

## Stellungnahme

# Referentenentwurf des BMG zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz GHG)

9. Juli 2024

## Vorbemerkung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in Deutschland und Europa. Eine verbesserte Früherkennung ist dringend notwendig, um Betroffene rechtzeitig zu identifizieren und zu behandeln. Der Gesetzesentwurf soll die Früherkennung und Versorgung nachhaltig verbessern und damit die Herz-Kreislauf-Gesundheit der Bevölkerung stärken.

Wir begrüßen die im Entwurf vorgesehenen drei Check-up-Untersuchungen im Alter von 25, 35 und 50 Jahren zur Verbesserung der Früherkennung bei Erwachsenen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung (GU) nach § 25 Absatz 1 SGB V (sogenannter „Check-up“) sowie die dafür nötige Weiterentwicklung der GU im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Tatsache, dass beim „Check-up 50“ der Fokus auf der Erkennung von Frühstadien von Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen soll, ist überfällig und unbedingt notwendig. Allerdings muss hier klar definiert werden, ob und wie auch Menschen über 50 Jahren in den „Check-up 50“ inkludiert sind.

Früherkennungsmaßnahmen für Menschen ab 65 Jahren sind entscheidend, da die Prävalenz struktureller Herzerkrankungen, wie Herzklappenerkrankungen, mit dem Alter stark ansteigt. Solche Früherkennungsmaßnahmen könnten die Lebenserwartung in Deutschland, die im westeuropäischen Vergleich unterdurchschnittlich ist, deutlich verbessern. Daher wird empfohlen, gezielte Check-up-Untersuchungen für über 65-Jährige und besonders für 75-Jährige in das „Gesundes-Herz-Gesetz“ aufzunehmen. Dadurch wird es Betroffenen ermöglicht, auch im Alter länger, besser und gesünder zu leben und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Zudem bewirkt eine gezielte Früherkennung, dass die hohen Kosten für eine Behandlung von chronischen Herzerkrankungen wegfallen.

Wir begrüßen die Einbeziehung der Krankenkassen, die zu Vorsorgeuntersuchungen einladen und Gutscheine verschicken. Die finanzielle Übernahme der Check-up-Untersuchen durch die Krankenkassen ist unbedingt erforderlich und muss langfristig erhalten bleiben.

Ebenso anerkennend heben wir als zusätzlich niedrigschwellige Maßnahme die Einbindung der Apotheken bei der Beratung und den Messungen zu Risikofaktoren (z. B. Diabetes) hervor. Dies ist sehr begrüßenswert, da so ein Engpass an Beratungsmöglichkeiten vermieden werden kann.

Die Aufnahme von „ergänzenden Laboruntersuchungen“ tragen ebenfalls zur Verbesserung der Prävention und Versorgungssituation bei. In diesem Zusammenhang ist hier zu definieren, welche Laboruntersuchungen in Betracht kommen. Im jetzigen Gesetzesentwurf findet sich lediglich die Testung auf HbA1c. Weitere Testungen, z. B. die Bestimmung des NT-pro BNP-Spiegels im Zuge dieser Laboruntersuchungen, wären notwendig, um Anzeichen, wie etwa einer Herzklappenerkrankung rechtzeitig zu erkennen. Diesen Ausgestaltungsspielraum sollte der Gesetzesgeber unbedingt ermöglichen. Die medizinischen Fachgesellschaften sollen bei der Festlegung zusätzlicher Labor- und Check-up-Untersuchungen eingebunden werden, da sie die notwendige Expertise besitzen. Eine langfristige Zusammenarbeit und regelmäßige Evaluation der Ergebnisse sind wünschenswert.

Auch die Berücksichtigung von spezifischen Bedarfen unterschiedlicher Zielgruppen und geschlechterbezogene Unterschiede beim Herz-Kreislauf-Risiko ist lobenswert. Sie muss in der Praxis jedoch auch flächendeckend umgesetzt werden. Dazu ist eine stärkere Sensibilisierung der Ärzteschaft sowie der Gesellschaft notwendig, die durch eine bessere Aufklärung erreicht werden kann. Hier könnte das geplante Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) eine führende Rolle spielen.

Zu guter Letzt halten wir die Stärkung und Weiterentwicklung der Disease-Management-Programme (DMP), insbesondere für die DMP für chronische Herzinsuffizienz, Adipositas und Diabetes, für dringend geboten. Die geplanten Maßnahmen zur Überführung der DMP in die Regelversorgung sichert den Zugang für alle chronisch kranken Versicherten. Die Beschleunigung der Umsetzung bei der Einführung neuer DMP und der Weiterentwicklung bestehender DMP können einen wichtigen Qualitätsimpuls für die Versorgung setzen. Bei der evidenzbasierten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der DMP muss zukünftig sichergestellt werden, dass alle evidenzbasierten und bedarfsnotwendigen Leistungen in das DMP aufgenommen werden können, auch wenn sie noch nicht Bestandteil der Regelversorgung sind. Bei der Finanzierung erhöhter Aufwände für die DMP über den Risikostrukturausgleich ist sicherzustellen, dass eine Zunahme der Kodierung aufgrund der verbesserten Versorgung nicht zum Greifen der Manipulationsbremse führt. HMGs, für die DMP existieren, sollten von der Manipulationsbremse ausgeschlossen werden.

## Änderungsvorschläge im Gesetzesentwurf

### Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Nr. 2 wird wie folgt geändert:

- a. § 25c Abs. 1 und Abs. 2 werden wie folgt ergänzt:

#### **Erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

(1) Versicherte, die das 25., das 35., **sowie** das 50., **das 65. sowie das 75. Lebensjahr** vollendet haben, haben Anspruch auf erweiterte Leistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, die der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und -Risiken dienen. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob sich der Gemeinsame Bundesausschuss bereits mit diesen erweiterten Leistungen befasst hat.

(2) Versicherte werden von ihrer Krankenkasse mit Vollendung des 25., des 35. **sowie** des 50., **des 65. sowie des 75. Lebensjahres** persönlich in Textform zu einer Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 eingeladen.

(...)

**Begründung:**

Die Einladung der Versicherten zu Gesundheitsuntersuchungen durch die Krankenkassen mit Vollendung des 25., 35., und 50. Lebensjahres ist sinnvoll, da so die Krankenkassen in den Prozess eingebunden werden. Allerdings ist unklar, ob Personen über 50 Jahren, insbesondere über 65 und 75 Jahren, auch teilnehmen dürfen, obwohl ihr Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem Alter deutlich ansteigt.

Aus diesem Grund sollte der Gesetzestext dahingehend klargestellt werden, dass auch über 50-Jährige, über 65-Jährige und über 75-Jährige+ in die Gesundheitsuntersuchung inkludiert sind. Darüber hinaus sollten diese Versicherten zusätzlich durch die Mitgliederzeitschriften oder andere Informationsmedien der Krankenkassen informiert werden.

b. In § 25c Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- (1) ergänzende Leistungen zur Erfassung spezifischer Risiken und Erkennung von Risikoerkrankungen und Krankheitsvorstufen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter von 25, 35 ~~und~~ 50, 65 sowie 75 Jahren **unter Einbeziehung der Expertise ärztlicher Fachgesellschaften,**
- (2) Vorgaben für standardisierte Fragebögen zur Erfassung spezifischer Risiken und Risikoerkrankungen für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung im Alter von 25, 35 ~~und~~ 50, 65 sowie 75 Jahren,
- (3) Vorgaben für die ärztliche Vergütung.
- (4) **Vorgaben für zu erfolgende Laboruntersuchungen unter Einbeziehung der Expertise der medizinischen Fachgesellschaften,**

**Begründung:**

Es handelt sich zum einen um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Einbeziehung der 65- und 75-Jährigen.

Darüber hinaus ist die Einbindung von Sachverständigen der medizinischen Fachgesellschaften bei der Regelung der Leistungsanforderungen notwendig, da sie die Expertise haben, um zu beurteilen, welche Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen notwendig und sinnvoll sind.

Konkret ist zu definieren, was genau unter „ergänzenden Leistungen“ in § 25c Abs. 5 Nr. 1 und Nr. 4 neu zu verstehen ist, und ob darunter beispielsweise auch die Bestimmung des NT-pro BNP-Spiegels fällt. Der Ausgestaltungsspielraum der medizinischen Fachgesellschaften muss so groß ein, dass diese wichtigen Laboruntersuchungen einbezogen werden können.

## Weiterer Handlungsbedarf

Zusätzlich sehen wir für den Bereich von Herz-Kreislauf-Erkrankungen folgende Maßnahmen als zielführend an:

### Prävention und Früherkennung

- Patienten-initiierte Check-Up-Möglichkeiten (Wearables, Handheld ECG) in die Gesundheitsuntersuchung mit einbinden
- Vorhandene Früherkennungsprogramme stärker bewerben, die sich auf Hochrisikopatienten (Typ-2-Diabetes, Niereninsuffizienz, Hypertonie etc.) konzentrieren und ebenfalls eine verbesserte Prävention im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ermöglichen
- Online Herz-Risiko-Test zur niederschweligen Einschätzung des persönlichen Risikos und zur Sensibilisierung für Frühsymptome (Beispiel aus Österreich [www.herzfonds.at/herzvorsorge/risikotest/](http://www.herzfonds.at/herzvorsorge/risikotest/))
- Check-Up 65-Screening auf Vorhofflimmern einführen und strukturierte Diagnostik bei Erstverdacht einleiten
- Vorhofflimmern frühzeitig erkennen und geeignete Rahmenbedingungen für den Einsatz erforderlicher Medizinprodukte oder Untersuchungsmethoden sicherstellen, z. B. durch angepasste Abrechnungsmöglichkeiten
- Erweiterte Check-Up-Inhalte durch medizinische Fachgesellschaften festlegen

### Versorgung sektorübergreifend und interdisziplinär gestalten

- Neue interdisziplinäre und sektorale Versorgungskonzepte nötig, besonders im Rahmen der DMP, um die Langzeitversorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland zu verbessern: Die aktuellen DMP sind spezifisch auf einzelne Erkrankungen ausgerichtet und berücksichtigen oft nicht die Bedürfnisse von Patienten mit mehreren gleichzeitig bestehenden Krankheiten (multimorbide Patienten). Typ-2-Diabetes, Niereninsuffizienz oder Hypertonie werden in den bestehenden DMP isoliert behandelt, was zu bürokratischem Aufwand durch Doppeluntersuchungen, Falschdiagnosen und Behandlungskonflikten führt und die Versorgungsqualität gefährdet.
- Stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung aller an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen
- Softwarebasierte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer etablieren, die auf den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften basieren. Diese sollen eine leitliniengerechte medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie bei multimorbiden Herz-Kreislauf-Erkrankten-Patienten fördern.

### Kardiologische Forschung sowie Innovationen fördern und digitale Anwendungen nutzen

- Digitale Tools gezielt nutzen, z. B. sollte das kardiale Telemonitoring systematisch um weitere Indikationen und Methoden ausgebaut und die dafür notwendige technische Infrastruktur erstattet werden, damit am Herz-Kreislauf-System erkrankte Patienten zeitnah bedarfs- und leitliniengerecht versorgt werden
- Präventive Überwachung der Träger kardialer Implantate benötigt, die durch Telemedizin und Nutzung vorhandener individueller Daten verbessert werden könnte. Kardiale Implantate liefern wertvolle Informationen über den Gesundheitszustand des Herzens, die derzeit nicht vollständig genutzt werden.

- Telemedizinische Überwachung von Blutdruck, Puls und Gewicht sowie auslesbare Implantatdaten bei Implantatträgern sollten bei DMP KHK und DMP Herzinsuffizienz zur Früherkennung von Herzinsuffizienz genutzt werden. Alle am DMP teilnehmenden Leistungserbringer, einschließlich Krankenhäuser, sollten diese Überwachung durchführen dürfen.
- „Generalindikation Telemonitoring“ mit Blick auf multimorbide Herz-Kreislauf-Erkrankte-Patienten ermöglicht, Herz-Kreislauf-Erkrankte-Patienten mit Asthma/COPD, Diabetes oder Adipositas bedarfsgerecht zu versorgen. Analog der telemedizinischen Funktionsanalyse bei kardialen Devices ist insbesondere eine Aufnahme und Honorierung der telemedizinischen Datenanalyse im Diabetesbereich wünschenswert.
- Klinische und anwendungsbezogene Forschung zu HKE systematisch ausbauen und verbessern
- Pilotprojekte im Rahmen neuer öffentlich-privater Partnerschaften für Gesundheitsinnovationen fördern, um einen schnellen und sicheren Innovationszugang zu ermöglichen
- Einrichtung wissenschaftlicher Register durch Digitalisierung erleichtert, wie das „Nationale Register für Herzpatienten“, zur systematischen Erfassung und sektorübergreifenden Zusammenführung von Daten zur Morbidität, Mortalität und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankte-Patienten. Diese Longitudinaldaten sollten, z. B. über die elektronische Patientenakte, schnell verfügbar gemacht werden, um den Behandlungserfolg zu verbessern.
- Fehlanreize in der Vergütung von Innovationen abbauen und schnellere Zugangswege (langwierige G-BA-Verfahren, Fristen einhalten) schaffen

### **Versorgungslücken durch strukturierte Behandlungsprogramme schließen**

Die Anforderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die Behandlung von DMP werden vom G-BA nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert. Wissenschaftliche Grundlage der Anforderungen ist die vom IQWiG erstellte Leitliniensynopse. Bei der Ausgestaltung der Anforderungen an ein DMP steht jedoch primär die Strukturierung bereits in der Regelversorgung vorhandener Leistungen im Vordergrund. Leistungen, die nach der Leitliniensynopse des IQWiG für das DMP empfohlen werden, aber nicht Bestandteil der Regelversorgung sind, werden nicht in den DMP-Anforderungen des G-BA berücksichtigt. In diesem Falle entspricht die DMP-Anforderung nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Ein Beispiel hierfür ist die Nicht-Aufnahme der individuellen Ernährungstherapie als Basismaßnahme im DMP Adipositas. Hierzu heißt es in den Tragenden Gründen zum G-BA Beschluss zum DMP Adipositas in den Eckpunkten der Entscheidung: „Grundlage des Adipositas-Managements ist eine individuell gestaltete Umstellung der Ernährung und Steigerung der Bewegung. Hinsichtlich der in den Leitlinien hierzu empfohlenen Maßnahmen zur individuellen Ernährungstherapie und Verhaltenstherapie (IQWiG-Bericht Kapitel Basistherapie-Ernährung und Kapitel Basistherapie-Verhaltenstherapie) ist jedoch insbesondere zu beachten, dass Ernährungstherapie und -beratung als therapeutische Option allein aufgrund einer Adipositas keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist.“ [G-BA 2024; Tragende Gründe zu Anlage 23 (DMP Adipositas) der DMP-A-RL].

Wir schlagen vor, folgende Inhalte ins SGB V aufzunehmen:

### **DMP-Anforderungen evidenzbasiert und nicht ausschließlich auf Grundlage des GKV-Regelleistungskatalogs definieren**

Potenzielle und bestehende Versorgungslücken in der evidenzbasierten Behandlung werden durch die DMP-Anforderungen geschlossen und nicht weiterhin durch die DMP-Anforderungen des G-BA normiert.

In § 137f Absatz 2 SGB V sollte daher geregelt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei der evidenzbasierten Ausgestaltung der DMP-Anforderungen auch Leistungen berücksichtigt, die dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors entsprechen (vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V), aber noch keine Regelleistung der GKV sind.

### **Mit digitalen Anwendungen strukturierte Behandlungsprogramme unterstützen**

Der Kern strukturierter Behandlungsprogramme ist das leitliniengerechte Management der Patienten mit der Hausarztpraxis im Zentrum. Digitale Instrumente könnten die Praxisarbeit erleichtern, indem sie Terminmanagement und Datenaustausch für das DMP an einer Stelle verbinden und mit den Systemen der Ärzte kommunizieren. Solche Tools existieren derzeit nicht. Eine neue Kategorie digitaler Anwendungen im Rahmen der DMP soll eingeführt und vergütet werden, gekoppelt an die DMP-Teilnahme. Diese Nutzung ist freiwillig und kann mit der ePA verknüpft werden. Krankenkassen können regional kooperieren, um eine einheitliche Umsetzung zu ermöglichen.

Wir schlagen vor, folgende Inhalte ins SGB V aufzunehmen:

### **Digitale Anwendungen zur Umsetzung der DMP einzusetzen für Krankenkassen ermöglichen und ggf. den Versicherten regional gemeinschaftlich anzubieten**

Die Krankenkassen können zur Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme digitale Anwendungen einsetzen, die die Versicherten

- beim Terminmanagement unterstützen
- bei krankheitsbezogenen Lebensstilveränderungen unterstützen
- Schulungsinhalte des DMP vertiefen
- digitalen Austausch von Daten mit dem PVS-System ermöglichen

#### **Finanzierung:**

Die Kosten für diese digitalen Anwendungen können im Rahmen Risikostrukturausgleich geltend gemacht werden.

#### **Kontakt**

Olaf Winkler  
Referat Industrieller Gesundheitsmarkt  
[winkler@bvmed.de](mailto:winkler@bvmed.de)

#### **BVMed**

Bundesverband Medizintechnologie e.V.  
Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin  
+49 30 246 255 - 26  
[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)