

Wirksame Prävention statt Medikalisierung

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG)

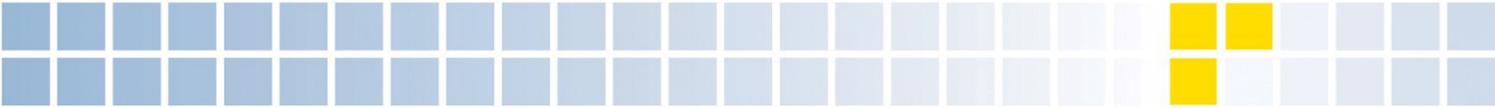
9. Juli 2024

Zusammenfassung

Der Entwurf stellt richtigerweise fest, dass Deutschland das teuerste Gesundheitssystem der EU hat, aber damit nur knapp mittelmäßige gesundheitliche Outcomes erreicht. Es ist aber zu erwarten, dass die vorgesehene ungezielte Ausweitung der frühzeitigen Verordnung von Statinen zu Lasten des Präventionsbudgets der gesetzlichen Krankenkassen geht und eine ungezielte Ausweitung von Check-ups nicht zur Verbesserung der Situation beiträgt. Vielmehr ist zu erwarten, dass die Kosten und damit die Belastung der Beitragszahlenden nach oben getrieben wird, da die bereits knappen Zeitressourcen im Gesundheitssystem noch weiter verknappt werden. Vor dem Hintergrund der historisch höchsten, dynamisch steigenden Krankenkassenbeitragssätze und der absehbar weiter steigenden Renten- und Pflegebeitragssätze müssen jetzt alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen, anstatt sie noch mehr nach oben zu treiben. Ein weiterer Anstieg der Belastung des Faktors Arbeit muss unbedingt verhindert werden, damit Beschäftigung in Deutschland erhalten bleibt und die Jobs der Zukunft hier geschaffen werden.

Für eine wirksame Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollte statt einer Ausweitung von Medikalisierung und Check-ups zu Lasten der Leistungen der Krankenkassen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention der Fokus auf einer Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz der Menschen, beispielsweise in den Bereichen Bewegung und Ernährung, gesetzt werden. Eine vorbeugende Verschreibung von Statinen belastet die Beitragszahlenden mit Mehrkosten und ist bei Menschen ohne besondere Risikofaktoren und vor allem Kindern ohne Fettstoffwechselstörung auch ärztlich nicht unumstritten. Zusätzliche Check-up-Angebote sind nur wenig zielführend, denn typischerweise nutzen die betroffenen Risikogruppen gerade nicht die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchungen. Stattdessen werden in den Arztpraxen durch zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen ärztliche Ressourcen und Behandlungstermine verknappt.

Das Gesundheitssystem darf zudem nicht weiter Richtung „Staatsmedizin“ getrieben werden, indem per Verordnung medikamentöse Therapien und Vorsorgeuntersuchungen geregelt werden, sondern dies muss weiter durch evidenzbasierte Nutzenbewertungen in den gemeinsamen Selbstverwaltungen erfolgen. Zudem müssen die Krankenkassen bzw. die soziale Selbstverwaltung selbst über die Verwendung ihrer Beitragsgelder im Rahmen der Präventionsausgaben entscheiden können. Wenn per staatlicher Verordnung Präventionsausgaben in bestimmte Maßnahmen fließen sollen, bedeutet dies de facto eine Kürzung der bestehenden Präventionsangebote und -leistungen. Die Krankenkassen leisten mit ihrem Präventionsangebot eine sehr gute und wichtige Arbeit im Bereich der Prävention, die auch durch die Zentrale Prüfstelle Prävention bundesweit qualitätsgesichert ist. Das muss weiterhin so möglich sein.



Im Einzelnen

Kosten begrenzen anstatt ungezielter Medikalisierung mit der Gießkanne

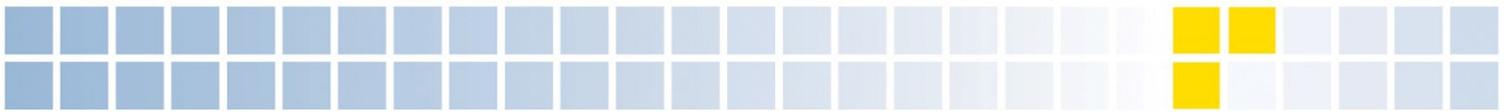
Die im Referentenentwurf vorgesehene Ausweitung der frühzeitigen Verschreibung von Statinen zur Vorbeugung schwerer kardiovaskulärer Ereignisse wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle auch bei nicht mit hohen Risiken behafteten Personen lässt befürchten, dass es zu Verordnungen mit der Gießkanne kommt. Die Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen ist an sich rückläufig, so dass hier für Aktionismus keine Notwendigkeit besteht. Der Aspekt, dass die Einnahme von Statinen auch erhebliche Nebenwirkungen wie z. B. muskuläre Beschwerden (Schmerzen, Myalgien bis hin zu klinisch manifesten Myopathien und Rhabdomyolyse) haben kann, scheint bei den Überlegungen zum Referentenentwurf vernachlässigt worden zu sein. Hinzu kommt, dass die Evidenz der Behandlung von Statinen von jungen Kindern ärztlich umstritten ist.

Wichtiger wäre vor allem, an einer Veränderung der Lebensgewohnheiten im Bereich Ernährung und Bewegung anzusetzen. Denn kardiovaskuläre Erkrankungen haben häufig verhaltensbedingte Ursachen. Hier sind die Krankenkassen bereits aktiv. Bei jungen Menschen könnte man mit guten Präventionsangeboten langfristig eine Änderung des Lebensstils erreichen. Gerade hier müssen die Ursachen der Erkrankungen angegangen und nicht vorbeugend mögliche Risiken mit Medikamenten behandelt werden.

Die vorbeugende Verschreibung mit Medikamenten belastet zudem die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Not mit weiteren Kosten. Den Beitragszahlenden droht nach aktuellen Schätzungen bereits eine Erhöhung um mindestens 0,5 Beitragssatzpunkten zum Jahr 2025. Dies liegt vor allem an dem sich derzeit weiter verstärkendem Trend, dass die Ausgaben viel stärker als die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung steigen. Im ersten Quartal 2024 erhöhten sich die Leistungsausgaben bereits um 7,1 %. Für das Gesamtjahr 2024 wird mit einer Zunahme von 6,5 % und für 2025 von 5,0 bis 5,5 % gerechnet. Die Beitragseinnahmen dürften in diesem Jahr hingegen lediglich um 5,4 % steigen und im kommenden Jahr um 4,4 % (Schätzung des GKV-SV, Stand: Juni 2024). Damit läuft die Ausgaben-Einnahmen-Schere immer weiter auseinander. Die Mehrausgaben der sehr teuren laufenden Gesetzesvorhaben der Regierung in dieser Legislaturperiode sind dabei noch nicht einmal eingepreist. In kaum einem anderen Land bleibt den Beschäftigten so wenig von ihrem erwirtschafteten Einkommen wie in Deutschland. Vor allem die hohen Sozialbeiträge sind dafür verantwortlich, dass netto so wenig für die Beschäftigten bleibt. Vor dem Hintergrund der historisch höchsten, dynamisch steigenden Krankenkassenbeitragssätze und den absehbar weiter steigenden Renten- und Pflegebeitragssätzen müssen jetzt alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen, anstatt sie noch mehr nach oben zu treiben. Ein weiterer Anstieg der Belastung des Faktors Arbeit muss unbedingt verhindert werden, damit Beschäftigung in Deutschland erhalten bleibt und die Jobs der Zukunft hier geschaffen werden.

Ausweitung von Check-ups und Diagnostik löst keine Probleme

Die vorgesehenen Leistungserweiterungen für die Gesundheitsuntersuchung (sogenannter „Check-up“) im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist insbesondere für 25- und 35-jährige Personen kritisch zu sehen. Auch hier wäre eine Stärkung der Gesundheitskompetenz wichtiger als ständige Untersuchungen, die im Zweifel eine Pathologisierung und Verschreibung von Medikamenten anstatt eine Lebensstiländerung fördern. Die Ausweitung der Beratung in Apotheken lässt auch eine weitere Medikalisierung befürchten. Da kardiovaskuläre Erkrankungen oftmals verhaltensbedingt sind, erscheinen zusätzliche Check-ups wenig zielführend, denn typischerweise nutzt die betroffene Risikogruppe gerade nicht die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchungen. Zusätzliche Check-ups führen daher vor allem zu einem



Mehraufkommen gesunder Patienten in den Arztpraxen, weitere Verknappung verfügbarer Arzttermine und Überversorgung. Statt einer Ausweitung von Check-ups sollte der Schwerpunkt hier auf Verhaltensprävention gelegt werden. Zudem birgt jedes Screeningprogramm grundsätzlich auch ein Schadenspotenzial, gerade deshalb sollten bestehende Früherkennungsuntersuchungen ohne evidenzbasierten Nutznachweis auch keinesfalls ausgeweitet werden.

Aushöhlung der Selbstverwaltung unterlassen – Evidenzbasierte Bewertung im G-BA und Bestimmung der Krankenkassen über Präventionsausgaben nicht unterlaufen

Die Selbstverwaltung darf nicht ausgehöhlt werden. Anstelle der vorgesehenen Umsetzung der im Referentenentwurf enthaltenen Maßnahmen per Verordnung muss weiterhin eine evidenzbasierte Bewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen. Im G-BA wird auf der Basis der Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Abwägung von Kosten und Nutzen vorgenommen und der jeweilige Zusatznutzen von Maßnahmen geprüft. Dieses bewährte Vorgehen der gemeinsamen Selbstverwaltung wird unterlaufen, wenn per Verordnung medikamentöse Therapien mit Statinen ausgeweitet oder Vorgaben zu Check-ups gemacht werden.

Die Krankenkassen müssen zudem weiter selbst über die Verwendung der Beitragsgelder zur Prävention für die Versicherten entscheiden können. Insoweit stellen nicht nur die zusätzlichen Check-ups sondern z. B. auch „kleinere“ Maßnahmen wie die Ausweitung der medikamentösen Therapie zur Nikotinentwöhnung einen deutlichen Eingriff in die Selbstverwaltung dar, denn andere Präventionsmaßnahmen zur Bekämpfung der Nikotinsucht könnten unter Umständen erfolgversprechender sein. Wenn per staatlicher Verordnung Präventionsausgaben in bestimmte Maßnahmen umgeleitet werden sollen, bedeutet das de facto eine Kürzung der bestehenden Präventionsangebote und -leistungen. Dabei wurde die Qualität und Wirksamkeit jedes einzelnen Präventionsangebotes und jedes einzelnen Kurses bundesweit einheitlich durch eine eigene Institution der GKV (Zentrale Prüfstelle Prävention) geprüft. Es ist nicht hinnehmbar, dass hier staatlich „reingeregelt“ werden soll. Die Krankenkassen und die soziale Selbstverwaltung benötigen keine weiteren staatlichen Vorgaben dazu, wie sie ihre Beitragsgelder verwenden sollen.

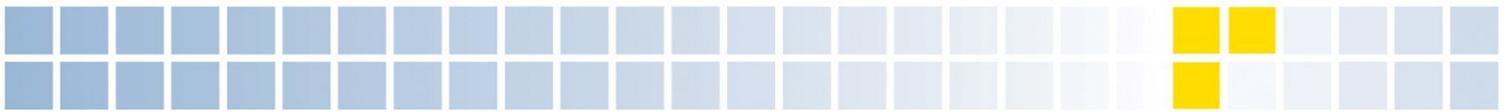
Zurecht gilt in Deutschland das Prinzip der Selbstverwaltung, nach dem der Staat nur die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben vorgibt (SGB V), die Beitragszahlenden und die Träger des Gesundheitswesens sich jedoch selbst organisieren, um in eigener Verantwortung die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Dieses Prinzip ist ein konstitutives Merkmal unserer sozialen Marktwirtschaft und stellt die notwendige Staatsferne der Sozialversicherung sicher. Die Selbstverwaltung sorgt mit der Berücksichtigung der unterschiedlichen Expertise und Interessen für ausgewogene und lebensnahe Sachlösungen, und stellt den Ausgleich von qualitativ hochwertigen Leistungen einerseits und effizientem und wirtschaftlichem Mitteleinsatz andererseits sicher. Dieses Erfolgsmodell wird – ohne Not – gefährdet und die Gesundheitsversorgung in Richtung einer „Staatsmedizin“ durch das Ministerium verschoben. Andere Länder – z. B. England – zeigen eindrücklich die negativen Seiten einer fehlenden Staatsferne des Gesundheitssystems.

Gesundheitskompetenz der Versicherten verbessern und Individualkurse für Versicherte weiter ermöglichen, betriebliche Gesundheitsförderung nicht erschweren

Das Ziel des Gesetzentwurfes, die Herzgesundheit zu stärken, indem die Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere durch Prävention von Gesundheitsrisiken im privaten und familiären Bereich der Menschen, gefördert werden sollen. Es gibt jedoch erfolgversprechendere Wege als eine Ausweitung von Medikalisierung oder Gesundheits-Check-ups. Es muss verstärkt die Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz der Menschen in den Blick genommen werden, also Menschen dahingehend zu befähigen, gesundheitskompetente Entscheidungen zu treffen, gesündere Gewohnheiten zu entwickeln und sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Das wird durch dieses Gesetzvorhaben nur unzureichend erreicht. Hier sollte das Bundesgesundheitsministerium noch einmal nachbessern.

Prävention und Gesundheitsförderung werden immer wichtiger. Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Unternehmen engagieren sich dazu im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und kommen damit ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nach. 72 % der Betriebs- und Personalräte berichten darüber, dass BGF-Maßnahmen angeboten werden (vgl. WSI-Report 89, 2023). Die Krankenkassen erreichten im Jahr 2022 beim Thema BGF so viele Betriebe wie nie zuvor, insgesamt 43 % mehr Betriebe als im Jahr zuvor (GKF-Präventionsbericht 2023). Auch die Arbeitgeberverbände unterstützen die Unternehmen mit ihren vielfältigen Informationsangeboten zum Thema BGF. Stellvertretend möchten wir auf die BDA-Website www.aktiv-im-unternehmen.de mit vielen Informationen, Leitfäden, Handlungshilfen und guten Praxisbeispielen zur betrieblichen Gesundheitsförderung hinweisen.

Die Krankenkassen benötigen ausreichend Mittel für Prävention und BGF, um die Bedarfe der Versicherten bzw. Unternehmen bedienen zu können. Die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierten Präventionskurse zur Individualprävention zu den Themen Bewegung, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement, Entspannungsverfahren und Suchtprävention werden von den Beschäftigten in Anspruch genommen, von den Krankenkassen gefördert und können von den Unternehmen steuerlich abgesetzt werden. Insbesondere Kurse zur Bewegungsförderung sind besonders beliebt bei den Versicherten. Das Bundesgesundheitsministerium hat letztes Jahr den Runden Tisch Bewegung durchgeführt, um Bewegung in Deutschland zu stärken. Dabei hat sich auch die BDA mit eigenen Vorschlägen und Beiträgen eingebracht, die bereits umgesetzt wurden. Vor dem Hintergrund überrascht es, dass es durch diese neue Gesetzesinitiative zu einer Einschränkung des Angebots an Präventionskursen zur Bewegungsförderung kommt, wodurch Bewegung eben nicht gestärkt wird. Denn durch die im Referentenentwurf vorgesehene Anrechnung medizinischer Leistungen auf die Präventionsleistungen der Krankenkassen werden diesen die Grundlage für umfangreiche Präventionskursangebote entzogen. Den gesetzlichen Krankenkassen stehen rechnerisch 186 Mio. € für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention zur Verfügung. Konkret handelt es sich in diesem Bereich um zertifizierte Bewegungsangebote in Sportvereinen, Kurse zur Sturzprophylaxe, Angebote zum Stress- und Ressourcenmanagement, zur Entspannung, gesunden Ernährung und Gewichtsreduktion, Kompaktangebote für pflegende Angehörige, Kurse für Kinder und Jugendliche und digitale Präventionsangebote. Die aufgrund der im Entwurf vorgesehenen Regelungen entstehenden Mehrkosten im Bereich der Verordnung von Statinen (90 Mio. € pro Jahr laut Schätzung im Gesetzentwurf), der Nikotinersatztherapie (200 Mio. € laut Schätzung der Krankenkassen) und der erweiterten Gesundheitsuntersuchungen (70 Mio. € laut Schätzungen der Krankenkassen) würden das Budget der Krankenkassen für diese Leistungen mehr als vollständig aufzehren und könnten daher nicht weiter aufrechterhalten werden.



Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.