

## **Positionspapier zur Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss**

### **Überwiegend an der Evidenz vorbei – die Neufassung der GU-Richtlinie**

Die Richtlinie über Gesundheitsuntersuchungen (GU) zur Früherkennung von Krankheiten ist seit 2018 grundlegend überarbeitet worden. Aktuell hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden, ein Screening auf Depression nicht in die GU aufzunehmen. Vor diesem Hintergrund hat die DEGAM ihre Kritik an der GU im vorliegenden Positionspapier erneut zusammengefasst, um damit einen Beitrag für die Stärkung einer evidenzbasierten GU zu leisten. Ziel dieses Positionspapiers ist es, dem Anspruch des G-BA bei der Überarbeitung der GU zum Erfolg zu verhelfen, die Inhalte der Untersuchung streng an der verfügbaren Evidenz zu orientieren.

Adressat des Papiers sind der Gemeinsame Bundesausschuss, Gesundheitspolitik und die deutschen Hausärztinnen und Hausärzte.

Die Überarbeitung erfolgte, um nachzuholen, was bei der Einführung im Jahr 1989 versäumt worden war: die Untersuchung stärker an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse anzupassen. So wurde in der letzten Beschlussfassung vom 15.8.2018 beispielsweise entschieden, ein Screening auf Depression nicht in die GU aufzunehmen [1], da ein Nutzen nicht nachgewiesen werden konnte.

Einige zaghafte Änderungen in der Beschlussfassung vom 25.10.2018 [2] beziehen sich ebenfalls auf die vom IQWiG aufbereitete Evidenz:

- Das Intervall für die GU ab 35 wurde von zwei auf drei Jahre verlängert.
- Das zu bestimmende Lipidprofil wurde um HDL, LDL und Triglyceride ergänzt.
- Die zu erhebende Anamnese wurde um Fragen nach familiärer Krebsbelastung und anderen Fragen zur Prävention sowie um die Überprüfung des Impfstatus erweitert.

Die DEGAM begrüßt es, dass es mit der Neufassung der GU-Richtlinie ein Angebot auch für unter 35-Jährige gibt, das nicht obligat die Durchführung von Laboruntersuchungen enthält.

Die DEGAM unterstützt es, dass der Rahmen der GU um Gespräche über mögliche präventive Maßnahmen sowie um die Überprüfung des Impfstatus erweitert wird.

Die DEGAM begrüßt weiterhin, dass das Intervall für Gesundheitsuntersuchungen nach dem 35. Lebensjahr verändert wurde allerdings nicht, wie von der DEGAM gefordert, alteradjustiert mit 5-jährigen Intervallen bis zum 55. Geburtstag und danach alle 2 Jahre [3]. Dies entspricht auch der Empfehlung des IQWiG. Ohnehin hatte in systematischen Reviews kein Nutzen einer periodischen Gesundheitsuntersuchung auf die Mortalität nachgewiesen werden können [4,5].

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Die DEGAM vermisst auch eine Differenzierung des Inhaltes der GU entsprechend den verschiedenen Altersgruppen einschließlich eines Fragebogens zu Gesundheitsproblemen und -verhalten. Während bei jüngeren Personen beispielsweise Themen wie Impfung, Depression oder Sucht im Vordergrund stehen, dominieren bei alten Menschen häufig geriatrische Fragen. Zudem könnte die GU bei ihnen genutzt werden, um Medikamenten-Reviews und Pharmakovigilanz-Untersuchungen durchzuführen.

Mit der Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden ansonsten die Ergebnisse des Evidenzreportes ignoriert.

Aus Sicht der DEGAM bleibt es völlig unverständlich, warum neben dem für die Abschätzung des kardiovaskulären Risikos nach Framingham-basierten Risiko-Kalkulatoren [67,.8] erforderlichen HDL-Cholesterin auch die Bestimmungen von LDL und Triglyceriden als obligater Bestandteil der GU eingeführt wurden. Schon vor der Änderung der GU-Richtlinie gab es in Deutschland eine erhebliche Überdiagnostik mit – meist ohne therapeutische Konsequenzen bleibenden [9] - Lipid-Messungen [10].

Eine Bestimmung des LDL erlaubt außer bei begründetem Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie keine zusätzliche Risikoprädiktion im Vergleich zur alleinigen Bestimmung der Cholesterin-HDL-Ratio [11]. Nach Auffassung der DEGAM sind Lipid-Kontrollen unter einer laufenden Statin-Behandlung nicht sinnvoll [12] – 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 regelmäßigen Lipid-Kontrollen mehr erfolgen sollten. Außerdem sind die Messwerte in deutschen Laboren ausgesprochen variabel und damit unpräzise [13].

Für eine routinemäßige Bestimmung von Triglyceriden außer in speziellen Situationen wie der Differenzialdiagnostik von Leberschäden oder bei Pankreatitis sind die Nutzenbelege noch deutlich magerer. Für die therapeutische Senkung erhöhter Triglyceride zur kardiovaskulären Prävention existieren nur schwache Belege [14] (die Sterblichkeit wird nicht beeinflusst), die kein generelles Screening auf das Vorliegen einer Hypertriglyceridämie rechtfertigen. Außerdem sind die Werte stark von vorheriger Nahrungsaufnahme abhängig, so dass nur Werte nach 12-stündiger Nüchternheit vergleichbar sind. Dies erhöht erheblich den Aufwand für alle Beteiligten.

Auch die Beibehaltung des obligat zur GU gehörenden Urinstreifentests stellt aus Sicht der DEGAM einen Fehler dar.

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 fehlt [17], gleichzeitig zeigt die Praxis, dass die hohe Rate falsch positiver Befunde zu einem potentiellen Schaden durch weitere (invasive) Untersuchungen führen kann. Die DEGAM-S1-Handlungsempfehlung zur nicht sichtbaren Hämaturie [18] versucht hier zwar eine Schadensbegrenzung in diesem Sinn, kann aber bislang nicht verhindern, dass es dennoch zu einer Überdiagnostik kommt.

## Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Die ausführliche Definition einer bei der GU durchzuführenden klinischen Untersuchung in der Richtlinie schließlich stellt aus Sicht der DEGAM einen erheblichen Eingriff in die hausärztliche Versorgung dar.

Selbstverständlich gehört der Ganzkörper-Status obligat zum diagnostischen Instrumentarium von Hausärztinnen und Hausärzten, wenn es um die Abklärung unklarer Symptome wie fieberhafter Infekte, Schwächezustände, Gewichtsabnahme etc. geht.

Die Ganzkörper-Untersuchung stellt sogar ein Spezifikum hausärztlicher Diagnostik dar: In kaum einer anderen ärztlichen Disziplin spielt das Anschauen und Untersuchen des ganzen Menschen eine so große Rolle.

Für die anlasslose Durchführung von Ganzkörper-Untersuchungen gibt es aber keine ausreichenden Nutzenbelege. Solche Untersuchungen sind zeitaufwendig. Ihre regelmäßige Durchführung kann zu einer Fokussierung auf körperliche Probleme führen und damit weg von einer eher sprechenden Medizin.

Dies erscheint besonders bedenklich in einer Situation, in der eine flächendeckende hausärztliche Versorgung in Deutschland ohnehin gefährdet erscheint und in der deutsche Hausärztinnen und Hausärzte im internationalen Vergleich besonders wenig Zeit für ihre Patientinnen und Patienten haben [19,20,21].

Sicherlich kann es im Einzelfall nützlich sein, dass der Arzt/die Ärztin den Patienten/die Patientin und seine/ihre körperlichen Probleme durch eine solche Untersuchung erst kennen lernt. Hinzu kommt: Die Untersuchung kann eine für die therapeutische Beziehung wichtige Nähe schaffen und ermöglichen, sich dabei auch einen Überblick über die körperliche Konstitution der Patientinnen und Patienten zu verschaffen.

Hier aber im Detail einen Untersuchungsgang zu definieren (Brustkorb (Inspektion), Herz auskultation, Lungenauskultation, Abdomenpalpation (einschließlich Nierenlager), Fußpulse, Karotisauskultation, Bewegungsapparat, Haut, Sinnesorgane, Nervensystem [zitiert aus 2]) erscheint aus Sicht der DEGAM unangemessen.

Die beinahe zwangsläufige Konsequenz: Hausärztinnen und Hausärzte, die diesen Aufwand (für dessen Nutzen es keine Evidenzbelege gibt!) betreiben, können ihre Arbeitszeit Patientinnen und Patienten mit aktuellen oder chronischen Gesundheitsproblemen nicht mehr zur Verfügung stellen oder verlieren im Rahmen der GU wichtige Gesprächszeit.

Die GOP 01732 wird auf jeden Fall weiter abgerechnet werden – sie wird ja extrabudgetär vergütet. Dieser ökonomische Anreiz impliziert die Intention, im Regelleistungsvolumen eingeschlossene hausärztliche Tätigkeiten abzuwerten.

Zusammenfassend erfüllen die meisten Elemente der überarbeiteten GU-Richtlinie nicht die Kriterien, die international als obligat für die Einführung eines Screenings [22] gefordert werden. Sie reflektieren insbesondere nicht den potenziellen Schaden an Zeitaufwand, Überdiagnostik, Krankheits-Labeling und Kosten.

Und sie ignorieren die vorab für den Gemeinsamen Bundesausschuss in vorbildlicher Weise aufbereitete Evidenz.

## Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Die DEGAM wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, dass die Gesundheitsuntersuchung stärker an der vorhandenen Evidenz und einem individuellen Nutzen für die Teilnehmenden ausgerichtet wird. Bestandteile der GU, deren Nutzen nicht belegt werden kann, sollten so bald wie möglich in einer nächsten Überarbeitung wieder daraus entfernt werden.



Prof. Dr. Martin Scherer

Präsident DEGAM



Dr. Günther Egidi

Stellvertr. Sprecher Sektion Fortbildung

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

## Referenzen:

- [1] [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3937/2019-08-15\\_GU-RL\\_Depression-Screening-Nichtaenderung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3937/2019-08-15_GU-RL_Depression-Screening-Nichtaenderung.pdf) - letzter Zugriff am 24.10.2019
- [2] [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3427/2018-07-19\\_GU-RL\\_Anpassung-GU-Erwachsene\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3427/2018-07-19_GU-RL_Anpassung-GU-Erwachsene_BAnz.pdf) - letzter Zugriff am 24.10.2019
- [3] 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/053-024\\_Hausaerztliche\\_Risikoberat\\_kardiovask\\_Praevention\\_2017-11\\_1.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-024_Hausaerztliche_Risikoberat_kardiovask_Praevention_2017-11_1.pdf) Letzter Zugriff am 24.10.2019
- [4] 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
- [5] Krogsbøll L, Jørgensen K, Gøtzsche P. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Systematic Review 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3> - letzter Zugriff am 24.10.2019
- [6] [www.hausarzt-arriba.de](http://www.hausarzt-arriba.de) - letzter Zugriff am 24.10.2019
- [7] V.a. <http://www.scores.bnk.de/framingham.html> – letzter Zugriff am 24.10.2019
- [8] <https://qrisk.org/2017/> – letzter Zugriff am 23.2.2018
- [9] Sönnichsen A, Sperling T, Donner-Banzhoff N. Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. Z Allg Med 2007; 83: 355 – 358
- [10] persönliche Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 8.11.2017: pro 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. Hier sind Lipidbestimmungen bei Privatversicherten und in Kliniken noch nicht mit erfasst
- [11] [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](#)
- [12] 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
- [13] Masuch A, Petersmann A, Friedrich N, Nauck M: Messqualität von "low density lipoprotein Cholesterol" ;Diabetologe 2019: 15:13–18
- [14] Jakob T, Nordmann AJ, Schandelmaier S, et al. Fibrates for primary prevention of cardiovascular disease events. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 16;11:CD009753. (Review) PMID: 27849333
- [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

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

- [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](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-028-S10_Nicht_sichtbare_H%C3%A4maturie_2013-10.pdf). Letzter Zugriff am 23.2.2018
- [19] Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 2584–91
- [20] 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](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf) und [http://www.kbv.de/media/sp/2015\\_12\\_31.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf)
- [21] 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
- [22] Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public health paper Number 34, Geneva: W HO, 1968.

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
Friedrichstraße 88  
10117 Berlin

Tel.: 030-20 966 9800  
[geschaeftsstelle@degam.de](mailto:geschaeftsstelle@degam.de)