



ELSEVIER
URBAN & FISCHER

Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://journals.elsevier.de/zefq>



Die Gesundheitsuntersuchung: vom Gesetz zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

The periodic health examination: from law to the directive of the German Federal Joint Committee (G-BA)

Matthias Perleth*, Katja Matthias

Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin

Eingegangen/submitted 9. Oktober 2013; überarbeitet/revised 3. Februar 2014; akzeptiert/accepted 3. Februar 2014

SCHLÜSSELWÖRTER

Gesundheitsuntersuchung,
Sekundärprävention,
Gemeinsamer
Bundesausschuss,
Richtlinie,
Sozialgesetzbuch V

KEYWORDS

Periodic health
examination;

Zusammenfassung Seit 1989 gibt es in Deutschland die Gesundheitsuntersuchung ab dem Alter von 35 Jahren zur Früherkennung der „Volkskrankheiten“ (insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes) mittels Anamnese, körperlicher Untersuchung, Blut- und Urintests sowie Beratung. Die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde insgesamt sechsmal geändert, allerdings erfolgte nur einmal eine inhaltliche Änderung (1999 Streichung von Harnsäure, Kreatinin und Ruhe-EKG). Mehrmals wurden aber auch mögliche weitere Untersuchungen nicht in die Richtlinie aufgenommen, nachdem die Bewertung keinen Nutzen zeigen konnte (z.B. Glaukomscreening). Mitte der 1990er Jahre erfolgten mehrere Evaluationen, die zeigten, dass durchaus bisher nicht bekannte Diagnosen gestellt und Maßnahmen wie Ernährungsberatung eingeleitet wurden. Einen Nutzen im Sinne von vermiedenen unerwünschten Ereignissen (wie bspw. Herzinfarkte) konnten die Evaluationen aus methodischen Gründen aber nicht belegen. Kritik an der Gesundheitsuntersuchung ist nicht neu, insbesondere der fehlende Nutzenbeleg der in der Richtlinie geregelten Maßnahmen wird angemahnt. Ein Gesetzentwurf der Bundesregierung mit einem Änderungsvorschlag für die Gesundheitsuntersuchung wurde allerdings im Bundesrat abgelehnt.

Summary Since 1989 a periodic health examination beginning at the age of 35 for the early detection of “common diseases” (especially cardiovascular and kidney diseases as well as diabetes) by means of history-taking, physical examination, blood and urine tests and counselling has been available in Germany. Altogether, the respective directive of the Federal Joint Committee (G-BA) was revised six times, but a substantive change took place only once (i. e., the cancellation of uric acid, creatinine, and resting ECG in 1999). However, additional examinations (e.g.,

* Korrespondenzadresse. PD Dr. med. Matthias Perleth MPH, Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, Wegelystraße 8, 10623 Berlin. Tel.: +030 275 838 310
E-Mail: matthias.perleth@g-ba.de (M. Perleth).

secondary prevention;
German Federal Joint Committee;
Directive;
Social Code Book V

glaucoma screening) were not added to the health check even after systematic assessments of the evidence were completed. In the mid-1990s, several evaluations were performed which showed that new diagnoses were established in a significant proportion of patients, and measures were initiated such as nutrition counselling. A patient-relevant benefit in terms of avoided adverse events (such as heart attacks) could, however, not be demonstrated due to methodological reasons. Criticism of the health examination is not new, in particular concerning the lack of evidence of benefit for the diagnostic procedures of the health examination. A draft law issued by the Federal Government proposing an amendment to the health examination has recently been rejected in the Bundesrat (upper house of the German parliament).

Einleitung

Im Magazin „Klartext“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Juni 2013 wird über eine Kampagne zur Teilnahmesteigerung am „Check-up 35“ berichtet [1]. Demnach nehmen lediglich rund 22% der anspruchsberechtigten über 35jährigen Frauen und Männer das Angebot in Anspruch. Mit Plakaten, Flyern und Praxisinformationen sollen mehr Versicherte zur Teilnahme animiert werden. Ziel soll es sein, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen frühzeitig zu erkennen bzw. Risikofaktoren zu identifizieren. Hierzu werden Urin und Blut untersucht sowie ein „Ganzkörperstatus“ erhoben inklusive Blutdruckmessung. Über den tatsächlichen Nutzen, also ob die Zielkrankheiten mit den Tests tatsächlich im Frühstadium zuverlässig erkannt und wirkungsvoll therapiert werden können, darüber schweigt sich der Artikel allerdings aus. Auch die im Internet verfügbaren Informationen z.B. auf der Themenseite der KBV (<http://www.kbv.de/checkup35.html>) listen lediglich vage Vorteile der Teilnahme auf (es gehe schnell und unkompliziert, man erhalte einen Überblick über seinen Gesundheitszustand, mögliche Risiken für die o.g. Krankheiten könnten schnell erkannt werden). Und der GKV-Spitzenverband schreibt in einer Pressemitteilung „Alle zwei Jahre empfiehlt die GKV den Check-up für alle Versicherten ab 35 Jahren, gewissermaßen den „TÜV“ für die Gesundheit.“ (http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2817.jsp). Es entsteht der Eindruck, dass die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin zum Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen aus den letzten zwei Jahrzehnten bei dieser Maßnahme nicht gelten.

Die bisherige Entwicklung: Gesetz und Richtlinie

Die Genese der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie lässt sich bis zur Reichsversicherungsordnung (RVO) zurückverfolgen, die in den §§ 181-181b u.a. den Anspruch erwachsener Versicherter für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen regelte (vgl. [2]).

Im Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20.12.1988 wurde im § 25 die Gesundheitsuntersuchung ab dem Alter von 35 Jahren zur Früherkennung der „Volkskrankheiten“ zusätzlich zur Krebsfrüherkennung nach offenbar kurzer Debatte im zuständigen Ausschuss verankert. Lediglich „nach Auffassung der Mitglieder der Fraktion DIE GRÜNEN werden die in Artikel 1 § 25 vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen

für Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, in der internationalen wissenschaftlichen Diskussion als völlig überflüssig angesehen.“ [3].

Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie nach § 25 Abs. 1 und 3 SGB V¹ wurde am 24. August 1989 erstmals vom damaligen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen beschlossen und trat am 1. Oktober 1989 in Kraft [4]. Eine beschlussbegleitende Dokumentation, wie sie heute üblich ist, und aus der man den Beratungsverlauf und die Begründung für die Ausgestaltung der Richtlinie nachvollziehen kann, wurde nicht veröffentlicht (erstmalig finden sich ‚Tragende Gründe‘ im Änderungsbeschluss von 2004). Allerdings stehen die maßgeblichen Anspruchsvoraussetzungen zur Gesundheitsuntersuchung im SGB V im vierten Abschnitt zu Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 25 Abs. 1). Hier hat der Gesetzgeber Festlegungen hinsichtlich der Altersgrenzen (ab dem Alter von 35 Jahren), Untersuchungsintervallen (jedes zweite Jahr) und Zielkrankheiten (insbesondere Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Diabetes) vorgegeben, die der G-BA in seinen Richtlinien umsetzen muss. Die in der ersten Fassung der Richtlinie konkretisierten wesentlichen Inhalte (Anamnese, körperliche Untersuchung, Blut- und Urintest auf Gesamtcholesterin, Glukose, Harnsäure, Kreatinin, Eiweiß, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit; ggf. Ruhe-EKG sowie abschließende Beratung) sowie die Rahmenbedingungen (ab vollendetem 35. Lebensjahr, Anspruch alle 2 Jahre) wurden seither nicht grundlegend modifiziert. Die Ergebnisse sollen dokumentiert und von KBV und Krankenkassen ausgewertet werden, um eine Grundlage für die Weiterentwicklung Richtlinie zu schaffen.

Seither wurde die Richtlinie sechsmal geändert: 1990, 1999, 2000, 2004, 2008 und 2010, aber nur 1999 erfolgte eine inhaltliche Änderung (Harnsäure, Kreatinin und Ruhe-EKG gestrichen). Erwähnenswert sind aber auch die Nicht-Änderungen: 2004 wurde ein (bis dahin auch nicht vorgesehenes) Glaukomscreening nicht aufgenommen, 2013 wurden Beratungen zu einem (bis dahin ebenfalls nicht vorgesehenem) Knochendichtescreening eingestellt. Beide Beschlüsse beruhen auf Evidenzbewertungen. Die Intention der Richtlinie ist eine sekundärpräventive, allerdings mit teilweise unscharfer Abgrenzung zu primärpräventiven Ansätzen, die eigentlich als Satzungsleistungen der Krankenkassen im § 20 SGB V verankert sind (Einbeziehung

¹ Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) geändert worden ist.

relevanter Risikofaktoren, Beratung zu gesunder Lebensweise).

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) von 2008 wurde zudem die Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung mit der Festlegung der Belastungsgrenze bei chronisch Kranken, wie im § 62 SGB V festgelegt, verknüpft („Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.“). In der Umsetzung durch den G-BA in der so genannten Chroniker-Richtlinie [5] wurde die Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung allerdings von der für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen eingeführten Beratungspflicht ausgenommen. Zur Begründung schreibt der G-BA: „Für die weiteren Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V kann derzeit aufgrund der fehlenden oder unsicheren Datelage zu Chancen und Risiken der jeweiligen Untersuchungen keine Empfehlung für eine obligatorische Beratung gegeben werden. Zusätzlich stellt sich bei der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V aufgrund des fehlenden Indikationsbezuges bei einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung die Frage der Verhältnismäßigkeit einer solchen Regelung.“

Evaluation der Gesundheitsuntersuchung

Die Gesundheitsuntersuchung wurde hinsichtlich ihrer Wirksamkeit sowie im Rahmen eines Monitoringberichts in den Jahren 1994 und 1995 evaluiert. In der Evaluation von 1994, die vom Bundesgesundheitsministerium finanziert wurde, wurden die Ergebnisse der auf den Berichtsvordrucken dokumentierten Gesundheitsuntersuchungen von Februar bis Dezember 1990 aus einer 10%-Stichprobe (N=206.264) ausgewertet. Da auf den Berichtsvordrucken auch die veranlassten Maßnahmen dokumentiert werden, ergeben sich zumindest Hinweise auf einen Effekt der Gesundheitsuntersuchung. Demnach wurden bei Personen, bei denen die Diagnosen/Verdachtsdiagnosen Hypertonie, koronare Herzkrankheit, arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Nierenerkrankung, Lungenerkrankung gestellt wurden, zu einem hohen Anteil Ernährungsberatung, Bewegungstherapie sowie neue medikamentöse Therapien eingeleitet. Außerdem wurden eingeleitete Maßnahmen bei Personen ohne Diagnose, aber mit Risikofaktoren (Adipositas, Alkoholabusus, Bewegungsmangel, Nikotinabusus, dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren) ausgewertet, die entsprechend stärker auf Lebensstiländerungen ausgerichtet sind. Weitergehende Schlussfolgerungen waren nicht möglich, da keine Daten zur Umsetzung der eingeleiteten Maßnahmen vorlagen [6].

Im Bericht zum „Monitoring“ der Gesundheitsuntersuchung wurden die Berichtsvordrucke der Jahre 1992-1993 anhand einer 10%-Stichprobe ausgewertet. Neben detaillierten Auswertungen zur Beteiligung (hochgerechnet jährlich 9,7% der Anspruchsberechtigten) wurden Vorerkrankungen (in der Anamnese), Risikofaktoren, klinische Befunde, Laborbefunde, Befunde des Ruhe-EKG, neue

Diagnosen/Verdachtsdiagnosen sowie eingeleitete Maßnahmen ausgewertet. Im Vergleich der Daten von 1990-1993 zeigten sich Unterschiede zwischen Erst- und Wiederholungsteilnehmenden (Anteil knapp 30%) in dem Sinne, dass Wiederholungsteilnehmer einen höheren Anteil von Diagnosen und ein ungünstigeres Risikoprofil aufwiesen, bzw. die Erstteilnehmer ein jährlich günstiger werdendes Risikoprofil [7].

Da es sich bei beiden Auswertungen um Querschnittsuntersuchungen handelt (die Stichproben werden jeweils quartalsweise erfasst, eine längsschnittliche Auswertung mit Patientenbezug ist nicht möglich), lässt sich ein Nutzen der Gesundheitsuntersuchung anhand von vermiedenen unerwünschten Ereignissen (wie bspw. Herzinfarkte) nicht belegen.

Kritik am „Check ab 35“

Kritik an der Richtlinie wurde und wird immer wieder geäußert. In der ZEFQ wurde unter dem Titel „Der ‚Check ab 35‘: ein Fall von Systemlähmung?“ eine kritische Diskussion wiedergegeben, die Ende 2010 im Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) stattfand [8]. Die Forderungen zielen u.a. darauf ab, für jede einzelne Maßnahme den Nutzen nachzuweisen, den Anspruchsberechtigten eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, die sich auch auf mögliche Nachteile bezieht, ein Qualitätssicherungssystem zu etablieren sowie eine Altersadaptation vorzunehmen. Es existieren bereits konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung, wie etwa das „Bremer Modell“ [9]. Zudem hat ein Cochrane-Review kürzlich den Nutzen von Gesundheitsuntersuchungen, die auch den deutschen Vorgaben weitgehend entsprechen, anhand von randomisierten kontrollierten Studien systematisch aufgearbeitet. Es konnten keine Effekte auf die krankheitsspezifische bzw. Gesamt-Mortalität oder auf die Morbidität nachgewiesen werden, es zeigte sich lediglich ein Anstieg von Diagnosen für Hypertonie und Hypercholesterinämie in einer Studie [10].

Ausblick

Seit 2013 liegt ein Entwurf eines „Gesetzes zur Förderung der Prävention“ vor, der von den Regierungsfractionen eingebracht wurde und unter anderem die „präventionsorientierte Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ vorsieht [11]. Damit wird auch eine Änderung des § 25 Abs. 1 SGB V vorgeschlagen: „Versicherte haben Anspruch auf alters- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung.“ Über das Ergebnis soll eine Bescheinigung ausgestellt werden. Absatz 3 wird folgendermaßen konkretisiert: „Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach

§ 20 Absatz 3 und 4 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können.“

Der Bundesrat hat das Präventionsgesetz am 20.9.2013 allerdings an den Vermittlungsausschuss verwiesen, was zur Folge hat, dass es in der nächsten Legislaturperiode neu eingebracht werden muss (Diskontinuitätsprinzip). Begründung: Das Gesetz sei ungeeignet, ...„das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben wirkungsvoll zu organisieren“ [12]. Die vom Bundesrat angemahnte „gesamtgesellschaftliche“ Aufgabe, nämlich Prävention und Gesundheitsförderung wirkungsvoll zu organisieren, würde allerdings eine sorgfältige Analyse der Effektivität von Public-Health-Maßnahmen erfordern (im Sinne von *evidence-based public health*). Der Nutznachweis müsste dann letztlich Voraussetzung für die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen sein. Diese „Sorgfalt“ wird aktuell aber eher der kurativen Medizin zuteil: (...) *in many countries perverse provider incentives, underinvestment in promotive and preventive services, and insufficient attention to reduction of risk conditions or promotion of healthy lifestyles all skew coverage towards curative and more fiscally lucrative interventions* [13].

Es ergeben sich letztlich zwei Handlungsoptionen für den G-BA: erstens, das Gesetz tritt früher oder später in Kraft, dann ist der G-BA gesetzlich verpflichtet, die Richtlinie (evidenzbasiert) zu überarbeiten; zweitens: das (oder ein alternatives) Gesetz tritt (auf absehbare Zeit) nicht in Kraft, dann wären die Selbstverwaltungspartner gefordert, die längst fällige Überarbeitung der Richtlinie im Rahmen des aktuell geltenden Rechts und unter Beachtung der wissenschaftlichen Erkenntnislage zu initiieren.

Literatur

- [1] KBV. Kampagne soll Check-up 35 fördern. KBV Klartext. Juni 2013:14.
- [2] entsprechende Richtlinie mit dem Gesetzestext in der Beilage zum Bundesanzeiger vom 26.03.1975, Nr. 59, lfd. Nr. 12/75, S. 3-6.

- [3] Bundestagsdrucksache 11/3480. Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Drucksache 11/2237 — Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG). 24.11.1988.
- [4] Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien Bundesgesundheitsblatt 1989;10:44–6.
- [5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“). Bundesanzeiger 2004 Nr. 18, S. 1343, zuletzt geändert 2008 Nr. 124, S. 3017.
- [6] Flatten G, von Karsa L, Kerek-Bodden HE, Lang A. Bewertung der Wirksamkeit der Gesundheitsuntersuchung gemäß §25 SGB V. In: Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Bd. 49. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1994.
- [7] Von Karsa L, Lang A, Kerek-Bodden HE, Flatten G. Monitoring der Gesundheitsuntersuchung gemäß §25 SGB V. Auswertung der Berichtsvordrucke der Jahre 1992 und 1993. In: Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Bd. 53. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1995.
- [8] Donner-Banzhoff N, Heintze C. Der „Check ab 35“: ein Fall von Systemlähmung? Muss und kann die Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V erneuert werden? ZEFQ 2011;105:765–8.
- [9] Schmiemann G, Biesewig-Siebenmorgen J, Egidi G. Die neue Bremer Vorsorgeuntersuchung — Entwicklung und Konzept einer altersadaptierten Gesundheitsuntersuchung. ZEFQ 2011;105:769–70 (<http://www.neuegesundheitsuntersuchung.de/>).
- [10] Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012;345:e7191.
- [11] Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention. Bundestags-Drucksache 17/13080 vom 16.04.2013.
- [12] Bundesrat. Drucksache Nr. 636/1/13, 5.9.2013. http://www.umwelt-online.de/PDFBR/2013/0636_2D1_2D13.pdf (Zugriff am 23.9.2013).
- [13] O’Connell T, Rasanathan K, Chopra M. What does universal health coverage mean? Lancet 2014;383:277–9.