



**Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach
§ 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V**

Stand: 21. Juli 2016

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss.....	5
A-1	Rechtsgrundlage.....	5
A-1.1	GU-RL	5
A-1.2	Kinder-RL	5
A-1.3	JGU-RL	6
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	7
A-2.1	GU-RL	7
A-2.2	Kinder-RL	8
A-2.3	JGU-RL	10
A-3	Verfahrensablauf	12
A-4	Beschlüsse	13
A-4.1	Beschluss zur Änderung der GU-RL.....	13
A-4.2	Beschluss zur Änderung der Kinder-RL.....	16
A-4.3	Beschluss zur Änderung der JGU-RL	19
A-4.4	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V – GU-RL.....	22
A-4.5	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V – Kinder-RL.....	23
A-4.6	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V – JGU-RL	24
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA.....	25
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	25
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	25
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	25
B-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen	26
B-4.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde – GU-RL	26
B-4.2	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde – Kinder-RL.....	27
B-4.3	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde – JGU-RL.....	28
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	29
B-5.1	Beschlussentwurf, Tragende Gründe und Richtlinien im Änderungsmodus	29
B-5.1.1	Position GKV-SV/KBV zur Änderung der GU-RL.....	30
B-5.1.1.1	Beschlussentwurf	30
B-5.1.1.2	Tragende Gründe	33
B-5.1.1.3	GU-RL im Änderungsmodus.....	37
B-5.1.2	Position GKV-SV/KBV/KZBV zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Kinder-RL vom 18.06.2015.....	42
B-5.1.3	Beschlussentwurf	42

B-5.1.3.1	Tragende Gründe	45
B-5.1.3.2	Beschluss vom 18.06.2015 im Änderungsmodus	49
B-5.1.4	Position GKV-SV/KBV zur Änderung der JGU-RL.....	96
B-5.1.4.1	Beschlussentwurf	96
B-5.1.4.2	Tragende Gründe	99
B-5.1.4.3	JGU-RL im Änderungsmodus	103
B-5.1.5	Position Patientenvertretung	107
B-5.1.5.1	Beschlussentwurf zur Erstfassung einer Präventionsempfehlungs- Richtlinie.....	107
B-5.1.5.2	Tragende Gründe	111
B-6	Schriftliche Stellungnahmen.....	116
B-6.1	Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der im Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen / Organisationen – GU-RL	116
B-6.2	Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der im Kapitel B-4.2 aufgeführten Institutionen / Organisationen – Kinder-RL.....	138
B-6.3	Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der im Kapitel B-4.3 aufgeführten Institutionen / Organisationen – JGU-RL.....	151
B-6.4	Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen – Erstfassung einer Präventionsempfehlungs-Richtlinie	166
B-7	Mündliche Stellungnahmen.....	179
B-7.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	179
B-7.2	Wortprotokoll der mündlichen Anhörung	181
B-7.3	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen.....	195
C	Bürokratiekostenermittlung.....	218
C-1.1	GU-RL	218
C-1.2	Kinder-RL	218
C-1.3	JGU-RL	219

Hinweis:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Auftrag, die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterzuentwickeln. Dabei soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen (PrävE) auszustellen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten beizutragen. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser PrävE regelt. Der G-BA hat mit Beschluss vom 20. August 2015 die Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) beschlossen. Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) hat zur Ausgestaltung und Verortung der Regelungen über die Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §§ 25 Absatz 1 Satz 2, 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V beraten. Der UA MB ist zu keiner übereinstimmenden Auffassung über die Ausgestaltung und Verortung der o.g. Regelungen zur PrävE gelangt. Die Patientenvertretung hat dem Plenum zu seiner Sitzung am 21. Juli 2016 einen eigenen Entwurf zur Erstfassung einer Präventionsempfehlungs-Richtlinie (PrävE-RL) vorgelegt. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben Beschlusssentwürfe zur Verortung der Ausgestaltung der Regelungen zur PrävE

- in den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (GU-RL) nach § 25 Absatz 1 Satz 2 SGB V
- in der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie) nach § 26 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) und
- in den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL) nach § 26 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V

dem Plenum zur Entscheidung vorgelegt.

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2016 beschlossen, die o.g. Richtlinien zu ändern. Diese Zusammenfassende Dokumentation bildet das gesamte Verfahren zum Beratungsthema „*Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V*“ ab. Redundanzen bei der Angabe von Abkürzungen sind aufgrund der Beschlussfassungen nicht vermeidbar.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GU-RL	Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
JGU-RL	Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kinder-RL	Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB VIII	Achstes Buch Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
z.B.	zum Beispiel

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

A-1.1 GU-RL

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den G-BA der Auftrag, die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 Abs. 1 SGB V weiterzuentwickeln. Dabei soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen, um so Patienten mit gesundheitsbezogenen Risiken zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen regelt.

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag wird mit der Beschlussvorlage zur Präventionsempfehlung ausschließlich ein erster Teilauftrag fristgerecht umgesetzt. Die im Vergleich zur Präventionsempfehlung fachlich anspruchsvolleren Beratungen zur inhaltlichen Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien werden im G-BA fortgeführt und es erfolgen dazu gesonderte Beschlussfassungen.

Ferner wird dem Beschluss des G-BA nach § 91 Abs. 2 SGB V vom 21. Juni 2005 Rechnung getragen, indem die Bezeichnung der Richtlinie im Singular erfolgt und der G-BA als Normgeber angegeben wird. Das Inkrafttreten der Richtlinie ist Inhalt des Beschlusses. Eine Regelung in der Richtlinie ist damit entbehrlich, so dass der Abschnitt E. „Inkrafttreten und Übergangsbestimmung“ aufgehoben wird.

A-1.2 Kinder-RL

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den G-BA der Auftrag, die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche weiterzuentwickeln. Dabei soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen, um so Patienten mit gesundheitsbezogenen Risiken zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen regelt.

A-1.3 JGU-RL

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den G-BA der Auftrag, die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche weiterzuentwickeln. Dabei soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen um so Jugendliche mit gesundheitsbezogenen Risiken zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen regelt.

Ferner wird dem Beschluss des G-BA nach § 91 Abs. 2 SGB V vom 21. Juni 2005 Rechnung getragen, indem die Bezeichnung der Richtlinie im Singular erfolgt und der G-BA als Normgeber angegeben wird. Das Inkrafttreten der Richtlinie ist Inhalt des Beschlusses. Eine Regelung in der Richtlinie ist damit entbehrlich, so dass die Nummer 6. „Inkrafttreten“ aufgehoben wird.

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 GU-RL

Gemäß dem Präventionsgesetz soll die Gesundheitsuntersuchung, sofern dies medizinisch angezeigt ist, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V umfassen. Sie kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll eine Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung gezielt diejenigen Personen erreichen, bei denen „der Präventionsbedarf und das Potential besonders groß sind“. Genannt werden Personen aus gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen wie z. B. „Menschen in beruflich und familiär besonders belastenden Lebenssituationen und Menschen mit sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren im Hinblick auf die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen sowie chronisch kranke Menschen, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll“. Die hier vorgelegte Ausgestaltung der Präventionsempfehlung sieht in diesem Zusammenhang vor, dass sowohl Arzt-Versichertenkontakte im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen als auch in anderem Kontext genutzt werden können, um insbesondere die vorgenannten Zielgruppen anzusprechen und zu motivieren. Die Empfehlung soll berücksichtigen, dass es sich um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen handelt, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Genannt werden hier die Risikofaktoren Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, chronischer psycho-sozialer Stress und Suchtmittelkonsum.

Die gesetzlichen Krankenkassen bezuschussen oder bieten selbst ein umfangreiches Angebot an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention zur Vermeidung oder Minimierung der oben genannten Risikofaktoren an. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängiger Expertise aus verschiedenen Bereichen Einzelheiten zu den einheitlichen Handlungsfeldern sowie Kriterien für die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V fest. Nach § 20 Abs. 5 SGB V sollen Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention eine Präventionsempfehlung berücksichtigen. Hierbei handeln die Krankenkassen nach den im Leitfaden Prävention festgelegten Kriterien. Maßnahmen die diesen Vorgaben nicht entsprechen dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden (siehe Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf).

Der Vordruck „Präventionsempfehlung“ (Anlage 2) übernimmt daher die aktuellen einheitlichen Handlungsfelder des Leitfadens Prävention: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum. Es wurden begriffliche Anpassungen der Handlungsfelder diskutiert. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte eine begriffliche Anpassung der Handlungsfelder zuerst im Rahmen der regelmäßigen Überarbeitung des Leitfadens Prävention beraten werden und danach die Präventionsempfehlung auf dieser Grundlage angepasst werden.

Die in der Gesetzesbegründung genannten Bereiche Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sind nicht abschließend festgelegt, daher wird ein weiteres Feld „Sonstiges“ vorgesehen. Unter „Sonstiges“ können auch Maßnahmen empfohlen werden, die von der Krankenkasse aufgrund derer Vorgaben nicht gefördert werden können. Es wird daher in dem Vordruck „Präventionsempfehlung“ folgender Hinweis für die Versicherten aufgenommen: *„Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.“*

Bei einer Überarbeitung des Leitfadens Prävention könnten möglicherweise die einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien geändert werden. Der Vordruck „Präventionsempfehlung“

müsste dann entsprechend angepasst werden. Hierbei sollte auch geprüft werden, ob das Feld „Sonstiges“ weiterhin erforderlich ist.

Weitere spezifische Hinweise für Versicherte z. B. zu den Fördervoraussetzungen einer wohnortfernen Erbringung von Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention sind auf dem Vordruck „Präventionsempfehlung“ nicht erforderlich. Auf den Internetseiten der Krankenkassen steht den Versicherten ein umfangreiches Informationsangebot zur Verfügung und zusätzlich besteht bei den Krankenkassen die Möglichkeit einer persönlichen Beratung.

Im Textfeld „Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes“ kann die Ärztin oder der Arzt die Empfehlung weiter konkretisieren und beispielsweise Gründe für eine wohnortferne Erbringung nennen.

Die Präventionsempfehlung wird gemäß den gesetzlichen Vorgaben in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren hierzu einen Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2. Der vereinbarte Vordruck wird veröffentlicht. Der Beschluss kann daher erst zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

A-2.2 Kinder-RL

Der G-BA hat am 18. Juni 2015 einen Beschluss zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie gefasst. Zu jeder Früherkennungsuntersuchung gehören eine Erläuterung der individuellen Untersuchungsergebnisse und eine darauf ausgerichtete Beratung über weitere Maßnahmen. Im Rahmen der „entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung“ werden auch primärpräventive Beratungsinhalte verbindlicher Inhalt der Kinder-Richtlinie. In Abgrenzung von allein kurativen Ansätzen sollen die Eltern nicht nur zu Therapiemöglichkeiten bereits manifester Störungen der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung ihres Kindes beraten werden, sondern bereits vor der Entstehung vorgenannter Störungen über den Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen aufgeklärt und über Risiken beraten werden.

Mit dem gegenständlichen Beschluss wird geregelt, dass sofern dies medizinisch angezeigt ist, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgestellt werden kann, die sich altersentsprechend primär an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richtet. Zur Erreichung der Kinder unter sechs Jahren - insbesondere auch solcher aus sozial benachteiligten Familien - werden Settingmaßnahmen in Kindergärten/Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen von den Krankenkassen gefördert.

Gemäß § 20 Abs. 5 SGB V kann die Präventionsempfehlung auch im Rahmen einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich erteilt werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen bezuschussen oder bieten selbst Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention zur Vermeidung oder Minimierung gesundheitlichen Risiken an. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängiger Expertise aus verschiedenen Bereichen Einzelheiten zu den einheitlichen Handlungsfeldern sowie Kriterien für die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V fest. Nach § 20 Abs. 5 SGB V sollen Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention eine Präventionsempfehlung berücksichtigen. Hierbei handeln die Krankenkassen nach den im Leitfadens Prävention festgelegten Kriterien. Maßnahmen die diesen Vorgaben nicht entsprechen dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden (siehe Leitfadens Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfadens_Praevention-2014_barrierefrei.pdf).

Der Vordruck „Präventionsempfehlung“ (Anlage 1a) übernimmt daher die aktuellen einheitlichen Handlungsfelder des Leitfadens Prävention: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum. Es wurden begriffliche Anpassungen der Hand-

lungsfelder diskutiert. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte eine begriffliche Anpassung der Handlungsfelder zuerst im Rahmen der regelmäßigen Überarbeitung des Leitfadens Prävention beraten werden und danach die Präventionsempfehlung auf dieser Grundlage angepasst werden.

Die in der Gesetzesbegründung genannten Bereiche Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sind nicht abschließend festgelegt, daher wird ein weiteres Feld „Sonstiges“ vorgesehen. Unter „Sonstiges“ können auch Maßnahmen empfohlen werden, die von der Krankenkasse aufgrund derer Vorgaben nicht gefördert werden können. Es wird daher in dem Vordruck „Präventionsempfehlung“ folgender Hinweis für die Versicherten aufgenommen: *„Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.“*

Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention richten sich an einzelne Versicherte und haben das Ziel verhaltensbezogene Risikofaktoren für das Auftreten von Erkrankungen zu senken. So gehören beispielsweise Maßnahmen zur Entwicklung der Elternkompetenz nicht zu den gesetzlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen sondern sind im SGB VIII unter §§ 16, 28 und 31 geregelt. Die Krankenkassen können sich aber im Setting Kommune für werdende junge Eltern und Alleinerziehende an evaluierten verhaltensorientierten Programmen finanziell beteiligen, wenn u. a. gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigt werden (siehe Leitfaden Prävention 2014, S. 32); dies bedeutet eine Verknüpfung der Leistungen der Jugendhilfe mit Leistungen der GKV.

Bei einer Überarbeitung des Leitfadens Prävention werden möglicherweise die einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien geändert. Der Vordruck „Präventionsempfehlung“ müsste dann entsprechend angepasst werden. Hierbei sollte auch geprüft werden, ob das Feld „Sonstiges“ weiterhin erforderlich ist.

Weitere spezifische Hinweise für Versicherte z. B. zu den Fördervoraussetzungen einer wohnortfernen Erbringung von Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention sind auf dem Vordruck „Präventionsempfehlung“ nicht erforderlich. Auf den Internetseiten der Krankenkassen steht den Versicherten ein umfangreiches Informationsangebot zur Verfügung und zusätzlich besteht bei den Krankenkassen die Möglichkeit einer persönlichen Beratung.

Im Textfeld „Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes“ kann die Ärztin oder der Arzt die Empfehlung weiter konkretisieren und beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen einen Hinweis aufnehmen, wenn sich die Empfehlung an die Personensorgeberechtigten (z. B. Eltern) richtet. In diesem Textfeld könnten auch Gründe für eine wohnortferne Erbringung aufgeführt werden.

Die Präventionsempfehlung wird gemäß den gesetzlichen Vorgaben in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren hierzu einen Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 1a. Der vereinbarte Vordruck wird veröffentlicht. Der Beschluss kann daher erst zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Mit dem Präventionsgesetz wurde das Untersuchungsprogramm im Kindes- und Jugendalter nach § 26 SGB V durchgängig bis zum 18. Lebensjahr ausgeweitet und festgestellt, dass sich die Früherkennungsuntersuchungen auch auf Krankheiten beziehen, die die psychosoziale (d.h. kognitive, emotionale und soziale) Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Im Beschluss des Plenums vom 18. Juni 2015 zur Neufassung der Kinder-RL wird die alte Rechtsgrundlage des § 26 SGB V zitiert. Im Zuge der Bearbeitung des Auftrags zur Ausgestaltung der Regelungen zur PräV soll diese neue Gesetzesgrundlage umgesetzt werden.

A-2.3 JGU-RL

Die Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL) haben u. a. das Ziel individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Die Ärztin oder der Arzt informieren den Jugendlichen über das Ergebnis der durchgeführten Untersuchung und erörtern mit ihm die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung. Dabei soll die Ärztin oder der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Jugendlichen ansprechen und diesen auf die Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen. Ergänzend dazu hat die Ärztin oder der Arzt nun auch die Möglichkeit eine Präventionsempfehlung auszustellen und entsprechend den Risikofaktoren gezielt Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V aus den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum zu empfehlen.

Gemäß § 20 Abs. 5 SGB V kann die Präventionsempfehlung auch im Rahmen einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich erteilt werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen bezuschussen oder bieten selbst ein umfangreiches Angebot an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention zur Vermeidung oder Minimierung gesundheitlicher Risiken. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängiger Expertise aus verschiedenen Bereichen Einzelheiten zu den einheitlichen Handlungsfeldern sowie Kriterien für die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V fest. Nach § 20 Abs. 5 SGB V sollen Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention eine Präventionsempfehlung berücksichtigen. Hierbei handeln die Krankenkassen nach den im Leitfaden Prävention festgelegten Kriterien. Maßnahmen die diesen Vorgaben nicht entsprechen dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden (siehe Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf).

Der Vordruck „Präventionsempfehlung“ (Anlage 2) übernimmt daher die aktuellen einheitlichen Handlungsfelder des Leitfadens Prävention: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum. Es wurden begriffliche Anpassungen der Handlungsfelder diskutiert. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte eine begriffliche Anpassung der Handlungsfelder zuerst im Rahmen der regelmäßigen Überarbeitung des Leitfadens Prävention beraten werden und danach die Präventionsempfehlung auf dieser Grundlage angepasst werden.

Die in der Gesetzesbegründung genannten Bereiche Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sind nicht abschließend festgelegt, daher wird ein weiteres Feld „Sonstiges“ vorgesehen. Unter „Sonstiges“ können auch Maßnahmen empfohlen werden, die von der Krankenkasse aufgrund derer Vorgaben nicht gefördert werden können. Es wird daher in dem Vordruck „Präventionsempfehlung“ folgender Hinweis für die Versicherten aufgenommen: *„Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.“*

Bei einer Überarbeitung des Leitfadens Prävention könnten möglicherweise die einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien geändert werden. Der Vordruck „Präventionsempfehlung“ müsste dann entsprechend angepasst werden. Hierbei sollte auch geprüft werden, ob das Feld „Sonstiges“ weiterhin erforderlich ist.

Weitere spezifische Hinweise für Versicherte z. B. zu den Fördervoraussetzungen einer wohnortfernen Erbringung von Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention sind auf dem Vordruck „Präventionsempfehlung“ nicht erforderlich. Auf den Internetseiten der Krankenkassen steht den Versicherten ein umfangreiches Informationsangebot zur Verfügung und zusätzlich besteht bei den Krankenkassen die Möglichkeit einer persönlichen Beratung.

Im Textfeld „Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes“ kann die Ärztin oder der Arzt die Empfehlung weiter konkretisieren und beispielsweise bei Jugendlichen einen Hinweis aufnehmen, wenn sich die Empfehlung an die Personensorgeberechtigten (z. B. Eltern) richtet. In diesem Textfeld könnten auch Gründe für eine wohnortferne Erbringung aufgeführt werden.

Die Präventionsempfehlung wird gemäß den gesetzlichen Vorgaben in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren hierzu einen Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2. Der vereinbarte Vordruck wird veröffentlicht. Der Beschluss kann daher erst zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

A-3 Verfahrensablauf

Die Tabelle bildet den Verfahrensablauf zum Beratungsthema „Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 und § 26 Absatz 1 Satz 3 SGB V“ ab.

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
13.08.2015	UA MB	Einrichtung einer AG, Beauftragung dieser AG mit der Durchführung der Beratungen über die Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
20.08.2015	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
28.01.2016	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlungen, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a sowie 92 Abs.1b, 7d SGB V
28.04.2016	UA MB	Anhörung, Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
23.06.2016	UA MB	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen
21.07.2016	Plenum	Beschlussfassung zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
26.08.2016		Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V zur Änderung der JGU-RL
14.09.2016		Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V zur Änderung der Kinder-RL
16.09.2016		Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V zur Änderung der GU-RL
12.10.2016		Veröffentlichung der Beschlüsse zur Änderung der GU-RL, Kinder-RL und JGU-RL im Bundesanzeiger
01.01.2017		Inkrafttreten der Beschlüsse zur Änderung der GU-RL, Kinder-RL und JGU-RL

A-4 Beschlüsse

A-4.1 Beschluss zur Änderung der GU-RL

Veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz) AT am 12.10.2016 B2

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)

Vom 21. Juli 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2016 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989), zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (BAnz. 2011 S. 864), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Der Titel der Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“).“

2. In dem nach dem Titel folgenden, der Abschnittüberschrift „A. Allgemeines“ vorangestellten Satz werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

3. In Abschnitt „A. Allgemeines“ Nummer 1 und 5 werden die Wörter „diesen Richtlinien“ durch die Wörter „dieser Richtlinie“ ersetzt.

4. In Abschnitt „A. Allgemeines“ Nummer 3 wird folgender Satz angefügt:

„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“

5. In Abschnitt „B. Inhalt der Gesundheitsuntersuchung“ Nummer 4 wird nach Satz 2 der folgende Satz eingefügt:

„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“

6. Abschnitt „C. Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt geändert:

a) nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.“

b) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.

7. Der Abschnitt „E. Inkrafttreten und Übergangsbestimmung“ wird aufgehoben.

II. Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 2 eingefügt:

„Angaben des Vordrucks „Präventionsempfehlung“

Der zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarte Vordruck enthält folgende Angaben:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger
- Name, Vorname der oder des Versicherten
- geboren am
- Kostenträgerkennung
- Versichertennummer
- Status
- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

- Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld
 - Bewegungsgewohnheiten
 - Ernährung
 - Stressmanagement
 - Suchtmittelkonsum
 - Sonstiges
- Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

- Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z. B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
- Vertragsarztstempel und Unterschrift“

III. Die Änderung der Richtlinien tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-4.2 Beschluss zur Änderung der Kinder-RL

Veröffentlicht im BAnz AT am 12.10.2016 B3

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinie: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)

Vom 21. Juli 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2016 beschlossen, die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015 (BAnz AT 18.08.2016 B1), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1

a) wird die Angabe „6. Lebensjahres“ jeweils durch die Angabe „18. Lebensjahres“ ersetzt.

b) werden in Satz 1 die Wörter „körperliche oder geistige“ durch die Wörter „körperliche, geistige oder psycho-soziale“ ersetzt.

c) wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“

2. In § 59 Absatz 1 werden nach Satz 4 folgende Sätze angefügt:

„Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 1a.“

II. Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 1a eingefügt:

„Anlage 1a Angaben des Vordrucks „Präventionsempfehlung“

Der zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarte Vordruck enthält folgende Angaben:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger
- Name, Vorname des oder der Versicherten
- geboren am
- Kostenträgerkennung
- Versichertennummer
- Status
- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

- Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld
 - Bewegungsgewohnheiten
 - Ernährung
 - Stressmanagement
 - Suchtmittelkonsum
 - Sonstiges
- Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.
- Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z. B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
- Vertragsarztstempel und Unterschrift

III. Die Änderung der Richtlinie tritt in Kraft, wenn der Beschluss des G-BA über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): vom 18. Juni 2015 in Kraft getreten ist, frühestens jedoch am 1. Januar 2017.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-4.3 Beschluss zur Änderung der JGU-RL

Veröffentlicht im BAnz AT am 12.10.2016 B4

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)

Vom 21. Juli 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2016 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung in der Fassung vom 26. Juni 1998 (BAnz. S. 12723), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3236), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Der Titel der Richtlinie wird wie folgt gefasst: „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung („Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“)“.
2. In dem nach dem Titel folgenden, der Nummer 1 vorangestellten Satz werden die Wörter „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.
3. In Nummer 1 Satz 1 wird das Wort „Richtlinien“ durch das Wort „Richtlinie“ ersetzt.
4. In Nummer 1 Satz 4 wird nach dem Wort „aufzuklären“ folgender Halbsatz angefügt:
„und sofern dies medizinisch angezeigt ist, wird eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V ausgestellt“.
5. In Nummer 3 wird nach dem Satz „Dabei soll der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Jugendlichen ansprechen und diesen auf die Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen.“ folgender Satz eingefügt:

„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“

6. In Nummer 4 Satz 1 werden die Wörter „diesen Richtlinien“ durch die Wörter „dieser Richtlinie“ ersetzt.
7. In Nummer 4 Satz 2 wird die Angabe „Fachärzte für Kinderheilkunde“ durch die Angabe „Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“ ersetzt.
8. Nummer 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Im ersten Spiegelstrich wird die Angabe „(Anlage)“ durch die Angabe „(Anlage 1)“ ersetzt.
 - b) Nach dem dritten Spiegelstrich wird folgender Spiegelstrich eingefügt:

„- Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.“
9. Nummer 6 wird aufgehoben.

II. Die Anlage „Berichtsvordruck Jugendgesundheitsuntersuchung“ wird zu Anlage 1.

III. Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 2 eingefügt:

„Angaben des Vordrucks „Präventionsempfehlung“

Der zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarte Vordruck enthält folgende Angaben:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger
- Name, Vorname der oder des Versicherten
- geboren am
- Kostenträgerkennung
- Versichertennummer
- Status
- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

- Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld
 - Bewegungsgewohnheiten
 - Ernährung
 - Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Sonstiges

- Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.
- Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z. B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
- Vertragsarztstempel und Unterschrift“

IV. Die Änderung der Richtlinien tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-4.4 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V – GU-RL



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 16. September 2016
AZ 213 – 21432-12

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 21. Juli 2016

**hier: Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien:
Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur
verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch
Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o.a. Beschluss vom 21. Juli 2016 über eine Änderung
der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

A-4.5 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V – Kinder-RL



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 14. September 2016
AZ 213 – 21432-26

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 21. Juli 2016

**hier: Änderung der Kinder-Richtlinie:
Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur
verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
(SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o.a. Beschluss vom 21. Juli 2016 über eine Änderung
der Kinder-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

A-4.6 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V – JGU-RL



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 26. August 2016

AZ 213 – 21432-04

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 21. Juli 2016

**hier: Änderung der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung:
Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur
verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
(SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o.a. Beschluss vom 21. Juli 2016 über eine Änderung
der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der Unterausschuss Methodenbewertung hat in seiner Sitzung am 28. Januar 2016 folgende Institutionen/Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO für diese Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- Bundesärztekammer und Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Abs. 5a SGB V
- Fachgesellschaften gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V. Die AWMF machte von der Gelegenheit, weitere ihrer Mitgliedsgesellschaften als einschlägig zu bestimmen, Gebrauch.

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung beschloss in seiner Sitzung am 28. Januar 2016 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a und § 92 Abs. 7d SGB V. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 28. Januar 2016 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von 4 Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist und

B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde – GU-RL

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	25. Februar 2016	
Bundesärztekammer	25. Februar 2016	
Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften vom G-BA bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention	23. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	25. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	25. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
von AWMF bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.

B-4.2 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde – Kinder-RL

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	25. Februar 2016	
Bundesärztekammer	25. Februar 2016	
Bundeszahnärztekammer	25. Februar 2016	
Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften vom G-BA bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention	23. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	25. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	25. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
von AWMF bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.

B-4.3 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde – JGU-RL

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	25. Februar 2016	
Bundesärztekammer	25. Februar 2016	
Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften vom G-BA bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention	23. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	25. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	25. Februar 2016	
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.
von AWMF bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation		Die Fachgesellschaft hat auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Den Stellungnehmern wurden die nachgenannten Unterlagen übermittelt.

B-5.1 Beschlusssentwurf, Tragende Gründe und Richtlinien im Änderungsmodus

B-5.1.1 Position GKV-SV/KBV zur Änderung der GU-RL

B-5.1.1.1 Beschlussentwurf

Entwurf GKV-SV/KBV

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 24. August 1989 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864), wie folgt zu ändern:

- I. Der Titel der Richtlinie wird wie folgt gefasst:
„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“).“
- II. In dem der Abschnittüberschrift „A. Allgemeines“ vorangestellten Satz werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.
- III. Der Abschnitt E. „Inkrafttreten und Übergangsbestimmung“ wird aufgehoben.
- IV. In Abschnitt A. „Allgemeines“ wird Nummer 3 der folgende Satz angefügt:
„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“
- V. In Abschnitt B. „Inhalt der Gesundheitsuntersuchung“ Nummer 4 wird Absatz 1 der folgende Satz angefügt:

„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“

VI. Abschnitt C. „Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt geändert:

1. nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.“

2. Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.

VII. Die Anlage wird zu Anlage 1.

VIII. Nach der neuen Anlage 1 wird folgende Anlage 2 angefügt:

„Formular Präventionsempfehlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen

Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegung

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Position zusätzlich KBV:

Sonstiges

Position zusätzlich GKV-SV:

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Position zusätzlich GKV-SV:

Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung

Informationen für die Versicherten:

Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren. Diese Präventionsempfehlung können Sie auch an Ihre Krankenkasse weiterleiten, damit diese Sie anhand der Hinweise der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes über geeignete Leistungen der Primärprävention informieren kann.

Einwilligung zur Datennutzung

Hinweis: Bitte unterschreiben Sie die Einwilligung zur Datennutzung bevor Sie die Präventionsempfehlung an Ihre Krankenkasse weiterleiten.

Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass die hier erhobenen Daten von meiner Krankenkasse für die Empfehlung einer verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahme und Prüfung der Fördervoraussetzungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich schriftlich jederzeit widerrufen. Dies kann beispielsweise durch E-Mail, Fax oder Brief an meine Krankenkasse geschehen.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten"

- IX. Die Änderungen der Richtlinien treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T, Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.1.2 Tragende Gründe

Entwurf GKV-SV/KBV

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

**zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen
Bundesausschusses
über eine Änderung der
Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien:
Regelungen über die Ausgestaltung der
Empfehlung von Leistungen zur
verhaltensbezogenen Prävention nach § 25
Absatz 1 Satz 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB
V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V
(Präventionsempfehlung)**

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	3
4. Stellungnahmeverfahren.....	3
5. Verfahrensablauf.....	4

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den G-BA der Auftrag, die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 Abs. 1 SGB V weiterzuentwickeln. Dabei soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen, um so Patienten mit gesundheitsbezogenen Risiken zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen regelt.

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag wird mit der Beschlussvorlage zur Präventionsempfehlung abschließlich ein erster Teilauftrag fristgerecht umgesetzt. Die im Vergleich zur Präventionsempfehlung fachlich anspruchsvolleren Beratungen zur inhaltlichen Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien werden im G-BA fortgeführt und es erfolgen dazu gesonderte Beschlussfassungen.

Ferner wird dem Beschluss des G-BA nach § 91 Absatz 2 SGB V vom 21. Juni 2005 Rechnung getragen, indem die Bezeichnung der Richtlinie im Singular erfolgt und der G-BA als Normgeber angegeben wird. Das Inkrafttreten der Richtlinie ist Inhalt des Beschlusses. Eine Regelung in der Richtlinie ist damit entbehrlich, so dass der Abschnitt E. „Inkrafttreten und Übergangsbestimmung“ aufgehoben wird.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll eine Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung gezielt diejenigen Personen erreichen, bei denen „der Präventionsbedarf und das Potential besonders groß sind“. Genannt werden Personen aus gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen wie z. B. „Menschen in beruflich und familiär besonders belastenden Lebenssituationen und Menschen mit sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren im Hinblick auf die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen sowie chronisch kranke Menschen, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll“. Die hier vorgelegte Ausgestaltung der Präventionsempfehlung sieht in diesem Zusammenhang vor, dass sowohl Arzt-Versichertenkontakte im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen als auch in anderem Kontext genutzt werden können, um insbesondere die vorgenannten Zielgruppen anzusprechen und zu motivieren. Die Empfehlung soll berücksichtigen, dass es sich um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen handelt, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Genannt werden hier die Risikofaktoren Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, chronischer psycho-sozialer Stress und Suchtmittelkonsum. Diese Kategorien wurden in die Präventionsempfehlung aufgenommen.

KBV zusätzlich: Begründung für das Feld „Sonstige“

Aus Sicht der KBV können die in der Gesetzesbegründung genannten Bereiche Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum nicht abschließend festgelegt werden, daher ist ein weiteres Feld „Sonstiges“ vorzusehen.

Damit die zuständige Krankenkasse bei ihrer Leistungsentscheidung prüfen kann, ob die Maßnahme zur Prävention aus ärztlicher Sicht für die jeweilige Person besonders geeignet ist, wird in der Präventionsempfehlung ein Feld für Hinweise auch zu bestehenden Kontraindikationen vorgesehen.

GKV-SV zusätzlich: Begründung für Informationen zu Datenschutz/Datennutzung

Die Versicherte oder der Versicherte kann sich bei der Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsmaßnahmen und die Fördervoraussetzungen informieren. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängiger Expertise aus verschiedenen Bereichen Einzelheiten zu den einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien für die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V fest. Maßnahmen, die diesen Vorgaben nicht entsprechen dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt und gefördert werden (siehe Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevension-2014_barrierefrei.pdf)

In § 20 Absatz 5 SGB V ist geregelt, dass Krankenkassen die Präventionsempfehlung bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen. Die Präventionsempfehlung beinhaltet daher den Hinweis, dass Versicherte diese an ihre Krankenkasse weiterleiten sollen, damit die Krankenkasse sie über geeignete Präventionsangebote und ihre Fördervoraussetzungen informieren kann. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Auf der Rückseite der Präventionsempfehlung wurde daher eine Einwilligung zur Datennutzung aufgenommen. Versicherte können sich auch ohne Weiterleitung der Präventionsempfehlung bei ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren.

3. Bürokratiekostenermittlung

[wird noch ergänzt]

4. Stellungnahmeverfahren

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am TT. Monat JJJJ die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a und § 92 Abs. 7d SGB V beschlossen. Am TT. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum TT. Monat JJJJ eingeleitet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Abs. 5a SGB V

Stellungnahmen gemäß § 92 Abs. 7d SGB V

5. Verfahrensablauf

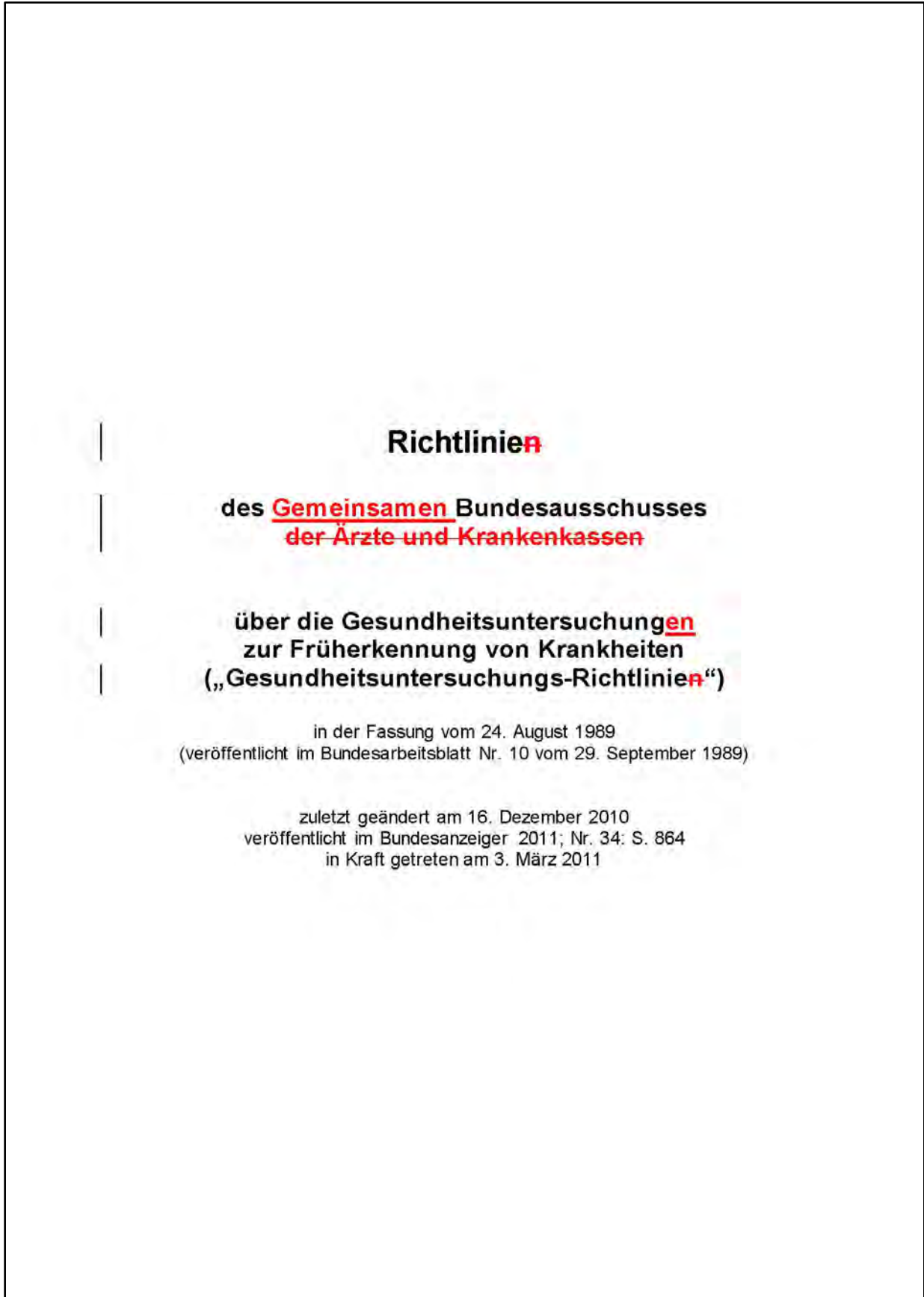
Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
13.08.2015	UA MB	Einrichtung einer AG, Beauftragung dieser AG mit der Durchführung der Beratungen über die Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
20.08.2015	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
28.01.2016	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlungen, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a sowie 92 Abs.1b, 7d SGB V
T. Monat 2016	UA MB	Anhörung, Auswertung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlungen
T. Monat 2016	Plenum	Beschlussfassung zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
		Prüfung BMG (max. 8 Wochen) Nichtbeanstandung, Veröffentlichung BAnz, Inkrafttreten des Beschlusses

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.1.3 GU-RL im Änderungsmodus



Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gem. § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 25 Abs. 1 und 3 SGB V entsprechende ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten.

A. Allgemeines

1. Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Frauen und Männern vom 36. Lebensjahr an dienen der Früherkennung solcher häufig auftretenden Krankheiten, die wirksam behandelt werden können und deren Vor- oder Frühstadium durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist.
2. Die durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen sollen sich insbesondere auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus erstrecken. Sie sollen zur Früherkennung der betreffenden Krankheiten die jeweils relevanten Risikofaktoren einbeziehen.
3. Die ärztlichen Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert, erkannte Krankheiten rechtzeitig einer Behandlung zugeführt und Änderungen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen frühzeitig bewirkt werden.
GKV-SV/KBV:
Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V aus.
4. Es werden diejenigen Maßnahmen durchgeführt, die in Abschnitt B festgelegt sind. Dabei sind die in Abschnitt C aufgeführten Vorgaben für die Dokumentation zu beachten.
5. Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können und nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind (Allgemeinärzte, Internisten, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung).
6. Die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten soll - soweit möglich - im Zusammenhang mit einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen angeboten werden.

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

7. Die Versicherten haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Eine erneute Gesundheitsuntersuchung ist daher jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

B.

Inhalt der Gesundheitsuntersuchung

Die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchung) umfassen folgende Leistungen:

1. Anamnese

Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils

2. Klinische Untersuchung

Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)

3. Laboratoriumsuntersuchungen

a) Untersuchungen aus dem Blut (einschl. Blutentnahme):

- Gesamtcholesterin
- Glukose

b) Untersuchungen aus dem Urin:

- Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit (Harnstreifentest)

4. Beratung

Nach Abschluss der in den Punkten 1 - 3 genannten Maßnahmen hat der Arzt den Versicherten über das Ergebnis der durchgeführten Gesundheitsuntersuchung zu informieren und mit ihm die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung zu erörtern. Dabei soll der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten ansprechen und diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z.B. auf entsprechende Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen) hinweisen.

GKV-SV/KBV:

Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V aus.

Der Versicherte soll ferner auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungs-Untersuchung hingewiesen und entsprechend motiviert werden.

Ein Glaukom-Screening kann auf Grundlage des gegenwärtigen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht zur Früherkennung von Krankheiten gem. § 25 Abs. 3 SGB V empfohlen werden.

5. Folgerung aus den Ergebnissen der Gesundheitsuntersuchung

Ergeben die aufgeführten Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden.

C.

Dokumentation und Auswertung

1. Die Ergebnisse der Anamnese und der Untersuchungen werden ebenso wie die aufgrund der Gesundheitsuntersuchung veranlassten oder empfohlenen Maßnahmen auf einem Berichtsvordruck (Anlage 1) dokumentiert; dabei ist auf die Vollständigkeit der Eintragungen zu achten. Die Dokumentation kann wahlweise inhaltsgleich auch in elektronischer Form in der Dokumentation des Arztes erfolgen.
2. Der vollständig ausgefüllte Berichtsvordruck verbleibt beim Arzt.
3. GKV-SV/KBV:
Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2
3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.
4. Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.

**D.
Anspruchsberechtigung**

Die Anspruchsberechtigung ist durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder eines Behandlungsausweises nachzuweisen.

**E.
Inkrafttreten und Übergangsbestimmung**

~~Die Richtlinien treten am 1. Oktober 1989 in Kraft.~~

~~Der Berichtsvordruck für die Gesundheitsuntersuchung soll spätestens zum 1. Januar 1990 eingeführt werden. Für die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Untersuchungen gelten die Bestimmungen der Punkte C (1) bis C (4) nicht.~~

~~Köln, den 24. August 1989~~

~~Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen~~

~~Der Vorsitzende~~

B-5.1.2 Position GKV-SV/KBV/KZBV zur Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Kinder-RL vom 18.06.2015

B-5.1.3 Beschlussentwurf

Entwurf GKV-SV/KBV/KZBV

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinie): Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, den Beschluss vom 18. Juni 2015 zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie), wie folgt zu ändern:

- I. In I. wird im § 1 Absatz 1 nach dem Satz 1 der folgende Satz 2 eingefügt:
„Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“
Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.
- II. In I. wird im § 58 Absatz 1 nach dem Satz 3 der folgende Satz 4 angefügt:
„Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 1a.“
- III. In I. wird nach Anlage 1 folgende Anlage 1a angefügt:
„Formular Präventionsempfehlung
Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen

Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegung

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Position zusätzlich KBV:

Sonstiges

Position zusätzlich GKV-SV:

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Position zusätzlich GKV-SV:

Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung

Informationen für die Versicherten:

Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren. Diese Präventionsempfehlung können Sie auch an Ihre Krankenkasse weiterleiten, damit diese Sie anhand der Hinweise der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes über geeignete Leistungen der Primärprävention informieren kann.

Einwilligung zur Datennutzung

Hinweis: Bitte unterschreiben Sie die Einwilligung zur Datennutzung bevor Sie die Präventionsempfehlung an Ihre Krankenkasse weiterleiten.

Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass die hier erhobenen Daten von meiner Krankenkasse für die Empfehlung einer verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahme und Prüfung der Fördervoraussetzungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich schriftlich jederzeit widerrufen. Dies kann beispielsweise durch E-Mail, Fax oder Brief an meine Krankenkasse geschehen.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten“

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.3.1 Tragende Gründe

Entwurf GKV-SV/KBV/KZBV

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

**zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen
Bundesausschusses
über eine Änderung des Beschlusses zur
Neufassung der Richtlinie über die
Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis
zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-
Richtlinie):
Regelungen über die Ausgestaltung der
Empfehlung von Leistungen zur
verhaltensbezogenen Prävention nach § 26
Absatz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V.
m. § 20 Absatz 5 SGB V
(Präventionsempfehlung)**

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	3
4. Stellungnahmeverfahren.....	3
5. Verfahrensablauf.....	4

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den G-BA der Auftrag, die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche weiterzuentwickeln. Dabei soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen, um so Patienten mit gesundheitsbezogenen Risiken zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen regelt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA hat am 18. Juni 2015 einen Beschluss zur Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie gefasst. Zu jeder Früherkennungsuntersuchung gehören eine Erläuterung der individuellen Untersuchungsergebnisse und eine darauf ausgerichtete Beratung über weitere Maßnahmen. Im Rahmen der „entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung“ werden auch primärpräventive Beratungsinhalte verbindlicher Inhalt der Kinder-Richtlinie. In Abgrenzung von allein kurativen Ansätzen sollen die Eltern nicht nur zu Therapiemöglichkeiten bereits manifestierter Störungen der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung ihres Kindes beraten werden, sondern bereits vor der Entstehung vorgenannter Störungen über den Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen aufgeklärt und über Risiken beraten werden.

Mit dem gegenständlichen Beschluss wird geregelt, dass sofern dies medizinisch angezeigt ist, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgestellt werden kann, die sich altersentsprechend primär an die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richtet.

GKV-SV zusätzlich:

Zur Erreichung der Kinder unter sechs Jahren - insbesondere auch solcher aus sozial benachteiligten Familien - werden Settingmaßnahmen in Kindergärten/Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen von den Krankenkassen gefördert.

KBV zusätzlich: Begründung für das Feld „Sonstige“

Aus Sicht der KBV können die in der Gesetzesbegründung genannten Bereiche Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum nicht abschließend festgelegt werden, daher ist ein weiteres Feld „Sonstiges“ vorzusehen.

Damit die zuständige Krankenkasse bei ihrer Leistungsentscheidung prüfen kann, ob die Maßnahme zur Prävention aus ärztlicher Sicht für die jeweilige Person besonders geeignet ist, wird in der Präventionsempfehlung ein Feld für Hinweise auch zu bestehenden Kontraindikationen vorgesehen.

GKV-SV zusätzlich: Begründung für Informationen zu Datenschutz/Datennutzung

In § 20 Absatz 5 SGB V ist geregelt, dass Krankenkassen die Präventionsempfehlung bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen. Die Präventionsempfehlung beinhaltet daher den Hinweis, dass Versicherte diese an ihre Krankenkasse weiterleiten sollen, damit die Krankenkasse sie über geeignete Präventionsangebote und ihre Fördervoraussetzungen informieren kann. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Auf der Rückseite der Präventionsempfehlung wurde daher eine Einwilligung zur Datennutzung aufgenommen. Versicherte können sich auch ohne Weiterleitung der Präventionsempfehlung bei ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren.

3. Bürokratiekostenermittlung

[wird noch ergänzt]

4. Stellungnahmeverfahren

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am TT. Monat JJJJ die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a und § 92 Abs. 7d SGB V beschlossen. Am TT. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum TT. Monat JJJJ eingeleitet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Abs. 5a SGB V

Stellungnahmen gemäß § 92 Abs. 7d SGB V

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
13.08.2015	UA MB	Einrichtung einer AG, Beauftragung dieser AG mit der Durchführung der Beratungen über die Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
20.08.2015	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
28.01.2016	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlungen, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a sowie 92 Abs.1b, 7d SGB V
T. Monat 2016	UA MB	Anhörung, Auswertung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlungen
T. Monat 2016	Plenum	Beschlussfassung zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
		Prüfung BMG (max. 8 Wochen) Nichtbeanstandung, Veröffentlichung BAnz, Inkrafttreten des Beschlusses

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.3.2 Beschluss vom 18.06.2015 im Änderungsmodus

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder- Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung)

Vom 18. Juni 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013) beschlossen.

I. Die Kinder-Richtlinien werden wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

- (1) Kinder haben bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

GKV-SV/KBV/KZBV:

Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie bestimmt das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

- (2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.
- (3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden.
- (4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der Fassung vom 01.01.2012 die notwendigen Schritte einzuleiten.
- (5) Untersuchungen nach dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

B. Früherkennungsuntersuchungen

I. Untersuchungszeiträume

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträume und Toleranzgrenzen

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt zehn Untersuchungen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	
U2	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
U3	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
U4	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
U5	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
U6	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat
U7	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
U7a	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
U8	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
U9	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat

Auch bei Frühgeborenen sind die Untersuchungszeiträume einzuhalten. Die Frühgeburtlichkeit wird bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt.

II. Untersuchungen

§ 3 U1

(1) Die U1 soll unmittelbar innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt werden. Als Geburtszeitpunkt gilt hier die Geburt des Kindes selbst und nicht erst das Ende des Geburtsvorganges mit der Geburt der Plazenta. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, soll die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen.

(2) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden gesetzt:

- a) Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen
- b) Erkennen von Geburtstraumata
- c) Erkennen von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen
- d) Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- e) Entscheidung über die weitere Versorgung des Neugeborenen.

(3) Die Untersuchungsinhalte umfassen die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die im Folgenden unter „Sonstiges“ aufgeführten Inhalte.

1. Anamnese

a) Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:

Die Angaben aus dem Mutterpass (sowie ergänzende Dokumentation soweit vorliegend) mit Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes sind zu berücksichtigen und zu dokumentieren:

aa) Schwangerschaftsanamnese:

- Diabetes
- Dauermedikation
- Besondere psychische und/oder soziale Belastungen
- Mehrlingsschwangerschaft
- (Poly-)Hydramnion
- Oligohydramnion
- Gestationsdiabetes
- Abusus
- Antikörpersuchtest positiv
- akute oder chronische Infektion in der Schwangerschaft
- GBS-Status der Mutter

bb) Geburtsanamnese:

- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Vollendete Schwangerschaftswoche (SSW) Angabe in Wochen und Tagen (Bsp. 39+4 SSW)
- Geburtsmodus: spontan, Sektio, vaginale Operation, Vakuum, Forceps
- Kindslage: Schädellage, Beckenendlage, Querlage
- pH-Wert, Base excess (Nabelarterie)
- soweit vorhanden, Befund einer pränatalen Diagnostik

b) Familienanamnese

- U.a. behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämie bei einem vorausgegangen Kind

2. Körperliche Untersuchungen:

- a) Reguläre Kreislauf-/Atemfunktion: Apgar-Wert 5'/10'
- b) Körpermaße
 - Gewicht
 - Körperlänge
- c) Reifezeichen
- d) Fehlbildungen
- e) Traumata
- f) Gelbsucht
- g) Ödeme

3. Sonstiges:

- Information zur Vitamin-K-Prophylaxe und wenn nötig durchführen

§ 4 U2

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U2 gesetzt.

- a) Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen
- b) Erkennen und Vermeidung früher lebensbedrohlicher Komplikationen

- c) Prüfung der Durchführung des erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und Screenings auf Mukoviszidose
 - d) Erkennen eines pathologischen Ikterus
 - e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt und soweit erforderlich ergänzt.

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
 - Auffälliges Schreien
 - Risikofaktoren für Hüftdysplasie
 - Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:
 - Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden. Falls nicht sollen die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
 - nur bei Risikofaktoren für Hüftdysplasie: Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation (siehe Abschnitt C III.)
 - Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening (siehe Abschnitt C I.)
 - Screening auf Mukoviszidose (siehe Abschnitt C II.)
 - b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen (u.a. Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenkrankheit)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
 - Hüftdysplasie
 - c) Sozialanamnese
 - Sozialanamnese unter Berücksichtigung der Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 Absatz 3 Nr. 1a
2. Eingehende körperliche Untersuchungen
- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang
 - b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Zyanose
 - Ikterus
 - Hämangiome
 - Naevi und andere Pigmentanomalien
 - Ödeme
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - Hydratationszustand
 - c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation

- Atemgeräusch
- Atemfrequenz (< 50/Minute)
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, der Moro-Reaktion, des Galant-Reflexes, des Schreitautomatismus
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - Fontanellentonus
 - Crepitatio capitis
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
 - Kiefer-, Gaumenanomalie
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel, Atresie)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößen auffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

3. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Stillen/Ernährung
- Plötzlicher Kindstod
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Information zu Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid

- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

§ 5 U3

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U3 gesetzt.
- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen eines pathologischen Ikterus (z. B. Gallengangsatresie)
 - c) Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenksonographie
 - d) Prüfung der Durchführung des Erweitertes Neugeborenen Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings und des Screenings auf Mukoviszidose
 - e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
 - f) Impfberatung
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

Die Angaben zur Schwangerschafts- und Geburtsanamnese gemäß § 3 werden berücksichtigt und soweit erforderlich ergänzt.

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung: Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, keine altersgemäße Ernährung
 - Auffälliges Schreien
 - Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)
 - Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst wurden. Falls nicht sollen die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
 - Screening auf Hüftgelenk dysplasie und -luxation (siehe Abschnitt C III.)
 - Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)
 - Erweitertes Neugeborenen-Screening (siehe Abschnitt C I.)
 - Screening auf Mukoviszidose (siehe Abschnitt C II.)
- b) Familienanamnese
 - Augenerkrankungen (z. B. Kindlicher Katarakt, Strabismus, Amblyopie, erbliche Augenerkrankungen)
 - angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
 - Immundefekte
- c) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten.
- Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten.

b) Feinmotorik:

- Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände noch eher geschlossen.

c) Perzeption/Kognition:

- Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45 Grad.

d) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen.

e) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Zyanose
- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch

- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Nabelveränderungen
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe, Handgreifreflex, Moro-Reaktion, Saugreflex
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - Fontanellentonus
 - Crepitatio capitis
 - lagebedingte Schädelasymmetrie
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Ohren
 - Fehlbildungen (z. B. Ohrfisteln, Anhängsel)
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten (z. B. Ptosis, Leukokorie, Bulbusgrößenauffälligkeiten, Kolobom); Nystagmus
 - Prüfung im durchfallenden Licht: Transilluminationsauffälligkeit bei Trübung der brechenden Medien

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby

- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und wenn nötig durchführen
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins
- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)

§ 6 U4

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U4 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Impfberatung
- c) Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle
 - Ernährung/Verdauung: Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern, Erbrechen, Schluckstörungen, abnorme Stühle (Stuhlfarbe mit Farbtafel erfragen), Obstipation
 - Auffälliges Schreien
 - Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchung durchgeführt bzw. veranlasst wurde. Falls nicht soll diese Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Kräftiges alternierendes und beidseitiges Beugen und Strecken der Arme und Beine.
- Hält den Kopf in der Sitzhaltung aufrecht, mind. 30 Sekunden.
- Bauchlage wird toleriert, Abstützen auf den Unterarmen, der Kopf wird in der Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute gehoben.

b) Feinmotorik:

- Hände können spontan zur Körpermitte gebracht werden.

c) Perzeption/Kognition:

- Fixiert ein bewegtes Gesicht und folgt ihm.
- Versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen.

d) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Kind freut sich über Zuwendung, Blickkontakt kann gehalten werden.
- Reaktion auf Ansprache, erwidert Lächeln einer Bezugsperson („soziales Lächeln“).

e) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit durch die primäre Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation der primären Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang

b) Haut

- auffällige Blässe
- Zyanose
- Ikterus
- Hämangiome
- Naevi und andere Pigmentanomalien
- Ödeme
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation

- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Einziehungen
- Thoraxkonfiguration
- Schlüsselbeine intakt
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Opisthotonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe, Handgreifreflex, Fußgreifreflex, Neugeborenenreflexe
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
 - Befund Hüftsonographie liegt vor/Kontrolle
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dysmorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Kephalhämatom
 - Fontanellentonus
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten der Schleimhaut und des Kieferkamms
 - Kiefer- Gaumenanomalie
 - Verletzungszeichen
 - abnorme Größe der Zunge
 - behinderte Nasenatmung
 - orofacialer Hypotonus
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Stillen/Ernährung/Mundgesundheit
- Plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Umgang mit Schreibaby, Schlaf- und Essstörung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)

- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen

§ 7 U5

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U5 gesetzt:
- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen von Sehstörungen
 - c) Impfberatung
 - d) Prüfung der Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening
 - e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.
1. Anamnese
 - a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
 - Auffälliges Schreien? Kann das Kind gut hören? (Kind reagiert auf laute und leise Schallreize, wendet den Kopf zur Schallquelle)
 - Die Ärztin oder der Arzt prüft und dokumentiert ob folgende Untersuchung durchgeführt bzw. veranlasst wurde. Falls nicht soll die Untersuchung gemäß Abschnitt C angeboten werden.
Neugeborenen-Hörscreening (siehe Abschnitt C IV.)
 - b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie
 2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung
 - a) Grobmotorik:
 - Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen
 - Bei Traktionsreaktion Kopf symmetrisch in Verlängerung der Wirbelsäule und Beugung beider Arme
 - Federn mit den Beinen
 - b) Feinmotorik:
 - Wechselt Spielzeug zwischen den Händen, palmares, radial betontes Greifen
 - c) Sprache:
 - Rhythmische Silbenketten (z. B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)
 - d) Perzeption/Kognition:

- Objekte, Spielzeuge werden mit beiden Händen ergriffen, in den Mund gesteckt, benagt, jedoch wenig intensiv betrachtet; (erkundet oral und manuell)

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Lacht stimmhaft, wenn es geneckt wird
- Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich
- Freut sich beim Erscheinen eines anderen Kindes

f) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch dienen:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
- Körpergewicht
 - Körperlänge
 - Kopfumfang

- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Thoraxkonfiguration
- d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
- e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe
 - Prüfung auf klinische Frakturzeichen
- g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Fontanellentonus
- h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Verletzungszeichen
 - Fehlender Mundschluss
- i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung zu folgenden Themen:

- Stillen/Ernährung
- Plötzlicher Kindstod
- Unfallverhütung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- UV-Schutz

- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zu Mundhygiene und zahnschonender Ernährung
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

§ 8 U6

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U6 gesetzt:
 - a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen von Sehstörungen
 - c) Impfberatung
 - d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion
- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
 - Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
 - Regelmäßiges Schnarchen
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle.
- Zieht sich in den Stand hoch und bleibt einige Sekunden stehen.
- Selbständiges, flüssiges Drehen von Rückenlage zu Bauchlage und zurück.

b) Feinmotorik:

- Greift kleinen Gegenstand zwischen Daumen und gestrecktem Zeigefinger.
- Klopft 2 Würfel aneinander.

c) Sprache:

- Spontane Äußerung von längeren Silbenketten.
- Produziert Doppelsilben (z. B. ba-ba, da-da).
- Ahmt Laute nach.

d) Perzeption/Kognition:

- Gibt der Mutter oder dem Vater nach Aufforderung einen Gegenstand.
- Verfolgt den Zeigefinger in die gezeigte Richtung.

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Kann alleine aus der Flasche trinken, trinkt aus der Tasse, aus dem Becher mit etwas Hilfe.
- Das Kind kann zwischen fremden und bekannten Personen unterscheiden. Freut sich über andere Kinder.

f) Beobachtung der Interaktion

Beobachtung der Interaktion des Kindes mit der primären Bezugsperson im ersten Lebensjahr (U3-U6) durch die Ärztin oder den Arzt. Die folgenden Reaktionen des Kindes dienen der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Elterngespräch:

Stimmung/Affekt:

Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen.

Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.

Das Kind wirkt in Wiedervereinigungssituationen (nach kurzem Abwenden/kurzer Trennung) gelöst, erfreut und sucht sofort Blickkontakt zur primären Bezugsperson.

Kontakt/Kommunikation:

Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.

Das Kind sendet selbst spontan deutliche Signale zur primären Bezugsperson und sucht mit Blick, Mimik, Gesten und Lauten Kontakt.

Das Kind stellt in unbekanntem Situationen Körper- oder Blickkontakt zur Rückversicherung zur primären Bezugsperson her.

Regulation/Stimulation:

Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen.

Das Kind geht auf ein Wechselspiel mit der primären Bezugsperson ein (z. B. mit Fingern oder mit Bauklötzen).

Das Kind kann seine Gefühle meist selbst regulieren und leichte Enttäuschungen tolerieren.

Das Kind toleriert kurze Trennungen von der primären Bezugsperson.

Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge

- Kopfumfang
 - b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
 - c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Einziehungen
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
 - d) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - Femoralispulse
 - e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Anomalien (z. B. Hypospadie, Klitorishypertrophie)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Muskeltonus
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeleigenreflexe
 - g) Kopf
 - Fehlhaltung
 - Dymorphiezeichen
 - Schädelnähte
 - Fontanellentonus
 - h) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Behinderte Nasenatmung
 - Fehlender Mundschluss
 - Auffälliger Stimmklang (z. B. Heiserkeit und Näseln)
 - i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Prüfung der Blickfolge mit einem geräuschlosen, das Kind interessierenden Objekt (z. B. Lichtquelle); Fixationsschwäche re/li
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
4. Beratung
- Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:
- Unfallverhütung

- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Rachitisprophylaxe mittels Vitamin D und Kariesprophylaxe mittels Fluorid
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Hinweise zur Mundhygiene (Zahnpflege) und zahnschonende Ernährung
- Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen)
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut

§ 9 U7

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle
 - Kariesprophylaxe mittels Fluorid
 - Hörvermögen: Reaktion auf leise/laute Schallreize, Kopf- bzw. Blickwendung zur Schallquelle
 - Regelmäßiges Schnarchen
 - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
 - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Kann über längere Zeit frei und sicher gehen.
- Geht 3 Stufen im Kinderschlitt hinunter, hält sich mit einer Hand fest.

b) Feinmotorik:

- Malt flache Spirale.
- Kann eingewickelte Bonbons oder andere kleine Gegenstände auswickeln oder auspacken.

c) Sprache:

- Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa).

- Versteht und befolgt einfache Aufforderungen.
- Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat.
- Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile.

d) Perzeption/Kognition:

- Stapelt 3 Würfel.
- Zeigt im Bilderbuch auf bekannte Gegenstände.

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Bleibt und spielt etwa 15 min alleine, auch wenn die Mutter/der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist.
- Kann mit dem Löffel selber essen.
- Hat Interesse an anderen Kindern.

f) Interaktion/Kommunikation:

- Versucht Eltern irgendwo hinzuziehen.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- Kopfumfang
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung

- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke, Muskeigenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Speichelfluss
 - Auffälliger Stimmklang
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Brückner-Test: Transilluminationsunterschied re/li z. B. bei Trübung der brechenden Medien, Strabismus, Anisometropie
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Hinweis zur Zahnpflege (Fluorid)
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung
- Ernährung
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut

§ 10 U7a

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U7a gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Impfberatung
- d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Ernährung/Verdauung: Essverhalten altersgemäß, abnorme Stühle, Kariesprophylaxe mittels Fluorid
 - Hörvermögen
 - Regelmäßiges Schnarchen
 - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
 - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
 - Stottert ihr Kind?
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Beidseitiges Abhüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle.
- Steigt 2 Stufen im Erwachsenenschritt, hält sich mit der Hand fest.

b) Feinmotorik:

- Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich.

c) Sprache:

- Spricht mindestens Dreiwortsätze.
- Spricht von sich in der Ich-Form.
- Kennt und sagt seinen Rufnamen.

d) **Perzeption/Kognition:**

- Kann zuhören und konzentriert spielen, Als-Ob-Spiele.
- Öffnet große Knöpfe selbst.

e) **Soziale/emotionale Kompetenz:**

- Kann sich gut über einige Stunden trennen, wenn es von vertrauter Person betreut wird.
- Beteiligt sich an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen.

f) **Interaktion/Kommunikation:**

- Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. **Eingehende körperliche Untersuchung**

a) **Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:**

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) **Haut**

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) **Thorax, Lunge, Atemwege**

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) **Herz, Kreislauf**

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

e) **Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)**

- Hodenhochstand re/li
- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) **Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)**

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe

g) **Mundhöhle, Kiefer, Nase**

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Kieferanomalie
- Verletzungszeichen
- Fehlender Mundschluss
- Behinderte Nasenatmung
- h) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von „Muttersprache“ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Ernährung
- Bewegung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten
- Information über zahnärztliche Vorsorge ab 30 Monaten
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

§ 11 U8

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U8 gesetzt:

- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
- b) Erkennen von Sehstörungen
- c) Prüfung des Hörvermögens
- d) Impfberatung
- e) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung

1. Anamnese

- a) Aktuelle Anamnese des Kindes
 - Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
 - Regelmäßiges Schnarchen
 - Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
 - Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
 - Stottert ihr Kind?
- b) Sozialanamnese
 - aa) Betreuungssituation
 - bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

- a) Grobmotorik:
 - Laufrad oder ähnliches Fahrzeug wird zielgerichtet und sicher bewegt.
 - Hüpf über ein 20-50 cm breites Blatt.
- b) Feinmotorik:
 - Mal-Zeichenstift wird richtig zwischen den ersten drei Fingern gehalten.
 - Zeichnet geschlossene Kreise.
- c) Sprache:
 - Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache.
 - Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben
- d) Perzeption/Kognition:
 - Fragt warum, wie, wo, wieso, woher.
- e) Soziale/emotionale Kompetenz:
 - Kann sich selbst an- und ausziehen.
 - Gießt Flüssigkeiten ein.
 - Bei alltäglichen Ereignissen kann das Kind seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress-Situationen.
- f) Interaktion/Kommunikation:
 - Gemeinsames Spielen mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele, hält sich an Spielregeln.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

- a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:
 - Körpergewicht
 - Körperlänge
 - BMI
- b) Haut
 - auffällige Blässe
 - Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
 - entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation
 - Atemgeräusch
 - Atemfrequenz
 - Thoraxkonfiguration
 - Mamillenabstand
 - Hinweis auf Rachitis
- d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
 - e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)
 - Hodenhochstand re/li
 - Leber- und Milzgröße
 - Hernien
 - auffälliger Harnbefund (Mehrfachteststreifen)
 - f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten, Vorbeugetest
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Spontanmotorik
 - Hinweis auf Rachitis an den Extremitäten
 - Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe
 - g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Kieferanomalien
 - h) Ohren
 - Hörtest mittels Screeningaudiometrie (Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 5 Prüffrequenzen)
 - i) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
 - Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoitringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz
4. Beratung
- Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:
- Unfallverhütung
 - Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
 - Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
 - Ernährung
 - Bewegung
 - Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
 - Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

§ 12 U9

- (1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der U9 gesetzt:
- a) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten
 - b) Erkennen von Sehstörungen
 - c) Impfberatung
 - d) Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die eingehende körperliche Untersuchung sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes:

- Erkrankungen: Schwerwiegende Erkrankungen seit der letzten Untersuchung, Operationen, Krampfanfälle, schwere ungewöhnliche und häufige Infektionen
- Hörvermögen
- Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?
- Wird ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?
- Stottert ihr Kind?

b) Sozialanamnese

aa) Betreuungssituation

bb) Besondere Belastungen in der Familie

2. Orientierende Beurteilung der Entwicklung

a) Grobmotorik:

- Hüpf auf einem Bein jeweils rechts und links, und kurzer Einbeinstand.
- Größere Bälle können aufgefangen werden.
- Läuft Treppen vorwärts rauf und runter im Erwachsenenschritt (wechselfüßig) ohne sich festzuhalten.

b) Feinmotorik:

- Nachmalen eines Kreises, Quadrates, Dreiecks möglich.
- Stifthaltung wie ein Erwachsener.
- Kann mit einer Kinderschere an einer geraden Linie entlang schneiden.

c) Sprache:

- Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden.
- Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen.

d) Perzeption/Kognition:

- Mindestens 3 Farben werden erkannt und richtig benannt.

e) Soziale/emotionale Kompetenz:

- Kann sich mit anderen Kindern gut im Spiel abwechseln.
- Ist bereit zu teilen.
- Kind kann seine Emotionen meist selbst regulieren. Toleriert meist leichtere, übliche Enttäuschungen.

f) Interaktion/Kommunikation:

- Das Kind lädt andere Kinder zu sich ein und wird selbst eingeladen.

- Intensive Rollenspiele: Verkleiden, Verwandlung in Tiere, Vorbilder (Ritter, Piraten, Helden), auch mit anderen Kindern.

Eltern sind unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes, weil:

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße und Eintragung in das Somatogramm:

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben)
- entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation
- Atemgeräusch
- Atemfrequenz
- Thoraxkonfiguration
- Mamillenabstand

d) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

e) Abdomen, Genitale (inkl. Analregion)

- Leber- und Milzgröße
- Hernien

f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)

- Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen von hinten und von den Seiten
- Asymmetrien
- Schiefhaltung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der großen Gelenke (Muskeltonus), Muskeleigenreflexe

g) Mundhöhle, Kiefer, Nase

- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
- Verletzungszeichen
- Kieferanomalien

h) Augen

- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Kopffehlhaltung
- Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
- Hornhautreflexbildchen und Stereo-Test (z. B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test); Strabismus
- Nonverbale Formenwiedererkennungstest (z. B. Lea-Hyvärinen-Test, Sheridan-Gardiner-Test, H-Test nach Hohmann/Haase, E-Haken, Landoltringe mittels Einzeloptotypen in 3 m Abstand) und monokulare Prüfung (z. B. mit Okklusionspflaster); Sehschwäche; Rechts-links-Differenz

4. Beratung

Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu folgenden Themen:

- Kariesprophylaxe mittels Fluorid prüfen
- Unfallverhütung
- Sprachberatung: Förderung von deutscher Sprache und „Muttersprache“ (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)
- Bewegung und Adipositasprävention
- Ernährung
- Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielkonsolen, Dauerbeschallung)
- Sucht
- Aufklärung über Impfungen/Vorschlag eines Impftermins, Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen
- Verweis zum Zahnarzt zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung

C. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

I. Erweitertes Neugeborenen Screening

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 13 Allgemeines

- (1) Das nach dieser Richtlinie durchzuführende erweiterte Neugeborenen-Screening dient der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden. Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden.
- (2) Das Screening umfasst ausschließlich die in § 17 als Zielkrankheiten aufgeführten Stoffwechseldefekte und endokrinen Störungen.

§ 14 Geltungsbereich

Die Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 des SGB V für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Neugeborenen-Screenings, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie einleitet oder erbringt.

§ 15 Anspruchsberechtigung

Neugeborene haben Anspruch auf Teilnahme am erweiterten Neugeborenen-Screening entsprechend dieser Richtlinie.

§ 16 Aufklärung und Einwilligung

- (1) Die Eltern (Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen sind vor der Durchführung des Screenings eingehend und mit Unterstützung eines Informationsblattes entsprechend Anlage 3 durch den verantwortlichen Arzt (§ 19 Absatz 1) aufzuklären. Wird die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger geleitet, kann die Aufklärung durch diese erfolgen, wenn die Rückfragemöglichkeit an einen Arzt gewährleistet ist. Die Inhalte der Aufklärung sind vor der Untersuchung zu dokumentieren.
- (2) Zu Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung gilt § 9 Gendiagnostikgesetz (GenDG). Die Aufklärung umfasst insbesondere Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung. Die Gendiagnostik-Kommission kann diese Inhalte in Richtlinie nach § 23 Absatz 2 Nummer 3 GenDG konkretisieren.

- (3) Nach der Aufklärung ist eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung einzuräumen. Die Personensorgeberechtigten können auf die Bedenkzeit verzichten, so dass unmittelbar nach der Aufklärung die Einwilligung eingeholt und Blut abgenommen werden kann. Die Einwilligung umfasst den Umfang der genetischen Untersuchung und den Umfang der mit der Filterpapierkarte weiterzugebenden personenbezogenen Daten. Die Einwilligung hat gegenüber der Person zu erfolgen, die die Aufklärung nach Absatz 1 durchgeführt hat und ist mit der Unterschrift zumindest eines Elternteiles (Personensorgeberechtigten) zu dokumentieren. Die Eltern erklären mit ihrer Einwilligung zum Screening, dass personenbezogene Daten an die Labore übermittelt werden dürfen. Als Nachweis der vorliegenden Einwilligung gegenüber dem durchführenden Labor gilt auch das Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf der Filterpapierkarte. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Person widerrufen werden.

§ 17 Zielkrankheiten und deren Untersuchung

- (1) Im erweiterten Neugeborenen-Screening wird ausschließlich auf die nachfolgenden Zielkrankheiten gescreent:
1. Hypothyreose
 2. Adrenogenitales Syndrom (AGS)
 3. Biotinidasemangel
 4. Galaktosämie
 5. Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA)
 6. Ahornsirupkrankheit (MSUD)
 7. Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD)
 8. Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD)
 9. Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD)
 10. Carnitinzyklusdefekte
 - a) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I)
 - b) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II)
 - c) Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel
 11. Glutaracidurie Typ I (GA I)
 12. Isovalerialacidämie (IVA).
- (2) Das Screening auf die Zielkrankheiten der Nummern 1 bis 4 erfolgt mit konventionellen Laboruntersuchungsverfahren (Nummer 1 und 2 mittels immunometrischer Tests [Radioimmunoassays/Fluoroimmunoassays], Nummer 3 mittels eines photometrischen Tests, Nummer 4 mittels eines photometrischen und fluorometrischen Tests). Das Screening auf die Zielkrankheiten der Nummern 5 bis 12 wird mittels der Tandemmassenspektrometrie durchgeführt.
- (3) Die Untersuchung weiterer, nicht in Absatz 1 genannter Krankheiten ist nicht Teil des Screenings. Daten zu solchen Krankheiten sind, soweit technisch ihre Erhebung nicht unterdrückt werden kann, unverzüglich zu vernichten. Deren Nutzung, Speicherung oder Weitergabe ist nicht zulässig. Die im Rahmen des Screenings erhobenen Daten dürfen ausschließlich zu dem Zweck verwendet werden, die vorgenannten Zielkrankheiten zu erkennen und zu behandeln.

2. Verfahren

§ 18 Grundsätze des Screening-Verfahrens

- (1) Der Erfolg des Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und die therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden.
- (2) Zur zuverlässigen Diagnose ist bei einem ersten auffälligen Befund sofort eine zweite Laboruntersuchung durchzuführen. Das Verfahren und die Verantwortlichkeiten sind dabei die gleichen wie bei der Erstbefundung. Ergibt auch die zweite Untersuchung einen auffälligen Befund, ist eine dem Befund angemessene unverzügliche Abklärung und ggf. Therapieeinleitung zu veranlassen. Nach Vorliegen eines abschließenden Ergebnisses (nach Kontrolle des auffälligen Erstbefundes in einer erneuten Blutprobe) soll eine genetische Beratung durch einen dafür qualifizierten Arzt/qualifizierte Ärztin angeboten werden, außer es liegt ein eindeutig negatives Ergebnis vor.
- (3) Zwischen der Abnahme der Probe und der Übermittlung eines auffälligen Befundes sollen nicht mehr als 72 Stunden liegen.

§ 19 Durchführungsverantwortung

- (1) Der Leistungserbringer, der die Geburt des Kindes verantwortlich geleitet hat, ist für die Durchführung des Screenings verantwortlich. Der Leistungserbringer (im Folgenden „Einsender“ genannt) hat das Labor mit der Analyse der zugesandten Proben zu beauftragen. Wurde die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger verantwortlich geleitet, so soll sie/er in gegenseitigem Einvernehmen einen verantwortlichen Arzt/ eine verantwortliche Ärztin benennen. Ist eine Benennung ausnahmsweise nicht möglich, hat die Hebamme /der Entbindungspfleger, das Screening in eigener Verantwortung durchzuführen, wenn die Rückfragemöglichkeit an eine Ärztin /einen Arzt gewährleistet ist. Durch die Probenübermittlung an einen nach § 23 berechtigten Laborarzt/-ärztin wird diesem die Verantwortung für die Laboruntersuchungen nach § 17 und die Befundübermittlungen nach § 22 übertragen.
- (2) Auch ohne Durchführungsverantwortung nach Absatz 1 hat sich der die U2-Früherkennungsuntersuchung beim Neugeborenen durchführende Arzt/Ärztin bei der Untersuchung zu vergewissern, dass die Entnahme der Blutprobe für das erweiterte Neugeborenen-Screening dokumentiert wurde. Ist das Screening nicht dokumentiert, so hat er/sie das Screening nach dieser Richtlinie anzubieten.

§ 20 Zeitpunkt der Probenentnahmen

- (1) Der optimale Entnahmezeitpunkt ist das Alter von 48 bis 72 Lebensstunden. Die Blutprobe soll nicht vor vollendeten 36 und nicht nach 72 Lebensstunden entnommen werden. In diesem Zeitfenster versäumte Probenentnahmen müssen unverzüglich nachgeholt werden.
- (2) Bei Entlassung vor vollendeten 36 Lebensstunden oder Verlegung soll eine erste Probe entnommen werden. Ein früherer Untersuchungszeitpunkt als 36 Lebensstunden erhöht das Risiko von falsch-negativen und falsch-positiven Befunden. Bei Entlassung vor 36 Lebensstunden müssen die Eltern (Personensorgeberechtigten) daher über die Notwendigkeit einer termingerechten zweiten Laboruntersuchung informiert werden.
- (3) Die erste Probenentnahme soll vor einer Transfusion, Kortikosteroid- oder Dopamintherapie durchgeführt werden.

- (4) Bei sehr unreifen Neugeborenen (Geburt vor vollendeten 32 Schwangerschaftswochen) muss außer dem Erstscreening nach Absatz 1 ein abschließendes Zweitscreening in einem korrigierten Alter von 32 Schwangerschaftswochen erfolgen.

§ 21 Probenentnahme und Probenbearbeitung

- (1) Bei der Probengewinnung wird natives Venen- oder Fersenblut entnommen, auf speziell dafür vorgesehenes Filterpapier (Filterpapierkarte) aufgetropft und bei Raumtemperatur getrocknet. Die Berechtigung zur Blutentnahme richtet sich nach dem Berufsrecht des jeweiligen Leistungserbringers.
- (2) Die Probenentnahme, die Angaben zum Neugeborenen und das Datum der Versendung der Blutprobe sind auf der Filterpapierkarte gemäß Anlage 4 und in geeigneter Weise auch im Kinderuntersuchungsheft zu dokumentieren, um die Überprüfung der erfolgten Blutentnahme im Rahmen der U2-Früherkennungsuntersuchung zu ermöglichen.
- (3) Durch Festlegung geeigneter Maßnahmen ist die eindeutige Probenzuordnung zum Neugeborenen sicher zu stellen.
- (4) Die Filterpapierkarte ist an einen zur Durchführung der notwendigen Laborleistungen nach § 23 berechtigten Arzt/berechtigte Ärztin zu senden.
- (5) Das Entnahme-Datum soll zugleich Proben-Versand-Datum sein.
- (6) Die Ablehnung des Screenings oder der Tod des Neugeborenen vor einer möglichen ersten Blutentnahme nach § 20 sind auf leeren Filterpapierkarten zu dokumentieren und an das Screeninglabor zu senden.

§ 22 Befundübermittlung

- (1) Wenn die Untersuchung aus der Blutprobe des Kindes im Labor den Verdacht auf das Vorliegen einer der Zielkrankheiten ergibt, ist der Einsender unverzüglich zu unterrichten und zur Entnahme einer Kontrollblutprobe aufzufordern. Dabei ist auf die Notwendigkeit einer schnellen, fachkompetenten Abklärung und Weiterbetreuung ausdrücklich und mit Bezug auf die befundete Zielkrankheit hinzuweisen. Dem Einsender ist zu empfehlen, schnellstmöglich Kontakt zu den Eltern (Personensorgeberechtigten) aufzunehmen. Außerdem sind ihm Kontaktmöglichkeiten (insbesondere Telefonnummern) zu den nächsterreichbaren Zentren mit Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit mitzuteilen.
- (2) Datum und Uhrzeit der Befundübermittlung, der Informationsempfänger und das vereinbarte Vorgehen sind zu dokumentieren.
- (3) Für ihre Erreichbarkeit zum Zeitpunkt der möglichen Befundübermittlung sind die Telefonnummern und Adressen des Einsenders und Eltern (Personensorgeberechtigte) auf einem abtrennbaren Teil der Filterpapierkarte anzugeben. Die schriftliche Einwilligung der Personensorgeberechtigten gemäß § 16 umfasst grundsätzlich die Übermittlung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Telefonnummer und Adresse, zum Zwecke der unmittelbaren Kontaktaufnahme im Sinne von Absatz 4. Nach abgeschlossener Diagnostik, Befundübermittlung und Abrechnung sind die Kontaktdaten unverzüglich zu löschen und die weiteren personenbezogenen Daten zu pseudonymisieren.
- (4) Bei pathologischen Befunden erfolgt eine unverzügliche Befundweitergabe, mündlich und schriftlich, vom Laborarzt an den Einsender. Im Falle der Nichterreichbarkeit des verantwortlichen Einsenders ist der Laborarzt berechtigt, den Befund unmittelbar den Personensorgeberechtigten mitzuteilen, wenn dies zur Abwendung unmittelbarer Gefahren für die Gesundheit des Kindes erforderlich ist und wenn deren schriftliche Einwilligung vorliegt. Der Laborarzt hat den Befund entsprechend Absatz 5 mitzuteilen.

- (5) Der Einsender informiert unverzüglich die Eltern (Personensorgeberechtigten). Dabei ist auf die Notwendigkeit einer schnellen, fachkompetenten Abklärung und Weiterbetreuung ausdrücklich hinzuweisen. Datum und Uhrzeit der Befundübermittlung, der Informationsempfänger und das vereinbarte Vorgehen sind zu dokumentieren. Außerdem sind den Personensorgeberechtigten Kontaktmöglichkeiten (insbesondere Telefonnummern) zu den nächsterreichbaren Zentren mit Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit mitzuteilen.
- (6) Unauffällige Befunde werden dem Einsender schriftlich mitgeteilt. Die Eltern (Personensorgeberechtigten) werden ohne Vorliegen eines auffälligen Befundes nur auf ihre ausdrückliche Nachfrage vom Einsender informiert.

3. Genehmigung und Qualitätssicherung für Laborleistungen

§ 23 Genehmigung für Laborleistungen

- (1) Laborleistungen nach dieser Richtlinie dürfen nur nach Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht und abgerechnet werden, in deren Gebiet der Laborarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist. Voraussetzung für die Genehmigung ist, dass der beantragende Arzt seine fachliche Qualifikation nach § 24 nachweist, die Voraussetzungen nach § 25 für das Labor belegt, in dem er die Laborleistungen erbringen will und das Labor die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4 GenDG erfüllt.
- (2) Die Genehmigung ist unter der Auflage zu erteilen, dass die Laborleistungen nach dieser Richtlinie in einem Labor erbracht werden, das die Voraussetzungen des § 25 erfüllt und der Arzt den Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 26 nachkommt.
- (3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn trotz Vorliegens der in Absatz 1 Satz 2 geforderten Nachweise erhebliche Zweifel an der qualitätsgesicherten Erbringung der Laborleistungen bestehen. Die Zweifel können sich insbesondere daraus ergeben, dass die Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nach § 26 in erheblichem Umfang verletzt wurden oder die Laborleistungen aus derselben Blutprobe an verschiedenen Standorten erbracht werden sollen (Verbot des Probensplittings) und dadurch eine qualitätsgesicherte und zeitgerechte Erbringung der Laborleistungen nicht gewährleistet ist.
- (4) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung muss vor der Erteilung der Genehmigung und kann nach der Genehmigung die Labore nach vorheriger Anmeldung und mit Einverständnis eines das Hausrecht ausübenden Arztes begehren und auf das Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen prüfen.
- (5) Die Abrechnungsgenehmigung ist dem die Laborleistungen erbringenden Arzt zu entziehen, wenn
 - die Genehmigungsvoraussetzungen nach Absatz 1 und 3 nicht mehr vorliegen,
 - die Auflagen nach Absatz 2 nicht erfüllt werden oder
 - das Einverständnis zur Praxisbegehung versagt wird.
- (6) Vor dem Entzug der Genehmigung und vor der Ablehnung des Antrags auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung ist der Arzt im Rahme eines Kolloquiums anzuhören, und es soll eine angemessene Frist zur Beseitigung der Gründe für den Entzug der Abrechnungsgenehmigung gesetzt werden, die ein halbes Jahr nicht übersteigt. Satz 1 gilt nicht, wenn die Qualitätsmängel so gravierend sind, dass ein sofortiger Genehmigungsentzug geboten ist.

§ 24 Qualifikation des Laborarztes

- (1) Die Erbringung der Laborleistungen nach dieser Richtlinie bedarf einer besonderen fachlichen Qualifikation des erbringenden Arztes, die sowohl spezielle Kenntnisse als auch Erfahrung in der Durchführung der Tandemmassenspektrometrie umfasst.
- (2) Die besondere fachliche Qualifikation des Laborarztes gilt in der Regel als belegt, wenn er
 - a) die Gebietsbezeichnung für Laboratoriumsmedizin führen darf oder über die Fachkunde Laboruntersuchung oder die Zusatz- Weiterbildung fachgebundene Labordiagnostik verfügt und
 - b) seine persönliche Erfahrung in der Erbringung von Tandemmassenspektrometrien dadurch in geeigneter Weise belegt, dass er entweder
 - die Erbringung von 20.000 Tandemmassenspektrometrien für das Jahr glaubhaft macht, welches dem vorgesehenen Tag der Genehmigung vorausgeht, oder
 - die regelmäßige Erbringung von Tandemmassenspektrometrien über einen Zeitraum von zwei Jahren glaubhaft macht, welche dem vorgesehenen Tag der Genehmigung vorausgehen. Bestehen Zweifel an der persönlichen Erfahrung in der Erbringung von Tandemmassenspektrometrien sollen diese im Rahmen eines Fachkolloquiums u. a. anhand der Beurteilung einer Fallsammlung geklärt werden.

§ 25 Anforderungen an die Labore

- (1) Zur Optimierung der internen Qualitätssicherung und der Logistik des Screenings sowie der Wirtschaftlichkeit ist eine Mindestzahl von 50.000 untersuchter Erstscreeningproben innerhalb eines Jahres und in einem Labor Voraussetzung für die Teilnahme am Screening. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung kann die Frist für die Erfüllung der Mindestzahlen in der Anfangsphase einmal um höchstens ein Jahr verlängern.
- (2) Das Labor muss für die durchzuführenden Untersuchungen mit den entsprechenden technischen Einrichtungen ausgestattet sein und über qualifiziertes Personal verfügen. Diese organisatorisch-apparativen Voraussetzungen gelten mit einer Akkreditierung für medizinische Laborleistungen durch die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS GmbH) als belegt.
- (3) Die Genehmigung ist unter der Auflage zu erteilen, dass das Labor, in dem die Laborleistungen erbracht werden sollen, die folgenden Leistungen erbringt:
 - Versendung der Filterpapierkarten an die Leistungserbringer, für die das Labor Laborleistungen nach dieser Richtlinie erbringt und
 - Erstellung und vierteljährliche Aktualisierung eines Verzeichnisses der nächsterreichbaren Zentren mit pädiatrischen Stoffwechselspezialisten oder Endokrinologen mit 24-stündiger Erreichbarkeit zur Information nach § 22 Absatz 1.

§ 26 Qualitätssicherung

- (1) Die eindeutige Zuordnung der Proben und der Ergebnisse ihrer Untersuchung zu dem jeweiligen Neugeborenen ist sicherzustellen.
- (2) Die berufsrechtlichen Anforderungen an die persönliche Erbringung von Laborleistungen, insbesondere für die regelmäßige Überprüfung der ordnungsgemäßen Laborgeräthewartung und -bedienung durch das Laborpersonal, die persönliche Erreichbarkeit und die persönliche Überprüfung der Plausibilität der erhobenen Laborparameter nach Abschluss des Untersuchungsganges im Labor und § 5 GenDG sind zu beachten. Auf die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen wird hingewiesen.

- (3) Es ist sicherzustellen, dass am Tage des Proben-Eingangs die Laboruntersuchung durchgeführt und pathologische Befunde übermittelt werden. Die Laborleistung ist zumindest von Montag bis Samstag vorzuhalten.
- (4) Die die Laborleistungen erbringenden Ärzte müssen im ersten Quartal jedes Jahres der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Qualitätsbericht über ihre Leistungen nach dieser Richtlinie im vorangegangenen Jahr vorlegen. Der Bericht muss Angaben zu der untersuchten Zahl der Proben, der pathologischen Fälle, der Endbefunde, der Recall-Raten, Abnahme- und Versandzeiten und Angaben zur Befundübermittlung enthalten. Für die Leistungen innerhalb eines Labors kann ein gemeinsamer Bericht erstellt werden; die Angaben nach Satz 2 müssen aber auf den einzelnen Arzt zurückführbar sein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen diese Berichte den Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung.

§ 27 Dokumentation der Laborleistungen

- (1) Die Laborleistungen sind auf dem Mustervordruck nach Anlage 4 der eingesandten Filterpapierkarte zu dokumentieren.
- (2) Das Labor muss die Einhaltung der jeweils gültigen Datenschutzbestimmungen gewährleisten.
- (3) Restblutproben sind unverzüglich nach Abschluss der Ringversuche zur Qualitätssicherung nach den Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, spätestens jedoch nach drei Monaten zu vernichten.

§ 28 Anpassung

- (1) Spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie soll der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses den Erfolg des erweiterten Neugeborenen-Screenings prüfen und erforderliche Änderungen der Bestimmungen empfehlen.
- (2) Die Erfüllung der Anforderungen an die Labore gemäß § 5 Absatz 2 GenDG (§ 23 Absatz 1 Satz 2) ist bis zum 1. Februar 2011 keine Voraussetzung für die Erteilung von Genehmigungen oder die Abrechnung von Laborleistungen.

II. Screening auf Mukoviszidose

§ 29 bis § 42 [vorläufig unbesetzt]

III. Durchführungsempfehlungen für die sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte zur Früherkennung der Hüftgelenkdysplasie und -luxation

§ 43 Qualifikation des Arztes für die Durchführung der Hüftgelenksonographie

Ärzte, die Leistungen der sonographischen Screening-Untersuchungen von Säuglingshäften in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen, müssen die in der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik erfüllen.

§ 44 Ärztliche Zusammenarbeit

Sofern der mit der Früherkennungsuntersuchung befasste Arzt die sonographische Untersuchung der Hüftgelenke nicht selbst ausführt, soll er die Überweisung des Kindes an

einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt mit der unter § 43 angegebenen Qualifikation veranlassen. Dieser hat den überweisenden Arzt unverzüglich über das Ergebnis der hüftsonographischen Untersuchung zu unterrichten, um die gegebenenfalls erforderlichen therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten.

§ 45 Ablauf der Untersuchungen

Die hüftsonographische Screening-Untersuchung bei Säuglingen wird in der 4. - 5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der dritten Früherkennungsuntersuchung durchgeführt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie eine eventuell notwendige Therapie vor der 6. Lebenswoche einsetzt, um so das spätere Auftreten einer Hüftgelenksluxation zu verhindern. Die Hüftsonographie soll als statische und gegebenenfalls dynamische Untersuchung entsprechend dem derzeit von den Fachgesellschaften empfohlenen Verfahren (Verfahren nach Graf) durchgeführt werden.

Die Bilddokumentation soll als Darstellung in der Standardebene nach Graf erfolgen (Unterrand des Os ilium, mittlerer Pfannendachbereich, Labrum acetabulare). Die Winkelbefunde (Alpha- und Beta-Winkel) sind auf der Grundlage der Auswertung jeweils eines Bildes pro Gelenkseite zu ermitteln. Ergeben sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund Konsequenzen für das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen, sollen dabei die aktuellen Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften beachtet werden.

§ 46 Dokumentation

Die Dokumentation der erhobenen anamnestischen, klinischen und sonographischen Befunde erfolgt auf einem gesonderten Erhebungsbogen, der Bestandteil des Untersuchungsheftes für Kinder ist. Insbesondere sind folgende Risikomerkmale und Befunde zu dokumentieren:

Risiken aus Anamnese und allgemeinem Befund

- Geburt aus Beckenendlage
- Hüftgelenksluxationen bzw. Hüftgelenksdysplasie in der Familie
- Stellungsanomalien bzw. Fehlbildungen (insbesondere der Füße)

Klinische Zeichen

- Instabilität des Hüftgelenks (Grad I - IV nach TÖNNIS)
- Abspreizhemmung

Hüftsonographische Befunde

- Hüfttyp nach Graf
- Alpha- und Beta-Winkel auf jeder Gelenkseite

Darüber hinaus sollen die gegebenenfalls veranlassten diagnostischen und/oder therapeutischen Konsequenzen angegeben werden.

IV. Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

1. Allgemeine Bestimmungen

§ 47 Zielsetzung

Das nach dieser Richtlinie durchzuführende Neugeborenen-Hörscreening dient primär der Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB. Solche Hörstörungen sollen bis zum Ende des 3. Lebensmonats diagnostiziert und eine entsprechende Therapie bis Ende des 6. Lebensmonats eingeleitet sein.

§ 48 Geltungsbereich

- (1) Die Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 des SGB V für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen von Hörstörungen bei Neugeborenen, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie durchführt.
- (2) Die in der Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen die Ärzte ein, die aufgrund von Übergangsregelungen der für sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung berechtigt sind oder aufgrund der für sie geltenden Weiterbildungsordnung zur Erbringung der entsprechenden Leistung(en) berechtigt sind.

§ 49 Anspruchsberechtigung

Neugeborene haben Anspruch auf die Teilnahme am Neugeborenen-Hörscreening entsprechend dieser Richtlinie.

§ 50 Aufklärung und Einwilligung

Vor Einleitung des Neugeborenen-Hörscreenings sind die Eltern (Personensorgeberechtigten) anhand des Merkblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechend Anlage 5 über Vor- und Nachteile aufzuklären. Die Eltern (Personensorgeberechtigten) entscheiden über die Teilnahme an der Untersuchung. Ihre Ablehnung ist mit der Unterschrift zumindest eines Elternteils (Personensorgeberechtigten) zu dokumentieren.

2. Verfahren

§ 51 Grundsätze des Neugeborenen-Hörscreenings

- (1) Das Neugeborenen-Hörscreening umfasst die Messung otoakustischer Emissionen (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen, TEOAE) und/oder die Hirnstammaudiometrie (AABR) einschließlich der ggf. gemäß Absatz 3 durchzuführenden Untersuchung. Der Erfolg des Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der zeitnahen Durchführung einer umfassenden pädaudiologischen Nachfolgediagnostik bei auffälligen Befunden.
- (2) Das Neugeborenen-Hörscreening erfolgt für jedes Ohr mittels TEOAE oder AABR und soll bis zum 3. Lebenstag durchgeführt werden. Für Risikokinder für konnatale Hörstörungen ist die AABR obligat. Bei Frühgeborenen soll die Untersuchung spätestens zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins, bei kranken oder mehrfach behinderten Kindern unter Beachtung der Zusatzstörungen und notwendigen klinischen Maßnahmen spätestens vor Ende des 3. Lebensmonats erfolgen. Bei Geburt im Krankenhaus erfolgt die Untersuchung vor Entlassung. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses oder nicht erfolgter Untersuchung findet die Untersuchung spätestens im Rahmen der U2 statt.
- (3) Bei auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR soll möglichst am selben Tag, spätestens bis zur U2 eine Kontroll-AABR durchgeführt werden. Die Untersuchung erfolgt an beiden Ohren.

- (4) Bei einem auffälligen Befund in dieser Kontroll-AABR soll eine umfassende pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bis zur 12. Lebenswoche erfolgen.

§ 52 Durchführungsverantwortung und Qualifikation

- (1) Die Verantwortung für die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings liegt bei Geburt im Krankenhaus bei dem Arzt, der für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlich ist.
- (2) Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses liegt die Verantwortung für die Veranlassung der Untersuchung bei der Hebamme oder dem Arzt, die oder der die Geburt verantwortlich geleitet hat. Das Neugeborenen-Hörscreening kann bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durchgeführt werden, soweit sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind.
- (3) In den Fällen, in denen ausnahmsweise im Krankenhaus nach auffälliger Erstuntersuchung keine Kontroll-AABR bis zur U2 durchgeführt wurde, wird die AABR bis spätestens zur U3 von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen vorgenommen, soweit sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind.
- (4) Die ggf. notwendige pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik wird durch Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder pädaudiologisch qualifizierte Fachärzte für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde durchgeführt.

§ 53 Apparative Anforderungen

Die Geräte zur Messung von TEOAE und AABR müssen den für diese Untersuchungen einschlägigen technischen Anforderungen genügen. Eine entsprechende Gewährleistungsgarantie des Herstellers erfüllt diese Bedingung.

§ 54 Qualitätssicherung

- (1) Bei Geburt und Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings in einem Krankenhaus soll das Krankenhaus nachfolgend genannte Qualitätsziele erfüllen:
- Der Anteil der auf Hörstörungen untersuchten Kinder zur Gesamtzahl der Neugeborenen soll bei mindestens 95 % liegen.
 - Mindestens 95% der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen vor Entlassung aus dem Krankenhaus eine Kontroll-AABR erhalten haben.
 - Der Anteil der untersuchten Kinder, für die eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik gemäß § 51 Absatz 4 erforderlich ist, soll höchstens bei 4% liegen.
- (2) Wird das Neugeborenen-Hörscreening bei einem niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen erbracht, so sollen nachfolgend genannte Qualitätsziele erfüllt werden:
- Mindestens 95% der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen in derselben Betriebsstätte, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, eine Kontroll-AABR erhalten.
 - Der Anteil der primär beim Vertragsarzt untersuchten Kinder, für die eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik gemäß § 51 Absatz 4 erforderlich ist, soll höchstens bei 4% liegen.

- (3) Unabhängig von der Verantwortung für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung gemäß § 52 hat der die U3 durchführende Arzt sich zu vergewissern, dass das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert wurde. Ist die Durchführung der Untersuchung nicht dokumentiert, so hat er die Untersuchung zu veranlassen sowie Durchführung und Ergebnis zu dokumentieren. Dasselbe gilt für die U4 und U5 durchführenden Ärzte.
- (4) Der Erfolg des Neugeborenen-Hörscreenings ist abhängig von der zeitnahen Durchführung einer umfassenden audiologischen Nachfolgediagnostik bei auffälligen Befunden und der Therapieeinleitung. Um zu gewährleisten, dass das Neugeborenen-Hörscreening allen Neugeborenen zur Verfügung steht und alle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auffällig getesteten Neugeborenen die Konfirmationsdiagnostik in Anspruch nehmen, sollen Krankenhäuser bzw. Hebammen und niedergelassene Ärzte, die die Früherkennungsuntersuchung durchführen, auch die über die in § 55 geregelten Dokumentationen hinausgehenden länderspezifischen Regelungen berücksichtigen (z. B. Dokumentation durch Screeningkarten des Erweiterten Neugeborenen-Screenings).

§ 55 Dokumentation

- (1) Im Gelben Kinderuntersuchungsheft (Anlage 1) werden Durchführung und Ergebnisse (differenziert nach einseitig/beidseitig) dieser Früherkennungsuntersuchung sowie ggf. die Durchführung einer Konfirmationsdiagnostik dokumentiert.
- (2) Zusätzlich zur Dokumentation im Gelben Heft haben die Leistungserbringer des Neugeborenen-Hörscreenings ab dem 1. Januar 2009 einmal im Kalenderjahr eine Sammelstatistik über folgende Parameter zu erstellen:
- Gesamtzahl der Neugeborenen (nur im Krankenhaus zu erfassen)
 - Anzahl der im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings getesteten Neugeborenen differenziert nach TEOAE/AABR als Erstuntersuchung
 - Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger TEOAE (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig)
 - Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger AABR (differenziert nach Erst- und Kontrolluntersuchung sowie nach einseitig/beidseitig auffällig)
 - Anzahl der Neugeborenen mit auffälliger TEOAE und auffälliger AABR (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig)
- (3) Sammelstatistiken sind auf Anfrage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Evaluation bestimmten Stelle zur Verfügung zu stellen. Diese Daten können auch in Zusammenarbeit mit den länderspezifischen Screeningzentren erhoben werden.
- (4) Folgende Parameter müssen im Rahmen der U3, U4 und U5 überprüft und im Gelben Heft dokumentiert werden:
- Neugeborenen-Hörscreening ist bereits erfolgt und im Gelben Heft dokumentiert
 - Neugeborenen-Hörscreening selbst durchgeführt bzw. veranlasst falls Dokumentation im Gelben Heft fehlt
 - Ergebnisse des Neugeborenen-Hörscreenings (Früherkennungsuntersuchung unauffällig, Konfirmationsdiagnostik veranlasst, Konfirmationsdiagnostik bereits durchgeführt, angeborene Hörstörung bei Konfirmationsdiagnostik festgestellt, einseitig/beidseitig)

§ 56 Evaluation

- (1) Das Neugeborenen-Hörscreening wird hinsichtlich Qualität und Zielerreichung durch eine Studie evaluiert. Hierzu beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Art, Umfang und Zeitrahmen der Evaluation.
- (2) Zielparame-ter für die Evaluation sind insbesondere
 - Häufigkeit der durchgeführten Untersuchung differenziert nach Ort der Leistungserbringung (für die Kliniken auch die Erfassungsraten),
 - Anzahl der auffälligen Erstuntersuchungen differenziert nach Methode und nach einseitig/beidseitig auffällig,
 - Anzahl der auffälligen Kontroll-AABR differenziert nach Methode der Erstuntersuchung und einseitig/beidseitig auffällig,
 - Anzahl der richtig-positiven Befunde,
 - Zeitpunkt der Diagnosestellung und Therapieeinleitung,
 - Anzahl der falsch-positiven Befunde.

§ 57 Anpassung

Spätestens 5 Jahre nach In-Kraft-Treten der Richtlinienänderung soll der Gemeinsame Bundesausschuss das Neugeborenen-Hörscreening prüfen und erforderliche Änderungen beschließen.

D. Dokumentation und Evaluation

§ 58 Dokumentation

- (1) Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte bei der Ärztin oder beim Arzt und im Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft) gemäß der Anlage 1. Die Dokumentation der speziellen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt entsprechend den Vorgaben in Abschnitt C sowie gemäß den Anlagen zu dieser Richtlinie. Darüber hinaus wird die Teilnahme auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert, gemäß der Anlage

GKV-SV/KBV/KZBV:

Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 1a.

- (2) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Untersuchungsheft für Kinder (Anlage 1), an der Elterninformation zum Erweiterten Neugeborenen-Screening (Anlage 3), an der Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose (Anlage 2), an der Filterpapierkarte (Anlage 4) sowie am Merkblatt zum Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 5) vorzunehmen, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird.

Anlagen

- Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder [vorläufig unbesetzt]
- Anlage 1a Formular Präventionsempfehlung
- Anlage 2 Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose [vorläufig unbesetzt]
- Anlage 3 Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen Screening

ERWEITERTES NEUGEBORENEN-SCREENING

Elterninformation zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen

Liebe Eltern,

die meisten Kinder kommen gesund zur Welt und bleiben es auch. Es gibt jedoch seltene angeborene Erkrankungen, die bei Neugeborenen noch nicht durch äußere Zeichen erkennbar sind. Diese Erkrankungen können bei ca. einem von 1.000 Neugeborenen auftreten. Unbehandelt können diese Erkrankungen zu Organschäden, körperlicher oder geistiger Behinderung führen. Um diese Erkrankungen zu erkennen, wird eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten (erweitertes Neugeborenen-Screening).

Warum werden Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt?

Seltene angeborene Störungen des Stoffwechsels und der Organfunktion sollen rechtzeitig erkannt werden. Durch eine frühzeitige Behandlung möglichst bald nach der Geburt können die Folgen einer angeborenen Erkrankung dieser Kinder meist vermieden werden. Deshalb finden seit über 30 Jahren bei allen Neugeborenen Blutuntersuchungen statt. Diese Stoffwechseluntersuchung wurde nun wesentlich verbessert, weitere behandelbare Erkrankungen sind in die Untersuchung eingeschlossen worden.

Wann und wie wird untersucht?

Im Laufe des zweiten bis dritten Lebensstages (36 bis 72 Stunden nach der Geburt), ggf. zusammen mit der zweiten Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes, der U2, werden wenige Blutstropfen (aus der Vene oder Ferse) entnommen, auf die dafür vorgesehene Filterpapierkarte getropft und nach dem Trocknen sofort zu einem Screeninglabor geschickt. Dort werden die Proben unverzüglich mit speziellen, sehr empfindlichen Untersuchungsmethoden untersucht.

Auf welche Krankheiten wird untersucht?

Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS), Biotinidasemangel, Galaktosämie, Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA), Ahornsirupkrankheit (MSUD), Fettsäurestoffwechseldefekte (MCAD-Mangel, LCHAD-Mangel, VLCAD-Mangel), Carnitinzyklusdefekte, Glutaracidurie Typ I, Isovalerianacidämie (Krankheiten nachfolgend beschrieben).

In der Summe findet man bei ungefähr einem von 1.000 Neugeborenen eine angeborene Erkrankung. In den meisten der betroffenen Familien gab es vorher noch nie derartige Erkrankungen. Da die betroffenen Kinder bei der Geburt noch völlig gesund erscheinen können, ist das Neugeborenen-Screening wichtig, um die Kinder rechtzeitig vor schweren Erkrankungen und deren Folgen, wie z. B. Störungen der geistigen und körperlichen Entwicklung zu bewahren.

Aus dieser Untersuchung allein lassen sich keine Aussagen über familiäre Risiken ableiten.

Wer erfährt das Testergebnis?

In jedem Falle erhält der Einsender der Blutprobe innerhalb weniger Tage einen schriftlichen Befund vom Screeninglabor. In dringenden Fällen wird unverzüglich zusätzlich direkt mit Ihnen Kontakt aufgenommen. Geben Sie deshalb für die Testkarte Ihre Telefonnummer und Ihre Anschrift an, unter der Sie in den ersten Tagen nach der Geburt erreichbar sein werden. Früherkennung und Frühbehandlung für betroffene Neugeborene sind nur möglich, wenn alle Beteiligten – Eltern, Klinik bzw. Kinderarzt und Screeninglabor – ohne Zeitverlust zusammenarbeiten, damit die Untersuchungsergebnisse rechtzeitig erhoben und kontrolliert werden. Unauffällige Untersuchungsergebnisse werden Ihnen nur auf Ihre persönliche Nachfrage hin mitgeteilt.

Was bedeutet das Testergebnis?

Das Ergebnis eines Screening-Testes ist noch keine ärztliche Diagnose. Mit dem Testergebnis können entweder die betreffenden untersuchten Störungen weitgehend ausgeschlossen werden, oder eine weitere diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf eine Erkrankung erforderlich machen, z. B. durch eine Wiederholung des Testes. Eine Wiederholung eines Testes kann aber auch notwendig sein, wenn z. B. der Zeitpunkt der Blutabnahme nicht optimal war.

Können diese Krankheiten geheilt werden?

Alle genannten Stoffwechseldefekte und endokrinen Störungen sind angeboren und können deshalb nicht geheilt werden. Jedoch können die Auswirkungen dieser angeborenen Störungen mit einer entsprechend frühzeitigen Behandlung vermieden oder zumindest vermindert werden. Die Behandlung besteht in einer Spezialdiät und/oder in der Einnahme von bestimmten Medikamenten. Stoffwechselspezialisten stehen für die Beratung und Betreuung im Verdachts- oder Krankheitsfall zur Verfügung.

Die Teilnahme am Neugeborenen-Screening ist freiwillig. Die Kosten der Untersuchung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Das Ergebnis der Untersuchung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und darf nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben werden.

Ihr Einverständnis umfasst nur die oben genannten Zielerkrankungen sowie die Weitergabe der personenbezogenen Angaben zur Durchführung des Erweiterten Neugeborenen-Screenings.

Wir sind mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung der hierfür vorgesehenen Angaben einverstanden.

Datum, Unterschrift mindestens eines/r Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift aufklärende Person

Adrenogenitales Syndrom

Hormonstörung durch Defekt der Nebennierenrinde: Vermännlichung bei Mädchen, möglicher tödlicher Verlauf bei Salzverlustkrisen. Behandlung durch Hormongaben (Häufigkeit ca. 1/10.000 Neugeborene).

Ahornsirupkrankheit

Defekt im Abbau von Aminosäuren: geistige Behinderung, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/200.000 Neugeborene).

Biotinidasemangel

Defekt im Stoffwechsel des Vitamins Biotin: Hautveränderungen, Stoffwechselkrisen, geistige Behinderung, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Biotingabe (Häufigkeit ca. 1/80.000 Neugeborene).

Carnitinstoffwechseldefekte

Defekt im Stoffwechsel der Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/100.000 Neugeborene).

Galaktosämie

Defekt im Verstoffwechseln von Milchzucker: Erblindung, körperliche und geistige Behinderung, Leberversagen, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/40.000 Neugeborene).

Glutaracidurie Typ I

Defekt im Abbau von Aminosäuren: bleibende Bewegungsstörungen, plötzliche Stoffwechselkrisen. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe (Häufigkeit ca. 1/80.000 Neugeborene).

Hypothyreose

Angeborene Unterfunktion der Schilddrüse: schwere Störung der geistigen und körperlichen Entwicklung. Behandlung durch Hormongabe (Häufigkeit ca. 1/4.000 Neugeborene).

Isovalerialanacidämie

Defekt im Abbau von Aminosäuren; geistige Behinderung, Koma. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe (Häufigkeit ca. 1/50.000 Neugeborene).

LCHAD-, VLCAD-Mangel

Defekt im Stoffwechsel von langkettigen Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, Muskel- und Herzmuskelschwäche, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät, Vermeiden von Hungerphasen (Häufigkeit ca. 1/80.000 Neugeborene).

MCAD-Mangel

Defekt bei der Energiegewinnung aus Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Carnitingabe, Vermeiden von Hungerphasen (Häufigkeit ca. 1/10.000 Neugeborene).

Phenylketonurie

Defekt im Stoffwechsel der Aminosäure Phenylalanin: Krampfanfälle, Spastik, geistige Behinderung. Behandlung durch Spezialdiät (Häufigkeit ca. 1/10.000 Neugeborene).

Hinweis:

Nicht bei allen oben genannten Erkrankungen kann die rechtzeitige Behandlung Krankheitsfolgen vollständig verhindern. Eine umgehende Behandlung ermöglicht dem betroffenen Kind in den meisten Fällen eine normale Entwicklung.

Anlage 4: Filterpapierkarte (§ 21 Absatz 2):

1. Screeningdokumentation (vom Einsender zu dokumentieren)

a) bei allen Blutproben

- Art der Probenentnahme (Erst-, Zweit- oder Kontrollprobe),
- Stammdaten des Kindes, bestehend aus Name, Geschlecht und Geburtsdatum,
- Uhrzeit der Geburt,
- Geburtenbuch-Nummer,
- auf einem abtrennbaren Teil der Filterpapierkarte: Telefonnummern und Adressen, unter denen die Eltern (Personensorgeberechtigten) zum Zeitpunkt der voraussichtlichen Befundübermittlung zu erreichen sind,
- Nachweis über die Einwilligung der Personensorgeberechtigten,
- Adresse und Telefonnummer des Einsenders,
- Datum und Uhrzeit der Probenentnahme,
- Name des Einsenders,
- Kostenträger,
- Angabe des Gestationsalters und des Geburtsgewichts,
- Kennzeichnung von Mehrlingen,

- Angaben zu parenteraler Ernährung (ja/nein),
- Angaben zu Transfusion, Kortikosteroidgabe, Dopamingabe,
- Besonderheiten, wie positive Familienanamnese, bei Zweitscreening: Nummer der Erstscreeningkarte und
- Angabe der EBM-Ziffer der Laboruntersuchung,
- gemäß Abschnitt C IV. § 54 Absatz 4 kann ebenfalls die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings dokumentiert werden.

b) bei Kontrollproben zusätzlich:

- Ergebnis des Erstbefundes
- pädiatrischer Stoffwechsellpezialist oder Endokrinologe, zu dem Kontakt aufgenommen wurde

2. Laborleistungen (vom Labor auszufüllen)

a) bei allen Blutproben:

- Datum und Uhrzeit des Zugangs,
- das Befundergebnis,
- interne Dokumentationsnummer des Labors (für die Zwecke interner Qualitätssicherung und der Beweissicherung), und

b) bei auffälligen Befunden:

- Zeitpunkt und Empfänger der fernmündlichen Befundübermittlung
- Angaben zur Beratung / Besonderheiten (Freifeld)

c) bei Kontrollprobe zusätzlich:

- Bestätigung des Erstbefundes
- Unterrichtung des bereits kontaktierten pädiatrischen Stoffwechsellpezialisten oder Endokrinologen in dringenden Fällen

- Anlage 5 Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening

Gemeinsamer Bundesausschuss

Neugeborenen-Hörscreening – Elterninformation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Liebe Eltern,

die Geburt Ihres Kindes liegt gerade hinter Ihnen. Die meisten Kinder kommen gesund zur Welt und bleiben es auch. Es gibt jedoch seltene angeborene oder um den Geburtszeitpunkt auftretende Erkrankungen, die bei Neugeborenen noch nicht durch äußere Zeichen erkennbar sind, wie zum Beispiel Hörstörungen. Bleibende Hörstörungen treten bei etwa 2 von 1000 Neugeborenen auf. Unbehandelt können diese Erkrankungen zu Störungen der Hör-, Sprach- und Kommunikationsentwicklung und nachfolgend der geistigen, sozialen, emotionalen, bildungs- und berufsbezogenen Entwicklung führen. Um solche Hörstörungen zu erkennen, wird eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten (Neugeborenen-Hörscreening).

Warum wird das Neugeborenen- Hörcreening durchgeführt?

Angeborene oder um den Geburtszeitpunkt auftretende Hörstörungen sollten möglichst frühzeitig erkannt werden. Durch eine rechtzeitige Behandlung können die Folgen einer solchen Hörstörung vermieden werden.

Wann und wie wird untersucht?

Das Hörscreening wird in den ersten Lebenstagen Ihres Kindes durchgeführt, möglichst vor der Entlassung aus der Geburtseinrichtung. Die Tests sind völlig schmerzfrei und können durchgeführt werden, während Ihr Kind schläft, am besten nach dem Füttern.

Wie kann man eine Hörstörung feststellen?

Für das Neugeborenen-Hörscreening werden zwei Verfahren angewendet: die Messung der „otoakustischen Emissionen“ und die „Hirnstammaudiometrie“. Bei diesen Verfahren muss Ihr Kind nicht mitarbeiten.

Was sind „otoakustische Emissionen“ und wie werden sie gemessen?

Die Messung der otoakustischen Emissionen (OAE) basiert darauf, dass ein normales Innenohr nicht nur Schall empfangen, sondern auch aussenden kann. Dazu wird eine kleine Sonde in den äußeren Gehörgang eingeführt. Diese gibt leise „Klick“- Geräusche ab. Diese Geräusche werden ins Innenohr fortgeleitet, zur Hörschnecke mit ihren Sinneszellen. Erreichen die Töne ihr Ziel, „antworten“ diese Zellen, ähnlich einem Echo, mit Schwingungen, die wiederum als Schallwellen vom Innenohr zurück ins äußere Ohr übertragen werden. Dort nimmt ein an der Sonde befestigtes winziges Mikrofon die Schallwellen auf und misst, wie stark sie sind. Bleibt das Signal aus oder ist es sehr schwach, kann dies auf eine gestörte Schallaufnahme im Innenohr hinweisen. Die Ursache ist häufig eine Störung der Sinneszellen. Ein schlechtes Messergebnis bedeutet aber nicht immer, dass das Kind schwerhörig ist. Zum Beispiel kann die Signalaufnahme verzerrt werden, wenn das Kind unruhig ist, Flüssigkeit im Ohr hat oder Hintergrundgeräusche stören.

Wie funktioniert die „Hirnstammaudiometrie“?

Durch diese Messung lässt sich feststellen, ob die Übertragung der Schallsignale ins Gehirn richtig funktioniert. Die Hirnstammaudiometrie (englisch: Brainstem electric response audiometry, BERA oder auditory brainstem response, ABR) ist eine spezielle Elektroenzephalografie (EEG) – ein Verfahren, das die vom Innenohr und Teilen der Hörbahn (Hörnerv und Hör-Gehirn) produzierten elektrischen Aktivitäten misst. Vor der Messung werden am Kopf des Kindes zunächst kleine Metallplättchen (Elektroden) auf die Haut geklebt. Über eine Sonde oder einen Kopfhörer werden dann ebenfalls Klickgeräusche in das Ohr gesendet. Über die Elektroden wird gemessen, ob die Schallwellen als elektrische Impulse aus dem Innenohr an das Gehirn weiter geleitet und verarbeitet werden. Ist die Antwort des Innenohrs oder von Teilen der Hörbahn gestört, liegt ein Hinweis auf eine Hörminderung vor, der eine weitere Untersuchung erforderlich macht. Auch dieser Test erfordert eine ruhige Umgebung. Je aktiver und wacher das Kind ist, desto mehr elektrische Signale produziert sein Gehirn, und es wird schwierig, die Signale der Hörbahn von diesen zu unterscheiden. Deshalb ist es am besten, wenn Ihr Kind während der Untersuchung schläft.

Zusammen mit der OAE kann die Hirnstammaudiometrie auch Hinweise liefern, ob das Hören durch eine Schädigung im Innenohr oder der Hörbahn beeinträchtigt ist. Ihr Kind erhält entweder eine der beiden Untersuchungen oder beide.

Was bedeutet das Testergebnis?

Das Ergebnis des Hörscreenings ist noch keine Diagnose. Ein unauffälliges Ergebnis bedeutet, dass eine Hörstörung weitgehend ausgeschlossen werden kann. Ein auffälliges Ergebnis bedeutet noch nicht, dass Ihr Kind schlecht hört, sondern dass das Screening-Ergebnis kontrolliert werden muss. Nur ungefähr ein Kind von 30 bis 40 im Screening auffälligen Kindern hat tatsächlich eine Hörstörung. Dennoch ist es für die weitere Entwicklung Ihres Kindes besonders wichtig, bei einem auffälligen Befund im Screening das Hörvermögen überprüfen zu lassen. Es ist dann eine Kontrolle mittels Hirnstammaudiometrie nötig oder eine genauere, diagnostische Untersuchung des Hörsystems.

Eine Hörstörung kann aber auch erst im Laufe der Entwicklung eines Kindes auftreten, z.B. durch eine Infektion im Kleinkindalter. Deshalb ist es auch nach einem unauffälligen Testergebnis wichtig, dass Sie als Eltern bei Ihrem Kind auch weiterhin darauf achten, ob Ihr Kind gut hört.

Können Hörstörungen bei Neugeborenen behandelt werden?

Neugeborenen-Hörstörungen lassen sich in den meisten Fällen nicht heilen, aber so wirksam behandeln, dass eine weitgehend normale Entwicklung des Kindes zu erwarten ist. Dazu ist meist die Versorgung mit einem oder zwei Hörgeräten nötig, manchmal auch eine Operation des Mittelohrs oder eine Versorgung mit einem Cochlea-Implantat (elektronische Innenohr-Prothese), das Erlernen der Gebärdensprache und eine Frühförderung des Hörens. All diese Behandlungen sind umso wirksamer, je früher sie erfolgen.

Muss Ihr Kind an der Untersuchung teilnehmen?

Die Teilnahme am Neugeborenen-Hörscreening ist freiwillig, die Kosten werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Zum Wohle Ihres Kindes empfehlen wir Ihnen, das Hörscreening durchführen zu lassen.

Wenn Sie mit der Untersuchung jedoch nicht einverstanden sind, informieren Sie bitte das medizinische Personal und unterschreiben Sie im folgenden Feld.

Ich bin mit der Untersuchung nicht einverstanden.

Datum, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

- II. Dieser Beschluss tritt mit den noch zu fassenden Beschlüssen zur Änderung der Dokumentation, zur Evaluation und den Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie mit der Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Juni 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.4 Position GKV-SV/KBV zur Änderung der JGU-RL

B-5.1.4.1 Beschlussentwurf

Entwurf GKV-SV/KBV

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung in der Fassung vom 26. Juni 1998 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998) zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (Bundesanzeiger, Nr. 133, S. 3 236), wie folgt zu ändern:

- I. Der Titel der Richtlinie wird wie folgt gefasst:
„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung („Jugendgesundheitsuntersuchungsrichtlinie“).“
- II. In dem Nummer 1. „Zielsetzung“ vorangestellten Satz werden die Wörter „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.
- III. Die Nummer 6. „Inkrafttreten“ wird aufgehoben.
- IV. In Nummer 1. „Zielsetzung“ Satz 4 wird nach dem Wort „aufzuklären“ folgender Halbsatz angefügt:
„und sofern dies medizinisch angezeigt ist, wird eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V ausgestellt.“
- V. In Nummer 3. „Zielkrankheiten und Vorgehen“ wird in Absatz 5 nach Satz 2 folgender Satz angefügt:
„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“

VI. Nummer 5. „Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt geändert:

1. Nach dem Spiegelstrich 2 wird folgender Spiegelstrich 3 eingefügt:

„Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.“

2. Die bisherigen Spiegelstriche 3 und 4 werden die Spiegelstriche 4 und 5.

VII. Die Anlage wird zu Anlage 1.

VIII. Nach der neuen Anlage 1 wird folgende Anlage 2 angefügt:

„Formular Präventionsempfehlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen

Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegung

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Position zusätzlich KBV:

Sonstiges

Position zusätzlich GKV-SV:

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Position zusätzlich GKV-SV:

Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung

Informationen für die Versicherten:

Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren. Diese Präventionsempfehlung können Sie auch an Ihre Krankenkasse weiterleiten, damit diese Sie anhand der Hinweise der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes über geeignete Leistungen der Primärprävention informieren kann.

Einwilligung zur Datennutzung

Hinweis: Bitte unterschreiben Sie die Einwilligung zur Datennutzung bevor Sie die Präventionsempfehlung an Ihre Krankenkasse weiterleiten.

Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass die hier erhobenen Daten von meiner Krankenkasse für die Empfehlung einer verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahme und Prüfung der Fördervoraussetzungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich schriftlich jederzeit widerrufen. Dies kann beispielsweise durch E-Mail, Fax oder Brief an meine Krankenkasse geschehen.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten"

IX. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T, Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.4.2 Tragende Gründe

Entwurf GKV-SV/KBV



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Tragende Gründe

**zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen
Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zur
Jugendgesundheitsuntersuchung:
Regelungen über die Ausgestaltung der
Empfehlung von Leistungen zur
verhaltensbezogenen Prävention nach § 26
Absatz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V.
m. § 20 Absatz 5 SGB V
(Präventionsempfehlung)**

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	3
4. Stellungnahmeverfahren.....	3
5. Verfahrensablauf.....	4

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den G-BA der Auftrag, die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche weiterzuentwickeln. Dabei soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen um so Jugendliche mit gesundheitsbezogenen Risiken zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen regelt.

Ferner wird dem Beschluss des G-BA nach § 91 Absatz 2 SGB V vom 21. Juni 2005 Rechnung getragen, indem die Bezeichnung der Richtlinie im Singular erfolgt und der G-BA als Normgeber angegeben wird. Das Inkrafttreten der Richtlinie ist Inhalt des Beschlusses. Eine Regelung in der Richtlinie ist damit entbehrlich, so dass die Nummer 6 „Inkrafttreten“ aufgehoben wird.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung haben u. a. das Ziel individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Die Ärztin oder der Arzt informieren den Jugendlichen über das Ergebnis der durchgeführten Untersuchung und erörtern mit ihm die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung. Dabei soll die Ärztin oder der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Jugendlichen ansprechen und diesen auf die Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen. Ergänzend dazu hat die Ärztin oder der Arzt nun auch die Möglichkeit eine Präventionsempfehlung auszustellen und entsprechend den Risikofaktoren gezielt Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und gesundheitsgerechtem Umgang mit Suchtmittel zu empfehlen.

KBV zusätzlich: Begründung für das Feld „Sonstige“

Aus Sicht der KBV können die in der Gesetzesbegründung genannten Bereiche Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum nicht abschließend festgelegt werden, daher ist ein weiteres Feld „Sonstiges“ vorzusehen.

Damit die zuständige Krankenkasse bei ihrer Leistungsentscheidung prüfen kann, ob die Maßnahme zur Prävention aus ärztlicher Sicht für die jeweilige Person besonders geeignet ist, wird in der Präventionsempfehlung ein Feld für Hinweise auch zu bestehenden Kontraindikationen vorgesehen.

GKV-SV zusätzlich: Begründung für Informationen zu Datenschutz/Datennutzung

Die Versicherte oder der Versicherte kann sich bei der Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsmaßnahmen und die Fördervoraussetzungen informieren. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängiger Expertise aus verschiedenen Bereichen Einzelheiten zu den einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien für die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V fest. Maßnahmen, die diesen Vorgaben nicht entsprechen dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt und gefördert werden (siehe Leitfaden Prävention in der Fassung vom 10. Dezember 2014 https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevension-2014_barrierefrei.pdf)

In § 20 Absatz 5 SGB V ist geregelt, dass Krankenkassen die Präventionsempfehlung bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen. Die Präventionsempfehlung beinhaltet daher den Hinweis, dass Versicherte diese an ihre Krankenkasse weiterleiten sollen, damit die Krankenkasse sie über geeignete Präventionsangebote und ihre Fördervoraussetzungen informieren kann. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Auf der Rückseite der Präventionsempfehlung wurde daher eine Einwilligung zur Datennutzung aufgenommen. Versicherte können sich auch ohne Weiterleitung der Präventionsempfehlung bei ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren.

3. Bürokratiekostenermittlung

[wird noch ergänzt]

4. Stellungnahmeverfahren

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am TT. Monat JJJJ die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a und § 92 Abs. 7d SGB V beschlossen. Am TT. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum TT. Monat JJJJ eingeleitet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Abs. 5a SGB V

Stellungnahmen gemäß § 92 Abs. 7d SGB V

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
13.08.2015	UA MB	Einrichtung einer AG, Beauftragung dieser AG mit der Durchführung der Beratungen über die Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
20.08.2015	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
28.01.2016	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlungen, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a sowie 92 Abs.1b, 7d SGB V
T. Monat 2016	UA MB	Anhörung, Auswertung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlungen
T. Monat 2016	Plenum	Beschlussfassung zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
		Prüfung BMG (max. 8 Wochen) Nichtbeanstandung, Veröffentlichung BÄnz, Inkrafttreten des Beschlusses

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.4.3 JGU-RL im Änderungsmodus

Richtlinien
des **Gemeinsamen Bundesausschusses**
~~der Ärzte und Krankenkassen~~
zur Jugendgesundheitsuntersuchung^{*}

vom 26. Juni 1998
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998)
in Kraft getreten am 28. August 1998

zuletzt geändert am 19. Juni 2008
veröffentlicht im Bundesanzeiger, Nr. 133, S. 3 236,
in Kraft getreten am 04. September 2008

^{*} Zu recherchieren unter Archivnr. **112482** in der Arzt-Datenbank des DIS-KBV. Dort ist auch die vorliegend nicht abgedruckte Anlage „Berichtsvordruck“ zu recherchieren (als Faksimile erfaßt).

Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 26. Juni 1998 die folgenden Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung beschlossen:

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung

Die vom ~~Gemeinsamen Bundesausschuss~~ ~~Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen~~ gemäß § 26 Abs. 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen nach Vollendung des 10. Lebensjahres.

1. Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung ist die Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Insbesondere wird auch beabsichtigt, durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung in der Pubertät zu verhindern. Darüber hinaus sind individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung ist der Jugendliche frühzeitig aufzuklären GKV-SV/KBV:

und sofern dies medizinisch angezeigt ist, wird eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V ausgestellt.

Durch die Jugendgesundheitsuntersuchung sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abgewendet werden, daß bei aufgefundenen Verdachtsfällen eine eingehende Diagnostik, Beratung und erforderlichenfalls eine rechtzeitige Behandlung erfolgt.

Anamnese und körperliche Untersuchung beschränken sich dabei auf diejenigen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die schon in einem frühen Stadium einer Behandlung und Beratung zugeführt werden können bzw. von Bedeutung sind für die soziale Integration des Jugendlichen.

2. Anspruchsberechtigung

Versicherte haben zwischen dem vollendeten 13. und vollendetem 14. Lebensjahr Anspruch auf eine Jugendgesundheitsuntersuchung. Dieser Anspruch ist durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder eines Behandlungsausweises nachzuweisen. Dabei ist sicherzustellen, daß nicht bereits eine Jugendgesundheitsuntersuchung vom Versicherten in Anspruch genommen wurde. Die Anspruchsberechtigung schließt einen Zeitraum von jeweils zwölf Monaten vor Vollendung des 13. Lebensjahres und nach Vollendung des 14. Lebensjahres ein (Toleranzzeit).

Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung

3. Zielkrankheiten und Vorgehen

Die Jugendgesundheitsuntersuchung umfaßt eine differenzierte Anamneseerhebung und eine klinisch-körperliche Untersuchung. Nur bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie ist eine Laboruntersuchung des Gesamtcholesterins vorzusehen.

Die ärztlichen Maßnahmen der Jugendgesundheitsuntersuchung richten sich im Rahmen der **Anamnese** auf:

- Auffällige seelische Entwicklung/Verhaltensstörungen
- Auffällige schulische Entwicklung (z. B. Schulleistungsprobleme)
- Gesundheitsgefährdendes Verhalten (z. B. Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum)
- Vorliegen chronischer Erkrankungen.

Im Zentrum der **klinisch-körperlichen Untersuchungen** stehen:

- Erhebung der Körpermaße (Körperhöhe und -gewicht)
- Verfrühte oder verzögerte Pubertätsentwicklung
- Störungen des Wachstums und der körperlichen Entwicklung (z. B. Klein-/Großwuchs, Unter- und Übergewicht)
- Arterielle Hypertonie
- Erkrankungen der Hals-/Brust-, Bauchorgane (z. B. Struma)
- Auffälligkeiten des Skelettsystems (z. B. Skoliose).

Schließlich ist bei jedem Jugendlichen der Impfstatus zu erheben und dieser gegebenenfalls zur Nachimpfung zu motivieren. Ferner ist auf eine ausreichende Jodzufuhr zu achten.

Nach Abschluß der Maßnahmen hat der Arzt den Jugendlichen über das Ergebnis der durchgeführten Untersuchung zu informieren und mit ihm die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung zu erörtern. Dabei soll der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Jugendlichen ansprechen und diesen auf die Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen. GKV-SV/KBV:

Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.

Wird im Verlauf der aufgeführten Untersuchungen das Vorliegen einer Erkrankung entdeckt oder ein Krankheitsverdacht erhoben, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß die betroffenen Jugendlichen im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden.

4. Leistungserbringer

Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnis und Erfahrungen erbringen können, nach dem Berufsrecht dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Hierzu zählen Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte sowie Fachärzte für Kinderheilkunde und Fachärzte für Innere Medizin, die sich nach § 73 Abs. 1 a SGB V für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden haben.

Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung

5. Dokumentation und Auswertung

Anamnestische Befunde, Untersuchungsergebnisse und veranlasste Maßnahmen der Jugendgesundheitsuntersuchung werden auf einem Berichtsvordruck (Anlage) aufgezeichnet. Auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.

- Der Berichtsvordruck verbleibt beim Arzt.
- Werden infolge der Untersuchung weitere Maßnahmen veranlasst, so sind die hierfür relevanten Gründe durch entsprechende Kennzeichnung (Eintragen von Kennziffern) auf dem Dokumentationsbogen auszuweisen.
- GKV-SV/KBV:
Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.
- Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.
- Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Dokumentationsbogen der Jugendgesundheitsuntersuchung vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Dokumentationsbogen nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.

~~6. Inkrafttreten~~

~~„Diese Richtlinien treten am 1. Oktober 1998 in Kraft.“~~

~~Köln, den 26. Juni 1998~~


~~Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende~~

~~Jung~~

B-5.1.5 Position Patientenvertretung

B-5.1.5.1 Beschlussentwurf zur Erstfassung einer Präventionsempfehlungs-Richtlinie

Anlage XY zu TOP XY

Beschlussentwurf  **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Entwurf Patientenvertretung

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Präventionsempfehlungs-Richtlinie (PrävE-RL)

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Präventionsempfehlung (Präventionsempfehlungs-Richtlinie) beschlossen:

I. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Präventionsempfehlung (Präventionsempfehlungs-Richtlinie/PrävE-RL)*

§1 Ziele

- (1) Diese Richtlinie dient der einheitlichen Ausgestaltung der nach § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V von den Krankenkassen zu berücksichtigenden ärztlichen Präventionsempfehlungen für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V.
- (2) Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention sollen durch eine frühzeitige Veränderung des individuellen Verhaltens gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen, die zu Krankheiten führen können, vermeiden, beseitigen oder vermindern sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns des Versicherten beitragen.
- (3) Präventionsleistungen dienen auch der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten durch Gesundheitsförderung, insbesondere bei Menschen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erschwert ist, bei Migrantinnen und Migranten, sowie bei Kindern, die in Armut aufwachsen.
- (4) Die Präventionsempfehlung richtet sich an den oder die Versicherten und kann sich bei Kindern auch an die Sorgeberechtigten richten. Die Schriftform soll die Motivation der Versicherten erhöhen, die ärztlichen Ratschläge umzusetzen.

§2 Präventionsempfehlung

- (1) Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt der Arzt oder die Ärztin eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V (gemäß Anlage 1) regelhaft auf der Basis einer Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 SGB V oder einer Gesundheitsuntersuchung für Kinder oder Jugendliche nach § 26 SGB V aus. Sie kann auch im Rahmen eines kurativen Arztkontaktes ausgestellt werden.
- (2) Präventionsempfehlungen sollen für Patienten erstellt werden, bei denen gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vorliegen, die durch Leistungen zur verhaltensbedingten

Prävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Zielgruppen von Präventionsmaßnahmen können Patienten sein, bei denen beispielsweise Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum oder chronischer psychosozialer Stress, etwa durch berufliche Belastungen oder Belastung im sozialen oder familiären Umfeld vorliegt.

- (3) Zielgruppen können auch chronisch kranke oder behinderte Menschen, pflegende Angehörige oder vulnerable Zielgruppen mit gesundheitlichen Gefährdungen sein, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll.
- (4) Die ärztliche Präventionsempfehlung erfolgt in Form einer ärztlichen Bescheinigung (Anlage 1). Neben der empfohlenen Maßnahme kann die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls Angaben zu Einschränkungen und Behinderungen vermerken. Diese können zum einen für den Anbieter der Präventionsleistung relevant sein. Zum anderen können die Angaben zu Einschränkungen und Behinderungen auch zur Erleichterung bei der Auswahl von Leistungen im einzelnen Fall durch die Krankenkasse dienen, z. B. Bewegungskurse für Sehbehinderte. Der empfehlende Arzt kann zur Förderung der Motivation auch auf konkrete präventive Maßnahmen hinweisen.

Für Menschen mit besonderen familiären oder beruflichen Belastungen kann der Arzt eine wohnortferne Durchführung der Präventionsmaßnahmen empfehlen.

§3 Durchführung

- (1) Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes wird gemäß § 20 Absatz 2 Satz 3 SGBV ein Überblick gegeben über sämtliche zertifizierte Angebote der verhaltensbezogenen Prävention. Durch diese Angebotstransparenz werden die Versicherten in der Auswahl der jeweiligen Maßnahme unterstützt. Auch Ärztinnen und Ärzte werden dabei in ihren Präventionsempfehlungen unterstützt.
- (2) Der oder die Versicherte kann sich auch an seine oder ihre Krankenkasse wenden, die ihm oder ihr geeignete, wohnortnahe Leistungen empfiehlt. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Menschen ist dabei dadurch Rechnung zu tragen, dass auf geeignete barrierefreie Angebote hingewiesen wird. Auch die geschlechtsbezogenen Aspekte sind zu berücksichtigen. Wenn die Präventionsempfehlung eine wohnortferne Erbringung empfiehlt, unterstützt die Krankenkasse auf Wunsch der oder des Versicherten bei der Auswahl eines geeigneten Kurortes.

(3)

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Formular Präventionsempfehlung

II. Die Anlage 1 enthält folgende Angaben

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Ich empfehle Ihnen einen Kurs zur verhaltensbezogenen Prävention

- Bewegung
 - Herz-Kreislauf
 - Muskel-Skelettsystem
 - Koordination und motorische Fähigkeiten

Ernährung

Stressmanagement

Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln

Sonstiges _____

Information:

Sie können bei Ihrer Krankenkasse einen Zuschuss zu zertifizierten Präventionsangeboten beantragen. Einen Überblick über sämtliche Angebote finden Sie auf der auf der Internetseite des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung [Domain wird noch ergänzt]

Wohnortferne Erbringung notwendig

Pflegende(r) Angehörige(r)

Schichtarbeiter

Sonstige Gründe _____

Information:

Zusätzlich zu den Kursgebühren kann die Satzungsleistung der Krankenkasse bei einem wohnortfernen Präventionskurs ein Tagegeld von 16€ (25€ für chronisch-krankes Kleinkinder) vorsehen. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an Ihre Krankenkasse.

Ich empfehle Ihnen folgendes Angebot:

Gegebenenfalls Hinweis zu Einschränkungen und Behinderungen:

Stempel und Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

III. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.1.5.2 Tragende Gründe

Anlage XY zu TOP XY

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Entwurf Patientenvertretung

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Präventionsempfehlungs-Richtlinie (PrävE-RL)

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3. Bürokratiekostenermittlung.....	4
4. Stellungnahmeverfahren.....	4
5. Verfahrensablauf.....	5

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) am 25. Juli 2015 besteht für den G-BA der Auftrag zur Neustrukturierung und Regelungen über die Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention. Eine solche Präventionsempfehlung kann gemäß § 20 Absatz 5 SGB V erstellt werden nach § 25 Absatz 1 Satz 2 SGB V, nach § 26 Absatz 1 SGB V oder im Rahmen einer sonstigen ärztlichen Untersuchung. Auch der mögliche Verweis auf Kurse in anerkannten Kurorten ist zu berücksichtigen.

Ärztinnen und Ärzte haben durch das Gesetz seit 25. Juli 2015 die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen, die von den Krankenkassen im Rahmen der Konkretisierung des Anspruchs auf Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention gem. § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen sind und die damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten beizutragen. Es ist festgelegt, dass der G-BA erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) das Nähere zur Ausgestaltung dieser Präventionsempfehlungen regelt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages erforderlichen Regelungen werden aus folgenden Gründen in einer eigenständigen Präventionsempfehlungs-Richtlinie gefasst:

1. Präventionsempfehlungen können im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen erstellt werden. Die verschiedenen nach §§ 25 und 26 SGB V zu adressierenden Richtlinien (Kinder-Richtlinien, Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) müssen bis zum 31. Juli 2018 durch den G-BA überarbeitet werden. Die Richtlinienregelungen zur Präventionsempfehlung erfolgt jedoch bis zum 31. Juli 2016.
2. Durch die Fassung der Regelungen in einer eigenen, neuen Richtlinie kann die Regelung in § 20 Abs. 5 SGB V aufgegriffen werden, wonach auch im Rahmen sonstiger ärztlichen Untersuchungen Präventionsempfehlungen ausgestellt werden können. Dies ermöglicht einen einheitlichen und gezielten Zugang zur verhaltensbezogenen Prävention und eine einheitliche, zielgerichtete Umsetzung.

Mit den Präventionsempfehlungen soll ausweislich der Gesetzesbegründung ein besonderer Zugangsweg für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ermöglicht werden. Nach § 20 Absatz 1 SGB V sollen die Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) ausgerichtet sein. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. In der Gesetzesbegründung werden hier „Personen, deren berufliche Eingliederung besonders erschwert ist“ sowie „die Gruppe der Migrantinnen und Migranten“ als vordringlich mit Präventionsleistungen zu erreichenden Zielgruppen benannt.

Die Richtlinie Präventionsempfehlung sieht in diesem Zusammenhang vor, dass sowohl Arzt-Versicherten-Kontakte im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen als auch in anderem Kontext genutzt werden können, um insbesondere die vorgenannten Versicherten

anzusprechen und zu motivieren. Die Empfehlung soll berücksichtigen, dass es sich um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen handelt, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Genannt werden hier die Risikofaktoren Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, chronischer psycho-sozialer Stress und Suchtmittelkonsum. Diese Kategorien wurden in die Präventionsempfehlung aufgenommen. Dabei wird darauf Wert gelegt, stigmatisierende Bezeichnungen zu vermeiden.

Die Handlungsfelder sind jedoch nicht abschließend definiert. Vielmehr führt die Gesetzesbegründung zum Präventionsgesetz aus, dass „zukünftig jede schriftliche Präventionsempfehlung, die anlässlich einer ärztlichen Untersuchung abgegeben wird, von den Krankenkassen bei ihrer Leistungserbringung zu berücksichtigen ist“.

Daher werden die vier oben aufgeführten Kategorien um eine fünfte Kategorie „Sonstiges“ ergänzt. Leistungen, die hier empfohlen werden können, könnten beispielsweise verhaltenspräventive Kurse aus den in § 20 Abs. 3 SGB V genannten Feldern (z.B. gesund aufwachsen, gesund älter werden) sein. Die Kategorie „Sonstiges“ schafft die Möglichkeit, innovative Projekte, zum Beispiel im Rahmen von Modellvorhaben, besonderen Satzungsleistungen oder regionale Angebote einzelner Krankenkassen, zu empfehlen. Auch für Weiterentwicklungen der Gesundheitsuntersuchungen wird somit eine einfache Umsetzungsmöglichkeit geschaffen, die zukünftigen Anpassungsbedarf des Formulars reduziert.

Der Regelungsauftrag des G-BA bezieht sich nicht auf korrespondierende Regelungen zur Pflegebegutachtung und arbeitsmedizinischen Untersuchungen. Auch Präventionsempfehlungen, die von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Ärztinnen und Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) tätigen Ärztinnen und Ärzten abgegeben werden, müssen von den Krankenkassen berücksichtigt werden. Für eine einheitliche Vorgehensweise wird angeregt, dass in diesen Bereichen die Anlage 1 übernommen wird.

Die Präventionsempfehlung richtet sich an den oder die Versicherten. Damit die Maßnahmen zur Prävention aus ärztlicher Sicht für die jeweilige Person gut ausgerichtet werden können, soll die Präventionsempfehlung Hinweise zu bestehenden Kontraindikationen umfassen.

Die Versicherten wenden sich mit der Präventionsempfehlung in der Regel an einen zertifizierten Leistungserbringer. Entsprechende Angebote können Versicherte auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbands finden oder bei ihrer Krankenkasse erfragen. Der Leistungserbringer kann die Versicherten bei der Antragsstellung bei ihrer Krankenkasse unterstützen. Auf dem Antrag wird angegeben, dass der Kurs auf Grund einer Präventionsempfehlung ausgewählt wurde.

Datenschutz

Präventionsempfehlungen sind nach § 20 Absatz 5 SGB V bei der Leistungsbewilligung zu berücksichtigen. Die Krankenkasse informiert umfassend über Inhalt und Ziele der Präventionsleistung und die damit verbundene erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sowie der Belehrung darüber, dass die Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann mit der Folge, dass die Krankenkasse die Daten unverzüglich zu löschen hat.

Wohnortferne Erbringung

§ 20 Absatz 5 Satz 5 SGB V sieht vor, dass Präventionsleistungen aufgrund besonderer beruflicher oder familiärer Umstände auch wohnortfern erbracht werden können. In der Beratung klärt der Arzt oder die Ärztin ab, ob es dem Patienten oder der Patientin möglich ist, einen wohnortnahen Kurs regelmäßig zu besuchen. Insbesondere bei Schichtarbeitern

und pflegenden Angehörigen ist dies häufig nicht der Fall. Die Satzung kann einen Zuschuss analog zu § 23 SGB V vorsehen.

Formblatt zur Bescheinigung und Antragstellung

Um dem oder der Versicherten den Zugang zu erleichtern, wird die Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung auf einem Formblatt vorgenommen.

Nach § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V erstellt der GKV-Spitzenverband eine Internetseite mit einem Überblick über sämtliche zertifizierte Angebote, auf die verwiesen wird. Durch diese Angebotstransparenz werden die Versicherten in der Auswahl der jeweiligen Maßnahme unterstützt. Auch Ärztinnen und Ärzte werden dabei in ihren Präventionsempfehlungen unterstützt.

Der Arzt oder die Ärztin sind nicht verpflichtet auf einen konkreten Kurs hinzuweisen. Insbesondere bei älteren Menschen, die nicht über einen Internetzugang verfügen, kann dies aber hilfreich sein.

Hier ist ergänzend zu erwähnen, dass die Gesetzesbegründung durch den 14. Ausschuss die nachträgliche Änderung im Gesetzgebungsverfahren dahingehend begründet, dass klargestellt werden sollte, „dass zukünftig jede schriftliche Präventionsempfehlung, die anlässlich einer ärztlichen Untersuchung abgegeben wird, von den Krankenkassen bei ihrer Leistungsentscheidung zu berücksichtigen ist“. Das heißt, die Präventionsempfehlung kann bei jedem Arztkontakt, insbesondere auch bei kurativen Behandlungsanlässen ausgestellt werden.

Hinweis auf Einschränkungen

Die Hinweise auf Einschränkungen und Behinderungen dienen dem Leistungserbringer um sein Angebot entsprechend anzupassen. Die Krankenkassen unterstützen die Versicherten auf Nachfrage bei der Suche nach barrierefreien Angeboten. Dies gilt insbesondere für wohnortfern erbrachte Leistungen.

3. Bürokratiekostenermittlung

[wird noch ergänzt]

4. Stellungnahmeverfahren

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am TT. Monat JJJJ die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a und § 92 Abs. 7d SGB V beschlossen. Am TT. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum TT. Monat JJJJ eingeleitet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 91 Abs. 5a SGB V

Stellungnahmen gemäß § 92 Abs. 7d SGB V

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
13.08.2015	UA MB	Einrichtung einer AG, Beauftragung dieser AG mit der Durchführung der Beratungen über die Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
20.08.2015	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
T. Monat 2016	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlungen, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a sowie 92 Abs.1b, 7d SGB V
T. Monat 2016	UA MB	Anhörung, Auswertung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlungen
T. Monat 2016	Plenum	Beschlussfassung zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung
		Prüfung BMG (max. 8 Wochen) Nichtbeanstandung, Veröffentlichung BAnz, Inkrafttreten des Beschlusses

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

B-6.1 Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der im Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen / Organisationen – GU-RL

GKV-SV/KBV, PatV: Stand: 28.04.2016



Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung)

Stellungnehmer	Reihenfolge nach Eingang beim G-BA
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)	23.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)	25.02.2016
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	25.02.2016
Bundesärztekammer	25.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	25.02.2016

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 24. August 1989 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864), wie folgt zu ändern:

I. Der Titel der Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“).“

Grundsätzliches Votum der Stellungnehmenden	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGIM</p> <p>„1) Rückfragen bei der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DKG) und bei der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ergaben keine Änderungswünsche.</p> <p>2) Dagegen bittet die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) noch einmal dringend, ihr Schreiben vom 31. Januar 2013 zu berücksichtigen, das Sie -aktualisiert- in der Anlage finden. Hier geht es um die Berücksichtigung der GPT in den Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung.</p> <p>Darüber hinaus bitten wir zu prüfen, ob bei der körperlichen Untersuchung Gewicht, Größe und Bauchumfang als Parameter des Übergewichts und eines metabolischen Syndroms konkret abgefragt/erfasst werden. Die DDG hat noch einmal darauf hingewiesen, dass bei einmaliger Glucose-Messung diese nüchtern im Plasma erfolgen sollte.</p> <p>Auch wenn der jetzige Beschlussentwurf zu den Änderungen vorwiegend prozeduraler Natur ist, erlaubt sich die Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin die oben genannten inhaltlichen Punkte zu betonen.“</p>	<p>GKV-SV/KBV/Patientenvertretung (PatV): Die SN wird begrüßt.</p> <p>Die inhaltlichen Änderungsvorschläge sind nicht Gegenstand dieses SN-Verfahrens.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Die Bundesärztekammer begrüßt die mit dem Präventionsgesetz vorgenommene Stärkung der ärztlichen Prävention. In diesem Sinne hat sich auch der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ausgesprochen (s. 117. DÄT, Drucksachen II-01, II-02). Die durch das Gesetz neu in das SGB V aufgenommene Präventionsempfehlung kann ein Element für die Entwicklung eines ärztlichen Präventionsmanagements darstellen.</p> <p>In der vom Präventionsgesetz festgelegten Form erfüllt die ärztliche Präventionsempfehlung insbesondere zwei Funktionen:</p> <p>a) Sie informiert die Krankenkasse über die ärztliche Empfehlung, für ihre/n Versicherte/n Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention bereitzustellen. Diese ist von der Krankenkasse bei</p>	<p>GKV-SV/KBV: Die Ausführungen des Stellungnehmers werden zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p> <p>PatV: Die Ausführungen des Stellungnehmers werden zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus Änderungsbedarf hinsichtlich einer Ausgestaltung der Präventionsempfehlung. Um die durch das Gesetz neu in das SGB V aufgenommene</p>

<p>ihrer Entscheidung über solche Leistungen zu berücksichtigen (s. § 20 Abs. 5 SGB V).</p> <p>b) Nach § 25 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 SGB V richtet sich die Präventionsempfehlung zudem an den/die Versicherte/n. Gemäß § 25 Abs. 1 SGB V informiert sie den/die Versicherte/n „über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sport-bund e.V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“</p> <p>Damit die Präventionsempfehlung sinnvoll in eine primärpräventive Beratung und Begleitung des/der Versicherten durch den Arzt/die Ärztin eingebunden werden kann, sollte sie sich nicht nur auf die Zuweisung zu standardisierten Kursangeboten beschränken, sondern auch die Möglichkeit eröffnen, dem/der Versicherten individuelle Hinweise zu einer Verhaltensänderung zu geben und deren Erfolg im weiteren Verlauf zu beobachten.“</p>	<p>Präventionsempfehlung als Element für die Entwicklung eines ärztlichen Präventionsmanagements zu profilieren, muss die RL nach Meinung der PatV das Verfahren ausführlich darstellen.</p> <p>Diese beinhaltet, der BÄK-SN folgend, auch einen stringenten Verweis auf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zertifizierung gemäß § 20 (2) 2. Satz, 2. Internet-Domain mit Übersicht aller Angebote, die veröffentlicht werden muss gemäß § 20 (2) 3. Satz <p>KBV/PatV: Durch das zusätzliche Feld „Sonstiges“ oder „Hinweise des Arztes“ ist dies nicht ausgeschlossen.</p> <p>GKV-SV: Die primärpräventive Beratung beruht gemäß aktueller GU-RL auf dem individuellen Risikoprofil des Versicherten.</p>
<p>DGSMP</p> <p>„zu 1 Zielsetzung</p> <p>Abs. 1, neben den Kindern/Jugendlichen sind auch die Personensorgeberechtigten als Adressaten aufzunehmen.“</p>	<p>GKV-SV/KBV: Der G-BA geht bei der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie davon aus, dass der Adressat nicht der Personensorgeberechtigte ist.</p> <p>PatV: Nach SGB V, § 26 können auch Personensorgeberechtigte Adressaten der Präventionsempfehlung sein. In der Gesetzesbegründung wird dies ausführlich erläutert.</p> <p>Dies sollte in Richtlinie und Formblatt aufgenommen werden, weil es in der Praxis Problem aufwirft. Insbesondere sollte in diesem Rahmen geklärt werden, auf wen sich die „Förderung der gesundheitlichen</p>

	<p>Elternkompetenz" bezieht. Dies sind Leistungen, die auf der Krankenkassenkarte des Kindes abgerechnet werden, und nicht auf der Kassenkarte der Eltern. – Diese Frage ist strittig, weil sie auch dazu führen kann, dass gemäß § 26 ein privat versichertes Elternteil Präventionsleistungen zur gesundheitlichen Elternkompetenz über die GKV finanziert bekommen kann. Gerade wegen dieser Unklarheit bedarf es einer Regelung durch den GBA.</p>
--	--

- II. In dem der Abschnittüberschrift „A. Allgemeines“ vorangestellten Satz werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.
- III. Der Abschnitt E. „Inkrafttreten und Übergangsbestimmung“ wird aufgehoben.
- IV. In Abschnitt A. „Allgemeines“ wird Nummer 3 der folgende Satz angefügt:
 „Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“
- V. In Abschnitt B. „Inhalt der Gesundheitsuntersuchung“ Nummer 4 wird Absatz 1 der folgende Satz angefügt:
 „Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“
- VI. Abschnitt C. „Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt geändert:
 - 1. nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:
 „Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.“
 - 2. Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.
- VII. Die Anlage wird zu Anlage 1.
- VIII. Nach der neuen Anlage 1 wird folgende Anlage 2 angefügt:
 „Formular Präventionsempfehlung
 Krankenkasse bzw. Kostenträger
 Name, Vorname des Versicherten
 geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen

Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegung

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Position zusätzlich KBV:

Sonstiges

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGSP</p> <p>„1. zum Spiegelstrich „Bewegung“: Die o.g. Aufteilung orientiert sich an den Präventionskursen bzw. verfolgen den individuellen Ansatz wie auch im Präventionsleitfaden des GKV-SV (Fassung vom 10.12.2014; S. 42ff.). Die Trennung der Bereiche „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“ sowie „Koordination und motorische Fähigkeiten“ sowie die Umfänge von 8 bis 12 Einheiten, die finanziert werden, sind künstlich vollzogen und reichen – zumindest nach der aktuellen Evidenzlage – nicht ausreichend, um dem Patienten/der Patientin den – auch im Leitfaden aufgeführten – Nutzen zu bringen. Darüber hinaus ist die im Leitfaden aufgeführte Literatur größtenteils veraltet (z.B. Blair et al. 2000; Dickhuth 2000) und berücksichtigt die aktuell vorliegenden Bewegungsempfehlungen kaum. So erfolgt derzeit eine Zusammenstellung von Bewegungsempfehlungen für Deutschland, die sich – wie auch weltweit zahlreiche andere – an den internationalen orientieren, diese basieren jedoch wieder in ihrer Erstellung auf der verfügbaren Evidenz (s. zur Orientierung Anlage 1; im Kontext der Adipositas liegen die Empfehlungen deutlich höher; Swift et al. 2014). Hinzu kommt, dass eine Vielzahl von Patienten</p>	<p>GKV-SV/KBV:</p> <p>Hinsichtlich Angebot und Organisation der Durchführung der primärpräventiven Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V hat der G-BA keine Regelungskompetenz.</p> <p>PatV:</p> <p>Der Hinweis wird begrüßt. Durch die Neuregelung der Präventionsempfehlung wird der GBA beauftragt, die hier skizzierte Zuweisung vorzustrukturieren. Eine Delegation an den GKV-SV nach § 20 Abs. 5 SGB V unterläuft diesen Regelungsauftrag.</p>

<p>und Patientinnen nicht in Kursen trainieren können/möchten, sondern eigenständig (z.B. in Laufgruppen; Schwimmen, Fitnessstudios besuchen möchten). Diese Gruppe wird in der aktuellen Vorlage nicht berücksichtigt; auch die Empfehlung von Alltagsaktivitäten wird nicht dokumentiert. Wir möchten daher vorschlagen, dass ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt auch Bewegungs-/Präventionsempfehlungen für diese Gruppe gegeben werden können, die Hinweise auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Frequenz (Häufigkeit pro Woche), • die Dauer (min/Einheit), • die Intensität (z.B. Herzfrequenz/Atmung oder Talktest/Borgskala) <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art der Trainings sowie • Alltagsaktivitäten (z.B. Schritte/Tag) und Reduktion von vermeidbaren Sitzzeiten enthalten. <p>Im weiteren Sinn gilt dies auch für die Bewegungsempfehlungen im Kontext Jugendgesundheitsuntersuchung.</p> <p>Anlage 1</p> <p>Bewegungsempfehlungen (s.a. Literaturliste/Anlage 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziel --> Steigerung der Alltagsaktivität, z.B. 10.000 Schritte am Tag. • Um chronischen Erkrankungen vorzubeugen ä zusätzlich zu den gewohnten Aktivitäten mindestens 30 min in moderater Intensität in Alltag und Freizeit an den meisten Tagen der Woche aktiv werden, mindestens aber an 5 Tagen/Woche. Dies kann aber in 10 Minuten Einheiten absolviert werden. Insgesamt werden 150 Minuten Bewegungszeit empfohlen • Ziel ä Steigerung der körperlichen Fitness durch ein adäquates Ausdauertraining, kombiniert mit Stretching zu Steigerung der Flexibilität und Koordination und angemessenem Krafttraining zur Verbesserung der Muskelkraft • Das Ausdauertraining sollte an mindestens 5 Tagen pro Woche stattfinden bei 55%–80% der maximalen Herzfrequenz bzw. Borgskala 12 bis 16; z.B. als Walking oder Radfahren Dauer ca. 30 bis 60 Minuten • Ein Krafttraining der großen Muskelgruppen sollte 2 bis 3x/Woche bei 50%–80% des One-Repetition-Maximum bzw Borg 12–16 durchgeführt werden. Empfohlen werden 1 bis 3 Durchgänge mit 8 bis 15 Wiederholungen pro Übung, Dauer 30 bis 45 Minuten. • Ein höherer gesundheitlicher Nutzen ergibt sich aus einer Steigerung der Dauer und/oder der Intensität • Reduktion unnötiger Sitz- und Liegezeiten. 	
---	--

<p>insbesondere der Bildschirmmedien</p> <p>Anlage 2: Ausgewählte Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brown WJ, Bauman AE, Bull FC, Burton NW. Development of Evidence-based Physical Activity Recommendations for Adults (18-64 years). Report prepared for the Australian Government Department of Health (2012). • Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. <i>BMJ</i> 2002; 325(7362): 472ff. • Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, Nieman DC, Swain DP, American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. <i>Med Sci Sports Exerc</i> 2011; 43(7):1334ff. • Koch K, Gehrmann U, Sawicki P. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. <i>Dtsch Arztebl</i> 2007; 104: (38) A 2584ff. • Moral RR et al. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. <i>Health Expect</i>. 2014;17(5):683ff. • Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syväne M, Scholte Op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice; European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). <i>Eur Heart J</i> 2012; 33(13): 1635ff. • Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A. executive summary. <i>Nutr Rev</i>. 2009; 67(2):114-20. • Physical Activity Guidelines in the UK: Review and Recommendations. Technical Report (2010). • Swift DL, Johannsen NM, Lavie CJ, Earnest CP, Church TS. The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. <i>Prog Cardiovasc Dis</i>. 2014; 56(4):441ff. • Warburton DER, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SSD (2010) A systematic review of the evidence for Canada's Physical 	
---	--

<p>Activity Guidelines for Adults. Int J Behav Nutr Phys Act 2010; 7(1): 39ff.</p> <p>2. Die Beratung wiederum hinsichtlich eines gesunden Lebensstils braucht Zeit, v.a. wenn auch Personengruppen besonders angesprochen werden sollen, die möglicherweise einen höheren Beratungs- und/oder Präventionsbedarf haben, z.B. Migranten und Migrantinnen. Unklar bleibt, wie das in der Praxis aufgebracht werden soll. So haben Studien gezeigt, dass die durchschnittliche Dauer eines Arzt-Patienten-Gesprächs in Deutschland ca. 7 bis 8 Minuten beträgt (Deveugele et al. 2002; Koch et al. 2007). Bereits die Erfassung der sportlichen/freizeitlichen Anamnese, insbesondere die Detektion möglicher Barrieren und motivationaler Faktoren dauert in der Regel länger – v.a. bei den genannten Gruppen; insbesondere wenn – wie im Entwurf vorgesehen – die Partizipation und Empowerment des Patienten/der Patientin im Vordergrund stehen. Allerdings haben auch hier Studien gezeigt, dass die Partizipation im Arzt-Patienten-Gespräch gewünscht ist, aber zu kurz kommt (Moral et al. 2014)."</p>	<p>GKV-SV/KBV: Der Hinweis des Stellungnehmers wird zur Kenntnis genommen. Inhaltliche Änderungen und Finanzierung der Leistungen sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens. PatV: Der Hinweis wird begrüßt. Die Ausgestaltung der präventiven Beratung ist durch den Regelungsauftrag der Präventionsempfehlung eingeschlossen.</p>
<p>Bundesärztekammer „...Deshalb wird die Aufnahme einer zusätzlichen Kategorie „Sonstiges“ – wie von KBV und Patientenvertretung vorgeschlagen – begrüßt. Diese sollte zudem ausreichend Raum für individualisierte Hinweise zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und zur Verlaufsbeobachtung bieten.“</p>	<p>KBV/PatV: Die Stellungnahme wird begrüßt.</p>
<p>DGSMP „Die DGSMP empfiehlt dringend die Erweiterung der vier Handlungsfelder, ergänzt um „Sonstiges“. Wesentlich ist die Verwendung korrekter und allgemeinverständlicher Begriffe. In diesem Sinn ist die Umformulierung von „Suchtmittelkonsum“ in „Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln“ (PrävE-RL) zu begrüßen.“</p>	<p>KBV: Die Formulierung entspricht der Textierung des Handlungsfeldes im Leitfaden Prävention des GKV-SV. PatV: Der Hinweis wird begrüßt und sollte berücksichtigt werden, sowohl hinsichtlich der gebotenen Erweiterung, als auch insbesondere hinsichtlich der Neuformulierung des Begriffs „Suchtmittelkonsum“. Die entsprechende</p>

<p>„Stressmanagement“ kann bei Jugendlichen sowie bei Personensorgeberechtigten angezeigt sein. Für Kinder wird dieser Begriff in der Literatur nur sehr selten verwendet. Die Handlungsfelder sollten deshalb ergänzt werden um „Stärkung der Lebenskompetenz“ und – in Ergänzung oder alternativ dazu – das Handlungsfeld „Förderung/Stärkung der psychischen Gesundheit“ genannt werden.</p> <p>Die Handlungsfelder sind sehr allgemein formuliert und geben nur den Rahmen. Die DGSMP hält zur Konkretisierung eine spezifische Empfehlung für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigten für erforderlich und schlägt hierzu ein Feld für die von der Ärztin/dem Arzt zu formulierenden Empfehlungen vor.</p> <p>Die Empfehlungen sollten so klar und alltagsorientiert wie möglich erfolgen. Die DGSMP schlägt vor, das Formular Präventionsempfehlung mit dem „grünen Rezept“ zu koppeln und die Möglichkeit alltagsintegrierende Empfehlungen der Ärztin/des Arztes mit aufzunehmen (Bsp. „täglich Treppen statt Fahrstuhl benutzen“, „täglich den angebotenen Walkingbus benutzen“).</p> <p>Generell sollten die Ärzte in einem Katalog beispielhafte Anregungen zu den Empfehlungen erhalten. Als erforderlich werden auch Angebote angesehen, die über die derzeitigen Maßnahmen der GKV hinausgehen.</p> <p>Für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigte wird ein ergänzendes Informationsblatt in leicht verständlicher Sprache als notwendig erachtet. Für Personen mit Migrationshintergrund sollte dieses in ihrer</p>	<p>Bezeichnung obliegt ausschließlich dem GBA, der anbieter- bzw. expertenorientierte Begriff des „Suchtmittelkonsums“ sollte dem Versicherten gegenüber nicht verwendet werden, und wird auch ggf. in der Praxis kaum Verwendung finden.</p> <p>GKV-SV/KBV: Inhaltliche Änderungen der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>GKV-SV/KBV: Entsprechende Empfehlungen sind über das Freitextfeld möglich.</p> <p>GKV-SV/KBV: Eine Kopplung mit dem „grünen Rezept“ ist durch den Richtlinienentwurf nicht ausgeschlossen. PatV: Die Hinweise sollten gemäß VerfO zur weiteren Beratung an die AG Kinder und die AG GU weitergeleitet werden.</p> <p>GKV-SV/KBV: Die inhaltliche Ausgestaltung der JGU-RL und des Leitfadens Prävention des GKV-SV sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>GKV-SV/KBV: Die inhaltliche Ausgestaltung der Präventionsmaßnahmen gemäß § 20 Abs. 5 SGB liegt nicht im Regelungsbereich des G-BA. PatV:</p>
---	---

<p>Landessprache zur Verfügung stehen. Eine ausschließlich webbasierte Information wird nicht als hinreichend erachtet.</p> <p>Sowohl das Formular Präventionsempfehlung als auch das ergänzende Informationsblatt sollten vor Einführung einer Nutzertesting mit unterschiedlichen Zielgruppen unterzogen werden, um die Erreichbarkeit besonders vulnerabler Zielgruppen zu gewährleisten.</p> <p>Die DGSMP regt zur Identifikation passgenauer präventiver Angebote die Einrichtung einer niederschweligen Beratungsmöglichkeit jenseits der Arztpraxis an. Diese kann, unabhängig von einzelnen Krankenkassen, in der Kommune angesiedelt sein, wo bereits eine Vernetzung mit aufgebauten Strukturen der Frühen Hilfen gegeben ist.</p> <p>Wann eine wohnortferne Erbringung angezeigt ist, sollte für die Ärzte mit Beispielen unterlegt werden, z.B. Herausnahme aus der peer-group, Einbezug eines vulnerablen Personensorgeberechtigten.</p> <p>Die DGSMP gibt zu bedenken, die präventiven Empfehlungen bei Bedarf auch auf die Personensorgeberechtigungen zu erweitern. Prinzipiell ist bei den U-</p>	<p>Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden.</p> <p>PatV: Der Hinweis der Nutzertesting ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden</p> <p>GKV-SV/KBV: Die Einrichtung von niedrigschweligen Beratungsmöglichkeiten ist nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden. Insb. korrespondiert er mit dem neuen ärztlichen Aufträgen nach §§ 24d und 26, den Versicherten Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote zu geben.</p> <p>GKV-SV/KBV: Ggf. kann ein entsprechender Hinweis im Freitextfeld erfolgen.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Die RL sollte Hinweise auf die Bedingungen wohnortferner Erbringung beinhalten, denn die entsprechende Entscheidung obliegt nicht der Krankenkasse, sondern ist ausweislich der Änderung durch das PräVG heißt im § 23 (2): Wohnortferne Erbringung : „oder können sie wegen anderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“ Auftrag zur Ausgestaltung der PräVE durch den GBA.</p> <p>GKV-SV/KBV: Der G-BA geht bei der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie davon aus, dass der Adressat</p>
--	---

<p>Untersuchungen zu überlegen, ob diese zu ausgewählten Zeitpunkten nicht um den Einbezug der Personensorgeberechtigten ergänzt werden sollten, z.B. zur Identifikation postpartaler Depression mit nachfolgender Einleitung therapeutischer Unterstützung.</p> <p>Insgesamt sollten die Präventionsempfehlungen bundesweit und regional auswertbar sein."</p>	<p>nicht der Personensorgeberechtigte ist.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen und bildet die gesetzliche Neuregelung ab. Diese muss in der RL zum Ausdruck kommen.</p> <p>GKV-SV/KBV: Aufgrund von datenschutzrechtlichen Problemen (Einwilligung notwendig) wird von einer Auswertung abgesehen.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Eine bundesweite und regionale Auswertung sollte auch für den GBA erfolgen. Die entsprechenden Daten liegen bei den Krankenkassen ohnehin vor und werden für den Präventionsbericht der GKV bzw. zukünftigen für den Nationalen Präventionsbericht nach § 20d (4) ohnehin vorgehalten.</p>
---	--

Position zusätzlich GKV-SV:
Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Bei einer Aufnahme des vom GKV-SV vorgeschlagenen Satzes „Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen“ ist sicherzustellen, dass den Versicherten über ihre Krankenkasse tatsächlich eine umfassende Information über alle geprüften und anerkannten Präventionsangebote zur Verfügung gestellt wird – sich diese also nicht nur auf die Kursangebote beschränkt, die von der jeweiligen Krankenkasse selber angeboten werden.“</p>	<p>GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p> <p>PatV: Der Hinweis des Stellungnehmers wird gewürdigt und begrüßt. Es ergibt sich daraus Änderungsbedarf hinsichtlich einer Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.</p> <p>Es bedarf daher im Formblatt, der BÄK-SN folgend, stringenten Verweis auf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zertifizierung gemäß § 20 (2) 2. Satz, 2. Internet-Domain mit Übersicht aller Angebote, die veröffentlicht werden muss gemäß § 20 (2) 3. Satz

Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Mögliche haftungsrechtliche Implikationen einer vom Arzt/von der Ärztin ausgestellten Präventionsempfehlung sind zu prüfen und ggfs. auf dem Vordruck mit zu berücksichtigen.</p> <p>Die Empfehlung sollte darüber hinaus ein Freifeld vorsehen, in dem der Arzt/die Ärztin die Möglichkeit hat, dem/der Versicherten weitere Hinweise, z. B. zur Durchführung und Dosierung der empfohlenen primärpräventiven Maßnahmen und zu ggfs. bestehenden Kontraindikationen, zu geben.</p> <p>Diese ergänzenden Informationen sollten sich jedoch ausschließlich an den/die Versicherte/n richten, der/die selber entscheidet, ob er sie dem/der Übungsgruppenleiter/in zur entsprechenden Ausgestaltung der Maßnahme vorlegen möchte.“</p>	<p>GKV-SV/KBV/PatV:</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Das Freitextfeld ist vorgesehen.</p>

Position zusätzlich GKV-SV:

Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung

Informationen für die Versicherten:

Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren. Diese Präventionsempfehlung können Sie auch an Ihre Krankenkasse weiterleiten, damit diese Sie anhand der Hinweise der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes über geeignete Leistungen der Primärprävention informieren kann.

Einwilligung zur Datennutzung

Hinweis: Bitte unterschreiben Sie die Einwilligung zur Datennutzung bevor Sie die Präventionsempfehlung an Ihre Krankenkasse weiterleiten.

Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass die hier erhobenen Daten von meiner Krankenkasse für die Empfehlung einer verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahme und Prüfung der Fördervoraussetzungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich schriftlich jederzeit widerrufen. Dies kann beispielsweise durch E-Mail, Fax oder Brief an meine Krankenkasse geschehen.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten“

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit</p> <p>„Aus den vorgelegten Beschlussentwürfen ist zu entnehmen, dass dissente Positionen dazu bestehen, ob der Vordruck, der für die in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilte Präventionsempfehlung (§ 25 Absatz 1 Satz 3 SGB V) erforderlich ist, auch die Möglichkeit vorsehen soll, dass auf ihm Versicherte ihre Einwilligung abgeben.</p> <p>Die Krankenkasse darf die sich aus einer Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen (§ 20 Absatz 5 Satz 3 SGB V).</p> <p>Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschuss ist es, erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung zu regeln (§ 25 Absatz 4 Satz SGB V).</p> <p>Da die erforderliche schriftliche Einwilligung des Versicherten gegenüber der Krankenkasse also erst erfolgen kann, nachdem der Versicherte zuvor von der Krankenkasse schriftlich informiert wurde, ist dieser unmittelbare Zusammenhang zwischen Information und Einwilligung nur dann gewährleistet und festgehalten, wenn der Einwilligende mit der Einwilligung bestätigt, dass er zuvor von der Krankenkasse schriftlich informiert wurde. Mit einer Einwilligung auf der vom Arzt erhaltenen Präventionsempfehlung (so die derzeitigen Entwürfe als Anlagen 1 bis 3 zum Bezugsschreiben) ist dies aber nicht gewährleistet. Bei diesen Entwürfen ist die Einwilligung zudem nach der Unterschrift des Arztes auf demselben Vordruck vorgesehen, ohne dass für die Versicherten damit zweifelsfrei deutlich würde, dass sie die Einwilligung gegenüber der Krankenkasse abzugeben haben. Vielmehr könnte für die Versicherten der Eindruck entstehen, sie hätten die Einwilligung gegenüber dem Arzt abzugeben. Dies wird auch nicht dadurch zweifelsfreier, dass im</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Das Feld „Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung“ wird gestrichen.</p>

<p>letzten Satz auf den möglichen Widerruf gegenüber der Krankenkasse hingewiesen wird (vgl. § 20 Absatz 5 Satz 4 SGB V). Zudem lässt die Formulierung „Information für die Versicherten: Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Förderungsvoraussetzungen informieren“ außer Acht, dass nach den gesetzlichen Regelungen die Krankenkasse den Versicherten schriftlich zu informieren hat (insgesamt dazu Bundestags-Drucksache 18/5261 vom 17. Juni 2015, Seite 53).</p> <p>Im Übrigen ergibt sich aufgrund der gesetzlichen Unterscheidung zwischen den Regelungen zur gegenüber den Krankenkassen abzugebenden Einwilligung einerseits und der „Ausgestaltung der Präventionsempfehlung“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss andererseits, dass letztere Aufgabe nicht die Ausgestaltung der Einwilligung umfasst.</p> <p>Der Verzicht auf die Möglichkeit, auf dem Vordruck für eine Präventionsempfehlung eine Einwilligung abgeben zu können, verbietet es aber aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht, auf diesem Vordruck Hinweise an den Versicherten zum weiteren Verfahren aufzunehmen.“</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Insofern sollten entsprechende zusätzliche ärztliche Hinweise nicht Gegenstand der vom GKV-SV vorgesehenen Datenfreigabe gegenüber der Krankenkasse sein. Die durch das Präventionsgesetz neu in das SGB V aufgenommenen Regelungen des § 20 Abs. 5 zur Datennutzung durch die Krankenkasse beziehen sich ausschließlich auf personenbezogene Daten. Gesundheits- oder krankheitsbezogene Daten sollten hiervon ausgenommen bleiben.“</p>	<p>GKV-SV: Das Feld „Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung“ wird gestrichen.</p>

IX. Die Änderungen der Richtlinien treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Weitere nicht zum Beschlussentwurf gehörende Hinweis der Stellungnehmer	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGIM</p> <p>Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), der Deutschen Leberhilfe e.V. und der Deutschen Leberstiftung zur Präventionsempfehlung nach § 25 SGB V i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V</p> <p>Aufnahme des ALT-Wertes in den Check-up 35 plus</p> <p>Lebererkrankungen stellen in Deutschland ein großes und vielfach unterschätztes Gesundheitsproblem dar. Darüber hinaus spielt die Leber für die fast epidemische Ausbreitung von Übergewicht und Diabetes mellitus in den Ländern westlicher Zivilisation eine entscheidende Rolle, sowohl als Schaden nehmendes Organ als auch als zentrales Stoffwechselorgan, das die Konzentration von Cholesterin und Glukose im Blut reguliert. Spätfolgen von Lebererkrankungen sind die Leberzirrhose und das hepatozelluläre Karzinom (Leberzellkrebs), welches in der Häufigkeit (Inzidenz) in vielen Ländern inklusive Deutschland in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen hat (1-2). Mehr als 10 Millionen Menschen in Deutschland haben erhöhte Leberwerte und damit ein Risiko, eine Lebererkrankung zu entwickeln, wobei die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen sich dieses Risikos nicht bewusst ist. Leberzirrosen und Leberzellkarzinome sind im fortgeschrittenen Stadium nur sehr schwer zu behandeln und verursachen hohe direkte und indirekte Kosten. Lebertransplantationen kommen nur für einen kleinen Teil der Patienten als letzte und sehr teure Therapieoption in Betracht. Allen Lebererkrankungen ist gemeinsam, dass sich klinische Komplikationen oft erst nach einem Krankheitsverlauf von mehreren Jahrzehnten manifestieren. Um Zirrhose und Leberzellkrebs zu verhindern, ist daher die frühe Erkennung eines Risikos entscheidend.</p> <p>In den letzten 10 bis 20 Jahren hat es in wenigen medizinischen Bereichen derart dramatische Fortschritte in der Diagnose und Therapie gegeben wie im Bereich der Lebererkrankungen. Galten die meisten Lebererkrankungen vor 20 Jahren als nicht therapierbar, können mittlerweile viele dieser Erkrankungen sehr erfolgreich behandelt oder sogar vollständig geheilt werden, so dass sich Folgen wie Leberzirrhose und Leberzellkrebs verhindern lassen. Dazu müssen diese Erkrankungen, die häufig im Frühstadium ohne Symptome verlaufen, aber auch rechtzeitig diagnostiziert werden. Gerade im Bereich chronischer Lebererkrankungen ist die frühe Diagnose daher eine der wichtigsten Präventionsmaßnahmen.</p> <p>Die Aufnahme eines spezifischen Leberwertes in Screeningprogramme wie den Check-up 35 plus kann dazu beitragen, gut behandelbare chronische Lebererkrankungen rechtzeitig zu entdecken.</p> <p><u>Der am besten geeignete Parameter, einen Leberzellschaden frühzeitig zu erkennen, ist der ALT-Wert (GPT). ALT steht für „Alanin-Aminotransferase“. Die ALT liegt in den Leberzellen im Zellplasma vor und wird freigesetzt, wenn Leberzellen geschädigt werden. Erhöhte ALT Werte im Blut bedeuten vermehrter Leberzelluntergang. Die ALT-Testung ist einfach, breit verfügbar und sehr kostengünstig.</u></p> <p>Zahlreiche Studien konnten eindeutig zeigen, dass schon bei geringer ALT-Erhöhung ein signifikanter Anstieg der Gesamtmortalität sowie der leberbezogenen Mortalität besteht (3-7). Auch leichte ALT-Erhöhungen dürfen deshalb nicht unterschätzt werden und erfordern eine konsequente Abklärung.</p> <p>Die Bestimmung der ALT ist im Check-up 35 plus bisher nicht vorgesehen. Im offiziellen Bogen zur Gesundheitsuntersuchung ist die Leber weder bei „vorbestehenden Erkrankungen“ noch bei den „neuen Diagnosen / Verdachtsdiagnosen“ oder bei den „krankhaften Veränderungen“ erwähnt. Wie eine derzeit laufende Screening-Studie zeigt, wiesen etwa 16 % der Patienten in hausärztlichen Praxen eine ALT-</p>	<p>Die geforderte Überarbeitung der GU-Richtlinie ist nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>PatV:</p> <p>Es sollte gemäß VerFO der AG GU zur Prüfung und ggf. Veranlassung zur Verfügung gestellt werden.</p>

Erhöhung auf (8), in der Greifswalder SHIP-Kohorte wiesen sogar 25 % der zufällig ausgewählten Erwachsenen erhöhte ALT-Werte auf (3,9). Die SHIP-Studie untersucht eine repräsentative Kohorte, in der die Prävalenz und Inzidenz häufiger und populationsrelevanter Erkrankungen und ihrer Risikofaktoren in der Bevölkerung Vorpommerns untersucht wird.

Die Qualität des Präventionsangebotes *Check-up 35 plus* muss insbesondere im Bereich der Erkrankungen dringend verbessert werden, die mit einem erhöhten ALT-Wert einhergehen.

Die meisten der jährlich ca. 10 Millionen *Check-up 35 plus*-Patienten gehen davon aus, dass die Untersuchung umfassend genug ist, um auch schwerwiegende Leber-erkrankungen festzustellen. Das ist jedoch keinesfalls gegeben, da Lebererkrankungen in einem Frühstadium nicht durch alleinige klinische Untersuchungen zu erkennen sind. Solange die ALT-Bestimmung nicht im *Check-up 35 plus* als Grundlage einer Stufendiagnostik implementiert ist, werden diese Erkrankungen in der Gesundheitsuntersuchung regelmäßig übersehen.

Die in Deutschland wichtigsten chronischen Lebererkrankungen sind anschließend näher beschrieben:

Hepatitis B und C Viren (HBV und HCV)

Nach Schätzung des Robert-Koch-Instituts sind in Deutschland 0,4-0,5 % der Bevölkerung, d.h. jeweils 300.000-400.000 Menschen, chronisch mit dem Hepatitis B- oder dem Hepatitis C-Virus infiziert (insgesamt 600.000-800.000). Screening-Untersuchungen in Ballungsgebieten deuten darauf hin, dass die Zahl der chronisch Infizierten noch höher sein könnte (10).

Da die chronischen Virushepatitiden in der Regel über viele Jahre keine spezifischen Symptome verursachen, wird die Diagnose häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung gestellt. Ohne frühzeitige Therapie durch Früherkennung entwickeln bis zu 30 % der Patienten 20-30 Jahre nach der Infektion eine Leberzirrhose.

Die Therapie der chronischen Virushepatitis B und C hat sich in den letzten 10 Jahren dramatisch verbessert. Mittlerweile kann fast jeder Patient mit einer chronischen Hepatitis B erfolgreich behandelt werden. Bei Hepatitis B kann die antivirale Behandlung die Virämie unterdrücken und damit verhindern, dass die Erkrankung zu einer Leberzirrhose oder Leberzellkrebs voranschreitet. Wichtig ist, dass bereits vor Erreichen des Stadiums einer Leberzirrhose behandelt wird, da sonst ein Restrisiko eines Leberzellkrebses bleibt (11).

Mit Einführung direkt antiviraler Substanzen führt die Therapie der chronischen Hepatitis C bei über 90 % aller Patienten zu einer kompletten Viruselimination (12-18). Die dauerhafte Viruselimination verhindert die Entstehung der Zirrhose, reduziert das Risiko von Leberzellkarzinom und Lebertransplantation und senkt auch die Gesamtmortalität (19). Die Behandlung von Patienten mit chronischer Hepatitis C ist kosteneffektiv (3, 6-7). Die rechtzeitige Behandlung von chronischer Hepatitis B senkt die Morbidität und Mortalität und ist ebenfalls kosteneffektiv (3,20-21).

Ein erheblicher Anteil der Patienten mit chronischer Hepatitis C wurde durch Bluttransfusionen vor 1992 infiziert, von denen viele in den nächsten Jahren eine Leberzirrhose und einen Leberzellkrebs entwickeln werden.

Dabei ist die Rate an unentdeckten Patienten sehr groß. Es wird daher erwartet, dass in den kommenden Jahren die Hepatitis C induzierten leberbezogenen Komplikationen und die diesbezügliche Mortalität noch zunehmen werden, sofern die Diagnostik nicht verbessert wird (22).

Chronische Infektionen mit Hepatitis B und C können somit nicht nur zu schwer-wiegenden Folgen für die Betroffenen führen, sondern haben auch eine große Bedeutung für die Gesundheitspolitik und die Finanzierung des Gesundheitswesens (23).

Häufig findet man eine HCV- und HBV-Infektion beim Screening von Migranten in Deutschland. In Hamburger Praxen und Klinikambulanzen wurden Migranten auf HCV untersucht; die Prävalenz von Antikörpern gegen HCV in den Praxen war 5,8 % und die in Ambulanzen 6,3 %. In der türkischen Population (in Deutschland und in der Türkei) findet man eine chronische HBV-Infektion bei 4-7 % der Allgemeinbevölkerung (24-25). Mit weiterer Zuwanderung wird die Zahl der Menschen mit HBV- und HCV-Infektionen noch deutlich ansteigen.

In Deutschland gibt es ein Hepatitis-Screeningprogramm nur für Hepatitis B bei schwangeren Frauen. Für weitere Risikogruppen, wie z.B. Patienten mit erhöhter ALT, gibt es zwar Screening-Empfehlungen des RKI, diese werden aber unzureichend umgesetzt oder kommen nicht zum Tragen, wenn nicht zuvor die ALT bestimmt wurde. Innerhalb Europas haben bisher nur Frankreich und Schottland ein nationales Programm, um das Hepatitis-Screening in Risikogruppen zu verbessern. Im Jahr 2011 hat das RKI eine Priorisierung von 127 infektiösen Erregern hinsichtlich der Bedeutung für die nationale Surveillance publiziert; hier wurden HBV und HCV auf die Rangplätze 4 und 5 und damit in die Gruppe der Erreger mit der höchsten Priorität eingeordnet (26-27).

Vor diesem Hintergrund ist es besonders bedauerlich, dass die Minderzahl der chronisch mit Hepatitis B und C Infizierten diagnostiziert sind und die Mehrheit der Betroffenen nichts von ihrer Erkrankung ahnt

<p>(8), obwohl es sich inzwischen um gut behandelbare Krankheiten handelt.</p> <p>Maßnahmen für eine verbesserte Diagnostik sind dringend erforderlich, um die Infizierten erfolgreich therapieren zu können und die weitere Verbreitung dieser Virusinfektionen einzudämmen. Da ein primäres Screening der Gesamtbevölkerung auf Hepatitis-Erreger nach gegenwärtigem Wissensstand in Deutschland nicht kosteneffektiv ist, kommt der Stufendiagnostik auf Grundlage des ALT-Tests eine besondere Bedeutung zu.</p> <p>Für chronische Hepatitis-C-Virusinfektionen gibt es große Studien, welche die Wertigkeit der ALT-Messung für die Diagnosestellung eindeutig belegen (3). In einer deutschen Arbeit wurden 28.809 Patienten, die sich in den Notaufnahmen der Charité Berlin und des Universitätsklinikums Frankfurt vorstellten, auf erhöhte ALT-Werte und HCV-Antikörper getestet. 2,6 % der Untersuchten hatten Antikörper gegen HCV und 68 % dieser Patienten waren HCV-RNA-positiv. Gleichzeitig zeigten 61 % der HCV-RNA-positiven Patienten eine ALT-Erhöhung (19).</p> <p>Eine weitere Studie zeigt, dass über 75 % der Hepatitis C-Patienten identifiziert werden können, wenn ein ALT-Test mit gleichzeitiger Anamnese durch eine Leitlinien-konforme Befragung erfolgt (8). Bei chronischer Hepatitis B zeigen die meisten Patienten mit einer Behandlungsindikation erhöhte ALT-Werte.</p> <p>Die bisherigen Ergebnisse der Ruhrgebietsstudie (bisherige Auswertung von etwa 12.000 Patienten im Rahmen des <i>Check-up 35</i>) zeigt die Effektivität eines ALT-basierten Screeningsverfahrens, in dem eine ALT-Messung mit Leitlinien-basierten diagnostischen Hinweiszeichen für eine Hepatitis B und C kombiniert wird. Die bisherige Auswertung ergab, dass hierdurch über 75 % der Hepatitis C-Patienten identifiziert werden können (8).</p> <p>Alkoholische und nicht alkoholische Fettlebererkrankungen</p> <p>Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden unter einer alkoholischen oder nicht-alkoholischen Fettleber (3). Nicht-alkoholische Fettlebererkrankungen werden besonders häufig bei übergewichtigen Personen mit metabolischem Syndrom gefunden (28). Während nicht jede Fettleber zu einem Leberschaden führt, haben 10-20 % der nicht-alkoholischen Fettleberpatienten eine entzündliche Verlaufsform, die sogenannte NASH (nicht-alkoholische Steatohepatitis). Diese Fettleberentzündung kann wie andere Hepatitis-Formen zu Zirrhose und/oder Leberkrebs führen.</p> <p>Die Zahl von Patienten mit alkoholischer Fettleber wird in Deutschland auf mehr als 500.000 geschätzt (3). Die alkoholische Fettleber kann bei fortgesetztem Alkoholkonsum ebenfalls in eine entzündliche Verlaufsform übergehen, die sogenannte ASH (alkoholische Steatohepatitis). Klinisch schwere und lebensbedrohliche Akutverläufe der ASH sind möglich. Als chronische Erkrankung kann die ASH langfristig zu einer Zirrhose und einem Leberzellkarzinom führen (29).</p> <p>Etwa 62 % der Patienten mit alkoholischer Fettleber weisen einen erhöhten ALT-Wert auf. Auch bei einer nicht-alkoholischen Fettleberentzündung (NASH) haben fast 90 % der Patienten erhöhte ALT-Werte (3).</p> <p>Bei Fettlebererkrankungen in Hausarztpraxen haben vor allem nicht-medikamentöse, auf einen gesundheitsfördernden Lebensstil zielen Maßnahmen einen hohen Stellenwert. Bei Fettlebererkrankungen kann eine ALT-Erhöhung der Ausgangspunkt für eine Diagnostik sein, in dessen Folge es darum geht, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren. Wird eine Fettleberentzündung diagnostiziert, liegen in der Regel gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vor wie Adipositas, Typ 2 Diabetes, Insulinresistenz, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum. Diese können durch primär präventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden, z.B. durch Ernährungsumstellung, vermehrte körperliche Aktivität und Alkoholverzicht.</p> <p>Aufgrund der zunehmenden Zahl übergewichtiger Bundesbürger ist mit einer erheblichen Zunahme der Fettlebererkrankungen in Deutschland zu rechnen, falls keine Gegenmaßnahmen erfolgen. Wird eine alkoholische oder nicht-alkoholische Fettleber rechtzeitig diagnostiziert, kann sich diese zurückbilden, sofern man die Ursache ausschaltet (übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht).</p> <p>Medikamentös-toxisch bedingte Erhöhung der Leberwerte</p> <p>Ein erhebliches, bisher allgemein unterschätztes Gesundheitsproblem stellt auch die medikamentös-toxisch bedingte Erhöhung der Leberwerte dar. Bei stationären Patienten kann in mehr als 1 % eine medikamentös-toxische Leberschädigung diagnostiziert werden (30).</p> <p>Häufige Auslöser sind einer spanischen Studie zufolge nicht-steroidale Anti-rheumatika, Antibiotika, Antiepileptika sowie naturheilkundliche Substanzen (31). Eine ALT-Erhöhung in Verbindung mit einem erhöhten Bilirubin ist dabei mit dem Risiko eines Leberversagens assoziiert. Die Medikamentenanamnese ist wesentlicher Bestandteil der Diagnostik erhöhter Leberwerte und eine originäre hausärztliche Aufgabe. Sie ist bei erhöhter ALT im <i>Check-up 35</i> unabdingbar.</p>	
---	--

Insofern können durch eine Feststellung einer erhöhten ALT als erste Screeningstufe kostenintensive diagnostische Maßnahmen vermieden und die Medikation angepasst und verändert werden.

Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)

Eine der häufigsten genetischen Lebererkrankungen in Deutschland ist die Hämochromatose, bei der sich Eisen in gefährlichem Maße im Körper anreichert. Mäßig erhöhte ALT-Spiegel sind bei etwa 75 % der Patienten beschrieben (8). Die Standardtherapie beschränkt sich auf einfache Aderlässe, mit denen das überschüssige Eisen entfernt wird. Je früher die Aderlasstherapie einsetzt, desto besser lassen sich schwere Spätfolgen wie Leberzirrhose, Leberzellkrebs und Schäden an anderen Organen wie dem Herzen und der Bauchspeicheldrüse vermeiden.

Autoimmunhepatitis (AIH)

In Deutschland sind schätzungsweise 4.000-12.000 Menschen von einer Autoimmunhepatitis (AIH) betroffen (9), bei der die Leberzellen durch das eigene Immunsystem angegriffen und entzündlich zerstört werden. Stark erhöhte ALT-Werte sind bei nahezu allen AIH-Patienten bei Diagnosestellung nachweisbar.

Bei schwerer, unbehandelter Autoimmunhepatitis verstarben früher bis zu 40 % der Patienten innerhalb von 6 Monaten nach der Diagnose, während Überlebende häufig eine Zirrhose entwickelten. Eine immunsuppressive Therapie mit Steroiden ist seit Jahrzehnten Standard bei Autoimmunhepatitis; kontrollierte Studien konnten zeigen, dass eine AIH hierdurch dauerhaft zur Ruhe kommen kann, was Patienten eine deutlich verbesserte oder sogar normale Lebenserwartung ermöglicht (32).

Aussagekraft des ALT-Test für nicht-leberspezifische Erkrankungen

Breit angelegte Beobachtungsstudien haben in den vergangenen Jahren detailliert aufgezeigt, dass erhöhte ALT-Werte auch bei anderen, nicht leber-spezifischen Erkrankungen auf ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko hinweisen. Hierbei handelt es sich insbesondere um den Diabetes mellitus Typ 2, das metabolische Syndrom sowie kardiovaskuläre Erkrankungen. Der Zusammenhang von erhöhten Leberwerten mit dem Auftreten eines Diabetes mellitus Typ 2 wurde in zahlreichen epidemiologischen und klinischen Studien untersucht. Eine Metaanalyse zeigt, dass erhöhte ALT-Werte eng mit dem Diabetes-Risiko assoziiert sind (3).

Die Bedeutung der Leberwerte beim metabolischen Syndrom konnte in den letzten Jahren präzisiert werden. So stellte eine Studie fest, dass auffällige ALT-Werte mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit einhergehen, ein metabolisches Syndrom zu entwickeln (33). In der gleichen Studie wurde zudem gezeigt, dass erhöhte ALT-Werte mit einer häufigen Spätfolge des metabolischen Syndroms, der koronaren Herzerkrankung im Zusammenhang stehen. In einer niederländischen, populations-basierten Studie mit einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren war eine erhöhte ALT auch dann mit dem Auftreten einer koronaren Herzerkrankung assoziiert, wenn keine klassischen Risikofaktoren des metabolischen Syndroms vorlagen (34).

Zusammenfassung

Die Defizite in der Diagnostik von Erkrankungen, die mit einer erhöhten ALT einhergehen, sind offensichtlich. Auf dieser Grundlage kann man davon ausgehen, dass eine Aufnahme der ALT-Bestimmung in den *Check-up 35 plus* die Versorgung der Patienten nachhaltig verbessern wird.

Die Bestimmung des ALT-Werts ist ein einfach durchzuführender, sehr kostengünstiger Test mit hoher Aussagekraft. Zusammen mit einer leitlinienkonform durchgeführten Anamnese ist die ALT ein wirksames Instrument für den Hausarzt, Lebererkrankungen sowie andere chronische Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren. Chronische Lebererkrankungen betreffen eine große Zahl von in Deutschland lebenden Personen und sind bei Präventionsmaßnahmen bisher noch nicht berücksichtigt. Die meisten Lebererkrankungen sind bei rechtzeitiger Entdeckung durch Änderung des Lebensstils oder spezifische Therapien sehr gut behandelbar. So ist die durch das Hepatitis C Virus ausgelöste chronische Lebererkrankung mit heutigen Therapien fast immer heilbar.

Durch eine Aufnahme des ALT-Wertes in den *Check-up 35 plus* werden die enormen Kosten reduziert, die mit der Behandlung von Komplikationen einer fortgeschrittenen Lebererkrankung einhergehen, wie z.B. bei der Therapie von Leberkrebs und dekompensierter Leberzirrhose sowie bei der Lebertransplantation. Zudem kann man verhindern, dass Menschen mit unerkannter Virushepatitis die Infektion auf andere übertragen.

Mit der Aufnahme des ALT-Tests in den *Check-up 35 plus* kann man nicht nur ein Risiko für Lebererkrankungen und leberbedingte Sterblichkeit erkennen. Darüber hinaus kann der ALT-Wert auch

einen Hinweis auf zahlreiche nicht leberspezifische, metabolische und kardiovaskuläre Risiken liefern.

Der um die ALT-Messung erweiterte *Check-up 35 plus* ist ein qualitätsgesichertes wirkungsvolles Präventionsangebot. Der verbesserte *Check-up 35 plus* wird dazu beitragen, eine nachhaltig optimierte Versorgung der Patienten in den hausärztlichen Praxen sicherzustellen.

Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem, Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

Prof. Dr. med. Claus Niederau, Deutsche Leberhilfe e.V.

Prof. Dr. med. Michael Manns, Deutsche Leberstiftung

Anhang: Übersicht zur Häufigkeit von Lebererkrankungen in Deutschland und ALT-Erhöhungen bei Diagnosestellung:

Tab. 2 Befestigung erhöhter ALT-Werte für chronischer Lebererkrankungen bei Diagnosestellung.

Ätiologie	Häufigkeit in Deutschland ¹	ALT-Erhöhung bei Diagnose	weitere klinische Bedeutung des ALT	andere wichtige Marker ²
Hepatitis B	400.000 – 500.000	33% – 100% ³	Aktivitätsmarker, Prognosemarker, Therapieindikation	HBsAg, anti-HBc, HBV-DNA, HBeAg, Gamma-GT
Hepatitis C Fettleber	900.000 – 600.000 + 10.000.000	87 – 72% + 10 – 36% ⁴	Aktivitätsmarker, Prognosemarker (Leberfunktionsmarker, metabolische Komorbiditäten)	Anti-HCV, HCV-RNA, HCV-Genotyp, GGT (Metabolismus)
primärbiläre Cholestase Alkoholische Lebererkrankung (ALD)	> 1.000.000 ⁵ > 500.000	90% 62%	Prognosemarker (Lebererkrankung)	γ-GT, Bilirubin, AST/ALT-Ratio
Autoimmunhepatitis	200.000	75 – 100%	Prognosemarker (Lebererkrankung)	Autoantikörper (AMA), ALP, GGT, Bilirubin
primärbiläre Zystose	4000 – 7000	> 95%	Aktivitätsmarker, Prognosemarker	γ-GT, ALP, AMA-Autoantikörper
chronische Cholelithiasis	2.000 – 4000	14%	Prognosemarker (Lebererkrankung)	γ-GT, ALP, Bilirubin, p-AMA, TBCP-Bilirubin
Metabolisches Syndrom	2.000	25%		AST/ALT-Ratio (Rorff), C-reaktives Protein (CRP), Insulin (im Zehnfachen)

¹ Geschätzte Zahlen basierend auf dem Gesamtwert des 6-ter stattung des Bundes, Gesamtwertbereich für Deutschland 2015, angabed. und von der der aktuellen Literatur (siehe Text).

² Für Diagnosestellung, Therapieindikation oder Prognoseabschätzung in der Krankheitsentwicklung.

³ Patienten nach HBeAg-Seroconversion in „replikativ- bzw. nicht replikativer Phase“ der HBV-Replikation.

⁴ Patienten während der „immunaktiven Phase“ der HCV-Infektion.

⁵ 50% der Patienten mit Fettleber.

Quelle: Wedemeyer H, Hofmann WP, Lueth S, et al. ALT als Screeningparameter für Lebererkrankungen: eine kritische Evaluation der Evidenz. Z Gastroenterol 2010;48:46-55.

Literaturangaben

1. EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol 2012;56:908-43.
2. McGlynn KA, London WT. The global epidemiology of hepatocellular carcinoma: present and future. Clin Liver Dis 2011;15:223-43.
3. Wedemeyer H, Hofmann WP, Lueth S, et al. ALT als Screeningparameter für Lebererkrankungen: eine kritische Evaluation der Evidenz. Z Gastroenterol 2010;48:46-55.
4. Kim HCNC, Jee SH, Han KH, et al. Normal serum aminotransferase concentration and risk of mortality from liver diseases: prospective cohort study. BMJ 2004;328:983-8.
5. Wong VW, Wong GL, Yip GW, et al. Coronary artery disease and cardiovascular outcomes in patients with non-alcoholic fatty liver disease. Gut 2011;60:1721-7.
6. Lerchbaum E, Pilz S, Grammer TB, et al. The fatty liver index is associated with increased mortality in subjects referred to coronary angiography. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2013;23:1231-8.
7. Koehler EM, Sanna D, Hansen BE, et al. Serum liver enzymes are associated with all-cause mortality in an elderly population. Liver Int 2014;34:296-304.
8. Wiegand J, Bätz O, Wolfram I, et al. Identification of patients with HBV and HCV infection in the primary care setting: Pre-defined risk scenarios are a better screening strategy than elevated ALT values. Z Gastroenterol 2013;51:75-78.

9. Baumeister SEVH, Völzke H, Marschall P, et al. Impact of fatty liver disease on health care utilization and costs in a general population: a 5-year observation. *Gastroenterology* 2008;134:85-94.
10. Vermehren J, Schlosser B, Domke D et al. High prevalence of anti-HCV antibodies in two metropolitan emergency departments in Germany: a prospective screening analysis of 28,809 patients. *PLOS one* 2012;7:e41206.
11. Cornberg M, Protzer U, Petersen J et al. Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion. AWMF-Register-Nr. 021/011. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 871-830.
12. Afdhal N, Reddy KR, Nelson DR, et al. ION-2 Investigators. Ledipasvir and sofosbuvir for previously treated HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2014;370:1483-93.
13. Afdhal N, Zeuzem S, Kwo P, et al. ION-1 Investigators. Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2014;370:1889-98.
14. Zeuzem S, Dusheiko GM, Salupere R, et al. VALENCE Investigators. Sofosbuvir and ribavirin in HCV genotypes 2 and 3. *N Engl J Med* 2014;370:1993-2001.
15. Feld JJ, Kowdley KV, Coakley E, et al. Treatment of HCV with ABT-450/ r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin. *N Engl J Med* 2014;370:1594-603.
16. Zeuzem S, Jacobson IM, Baykal T, et al. Retreatment of HCV with ABT-450/ r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin. *N Engl J Med* 2014;370:1604-14.
17. Poordad F, Hezode C, Trinh R, et al. ABT-450/r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin for hepatitis C with cirrhosis. *N Engl J Med* 2014;370:1973-82.
18. Feld JJ, Jacobson IM, Hezode C, et al. ASTRAL-1 Investigators. Sofosbuvir and velpatasvir for HCV genotype 1, 2, 4, 5, and 6 infection. *N Engl J Med* 2015;373:2599-607
19. van der Meer AJ, Veldt BJ, Feld JJ, et al. Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis. *JAMA* 2012;308:2584-93.
20. Toy M, Veldhuijzen IK, de Man RA, et al. Potential impact of long-term nucleoside therapy on the mortality and morbidity of active chronic hepatitis B. *Hepatology* 2009;50:743-751.
21. Buti M, Brosa M, Casado MA, et al. Modeling the cost-effectiveness of different oral antiviral therapies in patients with chronic hepatitis B. *J Hepatol* 2009;51:640-646.
22. Aidelsburger P, Wasem J, Sroczynski G, et al. German Hepatitis C Economic Database - Methodological Approach and Data Assessment. 9th Biennial meeting of the European Society of Medical Decision Making, June 6-8, 2004, Rotterdam, The Netherlands, S. 76.
23. Aidelsburger P, Wasem J, Sroczynski G, et al. Struktur und Inhalt der German Hepatitis C Economic Database. *Inform Biom Epidemiol Med. Biol* 2003;34:449.
24. Buggisch P, Petersen J, Urlea-Schön I, et al. High prevalence of chronic hepatitis C in 8009 patients with migration background living in Germany. *AASLD 2012 in Boston Hepatology* 2012;56: A768.
25. Tozun N, Ozdogan OC, Cakaloglu Y, et al. Nationwide prevalence study and risk factors for hepatitis A, B, C and D infections in Turkey. *Hepatology* 2010;52:697A.
26. Hatzakis A, Wait S, Bruix J, et al. The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference. *J Viral Hepatitis* 2011;18:1-16.
27. Balabanova Y, Gilsdorf A, Buda S, et al. Communicable diseases prioritized for surveillance and epidemiological research: results of a standardized prioritization procedure in Germany 2011. *PLoS ONE* 2011;6:e25691.
28. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The Diagnosis and Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. *Hepatology* 2012;142:1592-609.
29. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practical Guidelines: Management of Alcoholic Liver Disease. *J Hepatol* 2012;57:399-420.
30. Meier Y, Cavallaro M, Roos M, et al. Incidence of drug-induced liver injury in medical inpatients. *Eur J Clin Pharmacol* 2005;61:135-43.
31. Andrade RJ, Lucena MI, Fernández MC, et al. Drug-induced liver injury: an analysis of 461 incidences submitted to the Spanish registry over a 10-year period. *Gastroenterology* 2005;129:512-21.
32. Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, et al. AASLD Practice guidelines: Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis. *Hepatology* 2010;51:2193-213.

- | | |
|---|--|
| <p>33. Goessling WMJ, Massaro JM, Vasan RS, et al. Aminotranferase levels and 20-year risk of metabolic syndrome, diabetes, and cardiovascular disease. <i>Gastroenterology</i> 2008;135:1935-44.</p> | |
| <p>34. Schindhelm RK, Dekker JM, Nijpels G, et al. Alanine aminotranferase predicts coronary heart disease events: a 10-year follow-up of the Hoorn Study. <i>Atherosclerosis</i> 2007;191:391-6.</p> | |

B-6.2 Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der im Kapitel B-4.2 aufgeführten Institutionen / Organisationen – Kinder-RL

GKV-SV/KBV/KZBV, PatV Stand: 28.04.2016



**Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum
Beschlussentwurf**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung des Beschlusses zur
Neufassung der Richtlinie über die
Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis
zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-
Richtlinie): Regelungen über die Ausgestaltung
der Empfehlung von Leistungen zur
verhaltensbezogenen Prävention nach § 26
Absatz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V.
m. § 20 Absatz 5 SGB V
(Präventionsempfehlung)**

Stellungnehmer	Reihenfolge nach Eingang beim G-BA
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)	23.02.2016
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	25.02.2016
Bundeszahnärztekammer	25.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	25.02.2016
Bundesärztekammer	25.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	25.02.2016

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, den Beschluss vom 18. Juni 2015 zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie), wie folgt zu ändern:

I. In I. wird im § 1 Absatz 1 nach dem Satz 1 der folgende Satz 2 eingefügt:

Grundsätzliches Votum der Stellungnehmenden	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundeszahnärztekammer</p> <p>„Die Erhaltung von Zähnen ist ein wesentlicher Bestandteil der zahnärztlichen Tätigkeit. Unter Prophylaxe (Vorbeugung) werden im zahnärztlichen Bereich alle Maßnahmen zur Vorbeugung, Früherkennung und rechtzeitiger Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zur Wiederherstellung und Vermeidung der Krankheitsverschlechterung zusammengefasst. Dabei steht die Erhaltung oraler Strukturen im Vordergrund.</p> <p>Für den zahnärztlichen Bereich hatte die Weltgesundheitsorganisation WHO zusammen mit dem Weltzahnärzteverband FDI im Jahre 2003 die „Global Goals for Oral Health by the Year 2020“ definiert. Auf dieser Basis hat die Bundeszahnärztekammer 2004 eine aktualisierte Fassung ihrer bereits im Jahre 2000 erarbeiteten lokalen Mundgesundheitsziele veröffentlicht. Deutschland war damals das erste Land, das die neuen internationalen Zieleempfehlungen von WHO und FDI auf die Besonderheiten der nationalen Ebene angepasst hatte. 2012 hat die BZÄK ihre Fassung von 2004 noch einmal grundlegend überarbeitet und auf Basis neuerer wissenschaftlicher Studien (DMS IV des IDZ, epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe der DAJ) und Erkenntnisse für 2020 angepasst.</p> <p>Das zusammengefasste Ziel für 2020 liegt darin, die Mundgesundheit weiter zu fördern und die Auswirkungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen auf die Allgemeingesundheit und auf psychosoziale Entwicklungen zu reduzieren. Dabei ist ein zielgruppenspezifischer Zugang insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der sogenannten Risikogruppen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu wählen. Mundgesundheitsziele sind somit immer präventiv ausgerichtet.</p> <p>Vor diesem Hintergrund stimmt die Bundeszahnärztekammer der Neufassung dieser Richtlinie zu und weist lediglich darauf hin, dass bei der Umsetzung ihre Praxistauglichkeit geprüft werden müsste, um keinen unnötigen Bürokratieaufwand zu erzeugen.“</p>	<p>GKV-SV/KBV/KZBV/Patientenvertretung (PatV):</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p>
<p>DGKJ</p> <p>„Die DGKJ setzt sich seit vielen Jahren für die Stärkung eines mehr präventiven Ansatzes bei den Früherkennungsuntersuchungen ein. Angesichts der vorgesehenen Regelung sind wir aber</p>	<p>GKV-SV/KBV/KZBV:</p> <p>Hinsichtlich Angebot und Organisation der Durchführung der primärpräventiven Maßnahmen</p>

<p>skeptisch, ob dieses Ziel tatsächlich erreicht wird.</p> <p>Denn von ärztlicher Seite wird bei der Präventionsempfehlung ein Auftrag an die Krankenkassen delegiert, den zunächst einmal der Versicherte bzw. seine Eltern einholen (sich organisieren) müssen; zusätzlich ist nicht klar, wie der Auftrag – in welcher Weise qualifiziert – dem Kind/Jugendlichen/Eltern angeboten wird. Wir fürchten, dass die Krankenkassen hier standardisierte Angebote vorhalten, die nicht ausreichend auf die individuelle Situation des Versicherten bzw. seiner Eltern eingehen.</p> <p>Auch wenn dies hier nicht die richtige Stelle ist, möchten wir daran appellieren, dass hierfür nur Angebote, die zumindest eine empirische Evidenz für einen (positiven) Wirkungsnachweis haben, die zudem von qualifizierten kompetenten Therapeuten erbracht werden, in Frage kommen sollten.</p> <p>Wünschenswert wäre für einen nachhaltigen Präventionsansatz, dass der Aussteller einer Präventionsempfehlung am Ende der Maßnahme eine Information erhalten sollte, was mit dem Patienten unternommen wurde.“</p>	<p>nach § 20 Abs. 5 SGB V hat der G-BA keine Regelungskompetenz.</p> <p>PatV begrüßt den Hinweis und verweist darauf, dass der G-BA nach §§ 25 und 26 den Auftrag hat, die Zuweisung zu primärpräventiven Angeboten durch Präventionsempfehlungen auszugestalten. Die Befürchtung der DGKJ, dass ohne die Ausgestaltung das Ziel der präventiven Orientierung durch standardisierte und kassenunterschiedliche Angebote verfehlt wird, ist nachvollziehbar.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Die Bundesärztekammer begrüßt die mit dem Präventionsgesetz vorgenommene Stärkung der ärztlichen Prävention. In diesem Sinne hat sich auch der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ausgesprochen (s. 117. DÄT, Drucksachen II-01, II-02). Die durch das Gesetz neu in das SGB V aufgenommene Präventionsempfehlung kann ein Element für die Entwicklung eines ärztlichen Präventionsmanagements darstellen.</p> <p>In der vom Präventionsgesetz festgelegten Form erfüllt die ärztliche Präventionsempfehlung insbesondere zwei Funktionen:</p> <p>a) Sie informiert die Krankenkasse über die ärztliche Empfehlung, für ihre/n Versicherte/n Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention bereitzustellen. Diese ist von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über solche Leistungen zu berücksichtigen (s. § 20 Abs. 5 SGB V).</p> <p>b) Nach § 25 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 SGB V richtet sich die Präventionsempfehlung zu-dem an den/die Versicherte/n. Gemäß § 25 Abs. 1 SGB V informiert sie den/die Versicherte/n „über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e.V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer</p>	<p>GKV-SV/KBV/KZBV:</p> <p>Die Ausführungen des Stellungnehmers werden zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p> <p>PatV:</p> <p>Die Ausführungen des Stellungnehmers werden zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus Änderungsbedarf hinsichtlich einer Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.</p> <p>Um die durch das Gesetz neu in das SGB V aufgenommene Präventionsempfehlung als Element für die Entwicklung eines ärztlichen Präventionsmanagements zu profilieren, muss die RL nach Meinung der PatV das Verfahren ausführlich darstellen.</p> <p>Diese beinhaltet, der BÄK-SN folgend, auch einen stringenten Verweis auf</p> <p>1. Zertifizierung gemäß § 20 (2) 2. Satz,</p>

<p>ausgewogenen Ernährung.“</p> <p>Damit die Präventionsempfehlung sinnvoll in eine primärpräventive Beratung und Begleitung des/der Versicherten durch den Arzt/die Ärztin eingebunden werden kann, sollte sie sich nicht nur auf die Zuweisung zu standardisierten Kursangeboten beschränken, sondern auch die Möglichkeit eröffnen, dem/der Versicherten individuelle Hinweise zu einer Verhaltensänderung zu geben und deren Erfolg im weiteren Verlauf zu beobachten.“</p>	<p>2. Internet-Domain mit Übersicht aller Angebote, die veröffentlicht werden muss gemäß § 20 (2) 3. Satz.</p> <p>KBV/PatV: Durch das zusätzliche Feld „Sonstiges“ oder „Hinweise des Arztes“ ist dies nicht ausgeschlossen.</p> <p>GKV-SV: Mit der Neustrukturierung der Kinder-RL wird die primärpräventive Beratung aufgenommen.</p>
<p>DGSMP</p> <p>„zu 1 Zielsetzung</p> <p>Abs. 1, neben den Kindern/Jugendlichen sind auch die Personensorgeberechtigten als Adressaten aufzunehmen.“</p>	<p>GKV-SV/KBV: Der G-BA geht bei der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie davon aus, dass der Adressat nicht der Personensorgeberechtigte ist.</p> <p>PatV: Nach SGB V, § 26 können auch Personensorgeberechtigte Adressaten der Präventionsempfehlung sein. In der Gesetzesbegründung wird dies ausführlich erläutert.</p> <p>Dies sollte in Richtlinie und Formblatt aufgenommen werden, weil es in der Praxis Problem aufwirft. Insbesondere sollte in diesem Rahmen geklärt werden, auf wen sich die „Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz“ bezieht. Dies sind Leistungen, die auf der Krankenkassenkarte des Kindes abgerechnet werden, und nicht auf der Kassenkarte der Eltern. – Diese Frage ist strittig, weil sie auch dazu führen kann, dass gemäß § 26 ein privat versichertes Elternteil Präventionsleistungen zur gesundheitlichen Elternkompetenz über die GKV finanziert bekommen kann. Gerade wegen dieser Unklarheit</p>

	bedarf es einer Regelung durch den GBA.
--	---

„Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„1. Wir sind geneigt, der Position von GKV-SV/KBV zu folgen, und plädieren dafür, die Präventionsempfehlung in den bestehenden Richtlinien einzuarbeiten. Diese Lösung könnte sich allerdings nachteilig in der Hinsicht erweisen, als dass Ärztinnen und Ärzte meinen, sie könnten eine Präventionsempfehlung nur im Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung ausstellen. Daher würden wir zumindest dafür plädieren, die neue Textpassage in der Kinder-Richtlinie in Punkt I. mit dem ff. unterstrichenen Satz zu ergänzen:</p> <p>„... die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. <u>Sie kann auch im Rahmen eines kurativen Arztkontaktes ausgestellt werden.</u>“</p> <p>Diese Ergänzung sollte an passender Stelle auch in die Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung Eingang finden.“</p>	<p>GKV-SV/KBV/KZBV:</p> <p>Im Übrigen kann die Präventionsempfehlung im Rahmen einer sonstigen ärztlichen Untersuchung ausgestellt werden.</p> <p>Die Tragenden Gründe werden um einen entsprechenden Hinweis auf die Gesetzesgrundlage ergänzt.</p> <p>PatV:</p> <p>Der Vorschlag sollte in die Richtlinie sowie auf dem Formblatt aufgenommen werden.</p>

II. In I. wird im § 58 Absatz 1 nach dem Satz 3 der folgende Satz 4 angefügt:

„Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 1a.“

III. In I. wird nach Anlage 1 folgende Anlage 1a angefügt:

„Formular Präventionsempfehlung
 Krankenkasse bzw. Kostenträger
 Name, Vorname des Versicherten
 geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen

Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegung

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Position zusätzlich KBV:

Sonstiges

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„2. Zu Punkt III. der Kinder-Richtlinie und Punkt VIII der RL zur Jugendgesundheitsuntersuchung würden wir die Position der KBV stützen wollen und neben Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum auch einen Punkt „Sonstiges“ als Auswahlmöglichkeit mit Textfeld aufnehmen wollen, um mehr Flexibilität zu ermöglichen.“</p> <p>„3. Aus unserer Sicht sollte das Formular für die ärztliche Präventionsempfehlung unbedingt die Möglichkeit bieten, anzugeben, für wen die Präventionsmaßnahme ausgestellt wird, für den kleinen Patienten oder seine Eltern/Sorgeberechtigten. Dies gilt insbesondere für die Kinder-Richtlinie. Hierfür ist im derzeitigen Entwurf nichts vorgesehen.“</p>	<p>KBV:</p> <p>Die Stellungnahme wird begrüßt.</p> <p>GKV-SV/KBV/KZBV:</p> <p>Dieser Hinweis ist in dem Richtlinien-Entwurf unter I. geregelt. Eine Präzisierung an wen sich die Empfehlung richtet, kann über das Hinweis-Feld erfolgen.</p> <p>PatV:</p> <p>Dies sollte aufgenommen werden, weil es in der Praxis Problem aufwirft. Insbesondere sollte in diesem Rahmen geklärt werden, auf wen sich die „Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz“ bezieht, nämlich dass dies Leistungen sind, die auf der Krankenkassenkarte des Kindes abgerechnet werden, und nicht auf der</p>

	<p>Kassenkarte der Eltern. – Diese Frage ist nämlich durchaus strittig, weil sie auch dazu führen kann, dass gemäß § 26 ein privat versichertes Elternteil Präventionsleistungen zur gesundheitlichen Elternkompetenz über die GKV finanziert bekommen kann.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„...Deshalb wird die Aufnahme einer zusätzlichen Kategorie „Sonstiges“ – wie von KBV und Patientenvertretung vorgeschlagen – begrüßt. Diese sollte zudem ausreichend Raum für individualisierte Hinweise zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und zur Verlaufsbeobachtung bieten.“</p>	<p>KBV/PatV: Die Stellungnahme wird begrüßt.</p>
<p>DGSMP</p> <p>„Die DGSMP empfiehlt dringend die Erweiterung der vier Handlungsfelder, ergänzt um „Sonstiges“. Wesentlich ist die Verwendung korrekter und allgemeinverständlicher Begriffe. In diesem Sinn ist die Umformulierung von „Suchtmittelkonsum“ in „Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln“ (PrävE-RL) zu begrüßen.“</p> <p>„...Stressmanagement“ kann bei Jugendlichen sowie bei Personensorgeberechtigten angezeigt sein. Für Kinder wird dieser Begriff in der Literatur nur sehr selten verwendet. Die Handlungsfelder sollten deshalb ergänzt werden um „Stärkung der Lebenskompetenz“ und – in Ergänzung oder alternativ dazu – das Handlungsfeld „Förderung/Stärkung der psychischen Gesundheit“ genannt werden.</p> <p>Die Handlungsfelder sind sehr allgemein formuliert und geben nur den Rahmen. Die</p>	<p>KBV: Die Formulierung entspricht der Textierung des Handlungsfeldes im Leitfaden Prävention des GKV-SV.</p> <p>PatV: Der Hinweis wird begrüßt und sollte berücksichtigt werden, sowohl hinsichtlich der gebotenen Erweiterung, als auch insbesondere hinsichtlich der Neuformulierung des Begriffs „Suchtmittelkonsum“. Die entsprechende Bezeichnung obliegt ausschließlich dem GBA, der anbieter- bzw. expertenorientierte Begriff des „Suchtmittelkonsums“ sollte dem Versicherten gegenüber nicht verwendet werden, und wird auch ggf. in der Praxis kaum Verwendung finden.</p> <p>GKV-SV/KBV: Inhaltliche Änderungen der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>GKV-SV/KBV:</p>

<p>DGSMP hält zur Konkretisierung eine spezifische Empfehlung für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigten für erforderlich und schlägt hierzu ein Feld für die von der Ärztin/dem Arzt zu formulierenden Empfehlungen vor.</p> <p>Die Empfehlungen sollten so klar und alltagsorientiert wie möglich erfolgen. Die DGSMP schlägt vor, das Formular Präventionsempfehlung mit dem „grünen Rezept“ zu koppeln und die Möglichkeit alltagsintegrierende Empfehlungen der Ärztin/des Arztes mit aufzunehmen (Bsp. „täglich Treppen statt Fahrstuhl benutzen“, „täglich den angebotenen Walkingbus benutzen“).</p> <p>Generell sollten die Ärzte in einem Katalog beispielhafte Anregungen zu den Empfehlungen erhalten. Als erforderlich werden auch Angebote angesehen, die über die derzeitigen Maßnahmen der GKV hinausgehen.</p> <p>Für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigte wird ein ergänzendes Informationsblatt in leicht verständlicher Sprache als notwendig erachtet. Für Personen mit Migrationshintergrund sollte dieses in ihrer Landessprache zur Verfügung stehen. Eine ausschließlich webbasierte Information wird nicht als hinreichend erachtet.</p> <p>Sowohl das Formular Präventionsempfehlung als auch das ergänzende Informationsblatt sollten vor Einführung einer Nutzertesting mit unterschiedlichen Zielgruppen unterzogen werden, um die Erreichbarkeit besonders vulnerabler Zielgruppen zu gewährleisten.</p> <p>Die DGSMP regt zur Identifikation passgenauer präventiver Angebote die Einrichtung einer niederschweligen Beratungsmöglichkeit jenseits der Arztpraxis an. Diese kann, unabhängig von einzelnen Krankenkassen, in der Kommune</p>	<p>Entsprechende Empfehlungen sind über das Freitextfeld möglich.</p> <p>GKV-SV/KBV: Eine Kopplung mit dem „grünen Rezept“ ist durch den Richtlinienentwurf nicht ausgeschlossen.</p> <p>PatV: Die Hinweise sollten gemäß Verfo zur weiteren Beratung an die AG Kinder und die AG GU weitergeleitet werden.</p> <p>GKV-SV/KBV: Die inhaltliche Ausgestaltung der JGU-RL und des Leitfadens Prävention des GKV-SV sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>GKV-SV/KBV: Die inhaltliche Ausgestaltung der Präventionsmaßnahmen gemäß § 20 Abs. 5 SGB liegt nicht im Regelungsbereich des G-BA.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden</p> <p>PatV: Der Hinweis der Nutzertesting ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden</p> <p>GKV-SV/KBV: Die Einrichtung von niedrigschweligen Beratungsmöglichkeiten ist nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p>
---	---

<p>angesiedelt sein, wo bereits eine Vernetzung mit aufgebauten Strukturen der Frühen Hilfen gegeben ist.</p>	<p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden. Insb. korrespondiert er mit dem neuen ärztlichen Aufträgen nach §§ 24d und 26, den Versicherten Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote zu geben.</p>
<p>Wann eine wohnortferne Erbringung angezeigt ist, sollte für die Ärzte mit Beispielen unterlegt werden, z.B. Herausnahme aus der peer-group, Einbezug eines vulnerablen Personensorgeberechtigten.</p>	<p>GKV-SV/KBV: Ggf. kann ein entsprechender Hinweis im Freitextfeld erfolgen. PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Die RL sollte Hinweise auf die Bedingungen wohnortferner Erbringung beinhalten, denn die entsprechende Entscheidung obliegt nicht der Krankenkasse, sondern ist ausweislich der Änderung durch das PräVG heißt im § 23 (2): Wohnortferne Erbringung : „oder können sie wegen anderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“ Auftrag zur Ausgestaltung der PräVE durch den GBA.</p>
<p>Die DGSMP gibt zu bedenken, die präventiven Empfehlungen bei Bedarf auch auf die Personensorgeberechtigungen zu erweitern. Prinzipiell ist bei den U-Untersuchungen zu überlegen, ob diese zu ausgewählten Zeitpunkten nicht um den Einbezug der Personensorgeberechtigten ergänzt werden sollten, z.B. zur Identifikation postpartaler Depression mit nachfolgender Einleitung therapeutischer Unterstützung.</p>	<p>GKV-SV/KBV: Der G-BA geht bei der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie davon aus, dass der Adressat nicht der Personensorgeberechtigte ist. PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen und bildet die gesetzliche Neuregelung ab. Diese muss in der RL zum Ausdruck kommen.</p>
<p>Insgesamt sollten die Präventionsempfehlungen bundesweit und regional auswertbar sein."</p>	<p>GKV-SV/KBV: Aufgrund von datenschutzrechtlichen Problemen (Einwilligung notwendig) wird von einer Auswertung abgesehen. PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Eine bundesweite und regionale Auswertung sollte auch für den GBA erfolgen. Die entsprechenden Daten liegen bei den Krankenkassen ohnehin vor und werden für den Präventionsbericht der GKV bzw.</p>

	zukünftigen für den Nationalen Präventionsbericht nach § 20d (4) ohnehin vorgehalten.
--	---

Position zusätzlich GKV-SV:
Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Bei einer Aufnahme des vom GKV-SV vorgeschlagenen Satzes „Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen“ ist sicherzustellen, dass den Versicherten über ihre Krankenkasse tatsächlich eine umfassende Information über alle geprüften und anerkannten Präventionsangebote zur Verfügung gestellt wird – sich diese also nicht nur auf die Kursangebote beschränkt, die von der jeweiligen Krankenkasse selber angeboten werden.“</p>	<p>GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Der gesetzliche Auftrag zur Veröffentlichung aller zertifizierten Angebote gemäß §20 SGB V sollte an dieser Stelle mit Domain-Adresse aufgenommen werden.</p>

Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
Vertragsarztstempel und Unterschrift

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Mögliche haftungsrechtliche Implikationen einer vom Arzt/von der Ärztin ausgestellten Präventionsempfehlung sind zu prüfen und ggfs. auf dem Vordruck mit zu berücksichtigen.</p> <p>Die Empfehlung sollte darüber hinaus ein Freifeld vorsehen, in dem der Arzt/die Ärztin die Möglichkeit hat, dem/der Versicherten weitere Hinweise, z. B. zur Durchführung und Dosierung der empfohlenen primärpräventiven Maßnahmen und zu ggfs. bestehenden Kontraindikationen, zu geben.</p>	<p>GKV-SV/KBV/KZBV/PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Das Freitextfeld ist vorgesehen.</p>

<p>Diese ergänzenden Informationen sollten sich jedoch ausschließlich an den/die Versicherte/n richten, der/die selber entscheidet, ob er sie dem/der Übungsgruppenleiter/in zur entsprechenden Ausgestaltung der Maßnahme vorlegen möchte."</p>	
--	--

Position zusätzlich GKV-SV:
 Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung
 Informationen für die Versicherten:
 Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren. Diese Präventionsempfehlung können Sie auch an Ihre Krankenkasse weiterleiten, damit diese Sie anhand der Hinweise der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes über geeignete Leistungen der Primärprävention informieren kann.
 Einwilligung zur Datennutzung
 Hinweis: Bitte unterschreiben Sie die Einwilligung zur Datennutzung bevor Sie die Präventionsempfehlung an Ihre Krankenkasse weiterleiten.

 Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass die hier erhobenen Daten von meiner Krankenkasse für die Empfehlung einer verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahme und Prüfung der Fördervoraussetzungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.
 Diese Einwilligung kann ich schriftlich jederzeit widerrufen. Dies kann beispielsweise durch E-Mail, Fax oder Brief an meine Krankenkasse geschehen.
 Ort, Datum Unterschrift des Versicherten"

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit „Aus den vorgelegten Beschlussentwürfen ist zu entnehmen, dass dissente Positionen dazu bestehen, ob der Vordruck, der für die in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilte Präventionsempfehlung (§ 25 Absatz 1 Satz 3 SGB V) erforderlich ist, auch die Möglichkeit vorsehen soll, dass auf ihm Versicherte ihre Einwilligung abgeben. Die Krankenkasse darf die sich aus einer Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen (§ 20 Absatz 5 Satz 3 SGB V).</p>	<p>GKV-SV: Das Feld „Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung“ wird gestrichen.</p>

Aufgabe es Gemeinsamen Bundesausschuss ist es, erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung zu regeln (§ 25 Absatz 4 Satz SGB V).

Da die erforderliche schriftliche Einwilligung des Versicherten gegenüber der Krankenkasse also erst erfolgen kann, nachdem der Versicherte zuvor von der Krankenkasse schriftlich informiert wurde, ist dieser unmittelbare Zusammenhang zwischen Information und Einwilligung nur dann gewährleistet und festgehalten, wenn der Einwilligende mit der Einwilligung bestätigt, dass er zuvor von der Krankenkasse schriftlich informiert wurde. Mit einer Einwilligung auf der vom Arzt erhaltenen Präventionsempfehlung (so die derzeitigen Entwürfe als Anlagen 1 bis 3 zum Bezugsschreiben) ist dies aber nicht gewährleistet. Bei diesen Entwürfen ist die Einwilligung zudem nach der Unterschrift des Arztes auf demselben Vordruck vorgesehen, ohne dass für die Versicherten damit zweifelsfrei deutlich würde, dass sie die Einwilligung gegenüber der Krankenkasse abzugeben haben. Vielmehr könnte für die Versicherten der Eindruck entstehen, sie hätten die Einwilligung gegenüber dem Arzt abzugeben. Dies wird auch nicht dadurch zweifelsfreier, dass im letzten Satz auf den möglichen Widerruf gegenüber der Krankenkasse hingewiesen wird (vgl. § 20 Absatz 5 Satz 4 SGB V). Zudem lässt die Formulierung „Information für die Versicherten: Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Förderungsvoraussetzungen informieren“ außer Acht, dass nach den gesetzlichen Regelungen die Krankenkasse den Versicherten schriftlich zu informieren hat (insgesamt dazu Bundestags-Drucksache 18/5261 vom 17. Juni 2015, Seite 53).

Im Übrigen ergibt sich aufgrund der gesetzlichen Unterscheidung zwischen den Regelungen zur gegenüber den Krankenkassen abzugebenden Einwilligung einerseits und der „Ausgestaltung der Präventionsempfehlung“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss andererseits, dass letztere Aufgabe nicht die Ausgestaltung der Einwilligung umfasst.

<p>Der Verzicht auf die Möglichkeit, auf dem Vordruck für eine Präventionsempfehlung eine Einwilligung abgeben zu können, verbietet es aber aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht, auf diesem Vordruck Hinweise an den Versicherten zum weiteren Verfahren aufzunehmen."</p>	
<p>Bundesärztekammer „Insofern sollten entsprechende zusätzliche ärztliche Hinweise nicht Gegenstand der vom GKV-SV vorgesehenen Datenfreigabe gegenüber der Krankenkasse sein. Die durch das Präventionsgesetz neu in das SGB V aufgenommenen Regelungen des § 20 Abs. 5 zur Datennutzung durch die Krankenkasse beziehen sich ausschließlich auf personenbezogene Daten. Gesundheits- oder krankheitsbezogene Daten sollten hiervon ausgenommen bleiben.“</p>	<p>GKV-SV: Das Feld „Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung“ wird gestrichen.</p>

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
 gemäß § 91 SGB V
 Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-6.3 Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der im Kapitel B-4.3 aufgeführten Institutionen / Organisationen – JGU-RL

GKV-SV/KBV, PatV Stand: 28.04.2016



**Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum
Beschlussentwurf**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zur
Jugendgesundheitsuntersuchung: Regelungen
über die Ausgestaltung der Empfehlung von
Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention
nach § 26 Absatz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch
(SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V
(Präventionsempfehlung)**

Stellungnehmer	Reihenfolge nach Eingang beim G-BA
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)	23.02.2016
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	25.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	25.02.2016
Bundesärztekammer	25.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	25.02.2016

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung in der Fassung vom 26. Juni 1998 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998) zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (Bundesanzeiger, Nr. 133, S. 3 236), wie folgt zu ändern:

I. Der Titel der Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung („Jugendgesundheitsuntersuchungsrichtlinie“).“

Grundsätzliches Votum der Stellungnehmenden	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„Die DGKJ setzt sich seit vielen Jahren für die Stärkung eines mehr präventiven Ansatzes bei den Früherkennungsuntersuchungen ein.</p> <p>Angesichts der vorgesehenen Regelung sind wir aber skeptisch, ob dieses Ziel tatsächlich erreicht wird.</p> <p>Denn von ärztlicher Seite wird bei der Präventionsempfehlung ein Auftrag an die Krankenkassen delegiert, den zunächst einmal der Versicherte bzw. seine Eltern einholen (sich organisieren) müssen; zusätzlich ist nicht klar, wie der Auftrag – in welcher Weise qualifiziert – dem Kind/Jugendlichen/Eltern angeboten wird. Wir fürchten, dass die Krankenkassen hier standardisierte Angebote vorhalten, die nicht ausreichend auf die individuelle Situation des Versicherten bzw. seiner Eltern eingehen.</p> <p>Auch wenn dies hier nicht die richtige Stelle ist, möchten wir daran appellieren, dass hierfür nur Angebote, die zumindest eine empirische Evidenz für einen (positiven) Wirkungsnachweis haben, die zudem von qualifizierten kompetenten Therapeuten erbracht werden, in Frage kommen sollten.</p> <p>Wünschenswert wäre für einen nachhaltigen Präventionsansatz, dass der Aussteller einer Präventionsempfehlung am Ende der Maßnahme eine Information erhalten sollte, was mit dem Patienten unternommen wurde.“</p>	<p>GKV-SV/KBV:</p> <p>Hinsichtlich Angebot und Organisation der Durchführung der primärpräventiven Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V hat der G-BA keine Regelungskompetenz.</p> <p>Patientenvertretung (PatV) begrüßt den Hinweis und verweist darauf, dass der G-BA nach §§ 25 und 26 den Auftrag hat, die Zuweisung zu primärpräventiven Angeboten durch Präventionsempfehlungen auszugestalten. Die Befürchtung der DGKJ, dass ohne die Ausgestaltung das Ziel der präventiven Orientierung durch standardisierte und kassenunterschiedliche Angebote verfehlt wird, ist nachvollziehbar.</p>
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Die Bundesärztekammer begrüßt die mit dem Präventionsgesetz vorgenommene Stärkung der ärztlichen Prävention. In diesem Sinne hat sich auch der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ausgesprochen (s. 117. DÄT, Drucksachen II-01, II-02). Die durch das Gesetz neu in das SGB V aufgenommene Präventionsempfehlung kann ein Element für die Entwicklung eines ärztlichen Präventionsmanagements darstellen.</p> <p>In der vom Präventionsgesetz festgelegten Form erfüllt die ärztliche Präventionsempfehlung insbesondere zwei Funktionen:</p> <p>a) Sie informiert die Krankenkasse über die ärztliche Empfehlung, für ihre/n Versicherte/n Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention bereitzustellen. Diese ist von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über solche</p>	<p>GKV-SV/KBV:</p> <p>Die Ausführungen des Stellungnehmers werden zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p> <p>PatV:</p> <p>Die Ausführungen des Stellungnehmers werden zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus Änderungsbedarf hinsichtlich einer Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.</p> <p>Um die durch das Gesetz neu in</p>

<p>Leistungen zu berücksichtigen (s. § 20 Abs. 5 SGB V).</p> <p>b) Nach § 25 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 SGB V richtet sich die Präventionsempfehlung zudem an den/die Versicherte/n. Gemäß § 25 Abs. 1 SGB V informiert sie den/die Versicherte/n „über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e.V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“</p> <p>Damit die Präventionsempfehlung sinnvoll in eine primärpräventive Beratung und Begleitung des/der Versicherten durch den Arzt/die Ärztin eingebunden werden kann, sollte sie sich nicht nur auf die Zuweisung zu standardisierten Kursangeboten beschränken, sondern auch die Möglichkeit eröffnen, dem/der Versicherten individuelle Hinweise zu einer Verhaltensänderung zu geben und deren Erfolg im weiteren Verlauf zu beobachten.“</p>	<p>das SGB V aufgenommene Präventionsempfehlung als Element für die Entwicklung eines ärztlichen Präventionsmanagements zu profilieren, muss die RL nach Meinung der PatV das Verfahren ausführlich darstellen.</p> <p>Diese beinhaltet, der BÄK-SN folgend, auch einen stringenten Verweis auf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zertifizierung gemäß § 20 (2) 2. Satz, 2. Internet-Domain mit Übersicht aller Angebote, die veröffentlicht werden muss gemäß § 20 (2) 3. Satz <p>KBV/PatV: Durch das zusätzliche Feld „Sonstiges“ oder „Hinweise des Arztes“ ist dies nicht ausgeschlossen.</p> <p>GKV-SV: Die primärpräventive Beratung beruht gemäß aktueller JGU-RL auf dem individuellen Risikoprofil des Versicherten.</p>
--	---

II. In dem Nummer 1. „Zielsetzung“ vorangestellten Satz werden die Wörter „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGSMP</p> <p>„zu 1 Zielsetzung</p> <p>Abs. 1, neben den Kindern/Jugendlichen sind auch die Personensorgeberechtigten als Adressaten aufzunehmen.“</p>	<p>GKV-SV/KBV: Der G-BA geht bei der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie davon aus, dass der Adressat nicht der Personensorgeberechtigte ist.</p> <p>PatV: Nach SGB V, § 26 können auch Personensorgeberechtigte Adressaten der Präventionsempfehlung sein. In der Gesetzesbegründung wird dies ausführlich</p>

	<p>erläutert.</p> <p>Dies sollte in Richtlinie und Formblatt aufgenommen werden, weil es in der Praxis Problem aufwirft. Insbesondere sollte in diesem Rahmen geklärt werden, auf wen sich die „Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz“ bezieht. Dies sind Leistungen, die auf der Krankenkassenkarte des Kindes abgerechnet werden, und nicht auf der Kassenkarte der Eltern. – Diese Frage ist strittig, weil sie auch dazu führen kann, dass gemäß § 26 ein privat versichertes Elternteil Präventionsleistungen zur gesundheitlichen Elternkompetenz über die GKV finanziert bekommen kann. Gerade wegen dieser Unklarheit bedarf es einer Regelung durch den GBA.</p>
--	--

III. Die Nummer 6. „Inkrafttreten“ wird aufgehoben.

IV. In Nummer 1. „Zielsetzung“ Satz 4 wird nach dem Wort „aufzuklären“ folgender Halbsatz angefügt:

„und sofern dies medizinisch angezeigt ist, wird eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V ausgestellt.“

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„1. Wir sind geneigt, der Position von GKV-SV/KBV zu folgen, und plädieren dafür, die Präventionsempfehlung in den bestehenden Richtlinien einzuarbeiten. Diese Lösung könnte sich allerdings nachteilig in der Hinsicht erweisen, als dass Ärztinnen und Ärzte meinen, sie könnten eine Präventionsempfehlung nur im Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung ausstellen. Daher würden wir zumindest dafür plädieren, die neue Textpassage in der Kinder-Richtlinie in Punkt I. mit dem ff. unterstrichenen Satz zu ergänzen:</p> <p>„... die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. <u>Sie kann auch im Rahmen eines kurativen Arztkontaktes ausgestellt werden.</u>“</p> <p>Diese Ergänzung sollte an passender Stelle</p>	<p>GKV-SV/KBV:</p> <p>Im Übrigen kann die Präventionsempfehlung im Rahmen einer sonstigen ärztlichen Untersuchung ausgestellt werden.</p> <p>Die Tragenden Gründe werden um einen entsprechenden Hinweis auf die Gesetzesgrundlage ergänzt.</p> <p>PatV:</p> <p>Der Hinweis sollte aufgegriffen und explizit auf dem Formblatt der Präventionsempfehlung ergänzt werden.</p>

auch in die Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung Eingang finden."	
---	--

V. In Nummer 3. „Zielkrankheiten und Vorgehen“ wird in Absatz 5 nach Satz 2 folgender Satz angefügt:

„Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“

VI. Nummer 5. „Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt geändert:

1. Nach dem Spiegelstrich 2 wird folgender Spiegelstrich 3 eingefügt:

„Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.“

2. Die bisherigen Spiegelstriche 3 und 4 werden die Spiegelstriche 4 und 5.

VII. Die Anlage wird zu Anlage 1.

VIII. Nach der neuen Anlage 1 wird folgende Anlage 2 angefügt:

„Formular Präventionsempfehlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen

Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegung

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Position zusätzlich KBV:

Sonstiges

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGSP</p> <p>„1. zum Spiegelstrich „Bewegung“: Die o.g. Aufteilung orientiert sich an den Präventionskursen bzw. verfolgen den individuellen Ansatz wie auch im Präventionsleitfaden des GKV-SV (Fassung vom 10.12.2014; S. 42ff.). Die Trennung der Bereiche „Herz-Kreislauf“, „Muskel- Skelettsystem“ sowie „Koordination und motorische Fähigkeiten“ sowie die Umfänge von 8 bis 12 Einheiten, die finanziert werden, sind künstlich vollzogen und reichen – zumindest nach der aktuellen Evidenzlage – nicht ausreichend, um dem Patienten/der Patientin den – auch im Leitfaden aufgeführten – Nutzen zu bringen. Darüber hinaus ist die im Leitfaden aufgeführte Literatur größtenteils veraltet (z.B. Blair et al. 2000; Dickhuth 2000) und berücksichtigt die aktuell vorliegenden Bewegungsempfehlungen kaum. So erfolgt derzeit eine Zusammenstellung von Bewegungsempfehlungen für Deutschland, die sich – wie auch weltweit zahlreiche andere – an den internationalen orientieren, diese basieren jedoch wieder in ihrer Erstellung auf der verfügbaren Evidenz (s. zur Orientierung Anlage 1; im Kontext der Adipositas liegen die Empfehlungen deutlich höher; Swift et al. 2014). Hinzu kommt, dass eine Vielzahl von Patienten und Patientinnen nicht in Kursen trainieren können/möchten, sondern eigenständig (z.B. in Laufgruppen; Schwimmen, Fitnessstudios besuchen möchten). Diese Gruppe wird in der aktuellen Vorlage nicht berücksichtigt; auch die Empfehlung von Alltagsaktivitäten wird nicht dokumentiert. Wir möchten daher vorschlagen, dass ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt auch Bewegungs-/Präventionsempfehlungen für diese Gruppe gegeben werden können, die Hinweise auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Frequenz (Häufigkeit pro Woche), • die Dauer (min/Einheit), • die Intensität (z.B. Herzfrequenz/Atmung oder Talktest/Borgskala) <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art der Trainings sowie 	<p>GKV-SV/KBV:</p> <p>Hinsichtlich Angebot und Organisation der Durchführung der primärpräventiven Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V hat der G-BA keine Regelungskompetenz.</p> <p>PatV:</p> <p>Der Hinweis wird begrüßt. Durch die Neuregelung der Präventionsempfehlung wird der GBA beauftragt, die hier skizzierte Zuweisung vorzustrukturieren. Eine Delegation an den GKV-SV nach § 20 Abs. 5 SGB V unterläuft diesen Regelungsauftrag.</p>

• Alltagsaktivitäten (z.B. Schritte/Tag) und Reduktion von vermeidbaren Sitzzeiten enthalten.

Im weiteren Sinn gilt dies auch für die Bewegungsempfehlungen im Kontext Jugendgesundheitsuntersuchung.

Anlage 1

Bewegungsempfehlungen (s.a. Literaturliste/Anlage 2)

• Ziel -> Steigerung der Alltagsaktivität, z.B. 10.000 Schritte am Tag.

• Um chronischen Erkrankungen vorzubeugen & zusätzlich zu den gewohnten Aktivitäten mindestens 30 min in moderater Intensität in Alltag und Freizeit an den meisten Tagen der Woche aktiv werden, mindestens aber an 5 Tagen/Woche. Dies kann aber in 10 Minuten Einheiten absolviert werden. Insgesamt werden 150 Minuten Bewegungszeit empfohlen

• Ziel & Steigerung der körperlichen Fitness durch ein adäquates Ausdauertraining, kombiniert mit Stretching zu Steigerung der Flexibilität und Koordination und angemessenem Krafttraining zur Verbesserung der Muskelkraft

• Das Ausdauertraining sollte an mindestens 5 Tagen pro Woche stattfinden bei 55%–90% der maximalen Herzfrequenz bzw. Borgskala 12 bis 16; z.B. als Walking oder Radfahren Dauer ca. 30 bis 60 Minuten

• Ein Krafttraining der großen Muskelgruppen sollte 2 bis 3x/Woche bei 50%–80% des One-Repetition-Maximum bzw. Borg 12–16 durchgeführt werden. Empfohlen werden 1 bis 3 Durchgänge mit 8 bis 15 Wiederholungen pro Übung; Dauer 30 bis 45 Minuten.

• Ein höherer gesundheitlicher Nutzen ergibt sich aus einer Steigerung der Dauer und/oder der Intensität

• Reduktion unnötiger Sitz- und Liegezeiten, insbesondere der Bildschirmmedien

Anlage 2: Ausgewählte Literatur

• Brown WJ, Bauman AE, Bull FC, Burton NW. Development of Evidence-based Physical Activity Recommendations for Adults (18-64 years). Report prepared for the Australian Government Department of Health (2012).

• Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325(7362): 472ff.

• Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, Nieman DC, Swain DP; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2011; 43(7):1334ff.

• Koch K, Gehrmann U, Sawicki P. Primärärztliche

<p>Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich Dtsch Arztebl 2007; 104; (38) A 2584ff.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moral RR et al. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. Health Expect. 2014;17(5):683ff. • Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syväne M, Scholte Op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F, Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice; European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation: European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2012; 33(13): 1635ff. • Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. Nutr Rev. 2009; 67(2):114-20. • Physical Activity Guidelines in the UK: Review and Recommendations. Technical Report (2010). • Swift DL, Johannsen NM, Lavie CJ, Earnest CP, Church TS: The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. Prog Cardiovasc Dis. 2014; 56(4):441ff • Warburton DER, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SSD (2010): A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. Int J Behav Nutr Phys Act 2010; 7(1): 39ff. <p>2. Die Beratung wiederum hinsichtlich eines gesunden Lebensstils braucht Zeit, v.a. wenn auch Personengruppen besonders angesprochen werden sollen, die möglicherweise einen höheren Beratungs- und/oder Präventionsbedarf haben, z.B. Migranten und Migrantinnen. Unklar bleibt, wie das in der Praxis aufgebracht werden soll. So haben Studien gezeigt, dass die durchschnittliche Dauer eines Arzt-Patienten-Gesprächs in Deutschland ca. 7 bis 8 Minuten beträgt (Deveugele et al. 2002; Koch et al. 2007). Bereits die Erfassung der sportlichen/freizeitlichen Anamnese, insbesondere die Detektion möglicher Barrieren und motivationaler Faktoren dauert in der Regel länger – v.a. bei den genannten Gruppen; insbesondere wenn – wie im Entwurf vorgesehen – die Partizipation und Empowerment des Patienten/der Patientin im Vordergrund</p>	<p>GKV-SV/KBV: Der Hinweis des Stellungnehmers wird zur Kenntnis genommen. Inhaltliche Änderungen und Finanzierung der Leistungen sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens. PatV: Der Hinweis wird begrüßt. Die Ausgestaltung der präventiven Beratung ist durch den Regelungsauftrag der Präventionsempfehlung eingeschlossen.</p>
---	---

<p>stehen. Allerdings haben auch hier Studien gezeigt, dass die Partizipation im Arzt-Patienten-Gespräch gewünscht ist, aber zu kurz kommt (Moral et al. 2014)."</p>	
<p>DGKJ „2. Zu Punkt III. der Kinder-Richtlinie und Punkt VIII der RL zur Jugendgesundheitsuntersuchung würden wir die Position der KBV stützen wollen und neben Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum auch einen Punkt „Sonstiges“ als Auswahlmöglichkeit mit Textfeld aufnehmen wollen, um mehr Flexibilität zu ermöglichen.“</p>	<p>KBV/PatV: Die Stellungnahme wird begrüßt.</p>
<p>Bundesärztekammer „...Deshalb wird die Aufnahme einer zusätzlichen Kategorie „Sonstiges“ – wie von KBV und Patientenvertretung vorgeschlagen – begrüßt. Diese sollte zudem ausreichend Raum für individualisierte Hinweise zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und zur Verlaufsbeobachtung bieten.“</p>	<p>KBV/PatV: Die Stellungnahme wird begrüßt.</p>
<p>DGSMP „Die DGSMP empfiehlt dringend die Erweiterung der vier Handlungsfelder, ergänzt um „Sonstiges“. Wesentlich ist die Verwendung korrekter und allgemeinverständlicher Begriffe. In diesem Sinn ist die Umformulierung von „Suchtmittelkonsum“ in „Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln“ (PrävE-RL) zu begrüßen.“</p> <p>„„Stressmanagement“ kann bei Jugendlichen sowie bei Personensorgeberechtigten angezeigt sein. Für Kinder wird dieser Begriff in der Literatur nur sehr selten verwendet. Die</p>	<p>KBV: Die Formulierung entspricht der Textierung des Handlungsfeldes im Leitfaden Prävention des GKV-SV.</p> <p>PatV: Der Hinweis wird begrüßt und sollte berücksichtigt werden, sowohl hinsichtlich der gebotenen Erweiterung, als auch insbesondere hinsichtlich der Neuformulierung des Begriffs „Suchtmittelkonsum“. Die entsprechende Bezeichnung obliegt ausschließlich dem GBA, der anbieter- bzw. expertenorientierte Begriff des „Suchtmittelkonsums“ sollte dem Versicherten gegenüber nicht verwendet werden, und wird auch ggf. in der Praxis kaum Verwendung finden.</p> <p>GKV-SV/KBV: Inhaltliche Änderungen der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie sind nicht Gegenstand dieses</p>

<p>Handlungsfelder sollten deshalb ergänzt werden um „Stärkung der Lebenskompetenz“ und – in Ergänzung oder alternativ dazu – das Handlungsfeld „Förderung/Stärkung der psychischen Gesundheit“ genannt werden.</p> <p>Die Handlungsfelder sind sehr allgemein formuliert und geben nur den Rahmen. Die DGSMP hält zur Konkretisierung eine spezifische Empfehlung für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigten für erforderlich und schlägt hierzu ein Feld für die von der Ärztin/dem Arzt zu formulierenden Empfehlungen vor.</p> <p>Die Empfehlungen sollten so klar und alltagsorientiert wie möglich erfolgen. Die DGSMP schlägt vor, das Formular Präventionsempfehlung mit dem „grünen Rezept“ zu koppeln und die Möglichkeit alltagsintegrierende Empfehlungen der Ärztin/des Arztes mit aufzunehmen (Bsp. „täglich Treppen statt Fahrstuhl benutzen“, „täglich den angebotenen Walkingbus benutzen“).</p> <p>Generell sollten die Ärzte in einem Katalog beispielhafte Anregungen zu den Empfehlungen erhalten. Als erforderlich werden auch Angebote angesehen, die über die derzeitigen Maßnahmen der GKV hinausgehen.</p> <p>Für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigte wird ein ergänzendes Informationsblatt in leicht verständlicher Sprache als notwendig erachtet. Für Personen mit Migrationshintergrund sollte dieses in ihrer Landessprache zur Verfügung stehen. Eine ausschließlich webbasierte Information wird nicht als hinreichend erachtet.</p> <p>Sowohl das Formular Präventionsempfehlung als auch das zu ergänzende Informationsblatt sollten vor Einführung einer Nutzertesting mit unterschiedlichen Zielgruppen unterzogen werden, um die Erreichbarkeit besonders</p>	<p>Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>GKV-SV/KBV: Entsprechende Empfehlungen sind über das Freitextfeld möglich.</p> <p>GKV-SV/KBV: Eine Kopplung mit dem „grünen Rezept“ ist durch den Richtlinienentwurf nicht ausgeschlossen.</p> <p>PatV: Die Hinweise sollten gemäß VerFO zur weiteren Beratung an die AG Kinder und die AG GU weitergeleitet werden.</p> <p>GKV-SV/KBV: Die inhaltliche Ausgestaltung der JGU-RL und des Leitfadens Prävention des GKV-SV sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>GKV-SV/KBV: Die inhaltliche Ausgestaltung der Präventionsmaßnahmen gemäß § 20 Abs. 5 SGB liegt nicht im Regelungsbereich des G-BA.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräV und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräV berücksichtigt werden</p> <p>PatV: Der Hinweis der Nutzertesting ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräV und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräV berücksichtigt werden</p>
--	--

<p>vulnerabler Zielgruppen zu gewährleisten.</p> <p>Die DGSMP regt zur Identifikation passgenauer präventiver Angebote die Einrichtung einer niederschweligen Beratungsmöglichkeit jenseits der Arztpraxis an. Diese kann, unabhängig von einzelnen Krankenkassen, in der Kommune angesiedelt sein, wo bereits eine Vernetzung mit aufgebauten Strukturen der Frühen Hilfen gegeben ist.</p> <p>Wann eine wohnortferne Erbringung angezeigt ist, sollte für die Ärzte mit Beispielen unterlegt werden, z.B. Herausnahme aus der peer-group, Einbezug eines vulnerablen Personensorgeberechtigten.</p> <p>Die DGSMP gibt zu bedenken, die präventiven Empfehlungen bei Bedarf auch auf die Personensorgeberechtigungen zu erweitern. Prinzipiell ist bei den U-Untersuchungen zu überlegen, ob diese zu ausgewählten Zeitpunkten nicht um den Einbezug der Personensorgeberechtigten ergänzt werden sollten, z.B. zur Identifikation postpartaler Depression mit nachfolgender Einleitung therapeutischer Unterstützung.</p> <p>Insgesamt sollten die Präventionsempfehlungen bundesweit und regional auswertbar sein."</p>	<p>GKV-SV/KBV: Die Einrichtung von niedrigschweligen Beratungsmöglichkeiten ist nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden. Insb. korrespondiert er mit dem neuen ärztlichen Aufträgen nach §§ 24d und 26, den Versicherten Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote zu geben.</p> <p>GKV-SV/KBV: Ggf. kann ein entsprechender Hinweis im Freitextfeld erfolgen.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Die RL sollte Hinweise auf die Bedingungen wohnortferner Erbringung beinhalten, denn die entsprechende Entscheidung obliegt nicht der Krankenkasse, sondern ist ausweislich der Änderung durch das PräVG heißt im § 23 (2): Wohnortferne Erbringung : „oder können sie wegen anderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden" Auftrag zur Ausgestaltung der PräVE durch den GBA.</p> <p>GKV-SV/KBV: Der G-BA geht bei der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie davon aus, dass der Adressat nicht der Personensorgeberechtigte ist.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen und bildet die gesetzliche Neuregelung ab. Diese muss in der RL zum Ausdruck kommen.</p> <p>GKV-SV/KBV: Aufgrund von datenschutzrechtlichen Problemen (Einwilligung notwendig) wird von einer Auswertung abgesehen.</p>
--	---

	<p>PatV:</p> <p>Der Hinweis ist zu begrüßen. Eine bundesweite und regionale Auswertung sollte auch für den GBA erfolgen. Die entsprechenden Daten liegen bei den Krankenkassen ohnehin vor und werden für den Präventionsbericht der GKV bzw. zukünftigen für den Nationalen Präventionsbericht nach § 20d (4) ohnehin vorgehalten.</p>
--	---

Position zusätzlich GKV-SV:
 Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Bei einer Aufnahme des vom GKV-SV vorgeschlagenen Satzes „Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen“ ist sicherzustellen, dass den Versicherten über ihre Krankenkasse tatsächlich eine umfassende Information über alle geprüften und anerkannten Präventionsangebote zur Verfügung gestellt wird – sich diese also nicht nur auf die Kursangebote beschränkt, die von der jeweiligen Krankenkasse selber angeboten werden.“</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf.</p> <p>PatV:</p> <p>Der Hinweis ist zu begrüßen. Der gesetzliche Auftrag zur Veröffentlichung aller zertifizierten Angebote gemäß §20 SGB V sollte an dieser Stelle mit Domain-Adresse aufgenommen werden</p>

Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
 Vertragsarztstempel und Unterschrift

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Mögliche haftungsrechtliche Implikationen einer vom Arzt/von der Ärztin ausgestellten Präventionsempfehlung sind zu prüfen und ggfs. auf dem Vordruck mit zu berücksichtigen.</p> <p>Die Empfehlung sollte darüber hinaus ein Freifeld vorsehen, in dem der Arzt/die Ärztin die Möglichkeit hat, dem/der Versicherten weitere Hinweise, z. B. zur</p>	<p>GKV-SV/KBV/PatV:</p> <p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Das Freitextfeld ist</p>

<p>Durchführung und Dosierung der empfohlenen primärpräventiven Maßnahmen und zu ggfs. bestehenden Kontraindikationen, zu geben.</p> <p>Diese ergänzenden Informationen sollten sich jedoch ausschließlich an den/die Versicherte/n richten, der/die selber entscheidet, ob er sie dem/der Übungsgruppenleiter/in zur entsprechenden Ausgestaltung der Maßnahme vorlegen möchte.“</p>	<p>vorgesehen.</p>
---	--------------------

Position zusätzlich GKV-SV:

Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung

Informationen für die Versicherten:

Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Fördervoraussetzungen informieren. Diese Präventionsempfehlung können Sie auch an Ihre Krankenkasse weiterleiten, damit diese Sie anhand der Hinweise der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes über geeignete Leistungen der Primärprävention informieren kann.

Einwilligung zur Datennutzung

Hinweis: Bitte unterschreiben Sie die Einwilligung zur Datennutzung bevor Sie die Präventionsempfehlung an Ihre Krankenkasse weiterleiten.

Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass die hier erhobenen Daten von meiner Krankenkasse für die Empfehlung einer verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahme und Prüfung der Fördervoraussetzungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich schriftlich jederzeit widerrufen. Dies kann beispielsweise durch E-Mail, Fax oder Brief an meine Krankenkasse geschehen.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten“

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit</p> <p>„Aus den vorgelegten Beschlussentwürfen ist zu entnehmen, dass dissente Positionen dazu bestehen, ob der Vordruck, der für die in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilte Präventionsempfehlung (§ 25 Absatz 1 Satz 3 SGB V) erforderlich ist, auch die Möglichkeit vorsehen soll, dass auf ihm Versicherte ihre Einwilligung abgeben.</p> <p>Die Krankenkasse darf die sich aus einer Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Das Feld „Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung“ wird gestrichen.</p>

schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen (§ 20 Absatz 5 Satz 3 SGB V).

Aufgabe es Gemeinsamen Bundesausschuss ist es, erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung zu regeln (§ 25 Absatz 4 Satz SGB V).

Da die erforderliche schriftliche Einwilligung des Versicherten gegenüber der Krankenkasse also erst erfolgen kann, nachdem der Versicherte zuvor von der Krankenkasse schriftlich informiert wurde, ist dieser unmittelbare Zusammenhang zwischen Information und Einwilligung nur dann gewährleistet und festgehalten, wenn der Einwilligende mit der Einwilligung bestätigt, dass er zuvor von der Krankenkasse schriftlich informiert wurde. Mit einer Einwilligung auf der vom Arzt erhaltenen Präventionsempfehlung (so die derzeitigen Entwürfe als Anlagen 1 bis 3 zum Bezugsschreiben) ist dies aber nicht gewährleistet. Bei diesen Entwürfen ist die Einwilligung zudem nach der Unterschrift des Arztes auf demselben Vordruck vorgesehen, ohne dass für die Versicherten damit zweifelsfrei deutlich würde, dass sie die Einwilligung gegenüber der Krankenkasse abzugeben haben. Vielmehr könnte für die Versicherten der Eindruck entstehen, sie hätten die Einwilligung gegenüber dem Arzt abzugeben. Dies wird auch nicht dadurch zweifelsfreier, dass im letzten Satz auf den möglichen Widerruf gegenüber der Krankenkasse hingewiesen wird (vgl. § 20 Absatz 5 Satz 4 SGB V). Zudem lässt die Formulierung „Information für die Versicherten: Sie können sich direkt bei Ihrer Krankenkasse über das Präventionsangebot und die Förderungsvoraussetzungen informieren“ außer Acht, dass nach den gesetzlichen Regelungen die Krankenkasse den Versicherten schriftlich zu informieren hat (insgesamt dazu Bundestags-Drucksache 18/5261 vom 17. Juni 2015, Seite 53).

Im Übrigen ergibt sich aufgrund der gesetzlichen Unterscheidung zwischen den Regelungen zur gegenüber den Krankenkassen abzugebenden Einwilligung einerseits und der „Ausgestaltung der Präventionsempfehlung“ durch den

<p>Gemeinsamen Bundesausschuss andererseits, dass letztere Aufgabe nicht die Ausgestaltung der Einwilligung umfasst.</p> <p>Der Verzicht auf die Möglichkeit, auf dem Vordruck für eine Präventionsempfehlung eine Einwilligung abgeben zu können, verbietet es aber aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht, auf diesem Vordruck Hinweise an den Versicherten zum weiteren Verfahren aufzunehmen."</p>	
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Insofern sollten entsprechende zusätzliche ärztliche Hinweise nicht Gegenstand der vom GKV-SV vorgesehenen Datenfreigabe gegenüber der Krankenkasse sein. Die durch das Präventionsgesetz neu in das SGB V aufgenommenen Regelungen des § 20 Abs. 5 zur Datennutzung durch die Krankenkasse beziehen sich ausschließlich auf personenbezogene Daten. Gesundheits- oder krankheitsbezogene Daten sollten hiervon ausgenommen bleiben.“</p>	<p>GKV-SV: Das Feld „Einwilligung des Versicherten zur Datennutzung“ wird gestrichen.</p>

IX. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Weitere nicht zum Beschlussentwurf gehörende Hinweis der Stellungnehmer	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGKJ</p> <p>„4. Im Text der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung sollte unter Punkt 4 „Leistungserbringer“ die Bezeichnung „Fachärzte für Kinderheilkunde“ durch die heute übliche Facharztbezeichnung „Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“ ersetzt werden.“</p>	<p>Die geforderte Überarbeitung der JGU-Richtlinie ist nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>PatV: Verweis auf VerfO</p>

B-6.4 Würdigung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen – Erstfassung einer Präventionsempfehlungs-Richtlinie



**Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum
Beschlussentwurf, Stand: 03.04.2016**

Entwurf Patientenvertretung

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Erstfassung der
Präventionsempfehlungs-Richtlinie (PrävE-RL)**

Stellungnehmer	Reihenfolge nach Eingang beim G-BA
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)	23.02.2016
Bundesärztekammer	25.02.2016
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	25.02.2016

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Präventionsempfehlung (Präventionsempfehlungs-Richtlinie) beschlossen:

I. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Präventionsempfehlung (Präventionsempfehlungs-Richtlinie/PrävE-RL)*

Grundsätzliches Votum der Stellungnehmenden	
Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
Bundesärztekammer „Die Bundesärztekammer begrüßt die mit dem Präventionsgesetz vorgenommene Stärkung der ärztlichen Prävention. In diesem Sinne hat sich auch der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ausgesprochen (s. 117. DÄT, Drucksachen II-01, II-02). Die durch das Gesetz neu in das SGB V aufgenommene Präventionsempfehlung kann ein Element für die Entwicklung eines ärztlichen	PatV: Die Ausführungen des Stellungnehmers werden zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus Änderungsbedarf hinsichtlich einer Ausgestaltung der Präventionsempfehlung.

<p>Präventionsmanagements darstellen.</p> <p>In der vom Präventionsgesetz festgelegten Form erfüllt die ärztliche Präventionsempfehlung insbesondere zwei Funktionen:</p> <p>a) Sie informiert die Krankenkasse über die ärztliche Empfehlung, für ihre/n Versicherte/n Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention bereitzustellen. Diese ist von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über solche Leistungen zu berücksichtigen (s. § 20 Abs. 5 SGB V).</p> <p>b) Nach § 25 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 SGB V richtet sich die Präventionsempfehlung zu dem an den/die Versicherte/n. Gemäß § 25 Abs. 1 SGB V informiert sie den/die Versicherte/n „über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e.V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.“</p> <p>Damit die Präventionsempfehlung sinnvoll in eine primärpräventive Beratung und Begleitung des/der Versicherten durch den Arzt/die Ärztin eingebunden werden kann, sollte sie sich nicht nur auf die Zuweisung zu standardisierten Kursangeboten beschränken, sondern auch die Möglichkeit eröffnen, dem/der Versicherten individuelle Hinweise zu einer Verhaltensänderung zu geben und deren Erfolg im weiteren Verlauf zu beobachten.“</p> <p>„In einer neuen Präventionsempfehlungs-Richtlinie wäre entsprechend darauf hinzuweisen, dass die Präventionsempfehlung nicht nur der Zuweisung von Versicherten an standardisierte Präventionsangebote durch den Arzt dient, sondern diese auch die Möglichkeit umfasst, auf den/die Versicherte/n und seine Lebensbedingungen abgestimmte Hinweise zur Verhaltensänderung und zu deren Erfolgsüberprüfung zu geben. Eine klare Abgrenzung der „Präventionsempfehlung“ von einer „Verordnung für Rehabilitationssport“ sollte aus dieser ebenfalls ersichtlich werden.“</p>	<p>Um die durch das Gesetz neu in das SGB V aufgenommene Präventionsempfehlung als Element für die Entwicklung eines ärztlichen Präventionsmanagements zu profilieren, wird in dieser RL das Verfahren der Präventionsempfehlung ausführlich darstellen.</p> <p>Diese beinhaltet, der BÄK-SN folgend, auch einen stringenten Verweis auf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zertifizierung gemäß § 20 (2) 2. Satz, 2. Internet-Domain mit Übersicht aller Angebote, die veröffentlicht werden muss gemäß § 20 (2) 3. Satz <p>PatV:</p> <p>Durch das zusätzliche Feld „Sonstiges“ oder „Hinweise des Arztes“ ist dies nicht ausgeschlossen.</p>
<p>DGSMP „Die DGSMP begrüßt und unterstützt die erweiterte Fassung der Patientenvertretung.“</p>	<p>PatV begrüßt die SN.</p>

§1 Ziele

- (1) Diese Richtlinie dient der einheitlichen Ausgestaltung der nach § 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V von den Krankenkassen zu berücksichtigenden ärztlichen Präventionsempfehlungen für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V.
- (2) Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention sollen durch eine frühzeitige Veränderung des individuellen Verhaltens gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen, die zu Krankheiten führen können, vermeiden, beseitigen oder vermindern sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns des Versicherten beitragen.
- (3) Präventionsleistungen dienen auch der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten und umfassen ebenso Maßnahmen der durch Gesundheitsförderung, insbesondere bei Menschen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erschwert ist, bei Migrantinnen und Migranten, sowie bei Kindern, die in Armut aufwachsen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGSMP</p> <p>„Die DGSMP hält den in § 1 (3) Ziele aufgeführten Einbezug der Gesundheitsförderung sowie den Hinweis auf die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten, Inklusion und Migranten und Migrantinnen für erforderlich.</p> <p>Im Entwurf Präve-RL der Patientenvertretung sollte der Abs. 3, Satz 1 wie folgt geändert werden: „Präventionsleistungen dienen auch der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten und umfassen ebenso Maßnahmen der Gesundheitsförderung“.</p>	<p>PatV begrüßt die SN.</p> <p>PatV: Der Vorschlag wird im BE aufgegriffen.</p>

- (4) Die Präventionsempfehlung richtet sich an den oder die Versicherten und kann sich bei Kindern auch an die Sorgeberechtigten richten. Die Schriftform soll die Motivation der Versicherten erhöhen, die ärztlichen Ratschläge umzusetzen.

§2 Präventionsempfehlung

- (1) Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt der Arzt oder die Ärztin eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V (gemäß Anlage 1) regelhaft auf der Basis einer Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 SGB V oder einer Gesundheitsuntersuchung für Kinder oder Jugendliche nach § 26 SGB V aus. Sie kann auch im Rahmen eines kurativen Arztkontaktes ausgestellt werden.
- (2) Präventionsempfehlungen sollen für Patienten bzw. Kinder/Jugendliche und ggf. deren Personensorgeberechtigte erstellt werden, bei denen gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vorliegen, die durch Leistungen zur verhaltensbedingten Prävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Zielgruppen von Präventionsmaßnahmen können Patienten sein, bei denen beispielsweise Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum

oder chronischer psychosozialer Stress, etwa durch berufliche Belastungen oder Belastung im sozialen oder familiären Umfeld vorliegt.

- (3) Zielgruppen können auch chronisch kranke oder behinderte Menschen, pflegende Angehörige oder vulnerable Zielgruppen mit gesundheitlichen Gefährdungen sein, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGSMP „Die Präzisierung der Zielgruppen wird begrüßt. Im § 2 PräV-RL sollte der Begriff „Patienten“ präzisiert werden hinsichtlich „Kinder/Jugendliche und ggf. deren Personensorgeberechtigte“. Maßnahmen können zur Unterstützung der Kinder auch die Personensorgeberechtigte einbeziehen.“	PatV: Der Hinweis wird aufgegriffen und berücksichtigt.

- (4) Die ärztliche Präventionsempfehlung erfolgt in Form einer ärztlichen Bescheinigung (Anlage 1). Neben der empfohlenen Maßnahme kann die Ärztin oder der Arzt gegebenenfalls Angaben zu Einschränkungen und Behinderungen vermerken. Diese können zum einen für den Anbieter der Präventionsleistung relevant sein. Zum anderen können die Angaben zu Einschränkungen und Behinderungen auch zur Erleichterung bei der Auswahl von Leistungen im einzelnen Fall durch die Krankenkasse dienen, z. B. Bewegungskurse für Sehbehinderte. Der empfehlende Arzt kann zur Förderung der Motivation auch auf konkrete präventive Maßnahmenarten hinweisen.

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
DGSP „Seite 2 Entwurf Patientenvertretung „Der empfehlende Arzt kann zur Förderung der Motivation auch auf konkrete präventive Maßnahmen hinweisen“. Ist dies mit dem Paragraph zur „unerlaubten Zuweisung“ in der Berufsordnung für Ärzte vereinbar?“	PatV: begrüßt den Hinweis Aufgrund der Vielzahl der bei den Kassen registrierten Präventionskurse, nämlich > 100.000 zertifizierte und gesamt > 400.000 Angebote, bedarf der Patient bzw. Versicherte dringend einer Orientierung. Dabei bezieht sich die o.a. Satz nicht auf konkrete Leistungserbringer, sondern auf Angebotsarten. Die Passage wird entsprechend konkretisiert

Für Menschen mit besonderen familiären oder beruflichen Belastungen kann der Arzt eine wohnortferne Durchführung der Präventionsmaßnahmen empfehlen.

§3 Durchführung

- (1) Auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes wird gemäß § 20 Absatz 2 Satz 3 SGB V ein Überblick gegeben über sämtliche zertifizierte Angebote der verhaltensbezogenen Prävention. Durch diese Angebotstransparenz werden die Versicherten in der Auswahl der jeweiligen Maßnahme unterstützt. Auch Ärztinnen und Ärzte werden dabei in ihren Präventionsempfehlungen unterstützt.

- (2) Der oder die Versicherte kann sich auch an seine oder ihre Krankenkasse wenden, die ihm oder ihr geeignete, wohnortnahe Leistungen empfiehlt. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Menschen ist dabei dadurch Rechnung zu tragen, dass auf geeignete barrierefreie Angebote hingewiesen wird. Auch die geschlechtsbezogenen Aspekte sind zu berücksichtigen. Wenn die Präventionsempfehlung eine wohnortferne Erbringung empfiehlt, unterstützt die Krankenkasse auf Wunsch der oder des Versicherten bei der Auswahl eines geeigneten Kurortes.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Formular Präventionsempfehlung

- II. Die Anlage 1 enthält folgende Angaben

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Ich empfehle Ihnen einen Kurs zur verhaltensbezogenen Prävention

- Bewegung
 - Herz-Kreislauf
 - Muskel-Skelettsystem
 - Koordination und motorische Fähigkeiten

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGSP</p> <p>„Diese Stellungnahme fokussiert auf das Formular Präventionsempfehlung „Bewegung“. Dort werden folgende Abschnitte im Kontext „Bewegung“ aufgeführt:</p> <p>Herz-Kreislauf</p> <p>Muskel-Skelettsystem</p> <p>Koordination und motorische Fähigkeiten</p> <p>vor. Bei Jugendlichen fehlt diese Unterteilung.</p> <p>Es folgen die Hinweise auf Ernährung, Stressmanagement und gesundheitsgerechtem Umgang mit Suchtmitteln bzw. Sonstiges. Auch wenn diese Felder in dieser Stellungnahme nicht thematisiert werden, sollte allerdings auch darin eine Möglichkeit zu weitergehenden Empfehlungen gegeben sein.“</p> <p>1. zum Spiegelstrich „Bewegung“: Die</p>	<p>PatV: dankt für den Hinweis, der sich jedoch nicht auf diese RL bezieht, sondern auf die in dieser Hinsicht unvollständige Ju-RL.</p>

o.g. Aufteilung orientiert sich an den Präventionskursen bzw. verfolgen den individuellen Ansatz wie auch im Präventionsleitfaden des GKV-SV (Fassung vom 10.12.2014; S. 42ff.). Die Trennung der Bereiche „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“ sowie „Koordination und motorische Fähigkeiten“ sowie die Umfänge von 8 bis 12 Einheiten, die finanziert werden, sind künstlich vollzogen und reichen – zumindest nach der aktuellen Evidenzlage – nicht ausreichend, um dem Patienten/der Patientin den – auch im Leitfaden aufgeführten – Nutzen zu bringen. Darüber hinaus ist die im Leitfaden aufgeführte Literatur größtenteils veraltet (z.B. Blair et al. 2000; Dickhuth 2000) und berücksichtigt die aktuell vorliegenden Bewegungsempfehlungen kaum. So erfolgt derzeit eine Zusammenstellung von Bewegungsempfehlungen für Deutschland, die sich – wie auch weltweit zahlreiche andere – an den internationalen orientieren, diese basieren jedoch wieder in ihrer Erstellung auf der verfügbaren Evidenz (s. zur Orientierung Anlage 1; im Kontext der Adipositas liegen die Empfehlungen deutlich höher; Swift et al. 2014). Hinzu kommt, dass eine Vielzahl von Patienten und Patientinnen nicht in Kursen trainieren können/möchten, sondern eigenständig (z.B. in Laufgruppen; Schwimmen, Fitnessstudios besuchen möchten). Diese Gruppe wird in der aktuellen Vorlage nicht berücksichtigt; auch die Empfehlung von Alltagsaktivitäten wird nicht dokumentiert. Wir möchten daher vorschlagen, dass ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt auch Bewegungs-/Präventionsempfehlungen für diese Gruppe gegeben werden können, die Hinweise auf:

- die Frequenz (Häufigkeit pro Woche),
- die Dauer (min/Einheit),
- die Intensität (z.B. Herzfrequenz/Atmung oder Talktest/Borgskala)

und/oder

- Art der Trainings sowie
- Alltagsaktivitäten (z.B. Schritte/Tag) und Reduktion von vermeidbaren Sitzzeiten enthalten.

<p>Im weiteren Sinn gilt dies auch für die Bewegungsempfehlungen im Kontext Jugendgesundheitsuntersuchung.</p> <p>Anlage 1</p> <p>Bewegungsempfehlungen (s.a. Literaturliste/Anlage 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziel --> Steigerung der Alltagsaktivität, z.B. 10.000 Schritte am Tag. • Um chronischen Erkrankungen vorzubeugen à zusätzlich zu den gewohnten Aktivitäten mindestens 30 min in moderater Intensität in Alltag und Freizeit an den meisten Tagen der Woche aktiv werden, mindestens aber an 5 Tagen/Woche. Dies kann aber in 10 Minuten Einheiten absolviert werden. Insgesamt werden 150 Minuten Bewegungszeit empfohlen. • Ziel à Steigerung der körperlichen Fitness durch ein adäquates Ausdauertraining, kombiniert mit Stretching zu Steigerung der Flexibilität und Koordination und angemessenem Krafttraining zur Verbesserung der Muskelkraft • Das Ausdauertraining sollte an mindestens 5 Tagen pro Woche stattfinden bei 55%–90% der maximalen Herzfrequenz bzw. Borgskala 12 bis 16; z.B. als Walking oder Radfahren Dauer ca. 30 bis 60 Minuten. • Ein Krafttraining der großen Muskelgruppen sollte 2 bis 3x/Woche bei 50%–80% des One-Repetition-Maximum bzw. Borg 12–16 durchgeführt werden. Empfohlen werden 1 bis 3 Durchgänge mit 8 bis 15 Wiederholungen pro Übung; Dauer 30 bis 45 Minuten. • Ein höherer gesundheitlicher Nutzen ergibt sich aus einer Steigerung der Dauer und/oder der Intensität. • Reduktion unnötiger Sitz- und Liegezeiten, insbesondere der Bildschirmmedien <p>Anlage 2: Ausgewählte Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brown WJ, Bauman AE, Bull FC, Burton NW. Development of Evidence-based Physical Activity Recommendations for Adults (18-64 years). Report prepared for the Australian Government Department of Health (2012). • Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. <i>BMJ</i> 2002; 325(7362): 472ff. • Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, Nieman DC, Swain DP; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in 	
--	--

<p>apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Med Sci Sports Exerc 2011; 43(7):1334ff.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koch K, Gehrman U, Sawicki P. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich Dtsch Arztebl 2007; 104. (38) A 2584ff. • Moral RR et al. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. Health Expect. 2014;17(5):683ff. • Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvanne M, Scholte Op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F, Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice; European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2012; 33(13): 1635ff • Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. Nutr Rev. 2009; 67(2):114-20. • Physical Activity Guidelines in the UK: Review and Recommendations. Technical Report (2010). • Swift DL, Johannsen NM, Lavie CJ, Earnest CP, Church TS. The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. Prog Cardiovasc Dis. 2014; 56(4):441ff. • Warburton DER, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SSD (2010): A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. Int J Behav Nutr Phys Act 2010; 7(1): 39ff. <p>2. Die Beratung wiederum hinsichtlich eines gesunden Lebensstils braucht Zeit, v.a. wenn auch Personengruppen besonders angesprochen werden sollen, die möglicherweise einen höheren Beratungs- und/oder Präventionsbedarf haben, z.B. Migranten und Migrantinnen. Unklar bleibt, wie das in der Praxis aufgebracht werden soll. So haben Studien gezeigt, dass die durchschnittliche Dauer eines Arzt-Patienten-Gesprächs in</p>	<p>Patientenvertretung: Der Hinweis wird begrüßt. Die Ausgestaltung der präventiven Beratung ist durch den Regelungsauftrag der Präventionsempfehlung eingeschlossen und entsprechend in dieser Richtlinie berücksichtigt.</p>
---	--

<p>Deutschland ca. 7 bis 8 Minuten beträgt (Deveugele et al. 2002; Koch et al. 2007). Bereits die Erfassung der sportlichen/freizeitlichen Anamnese, insbesondere die Detektion möglicher Barrieren und motivationaler Faktoren dauert in der Regel länger – v.a. bei den genannten Gruppen; insbesondere wenn – wie im Entwurf vorgesehen – die Partizipation und Empowerment des Patienten/der Patientin im Vordergrund stehen. Allerdings haben auch hier Studien gezeigt, dass die Partizipation im Arzt-Patienten-Gespräch gewünscht ist, aber zu kurz kommt (Moral et al. 2014)."</p>	
<p>Bundesärztekammer „Eine von der Patientenvertretung vorgeschlagene Ausdifferenzierung der Kategorie „Bewegung“ in die Unterkategorien „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“, „Koordination und motorische Fähigkeiten“ wird befürwortet. Diese entsprechen den Kategorisierungen der vom Deutschen Olympischen Sportbund und von der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen, die im Gesetz ebenfalls explizit aufgeführt werden. Damit würde auch eine entsprechende Suche Versicherter nach geeigneten primärpräventiven Angeboten über die von der GKV einzurichtende Datenbank (s. § 20 Abs. 2 Satz 3 SGB V) erleichtert.“</p>	<p>PatV begrüßt die SN.</p>
<p>DGSMP „Die von der Patientenvertretung vorgenommene Spezifizierung der Bewegung ist hinsichtlich der Klarheit und Verständlichkeit der Begriffe zu überprüfen.“</p>	<p>PatV bedankt sich für den Hinweis, der in zukünftigen vertiefenden Beratungen (gemäß VerFO) aufgegriffen werden sollte. Das Stellungnahmeverfahren zeigt jedoch, dass es zum jetzigen Zeitpunkt die Ausdifferenzierungsgrade im Bereich der Bewegung bestmöglich abbildet.</p>

- Ernährung
- Stressmanagement, Stärkung der Lebenskompetenz, Förderung der psychischen Gesundheit
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln

Sonstiges _____

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„...Deshalb wird die Aufnahme einer zusätzlichen Kategorie „Sonstiges“ – wie von KBV und Patientenvertretung vorgeschlagen – begrüßt. Diese sollte zudem ausreichend Raum für individualisierte Hinweise zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und zur Verlaufsbeobachtung bieten.“</p>	<p>PatV begrüßt die Stellungnahme.</p>
<p>DGSMP</p> <p>„Die DGSMP hält prinzipiell ein erweitertes Formular, ähnlich dem von der Patientenvertretung vorgelegten, für erforderlich.</p> <p>Die DGSMP empfiehlt dringend die Erweiterung der vier Handlungsfelder, ergänzt um „Sonstiges“. Wesentlich ist die Verwendung korrekter und allgemeinverständlicher Begriffe. In diesem Sinn ist die Umformulierung von „Suchtmittelkonsum“ in „Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln“ (PrävE-RL) zu begrüßen.</p> <p>„Stressmanagement“ kann bei Jugendlichen sowie bei Personensorgeberechtigten angezeigt sein. Für Kinder wird dieser Begriff in der Literatur nur sehr selten verwendet. Die Handlungsfelder sollten deshalb ergänzt werden um „Stärkung der Lebenskompetenz“ und – in Ergänzung oder alternativ dazu – das Handlungsfeld „Förderung/Stärkung der psychischen Gesundheit“ genannt werden.</p> <p>Die Handlungsfelder sind sehr allgemein formuliert und geben nur den Rahmen. Die DGSMP hält zur Konkretisierung eine spezifische Empfehlung für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigten für erforderlich und schlägt hierzu ein Feld für die von der Ärztin/dem Arzt zu formulierenden Empfehlungen vor.</p>	<p>PatV begrüßt die Stellungnahme.</p> <p>PatV begrüßt die Empfehlung, die in diesem RL-BE berücksichtigt ist.</p> <p>PatV begrüßt die Unterstützung.</p> <p>PatV begrüßt den Hinweis und nimmt „Stärkung der Lebenskompetenz und Förderung der psychischen Gesundheit“ auf.</p>

<p>Die Empfehlungen sollten so klar und alltagsorientiert wie möglich erfolgen. Die DGSMP schlägt vor, das Formular Präventionsempfehlung mit dem „grünen Rezept“ zu koppeln und die Möglichkeit alltagsintegrierende Empfehlungen der Ärztin/des Arztes mit aufzunehmen (Bsp. „täglich Treppen statt Fahrstuhl benutzen“, „täglich den angebotenen Walkingbus benutzen“).</p> <p>Generell sollten die Ärzte in einem Katalog beispielhafte Anregungen zu den Empfehlungen erhalten. Als erforderlich werden auch Angebote angesehen, die über die derzeitigen Maßnahmen der GKV hinausgehen.</p> <p>Für die Kinder/Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigte wird ein ergänzendes Informationsblatt in leicht verständlicher Sprache als notwendig erachtet. Für Personen mit Migrationshintergrund sollte dieses in ihrer Landessprache zur Verfügung stehen. Eine ausschließlich webbasierte Information wird nicht als hinreichend erachtet.</p> <p>Sowohl das Formular Präventionsempfehlung als auch das ergänzende Informationsblatt sollten vor Einführung einer Nutzertesting mit unterschiedlichen Zielgruppen unterzogen werden, um die Erreichbarkeit besonders vulnerabler Zielgruppen zu gewährleisten.</p> <p>Die DGSMP regt zur Identifikation passgenauer präventiver Angebote die Einrichtung einer niederschweligen Beratungsmöglichkeit jenseits der Arztpraxis an. Diese kann, unabhängig von einzelnen Krankenkassen, in der Kommune angesiedelt sein, wo bereits eine Vernetzung mit aufgebauten Strukturen der Frühen Hilfen gegeben ist.“</p> <p>„Insgesamt sollten die Präventionsempfehlungen bundesweit und regional auswertbar sein.“</p>	<p>PatV: Die Hinweise sollten gemäß VerFO zur weiteren Beratung an die AG Kinder und die AG GU weitergeleitet werden.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden.</p> <p>PatV: Der Hinweis der Nutzertesting ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen, entspricht dem Regelungsauftrag der PräVE und sollte in der weiteren Ausgestaltung der PräVE berücksichtigt werden. Insb. korrespondiert er mit dem neuen ärztlichen Aufträgen nach §§ 24d und 26, den Versicherten Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote zu geben.</p> <p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Eine bundesweite und regionale Auswertung sollte auch für den GBA erfolgen. Die entsprechenden Daten liegen bei den Krankenkassen ohnehin vor und werden für den Präventionsbericht der GKV bzw. zukünftigen für den Nationalen Präventionsbericht nach § 20d (4) ohnehin vorgehalten.</p>
--	--

Information:

Sie können bei Ihrer Krankenkasse einen Zuschuss zu zertifizierten Präventionsangeboten beantragen. Einen Überblick über sämtliche Angebote finden Sie auf der auf der Internetseite des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung [Domain wird noch ergänzt]

Wohnortferne Erbringung notwendig

Pflegende(r) Angehörige(r)

Schichtarbeiter

Sonstige Gründe _____
(z.B. Herausnahme aus der peer-group, Einbezug eines vulnerablen Personensorgeberechtigten)

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>DGSMP</p> <p>„Wann eine wohnortferne Erbringung angezeigt ist, sollte für die Ärzte mit Beispielen unterlegt werden, z.B. Herausnahme aus der peer-group, Einbezug eines vulnerablen Personensorgeberechtigten.“</p> <p>Die DGSMP gibt zu bedenken, die präventiven Empfehlungen bei Bedarf auch auf die Personensorgeberechtigungen zu erweitern. Prinzipiell ist bei den U-Untersuchungen zu überlegen, ob diese zu ausgewählten Zeitpunkten nicht um den Einbezug der Personensorgeberechtigten ergänzt werden sollten, z.B. zur Identifikation postpartaler Depression mit nachfolgender Einleitung therapeutischer Unterstützung.“</p>	<p>PatV: Der Hinweis ist zu begrüßen. Die RL sollte Hinweise auf die Bedingungen wohnortferner Erbringung beinhalten, denn die entsprechende Entscheidung obliegt nicht der Krankenkasse, sondern ist ausweislich der Änderung durch das PräVG heißt im § 23 (2): Wohnortferne Erbringung : „oder können sie wegen anderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“ Auftrag zur Ausgestaltung der PräVE durch den GBA.</p> <p>PatV: Der Hinweis wird begrüßt und in § 2 der RL aufgenommen (s.o.).</p>

Information:

Zusätzlich zu den Kursgebühren kann die Satzungsleistung der Krankenkasse bei einem wohnortfernen Präventionskurs ein Tagegeld von 16€ (25€ für chronisch-krank Kleinkinder) vorsehen. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an Ihre Krankenkasse.

Ich empfehle Ihnen folgendes Angebot:

Gegebenenfalls Hinweis zu Einschränkungen und Behinderungen:

Stempel und Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme
<p>Bundesärztekammer</p> <p>„Mögliche haftungsrechtliche Implikationen einer vom Arzt/von der Ärztin ausgestellten Präventionsempfehlung sind zu prüfen und ggfs. auf dem Vordruck mit zu berücksichtigen.</p> <p>Die Empfehlung sollte darüber hinaus ein Freifeld vorsehen, in dem der Arzt/die Ärztin die Möglichkeit hat, dem/der Versicherten weitere Hinweise, z. B. zur Durchführung und Dosierung der empfohlenen primärpräventiven Maßnahmen und zu ggfs. bestehenden Kontraindikationen, zu geben.</p> <p>Diese ergänzenden Informationen sollten sich jedoch ausschließlich an den/die Versicherte/n richten, der/die selber entscheidet, ob er sie dem/der Übungsgruppenleiter/in zur entsprechenden Ausgestaltung der Maßnahme vorlegen möchte.“</p>	<p>PatV begrüßt die Stellungnahme.</p>

III. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.
 Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
 gemäß § 91 SGB V
 Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-7 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 28. April 2016 eingeladen.

B-7.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 28. April 2016 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	Prof. Dr. Tilmann Sauerbruch	nein	nein	ja	nein	nein	nein
	Prof. Dr. Markus Cornberg	nein	ja	ja	ja	ja	nein
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	Prof. Dr. Ulla Walter	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	Dr. Karl-Josef Eßer	nein	ja	ja	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb

des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Mündliche Anhörung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

gemäß 5. Kapitel § 19 Abs. 2 Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

hier: Änderung der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL): Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionsempfehlung) und Präventionsempfehlungs-Richtlinie (Erstfassung) – Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (GU-RL): Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionsempfehlung) und Präventionsempfehlungs-Richtlinie (Erstfassung) – Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Kinder-Richtlinie vom 18.06.2015: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionsempfehlung) und Präventionsempfehlungs-Richtlinie (Erstfassung)

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 28. April 2016
von 11.07 Uhr bis 11.54 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)**:

Herr Prof. Dr. Sauerbruch

Herr Dr. Cornberg

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)**:

Herr Dr. Eßer

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)**:

Frau Prof. Dr. Walter

(11.07 Uhr: Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Meine Dame, meine Herren, ich darf Sie herzlich hier zur Anhörung begrüßen. Offiziell haben wir Anhörungen I, II und III. Da die Themenstellungen aber zusammengehören, haben wir beschlossen, dass Sie bei allen Anhörungsthemen dabei sein können, wenn Sie damit einverstanden sind. Ich darf die eingeladenen Vertreter begrüßen: Herrn Eßer, Frau Walter und Herrn Sauerbruch sowie Herrn Cornberg. Wir sind übereingekommen, dass wir uns hier ohne Titel anreden; ich hoffe, Sie sind einverstanden.

Ich darf Sie bitten, wenn Sie das Wort ergreifen, das Mikrofon zu benutzen, denn wir haben heute Stenografen hier, die Ihre Worte akribisch aufschreiben und für die Ewigkeit festhalten. Das heißt, wir werden dieses Beratungsverfahren dokumentieren, und Sie werden dort Ihre Namen und Wortmeldungen wiederfinden.

Ich möchte Ihnen außerdem die hier vertretenen Gremien vorstellen. Links von Ihnen sitzt die Patientenvertretung, daneben der GKV-Spitzenverband, hier ist die Geschäftsstelle des G-BA, rechts von Ihnen sitzen die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und daneben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Wir beide, Frau Bert und ich, sind die Vorsitzenden des Unterausschusses Methodenbewertung, und wir haben die Freude, diese Anhörung durchzuführen.

Wenn ich „Anhörung“ sage, dann muss ich Sie auch auf unsere Verfahrensordnung aufmerksam machen. Unsere Verfahrensordnung sagt zur Durchführung der Anhörung Folgendes: Die mündliche Stellungnahme dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. – Das heißt, von Ihnen würden wir gern hören, ob sich irgendetwas zwischen schriftlicher und mündlicher Stellungnahme ergeben hat, was noch vortragbar wäre, denn Ihre schriftlichen Stellungnahmen kennen wir. Wir haben sie gründlich durchgearbeitet; insoweit sind sie uns bestens bekannt.

Nun führen wir nicht die erste Anhörung durch, weshalb wir wissen, dass es den einen oder anderen drängt, uns seine schriftliche Stellungnahme noch einmal als Verstärkerfunktion nahezubringen. Zwar würden wir uns das auch gern noch einmal anhören, jedoch bitte ich Sie, sich dabei auf die Highlights zu beschränken und nicht von der ersten bis zur letzten Seite alles noch einmal vorzutragen.

Das waren meine Vorbemerkungen. Jetzt darf ich trotzdem nach Anhörung I, Anhörung II und Anhörung III trennen. Zur Anhörung I sind Herr Eßer und Frau Walter „anhörungsberechtigt“. Wer möchte als Erster? – Herr Eßer, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Eßer: Herzlichen Dank für die Möglichkeit der nochmaligen Stellungnahme. Die schriftlichen Unterlagen haben wir Ihnen bereits zugesandt. Ich will mich auf einige Punkte, die sich neu ergeben haben, beschränken. Im Bereich der Präventionsempfehlung - hierum handelt es sich offensichtlich bei Anhörung I – steht geschrieben, dass ein Auftrag an die Krankenkassen delegiert werden sollte. Dazu meinen wir Folgendes:

Erstens. Wir haben den dringenden Wunsch, die Angebote krankenkassenübergreifend zu gestalten. Es ist kaum erklärbar, dass für bestimmte Erkrankungen bestimmte Krankenkassen bestimmte Präventionsmaßnahmen vorhalten. Man kann nicht nur an große Städte, sondern muss auch an kleine Regionen denken, und da erscheint es uns absolut sinnvoll, dass solche Angebote krankenkassenübergreifend gemacht werden. Es müsste auch die Möglichkeit bestehen, dass sich Krankenkassen in Bezug auf solche Angebote einigen.

Zweitens. Es wird hier von „standardisierten Angeboten“ gesprochen. Diese standardisierten Angebote sollten unserer Meinung nach zertifiziert und evaluiert sein. Es stellt sich natürlich noch die Frage, wer das nun zertifi-

ziert und evaluiert, das überlasse ich Ihnen. Aber das Angebot sollte qualitativ sehr gut sein, und unserer Meinung nach sollte dies auch im Vorhinein bereits geklärt sein.

Drittens: Wir wünschen uns dringend, dass auch eine direkte Inanspruchnahme von Angeboten möglich ist, die der Arzt empfiehlt. Es ist gerade für Familien mit kleinen Kindern schwierig, nachdem sie beim Arzt gewesen sind, dann noch die richtige Krankenkasse am richtigen Ort aufzusuchen und dort mit dem Sachbearbeiter zu klären, was denn nun das richtige Angebot für die Kinder ist. Wenn der Arzt das weiß und er die Angebote auch kennt, dann sollte er die Möglichkeit haben, direkt dorthin zu verweisen - ohne noch diesen Weg über die Krankenkasse. Das ist uns ein dringendes Anliegen. Wir glauben, dass all die Präventionsempfehlungen ansonsten in den Wind geschossen sind, weil viele Eltern diese Präventionsempfehlungen dann gar nicht wahrnehmen.

Viertens. Wir bitten darum, dass in den Präventionsempfehlungen darauf hingewiesen wird, dass eine solche Präventionsempfehlung nicht nur im Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung ausgestellt werden kann. Diese kann im Prinzip bei jeder kurativen Leistung ausgestellt werden. Es ist nach unserer Kenntnis nicht davon abhängig, dass man gerade eine Früherkennungsuntersuchung macht.

Fünftens. Wir stimmen mit der KBV darin überein, dass zusätzlich zu den drei Möglichkeiten - Bewegung, Ernährung, Suchtverhalten - ich mache einmal drei Fragezeichen dahinter, denn wer wird denn bei den kleinen Kindern nach Suchtverhalten gefragt; sind das die Eltern, oder hat das Kind ein Suchtverhalten; der Normierung halber sollte man es drin lassen - der Punkt „Sonstiges“ eingefügt wird. Denn es gibt viele Möglichkeiten, die offeriert werden können und die eben nicht unter „Bewegung“, „Ernährung“ und „Suchtverhalten“ fallen. Das wäre ein weiteres Angebot, das wir ihnen unterbreiten, dass dringend eingestellt werden sollte.

In diesem Zusammenhang ist dann noch die Frage zu klären, wem diese Angebote unterbreitet werden. Es geht nicht aus den Vorlagen hervor, ob diese Angebote nun für die Eltern gemacht werden - das wäre zum Beispiel Erziehungsberatung, Ernährungsberatung - oder es ein Angebot für das Kind ist, zum Beispiel Bewegung oder Ähnliches. Man könnte sich auch vorstellen, dass die adipöse Mutter die Bewegung braucht und weniger das Kind. Insofern sollte man hier auch ganz klar darstellen, dass das so oder so gedacht ist, und das sollte man dann auch in der Präventionsempfehlung schon im Vordruck unterbringen.

Das sind die Punkte, die ich Ihnen benennen wollte.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. - Frau Walter.

Frau Prof. Dr. Walter: Herzlichen Dank für die Möglichkeit, eine Stellungnahme abzugeben. Sie haben gesehen, es war ein wenig eine übergreifende Stellungnahme, die sich also auf alle drei Bereiche bezieht. Umso mehr freue ich mich, dass die heutigen Anhörungen zusammengelegt worden sind.

Ich denke, der Aspekt der Gesundheitsförderung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit sollte bei den Zielen mit hineinkommen; es wird auch in § 20 noch einmal darauf rekurriert.

Die Zielgruppen sollten präzisiert werden. Ich danke Herrn Eßer, dass Sie angesprochen haben, dass auch die Eltern bzw. die Personensorgeberechtigten ein wichtiger Adressat sind und es auch darum gehen muss, dass nicht nur die Jugendlichen und die Kinder Leistungen in Anspruch nehmen können, sondern auch die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten. Entsprechend müssten die Formulare ausgeführt werden. Darauf hatten wir einen großen Aspekt gerichtet. Wir plädieren dafür, dass nicht nur die jetzigen Handlungsbereiche aufgenommen, sondern sie ergänzt werden, um hinreichend Spielraum für die Zukunft zu lassen. Sie müssten auch hinsichtlich ihrer Begrifflichkeiten präzisiert werden. Es ist jetzt Stressmanagement enthalten. Wir wissen, dass bei Kindern und Jugendlichen eher die Stärkung der Lebenskompetenz angezeigt ist. Es wäre auch die Frage, ob nicht bei den Eltern zum Beispiel Elternkompetenz im Fokus stünde und zum Wohl der Kinder auch aufgeführt werden sollte.

Prinzipiell wäre es, denke ich, wichtig zu gucken, ob nicht nur bestimmte Präventionsmaßnahmen in Anspruch genommen werden sollten, sondern auch das Formular entsprechend genutzt werden kann, um allgemeine Präventionsempfehlungen oder präzisiertere Präventionsempfehlungen zu geben. Auch hier plädieren wir generell dafür, dieses Formular zu präzisieren, auch in leichter Sprache für die Nutzer zu verfassen und für die Professionellen auch entsprechende Kataloge vorzugeben oder Vorschläge zu unterbreiten.

Die Frage ist darüber hinaus: Brauchen wir vielleicht auch niedrigschwellige Beratungsangebote? Wo kann man was in Anspruch nehmen? Oder: Welche Maßnahmen sind besonders geeignet? Das hatten wir auch in der Stellungnahme weiter ausgeführt. – So weit erst einmal dazu.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Walter.

Jetzt würde ich zur Anhörung II übergehen, wo die beiden Herren anhörungsberechtigt sind, Frau Walter, Sie sagten, dass sich Ihre Stellungnahme über alle drei Punkte erstreckt. Insoweit gehe ich jetzt offiziell zu Anhörung II über und dann wieder zu Herrn Eßer, zu Punkt III, zurück. Ich würde die Fragesteller bitten, wenn Sie Fragen an die Anhörungsberechtigten haben, zu sagen, auf welche Ausgestaltung der Präventionsempfehlungen Sie sich jeweils beziehen. – Wer von den beiden Herren möchte zuerst sprechen?

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Ich darf vielleicht beginnen. Ich sitze hier für die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin. Die Gesellschaft hat diesen Vorschlag zur neuen Ausgestaltung bekommen, hat ihn noch einmal an ihre Schwerpunkte weitergeschickt. Die Kommentare der einzelnen Schwerpunkte waren so, dass die meisten ganz einverstanden waren.

Die Gesellschaft selbst, die Dachgesellschaft Innere Medizin, hat in ihrem Schreiben an Sie noch einmal darauf hingewiesen, dass man standardisiert Gewicht, Größe und Bauchumfang als Parameter für ein metabolisches Syndrom abfragen sollte. Es ging nicht klar hervor, ob das der Fall ist.

Sie hat dann noch eine Stellungnahme von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen bekommen mit dem Hinweis auf das Fehlen der Abfrage von Lebererkrankungen. Die Leber ist ein ganz zentrales Stoffwechselorgan. Die rechtzeitige Abfragung, zum Beispiel, indem ein Parameter, eine Transaminase, bestimmt wird, führt dazu, dass man prognostisch eine Reihe von Aussagen hinsichtlich chronischer Hepatitis, hinsichtlich Übergewicht, hinsichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen treffen kann.

Das waren die wesentlichen Punkte für die Frage Checkup-35-Untersuchung. Ich möchte an Herrn Cornberg, der gerade zu den die Leber betreffenden Fragen noch einmal Stellung nehmen kann, weitergeben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Sauerbruch. Herr Cornberg, dann haben Sie das Wort.

Herr Dr. Cornberg: Neben der Mitgliedschaft in der DGVS bin ich auch Medizinischer Geschäftsführer der Deutschen Leberstiftung. Wir beschäftigen uns schon seit langer Zeit mit der Problematik, die Leber mehr in den Fokus zu rücken, weil seit ungefähr zehn Jahren auch Lebererkrankungen wirklich behandelbar sind. Das war lange Zeit nicht der Fall. Das ist neu: Hepatitis C ist heilbar - da gibt es viele Diskussionen um die Kosten. Hepatitis B ist sehr gut zu behandeln.

Ein Riesenproblem, das auf uns zurollt, ist die metabolische Lebererkrankung, die Fettleberhepatitis. Wir schätzen, drei bis fünf Millionen Personen in Deutschland sind betroffen. Das ist natürlich nicht ganz klar, aber wir wissen, dass die Erhöhung von Leberwerten mit Mortalität assoziiert ist. Zur Datenlage gibt es da auch ein neues Paper aus Korea, das erstmalig zeigt, dass die ALT-Erhöhung, dieses Werts, um den es geht, auch mit Mortalität assoziiert ist und man doch mit einfachen Mitteln, auch wenn es um die Fettleberhepatitis geht, mit Lifestyle-Änderungen – dazu gibt es gute Arbeiten – die Mortalität senken und auch eine Fibrose verbessern kann.

Deswegen das Plädoyer, die ALT als spezifischen Lebermarker mit in den Fokus zu bringen, um auch Lebererkrankungen rechtzeitig zu erkennen, die wirklich gut zu behandeln sind. Es gibt eigentlich nur eine Lebererkrankung - die PSC, die selten ist -, die im Prinzip nicht zu behandeln ist. Sonst sind alle Lebererkrankungen wirklich gut behandelbar, teilweise heilbar.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Sie haben mit einer Handbewegung gerade zurückverwiesen. Geht es um eine Ergänzung?

Herr Prof. Dr. Sauberbruch: Übergeordnet von der inneren Medizin her braucht man das nicht zu ergänzen. Man muss nur noch einmal sagen: Die Leber ist das zentrale Stoffwechselorgan und weist nicht nur auf Lebererkrankungen, sondern auf eine ganze Reihe von anderen Erkrankungen hin, die gerade mit der Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden sind. Insofern hat so ein Parameter sicherlich auch einen prognostischen Wert.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank für diese Ergänzung.

Ich komme zu Anhörung III. Herr Eßer, Sie haben noch einmal das Wort.

Herr Dr. Eßer: Ich spreche nochmals für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, diesmal zum Thema Jugendgesundheitsuntersuchungen. Dazu habe ich noch einige Anmerkungen; das Schriftliche liegt Ihnen ja vor.

Ihnen ist bekannt, dass das vollendete 13. Lebensjahr bis vollendete 14. Lebensjahr der Zeitpunkt ist, wo diese Untersuchung gemacht wird. Ich halte diese Einschränkung für ausgesprochen gewagt, denn dies nur in einem Jahr durchzuführen wird mit Sicherheit eine Menge Eltern überfordern, die nicht so terminfest sind, dass sie es schaffen, das alles in einem Jahr zu bewältigen. Man muss auch sehen, dass die Ärzte auch nicht unbedingt innerhalb von einem oder zwei Monaten Termine für eine solche Untersuchung geben. Es wäre also zu überlegen, ob man diesen Zeitraum nicht etwas verlängert.

Der zweite Punkt ist, dass wir darum bitten, dass der Punkt „Sonstiges“ hier wiederum eingeführt wird; denn es sind nicht nur Bewegung, Stressbewältigung, Ernährung, sondern es sind auch andere Punkte. Diese sollten zumindest mit „Sonstiges“ angekreuzt werden. Wünschenswert wäre natürlich, dass der Arzt mit hineinschreibt, was er unter „Sonstigem“ versteht, und das eventuell auch in die Präventionsempfehlung mit hineinnimmt.

Das Dritte ist, dass wir wiederum darum bitten, dass die Angebote krankenkassenübergreifend sind, dass sie zertifiziert und evaluiert sind. Das ist uns sehr, sehr wichtig. Sonst kann man sie nicht guten Gewissens hinschicken.

Das Nächste ist, dass wieder geklärt werden sollte, für wen denn nun die Präventionsempfehlung da ist. Das können auch bei einem 14-Jährigen noch Vater oder Mutter sein, wenn Beziehungsstörungen vorhanden sind, auch vielleicht, wenn Suchtverhalten oder psychische Erkrankungen bei den Eltern vorhanden sind. Es kann aber auch sein, dass die Präventionsempfehlung wirklich für den Patienten selbst gilt. Auch das sollte genau deklariert werden.

Ein mehr formaler Punkt – das ist ein dringender Wunsch von uns -: Wir sind nicht Fachärzte für Kinderheilkunde, sondern Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Das spiegelt sich dann ja auch in der Jugendgesundheitsuntersuchung wider. Ich bitte, dies redaktionell zu ändern.

Der letzte Punkt ist, dass wir darum bitten – das gilt eigentlich auch für die Früherkennungsuntersuchungen -, dass es für diejenigen, die die therapeutischen oder beratenden Maßnahmen durchgeführt haben, verpflicht-

tend ist, dass sie eine Rückmeldung an den Arzt geben: erstens, ob der Patient überhaupt dort angekommen ist – das halten wir für wichtig, das hat auch etwas mit Nachhaltigkeit zu tun – und zweitens eine Information darüber, was geleistet worden und wie der Erfolg der Behandlung ist. Die Ärzte sind auch verpflichtet, Briefe zu schreiben. Ich sehe nicht ein, warum nicht Erziehungsberatungsstellen oder andere Institutionen auch kurze Dokumente verfassen und denjenigen, die die Überweisung vorgenommen haben, die entsprechende Informationen zurückgeben sollten.

Das sind die Punkte, die ich noch anbringen wollte.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Eßer. Jetzt bitte Fragen vonseiten der Bänke, von links und rechts. – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Meine Frage bezieht sich auf die Präventionsempfehlungsrichtlinie und richtet sich an alle vier Stellungnehmer. Sehen Sie einen Vorteil in einer eigenständigen Präventionsempfehlungsrichtlinie, insbesondere im Hinblick darauf, dass diese Präventionsempfehlung im Rahmen eines jeglichen kurativen Kontakts auch ausgestellt werden darf und nicht nur im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung oder des Checkup-35?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer fühlt sich zuerst angesprochen? - Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich bin für diese Präventionsempfehlung. Ich weiß, dass viele Kollegen eine Kritik an der Präventionsempfehlung haben, weil das auch wieder mit Papier zu tun hat. Aber ich meine, dass die jungen Patienten und die Eltern etwas in die Hand bekommen müssen. Das hat auch etwas mit „verpflichtend“ zu tun. Man muss die Botschaft auch weitergeben. Wenn wir das nicht in dieser formalen Art machen würden, dann würde jede Präventionsempfehlung hintenüberkippen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter hatte sich dann gemeldet. Bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Wir würden dies auch als DGSMP unterstützen. Es bekommt dadurch auch noch einmal ein besseres Gewicht und verstärkt auch die Präventionsbemühungen im Rahmen des Präventionsgesetzes. Wir wissen natürlich, dass gerade für bestimmte vulnerable Zielgruppen die Empfehlung durch den Arzt noch einmal sehr wichtig ist, um auch Prävention in Anspruch zu nehmen. Sie erlaubt auch noch einmal eine detailliertere Ausgestaltung.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Sauerbruch, bitte.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ist auch für die Präventionsempfehlung gerade im Hinblick auf all die Probleme des Übergewichts oder kardiovaskulärer Erkrankungen, die sich anschließen können.

Herr Dr. Cornberg: Ich habe nichts hinzuzufügen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Noch einmal die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Es lag vielleicht ein kleines Missverständnis in der Frage, Herr Prof. Sauerbruch und Herr Dr. Eßer. Die Frage richtete sich nicht nur darauf, ob die Präventionsempfehlung grundsätzlich für richtig angesehen wird – sie ist ja nun Gesetz –, sondern darauf, wie man die Ausgestaltung regelt. Frau Walter hatte dazu ausgeführt, dass eine eigenständige Richtlinie das Bessere ist. Das ist ja ein bisschen das, was uns heute die Konfusion bereitet, dass wir den Vorschlag dreier Richtlinienänderungen haben, nämlich Einführung jeweils dieses Satzes in die Kinder-, Jugend- und Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie, oder aber eine eigenständige

Richtlinie bzw. Präventionsempfehlung, so wie sie die Patientenvertretung vorstellt. Diese eigenständige Präventionsempfehlungsrichtlinie hätte dann möglicherweise auch den Vorteil, dass viele der von Ihnen angesprochenen Punkte anlässlich kurativen Besuchs eine einheitliche Zertifizierung, ein einheitliches Angebot erleichtern würden. Das war die Frage: Ist es besser, dies in drei verschiedenen Richtlinien zu machen, oder geht es auch mit einer Richtlinie?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Antwort Herr Sauerbruch, bitte.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Mir fehlen dafür die formalen Kenntnisse. Es scheint mir sinnvoll zu sein, es in eine Richtlinie zu gießen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Antworten?

Herr Dr. Eßer: Ich würde das genauso sehen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, Sie haben genickt.

Frau Prof. Dr. Walter: Ich habe das vorhin schon als Unterstützung angesehen. Eine Richtlinie macht durchaus Sinn. Ich denke, es macht keinen Sinn, das in drei verschiedene Richtlinien zu gießen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Wer möchte noch etwas sagen? – Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich wollte dazu eigentlich auch noch etwas sagen, habe aber, da die Kollegin das Mikrofon nicht angeschaltet hatte, gedacht, dass das Nicken ausreichte. Ich bitte um Entschuldigung.

Ich bin auch für diese Richtlinie. Ich muss ehrlich sagen: Ich habe das bisher so nicht überdacht; aber Ihre Argumente erscheinen mir stichhaltig, weil man dann auch viel mehr modifizieren, viel mehr auf die individuellen Dinge eingehen könnte. Ich sehe, dass bei älteren Patienten ganz andere Organe im Vordergrund stehen, als das bei Kindern der Fall ist.

Ich wäre also auch dafür, das in eine eigene Richtlinie umzuformieren.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Sie hatten auch die Zertifizierung angesprochen. Da ist auch im Gesetz festgelegt, dass die Krankenkassen zukünftig eine eigene Internetdomain vorhalten müssen, um alle Angebote dort zu veröffentlichen. Wir haben jetzt vorgeschlagen - und sind darum ein bisschen im Dissens -, dass diese Internetdomain auch angegeben wird, damit die Versicherten und auch die Leistungserbringer, die Ärzte, die das verschreiben, auf diese Internetdomain zugreifen können und dann selber einen Zugriff auf alle möglichen Angebote, beispielsweise im Postleitzahlenbereich, haben. Finden Sie die Regelung sinnvoll, dass die Internetdomain in die Präventionsempfehlung, in das Formular aufgenommen wird, oder halten Sie das für verzichtbar?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich halte das für eine richtige Idee. Jetzt ist das Angebot ja schon relativ unüberschaubar, und wenn man es irgendwo dokumentiert, macht das sicher Sinn. Es scheint aber notwendig zu sein, dass Ärzte in irgendeiner Art noch besser informiert werden, insbesondere über den Inhalt der Angebote. Es ist halt die Frage, inwieweit man das auf einer Internetseite unterbringen kann. Die Qualität der Angebote, die Zielgruppe der Angebote, die Dauer der Angebote usw., das alles müsste mit dabeistehen, also auch der Ort, wie das erreichbar ist, ob es behindertengerecht ist usw. Es sind eine ganze Menge Dinge, die da vorkommen.

Unser Plädoyer – ich habe das vor 14 Tagen schon einmal gesagt – ist, dass wir viel enger mit den Sozialstrukturen in diesem Bereich zusammenarbeiten müssen, zum Beispiel mit den Frühen Hilfen. Wir selbst sind zurzeit auch dabei, entsprechende Modelle zu entwickeln: über den Innovationsfonds, aber auch über Strukturen wie in Nordrhein-Westfalen, wo wir das als „soziale Prävention“ bezeichnen.

Also: Ärzte und Patienten sowie die Erziehungsberechtigten müssen Hilfe an die Hand bekommen. Ich sehe das nicht nur als einen Teil dessen an, was notwendig ist, sondern glaube, da muss mehr geschehen, damit die Menschen auch da ankommen, wo sie hinsollen: dass sie das richtige Angebot nutzen und es dann auch wirklich bis zu Ende nutzen.

Dann muss es auch noch eine bessere Vernetzung zwischen den Strukturen geben. Ich glaube, dass die Patienten und ihre Eltern hier mehr Unterstützung brauchen. Man muss immer überlegen: Wer wird diese Angebote hauptsächlich in Anspruch nehmen? Das sind meist nicht die sozial gehobenen Strukturen, sondern sind zum großen Teil die sozial etwas niedrigeren Strukturen – Strukturen, die noch andere Probleme haben, Probleme psychosozialer Art usw. Insofern ist da jede Unterstützung willkommen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Das würden wir als DGSMP auch unterstützen. Wir hatten in unserer Stellungnahme schon ausgeführt, dass wir ein zusätzliches Beratungsangebot auch für sinnvoll erachten, zumindest für die Personen, die es in Anspruch nehmen. Vielleicht ist der Zugang nicht für alle niedrigschwellig genug. Wenn es eine Internetplattform ist, muss man sich damit zurechtfinden und gucken, ob es ein wirklich passgenaues Angebot ist. Hier bedarf es sicherlich der Unterstützung und Beratungsmöglichkeiten an einer Stelle, vielleicht auch außerhalb der GKV, in der Kommune.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Antworten? – Bitte, Herr Sauerbruch.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Ich kann das als Vertreter der Internisten nur für den Checkup-35 beantworten. Da kann ich eigentlich nur pauschal sagen: Alles, was der Verbreitung und gleichzeitig der Vereinfachung der Wahrnehmung dient, dass es den Checkup-35 gibt, befürworten wir selbstverständlich.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Waren die Antworten erschöpfend? – Weiter fragt die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Ich möchte auf die Personensorgeberechtigten zurückkommen. Könnten Sie erläutern, warum es so wichtig ist, dass der Arzt auch für die Eltern oder Personensorgeberechtigten so eine Präventionsempfehlung ausstellen darf? Und: Kann er das?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, Sie haben das Wort.

Frau Prof. Dr. Walter: Von den Kindern bis zu den Jugendlichen spielen die Personensorgeberechtigten für die Gesundheit ihrer Kinder eine ganz große Rolle. Wir haben natürlich Präventionsangebote, die sich an Kinder richten; aber gerade in den ersten Lebensjahren ist es doch entscheidend, dass praktisch auch die Erziehungskompetenz oder die Kompetenz der Eltern gestärkt wird. Die Kinder leben ja nicht im luftleeren Raum, sondern in den ersten Lebensjahren praktisch in einer Familie. Später sind sie in der Kita und in der Schule integriert. Trotzdem ist der Rückhalt in der Familie immer gegeben, die wesentlich die Gesundheit der Kinder mitbestimmt, definiert. Wir wissen, wie wichtig es ist, gerade auch die Elternkompetenz zu stärken, vor allem in den ersten Lebensjahren. Da geht das Kind ja nicht allein zum Arzt. Als Ansprechpartner sind immer die Eltern, insbesondere die Mutter, dabei. Der Arzt sollte auch einen Überblick über die familiären Beziehungen haben.

Daher sprechen wir uns auch dafür aus, die Personensorgeberechtigten bei Bedarf, wo es angezeigt ist, mit hineinzunehmen. Das ist vielleicht auf der einen Seite manchmal schwierig, wenn sie nicht in der gleichen Kas-

se versichert sind; aber ich meine, das sollte auch kassenübergreifend sein. Das muss auf jeden Fall angezeigt sein – zum Wohl des Kindes, und darum geht es auch.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Bitte, Herr Eßer.

Herr Dr. Eßer: Ich möchte das an einigen Beispielen festmachen. In Bezug auf die Ernährung scheint ja jedem klar zu sein, dass nicht das einjährige Kind für sich einkaufen geht, sondern das die Eltern dies tun müssen. Entsprechend muss man natürlich die Eltern in Bezug auf die Ernährung beraten.

Das Zweite ist Beratung in Bezug auf die Bewegung. Wir haben die vier-, fünfjährigen adipösen Kinder. Die Mutter geht mit dem Kind zum Arzt, da wird die Adipositas festgestellt und gesagt: „So, jetzt laufen wir mit dem Kind.“ Das heißt aber, dass das nicht unbedingt richtig ist, weil Laufen die Knie belastet, und bei einem sehr adipösen Kind haben Sie dann bereits in ganz früher Kindheit Arthrose-Erscheinungen. Dann ist das eben die falsche Maßnahme. Dementsprechend müssen die Eltern hier beraten werden. Es kann nicht sein, dass man nur dem Kind sagt: „Geh in den Turnverein und laufe einmal ordentlich, damit du deine Adipositas wegkommst.“

In Bezug auf die Stressbewältigung ist es, wenn Sie eine Mutter mit vier Kindern haben, von denen eines eventuell auch noch ADHS hat, sinnvoll, dass die Mutter beraten wird, wie sie ihren Stress bewältigt, wie sie ihre Kinder betreut, in der Kita, in der Schule, wie sie zu Hause alles organisiert usw. usf. Das sind ja prophylaktische Maßnahmen, die letztlich den Kindern dienen, wo ich aber die Stressbewältigung bei der Mutter sehe und nicht beim Kind.

Das nur als drei Beispiele.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, Sie haben sich noch einmal zu Wort gemeldet.

Frau Prof. Dr. Walter: Eine Ergänzung: Wir hatten auch angeregt, im Sinne eines grünen Rezeptes über die Empfehlung einer Präventionsmaßnahme hinauszugehen und auch alltagstaugliche, alltagsintegrierende Empfehlungen seitens des Arztes zu geben. Das muss natürlich in den Alltag integriert werden. Wir hatten hier ein Beispiel zum Walkingbus. Es gibt Initiativen in vielen Kommunen, dass die Kinder nicht nur in die Schule gefahren werden. Es gibt einen Walkingbus, was Eltern mit organisieren. Da ist zum Beispiel auch die Unterstützung der Eltern erforderlich.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Die Bundesärztekammer, die heute leider hier nicht vertreten ist, hat uns vorgeschlagen, dass wir die Präventionsempfehlung als Element eines ärztlichen Präventionsmanagements entwickeln. Was ist unter diesem Begriff überhaupt zu verstehen? Herr Eßer, Sie hatten es auch etwas in diese Richtung entwickelt: ärztliches Präventionsinstrument. Herr Sauerbruch und Frau Walter, können Sie uns sagen, inwieweit Sie die Präventionsempfehlung als eine Möglichkeit in diese Richtung sehen?

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Ja, selbstverständlich ist es eine Möglichkeit in diese Richtung. Gerade angesichts der Entwicklung der Erkrankungen der westlichen Zivilisation, der chronischen Erkrankungen, bedürfen wir eines solchen Schrittes.

Herr Dr. Eßer: Es gibt den Begriff „neue Morbiditäten“. Dazu gehören zum Beispiel ADHS, Adipositas, Bewegungsstörungen, Diabetes Typ II im Kindesalter und andere Erkrankungen. All das sind Erkrankungen, die letztlich durch Präventivmaßnahmen zu großen Teilen verhindert oder deutlich gelindert werden können. Das verstehe ich unter Präventionsmanagement. Das heißt, der Arzt ist nicht nur dazu da, letztlich zu heilen, sondern es gehört heute zur vernünftigen Auffassung eines Arztes, dass er im Präventivbereich aktiv tätig ist. Das um-

fasst den Sozialbereich. Man muss auch sehen, wie die Familie sozial strukturiert ist, wie die finanzielle Ausstattung der Familie ist, wie das Wohnumfeld ist, wie die Beziehung zwischen den Eltern ist. Dazu gehört auch, wie die Eigenschaften des Kindes sind, ob es Teilleistungsstörungen gibt usw. All das gehört dazu als Wissen, wie ich eine Prävention ausstatte.

Präventionsmanagement heißt, das auch mit anderen zusammen zu entwickeln. Der Arzt muss mit Jugendhilfestrukturen, mit den Angeboten der Krankenkassen und anderer Träger, die Präventivmaßnahmen für Kinder durchführen, vernetzt sein. Das ist ein ganz großer Block.

Wenn ich die Entwicklungen in der Kinder- und Jugendmedizin in den letzten zwanzig, dreißig Jahren sehe, stelle ich fest, dass dies für uns immer wichtiger wird. Der Arzt hat heute nicht primär nur die heilende Aufgabe, sondern hat wirklich die Aufgabe, präventiv tätig zu sein, um zu vermeiden, dass sich Krankheiten überhaupt entwickeln. Das verstehen wir unter Präventionsmanagement.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter bitte als Nächste, dann Herr Cornberg.

Frau Prof. Dr. Walter: Präventionsmanagement heißt für uns auch, dass es nicht nur bei dieser Empfehlung bleibt, sondern sie muss auch nachgehalten werden. Man muss also auch bei dem nächsten Zug gucken, was daraus folgt oder wie weit die Integration in den Alltag möglich gewesen ist oder ob die Präventionsempfehlung noch einmal angepasst werden muss. Es gibt bereits in dem Disease-Management-Programm entsprechende Instrumente. Da wäre zu gucken, ob diese nicht auch hier mit hineingenommen und auch angepasst werden können.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Cornberg.

Herr Dr. Cornberg: Präventionsmanagement ist ein wichtiger Begriff. Er sollte auch evidenzbasiert sein, damit man diese Empfehlungen wirklich auf einer guten Grundlage ausspricht. Für vernünftiges ärztliches Handeln ist das wichtig. Denn es nützt nichts, wenn ein Arzt seinem Patienten sagt: „Sie sind zu dick ist, nehmen Sie ab, das ist gut für Sie“, sondern es sollte auch eine harte Evidenz geben, dass das etwas bringt.

Noch einmal zurückkommend auf die Werte, die in einem solchen Checkup bestimmt werden: Wenn gesagt wird, dass so ein erhöhter Wert auch mit Krankheit, mit einer erhöhten Mortalität assoziiert ist und man da etwas tun, abnehmen oder Lifestyle-Änderungen vornehmen – Ernährungsprogramme - kann, dann ändert der Betroffene auch etwas. Die Mortalität sinkt oder die Fibrose geht runter oder was auch immer.

Das ist ein wichtiger Punkt, das als Management zu sehen. Wir erleben es in der Klinik, dass die Patienten kommen, wenn sozusagen das Kind in den Brunnen gefallen ist. Also: Prävention ist, glaube ich, viel wichtiger als alles andere.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Ich habe eine Frage zu den vulnerablen Zielgruppen, also Migranten, ärmere Bevölkerungsgruppen, und zwar insbesondere in Verbindung mit dem Checkup-35. Sie hatten gesagt, dass dieser so wichtig ist, dass genau da die Werte bestimmt werden, mit der Evidenz. Sie könnten länger leben, wenn Sie jetzt etwas tun. – Sehen Sie eine Möglichkeit, dass Sie als Ärzte dann auch die vulnerablen Zielgruppen erreichen und in solche Kurse bekommen? Wir wissen, dass bisher nur Akademikerinnen in diese Kurse gehen.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Die Migranten sind, wenn man sich die vulnerablen Zielgruppen anschaut, mehr – dazu kann Herr Cornberg noch sagen – von chronischer Hepatitis betroffen. Die würde man damit erreichen. Sie benötigen keine Hinweise bezüglich ihres Lifestyles, sondern bedürften einer Behandlung ihrer chronischen Hepatitis. Das ist die eine vulnerable Zielgruppe.

Die andere vulnerable Zielgruppe ist die breite Masse der Bevölkerung, die aufgrund unserer westlichen Zivilisationskrankheiten betroffen ist. Wie weit diese durch den Checkup-35 erreicht werden kann, hängt ganz entscheidend von den Ärzten ab. Die Frequenz, mit der Ärzte aufgesucht werden, ist in Deutschland sehr hoch. Insofern müsste man diese erreichen können.

Vielleicht möchte Herr Cornberg noch etwas dazu sagen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Cornberg, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Cornberg: Was vulnerable Gruppen, Migranten betrifft, haben wir Untersuchungen dazu durchgeführt, wie häufig eine Hepatitis ist. Man hat vielleicht auch Ängste, dass uns diese Rolle, wenn viele Flüchtlinge kommen, überwältigt. So ist es nun auch nicht. Natürlich müssen diese Personen erreicht werden. Ich weiß nicht, ob es Daten dazu gibt, ob so ein Checkup in vulnerablen Gruppen weniger häufig angenommen wird. Ich meine, hier ist Bedarf, dass dafür auch Werbung gemacht und dieser Checkup dort angenommen wird und vielleicht auch Ärzte ausgebildet werden; Türkisch oder Russisch sprechende Ärzte gibt es ja. Wir haben auch ein Netzwerk mit Türkisch sprechenden Ärzten gehabt und Untersuchungen gemacht, wie häufig Hepatitis B da ist. Dass man diese Checkup-35-Untersuchungen in diese Gruppen bringt, ist enorm wichtig. Um wieder auf die Leber zu sprechen zu kommen: Unter Migranten ist Hepatitis B und C natürlich deutlich häufiger. Das ist eine übertragbare Erkrankung, andere Personen können sich anstecken. Mit der Identifizierung dieser Patienten kann man auch weitere Transmissionen dieser infektiösen Erkrankungen verhindern.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Walter, bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Man muss auch die Angebotsseite noch einmal betrachten: Haben wir genügend Angebote, die wirklich passen? Es gibt inzwischen auch Angebote für Migranten, zum Beispiel das MiMi-Projekt „Mit Migranten für Migranten“, die auch Moderatoren einbeziehen. Da muss man sicherlich gucken: An wen verweist man da? Wo gibt es kulturelle Sensibilitäten? Gerade im Bereich der Bewegung ist bei Frauen beim Schwimmengehen beispielsweise die Frage: Gibt es Öffnungszeiten für Frauen in entsprechenden Bädern? Solche Aspekte sind ebenfalls zu betrachten, damit man weiß: Dorthin kann ich Personen verweisen, und sie sind dort gut untergebracht. Da ist sicher einiges zu tun.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Bitte, Herr Eßer.

Herr Dr. Eßer: Unter vulnerablen Zielgruppen verstehe ich in der Kinder- und Jugendmedizin diejenigen, die in unsere Strukturen nicht integriert sind. Man muss sehen, dass etwa 10 bis 15 Prozent unserer Kinder psychische Auffälligkeiten haben, dass ungefähr 10 bis 15 Prozent der Kinder in Armut leben, also psychosoziale Probleme haben, bildungsfern leben und dementsprechend auch gesundheitlich gefährdet sind.

Es gibt auch Gruppen, die durch Behinderungen zu den vulnerablen gehören. Wir gehen davon aus, dass 15 bis 20 Prozent unserer Kinder größere oder kleinere Behinderungen haben. Das sind also nicht unwesentliche Bevölkerungszahlen.

Aber auf der anderen Seite –eben wurde von Zahlen gesprochen - ist es so, dass 98 Prozent aller Kinder im ersten Lebensjahr zu den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt werden, also fast flächendeckend. Deswegen ist die Idee, Präventionsempfehlungen mit den Früherkennungsuntersuchungen zu kombinieren, sicherlich richtig.

Bei der Frage, wie nachhaltig die Empfehlung ist, kommen wir wieder zu den Punkten, die wir eben genannt haben: Die Angebote müssen passen, sonst werden sie nicht angenommen. Die Angebote müssen ortsnahe sein – Quartiersdenken ist hier sicherlich auch gefragt. Die Angebote müssen so sein, dass sie auf Dauer und bis zum Ende genutzt werden. Und es müssen Rückmeldungen erfolgen, sonst ist diese gesamte Präventions-

empfehlung etwas, was keinen Sinn, sondern nur Arbeit macht. Deswegen unsere dringende Bitte, wie ich es eben schon vorgetragen habe, es nicht bei einer Präventionsempfehlung zu belassen, sondern auch Ausführungen dazu zu machen, wie sie qualitativ durchgeführt und wie sie auch zu Ende gebracht wird.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war jetzt noch einmal die Verstärkerfunktion der Verstärkerfunktion. Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Die letzte Frage der Patientenvertretung richtet sich an das Textfeld oder Kästchen „Suchtmittelkonsum“. Dabei haben wir ein bisschen das Problem, dass insgesamt – Copy and paste aus dem Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen - die vier Felder erwähnt wurden. Sie haben richtigerweise schon darauf hingewiesen, dass Stressmanagement für Kinder ungeeignet ist. Wir fragen uns auch, ob hier „Suchtmittelkonsum“ die richtige Bezeichnung ist. Sie wurde ursprünglich für einen Profi entwickelt, um die Angebotsstruktur zu verdeutlichen. Aber wie wird es sich auswirken, wenn Eltern oder überhaupt Erwachsene ein Kreuz in dem Feld „Suchtmittelkonsum“ haben? Fühlen sie sich dadurch möglicherweise stigmatisiert? Und was würden Sie hier auf die Präventionsempfehlung zu schreiben empfehlen?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich würde es bei dem Wort „Suchtmittelkonsum“ belassen. Es ist zumindest ein Hinweis für die Eltern darauf, dass auch sie letztlich gefragt sind, wenn es um die Bedürfnisse der Kinder geht.

Man wird es als Arzt, glaube ich, nie ankreuzen, wenn Eltern rauchen oder - in Maßen - trinken oder auch drogenabhängig sind, weil letztlich die Früherkennungsuntersuchung für die Kinder da ist. Aber wenn es auf der Präventionsempfehlung steht, ist es ein Hinweis für die Eltern, dass auch sie überlegen müssten, was sie letztlich in die gesamte Struktur einbringen. Deswegen würde ich es drin lassen, auch wenn ich weiß, dass es nicht genau passt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Die Begrifflichkeiten muss man, glaube ich, insgesamt noch einmal schärfen und gucken, was die Nutzer darunter verstehen und wie es bei den Nutzern in den unterschiedlichen Zielgruppen, die wir erreichen möchten, ankommt. Das betrifft auch die Bewegung, das Stressmanagement, wie Sie gerade schon angeführt haben, den Suchtmittelkonsum – oder ist „Umgang mit Suchtmitteln“ besser geeignet? Es ist, wie gesagt, ein großes Plädoyer, da zu schauen: Ist es nutzerorientiert ausgestaltet?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Sauerbruch.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Bezogen auf die Erwachsenen, betrifft das Problem des Suchtmittelkonsums vor allem den Alkohol, auch wenn er möglicherweise als synthetisches Suchtmittel kein in der Gesellschaft akzeptiertes Suchtmittel ist. Aber er führt zu erheblichen Folgekosten im Gesundheitssystem in Deutschland. Insofern kann man noch einmal dafür plädieren, dass das hineingenommen wird. Ob das dann ehrlich ausgefüllt wird, ist die nächste Frage; aber es ist ein wichtiger Punkt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war die vorletzte Frage der Patientenvertretung?

Patientenvertretung: Entgegen meiner Ankündigung muss ich noch einmal nachfragen. Herr Eßer, Sie haben gerade gesagt, man würde es als Arzt nie ankreuzen, wenn die Eltern rauchen. Das ist natürlich kurios; denn genau das ist ja der Grund: Wir haben dieses Kästchen dafür, um in die entsprechende Kategorie zu kommen, die vor allem aus Nichtraucherkursen besteht. Dann würden Sie, wenn Sie meinen, man würde es als Arzt nie

ankreuzen, wenn die Eltern rauchen, praktisch sagen: Das ist so diskriminierungsbehaftet, dass man das in der Praxis sowieso nicht verwenden kann? Habe ich das richtig interpretiert?

Herr Dr. Eßer: Ja, im Grunde haben Sie es richtig interpretiert.

Patientenvertretung: Danke. Keine weiteren Fragen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Noch einmal sicherheitshalber: Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich herzlich bei Ihnen, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben. Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Die Anhörungen – einschließlich Anhörung III – sind geschlossen.

Schluss der Anhörung: 11:54 Uhr

B-7.3 Würdigung der mündlichen Stellungnahmen

Stand: 23.06.2016



Würdigung der mündlichen Stellungnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur

Mündlichen Anhörung

gemäß 5. Kapitel § 19 Abs. 2 Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses

hier:

- Änderung der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL): Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionsempfehlung) und Präventionsempfehlungs-Richtlinie (Erstfassung)
- Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (GU-RL): Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionsempfehlung) und Präventionsempfehlungs-Richtlinie (Erstfassung)
- Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Kinder-Richtlinie vom 18.06.2015: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 5 SGB V (Präventionsempfehlung) und Präventionsempfehlungs-Richtlinie (Erstfassung)

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

am 28. April 2016

von 11.07 Uhr bis 11.54 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM):**

Herr Prof. Dr. Sauerbruch
Herr Dr. Cornberg

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ):**

Herr Dr. Eßer

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP):**

Frau Prof. Dr. Walter

(11.07 Uhr: Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Meine Dame, meine Herren, ich darf Sie herzlich hier zur Anhörung begrüßen. Offiziell haben wir Anhörungen I, II und III. Da die Themenstellungen aber zusammengehören, haben wir beschlossen, dass Sie bei allen Anhörungsthemen dabei sein können, wenn Sie damit einverstanden sind. Ich darf die eingeladenen Vertreter begrüßen: Herrn Eßer, Frau Walter und Herrn Sauerbruch sowie Herrn Cornberg. Wir sind übereingekommen, dass wir uns hier ohne Titel anreden; ich hoffe, Sie sind einverstanden.

Ich darf Sie bitten, wenn Sie das Wort ergreifen, das Mikrofon zu benutzen, denn wir haben heute Stenografen hier, die Ihre Worte akribisch aufschreiben und für die Ewigkeit festhalten. Das heißt, wir werden dieses Beratungsverfahren dokumentieren, und Sie werden dort Ihre Namen und Wortmeldungen wiederfinden.

Ich möchte Ihnen außerdem die hier vertretenen Gremien vorstellen. Links von Ihnen sitzt die Patientenvertretung, daneben der GKV-Spitzenverband, hier ist die Geschäftsstelle des G-BA, rechts von Ihnen sitzen die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und daneben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Wir beide, Frau Bert und ich, sind die Vorsitzenden des Unterausschusses Methodenbewertung, und wir haben die Freude, diese Anhörung durchzuführen.

Wenn ich „Anhörung“ sage, dann muss ich Sie auch auf unsere Verfahrensordnung aufmerksam machen. Unsere Verfahrensordnung sagt zur Durchführung der Anhörung Folgendes: Die mündliche Stellungnahme dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen. - Das heißt, von Ihnen würden wir gern hören, ob sich irgendetwas zwischen schriftlicher und mündlicher Stellungnahme ergeben hat, was noch vortragbar wäre, denn Ihre schriftlichen Stellungnahmen kennen wir. Wir haben sie gründlich durchgearbeitet; insoweit sind sie uns bestens bekannt.

Nun führen wir nicht die erste Anhörung durch, weshalb wir wissen, dass es den einen oder anderen drängt, uns seine schriftliche Stellungnahme noch einmal als Verstärkerfunktion nahezubringen. Zwar würden wir uns das auch gern noch einmal anhören, jedoch bitte ich Sie, sich dabei auf die Highlights zu beschränken und nicht von der ersten bis zur letzten Seite alles noch einmal vorzutragen.

Das waren meine Vorbemerkungen. Jetzt darf ich trotzdem nach Anhörung I, Anhörung II und Anhörung III trennen. Zur Anhörung I sind Herr Eßer und Frau Walter „anhörungsberechtigt“. Wer möchte als Erster? – Herr Eßer, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Eßer: Herzlichen Dank für die Möglichkeit der nochmaligen Stellungnahme. Die schriftlichen Unterlagen haben wir Ihnen bereits zugesandt. Ich will mich auf einige Punkte, die sich neu ergeben haben, beschränken.

Im Bereich der Präventionsempfehlung - hierum handelt es sich offensichtlich bei Anhörung I – steht geschrieben, dass ein Auftrag an die Krankenkassen delegiert werden sollte. Dazu meinen wir Folgendes:

Erstens: Wir haben den dringenden Wunsch, die Angebote krankenkassenübergreifend zu gestalten. Es ist kaum erklärbar, dass für bestimmte Erkrankungen bestimmte Krankenkassen bestimmte Präventionsmaßnahmen vorhalten. Man kann nicht nur an große Städte, sondern muss auch an kleine Regionen denken, und da erscheint es uns absolut sinnvoll, dass solche Angebote krankenkassenübergreifend gemacht werden. Es müsste auch die Möglichkeit bestehen, dass sich Krankenkassen in Bezug auf solche Angebote einigen.

Zweitens: Es wird hier von „standardisierten Angeboten“ gesprochen. Diese standardisierten Angebote sollten unserer Meinung nach zertifiziert und evaluiert sein. Es stellt sich natürlich noch die Frage, wer das nun zertifiziert und evaluiert, das überlasse ich Ihnen. Aber das Angebot sollte qualitativ sehr gut sein, und unserer Meinung nach sollte dies auch im Vorhinein bereits geklärt sein.

Drittens: Wir wünschen uns dringend, dass auch eine direkte Inanspruchnahme von Angeboten möglich ist, die der Arzt empfiehlt. Es ist gerade für Familien mit kleinen Kindern schwierig, nachdem sie beim Arzt gewesen sind, dann noch die richtige Krankenkasse am richtigen Ort aufzusuchen und dort mit dem Sachbearbeiter zu klären, was denn nun das richtige Angebot für die Kinder ist. Wenn der Arzt das weiß und er die Angebote auch kennt, dann sollte er die Möglichkeit haben, direkt dorthin zu verweisen - ohne noch diesen Weg über die Krankenkasse. Das ist uns ein dringendes Anliegen. Wir glauben, dass all die Präventionsempfehlungen ansonsten in den Wind geschossen sind, weil viele Eltern diese Präventionsempfehlungen dann gar nicht wahrnehmen.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Die angesprochenen Punkte „Erstens“ bis „Drittens“ liegen nicht im gesetzlichen Regelungsbereich des G-BA.
Patientenvertretung	Zu 1. Zur kassenübergreifenden Ausgestaltung sieht das PräVG in § 20 Abs. 5 vor, dass alle Angebote auf der Internetseite des GKV-SV zu veröffentlichen sind, um Angebotstransparenz herzustellen. Diese Internetseite sollte auf dem PräVE-Formular aufgenommen sein.

	<p>Zu 2. Die vom DGKJ angemahnte Zertifizierung ist Inhalt des PräVg und sollte in der BE aufgenommen werden.</p> <p>Zu 3. Die direkte Inanspruchnahme ist auch aktuell schon in der Praxis der Regelfall (zB: direkte Inanspruchnahme von Kursen in Fitnessstudios). Dies sollte auch auf der Grundlage der Ärztlichen Präventionsempfehlung möglich sein.</p>
--	---

Viertens: Wir bitten darum, dass in den Präventionsempfehlungen darauf hingewiesen wird, dass eine solche Präventionsempfehlung nicht nur im Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung ausgestellt werden kann. Diese kann im Prinzip bei jeder kurativen Leistung ausgestellt werden. Es ist nach unserer Kenntnis nicht davon abhängig, dass man gerade eine Früherkennungsuntersuchung macht.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Der Hinweis wurde bereits im Rahmen der Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen berücksichtigt.
Patientenvertretung	Die Patientenvertretung begrüßt den Hinweis. Durch eine einheitliche RL Präventionsempfehlung wird dieser wichtige Sachverhalt deutlich herausgestellt.

Fünftens: Wir stimmen mit der KBV darin überein, dass zusätzlich zu den drei Möglichkeiten - Bewegung, Ernährung, Suchtverhalten - ich mache einmal drei Fragezeichen dahinter, denn wer wird denn bei den kleinen Kindern nach Suchtverhalten gefragt; sind das die Eltern, oder hat das Kind ein Suchtverhalten; der Normierung halber sollte man es drin lassen - der Punkt „Sonstiges“ eingefügt wird. Denn es gibt viele Möglichkeiten, die offeriert werden können und die eben nicht unter „Bewegung“, „Ernährung“ und „Suchtverhalten“ fallen. Das wäre ein weiteres Angebot, das wir ihnen unterbreiten, dass dringend eingestellt werden sollte.

Würdigung der Stellungnahme	
KBV/Patientenvertretung	Der Hinweis zu „Sonstiges“ wird begrüßt.
Patientenvertretung (zusätzlich)	Der Hinweis auf die Problematik des Items „Suchtprävention“ wird unterstrichen. Der Begriff stammt aus dem Leitfaden Prävention der Krankenkassen, der Kostenträger und Leistungserbringer anspricht. Für das Formular der PräV ist der Begriff nicht geeignet, sondern sollte durch „Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln“ ersetzt werden.

In diesem Zusammenhang ist dann noch die Frage zu klären, wem diese Angebote unterbreitet werden. Es geht nicht aus den Vorlagen hervor, ob diese Angebote nun für die Eltern gemacht werden - das wäre zum Beispiel Erziehungsberatung, Ernährungsberatung - oder es ein Angebot für das Kind ist, zum Beispiel Bewegung oder Ähnliches. Man könnte sich auch vorstellen, dass die adipöse Mutter die Bewegung braucht und weniger das Kind. Insofern sollte man hier auch ganz klar darstellen, dass das so oder so gedacht ist, und das sollte man dann auch in der Präventionsempfehlung schon im Vordruck unterbringen.

Das sind die Punkte, die ich Ihnen benennen wollte.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Der Hinweis hinsichtlich der Personensorgeberechtigten wurde im Rahmen zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung in der Kinder-RL berücksichtigt.
Patientenvertretung	Der Hinweis wird begrüßt. In § 1 (4) der RL PräV (BE der PatV) wird explizit darauf hingewiesen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. - Frau Walter.

Frau Prof. Dr. Walter: Herzlichen Dank für die Möglichkeit, eine Stellungnahme abzugeben. Sie haben gesehen, es war ein wenig eine übergreifende Stellungnahme, die sich also auf alle drei Bereiche bezieht. Umso mehr freue ich mich, dass die heutigen Anhörungen zusammengelegt worden sind.

Ich denke, der Aspekt der Gesundheitsförderung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit sollte bei den Zielen mit hineinkommen; es wird auch in § 20 noch einmal darauf rekurriert.

Würdigung der Stellungnahme	
Patientenvertretung	In der BE Präve der PatV wird dieser Aspekt in § 1 (3) aufgegriffen.

Die Zielgruppen sollten präzisiert werden. Ich danke Herrn Eßer, dass Sie angesprochen haben, dass auch die Eltern bzw. die Personensorgeberechtigten ein wichtiger Adressat sind und es auch darum gehen muss, dass nicht nur die Jugendlichen und die Kinder Leistungen in Anspruch nehmen können, sondern auch die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten. Entsprechend müssten die Formulare ausgeführt werden. Darauf hatten wir einen großen Aspekt gerichtet. Wir plädieren dafür, dass nicht nur die jetzigen Handlungsbereiche aufgenommen, sondern sie ergänzt werden, um hinreichend Spielraum für die Zukunft zu lassen. Sie müssten auch hinsichtlich ihrer Begrifflichkeiten präzisiert werden. Es ist jetzt Stressmanagement enthalten. Wir wissen, dass bei Kindern und Jugendlichen eher die Stärkung der Lebenskompetenz angezeigt ist. Es wäre auch die Frage, ob nicht bei den Eltern zum Beispiel Elternkompetenz im Fokus stünde und zum Wohl der Kinder auch aufgeführt werden sollte.

Würdigung der Stellungnahme	
Patientenvertretung	Der Hinweis wird begrüßt und in der BE Präve der PatV in der Anlage 1 aufgegriffen.

Prinzipiell wäre es, denke ich, wichtig zu gucken, ob nicht nur bestimmte Präventionsmaßnahmen in Anspruch genommen werden sollten, sondern auch das Formular entsprechend genutzt werden kann, um allgemeine Präventionsempfehlungen oder präzisierte Präventionsempfehlungen zu geben. Auch hier plädieren wir generell dafür, dieses Formular zu präzisieren, auch in leichter Sprache für die Nutzer zu verfassen und für die Professionellen auch entsprechende Kataloge vorzugeben oder Vorschläge zu unterbreiten.

Würdigung der Stellungnahme	
Patientenvertretung	Der Hinweis wird begrüßt und in der BE Präve der PatV berücksichtigt, in dem auf dem Formular (Anlage 1) die Internetseite des GKV-Spitzenverbandes genannt wird.

Die Frage ist darüber hinaus: Brauchen wir vielleicht auch niedrigschwellige Beratungsangebote? Wo kann man was in Anspruch nehmen? Oder: Welche Maßnahmen sind besonders geeignet? Das hatten wir auch in der Stellungnahme weiter ausgeführt. – So weit erst einmal dazu.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Die Begrifflichkeiten orientieren sich an dem Leitfaden Prävention. Dieser Leitfaden wird vom GKV-SV unter Einbeziehung fachlicher Expertise gemäß § 20 Absatz 2 SGB V kontinuierlich weiterentwickelt.
Patientenvertretung	Der Hinweis auf die Problematik des Items „Suchtprävention“ wird unterstrichen. Der Begriff stammt aus dem Leitfaden Prävention der Krankenkassen, der Kostenträger und Leistungserbringer anspricht. Für das Formular der PrävE ist der Begriff nicht geeignet, sondern sollte durch „Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln“ ersetzt werden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Walter.

Jetzt würde ich zur Anhörung II übergehen, wo die beiden Herren anhörungsberechtigt sind. Frau Walter, Sie sagten, dass sich Ihre Stellungnahme über alle drei Punkte erstreckt. Insoweit gehe ich jetzt offiziell zu Anhörung II über und dann wieder zu Herrn Eßer, zu Punkt III, zurück. Ich würde die Fragesteller bitten, wenn Sie Fragen an die Anhörungsberechtigten haben, zu sagen, auf welche Ausgestaltung der Präventionsempfehlungen Sie sich jeweils beziehen. – Wer von den beiden Herren möchte zuerst sprechen?

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Ich darf vielleicht beginnen. Ich sitze hier für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Die Gesellschaft hat diesen Vorschlag zur neuen Ausgestaltung bekommen, hat ihn noch einmal an ihre Schwerpunkte weitergeschickt. Die Kommentare der einzelnen Schwerpunkte waren so, dass die meisten ganz einverstanden waren.

Die Gesellschaft selbst, die Dachgesellschaft Innere Medizin, hat in ihrem Schreiben an Sie noch einmal darauf hingewiesen, dass man standardisiert Gewicht, Größe und Bauchumfang als Parameter für ein metabolisches Syndrom abfragen sollte. Es ging nicht klar hervor, ob das der Fall ist.

Sie hat dann noch eine Stellungnahme von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen bekommen mit dem Hinweis auf das Fehlen der Abfrage von Lebererkrankungen. Die Leber ist ein ganz zentrales Stoffwechselorgan.

Die rechtzeitige Abfragung, zum Beispiel, indem ein Parameter, eine Transaminase, bestimmt wird, führt dazu, dass man prognostisch eine Reihe von Aussagen hinsichtlich chronischer Hepatitis, hinsichtlich Übergewicht, hinsichtlich Herzkranz-Kreislauf-Erkrankungen treffen kann.

Das waren die wesentlichen Punkte für die Frage Checkup-35-Untersuchung. Ich möchte an Herrn Cornberg, der gerade zu den die Leber betreffenden Fragen noch einmal Stellung nehmen kann, weitergeben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Sauerbruch. Herr Cornberg, dann haben Sie das Wort.

Herr Dr. Cornberg: Neben der Mitgliedschaft in der DGVS bin ich auch Medizinischer Geschäftsführer der Deutschen Leberstiftung. Wir beschäftigen uns schon seit langer Zeit mit der Problematik, die Leber mehr in den Fokus zu rücken, weil seit ungefähr zehn Jahren auch Lebererkrankungen wirklich behandelbar sind. Das war lange Zeit nicht der Fall. Das ist neu: Hepatitis C ist heilbar - da gibt es viele Diskussionen um die Kosten. Hepatitis B ist sehr gut zu behandeln.

Ein Riesenproblem, das auf uns zurollt, ist die metabolische Lebererkrankung, die Fettleberhepatitis. Wir schätzen, drei bis fünf Millionen Personen in Deutschland sind betroffen. Das ist natürlich nicht ganz klar, aber wir wissen, dass die Erhöhung von Leberwerten mit Mortalität assoziiert ist. Zur Datenlage gibt es da auch ein neues Paper aus Korea, das erstmalig zeigt, dass die ALT-Erhöhung, dieses Werts, um den es geht, auch mit Mortalität assoziiert ist und man doch mit einfachen Mitteln, auch wenn es um die Fettleberhepatitis geht, mit Lifestyle-Änderungen – dazu gibt es gute Arbeiten – die Mortalität senken und auch eine Fibrose verbessern kann.

Deswegen das Plädoyer, die ALT als spezifischen Lebermarker mit in den Fokus zu bringen, um auch Lebererkrankungen rechtzeitig zu erkennen, die wirklich gut zu behandeln sind. Es gibt eigentlich nur eine Lebererkrankung - die PSC, die selten ist -, die im Prinzip nicht zu behandeln ist. Sonst sind alle Lebererkrankungen wirklich gut behandelbar, teilweise heilbar.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/Patientenvertretung	Die Vorschläge zur Änderung der Gesundheitsuntersuchung sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens. Diese Vorschläge werden der zuständigen Arbeitsgruppe zur Verfügung gestellt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Sie haben mit einer Handbewegung gerade zurückverwiesen. Geht es um eine Ergänzung?

Herr Prof. Dr. Sauberbruch: Übergeordnet von der inneren Medizin her braucht man das nicht zu ergänzen. Man muss nur noch einmal sagen: Die Leber ist das zentrale

Stoffwechselorgan und weist nicht nur auf Lebererkrankungen, sondern auf eine ganze Reihe von anderen Erkrankungen hin, die gerade mit der Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden sind. Insofern hat so ein Parameter sicherlich auch einen prognostischen Wert.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank für diese Ergänzung.

Ich komme zu Anhörung III. Herr Eßer, Sie haben noch einmal das Wort.

Herr Dr. Eßer: Ich spreche nochmals für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, diesmal zum Thema Jugendgesundheitsuntersuchungen. Dazu habe ich noch einige Anmerkungen; das Schriftliche liegt Ihnen ja vor.

Ihnen ist bekannt, dass das vollendete 13. Lebensjahr bis vollendete 14. Lebensjahr der Zeitpunkt ist, wo diese Untersuchung gemacht wird. Ich halte diese Einschränkung für ausgesprochen gewagt, denn dies nur in einem Jahr durchzuführen wird mit Sicherheit eine Menge Eltern überfordern, die nicht so terminfest sind, dass sie es schaffen, das alles in einem Jahr zu bewältigen. Man muss auch sehen, dass die Ärzte auch nicht unbedingt innerhalb von einem oder zwei Monaten Termine für eine solche Untersuchung geben. Es wäre also zu überlegen, ob man diesen Zeitraum nicht etwas verlängert.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV- SV/KBV/KZBV/Patientenvertretung	Die Ausweitung des Untersuchungsintervalls ist nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.

Der zweite Punkt ist, dass wir darum bitten, dass der Punkt „Sonstiges“ hier wiederum eingeführt wird; denn es sind nicht nur Bewegung, Stressbewältigung, Ernährung, sondern es sind auch andere Punkte. Diese sollten zumindest mit „Sonstiges“ angekreuzt werden. Wünschenswert wäre natürlich, dass der Arzt mit hineinschreibt, was er unter „Sonstigem“ versteht, und das eventuell auch in die Präventionsempfehlung mit hineinnimmt.

Würdigung der Stellungnahme	
Patientenvertretung	Der Hinweis wird begrüßt und in der BE Präve der PatV berücksichtigt, in dem auf dem Formular (Anlage 1) ein entsprechendes Freitextfeld vorgesehen ist.

Das Dritte ist, dass wir wiederum darum bitten, dass die Angebote krankenkassenübergreifend sind, dass sie zertifiziert und evaluiert sind. Das ist uns sehr, sehr wichtig. Sonst kann man sie nicht guten Gewissens hinschicken.

Würdigung der Stellungnahme	
Patientenvertretung	Der Hinweis wird begrüßt. In der BE PräVE der PatV wird auf dem Formular (Anlage 1) die Internetseite des GKV-Spitzenverbandes genannt, auf der alle zertifizierten Angebote zu listen sind.

Das Nächste ist, dass wieder geklärt werden sollte, für wen denn nun die Präventionsempfehlung da ist. Das können auch bei einem 14-Jährigen noch Vater oder Mutter sein, wenn Beziehungsstörungen vorhanden sind, auch vielleicht, wenn Suchtverhalten oder psychische Erkrankungen bei den Eltern vorhanden sind. Es kann aber auch sein, dass die Präventionsempfehlung wirklich für den Patienten selbst gilt. Auch das sollte genau deklariert werden.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Siehe Würdigung oben.
Patientenvertretung	Der Hinweis wird begrüßt. Die PatV verweist darauf, dass die Neuregelung des PräVG in dem BE JU-RL <i>nicht</i> berücksichtigt wird.

Ein mehr formaler Punkt – das ist ein dringender Wunsch von uns -: Wir sind nicht Fachärzte für Kinderheilkunde, sondern Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Das spiegelt sich dann ja auch in der Jugendgesundheitsuntersuchung wider. Ich bitte, dies redaktionell zu ändern.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV	Der Hinweis wird begrüßt und entsprechend im Beschlussentwurf zur Änderung der Jugendgesundheitsuntersuchungsrichtlinie berücksichtigt.

Der letzte Punkt ist, dass wir darum bitten – das gilt eigentlich auch für die Früherkennungsuntersuchungen -, dass es für diejenigen, die die therapeutischen oder beratenden Maßnahmen durchgeführt haben, verpflichtend ist, dass sie eine Rückmeldung an den Arzt geben: erstens, ob der Patient überhaupt dort angekommen ist – das halten wir für wichtig, das hat auch etwas mit Nachhaltigkeit zu tun – und zweitens eine Information

darüber, was geleistet worden und wie der Erfolg der Behandlung ist. Die Ärzte sind auch verpflichtet, Briefe zu schreiben. Ich sehe nicht ein, warum nicht Erziehungsberatungsstellen oder andere Institutionen auch kurze Dokumente verfassen und denjenigen, die die Überweisung vorgenommen haben, die entsprechende Informationen zurückgeben sollten.

Das sind die Punkte, die ich noch anbringen wollte.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Hinsichtlich Angebot und Organisation der Durchführung der primärpräventiven Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V hat der G-BA keine Regelungskompetenz.
Patientenvertretung	Der Hinweis wird vom Grundsatz her begrüßt. Es konnte jedoch in der juristischen Würdigung keine abschließende Klärung hergestellt werden, ob es sich bei der PräVE um eine Überweisung in dem o.a. Sinne handelt und die hier skizzierte Rückmeldeschleife möglich ist. Sie sollte jedoch in zukünftigen Überlegungen zur Ausgestaltung der PräVE durch GBA und GKV-SV berücksichtigt werden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Eßer. Jetzt bitte Fragen vonseiten der Bänke, von links und rechts. – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Meine Frage bezieht sich auf die Präventionsempfehlungsrichtlinie und richtet sich an alle vier Stellungnehmer. Sehen Sie einen Vorteil in einer eigenständigen Präventionsempfehlungsrichtlinie, insbesondere im Hinblick darauf, dass diese Präventionsempfehlung im Rahmen eines jeglichen kurativen Kontakts auch ausgestellt werden darf und nicht nur im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung oder des Checkup-35?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer fühlt sich zuerst angesprochen? - Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich bin für diese Präventionsempfehlung. Ich weiß, dass viele Kollegen eine Kritik an der Präventionsempfehlung haben, weil das auch wieder mit Papier zu tun hat. Aber ich meine, dass die jungen Patienten und die Eltern etwas in die Hand bekommen müssen. Das hat auch etwas mit „verpflichtend“ zu tun. Man muss die Botschaft auch weitergeben. Wenn wir das nicht in dieser formalen Art machen würden, dann würde jede Präventionsempfehlung hintenüberkippen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter hatte sich dann gemeldet. Bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Wir würden dies auch als DGSMP unterstützen. Es bekommt dadurch auch noch einmal ein besseres Gewicht und verstärkt auch die Präventionsbemühungen im Rahmen des Präventionsgesetzes. Wir wissen natürlich, dass gerade für bestimmte vulnerable Zielgruppen die Empfehlung durch den Arzt noch einmal sehr wichtig ist, um auch Prävention in Anspruch zu nehmen. Sie erlaubt auch noch einmal eine detailliertere Ausgestaltung.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Sauerbruch, bitte.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ist auch für die Präventionsempfehlung gerade im Hinblick auf all die Probleme des Übergewichts oder kardiovaskulärer Erkrankungen, die sich anschließen können.

Herr Dr. Cornberg: Ich habe nichts hinzuzufügen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Noch einmal die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Es lag vielleicht ein kleines Missverständnis in der Frage, Herr Prof. Sauerbruch und Herr Dr. Eßer. Die Frage richtete sich nicht nur darauf, ob die Präventionsempfehlung grundsätzlich für richtig angesehen wird - sie ist ja nun Gesetz -, sondern darauf, wie man die Ausgestaltung regelt. Frau Walter hatte dazu ausgeführt, dass eine eigenständige Richtlinie das Bessere ist. Das ist ja ein bisschen das, was uns heute die Konfusion bereitet, dass wir den Vorschlag dreier Richtlinienänderungen haben, nämlich Einführung jeweils dieses Satzes in die Kinder-, Jugend- und Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie, oder aber eine eigenständige Richtlinie bzw. Präventionsempfehlung, so wie sie die Patientenvertretung vorstellt. Diese eigenständige Präventionsempfehlungsrichtlinie hätte dann möglicherweise auch den Vorteil, dass viele der von Ihnen angesprochenen Punkte anlässlich kurativen Besuchs eine einheitliche Zertifizierung, ein einheitliches Angebot erleichtern würden. Das war die Frage: Ist es besser, dies in drei verschiedenen Richtlinien zu machen, oder geht es auch mit einer Richtlinie?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Antwort Herr Sauerbruch, bitte.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Mir fehlen dafür die formalen Kenntnisse. Es scheint mir sinnvoll zu sein, es in eine Richtlinie zu gießen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Antworten?

Herr Dr. Eßer: Ich würde das genauso sehen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, Sie haben genickt.

Frau Prof. Dr. Walter: Ich habe das vorhin schon als Unterstützung angesehen. *Eine* Richtlinie macht durchaus Sinn. Ich denke, es macht keinen Sinn, das in drei verschiedene Richtlinien zu gießen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Wer möchte noch etwas sagen? – Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich wollte dazu eigentlich auch noch etwas sagen, habe aber, da die Kollegin das Mikrofon nicht angeschaltet hatte, gedacht, dass das Nicken ausreichte. Ich bitte um Entschuldigung.

Ich bin auch für diese Richtlinie. Ich muss ehrlich sagen: Ich habe das bisher so nicht überdacht, aber Ihre Argumente erscheinen mir stichhaltig, weil man dann auch viel mehr modifizieren, viel mehr auf die individuellen Dinge eingehen könnte. Ich sehe, dass bei älteren Patienten ganz andere Organe im Vordergrund stehen, als das bei Kindern der Fall ist.

Ich wäre also auch dafür, das in eine eigene Richtlinie umzuformieren.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Entsprechende Anpassungen sind in den bereits bestehenden Richtlinien zu den Früherkennungsuntersuchungen möglich. Daher besteht keine Notwendigkeit für eine eigenständige Richtlinie zur Präventionsempfehlung.
Patientenvertretung	Die SN werden begrüßt. Es wird festgestellt, dass alle Befragten eine einheitliche RL Präve, wie sie die PatV vorschlägt, bevorzugen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Sie hatten auch die Zertifizierung angesprochen. Da ist auch im Gesetz festgelegt, dass die Krankenkassen zukünftig eine eigene Internetdomain vorhalten müssen, um alle Angebote dort zu veröffentlichen. Wir haben jetzt vorgeschlagen - und sind darum ein bisschen im Dissens -, dass diese Internetdomain auch angegeben wird, damit die Versicherten und auch die Leistungserbringer, die Ärzte, die das verschreiben, auf diese Internetdomain zugreifen können und dann selber einen Zugriff auf alle möglichen Angebote, beispielsweise im Postleitzahlenbereich, haben. Finden Sie die Regelung sinnvoll, dass die Internetdomain in die Präventionsempfehlung, in das Formular aufgenommen wird, oder halten Sie das für verzichtbar?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich halte das für eine richtige Idee. Jetzt ist das Angebot ja schon relativ unüberschaubar, und wenn man es irgendwo dokumentiert, macht das sicher Sinn. Es scheint aber notwendig zu sein, dass Ärzte in irgendeiner Art noch besser informiert werden, insbesondere über den Inhalt der Angebote. Es ist halt die Frage, inwieweit man das auf einer Internetseite unterbringen kann. Die Qualität der Angebote, die Zielgruppe der Angebote, die Dauer der Angebote usw., das alles müsste mit dabeistehen, also auch der

Ort, wie das erreichbar ist, ob es behindertengerecht ist usw. Es sind eine ganze Menge Dinge, die da vorkommen.

Unser Plädoyer – ich habe das vor 14 Tagen schon einmal gesagt – ist, dass wir viel enger mit den Sozialstrukturen in diesem Bereich zusammenarbeiten müssen, zum Beispiel mit den Frühen Hilfen. Wir selbst sind zurzeit auch dabei, entsprechende Modelle zu entwickeln: über den Innovationsfonds, aber auch über Strukturen wie in Nordrhein-Westfalen, wo wir das als „soziale Prävention“ bezeichnen.

Also: Ärzte und Patienten sowie die Erziehungsberechtigten müssen Hilfe an die Hand bekommen. Ich sehe das nicht nur als einen Teil dessen an, was notwendig ist, sondern glaube, da muss mehr geschehen, damit die Menschen auch da ankommen, wo sie hinsollen: dass sie das richtige Angebot nutzen und es dann auch wirklich bis zu Ende nutzen.

Dann muss es auch noch eine bessere Vernetzung zwischen den Strukturen geben. Ich glaube, dass die Patienten und ihre Eltern hier mehr Unterstützung brauchen. Man muss immer überlegen: Wer wird diese Angebote hauptsächlich in Anspruch nehmen? Das sind meist nicht die sozial gehobenen Strukturen, sondern sind zum großen Teil die sozial etwas niedrigeren Strukturen – Strukturen, die noch andere Probleme haben, Probleme psychosozialer Art usw. Insofern ist da jede Unterstützung willkommen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Das würden wir als DGSMP auch unterstützen. Wir hatten in unserer Stellungnahme schon ausgeführt, dass wir ein zusätzliches Beratungsangebot auch für sinnvoll erachten, zumindest für die Personen, die es in Anspruch nehmen. Vielleicht ist der Zugang nicht für alle niedrigschwellig genug. Wenn es eine Internetplattform ist, muss man sich damit zurechtfinden und gucken, ob es ein wirklich passgenaues Angebot ist. Hier bedarf es sicherlich der Unterstützung und Beratungsmöglichkeiten an einer Stelle, vielleicht auch außerhalb der GKV, in der Kommune.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Antworten? – Bitte, Herr Sauerbruch.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Ich kann das als Vertreter der Internisten nur für den Checkup-35 beantworten. Da kann ich eigentlich nur pauschal sagen: Alles, was der Verbreitung und gleichzeitig der Vereinfachung der Wahrnehmung dient, dass es den Checkup-35 gibt, befürworten wir selbstverständlich.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV	Die gesetzlich vorgeschriebene Veröffentlichung der Kriterien und zertifizierten Leistungen ist erfolgt. Die Versicherteninformation erfolgt weiterhin über die jeweils zuständige Krankenkasse der Versicherten.

Patientenvertretung	Die SN werden begrüßt. Es wird festgestellt, dass alle Befragten einen Verweis auf die Internetseite des GKV-SV, wie sie die PatV in BE zu RL PräV E vorschlägt, wünschen.
---------------------	--

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Waren die Antworten erschöpfend? – Weiter fragt die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Ich möchte auf die Personensorgeberechtigten zurückkommen. Könnten Sie erläutern, warum es so wichtig ist, dass der Arzt auch für die Eltern oder Personensorgeberechtigten so eine Präventionsempfehlung ausstellen darf? Und: Kann er das?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, Sie haben das Wort.

Frau Prof. Dr. Walter: Von den Kindern bis zu den Jugendlichen spielen die Personensorgeberechtigten für die Gesundheit ihrer Kinder eine ganz große Rolle. Wir haben natürlich Präventionsangebote, die sich an Kinder richten; aber gerade in den ersten Lebensjahren ist es doch entscheidend, dass praktisch auch die Erziehungskompetenz oder die Kompetenz der Eltern gestärkt wird. Die Kinder leben ja nicht im luftleeren Raum, sondern in den ersten Lebensjahren praktisch in einer Familie. Später sind sie in der Kita und in der Schule integriert. Trotzdem ist der Rückhalt in der Familie immer gegeben, die wesentlich die Gesundheit der Kinder mitbestimmt, definiert. Wir wissen, wie wichtig es ist, gerade auch die Elternkompetenz zu stärken, vor allem in den ersten Lebensjahren. Da geht das Kind ja nicht allein zum Arzt. Als Ansprechpartner sind immer die Eltern, insbesondere die Mutter, dabei. Der Arzt sollte auch einen Überblick über die familiären Beziehungen haben.

Daher sprechen wir uns auch dafür aus, die Personensorgeberechtigten bei Bedarf, wo es angezeigt ist, mit hineinzunehmen. Das ist vielleicht auf der einen Seite manchmal schwierig, wenn sie nicht in der gleichen Kasse versichert sind; aber ich meine, das sollte auch kassenübergreifend sein. Das muss auf jeden Fall angezeigt sein – zum Wohl des Kindes, und darum geht es auch.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Bitte, Herr Eßer.

Herr Dr. Eßer: Ich möchte das an einigen Beispielen festmachen. In Bezug auf die Ernährung scheint ja jedem klar zu sein, dass nicht das einjährige Kind für sich einkaufen geht, sondern das die Eltern dies tun müssen. Entsprechend muss man natürlich die Eltern in Bezug auf die Ernährung beraten.

Das Zweite ist Beratung in Bezug auf die Bewegung. Wir haben die vier-, fünfjährigen adipösen Kinder. Die Mutter geht mit dem Kind zum Arzt, da wird die Adipositas festgestellt und gesagt: „So, jetzt laufen wir mit dem Kind.“ Das heißt aber, dass das nicht unbedingt richtig ist, weil Laufen die Knie belastet, und bei einem sehr adipösen Kind haben Sie dann bereits in ganz früher Kindheit Arthrose-Erscheinungen. Dann ist das eben die falsche Maßnahme. Dementsprechend müssen die Eltern hier beraten werden. Es kann nicht sein,

dass man nur dem Kind sagt: „Geh in den Turnverein und laufe einmal ordentlich, damit du deine Adipositas wegbekommst.“

In Bezug auf die Stressbewältigung ist es, wenn Sie eine Mutter mit vier Kindern haben, von denen eines eventuell auch noch ADHS hat, sinnvoll, dass die Mutter beraten wird, wie sie ihren Stress bewältigt, wie sie ihre Kinder betreut, in der Kita, in der Schule, wie sie zu Hause alles organisiert usw. usf. Das sind ja prophylaktische Maßnahmen, die letztlich den Kindern dienen, wo ich aber die Stressbewältigung bei der Mutter sehe und nicht beim Kind.

Das nur als drei Beispiele.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, Sie haben sich noch einmal zu Wort gemeldet.

Frau Prof. Dr. Walter: Eine Ergänzung: Wir hatten auch angeregt, im Sinne eines grünen Rezeptes über die Empfehlung einer Präventionsmaßnahme hinauszugehen und auch alltagstaugliche, alltagsintegrierende Empfehlungen seitens des Arztes zu geben. Das muss natürlich in den Alltag integriert werden. Wir hatten hier ein Beispiel zum Walkingbus. Es gibt Initiativen in vielen Kommunen, dass die Kinder nicht nur in die Schule gefahren werden. Es gibt einen Walkingbus, was Eltern mit organisieren. Da ist zum Beispiel auch die Unterstützung der Eltern erforderlich.

Würdigung der Stellungnahme	
Patientenvertretung	Die SN werden begrüßt. Es wird festgestellt, dass ein entsprechender Verweis auf die Sorgeberechtigten, wie sie die PatV in BE zu RL PräVE in § 1 (4) vorschlägt, notwendig ist.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Die Bundesärztekammer, die heute leider hier nicht vertreten ist, hat uns vorgeschlagen, dass wir die Präventionsempfehlung als Element eines ärztlichen Präventionsmanagements entwickeln. Was ist unter diesem Begriff überhaupt zu verstehen? Herr Eßer, Sie hatten es auch etwas in diese Richtung entwickelt: ärztliches Präventionsinstrument. Herr Sauerbruch und Frau Walter, können Sie uns sagen, inwieweit Sie die Präventionsempfehlung als eine Möglichkeit in diese Richtung sehen?

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Ja, selbstverständlich ist es eine Möglichkeit in diese Richtung. Gerade angesichts der Entwicklung der Erkrankungen der westlichen Zivilisation, der chronischen Erkrankungen, bedürfen wir eines solchen Schrittes.

Herr Dr. Eßer: Es gibt den Begriff „neue Morbiditäten“. Dazu gehören zum Beispiel ADHS, Adipositas, Bewegungsstörungen, Diabetes Typ II im Kindesalter und andere Erkrankungen. All das sind Erkrankungen, die letztlich durch Präventivmaßnahmen zu großen Teilen verhindert oder deutlich gelindert werden können. Das verstehe ich unter

Präventionsmanagement. Das heißt, der Arzt ist nicht nur dazu da, letztlich zu heilen, sondern es gehört heute zur vernünftigen Auffassung eines Arztes, dass er im Präventivbereich aktiv tätig ist. Das umfasst den Sozialbereich. Man muss auch sehen, wie die Familie sozial strukturiert ist, wie die finanzielle Ausstattung der Familie ist, wie das Wohnumfeld ist, wie die Beziehung zwischen den Eltern ist. Dazu gehört auch, wie die Eigenschaften des Kindes sind, ob es Teilleistungsstörungen gibt usw. All das gehört dazu als Wissen, wie ich eine Prävention ausstatte.

Präventionsmanagement heißt, das auch mit anderen zusammen zu entwickeln. Der Arzt muss mit Jugendhilfestrukturen, mit den Angeboten der Krankenkassen und anderer Träger, die Präventivmaßnahmen für Kinder durchführen, vernetzt sein. Das ist ein ganz großer Block.

Wenn ich die Entwicklungen in der Kinder- und Jugendmedizin in den letzten zwanzig, dreißig Jahren sehe, stelle ich fest, dass dies für uns immer wichtiger wird. Der Arzt hat heute nicht primär nur die heilende Aufgabe, sondern hat wirklich die Aufgabe, präventiv tätig zu sein, um zu vermeiden, dass sich Krankheiten überhaupt entwickeln. Das verstehen wir unter Präventionsmanagement.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter bitte als Nächste, dann Herr Cornberg.

Frau Prof. Dr. Walter: Präventionsmanagement heißt für uns auch, dass es nicht nur bei dieser Empfehlung bleibt, sondern sie muss auch nachgehalten werden. Man muss also auch bei dem nächsten Zug gucken, was daraus folgt oder wie weit die Integration in den Alltag möglich gewesen ist oder ob die Präventionsempfehlung noch einmal angepasst werden muss. Es gibt bereits in dem Disease-Management-Programm entsprechende Instrumente. Da wäre zu gucken, ob diese nicht auch hier mit hineingenommen und auch angepasst werden können.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Cornberg.

Herr Dr. Cornberg: Präventionsmanagement ist ein wichtiger Begriff. Er sollte auch evidenzbasiert sein, damit man diese Empfehlungen wirklich auf einer guten Grundlage ausspricht. Für vernünftiges ärztliches Handeln ist das wichtig. Denn es nützt nichts, wenn ein Arzt seinem Patienten sagt: „Sie sind zu dick ist, nehmen Sie ab, das ist gut für Sie“, sondern es sollte auch eine harte Evidenz geben, dass das etwas bringt.

Noch einmal zurückkommend auf die Werte, die in einem solchen Checkup bestimmt werden: Wenn gesagt wird, dass so ein erhöhter Wert auch mit Krankheit, mit einer erhöhten Mortalität assoziiert ist und man da etwas tun, abnehmen oder Lifestyle-Änderungen vornehmen – Ernährungsprogramme - kann, dann ändert der Betroffene auch etwas. Die Mortalität sinkt oder die Fibrose geht runter oder was auch immer.

Das ist ein wichtiger Punkt, das als Management zu sehen. Wir erleben es in der Klinik, dass die Patienten kommen, wenn sozusagen das Kind in den Brunnen gefallen ist. Also: Prävention ist, glaube ich, viel wichtiger als alles andere.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Die hier angesprochenen Aspekte zur Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.
Patientenvertretung	Die SN werden begrüßt. Es wird festgestellt, dass alle Befragten dem Ansatz der PräVE als Element eines ärztlichen Präventionsmanagements, wie sie die PatV in BE zu RL PräVE vorgeschlägt, unterstützen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. Weitere Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Ich habe eine Frage zu den vulnerablen Zielgruppen, also Migranten, ärmere Bevölkerungsgruppen, und zwar insbesondere in Verbindung mit dem Checkup-35. Sie hatten gesagt, dass dieser so wichtig ist, dass genau da die Werte bestimmt werden, mit der Evidenz. Sie könnten länger leben, wenn Sie jetzt etwas tun. – Sehen Sie eine Möglichkeit, dass Sie als Ärzte dann auch die vulnerableren Zielgruppen erreichen und in solche Kurse bekommen? Wir wissen, dass bisher nur Akademikerinnen in diese Kurse gehen.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Die Migranten sind, wenn man sich die vulnerablen Zielgruppen anschaut, mehr – dazu kann Herr Cornberg noch sagen – von chronischer Hepatitis betroffen. Die würde man damit erreichen. Sie benötigen keine Hinweise bezüglich ihres Lifestyles, sondern bedürften einer Behandlung ihrer chronischen Hepatitis. Das ist die eine vulnerable Zielgruppe.

Die andere vulnerable Zielgruppe ist die breite Masse der Bevölkerung, die aufgrund unserer westlichen Zivilisationskrankheiten betroffen ist. Wie weit diese durch den Checkup-35 erreicht werden kann, hängt ganz entscheidend von den Ärzten ab. Die Frequenz, mit der Ärzte aufgesucht werden, ist in Deutschland sehr hoch. Insofern müsste man diese erreichen können.

Vielleicht möchte Herr Cornberg noch etwas dazu sagen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Cornberg, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Cornberg: Was vulnerable Gruppen, Migranten betrifft, haben wir Untersuchungen dazu durchgeführt, wie häufig eine Hepatitis ist. Man hat vielleicht auch Ängste, dass uns diese Rolle, wenn viele Flüchtlinge kommen, überwältigt. So ist es nun auch nicht. Natürlich müssen diese Personen erreicht werden. Ich weiß nicht, ob es Daten dazu gibt, ob so ein

Checkup in vulnerablen Gruppen weniger häufig angenommen wird. Ich meine, hier ist Bedarf, dass dafür auch Werbung gemacht und dieser Checkup dort angenommen wird und vielleicht auch Ärzte ausgebildet werden; Türkisch oder Russisch sprechende Ärzte gibt es ja. Wir haben auch ein Netzwerk mit Türkisch sprechenden Ärzten gehabt und Untersuchungen gemacht, wie häufig Hepatitis B da ist. Dass man diese Checkup-35-Untersuchungen in diese Gruppen bringt, ist enorm wichtig. Um wieder auf die Leber zu sprechen zu kommen: Unter Migranten ist Hepatitis B und C natürlich deutlich häufiger. Das ist eine übertragbare Erkrankung, andere Personen können sich anstecken. Mit der Identifizierung dieser Patienten kann man auch weitere Transmissionen dieser infektiösen Erkrankungen verhindern.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Walter, bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Man muss auch die Angebotsseite noch einmal betrachten: Haben wir genügend Angebote, die wirklich passen? Es gibt inzwischen auch Angebote für Migranten, zum Beispiel das MiMi-Projekt „Mit Migranten für Migranten“, die auch Moderatoren einbeziehen. Da muss man sicherlich gucken: An wen verweist man da? Wo gibt es kulturelle Sensibilitäten? Gerade im Bereich der Bewegung ist bei Frauen beim Schwimmengehen beispielsweise die Frage: Gibt es Öffnungszeiten für Frauen in entsprechenden Bädern? Solche Aspekte sind ebenfalls zu betrachten, damit man weiß: Dorthin kann ich Personen verweisen, und sie sind dort gut untergebracht. Da ist sicher einiges zu tun.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Bitte, Herr Eßer.

Herr Dr. Eßer: Unter vulnerablen Zielgruppen verstehe ich in der Kinder- und Jugendmedizin diejenigen, die in unsere Strukturen nicht integriert sind. Man muss sehen, dass etwa 10 bis 15 Prozent unserer Kinder psychische Auffälligkeiten haben, dass ungefähr 10 bis 15 Prozent der Kinder in Armut leben, also psychosoziale Probleme haben, bildungsfern leben und dementsprechend auch gesundheitlich gefährdet sind.

Es gibt auch Gruppen, die durch Behinderungen zu den vulnerablen gehören. Wir gehen davon aus, dass 15 bis 20 Prozent unserer Kinder größere oder kleinere Behinderungen haben. Das sind also nicht unwesentliche Bevölkerungszahlen.

Aber auf der anderen Seite –eben wurde von Zahlen gesprochen - ist es so, dass 98 Prozent aller Kinder im ersten Lebensjahr zu den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt werden, also fast flächendeckend. Deswegen ist die Idee, Präventionsempfehlungen mit den Früherkennungsuntersuchungen zu kombinieren, sicherlich richtig.

Bei der Frage, wie nachhaltig die Empfehlung ist, kommen wir wieder zu den Punkten, die wir eben genannt haben: Die Angebote müssen passen, sonst werden sie nicht angenommen. Die Angebote müssen ortsnah sein – Quartiersdenken ist hier sicherlich auch gefragt. Die Angebote müssen so sein, dass sie auf Dauer und bis zum Ende genutzt werden. Und es müssen Rückmeldungen erfolgen, sonst ist diese gesamte Präventionsempfehlung etwas, was keinen Sinn, sondern nur Arbeit macht. Deswegen unsere dringende Bitte, wie ich es eben schon vorgetragen habe, es nicht bei einer Präventionsempfehlung zu belassen, sondern auch Ausführungen dazu zu machen, wie sie qualitativ durchgeführt und wie sie auch zu Ende gebracht wird.

20

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Die hier angesprochenen Aspekte zur Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen sind nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens.
Patientenvertretung	Die SN werden begrüßt. Es wird deutlich, dass der Verweis auf vulnerable Versicherte explizit in die RL aufgenommen werden sollte, wie es die PatV in § 1 (3) BE zu RL Präve vorschlägt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war jetzt noch einmal die Verstärkerfunktion der Verstärkerfunktion. Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

Patientenvertretung: Die letzte Frage der Patientenvertretung richtet sich an das Textfeld oder Kästchen „Suchtmittelkonsum“. Dabei haben wir ein bisschen das Problem, dass insgesamt – Copy and paste aus dem Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen - die vier Felder erwähnt wurden. Sie haben richtigerweise schon darauf hingewiesen, dass Stressmanagement für Kinder ungeeignet ist. Wir fragen uns auch, ob hier „Suchtmittelkonsum“ die richtige Bezeichnung ist. Sie wurde ursprünglich für einen Profi entwickelt, um die Angebotsstruktur zu verdeutlichen. Aber wie wird es sich auswirken, wenn Eltern oder überhaupt Erwachsene ein Kreuz in dem Feld „Suchtmittelkonsum“ haben? Fühlen sie sich dadurch möglicherweise stigmatisiert? Und was würden Sie hier auf die Präventionsempfehlung zu schreiben empfehlen?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Eßer, bitte.

Herr Dr. Eßer: Ich würde es bei dem Wort „Suchtmittelkonsum“ belassen. Es ist zumindest ein Hinweis für die Eltern darauf, dass auch sie letztlich gefragt sind, wenn es um die Bedürfnisse der Kinder geht.

Man wird es als Arzt, glaube ich, nie ankreuzen, wenn Eltern rauchen oder - in Maßen - trinken oder auch drogenabhängig sind, weil letztlich die Früherkennungsuntersuchung für die Kinder da ist. Aber wenn es auf der Präventionsempfehlung steht, ist es ein Hinweis für die Eltern, dass auch sie überlegen müssten, was sie letztlich in die gesamte Struktur einbringen. Deswegen würde ich es drin lassen, auch wenn ich weiß, dass es nicht genau passt.

Würdigung der Stellungnahme	
GKV-SV/KBV/KZBV	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
Patientenvertretung	Die SN (incl. Antwort zur Nachfrage, s.u.) verweist eindeutig darauf, dass ein Ankreuzfeld „Suchtmittelkonsum“ nicht praxistauglich ist. Es sollte daher durch ein Feld „Gesundheitsgerechter Umgang mit Suchtmitteln“ ersetzt werden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Walter, bitte.

Frau Prof. Dr. Walter: Die Begrifflichkeiten muss man, glaube ich, insgesamt noch einmal schärfen und gucken, was die Nutzer darunter verstehen und wie es bei den Nutzern in den unterschiedlichen Zielgruppen, die wir erreichen möchten, ankommt. Das betrifft auch die Bewegung, das Stressmanagement, wie Sie gerade schon angeführt haben, den Suchtmittelkonsum – oder ist „Umgang mit Suchtmitteln“ besser geeignet? Es ist, wie gesagt, ein großes Plädoyer, da zu schauen: Ist es nutzerorientiert ausgestaltet?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Bitte, Herr Sauerbruch.

Herr Prof. Dr. Sauerbruch: Bezogen auf die Erwachsenen, betrifft das Problem des Suchtmittelkonsums vor allem den Alkohol, auch wenn er möglicherweise als synthetisches Suchtmittel kein in der Gesellschaft akzeptiertes Suchtmittel ist. Aber er führt zu erheblichen Folgekosten im Gesundheitssystem in Deutschland. Insofern kann man noch einmal dafür plädieren, dass das hineingenommen wird. Ob das dann ehrlich ausgefüllt wird, ist die nächste Frage; aber es ist ein wichtiger Punkt.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war die vorletzte Frage der Patientenvertretung?

Patientenvertretung: Entgegen meiner Ankündigung muss ich noch einmal nachfragen. Herr Eßer, Sie haben gerade gesagt, man würde es als Arzt nie ankreuzen, wenn die Eltern rauchen. Das ist natürlich kurios; denn genau das ist ja der Grund: Wir haben dieses Kästchen dafür, um in die entsprechende Kategorie zu kommen, die vor allem aus Nichtraucherkursen besteht. Dann würden Sie, wenn Sie meinen, man würde es als Arzt nie ankreuzen, wenn die Eltern rauchen, praktisch sagen: Das ist so diskriminierungsbehaftet, dass man das in der Praxis sowieso nicht verwenden kann? Habe ich das richtig interpretiert?

Herr Dr. Eßer: Ja, im Grunde haben Sie es richtig interpretiert.

Patientenvertretung: Danke. Keine weiteren Fragen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Noch einmal sicherheitshalber: Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich herzlich bei Ihnen, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben. Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Die Anhörungen – einschließlich Anhörung III – sind geschlossen.

Schluss der Anhörung: 11:54 Uhr

C Bürokratiekostenermittlung

C-1.1 GU-RL

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 Verfahrensordnung (VerfO) ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der G-BA hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss regelt der G-BA das Nähere zur Ausgestaltung der in § 25 Abs. 1 S. 2 SGB V vorgesehenen Präventionsempfehlung. Der Beschluss sieht vor, dass für die Präventionsempfehlung eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt wird. Diese erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den in Anlage 2 festgelegten Inhalten. Anlage 2 sieht neben den i.d.R. automatisch befüllbaren administrativen Datenfeldern lediglich ein Ankreuzfeld zur Bestimmung des konkreten Präventionsbereichs vor. Darüber hinaus ist ein Freitextfeld für die Angabe möglicher Kontraindikationen oder entsprechender Konkretisierungen enthalten. Insofern wird mit dem vorliegenden Beschluss auch das Ziel verfolgt, die gesetzlich vorgesehene Präventionsempfehlung für den ausfüllenden Arzt möglichst aufwandsarm auszugestalten.

Ausgehend von diesen in Anlage 2 festgelegten Inhalten der Präventionsempfehlung wird davon ausgegangen, dass für das Ausstellen der Präventionsempfehlung ein zeitlicher Aufwand von rund 2 Minuten erforderlich ist.

Bei einer jährlichen Fallzahl von rund 11,1 Mio. Gesundheitsuntersuchungen p.a. und unter der Annahme, dass hierbei in rund einem Drittel der Fälle eine Präventionsempfehlung ausgestellt wird, ergeben sich insgesamt jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 6.179.000 Euro.

C-1.2 Kinder-RL

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 Verfahrensordnung (VerfO) ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der G-BA hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss regelt der G-BA das Nähere zur Ausgestaltung der in § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Präventionsempfehlung. Der Beschluss sieht vor, dass für die Präventionsempfehlung eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt wird. Diese erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den in Anlage 1a festgelegten Inhalten. Anlage 1a sieht neben den i.d.R. automatisch befüllbaren administrativen Datenfeldern lediglich ein Ankreuzfeld zur Bestimmung des konkreten Präventionsbereichs vor. Darüber hinaus ist ein Freitextfeld für die Angabe möglicher Kontraindikationen oder entsprechender Konkretisierungen enthalten. Insofern wird mit dem vorliegenden Beschluss auch das Ziel verfolgt, die gesetzlich vorgesehene Präventionsempfehlung für den ausfüllenden Arzt möglichst aufwandsarm auszugestalten.

Ausgehend von diesen in Anlage 1a festgelegten Inhalten der Präventionsempfehlung wird davon ausgegangen, dass für das Ausstellen der Präventionsempfehlung ein zeitlicher Aufwand von rund 2 Minuten erforderlich ist.

Bei einer jährlichen Fallzahl von rund 4,5 Mio. Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern p.a. und unter der Annahme, dass hierbei in 10 Prozent der Fälle eine Präventionsempfehlung ausgestellt wird, ergeben sich insgesamt jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 756.000 Euro.

C-1.3 JGU-RL

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 Verfahrensordnung (VerfO) ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der G-BA hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss regelt der G-BA das Nähere zur Ausgestaltung der in § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Präventionsempfehlung. Der Beschluss sieht vor, dass für die Präventionsempfehlung eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt wird. Diese erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den in Anlage 2 festgelegten Inhalten. Anlage 2 sieht neben den i.d.R. automatisch befüllbaren administrativen Datenfeldern lediglich ein Ankreuzfeld zur Bestimmung des konkreten Präventionsbereichs vor. Darüber hinaus ist ein Freitextfeld für die Angabe möglicher Kontraindikationen oder entsprechender Konkretisierungen enthalten. Insofern wird mit dem vorliegenden Beschluss auch das Ziel verfolgt, die gesetzlich vorgesehene Präventionsempfehlung für den ausfüllenden Arzt möglichst aufwandsarm auszugestalten.

Ausgehend von diesen in Anlage 2 festgelegten Inhalten der Präventionsempfehlung wird davon ausgegangen, dass für das Ausstellen der Präventionsempfehlung ein zeitlicher Aufwand von rund 2 Minuten erforderlich ist.

Bei einer jährlichen Fallzahl von rund 317.650 Jugendgesundheitsuntersuchungen p.a. und unter der Annahme, dass hierbei in 10 Prozent der Fälle eine Präventionsempfehlung ausgestellt wird, ergeben sich insgesamt jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 53.365 Euro.