Stellungnahme
der Bundesärztekammer

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie:

Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

(Stand: 25.01.2018)

Berlin, 26.02.2018

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung des Beschlussentwurfs

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass mit der Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie nun eine Anpassung der Untersuchungen an die mit dem Präventionsgesetz vom Juni 2015 vorgenommenen neuen gesetzlichen Vorgaben nach § 25 Abs. 1 SGB V erfolgt.

Mit der Gesetzesänderung wurden die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V auf die Altersgruppe zwischen 18 und 35 Jahren ausgedehnt, die bisherige Engführung auf definierte Zielerkrankungen (Herz-Kreislauf-, Nieren-Erkrankungen und Diabetes mellitus) wurde durch eine generelle Ausrichtung auf „bevölkerungsmedizinisch bedeutsame Erkrankungen" aufgelöst, zudem sollen die Gesundheitsuntersuchungen nun auch der „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen ... einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus" dienen.

Kritisch werden seitens der Bundesärztekammer die Standardisierung der Gesundheitsuntersuchung(en) unabhängig von der jeweiligen Ziel- und Altersgruppe, die vorgeschlagenen Untersuchungsintervalle sowie die sich aus den Untersuchungsergebnissen ergebenden weiterführenden Maßnahmen bewertet.

Nach der gesetzlichen Vorgabe von § 25 Abs. 1 SGB V haben „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ... Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen". Es wäre daher erforderlich und sinnvoll, die Gesundheitsuntersuchungen inhaltlich entsprechend auf die unterschiedlichen Lebensphasen und Risikokonstellationen abzustimmen – wie es auch bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 SGB V bereits der Fall ist.

Auch erscheint es hinsichtlich der vom Gesetzgeber formulierten Vorgabe nicht zielführend, zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr lediglich eine Gesundheitsuntersuchung anzubieten. Ziel des Gesetzgebers war es, die Gesundheitsuntersuchungen stärker primärpräventiv auf die Identifikation möglicher Risikofaktoren und eine entsprechende Beratung hin auszurichten. Gerade aufgrund der sich in der Lebensphase zwischen dem vollendeten 18. und 35. Lebensjahr herausbildenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und beruflich und familiär verändernden Lebensbedingungen können sich Risikofaktoren entwickeln, die im weiteren Lebensalter bevölkerungsmedizinisch relevante Erkrankungen zur Folge haben können.

Des Weiteren sollten sich nach Auffassung der Bundesärztekammer die Gesundheitsuntersuchungen nicht allein auf die Feststellung gesundheitlicher Risiken und Belastungen und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung beschränken. Vielmehr bedarf es im Anschluss daran einer präventionsorientierten Begleitung von Patienten mit relevanten Risikofaktoren, um notwendige Verhaltensänderungen initiieren und zur Wahrnehmung geeigneter primärpräventiver Angebote motivieren zu können.

Darüber hinaus ist in der zu überarbeitenden Richtlinie zu berücksichtigen, dass durch § 132f SGB V die Möglichkeit geschaffen wurde, dass auch Fachärzte für Arbeitsmedizin oder Ärzte, die über eine Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" verfügen, auf der Grundlage entsprechender Verträge ebenfalls Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V durchführen können. Dies ist in den entsprechenden Passagen der Richtlinie zu berücksichtigen.

2. Vorbemerkung

Im Folgenden werden die im Beschlussentwurf diskutierten Änderungen in chronologischer Reihenfolge dargestellt und seitens der Bundesärztekammer bewertet. Für nicht aufgeführte Änderungen ergibt sich aus Sicht der Bundesärztekammer kein Änderungsbedarf.

3. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den einzelnen Passagen des G-BA-Beschlussentwurfs

Abschnitt A: Allgemeines

Zu I. 2a) Änderungsvorschlag der Patientenvertreter (PatV) zu Nr. 1:

Die Patientenvertreter schlagen vor, dass sich die Gesundheitsuntersuchungen nur auf solche bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten beziehen sollen, „die wirksam behandelt werden können und deren Vor- oder Frühstadium durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist."

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der von Patientenvertreterseite vorgeschlagene Zusatz ist insofern überflüssig, als die bevölkerungsmedizinisch relevanten Erkrankungen i. d. R. gut diagnostizierbar und behandelbar sind. Zudem würde mit der von Patientenseite vorgeschlagenen Einschränkung die vom Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz intendierte Stärkung des primärpräventiven Charakters der Gesundheitsuntersuchungen, die gerade auch eine „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen ... und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung" beinhalten sollen, wieder relativiert werden.

Insofern unterstützt die Bundesärztekammer an dieser Stelle die Position von GKV-SV und KBV.

Zu I. 2c) Änderungsvorschlag der PatV und des GKV-SV zu Nr. 5:

Die Vertreter des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) wie auch der Patienten schlagen vor, dass die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V auch von „Fachärztinnen und Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe" durchgeführt werden können sollen.

Damit könnte laut „Tragenden Gründen" bei Frauen, die ab dem 20. Lebensjahr Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben, in diesem Kontext auch die Gesundheitsuntersuchung von ihrem Gynäkologen mit durchgeführt werden. Dies würde auch der Intention von § 25 Abs. 4 SGB V gerecht werden, wonach die Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Möglichkeit zusammen durchgeführt werden sollten.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgeschlagene Ausweitung auf Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe widerspräche der Definition der Gebietsbezeichnung gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) und ist somit berufsrechtlich nicht gedeckt.

Es besteht Klärungsbedarf, ob unter Nr. 5 hinsichtlich der zur Durchführung der Untersuchungen berechtigten Ärzte als Grundlage die „ärztliche Berufsordnung" oder nicht vielmehr die jeweils gültige „Weiterbildungsordnung" gemeint ist.

Die Bundesärztekammer schlägt daher folgende Formulierung vor:

„Untersuchungen nach dieser Richtlinie sollen diejenigen Ärztinnen und Ärzte durchführen, welche ~~die~~ zur Erbringung der vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen innerhalb ihrer Gebietsgrenzen ~~erbringen können~~ berechtigt und nach der jeweils für sie geltenden Weiterbildungsordnung ~~ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt~~ befähigt sind."

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass nach § 132f SGB V nun auch für Fachärzte für Arbeitsmedizin oder Ärzte, die über eine Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" verfügen, nach Abschluss entsprechender Vereinbarungen mit den Krankenkassen oder ihrer Verbände die Möglichkeit besteht, in Betrieben Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V durchzuführen.

In § 132f SGB V heißt es hierzu:

> „Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1, über Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, über Präventionsempfehlungen, Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen und über die Heilmittelversorgung schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden."

Zu I. 2e) Vorgeschlagene Neufassung der Untersuchungsintervalle gemäß Nr. 7:

Nach dem vorliegenden Richtlinienentwurf haben sich alle drei im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertretenen Bänke darauf verständigt, dass GKV-Versicherte zukünftig Anspruch auf *eine* zusätzliche Gesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 18. und 35. Lebensjahr haben sollen.

Nach dem 35. Lebensjahr spricht sich die KBV-Seite für eine Beibehaltung des bestehenden Zwei-Jahres-Intervalls aus, während GKV- und Patientenvertreter nach Vollendung des 35. bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres eine Streckung der Intervalle auf fünf Jahre und danach auf drei Jahre vorschlagen. Als Begründung führen sie an, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit für neue Erkrankungen erst ab der 5. Lebensdekade deutlich zunehme und die Aufdeckung bestehender familiärer Risiken und Belastungen bereits im Rahmen der vorhandenen U1-J1-Vorsorgeuntersuchungen erfolgen könne.

Hingegen verweist die KBV-Seite in ihrer Argumentation auf die Ergebnisse der DEGS1-Studie, wonach bereits in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen eine hohe Prävalenz relevanter Risikofaktoren besteht und es zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr zu einem weiteren Anstieg kommt.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Nach Auffassung der Bundesärztekammer entspricht die Beschränkung auf eine Gesundheitsuntersuchung in der Altersspanne zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr nicht der Intention des Gesetzgebers, der mit der Änderung der Gesundheitsuntersuchung eine qualitative Neuausrichtung hin zu einer frühzeitigen Erfassung gesundheitlicher Risiken und Belastungen bewirken wollte. Entsprechend hatte die Bundesregierung in ihrer Begründung zum Gesetzentwurf ausgeführt:

> „Gesundheitliche Risiken und Belastungen können bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung vorliegen. Die bislang vorrangig krankheitsorientierten Früherkennungsuntersuchungen … nach § 25 Absatz 1 … des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) greifen daher zu kurz und bedürfen der Weiterentwicklung hin zu einer primärpräventionsorientierten Gesundheitsuntersuchung."
> (BT-Drs. 18/4282, S. 22)

Und weiter heißt es

> „eine krankheitsorientierte ärztliche Gesundheitsuntersuchung, die vorrangig auf die Früherkennung einer bereits eingetretenen Erkrankung ausgerichtet ist, [greift] zu kurz. Denn bereits lange vor dem Auftreten einer Erkrankung können gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen vorliegen (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum oder starker chronischer psychosozialer Stress ausgelöst etwa durch berufliche Belastungen oder Gewaltbelastung im sozialen und familiären Umfeld), die durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden könnten." (BT-Drucksache 18/4282, S. 40).

Gerade zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr dürften sich für die meisten Versicherten umfassende Änderungen ihrer beruflichen und familialen Lebensumstände ergeben, die mit der Herausbildung und Verfestigung ggf. gesundheitsschädigender Verhaltensweisen einhergehen können.

Im Begründungstext zum Präventionsgesetz heißt es, dass

> „bei der Gesundheitsuntersuchung bei jüngeren Menschen die primärpräventiven Anteile (Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen, gesundheitsbezogene Beratung) im Vordergrund" stehen dürften (BT-Drucksache 18/4282, S. 41).

Die von der KBV-Seite angeführten Hinweise auf die in der DEGS1-Studie entdeckten Risikoprävalenzen untermauern dieses Anliegen des Gesetzgebers. Entsprechend sollten Gesundheitsuntersuchungen vor dem vollendeten 35. Lebensjahr v. a. auf eine Identifikation dieser Risikofaktoren und eine darauf aufbauende Präventionsberatung ausgerichtet sein. Hierzu sollten für den Zeitraum zwischen vollendetem 18. und vollendetem 35. Lebensjahr mindestens zwei Gesundheitsuntersuchungen vorgesehen werden.

Nach dem 35. Lebensjahr sollte hingegen am bisherigen Zwei-Jahres-Intervall festgehalten werden. Primärprävention kann sich nicht – wie von GKV- und Patientenvertreterseite vorgeschlagen – in einer in Fünf-Jahres-Intervallen erfolgenden Diagnostik und Präventionsberatung erschöpfen, wenn sie auf eine Veränderung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen und die Wahrnehmung geeigneter Präventionsangebote abzielen soll.

Im Sinne eines ärztlichen Präventionsmanagements muss sich an die Identifikation gesundheitlicher Risiken und Belastungen nicht nur eine ärztliche Präventionsberatung, sondern auch eine darüber hinausgehende Motivierung und Begleitung des Patienten sowie eine nachgehende Erfolgsbewertung anschließen.

Abschnitt B: Inhalt der Gesundheitsuntersuchung

Zu I. 3a) Ergänzung zu Nr. 1: „Anamnese"

Laut Beschlussentwurf soll im Abschnitt „1. Anamnese" der Satz „Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils" beibehalten werden.

In einem zu ergänzenden 2. Satz soll auf die in Anlage 1 näher konkretisierten Leistungen verwiesen werden. In dieser werden die Inhalte der Eigen- und Familienanamnese aufgeführt, die nach Vorstellung der GKV- und der KBV-Vertreter um einen weiteren Themenblock „Persönliche Risikofaktoren" ergänzt werden sollen. Die unterschiedlichen Konzepte der im G-BA vertretenen Bänke werden in der Anlage 1 synoptisch dargestellt.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der mit dem Präventionsgesetz novellierte § 25 SGB V hebt insbesondere auf eine „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen" ab. Ergänzend zu der in Anlage 1 vorgeschlagenen Auflistung persönlicher Risikofaktoren (Position GKV-SV und KBV) müsste in der Richtlinie näher ausgeführt werden, wie diese im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erhoben und bewertet werden sollen. Für die relevanten Risikofaktoren stehen sowohl geeignete Laborparameter wie auch validierte Fragebogen-Instrumente zur Verfügung, die im Richtlinien-Text mit aufgeführt werden sollten. Im Begründungstext zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention werden ebenfalls entsprechende Instrumente explizit angesprochen (BT-Drucksache 18/4282, S. 40).

Zudem sollte im Vorschlag des GKV-SV und der KBV das Wort „Adipositas" durch „Fehlernährung" ersetzt und die Liste persönlicher Risikofaktoren um eine weitere Kategorie „Konsum psychotroper Substanzen einschließlich Medikamente" ergänzt werden.

Zu I. 3b) Änderung der nach Nr. 3 einzubeziehenden Laboratoriumsuntersuchungen

Die bisherigen Ausführungen der einzubeziehenden Laborparameter sollen hier entfallen und stattdessen in Anlage 1 „Inhalte der Gesundheitsuntersuchung" näher ausgeführt werden. Zu den einzubeziehenden Laborparametern liegen unterschiedliche Vorschläge der im G-BA vertretenen Bänke vor.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundeärztekammer unterstützt die von der Patientenvertreterseite vorgeschlagenen und in die Anlage 1 aufzunehmenden Laborparameter. Hier sollte jedoch HbA1C ergänzt werden.

Zu I. 3e) Änderungen zu Nr. 5 (neu) „Beratung"

In den Absatz „Beratung" (Nr. 5 [neu]) soll im Konsens aller drei Bänke ein neuer Satz 4 „In Abhängigkeit vom Impfstatus soll eine Motivation zur Nachimpfung erfolgen." eingefügt werden.

Zudem soll Satz 5 (neu) wie folgt überarbeitet werden: „Der Versicherte soll ferner auf das Angebot bestehender Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen hingewiesen und über mögliche Risiken auf Grundlage der in der Anamnese erfragten familiären Krebsbelastungen aufgeklärt werden."

Die Patientenvertreter schlagen für Anlage 1 zudem die Aufnahme eines ergänzenden Blocks „Ärztliche Beratung und Aufklärung" vor, deren Inhalte (relevante Risikofaktoren; familiäre Risiken, insbesondere hinsichtlich onkologischer Erkrankungen; Impfstatus) nachfolgend in Spiegelstrichen aufgelistet werden.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Nach dem vorliegenden Beschlussentwurf soll Satz 2 des Abschnittes „Beratung" wie folgt lauten: „Dabei soll die Ärztin oder der Arzt auf der Grundlage der Anamnese und der erhobenen Befunde 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."

Aus gesundheitspsychologischer Sicht greift ein alleiniger Hinweis zu kurz, um nachhaltige Verhaltensänderungen bewirken zu können. Dies gilt gleichermaßen für den nachfolgenden

Satz 3, der die Ärztin/den Arzt in medizinisch angezeigten Fällen zur Ausstellung einer Präventionsempfehlung auffordert, ohne jedoch weitergehende begleitende Schritte mit einzubeziehen.

Im gleichen Sinne erscheint es nicht zielführend – wie von Patientenseite vorgeschlagen – in Anlage 1 lediglich eine Liste von Risikofaktoren aufzunehmen, zu denen die Ärztin/der Arzt aufklären und beraten soll.

Vielmehr muss die Ärztin/der Arzt in die Lage versetzt werden, im Rahmen einer motivierenden Gesprächsführung die individuellen Änderungspotenziale des Patienten zu identifizieren, um darauf aufbauend geeignete, mit dem Patienten abgestimmte Schritte zur Verhaltensänderung einzuleiten. Zudem muss es ihr/ihm möglich sein, die Geeignetheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen nachfolgend zu überprüfen, um ggf. gemeinsam mit dem Patienten notwendige Anpassungen vorzunehmen.

Darüber hinaus sollte sich die in Satz 5 vorgesehene ärztliche Aufklärung nicht auf die „in der Anamnese erfragten familiären Krebsbelastungen" beschränken. Vielmehr sind gerade auch unter primärpräventiven Gesichtspunkten solche Krebserkrankungen einzubeziehen, für die verhaltensbedingt ein hohes Risiko besteht.

Für die Umsetzung der vorgeschlagenen weitergehenden Beratung und Patientenbegleitung sollten im Rahmen der Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungen die erforderlichen strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Schließlich ist Satz 4 redaktionell wie folgt zu ändern:

„In Abhängigkeit vom Impfstatus soll eine Motivierung [statt Motivation] zur Nachimpfung erfolgen."

Abschnitt D: Evaluation

Zu 2.5) Neufassung des Abschnitts D (neu): „Evaluation"

Der bisherige Abschnitt D „Anspruchsberechtigung" soll nach der Beschlussvorlage durch „Evaluation" ersetzt werden. Zur Evaluation der Gesundheitsuntersuchung soll zukünftig eine unabhängige wissenschaftliche Organisation beauftragt werden.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine Evaluation der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass diese nicht zu einem unverhältnismäßigen Mehraufwand für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte führt. Andersfalls müsste dieser in der Honorierung mit abgebildet werden.

Berlin, 26.02.2018

i. A.

Dr. rer. medic. Wilfried Kunstmann
Bereichsleiter im Dezernat 1 – Versorgung
und Bevölkerungsmedizin