

**Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin**

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
Per mail gu-rl@g-ba.de

C: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
Geschäftsstelle
Herrn Makoschey
Birkenstr. 67
10559 Berlin
Per mail st-gba@awmf.org

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und
Familienmedizin (DEGAM) zur Änderung der
Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL): Anpassung der
ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25
Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Sehr geehrte Damen und Herren,

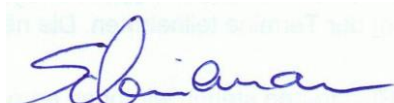
vielen Dank für die Einladung, anbei finden Sie die Kommentare der
DEGAM.

Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße



Erika Baum
Präsidentin



Guido Schmiemann
Sprecher Sektion Qualitätsförderung



DEGAM-
Bundesgeschäftsstelle

Friedrichstraße 133
10117 Berlin

Tel: +49 30 20 966 9800
Fax: +49 30 20 966 9899

geschaeftsstelle@degam.de
www.degam.de

Prof. Dr. Baum
Präsidentin

Prof. Dr. Hummers-Pradier
Vizepräsidentin

Prof. Dr. Scherer
Vizepräsident

PD Dr. Simmenroth
Schriftführerin

Prof. Dr. Wilm
Schatzmeister

Prof. Dr. Niebling
Beisitzer

Dr. Eras
Beisitzerin

Prof. Dr. Bergmann
Studium und Hochschule

Prof. Dr. Steinhäuser
Weiterbildung

Dr. Egidì
Fortbildung

Dr. Popert
Versorgungsaufgaben

PD Dr. Schmiemann, MPH
Qualitätsförderung

Prof. Dr. Schneider
Forschung

Fröhlich
Geschäftsführer

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank, Frankfurt

IBAN
DE93300606010101021753
BIC DAAEDEDXXX

Steuernr.: 045 255 00133
Finanzamt Frankfurt/Main III

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

Die Überarbeitung der Richtlinie nach §25 Abs. 1 zur Gesundheitsuntersuchung in Folge des Präventionsgesetzes ist aus Sicht der DEGAM im Wesentlichen aus 3 Gründen sinnvoll und notwendig:

- Die Evidenzgrundlage für ein generelles opportunistisches Screening auf Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes ist unzureichend^{1 2}.
- Alters- und Geschlechtsspezifische Bedürfnisse wurden bislang nur unzureichend berücksichtigt, die Patientenperspektive nicht genügend beachtet, und
- Eine angemessene Evaluation zu Nutzen und potenziellem Schaden fand bislang nicht statt^{3 4 5}.

Zusammengefasst empfiehlt die DEGAM folgende Änderungen der bisherigen Gesundheitsuntersuchung, wie sie größtenteils bereits im vorliegenden Entwurf enthalten sind:

1. Höherer Stellenwert der Anamnese, um spezifische Risiko-Konstellationen zu detektieren.
2. **Keine** routinemäßig durchgeführten Urinuntersuchungen
3. Bestimmung von Parametern wie Blutbild, Kreatinin und Leberwerten **nur** bei positiver Familien-Anamnese oder speziellen Risikofaktoren – regelmäßige Kreatinin-Kontrollen nur bei über 80-Jährigen. Bei dieser Altersgruppe entfällt die routinemäßige Bestimmung von Lipiden.
4. **Keine** systematische Bestimmung von Laborparametern bei unter 50-jährigen Personen ohne auffälliges Risikoprofil.
5. Streckung des Früherkennungsintervalls bei unter 55-Jährigen auf 5 Jahre.
6. Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung auf eine einmalige Untersuchung bei 18-35-Jährigen, wenn der Fokus auf in der Altersgruppe hochprävalenten Erkrankungen liegt (anstelle vergleichsweise seltener kardiovaskulärer und Nierenerkrankungen)
7. Erweiterung der Lipid-Diagnostik bei über 55-jährigen Personen um die Bestimmung des HDL, um ein kardiovaskuläres Risiko-Assessment zu ermöglichen. Die Bestimmung des LDL dagegen ist verzichtbar.
8. Verzicht auf eine obligat durchzuführende Erhebung eines Ganzkörperstatus ohne konkreten medizinischen Anlass. Fokus und

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

Umfang der körperlichen Untersuchung ergeben sich aus der erweiterten Anamnese und dem individuellen Risikoprofil. Nur die Erhebung des Ruheblutdrucks ist obligat.

9. Messung der Blut-Glucose bei allen ab 50 Jahre. Messungen des HbA1c nur bei erhöhter oder grenzwertiger Nüchtern-Glukose.

1. Höherer Stellenwert der Anamnese

Die aktuell zur Überarbeitung anstehende alte Version der 1989 eingeführten Gesundheitsuntersuchung sah eine Früherkennung von kardiovaskulären und Nierenerkrankungen unabhängig vom individuellen Risikostatus vor. Die Einführung der Gesundheitsuntersuchung war eher aus politischen Gründen als auf Grundlage einer entsprechenden Evidenz erfolgt. Die Untersuchung sah generell die Untersuchung von Cholesterin, Glukose und Urin vor und differenzierte nicht nach der individuellen Risiko-Konstellation. Eine ausführliche Anamnese hinsichtlich der verschiedensten wesentlichen Erkrankungen und Gesundheitsrisiken ermöglicht es, bislang der Ärztin/dem Arzt nicht bekannte Probleme zu detektieren. Nicht selten sind für Patientinnen und Patienten andere Gesundheitsprobleme prioritär als für ihre Ärztinnen und Ärzte^{6 7 8 9 10}. Hinzu kommt, dass neben der Evidenz auch der von beiden Seiten empfundene Nutzen einer von aktuellen Krankheitssymptomen unabhängigen Gesprächssituation eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt¹¹. Dieser Nutzen geht über das Entdecken neuer Erkrankungen bzw. von deren Risiken hinaus.

Schließlich kann eine eingehende anamnestische Befragung zu einer Risiko-Stratifizierung führen, die wiederum eine Entscheidung erlaubt, welche konkreten Untersuchungen im Einzelfall sinnvoll wären. So wäre mit Sicherheit eine generelle Cholesterin-Bestimmung bei 18-35-Jährigen nicht sinnvoll. Wenn aber eine familiäre Hypercholesterinämie besteht, es in der Familie gehäuft zu Myokardinfarkten gekommen war und Stigmata wie Xanthome vorliegen, kann eine Lipid-Diagnostik im Einzelfall auch bei jungen Menschen sinnvoll sein.

Die DEGAM unterstützt es, dass in der Neufassung der GU-Richtlinie auch auf die Erfassung einer familienanamnestischen Disposition zu Krebserkrankungen Wert gelegt wird, wodurch erst eine Risiko-

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

adaptierte Beratung zur Krebs-Früherkennung möglich würde. Nach Auffassung der DEGAM sollte die „Gesundheitsuntersuchung“ eher in Form von periodischen Gesundheits-**Gesprächen** durchgeführt werden, aus denen sich gegebenenfalls erst gezielte **Untersuchungen** ableiten würden. Um solchen Gesprächen eine Struktur zu geben, wurden international unterschiedliche Fragebogen-gestützte Instrumente entwickelt. Eines dieser Instrumente wurde im deutschen Setting bereits im ärztlichen Bereich wie an teilnehmenden Patientinnen und Patienten validiert^{12 13 14}.

2. Keine routinemäßig durchgeführten Urinuntersuchungen

Für den Einsatz der bislang vorgeschriebenen Urin-Teststreifen gibt es aufgrund des Fehlens hochwertiger Studien bislang keine ausreichende Evidenz. Dies gilt insbesondere für die Untersuchung auf Blut im Urin^{15 16}. Der Beleg einer Wirksamkeit fehlt¹⁷, gleichzeitig zeigt die Praxis, dass die hohe Rate falsch negativer Befunde zu einem potentiellen Schaden durch weitere (invasive) Untersuchungen führen kann. Die DEGAM-S1-Handlungsempfehlung zur nicht sichtbaren Hämaturie¹⁸ versucht hier zwar eine Schadensbegrenzung in diesem Sinn, kann aber bislang nicht verhindern, dass es dennoch zu einer Überdiagnostik kommt.

3. Keine routinemäßig Bestimmung von Blutbild, Leber- und Nierenwerten

Für den Nutzen einer anlasslosen Bestimmung von Blutbild¹⁹, Kreatinin^{20 21 22} und Leberenzymen²³ reicht die vorhandene Evidenz nicht aus. Für Kreatinin-Messungen gibt es nur bei Menschen mit Diabetes und/oder Hypertonie sowie bei alten Menschen, deren häufig eingeschränkte Nierenfunktion hinsichtlich einer möglichen Medikation überwacht werden sollte, Belege für den Nutzen. Ob ein Hepatitis-Screening durchgeführt werden sollte, ist Gegenstand eines anderen laufenden Beratungsverfahrens. Bis dahin erscheinen weitergehende Untersuchungen nur bei anamnestischen Hinweisen (riskantes Sexualverhalten, Herkunft aus Hochprävalenzländern, berufliche Disposition) sinnvoll. Zudem kommt eine Hepatitis nicht

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

selten auch ohne Erhöhung der Leberenzyme vor, also würde einer entsprechenden Enzym-Bestimmung auch die erforderliche Sensitivität fehlen.

Weitere Laborbestimmungen können im Einzelfall (Multimorbidität, Multimedikation) sinnvoll sein. Gleiches gilt auch für die intensivere Suche nach einem Diabetes mellitus (z.B mittels HbA1).

4. Keine routinemäßig Bestimmung von Laborparametern bei unter 50-Jährigen

In der Anlage 6 zur überarbeiteten GU-Richtlinie wurde ausführlich im Evidenzreport dargelegt, dass es insbesondere für Lipidmessungen bei unter 50-Jährigen keine ausreichenden Nutzenbelege gibt. Die DEGAM-S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“²⁴ empfiehlt ein kardiovaskuläres Risiko-Assessment bei Frauen über 60 und bei Männern über 55 Jahren. Dies kommt den in der überarbeiteten GU-Richtlinie vorgeschlagenen Altersgrenzen nahe. Darüber hinaus empfiehlt die DEGAM die Durchführung eines Assessments in folgenden spezifischen Situationen:

- Neues Auftreten von Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes, Hypertonie und familienanamnestischer Belastung
- Bekannt erhöhtes kardiovaskuläres Risikoprofil
- Hohe psychosoziale Belastung und niedriger Bildungsgrad
- Adipositas
- Sorge der Patienten

5. Streckung des Früherkennungsintervalls bei unter 55-Jährigen auf 5 Jahre

Die DEGAM unterstützt diesen Vorschlag ausdrücklich – v.a. wegen der aktuell zunehmenden Probleme mit einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung. Deutsche Hausärztinnen und Hausärzte versorgen im internationalen Vergleich besonders viele Patientinnen und Patienten und haben besonders wenig Zeit für sie^{25 26 27}.

6. Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung auf 18-35-Jährige

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

Eine Ausweitung der GU auf eine einmalige Untersuchung für die 18-35jährigen erscheint sinnvoll. Allerdings sollten dabei altersspezifische Risiken im Vordergrund stehen. Eine Ausweitung des bisher einheitlichen Angebotes auf eine jüngere Altersgruppe erscheint nicht zielführend – die Prävalenz der bisher angesprochenen Zielerkrankungen von Herz und Kreislauf sowie Nieren ist zu gering²⁸. Vielmehr erscheint es sinnvoll, in dieser Altersgruppe prävalente Probleme durch eine differenzierte Erhebung einer Bewegungs- Ernährungs- und Suchtanamnese ebenso wie der Fokussierung auf psychosoziale Aspekte anzusprechen.

7. Erweiterung der Lipid-Diagnostik bei über 55-Jährigen um die Bestimmung des HDL

Eine zusätzliche Bestimmung des HDL erlaubt die Anwendung etablierter Risikorechner (wie ARRIBA²⁹, Framingham³⁰, QRISK³¹). Eine Bestimmung des LDL erlaubt außer bei begründetem Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie keine zusätzliche Risikoprädiktion im Vergleich zur alleinigen Bestimmung der Cholesterin-HDL-Ratio³². Nach Auffassung der DEGAM sind Lipid-Kontrollen unter einer laufenden Statin-Behandlung nicht sinnvoll³³ – es gibt weltweit nicht eine Studie, die den Nutzen einer LDL-Dosistitration belegen würde. Daraus ergibt sich nach Auffassung der DEGAM die Konsequenz, dass bei einmal mit einem Statin behandelten Patienten keine weiteren Lipid-Kontrollen mehr erfolgen sollten. Aktuell sieht die Versorgungs-Realität anders aus³⁴.

8. Für den Nutzen einer obligat durchzuführenden routinemäßigen Erhebung eines Ganzkörperstatus fehlt Evidenz

Nach eigener Literatur-Recherche³⁵ finden sich keine Belege für den Nutzen einer anlasslosen Durchführung von Ganzkörper-Untersuchungen. Solche Untersuchungen sind zeitaufwändig. Ihre regelmäßige Durchführung kann zu einer Fokussierung auf körperliche Probleme führen und damit weg von einer eher sprechenden Medizin. Für die Ganzkörper-Untersuchung spricht dagegen der Beziehungsaspekt zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin: das Berührt-Werden bzw. das Hand-Anlegen schafft eine für die therapeutische Beziehung wichtige Nähe und ermöglicht, sich dabei

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

auch einen Überblick über die körperliche Konstitution der Patientinnen und Patienten zu verschaffen. Da aber keine systematische Evidenz für den Nutzen dieses Vorgehens zu finden ist, dürfte ein solches Vorgehen nicht zum obligaten Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung erhoben werden.

9. Eine Messung der Blutglukose sollte bei asymptomatischen Personen nur bei bestimmten Risiko-Konstellationen durchgeführt werden, eine Bestimmung des HbA1c nur bei bereits erhöhter Nüchtern-Blutglukose

Der Nutzen eines bevölkerungsbasierten Screenings asymptotischer Personen auf Diabetes ist nicht ausreichend belegt^{36 37 38 39}. Die Verwendung des HbA1c zur Diabetesdiagnose würde die bisherigen Screeningkosten massiv erhöhen. Zudem ist die Testgüte begrenzt – in Abhängigkeit von Alter^{40 41}, ethnischer Herkunft, Anämie⁴² und insbesondere Hämoglobin-Varianten sowie bei Niereninsuffizienz ist das HbA1c nur eingeschränkt zur Diagnosestellung verwendbar. Hinzu kommen erhebliche messtechnische Schwankungen zwischen den verschiedenen Laboren⁴³, die die Tauglichkeit des HbA1c zur Diagnosefindung in Frage stellen.

¹ Boulware, L.E., Barnes, G.J., Wilson, R.F et al. Systematic Review: The Value of the Periodic Health Evaluation. Ann Intern Med. 2007; 146: 289-300

² Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Screening with urinary dipsticks for reducing morbidity and mortality. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2015(1)

³ Hauswaldt, J., Junius-Walker, U., Kersting, M. & Hummers-Pradier, E. Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006. Z Allg Med 2009; 85: 411–7.

⁴ Donner-Banzhoff, N. & Heintze, C. (2011). Der "Check ab 35": Ein Fall von Systemlähmung? Muss und kann die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V erneuert werden? Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2011; 105: 765-768.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

-
- ⁵ Heintze, C. (2014). Hausärztliche Prävention zwischen Evidenz und Narration - Eine Quadratur des Kreises? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 2014; 108: 203-207.
- ⁶ Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001;22:468-472
- ⁷ Junius-Walker U, Stolberg D, Steinke P, Theile G, Hummers-Pradier E, Dierks ML. Health and treatment priorities of older patients and their general practitioners: a cross-sectional study. Qual Prim Care 2011; 19:67-76.
- ⁸ Junius-Walker U, Wrede J, Schleef T, et al. What is important, what needs treating? How GPs perceive older patients' multiple health problems: a mixed method research study. BMC Res Notes 2012; 5:443
- ⁹ Junius-Walker U, Wrede J, Schleef T, et al. What is important, what needs treating? How GPs perceive older patients' multiple health problems: a mixed method research study. BMC Res Notes 2012; 5:443
- ¹⁰ Junius-Walker U, Wiese B, Klaaßen-Mielke R, et al. Older patients' perceived burdens of their health problems: a cross-sectional analysis in 74 German general practices. Patient Prefer Adherence 2015; 9:811-820
- ¹¹ Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA). Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patienten-Kommunikation. Ein Kurz- Assessment. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 001. Wien
- ¹² <http://hausarzteverband-bremen.de/Bremer-Vorsorgeuntersuchung.526.0.html>, letzter Zugriff am 23.2.2018
- ¹³ Schmiemann G, Biesewig-Siebenmorgen J, Gebhardt K, Egidi G. The Bremen periodic health exam - Feasibility of a new concept. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2014;108:196–202.
- ¹⁴ http://www.hausarzteverband-bremen.de/uploads/media/Masterarbeit_Saskia_Konusch_Evaluation_Bremer_GU_PDF_.pdf
- ¹⁵ Woolhandler S, Pels RJ, Bor DH, Himmelstein DU, Lawrence RS. Dipstick urinalysis screening of asymptomatic adults for urinary tract disorders. I. Hematuria and proteinuria. JAMA 1989;262:1214–9.
- ¹⁶ Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Screening with urinary dipsticks for reducing morbidity and mortality. Cochrane Database Syst Rev. 28. Januar 2015;1:CD010007.
- ¹⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss, Abteilung Fachberatung Medizin. Anlage B 11 zum Beratungsverfahren „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie: Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB V“ zum Screening mit Urinteststreifen
- ¹⁸ Mainz A für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. S1-Handlungsempfehlung Nicht sichtbare Hämaturie. AWMF-Registernr. 053/028. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-028-S10_Nicht_sichtbare_H%C3%A4maturie_2013-10.pdf. Letzter Zugriff am 23.2.2018

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

-
- ¹⁹ Pubmed-Recherche am 22.2.2018 OHNE Treffer mit den Suchbegriffen anemia OR full blood count and screening and general population und den limits metaanalysis, systematic review und randomized controlled trial
- ²⁰ United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Chronic Kidney Disease: Screening
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/chronic-kidney-disease-ckd-screening> - letzter Zugriff am 23.2.2018
- ²¹ Pubmed-Recherche am 23.2.2018 mit 5 Treffern zu den Suchbegriffen renal failure OR chronic kidney disease AND screening AND general population und den limits metaanalysis, systematic review und randomized controlled trial. Die 4 Treffer sind:
1. Saunders M, Cifu A, Vela M. JAMA Guideline Synopsis: Chronic Kidney Disease Screening. JAMA. 2015 Aug 11; 314: 615–616 : ein Screening erscheint nur sinnvoll bei Patienten mit Hypertonie und Diabetes. Keine Evidenz aus RCTs
 2. Komenda P, Ferguson TW, Macdonald K et al. Cost-effectiveness of primary screening for CKD: a systematic review. Am J Kidney Dis. 2014;63:789-97: : ein Screening erscheint nur kosteneffizient bei Patienten mit Hypertonie und Diabetes.
 3. Wu HY, Huang JW, Peng YS et al. Microalbuminuria screening for detecting chronic kidney disease in the general population: a systematic review. Ren Fail. 2013;35:607-14 : keine ausreichende Evidenz für ein Screening in der Allgemeinbevölkerung
 4. Hallan SI, Stevens P. Screening for chronic kidney disease: which strategy? J Nephrol. 2010 Mar-Apr;23:147-55.: kein Screening empfohlen
- ²² Quaseem A, Hopkins R, Sweet D, Starkey M, Shekelle P Screening, Monitoring, and Treatment of Stage 1 to 3 Chronic Kidney Disease: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2013;159:835-847
- ²³ Pubmed-Recherche am 22.2.2018 OHNE Treffer mit den Suchbegriffen elevated liver enzymes AND screening and general population und den limits metaanalysis, systematic review und randomized controlled trial
- ²⁴ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. AWMF-Register-Nr. 053-024 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-024l_Hausaerztliche_Risikoberat_kardiovask_Praevention_2017-11_1.pdf Letzter Zugriff am 23.2.2018
- ²⁵ Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 2584–91
- ²⁶ Der Anteil hausärztlich Tätiger an allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten liegt mit 14,4% im internationalen Vergleich sehr niedrig. Quellen:
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf und
http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

-
- ²⁷ Hertle D, Stock S Wie zufrieden sind Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung und wie sehen sie ihr Gesundheitswesen? Ein internationaler Vergleich. *Z Allg Med* 2015; 91: 269- 74
- ²⁸ Saß A-C, Lampert T, Prütz F et al für das Robert-Koch-Institut. Gesundheitsbericht erstattung des Bundes. *Gesund in Deutschland* 2015
- https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile Letzer Zugriff am 23.2.2018
- ²⁹ www.arriba-hausarzt.de – letzter Zugriff am 23.2.2018
- ³⁰ V.a. <http://www.scores.bnk.de/framingham.html> – letzter Zugriff am 23.2.2018
- ³¹ <https://qrisk.org/2017/> – letzter Zugriff am 23.2.2018
- ³² Sone H, Nakagami T, Nishimura R, Tajima N Comparison of lipid parameters to predict cardiovascular events in Japanese mild-to-moderate hypercholesterolemic patients with and without type 2 diabetes: Subanalysis of the MEGA study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016;113:14-22
- ³³ Bundesärztekammer, KBV, AWMF Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. 4. Auflage 2016. AWMF-Register -Nr.: nvl-004 – hier insbesondere das Votum der DEGAM gegen eine LDL-Dosistitration unter Statinbehandlung. <http://www.leitlinien.de/nvl/html/nvl-chronische-khk/kapitel-1> - letzter Zugriff am 23.2.2018
- ³⁴ persönliche Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 8.11.2017] mit Hinweisen auf eine massive Überversorgung bei der Lipid-Diagnostik: im Jahr wurde die GOP 32060 (Bestimmung des Gesamt-Cholesterins) in 28 Mio. Fällen bei 16,99 Mio. Patienten abgerechnet, die GOP 32061 (HDL-Cholesterin) in 22,83 Mio. Fällen bei 15,55 Mio. Patienten und die GOP 32062 (LDL-Cholesterin) in 21,33 Mio. Fällen bei 13,40 Mio. Patienten.
- ³⁵ Pubmed-Recherche am 22.2.2018 mit dem Suchbegriff body check und den limits metaanalysis und systematic review führte zu nur 2 Treffern, von denen keiner den Nutzen einer Ganzkörper- Untersuchung belegen konnte.
- ³⁶ Pottie K, Jaramillo A, Lewin G, et al for the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. *CMAJ* 2012; 184: 1687– 96
- ³⁷ Norris SL, Kansagara D, Bougatsos C, Fu R; U.S. Preventive Services Task Force. Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008; 148: 855–68
- ³⁸ Viera AJ. Predisease: when does it make sense? *Epidemiol Rev* 2011; 33: 122–34
- ³⁹ Waugh N, Shyangdan D, Taylor-Phillips S, Suri G, Hall B. Screening for type 2 diabetes: a short report for the National Screening Committee. *Health Technol Assess* 2013; 17: 1–90
- ⁴⁰ Kerner W, Brückel J German Diabetes Association. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2014;122:384-6

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Friedrichstraße 133, 10117 Berlin

- ⁴¹ Roth J, Müller N, Lehmann T, Heinemann L, Wolf G, Müller UA. HbA_{1c} and Age in Non-Diabetic Subjects: An Ignored Association? *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2016; 124: 637-642
- ⁴² Coban E et al *Acta Haematol* 2004;112:126-128
- ⁴³ Bundesärztekammer, KBV, AWMF Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – hier insbesondere die Diskussion zu Limitationen des HbA_{1c} bei der Diabetes-Diagnose. <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-therapie-1aufl-vers4-lang.pdf> - letzter Zugriff am 23.2.2018