Einbeziehung von behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko in bereits bestehende DMP würde zudem eine nicht zielführende Doppelstruktur geschaffen. Es bleibt unklar, in welches DMP diese Patienten dann eingeschrieben werden sollen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9a – § 137g Abs. 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 1a regelt, dass die Krankenkassen ihren Versicherten DMP ohne eine förmliche Zulassung durch das BAS anbieten. Durch eine Übergangsregelung soll vermieden werden, dass Krankenkassen, deren neue Programme bereits die gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen erfüllen, diese ihren Versicherten erst ab dem 1. Januar 2026 anbieten, weil sie den Wegfall des Zulassungserfordernisses und der damit verbundenen Gebühren abwarten wollen. Trotz Wegfall der förmlichen Zulassung gilt dabei, dass die DMP die Anforderungen der §§ 24 und 25 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) erfüllen müssen.

B) Stellungnahme

Die Regelung, dass die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS zukünftig entfallen soll, ist problematisch. Nur durch eine einheitliche Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen der Programme kann sichergestellt werden, dass die Anforderungen an die Umsetzung der DMP richtlinienkonform erfolgt und ist damit wesentlich für ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot. Damit werden DMP ohne Zulassung für eine Übergangszeit den zugelassenen Programmen gleichgestellt und es kann hierfür ebenfalls die Programmkostenpauschale beansprucht werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9b – § 137g Abs. 1a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 4 sieht vor, dass für die strukturierten Behandlungsprogramme zu Diabetes mellitus (Typ 1 und 2) und KHK Vergütungsbestandteile für die teilnehmenden Leistungserbringer vorgesehen werden sollen, deren Auszahlung oder Höhe von dem Erreichen der vom G-BA festgelegten Qualitätsziele abhängig ist. Die Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen bleibt hiervon unberührt. Die Neuregelung sieht weiterhin vor, dass ein Vertrag weiter gilt, wenn seine Anpassung nicht fristgerecht zustande kommt. Ein Schiedsverfahren nach § 137f Absatz 6a in der in Artikel 2 geregelten Fassung ist unverzüglich einzuleiten, um eine zeitnahe Anpassung des Vertrages sicherzustellen.

B) Stellungnahme

Es ist auf die Schwierigkeiten hinzuweisen, die sich bei erfolgsabhängigen Vergütungsmodellen in der Vergangenheit gezeigt haben. Deshalb wurden viele dieser bislang freiwillig vereinbarten erfolgsabhängigen Vergütungsmodelle bereits wieder eingestellt. Eine Verpflichtung für erfolgsabhängige Vergütungsmodelle wird abgelehnt. Die verpflichtende Einführung solcher Modelle baut weitere Hürden für die Umsetzung der DMP auf. Es ist vorgesehen, dass die zuständige Aufsicht bei Nichteinigung der Vertragspartner die Schiedsperson bestimmt. Derzeit sind fast alle DMP-Verträge kassenartenübergreifend geschlossen. Die kassenseitigen Vertragspartner unterliegen unterschiedlichen Aufsichten (Landes- oder Bundesaufsicht). Eine Zuständigkeitsregelung für die Festlegung einer Schiedsperson findet sich nicht. Eine Trennung der kassenartenübergreifend geschlossenen Verträge nach Einzelkassen würde einen erheblichen voraussichtlich auch bei den Leistungserbringern nicht akzeptierten Aufwand mit sich bringen und die DMP in der Umsetzung gänzlich gefährden. Bei Freiwilligkeit von erfolgsabhängigen Vergütungen entfällt auch die Notwendigkeit eines Schiedsverfahrens.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt: „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 zwölften auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Monats] für jede der in Satz 1 genannten Krankheiten mindestens drei Qualitätsziele aus und legt diese Auswahl in den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 266 Absatz 11 wird um einen Satz ergänzt, der regelt, dass die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2023 und 2024 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auf Grundlage der bis zur Verkündung des GHG geltenden Fassung des § 270 SGB V erhalten.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung stellt sicher, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für DMP für die Ausgleichsjahre 2023 und 2024 auf Grundlage der bis zur Verkündung des GHG geltenden Fassung des § 270 SGB V erfolgen und dementsprechend nur Programme mit einer förmlichen Zulassung durch das BAS Berücksichtigung finden. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur beabsichtigten Neufassung des § 270 SGB V. Vergleiche hierzu die grundsätzliche Ablehnung der Neuregelung in Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8a und b - § 137f Abs 1 und 2 – strukturierte Behandlungsprogramme - sowie Nr. 9a - § 137g Absatz 1a. Um eine Förderung durch die DMP-Programmkostenpauschale in 2025 für die seitens des BAS zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramme sicherzustellen, ist zusätzlich das Ausgleichsjahr 2025 zu ergänzen.

C) Änderungsvorschlag

Dem §266 Abs. 11 wird folgender Satz angefügt: „Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2023, 2024 und 2025 nach Maßgabe des §270 in der bis zum ... (einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes) geltenden Fassung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 270 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Neufassung des § 137g wird mit der Änderung des § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 die Verpflichtung zur versichertenbezogenen Erhebung der Versichertentage mit Einschreibung in ein zugelassenes DMP um die Erhebung der Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP nach § 137g Absatz 1a ergänzt.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Neuregelung werden zur Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds neben den DMP, die einer Zulassung durch das BAS bedürfen, auch Programme nach § 137g Absatz 1a SGB V berücksichtigt, die nicht einer solchen förmlichen Zulassung bedürfen. Es handelt sich hierbei in Verbindung mit der beabsichtigten Änderung durch Artikel 2 Nummer 5 und 6 GHG um eine Regelung, die ausschließlich das Ausgleichsjahr 2025 betrifft. Wie in der Begründung zur beabsichtigten Änderung zutreffend dargelegt wird, kann eine Berücksichtigung in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V erst für den Erhebungszyklus bzw. das Schlüsseljahr 2026/2027 vorgesehen werden, die voraussichtlich Ende des Jahres 2025 verabschiedet werden wird. Eine Meldung dieser Daten durch die Krankenkassen kann damit bis zum 15. August 2026 erfolgen. Allerdings hat diese Erweiterung bürokratische Folgewirkungen, da im Rahmen der entsprechenden Prüfungen nach § 20 RSAV für den befristeten Zeitraum von maximal einem Ausgleichsjahr ein ergänzendes Prüfgebiet einmalig und erstmalig von den Prüfdiensten abzudecken ist. Der Aufwand für die DMP-Zulassung durch das BAS wird mithin in Teilen nur verlagert. Vergleiche hierzu die grundsätzliche Ablehnung der Neuregelung in Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8a und b - § 137f Abs 1 und 2 – strukturierte Behandlungsprogramme sowie Nr. 9a - § 137g Abs. 1a.

Im Falle einer Umsetzung der in Artikel 1 Nr. 2 vorgesehenen Erweiterung von Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wäre diese auch in den Zuweisungen nach § 270 Abs. 4 Satz 1 (Vorsorgepauschale) zu berücksichtigen. Zur Klarstellung würde beitragen, den neuen § 25c SGB V in § 270 Abs. 4 Satz aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Sollte der Streichung nicht zugestimmt werden, ist § 270 Abs. 4 Satz 1 um die Nennung des § 25c zu ergänzen und wie folgt zu fassen:

„Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 vorgesehenen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, 2 und den §§ 25a, 25c und 26, Individualprophylaxe nach § 22 Absatz 1, 3 und § 22a Absatz 1 oder Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat.“

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 71 Abs. 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 71 Absatz 1 Satz 2 werden das Wort „zugelassener“, die Angabe „(137g)“ und die Wörter „oder der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1“ gestrichen. Bei der Streichung des Wortes „zugelassener“ handelt es sich um eine Folgeänderung des neuen §137g Absatz 1a, durch den geregelt wird, dass die Krankenkassen ihren Versicherten DMP ohne eine förmliche Zulassung durch das BAS anbieten.

B) Stellungnahme

Da der Wegfall der förmlichen Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch die Folgeänderung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 73b Abs. 5 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 73b Absatz 5 Satz 6 werden die Wörter „Zugelassene strukturierte“ durch das Wort „Strukturierte“ und die Wörter „§§ 137f und 137g“ durch die Angabe „§ 137f“ ersetzt. Bei den Streichungen des Wortes „zugelassene“ und der Wörter „§§ 137f und 137g“ handelt es sich um Folgeänderungen des neuen §137g Absatz 1a, durch den geregelt wird, dass die Krankenkassen ihren Versicherten DMP ohne eine förmliche Zulassung durch das BAS anbieten.

B) Stellungnahme

Da der Wegfall der förmlichen Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch die Folgeänderung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3a – § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 4, 5 und 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) In Nummer 4 sollen vor dem Komma die Wörter „oder an Patienteninformationen“ eingefügt werden. Die Neuregelung steht im Zusammenhang mit dem neuen Absatz 2a, wonach der G-BA keine Anforderungen an Schulungen, sondern an Patienteninformationen regelt, wenn für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 1 die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen.

bb) In Nummer 5 sollen nach dem Wort „Dokumentation“ ein Komma und die Wörter „die Dokumentationszeiträume und -intervalle“ eingefügt werden. Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelungen der RSAV. Zukünftig entfallen die Regelungen zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme in der RSAV. Daher sollen konkrete Regelungen zu Dokumentationszeiträumen und -intervallen durch den G-BA getroffen werden.

cc) In Nummer 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „einschließlich der Auswirkungen der nach § 137g Absatz 4 zu vereinbarenden Regelungen“ eingefügt. Demnach soll sich die Evaluation zukünftig auch auf die Auswirkungen der in § 137g Absatz 3 neu eingeführten Regelungen erstrecken, wonach sich die Höhe der Vergütung nach dem Maß der Erreichung der vom G-BA festgelegte Qualitätsziele bezieht.

B) Stellungnahme

zu aa) Patientenschulungen sind eine wesentliche Säule strukturierter Behandlungsprogramme. Sie fördern das Selbstmanagement und dienen der besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Patienteninformationen können hierbei unterstützend eingesetzt werden, können aber keinesfalls strukturierte Schulungsprogramme durch qualifizierte Leistungserbringer ersetzen. Der G-BA hat zudem bereits in § 4 der DMP-A-RL Regelungen getroffen, die es ermöglichen, dass es bei Fehlen von Patientenschulungsprogrammen nicht zu Verzögerungen des Programmstarts kommt.

zu bb) Der Wegfall der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS wird abgelehnt. Daher ist die Regelung entbehrlich.

Zu cc) Eine Verpflichtung für erfolgsabhängige Vergütungsmodelle wird abgelehnt. Daher ist die Regelung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3b – § 137f Abs. 2a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 2a konkretisiert die Anforderungen an Schulungen für Versicherte. Anforderungen an Schulungen sind danach vom Gemeinsamen Bundesausschuss so auszugestalten, dass sie auf Grundlage der besten, verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität die Durchführung der Programme gewährleisten. Darüber hinaus sollen Schulungen in der Regel auch unter Verwendung digitaler Anwendungen oder telemedizinisch erfolgen können, soweit keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Sofern für eine Erkrankung die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder bisher keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss stattdessen Anforderungen an Patienteninformationen. Für die telemedizinische Durchführung der Schulungen sind in der Regel Videodienste zu verwenden, die die nach § 365 Absatz 1 festgelegten Anforderungen erfüllen.

B) Stellungnahme

Patientenschulungen sind eine wesentliche Säule strukturierter Behandlungsprogramme. Sie fördern das Selbstmanagement und dienen der besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Patienteninformationen können hierbei unterstützend eingesetzt werden, können aber keinesfalls strukturierte Schulungsprogramme durch qualifizierte Leistungserbringer ersetzen. Der G-BA hat zudem bereits in § 4 der DMP-A-RL Regelungen zur qualitätsgesicherten Durchführung von Videoschulungen getroffen sowie Regelungen, die es ermöglichen, dass es bei Fehlen von Patientenschulungsprogrammen nicht zu Verzögerungen des Programmstarts kommt. Die vorgesehene Verwendung digitaler medizinischer Anwendungen kann die Schulungen nicht ersetzen, weil sie die Anforderungen an eine persönliche oder kollektive (Gruppenschulung) nicht erfüllen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3c – § 137f Abs. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten für jede nach Absatz¹ festgelegte Krankheit ein strukturiertes Behandlungsprogramm anzubieten. Versicherten, die die Voraussetzungen für die Einschreibung in ein Programm erfüllen, ist die Teilnahme an dem Programm spätestens bis zum Ablauf eines Jahres nach dem erstmaligen Inkrafttreten der Anforderungen nach Absatz 2 zu ermöglichen. Darüber hinaus werden die Informationspflichten der Krankenkassen zu diesen Versorgungsangeboten geregelt.

B) Stellungnahme

Eine verpflichtende Umsetzung aller DMP durch die Krankenkassen wird abgelehnt. Durch die Verpflichtung würde die bisherige Freiwilligkeit und damit die Berücksichtigung der eigenen Versichertenstruktur für DMP-Angebote entfallen. Darüber hinaus weisen die etablierten DMP bereits einen sehr hohen Umsetzungsstand auf.

Bei einer einseitigen Umsetzungsverpflichtung durch die Krankenkassen kann das Ziel einer höheren Teilnehmerquote nicht erreicht werden. Wenn der Vertragsabschluss für die Kassen verpflichtend oder ein fehlender Vertragsabschluss für die Kassen mit Sanktionen belegt würde, wären diese u.U. gezwungen Verträge abzuschließen, die nicht sachgerecht sind. Es ist davon auszugehen, dass ein Konfliktlösungsmechanismus zu keinen schnelleren Vertragsabschlüssen führt und die Akzeptanz der DMP aufgrund der dadurch festgelegten vertraglichen Regelungen bzw. Vergütungen gefährden kann. Die Verantwortung einer nicht in der Regelversorgung implementierten und darüber hinaus außerbudgetär vergüteten Leistung muss in der Finanzhoheit der Krankenkasse verbleiben. Darüber hinaus reicht die mit der Verpflichtung zur Umsetzung neuer DMP verbundene enge Frist nicht für die Umsetzung der komplexen und zwingend erforderlichen technischen und organisatorischen Anforderungen aus. Hieraus können sich ebenfalls Qualitätseinbußen ergeben.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3d – § 137f Abs. 3a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 3a werden die Regelungen aus § 24 Absatz 1 Nummer 3 der RSAV überwiegend inhaltlich übernommen. Damit werden die dort bislang enthaltenen Informationspflichten gegenüber den Versicherten nunmehr gesetzlich vorgegeben. Nicht mehr enthalten sind die Vorgaben der Diagnosesicherung und zur Beendigung der Teilnahme bei fehlender Mitwirkung.

B) Stellungnahme

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Streichung der Zulassungsvoraussetzungen in § 24 RSAV. Die Regelung, dass die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS zukünftig entfallen soll, ist problematisch. Nur durch eine einheitliche Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen der Programme kann sichergestellt werden, dass die Anforderungen an die Umsetzung der DMP richtlinienkonform erfolgt und ist damit wesentlich für ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot. Der Wegfall der Diagnosesicherung und der Beendigungsanlässe führen zu einer unkontrollierten Teilnahme am DMP und ist daher abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3e – § 137f Abs. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

zu aa) Durch die Regelung geht die Aufgabe der Bestellung eines unabhängigen externen Sachverständigen zur Evaluation vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über.

zu bb) Durch die Ergänzung nach Satz 1 wird geregelt, dass Daten von Versicherten, die nicht mehr an den DMP teilnehmen und für die daher seit zwei Jahren keine Dokumentation nach den Vorgaben der DMP-A-RL des G-BA vorliegt, nicht mit in die Evaluation einbezogen werden.

zu cc) Durch den neuen Satz 3 wird geregelt, dass die von den Krankenkassen oder ihren Verbänden für jedes Kalenderjahr zu erstellenden Qualitätsberichte nicht mehr dem BAS vorzulegen sind. Zur Herstellung von Transparenz über die Qualität der Programme sind sie künftig in geeigneter Form, zum Beispiel im Internet, zu veröffentlichen.

B) Stellungnahme

zu aa) Die Aufgabenübertragung vom BAS auf den GKV-Spitzenverband ist im Zusammenhang mit dem Wegfall der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS zu sehen. Da diese abgelehnt wird, ist die Änderung entbehrlich.

zu bb) Die Regelung erscheint sachgerecht. Dadurch wird vermieden, dass Daten von Versicherten über viele Jahre mitgeführt werden, obwohl diese bereits seit längerer Zeit nicht mehr am DMP teilnehmen.

zu cc) Dieser Regelung wird zugestimmt.

C) Änderungsvorschlag

zu aa) Streichung.

zu bb) Keiner.

zu cc) Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3f – § 137f Abs. 6, 6a und 6b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 6 regelt, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen oder Landesverbänden von Krankenkassen Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen schließen. Geeignete Leistungserbringer können durch ihren Beitritt zu diesen Verträgen an der Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme teilnehmen. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, ist die Einleitung eines Schiedsverfahrens gem. Absatz 6a (neu) zu beantragen. Verträge, die vor dem Inkrafttreten dieser Regelung geschlossen wurden, bleiben unberührt. Sie gelten auch im Falle der Kündigung bis zum Geltungsbeginn eines neuen Vertrages weiter, der die Fortführung des strukturierten Behandlungsprogramms sicherstellt. Absatz 6a regelt das Nähere zu diesem Schiedsverfahren.

Der neue Absatz 6 b gibt vor, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände zur Sicherstellung der Beteiligung von Krankenhäusern an DMP mit geeigneten zugelassenen Krankenhäusern oder mit den Landeskrankenhausesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die im Rahmen der Programme zu erbringenden Krankenhausleistungen schließen, soweit die Anforderungen in der DMP-A-RL des G-BA dies erfordern. Diese Regelungen gelten entsprechend für die Sicherstellung der Beteiligung von Rehabilitationseinrichtungen.

B) Stellungnahme

Die in Absatz 6 neu geregelte verpflichtende Umsetzung aller DMP durch die Krankenkassen ist nicht zielführend. Durch die Verpflichtung würde die bisherige Freiwilligkeit und damit die Berücksichtigung der eigenen Versichertenstruktur für DMP-Angebote entfallen. Darüber hinaus weisen die etablierten DMP bereits einen sehr hohen Umsetzungsstand auf und die Krankenkassen sind an einer schnellstmöglichen Umsetzung interessiert. Bei einer einseitigen Umsetzungsverpflichtung durch die Krankenkassen kann das Ziel einer höheren Teilnahmequote nicht erreicht werden. Wenn der Vertragsabschluss für die Kassen verpflichtend oder ein fehlender Vertragsabschluss für die Kassen mit Sanktionen belegt würde, wären diese gezwungen Verträge abzuschließen, die nicht sachgerecht sind. Es ist davon auszugehen, dass ein Konfliktlösungsmechanismus zu keinen schnelleren Vertragsabschlüssen führt und die Akzeptanz der DMP aufgrund der dadurch festgelegten vertraglichen Regelungen bzw. Vergütungen gefährden kann.

Das in Absatz 6a geregelte Schiedsverfahren im Zusammenhang mit einem verpflichtenden DMP-Angebot wird abgelehnt. Es bliebe zudem ohne die Verpflichtung der Leistungserbringerseite, nicht nur die Verträge zur Umsetzung des DMP zu schließen, sondern diese auch durch die aktive Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten mit Leben zu füllen, ohne Konsequenz. Unabhängig von der grundsätzlichen Ablehnung ist problematisch, dass die zuständige Aufsicht bei Nichteinigung der Vertragspartner die Schiedsperson bestimmt. Derzeit sind fast alle DMP-Verträge kassenartenübergreifend geschlossen. Die kassenseitigen Vertragspartner unterliegen unterschiedlichen Aufsichten (Landes- oder Bundesaufsicht). Eine Zuständigkeitsregelung für die Festlegung einer Schiedsperson findet sich nicht.

Da die Vertragspflicht der Kassen und die Schiedsregelung nur auf Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzielt, bleibt offen, wie mit den in Art 2. Nr. 4 geregelten sonstigen Verträgen mit

Leistungserbringern gemäß § 137g Abs. 2 Satz 2 (neu) umzugehen ist. Bei einer Angebotspflicht über KV-Verträge werden alternative selektivvertragliche Modelle, z. B. mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten oder mit ärztlichen Gemeinschaften künftig gänzlich ausgeschlossen. Damit werden bewährte vertragliche Handlungsmöglichkeiten zugunsten von zwangsweise angeordneten Verträgen außer Kraft gesetzt. Die vorgesehene Bestandsschutzregelung reicht nicht aus, um die bisherigen Vertragsformen dauerhaft zu erhalten.

Verträge mit geeigneten Krankenhäusern zur Sicherstellung der Beteiligung von Krankenhäusern an DMP, die sich bisher aus den Überweisungsregelungen der DMP-A-RL ergeben haben und nun in Absatz 6b verpflichtend vorgesehen werden, sind von Beginn an Bestandteil der DMP.-Da die Krankenhäuser allerdings i.d.R. an den Prozessen im DMP nicht beteiligt sind und die stationäre Regelversorgung durch den bundesweiten Kontrahierungszwang gesichert ist, bedarf es keiner zusätzlichen vertraglichen Verpflichtung. Für die Rehabilitationseinrichtungen sollte ebenfalls die vertragliche Einbindung im DMP entfallen, da die rehabilitative Versorgung inhaltlich nicht in der DMP-A-RL geregelt wird.

C) Änderungsvorschlag

- Art 2 Nr. 3 f), hier: Abs. 6 u. 6a Streichung.
- Art 2 Nr. 3 f), hier: Abs. 6b Der bisherige Absatz wird ersetzt durch folgenden Satz:

„Eine vertragliche Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen entfällt.“

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3g – § 137f Abs. 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung weiterer Sätze in Absatz 3 und der sich ergebenden Änderung der Satznummerierung.

B) Stellungnahme

Da die Regelung abgelehnt wird, wonach Krankenkassen verpflichtet werden, Ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme anzubieten, ist die Folgeänderung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3h – § 137f Abs. 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem neuen Absatz 10 sind die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres an Änderungen der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 genannten Anforderungen anzupassen. Abweichend von § 140a Absatz 1 Satz 4 müssen Verträge, die nach § 73a, § 73c oder § 140a in der jeweils am 22. Juli 2015 geltenden Fassung zur Durchführung der Programme geschlossen wurden, nicht bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach § 140a ersetzt oder beendet werden..

B) Stellungnahme

Es handelt es sich um eine Folgeregelung der Neufassung des §137g. Alle Regelungen des § 137g mit Bezug zum Zulassungsverfahren sind entfallen, während andere Regelungen des §137g nun in § 137f Absatz 10 übernommen werden. Die Regelung, dass die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BAS zukünftig entfallen soll, ist problematisch (s. Art. 1 Nr. 9a u. Art 2 Nr. 4).

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 137g Abs. 1 bis 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 137g entfällt das bislang hier geregelte Zulassungsverfahren durch das BAS. Die vorherige Prüfung der Verträge und Zulassung der Programme durch das BAS ist im Hinblick auf die mit diesem Gesetz vorgesehene Abschaffung der Programmkostenpauschale für DMP nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht mehr gerechtfertigt. Die Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Handelns der Krankenkassen liegt damit bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. Anstelle des Zulassungsverfahrens werden in § 137g nunmehr weitere Vorgaben für die DMP gesetzlich vorgegeben. Inhaltlich entsprechen die Regelungen in den neuen Absätzen 1 bis 3 im Wesentlichen den Vorgaben in § 25 RSAV, die mit diesem Gesetz aufgehoben werden.

Absatz 1 entspricht im Wesentlichen inhaltlich § 25 Absatz 1 RSAV und übernimmt die Regelungen zur Dokumentation und Datenverarbeitung. Nicht übernommen wird die Bezugnahme auf eine Überprüfung der Einschreibung aufgrund des Wegfalls insbesondere der Regelungen in § 24 Absatz 2 RSAV.

Absatz 2 entspricht inhaltlich § 25 Absatz 2 und 3 RSAV und übernimmt die Datenverarbeitungs- und Informationsvorgaben.

Absatz 3 entspricht inhaltlich § 25 Absatz 4 RSAV und übernimmt die Regelung zur Datenübermittlung zum Zweck der Evaluation.

Absatz 4 enthält die Vorgabe für Verträge zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und koronare Herzkrankheit zur erfolgsabhängigen Vergütung. Der G-BA wird beauftragt, erstmals innerhalb von sechs Monaten für jede der genannten Krankheiten aus den bereits in der DMP-A-RL vorgegebenen Qualitätszielen mindestens drei Qualitätsziele auszuwählen, nach deren Erreichung sich die Höhe der Vergütung zu richten hat, und diese in seiner Richtlinie zu bestimmen. Kommt die Anpassung eines Vertrages nicht fristgerecht zustande, gilt er zunächst weiter und es ist ein Schiedsverfahren nach § 137f Absatz 6a ist unverzüglich einzuleiten.

B) Stellungnahme

Nur durch eine einheitliche Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen der Programme kann sichergestellt werden, dass die Anforderungen an die Umsetzung der DMP richtlinienkonform erfolgt und ist damit wesentlich für ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot. Daher ist die Neufassung des §137 f SGB V nicht erforderlich. Die Einführung erfolgsabhängiger Vergütungsmodelle wird kritisch gesehen. Eine Verpflichtung für erfolgsabhängige Vergütungsmodelle wird abgelehnt. Die verpflichtende Einführung solcher Modelle baut weitere Hürden für die Umsetzung der DMP auf. Bei Freiwilligkeit von erfolgsabhängigen Vergütungen entfällt die Notwendigkeit eines Schiedsverfahrens.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1-3: Streichung. Zu Absatz 4 siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 9 b.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung - zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 266 Absatz 8 wird in Satz 1 die Nummer 3 aufgehoben. Ferner wird Satz 2 gestrichen. Durch die vorgesehene Neuregelung entfällt somit die Verordnungsermächtigung des BMG zur Festlegung der Anforderungen an DMP.

B) Stellungnahme

Der Wegfall der Verordnungsermächtigung des BMG hinsichtlich der DMP ist eine Folge der beabsichtigten Änderung durch Artikel 2 Nummer 4 GHG . Da der Wegfall der förmlichen Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 4 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung - zu Buchstabe b)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 266 Absatz 11 Satz 4 wird um eine Regelung ergänzt, die vorgibt, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2025 nach Maßgabe der §§ 266 und 270 in der bis zum 31. Dezember 2025 geltenden Fassung erfolgen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung soll in Verbindung mit den vorgesehenen Änderungen nach Artikel 1 Nummer 10 und 11 sicherstellen, dass für das Ausgleichsjahr 2025 einmalig Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Entwicklung von DMP nach § 137g Absatz 1 und Absatz 1a erfolgen. Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 4 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben – zu Buchstabe b)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung des § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 entfällt die Vorgabe für die Krankenkassen zur versichertenbezogenen Meldung der Versichertentage mit Einschreibung in ein zugelassenes DMP nach § 137g Absatz 1 und Absatz 1a SGB V.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 2 Nummer 6 Buchstabe a GHG. Der Wegfall der Zuweisungen für Teilnehmende an strukturierten Behandlungsprogrammen in Form der DMP-Programmkostenpauschale ist vor dem Hintergrund der bestehenden Sonderbehandlung bzw. Privilegierung der DMP gegenüber anderen besonderen Versorgungsformen im Risikostrukturausgleich nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1 – § 15 - Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme – zu Buchstabe a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 15 Absatz 5 Satz 1 wird geändert, indem aufgrund der vorgesehenen Neufassung des § 137g SGB V differenzierte Verweise auf § 137g Absatz 1 und Absatz 1a aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 11. Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 3 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1 – § 15 - Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme – zu Buchstabe b)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 werden die vorgesehenen Datenübermittlungen der Versichertentage für in ein DMP eingeschriebene Versicherte durch entsprechende Verweise auf § 137g Absatz 1 und Absatz 1a (neu) erweitert. Mit dieser Änderung werden die Daten sowohl für Versicherte mit Einschreibung in ein durch das BAS zugelassenes DMP als auch für Versicherte mit Einschreibung in ein DMP nach § 137g Absatz 1a (neu) übermittelt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 11. Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 3 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1 – § 15 Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme – zu Buchstabe c)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 15 Absatz 7 erfolgen bezüglich der Vorgaben, ab wann die Einschreibung eines Versicherten in ein DMP beginnt bzw. endet, Änderungen, nach denen diese sowohl für durch das BAS zugelassene als auch für nicht förmlich zugelassene DMP gem. § 137g Absatz 1 bzw. Absatz 1a (neu) gelten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 11. Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 3 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1 – § 15 Abs. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen in Absatz 5 Satz 1 wird geregelt, dass die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds die Programmkostenpauschale für jeden Versicherten erhalten, der in ein nach § 137g Absatz 1 SGB V zugelassenes DMP oder in ein DMP ohne förmliche Zulassung nach § 137g Absatz 1a SGB V eingeschrieben ist. Mit der Übergangsregelung in § 27 Absatz 1 wird dieses Zuweisungsverfahren auf das Ausgleichsjahr 2025 begrenzt.

B) Stellungnahme

Mit dieser Anpassung wird die übergangsweise Zuweisung der PKP gemäß dem neuen Absatz 1a des § 137g bis einschließlich 2025 geregelt. Danach entfällt die Zulassung der DMP durch das BAS sowie die PKP. Der Wegfall der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme wird aus Gründen der Qualität der Programme als problematisch angesehen. Entsprechend wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 3 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1b – § 15 Abs. 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 10. Auch in der RSAV wird vorgegeben, dass die Krankenkassen zusätzlich je Versicherten die Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP nach § 137g Absatz 1a SGB V zu erheben und an das BAS zu übermitteln haben.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 10. Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1 – § 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben – zu Buchstabe a), aa)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 wird der Verweis auf § 15 Absatz 7 RSAV durch einen Verweis auf § 137f Absatz 3 SGB V ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 4 Nummer 3 (Streichung der Programmkostenpauschale).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1 – § 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben – zu Buchstabe a), bb), aaa-ccc

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 wird der Verweis auf § 15 Absatz 7 RSAV durch einen Verweis auf § 137f Absatz 3 SGB V ersetzt. Ferner wird das Wort „Zulassung“ sowie die Regelung zur Berücksichtigung der Programmkosten für DMP als Pauschalbetrag gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung zu Artikel 4 Nummer 3 im Kontext des Entfalls der DMP-Programmkostenpauschale ab 2026.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1 – § 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben – zu Buchstabe b)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 4 Absatz 2 Nummer 2 wird der Verweis auf § 15 Absatz 7 RSAV durch einen Verweis auf § 137f Absatz 3 SGB V ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung zu Artikel 4 Nummer 3 im Kontext des Entfalls der DMP-Programmkostenpauschale ab 2026.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2 – § 7 - Verarbeitung von Daten zur Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung in § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 werden ab dem Ausgleichsjahr 2026 bei der Übermittlung der im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch die Krankenkassen auch Aufwendungen versichertenbezogen übermittelt, die im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 und 4 SGB V und von ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Absatz 1 SGB V entstehen, wenn und soweit diese Leistungen im Rahmen eines DMP für eingeschriebene Versicherte erbracht werden. Dies gilt ebenfalls für die Programmkosten für in DMP eingeschriebene Versicherte, soweit diese Aufwendungen den Krankenkassen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von DMP entstehen.

B) Stellungnahme

Durch die beabsichtigte Neuregelung werden die o. g. Aufwendungen zukünftig versichertenbezogen bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt. Dies ist wegen der Streichung der Programmkostenpauschale und den hiermit verbundenen Regelungen folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3 – § 15

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung der Überschrift und des Absatzes 6 sowie die Streichungen der Absätze 5 und 7 bis 9 sind Folgeänderungen aufgrund der Streichung der PKP. In Absatz 5 entfällt die Regelung zur Konkretisierung des Zuweisungsverfahrens, in Absatz 6 entfallen die Vorgaben zur Erhebung und Übermittlung der Versichertentage mit Einschreibung und in den Absätzen 7 bis 9 entfallen die Regelungen der RSAV zur Einschreibung in ein DMP, zur Bereinigung der standardisierten Leistungs- und Verwaltungsausgaben sowie zur Rückzahlung der Zuweisungen für die Programmkostenpauschale.

B) Stellungnahme

Mit dem neu gefassten §15 fallen einheitlich geltende Regelungen zum Beginn und dem Ende der Teilnahme an einem DMP weg. Unabhängig von der nicht mehr erforderlichen Notwendigkeit im Zusammenhang mit der taggenauen Ermittlung der PKP hat diese Regelung auch Auswirkungen auf die einheitliche Umsetzung und somit auch auf die Qualität der angebotenen Programme. So kann insbesondere die Teilnahmedauer voneinander abweichen, was u.a. im Zusammenhang mit der Evaluation zu Verwerfungen führen kann.

C) Änderungsvorschlag

Bei Wegfall der PKP sollten zumindest an einer anderen Stelle Regelungen zur Festlegung eines einheitlichen Beginns und Ende der Teilnahme getroffen werden (z.B. in den Richtlinien des G-BA nach § 137f).

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da in Folge der beabsichtigten Neuregelungen ab dem Ausgleichsjahr 2026 keine gesonderten Zuweisungen für DMP mehr vorgesehen sind, erfolgt die entsprechende Anpassung der Überschrift dieses Paragraphen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe b)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da in Folge der beabsichtigten Neuregelungen ab dem Ausgleichsjahr 2026 keine gesonderten Zuweisungen für DMP mehr vorgesehen sind, wird Absatz 5, der entsprechenden Vorgaben zur Zuweisung der Programmkostenpauschale im RSA enthält, gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung der Programmkostenpauschale.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe c)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 15 Absatz 6 Satz 1 wird neu gefasst. Die bestehenden Regelungen zur Meldung der Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP entfallen. Die Vorgaben zur Meldung der Teilnahme an den in § 270 Absatz 4 Satz 1 SGB V genannten Leistungen bleiben bestehen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist eine Folgeänderung zu Artikel 2 Nummer 6 Buchstabe b. Aufgrund der Streichung der DMP-Programmkostenpauschale können in der RSAV die Vorgaben zur Erhebung und Übermittlung der entsprechenden Versichertentage entfallen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3 – § 15 – zu Buchstabe d)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Absätze 7 bis 9 des § 15 werden aufgehoben. Damit entfallen die Regelungen der RSAV zur Einschreibung in ein DMP, zur Bereinigung der standardisierten Leistungs- und Verwaltungsausgaben sowie zur Rückzahlung der Zuweisungen für die Programmkostenpauschale.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Streichung der DMP-Programmkostenpauschale sind die Regelungen der Absätze 7 bis 9 nicht mehr erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 4 – § 17

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen in Absatz 2 Satz 2 sind Folgeänderungen aufgrund des Wegfalls der Zulassung von DMP durch das BAS. Zukünftig fallen keine Vorhaltekosten mehr an, die aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren wären. In der Folge sind entsprechende Vorhaltekosten nicht mehr bei der Ermittlung des Zuweisungsvolumens für ein Ausgleichsjahr in Abzug zu bringen.

B) Stellungnahme

Da der Wegfall der Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme durch das BAS abgelehnt wird, wird auch die Folgeänderung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 4 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5 – § 20 – Prüfung der Datenmeldungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 4, in dem Vorgaben zur Prüfung der gemeldeten DMP-Versichertentage getroffen werden, wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Durch den Wegfall der Erhebung der DMP-Versichertentage sind in der Folge die entsprechenden Regelungen zur Prüfung obsolet geworden. Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7 – § 27 – Übergangsregelungen – zu Buchstabe a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste Satz 2 in Absatz 1 regelt, dass für die Ausgleichsjahre 2023 und 2024 die Regelungen betreffend die Berücksichtigung von DMP im RSA-Verfahren in der bis zum Tag der Verkündigung des GHG geltenden Fassung anzuwenden sind. Ferner wird durch die beabsichtigte Neuregelung für das Ausgleichsjahr 2025 geregelt, dass zur Berücksichtigung strukturierter Behandlungsprogramme die entsprechenden RSAV-Vorgaben in der bis zum 31. Dezember 2025 geltenden Fassung anzuwenden sind. Mit beiden Neuregelungen wird in Verbindung mit Artikel 5 (Inkrafttreten) sichergestellt, dass in den Ausgleichsjahren 2023 und 2024 ausschließlich Versichertentage mit Einschreibung in durch das BAS zugelassene DMP und im Ausgleichsjahr 2025 zudem auch Versichertentage aus nicht förmlich zugelassenen DMP im RSA Berücksichtigung finden.

B) Stellungnahme

Durch die beabsichtigte Neuregelung wird die vom Gesetzgeber intendierte einmalige zusätzliche Berücksichtigung der DMP-Einschreibungen nach § 137g Absatz 1a SGB V im Ausgleichsjahr 2025 eingeführt. Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 wird verwiesen. Um die weitere Förderung durch die DMP-Programmkostenpauschale in 2025 für die seitens des BAS zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramme sicherzustellen, ist in der Ergänzung in Absatz 1 Nr. 1 das Ausgleichsjahr 2025 hinzuzufügen. Die Ergänzung zu 2. entfällt. Ab dem Ausgleichsjahr 2026 entfällt dementsprechend eine Berücksichtigung von DMP im RSA.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Nach Maßgabe des §266 Absatz 11 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds:

Für die Ausgleichsjahre 2023, 2024 und 2025 insbesondere, dass die §§4, 15, 17 und 18 in der bis zum (einsetzen: Tag der Verkündigung des Gesetzes) geltenden Fassung anzuwenden sind.“

Artikel 4 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7 – § 27 – Übergangsregelungen – zu Buchstabe b)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung enthält die Ergänzung von Satz 3 in Absatz 2. Hierin werden die zur Prüfung der gemeldeten Versichertentage mit Einschreibung in ein DMP nach § 20 Absatz 4 RSAV heranzuziehenden Daten analog zur Berücksichtigung in der RSAV anhand der Übergangsregelung nach Absatz 1 Satz 2 (neu) definiert. Dementsprechend werden für die Ausgleichsjahre 2023 und 2024 ausschließlich die nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 gemeldeten Versichertentage mit Einschreibung in ein vom BAS zugelassenes DMP nach § 137g Absatz 1 geprüft. Im Ausgleichsjahr 2025 werden zusätzlich die nach § 137g Absatz 1a (neu) gemeldeten Versichertentage geprüft.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 4 Nummer 7 Buchstabe a. Da die befristete Förderung von DMPs ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, entfällt eine Meldung entsprechender Versichertentage und folglich auch deren Prüfung. Daher wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9 wird verwiesen. Um die Prüfung durch die DMP-Programmkostenpauschale in 2025 für die seitens des BAS zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramme sicherzustellen, ist in der Ergänzung in Absatz 2 Nr. 1 das Ausgleichsjahr 2025 hinzuzufügen. Die Ergänzung zu 2. entfällt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Werden im Rahmen der Prüfung nach §20 Absatz 4 die Daten nach §15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 für die Ausgleichsjahre 2023, 2024 und 2025 geprüft, sind nur die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach §137g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes, strukturiertes Behandlungsprogramm zu prüfen.“