

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss 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)

Vom 19. Juli 2018

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	7
4.	Bürokratiekostenermittlung	7
5.	Verfahrensablauf	8
6.	Fazit	8

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten. Dazu gehören auch Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), deren nähere Ausgestaltung der G-BA regelt (§§ 25 Absatz 4 i. V. m. Absatz 3, 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 i. V. m. Absatz 4 SGB V).

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 an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen und auf der Grundlage der Methoden der evidenzbasierten Medizin weiterzuentwickeln. Zudem wurde der Leistungsinhalt der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 SGB V verändert. Neben den Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten soll künftig ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Durch die Änderung des § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB V erfolgte überdies eine Absenkung des Anspruchsalters auf das vollendete 18. Lebensjahr der Versicherten. Die schon zuvor nicht abschließende Aufzählung bestimmter Zielerkrankungen wurde aufgehoben, so dass Gesundheitsuntersuchungen alle vom G-BA in die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) aufgenommenen und für die Früherkennung in Betracht kommenden bevölkerungsmedizinisch relevanten Zielkrankheiten umfassen.

Nach § 25 Abs. 4 Satz 5 SGB V hat der G-BA die Aufgabe, erstmals bis zum 31. Juli 2018 „das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten“ zu beschließen.

Regelungen zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 4 SGB V wurden bereits beschlossen (21. Juli 2016) und sind am 1. Januar 2017 in Kraft getreten.

Mit der vorliegenden Beschlussvorlage erfolgt eine Anpassung der bestehenden Inhalte der GU-RL an die neue Rechtslage. Die Bewertung des Screenings auf neue Zielerkrankungen ist nicht Gegenstand dieses ersten Anpassungsschritts; einer entsprechenden Bewertung gemäß § 25 Absatz 3 SGB V bedarf es in diesem daher nicht. Für die Weiterentwicklung der GU-RL in Bezug auf die Bewertung des Screenings auf neue Zielerkrankungen hat der G-BA am 15. September 2016 die Beratungsverfahren für ein Screening auf Hepatitis B und für ein Screening auf Hepatitis C sowie am 16. März 2017 das Beratungsverfahren für ein Screening auf Depression eingeleitet. Die entsprechenden Bewertungen und Beratungen dauern noch an.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1. Änderungen im nach dem Titel folgenden Satz

Zu I. 1. (*Stichwort: Einleitung, Ziel der Regelung*):

Der Satz war aufgrund einer vorausgegangenen Änderung der Richtlinienbezeichnung (Beschluss vom 21. Juli 2016) sprachlich anzupassen. Der Halbsatz „zur Früherkennung von Krankheiten“ war zu streichen, da ärztliche Gesundheitsuntersuchungen aufgrund der Änderung von § 25 Absatz 1 SGB V durch das Präventionsgesetz nicht mehr ausschließlich der Früherkennung von Krankheiten dienen, sondern auch primärpräventive Maßnahmen beinhalten. Diese Anpassung wurde an mehreren Stellen der Richtlinie vorgenommen.

2.2. Änderungen in Abschnitt A (Allgemeines)

Zu I. 2. a), Änderung in Abschnitt A Nummer 1 (*Stichwort: Altersgrenzen, Leistungsumfang*):

Abschnitt A Nummer 1 war anzupassen, denn mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wurde die Altersgrenze für die Anspruchsberechtigung vom vollendeten 35. Lebensjahr auf das vollendete 18. Lebensjahr abgesenkt (§ 25 Absatz 1 SGB V). Weiterhin sind die Leistungen der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nicht mehr ausschließlich auf die Früherkennung von Krankheiten beschränkt.

Zu I. 2. b), Änderung in Abschnitt A Nummer 2 (*Stichwort: Zielerkrankungen*):

Durch das Präventionsgesetz wurde im § 25 SGB V die Fokussierung auf spezifische Zielerkrankungen aufgegeben.

Zu I. 2. c), Änderung in Abschnitt A Nummer 5 (*Stichwort: Arztgruppen*):

Der Vorschlag der BÄK zur Präzisierung der Formulierung wurde entsprechend der in der Stellungnahme der BÄK gegebenen Begründung aufgegriffen. Dort wurde darauf hingewiesen, dass die Inhalte der einzelnen Facharztgebiete durch die jeweilige Weiterbildungsordnung (der Landesärztekammer bzw. der Musterweiterbildungsordnung) definiert werden.

Zu I. 2. d), Änderung in Abschnitt A Nummer 6 (*Stichwort: Früherkennung*):

Abschnitt A Nummer 6 war aufgrund der Änderung von § 25 Absatz 1 SGB V durch das Präventionsgesetz anzupassen, da die Leistungen der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nicht mehr ausschließlich der Früherkennung von Krankheiten dienen.

Zu I. 2. e), Änderung in Abschnitt A Nummer 7 (*Stichwort: Untersuchungsintervalle*):

Mit der Änderung wird zunächst die Anspruchsberechtigung von Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr abgebildet. Zur Ermittlung einer medizinisch und epidemiologisch sinnvollen Staffelung der darauf folgenden Untersuchungsintervalle wurde eine Literatur-Recherche in deutschen und internationalen Leitlinien durchgeführt. Dabei ist festzustellen, dass Empfehlungen zu Screening-Intervallen für die verschiedenen Parameter, so überhaupt vorhanden, in den Leitlinien stark divergieren und daher kaum Orientierung bieten konnten. Die Entscheidung des G-BA zur Festlegung der Intervalle erfolgt auf Basis folgender Erwägungen:

Für die Durchführung anlassloser Untersuchungen junger Erwachsener konnte keine belastbare Evidenz in den Leitlinien gefunden werden. Zwar wird die Population für viele der untersuchten Screening-Maßnahmen mit „≥ 18 Jahre“ angegeben, die Intervalle variieren jedoch beträchtlich und werden häufig als „risikoabhängig“ oder „bei Gelegenheit“ benannt. Jungen Erwachsenen ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres soll daher einmalig eine Screening-Untersuchung angeboten werden, um nach dem Übertritt in die Erwachsenenmedizin („Transition“) gegebenenfalls neu aufgetretene Erkrankungen oder auch gesundheitliche Risiken und Belastungen zu erkennen. Untersuchungen aus dem Blut erfolgen bei entsprechendem Risikoprofil.

Die Aufdeckung bestehender familiärer Risiken und Belastungen ist bereits im Kindes- bzw. Jugendalter möglich. Die vorhandenen Vorsorgeuntersuchungen U1-J1 erstrecken sich über einen Zeitraum von der Geburt bis zum vollendeten 14. Lebensjahr. In der J1 sollen u.a. gesundheitsgefährdendes Verhalten und chronische Erkrankungen anamnestisch erfasst werden, außerdem Gewicht, Blutdruck und Auffälligkeiten bei der körperlichen Untersuchung. Bei positiver Familienanamnese gehört ferner eine Laboruntersuchung des Gesamtcholesterins zur J1. Außerdem soll bei Impflücken zur Nachimpfung motiviert werden. Zum Zeitpunkt der J1 kann die Grund- und Auffrischimmunsierung mit allen von der Ständigen Impfkommission

empfohlenen Standardimpfungen abgeschlossen sein. Weitere Auffrischimpfungen (Diphtherie/Tetanus/Pertussis) sind dann in 10-Jahres-Intervallen vorgesehen. Die GU verfolgt u.a. den Zweck, zum Zeitpunkt der Untersuchungen den aktuellen Impfstatus zu überprüfen.

Erst ab einem Lebensalter zwischen dem 35. und dem 45. Lebensjahr sprechen sich Leitlinien dezidiert für die Erfassung der Risikofaktoren in 1 bis 5-jährigen Intervallen aus (z. B. bezüglich Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes-Risiko, kardiovaskuläre Risiken).

Unter Berücksichtigung der o.g. Leitlinienempfehlungen und der Prävalenz der in der Gesundheitsuntersuchung adressierten Risikofaktoren in der deutschen Bevölkerung sieht der G-BA dreijährliche Untersuchungsintervalle ab Vollendung des 35. Lebensjahres als sinnvoll an.

Der Verlauf der möglichen, erst im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung feststellbaren Erkrankungen, folgt in der Regel einer Dynamik, die in den genannten Intervallen keine Veränderungen erwarten lassen, die durch eine früher eingeleitete Behandlung zu einem deutlich besseren Ergebnis führen würden. Dies gilt sowohl für Diabetes Typ 2 und Bluthochdruck als auch für Dyslipidämien¹ und die koronare Herzkrankheit².

Für alle Altersstufen gilt, dass bei Feststellung von vorhandenen Risikofaktoren das ggf. erforderliche ärztliche Vorgehen unabhängig von den für die Gesundheitsuntersuchung definierten Intervallen erfolgt.

2.3. Änderungen in Abschnitt B (Inhalte der Gesundheitsuntersuchung)

Zu I. 3. a), Änderung in dem der Abschnittüberschrift B folgenden Satz:

Der Satz war aufgrund der Änderung von § 25 Absatz 1 SGB V durch das Präventionsgesetz, anzupassen, da die Leistungen der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nicht mehr ausschließlich der Früherkennung von Krankheiten dienen.

Zu I. 3. b), Änderung in Abschnitt B Nummer 3 (Laboratoriumsuntersuchungen):

Die Konkretisierung der vorzunehmenden Laboruntersuchungen erfolgt nun in Anlage 1. Nummer 3 wurde entsprechend gekürzt.

Zu I. 3. c), Änderung in Abschnitt B, Einfügung neue Nummer 4 (*Stichwort: Impfstatus*):

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wurde durch die Änderung von § 25 Absatz 1 SGB V als weiterer Leistungsbestandteil der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung die Überprüfung des Impfstatus vorgegeben. Die Einfügung der neuen Nummer 4 dient der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe. Dabei soll die Überprüfung des Impfstatus auf der Grundlage der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA erfolgen, die ihrerseits die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes (STIKO) für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen konkretisiert.

Zu I. 3. d), Änderung in Abschnitt B, Neunummerierung:

Durch die Einfügung der neuen Nummer 4 war eine Neunummerierung der bisherigen Nummer 4 (neu 5) und 5 (neu 6) erforderlich.

Zu I. 3. e. aa) und dd), Änderung in Abschnitt B Nummer 5 (Beratung) Satz 1 und neuer Satz 4 (*Stichwort: Einbezug Impfstatus in die Beratung*):

¹ RKI Gesundheit in Deutschland, November 2015

² RKI, Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«

Durch die Einfügung der neuen Nummer 4 sind auch die aus der Überprüfung des Impfstatus resultierenden Erkenntnisse in die Beratung einzubeziehen. Hierzu erfolgte eine Anpassung von Satz 1 und die Ergänzung des neuen Satzes 5.

Zu I. 3. e. bb), Änderung in Abschnitt B Nummer 5 Satz 2 (*Stichwort: Grundlage der Beratung*):

Die Ergänzung von Satz 2 dient der Klarstellung, dass die gegenständliche Beratung auf der Grundlage der Anamnese und der erhobenen Befunde erfolgen soll.

Zu I. 3. e. cc), Neuer Satz nach Satz 2 (*Stichwort: motivierende Gesprächsführung*):

Der Vorschlag der BÄK zur Ergänzung der Formulierung wurde aufgegriffen, da die Beratung auch zur Motivierung der Patientin oder des Patienten beitragen soll. Im Nachgang soll auch die Geeignetheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen nachfolgend überprüft werden, um gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten notwendige Anpassungen einzuleiten.

Zu I. 3. e. ee), Änderung in Abschnitt B Nummer 5 bisheriger Satz 4 (*Stichwort: Beratung bzgl. Krebsfrüherkennung*):

Die Umformulierung des bisherigen Satzes 4 (neuer Satz 6) erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Teilnahme an den bestehenden Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen auf einer informierten Entscheidung des bzw. der Versicherten basieren soll.

Die durch Richtlinien des G-BA geregelten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf Brustkrebs, Darmkrebs und Hautkrebs berücksichtigen bislang nicht, dass ein erheblicher Teil (ca. 10-20%) dieser Krebserkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit einer familiären Belastung auftritt und dass Verwandte ersten Grades eines Indexpatienten ein gesteigertes Erkrankungsrisiko aufweisen, das frühere und ggf. intensivere Früherkennungsuntersuchungen als sie bislang in den Richtlinien geregelt sind, notwendig macht.

Bis zur Integration spezifischer Früherkennungsangebote für familiär belastete Personen in die Richtlinien des G-BA sollen daher im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung insbesondere bezüglich Brustkrebs, Darmkrebs und das maligne Melanom familiäre Belastungen im Rahmen der Anamnese erfragt und die Betroffenen ggf. über das erhöhte Risiko aufgeklärt werden.

Nach Abschluss der GU empfiehlt der Arzt auf Grundlage der Anamnese und der erhobenen Befunde, ob aus ärztlicher Sicht weitere Untersuchungen oder Behandlungen veranlasst werden sollen.

Zu I. 3. e. ff), Änderung in Abschnitt B Nummer 5 bisheriger Satz 5 (*Stichwort: Glaukom-Screening*):

Der G-BA hat am 21. Dezember 2004 auf Basis einer Evidenzüberprüfung beschlossen, dass ein Glaukom-Screening nicht zur Früherkennung von Krankheiten gem. § 25 Abs. 3 SGB V empfohlen werden kann. Die Aufarbeitung der aktuellen Evidenzlage bestätigt dies. Da die GU-RL nur Maßnahmen adressieren sollte, die aufgrund einer positiven Empfehlung zum Leistungsumfang der Gesundheitsuntersuchung gehören, war der bisherige Satz 5 zu streichen.

2.4. Änderungen in Abschnitt C (*Stichwort: Dokumentation*)

Zu I. 4. a), b), d) Änderung in Abschnitt C, Nummer 1, 2, 4 und 5:

Die Anlage 1 dient nunmehr der Konkretisierung der Untersuchungsinhalte der GU. Die Dokumentation erfolgt nach Maßgabe der inhaltlichen Vorgaben der Anlage 1 der GU-RL in der

Patientenakte und nicht mehr auf einem dafür vorgesehenen Berichtsvordruck. Das bislang bestehende Verfahren des Berichtsvordruckes (Anlage 1 der GU-RL) hat sich nicht bewährt. Es ist für die damit zu erlangenden Erkenntnisse zu aufwendig und wird daher, nachdem die Auswertung bereits ausgesetzt war, endgültig abgeschafft. Die Nummer 1 wurde entsprechend der veränderten Dokumentationsanforderungen neu gefasst. Die Nummern 2, 4 und 5 waren zu streichen.

2.5. Neufassung des Abschnitts D (Stichwort: Evaluation):

Zu I. 5.

Eine separate Regelung für den Nachweis der Anspruchsberechtigung ist nicht erforderlich und kann daher entfallen.

Künftig wird in Abschnitt D ausschließlich die Evaluation der Gesundheitsuntersuchung geregelt. Diese soll das Ziel verfolgen, Fragestellungen zu den Ergebnissen der Gesundheitsuntersuchung zu beantworten, und nicht bloß der Erfassung der Teilnehmerzahlen sowie der epidemiologischen Verteilung verschiedener Erkrankungen dienen. Dieses Ziel konnte nicht zufriedenstellend auf der Grundlage der - mittels Berichtsvordruck - querschnittlich erhobenen Daten erreicht werden. Nach Abschluss der aktuell laufenden Beratungen insbesondere zum Screening auf Hepatitis B, Hepatitis C und Depression soll daher eine wissenschaftliche Institution mit der Erstellung eines Evaluationskonzeptes beauftragt werden, welches eine längsschnittliche Betrachtung von Effekten der Gesundheitsuntersuchung erlaubt.

2.6. Genderung des bestehenden Richtlinien textes

Mit der gegenständlichen Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie wird auch ein Beschluss des G-BA vom 9. Dezember 2006 umgesetzt, wonach bei der Abfassung von Richtlinien dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern Rechnung getragen werden soll. In der Richtlinie werden nun für alle Personenbezeichnungen stets die weiblichen und die männlichen Formen genannt.

2.7. Neufassung der Anlage 1, Inhalte der Gesundheitsuntersuchung

Zu II.

Die Anlage 1 wird vorliegend neu gefasst, dabei wurden die inhaltlichen Angaben aus dem früheren Berichtsvordruck weitestgehend übernommen. Die Änderungen umfassen die gesetzlich geforderten Angaben zum Impfstatus, die Erweiterung der Laboratoriumsuntersuchungen (Lipidprofil), die Ergänzung der klinischen Untersuchung um Parameter zur Beurteilung kardiovaskulärer Risikofaktoren (Gewicht und Größe), die Ergänzung der Anamnese um onkologische Risikofaktoren (familiäre Belastungen), die Bestimmung des kardiovaskulären Risikos bei anamnestischen Anhaltspunkten sowie die Konkretisierung einer risikoadaptierten ärztlichen Beratung und Aufklärung.

Erweiterung der Laboruntersuchungen und Differenzierung entsprechend Lebensalter)

Zur Ermittlung medizinisch und epidemiologisch begründeter Laboruntersuchungen wurde eine Literatur-Recherche in deutschen und internationalen Leitlinien durchgeführt.³ Zielpopulation hierbei waren sowohl symptomlose Erwachsene als auch Erwachsene ab 18 Jahren mit einem erhöhten Risikoprofil oder positiver Familienanamnese kardiovaskulärer Erkrankungen und/oder Diabetes mellitus. Die gefundenen Leitlinien stimmen weitestgehend in ihren Emp-

³ Die detaillierten Ergebnisse der Literaturrecherche zu den Laboruntersuchungen finden sich in den Kapiteln B-3.2 (Screening auf Diabetes Typ II und Hyperglykämie) und B-3.3 (Screening auf Dyslipidämie) der Zusammenfassenden Dokumentation.

fehlungen überein, lediglich bei positiver Familienanamnese bzw. erhöhtem Risikoprofil Laboruntersuchungen auf Lipidstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus bereits bei jüngeren Erwachsenen ab 18 Jahren durchzuführen. Fehlen diese Voraussetzungen, so werden die Laboruntersuchungen bei ansonsten symptomfreien Erwachsenen ab etwa der 5. Lebensdekade empfohlen.

Kardiovaskuläre Risikobestimmung (sofern angezeigt) und „Risikoadaptierte ärztliche Beratung und Aufklärung“

Die Anamnese stellt das zentrale Instrument der Ermittlung von jeweils individuellen Risikokonstellationen dar. Sofern aufgrund der Anamnese entsprechende Anhaltspunkte vorliegen, soll das kardiovaskuläre Risiko unter Verwendung von Risikoscores bestimmt werden. Damit folgt der G-BA den meisten nationalen und internationalen Leitlinienempfehlungen (z.B. ESC/EAS Guidelines) und den Voten der stellungnehmenden Fachgesellschaften.

Abschnitt B (neue) Nummer 5 Beratung wird nunmehr durch die Ergänzung der Anlage 1 um den Abschnitt „Risikoadaptierte ärztliche Beratung und Aufklärung“ weiter konkretisiert. So soll z.B. für den Fall, dass - aufgrund entsprechender Anhaltspunkte in der Anamnese - das kardiovaskuläre Risiko bestimmt wurde, sich die Beratung auch auf darauf zugeschnittene Maßnahmen (z.B. Blutdrucksenkung, Ernährung, Bewegung, Behandlung einer Hyperlipidämie, Rauchstopp) unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen beziehen.

Berichtsvordruck

Da der Berichtsvordruck entfällt, werden die Maßnahmen, die ggf. aufgrund der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung ergriffen werden, in der Patientenakte dokumentiert. Entsprechendes gilt für die Feststellung einer neuen Diagnose oder einer Verdachtsdiagnose.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Vor der abschließenden Entscheidung des G-BA über die Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie hat der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) am 25. Januar 2018 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5 (Bundesärztekammer), 5a (Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit) sowie 92 Abs. 7d Satz 1 1. Halbsatz SGB V (einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften) beschlossen. Am 29. Januar 2018 wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum 26. Februar 2018 eingeleitet. Darüber hinaus wurde am 26. April 2018 vom UA MB eine Anhörung durchgeführt.

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist im Abschlussbericht unter Abschnitt D ausführlich dokumentiert.

Aus den Stellungnahmen haben sich Änderungen des Beschlusses und Änderungen der Positionierungen ergeben.

4. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit der vorliegenden Änderung der GU-RL entfällt künftig das Ausfüllen und Archivieren des Berichtsvordrucks Gesundheitsuntersuchung (Muster 30). Ebenso entfällt künftig der Aufwand für die Bestellung und Lagerung der Vordrucke. Durch die Abschaffung des Formulars fügt

sich die Dokumentation besser in die normale Patientenakte ein. Im Rahmen des vom Nationalen Normenkontrollrat koordinierten Projektes „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ wurde vom Statistischen Bundesamt der zeitliche Aufwand für das Ausfüllen und Archivieren des Berichtsvordrucks mit 3,5 Min. gemessen. Hiervon entfielen 3 Minuten auf hohes Qualifikationsniveau (Ausfüllen des Berichtsvordrucks) sowie 0,5 Minuten auf mittleres Qualifikationsniveau (für das Archivieren des Berichtsvordrucks). Dies ergab Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 2,78 Euro, wovon im Rahmen des o.g. Projektes ein Sowieso-Kosten-Anteil von 20 Prozent identifiziert wurde, so dass netto Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 2,22 Euro verbleiben. Bei zuletzt rund 11 Mio. Gesundheitsuntersuchungen jährlich (Daten des Jahres 2016) ergibt sich durch die Streichung der Informationspflicht „Ausfüllen und Archivieren des Berichtsvordrucks“ eine Reduzierung der jährlichen Bürokratiekosten um geschätzt 24,42 Mio. Euro (2,22 Euro x 11 Mio.).

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
15.10.2015	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
28.01.2016	UA MB	Auftrag an AG GU zur Festlegung konkreter Beratungsinhalte
23.06.2016	UA MB	Festlegung konkreter Beratungsinhalte
25.01.2018	UA MB	Beratung zur Beschlussempfehlung der AG GU Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Abs. 5, 5a sowie 92 Abs. 7d SGB V
26.04.2018	UA MB	Anhörung, Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
14.06.2018	UA MB	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen
28.06.2018	UA MB	Abschließende Beratung
19.07.2018	Plenum	Beschlussfassung zur Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene nach § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB V
01.10.2018		Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
24.10.2018		Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger
25.10.2018		Inkrafttreten des Beschlusses

6. Fazit

Die bestehenden Inhalte der GU-RL werden an die neue Rechtslage sowie an die Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien angepasst.

Berlin, den 19. Juli 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken