



Die Gesundheits- untersuchung für Erwachsene

Hintergründe, Ziele
und Chancen für die
Hausarztpraxis

ANERKANNTE FORTBILDUNG

Autor:
Prof. Dr. med. Klaus Wahle,
FA für Allgemeinmedizin

Gutachter:
Prof. Dr. med. Wolfgang Jilg, FA für Mikrobiologie
Prof. Dr. med. Jörg Schelling, FA für Allgemeinmedizin

★★★
3 CME-PUNKTE
Zertifiziert von
der Ärztekammer
Nordrhein

VNR: 2760512021151150012
Erstellungsdatum: 11/2021
Gültigkeitsdauer: bis 30.09.2022

1 Einleitung

Die beste Therapie ist eine erfolgreiche Prävention – so könnte man den Grundgedanken umschreiben, der Ende der 1980er-Jahre zur Einführung der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene führte. Die zugehörige Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist seither mehrfach überarbeitet und angepasst worden. Die letzte Neuerung trat am 12.02.2021 in Kraft und bietet nun die Möglichkeit, ein Screening auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion durchzuführen.

Diese Fortbildung gibt detaillierte Informationen zur Gesundheitsuntersuchung im Allgemeinen sowie zum Hepatitis-Screening im Speziellen. Des Weiteren wird die Überprüfung des Impfstatus gesondert behandelt. Neben medizinischen Fakten spielt stets auch die planvolle Umsetzung in der ärztlichen Praxis eine Rolle.

2 Die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene

Laut RKI verursachen allein Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland ca. 40% aller Sterbefälle und sind damit hierzulande die führende Todesursache.¹ Verschiedene Risikofaktoren, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen, sind bis zu einem gewissen Grad beeinflussbar. Hierzu gehören z. B. Hypertonie, Adipositas und Hyperlipidämie, aber auch bestimmte Verhaltensweisen wie Rauchen oder eine ungesunde Ernährung.¹ Werden diese Risikofaktoren rechtzeitig erkannt, ergibt sich hieraus ein großes Präventionspotenzial. Gleiches gilt selbstverständlich auch für Risikofaktoren im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen.

2.1 Allgemeines

Vom Check-up zur Gesundheitsuntersuchung

Die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene ab 35 Jahren – auch bezeichnet als Check-up 35 – wurde 1989 eingeführt.² Sie war damit die erste rein präventionsmedizinische Untersuchung, mit deren Hilfe nicht nach Erkrankungen, sondern nach Risikofaktoren gesucht werden sollte, die – ohne Intervention – zu einem späteren Zeitpunkt zu Erkrankungen führen können. Nach verschiedenen Überarbeitungen der G-BA-Richtlinie im Laufe der Jahre erfolgte 2019 schließlich eine etwas tiefer greifende Anpassung. Seither haben auch gesetzlich Versicherte zwischen dem vollendeten 18. und dem vollendeten 35. Lebensjahr Anspruch auf eine einmalige Gesundheitsuntersuchung. Für GKV-Versicherte ab dem 35. Lebensjahr wurde das Untersuchungsintervall von 2 auf 3 Jahre verlängert.^{*,3,4} Darüber hinaus wurden inhaltliche Erweiterungen, u. a. die Durchführung einer Impfanamnese, beschlossen.³ Seitdem auch junge Erwachsene unter 35 Jahren Anspruch auf eine einmalige allgemeine Untersuchung haben, wird bevorzugt von der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene, nicht mehr vom Check-up 35, gesprochen.⁴

Die Einführung eines Screenings auf eine Infektion durch das Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virus (HBV bzw. HCV) zum 12.02.2021 markiert einen weiteren Meilenstein in der Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung. Die Suche nach Risikofaktoren wird nun um die Suche nach spezifischen Erkrankungen ergänzt. Somit verändert sich der Charakter der Untersuchung von einer ursprünglich rein präventionsmedizinischen Maßnahme zu einer Kombination aus Prävention und Früherkennung.



Foto: © LIGHTFIELD STUDIOS – stock.adobe.com

* Die Regelungen im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) können hiervon abweichen.

Zweck und Ziele der Gesundheitsuntersuchung

Die in der Gesundheitsuntersuchung vorgesehenen ärztlichen Maßnahmen sollen dazu beitragen, gesundheitliche Risiken und Belastungen der Versicherten zu erfassen und zu bewerten sowie bevölkerungsmedizinisch bedeutsame Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Nach Erfassung der medizinischen Daten erfolgt eine präventionsorientierte Beratung.⁵ Somit dient die Gesundheitsuntersuchung in vorderster Linie der Gesunderhaltung aller Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

2.2 Inhalt und Ablauf der Gesundheitsuntersuchung⁵

Die Gesundheitsuntersuchung beginnt mit einer ausführlichen Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese mit besonderem Augenmerk auf der Erfassung des individuellen Risikoprofils. Hierzu gehört auch die Überprüfung des Impfstatus. Die Untersuchung beginnt also praktisch schon bei der Anmeldung, sobald der Versicherte am Empfang seinen Impfpass zur Kontrolle abgibt (s. auch Kap. 3).

Auf die Anamnese folgt die klinische Untersuchung, die der Erhebung des Ganzkörperstatus dient. Neben der Messung des Blutdrucks, der Körpergröße und des -gewichts wird der gesamte Körper inklusive Nervensystem und Psyche auf krankhafte Veränderungen untersucht.

Einen weiteren wichtigen Baustein bilden die Laboruntersuchungen, die eine Untersuchung des Bluts sowie des Urins beinhalten. Aus dem Blut wird das Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride) erstellt und der Wert der Nüchternplasmaglukose ermittelt. Der Urin wird auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit (Harnstreifentest) untersucht.

Abschließend erfolgt die risikoadaptierte ärztliche Beratung und Aufklärung. Diese umfasst u. a. eine Aufklärung zum Nikotin- und Alkoholkonsum sowie zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Darüber hinaus erfolgt eine Besprechung familiär bedingter Risiken, der Wahrscheinlichkeit für ein kardiovaskuläres Ereignis inklusive möglicher Gegenstrategien sowie eine Beratung zum Impfstatus und, falls zutreffend, die Empfehlung, fehlende Impfungen nachzuholen.

Einige Teile der Gesundheitsuntersuchung sind delegationsfähige Leistungen, die im Sinne eines effizienten Praxismanagements nicht vom Arzt selbst, sondern von einem qualifizierten Mitarbeiter durchgeführt werden können. Hierzu gehören u. a. das Bestimmen von Körpergröße und -gewicht, die Blutentnahme oder das Impfen. Voraussetzung ist, dass der Arzt den Mitarbeiter zur selbstständigen Durchführung der zu delegierenden Leistungen anleitet sowie regelmäßig überwacht und bei auftretenden Problemen erreichbar ist, um zeitnah eingreifen zu können.⁶

Inhalt der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung⁵

1. Anamnese

- Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils

2. Klinische Untersuchung

- Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)

3. Laboruntersuchungen

- Untersuchungen aus dem Blut (einschließlich Blutentnahme)
- Untersuchungen aus dem Urin (Harnstreifentest)

4. Impfstatus

- Überprüfung des Impfstatus

5. Beratung

6. Folgerung aus den Ergebnissen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung

- Gegebenenfalls weitergehende, gezielte Diagnostik und Therapie

Anspruchsberechtigung

Versicherte zwischen 18 und 35 Jahren haben einmalig den Anspruch auf eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung. Eine Blut- und Urinuntersuchung bei Personen unter 35 Jahren sind nur bei Vorliegen eines entsprechenden Risikoprofils (z. B. positive Familienanamnese, Adipositas, Hypertonie) vorgesehen. Personen ab 35 Jahren haben alle 3 Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Seit 12.02.2021 besteht bei ihnen zusätzlich zu den oben aufgeführten Blutuntersuchungen einmalig der Anspruch auf ein Screening auf eine HBV- und HCV-Infektion. Männliche Versicherte ab 65 Jahren haben außerdem einmalig Anspruch auf Teilnahme am Ultraschallscreening auf ein Bauchaortenaneurysma.

Die Zahl der Versicherten, die die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch nehmen, ist immer noch zu gering, um epidemiologische Effekte belegen zu können. Die Techniker Krankenkasse (TK) hat Daten von 5,8 Millionen ihrer Versicherten ausgewertet, die im Jahr 2017 berechtigt waren, die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Lediglich 1,45 Millionen, das entspricht 24,8%, ließen sich untersuchen.¹³ In diesem Punkt sind Medien, Krankenkassen und auch Ärzte gefordert, die Bürger und ihre Versicherten bzw. Patienten über den Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung und deren medizinische Bedeutung zu informieren und zu einer Teilnahme zu motivieren.

2.3 Marketingaspekte und Management der Gesundheitsuntersuchung

Ein Weg zur Förderung der Gesundheit bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten für das Gesundheitswesen könnte dem Motto „Prävention vor Kuration“ folgen. In den Köpfen vieler Patienten – und wohl auch in denen vieler Ärzte – herrscht der Gedanke vor, dass die Arztpraxis ein Ort sei, an dem überwiegend diagnostiziert und therapiert wird oder werden sollte. Diese Kuration ist zweifelsohne ein bedeutender Teil der ärztlichen Arbeit. Insbesondere die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene bietet jedoch die Chance einer Schwerpunktverschiebung mit einer stärkeren Ausrichtung der Praxis hin zur Prävention. So könnte z. B. eine spezielle Präventionssprechstunde eingeführt werden, in deren Rahmen Vorsorgeuntersuchungen attraktiver geplant und durchgeführt werden könnten. Gleiches gilt für Impfungen und gegebenenfalls reisemedizinische Beratungen inklusive der benötigten Reiseimpfungen. Jede Vorsorgeuntersuchung sollte grundsätzlich mit einer Impfpasskontrolle verbunden werden. Die ausreichende Immunisierung der Patienten ist ohne Zweifel eine der wichtigsten und wertvollsten Präventionsmaßnahmen. Wichtig ist, die Patienten schon bei der Terminvergabe an das Mitbringen des Impfpasses zu erinnern. Viel zu häufig wird dieser zu Hause vergessen, so dass eine vollumfängliche Impfberatung sowie -dokumentation unnötig erschwert werden. Die Etablierung einer solchen Präventionssprechstunde wäre ein deutliches Signal an Patienten, dass Arzt und Praxisteam sich nicht nur um die Therapie und Heilung, sondern auch um die Förderung der Gesunderhaltung sorgen und kümmern. Es könnte auch als Abgrenzungsmerkmal gegenüber anderen Arztpraxen dienen.



Foto: © GSK – ASSET-1937862

Da es vielen Patienten schwerfällt, selbstständig und regelmäßig Termine für Vorsorgeuntersuchungen zu vereinbaren und wahrzunehmen, empfiehlt sich der Aufbau eines Recall-Systems. Mit Hilfe von Erinnerungsschreiben werden Patienten an die Gesundheitsuntersuchung, (Haut-)Krebsvorsorge und an fällige Impfungen erinnert. Solche Recall-Systeme lassen sich mit Hilfe der verschiedenen Arztsoftware-Systeme leicht etablieren. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Gewährleistung eines reibungslosen und zeiteffizienten Ablaufs der entsprechenden Untersuchung, sobald ein Patient der Einladung folgt. Hierfür sollte das Praxis-

team gemeinsam mit dem Arzt einen auf die Praxis abgestimmten, individuellen Ablaufplan entwickeln. Die einzelnen Handlungsschritte, die nötig werden, sobald ein Versicherter die Praxis betritt bzw. sich auf ein Erinnerungsschreiben zurückmeldet, sollten schriftlich festgehalten werden. So wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter jederzeit wissen, welche weiteren Schritte sie wann in die Wege leiten müssen.

3 Überprüfung des Impfstatus – Anspruch und Realität

3.1 Einleitung

Es gehört zu den zentralen ärztlichen Aufgaben, dafür Sorge zu tragen, dass Patienten einen umfassenden Impfschutz erhalten. Dies startet bereits mit der Grundimmunisierung bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen durch den Kinderarzt und setzt sich mit den Impfungen sowie Auffrischungen im Jugend- und Erwachsenenalter fort. Bestimmte individuelle Merkmale und berufliche Besonderheiten können zudem sogenannte Indikationsimpfungen nötig machen.

Internationales Ziel Erregereradikation

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen, die wir zur Verfügung haben. Gleichzeitig sind die heute verfügbaren Impfstoffe allesamt sicher und gut verträglich.⁷ Das RKI spricht sich dafür aus, dass jeder Arztbesuch dazu genutzt werden sollte, „die Impfdokumentation zu überprüfen und gegebenenfalls den Impfschutz zu vervollständigen“.⁸ In jeder Arztpraxis sollte das Ziel verfolgt werden, die Impfquoten unter den Patienten zu erhöhen. Im Vordergrund steht dabei – sicherlich auch in der Kommunikation mit dem Patienten – der durch eine Impfung zu erlangende Individualschutz, der den Geimpften vor einer Erkrankung bewahren kann. Darüber hinaus kann ein Erreichen hoher Impfquoten auch einen erhöhten Bevölkerungsschutz bewirken.⁷ So können Krankheitserreger zunächst regional, später auch weltweit eliminiert werden.⁷ Die Elimination der Masern ist z. B. ein aktuelles politisches Ziel – national wie international. Vor diesem Hintergrund wurde das Masernschutzgesetz erarbeitet, das am 1. März 2020 in Kraft getreten ist, und eine Impfpflicht u. a. für Kinder vorsieht, die einen Kindergarten oder eine Schule besuchen.⁹ Für Poliomyelitis ist das Ziel der Eradikation in Deutschland und Europa schon vor Jahren erreicht worden.⁷ Das zeigt, dass ein solcher Erfolg mit Hilfe konsequenter Impfungen möglich ist. Neben den Masern stehen weitere Infektionskrankheiten im internationalen Fokus, deren Verbreitung und die damit verbundene Krankheitslast in den nächsten Jahren deutlich reduziert werden sollen. So hat die WHO bereits vor einigen Jahren das Ziel ausgegeben, Hepatitis B und C bis zum Jahr 2030 zu eliminieren.¹⁰ Bei Einhaltung einer entsprechenden Präventionsstrategie könnten laut WHO bis 2030 7,1 Millionen Todesfälle weltweit verhindert werden.¹⁰ Die Bundesregierung hat sich, wie viele andere Länder auch, dem Ziel verschrieben, bis 2030 allen Menschen ein gesundes Leben zu ermöglichen und deren Wohlergehen zu fördern.¹¹ Zu den konkret formulierten Zielen gehört u. a., AIDS und Tuberkulose zu eliminieren sowie Hepatitis besser zu bekämpfen.¹¹ Ein wesentlicher Bestandteil in der Bekämpfung von Hepatitis muss die Erhöhung der Hepatitis-B-Impfquoten sein. In diesem Punkt sieht die Hepatitis-B-Expertengruppe insbesondere die Ärzteschaft in der Pflicht, die bereits bestehenden Vorgaben der STIKO noch besser und stringenter umzusetzen.¹²



Foto: © Alexander Rathns – stock.adobe.com

3.2 Impfpasskontrolle/Impfanamnese

Viele Patienten stellen sich mit unbekanntem Impfstatus in der Praxis vor. Sie selbst kennen ihren Impfstatus in der Regel nicht und der Impfpass wird häufig zu Hause vergessen oder ist nicht mehr auffindbar. Wie geht es nun weiter mit der Impfberatung? Grundsätzlich bestünde die Möglichkeit einer serologischen Titerbestimmung, um einen bestehenden Impfschutz nachzuweisen bzw. die Notwendigkeit einer Nachhol- oder Auffrischimpfung zu überprüfen. Allerdings muss die Sinnhaftigkeit einer solchen Untersuchung in Frage gestellt werden. Einerseits sind diese Laborbestimmungen teuer und die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Andererseits bieten die verwendeten Testmethoden nicht immer eine ausreichende Sensitivität und Spezifität.¹⁴ Darüber hinaus hat die Antikörperkonzentration keine Aussagekraft bezüglich einer eventuell bestehenden zellulären Immunität.¹⁴ Im Zweifel – also auch bei unbekanntem Impfstatus – sollte daher immer geimpft werden. Die Angst vor einer „Überimpfung“ ist unbegründet. Zusätzlich verabreichte Impfdosen resultieren nicht in einem erhöhten Risiko für Nebenwirkungen.¹⁴ Nach sehr häufiger Gabe von Totimpfstoffen (vor allem Tetanus) kann zwar in seltenen Fällen das sogenannte Arthus-Phänomen auftreten.¹⁴ Hierbei handelt es sich um eine lokale Überreaktion des Immunsystems, die sich als schmerzhafte Schwellung und Rötung der betroffenen Extremität äußert.¹⁴ Das Arthus-Phänomen ist jedoch eine selbstlimitierende Reaktion und als ungefährlich einzuordnen.



Foto: © Alexander Rath – stock.adobe.com

3.3 Umsetzung in der Praxis

Ein Großteil der Tätigkeiten aus dem Bereich der Überprüfung und Aktualisierung des Impfstatus kann durch den Arzt delegiert und von Medizinischen Fachangestellten (MFA) übernommen werden. Die hierfür benötigte Qualifikation können MFA im Rahmen einer Weiterbildung erwerben. Das Bildungswerk für Gesundheitsberufe e. V. (BIG®) bietet z. B. eine Veranstaltung mit dem Titel „Qualifizierung zur Impfassistenz“ an, bei der MFA das nötige Wissen vermittelt bekommen, um den Arzt in diesem Bereich unterstützen und entlasten zu können.¹⁵ Andere Veranstalter (z. B. die Gesellschaft zur Förderung der Impfmedizin mbH, GZIM) bieten vergleichbare Kurse an. Manche Impfstoffhersteller (z. B. GSK, Sanofi) fördern die Weiterbildung von MFA zur Impfassistenz, indem sie Kooperationen mit Fortbildungsveranstaltern eingehen.

Nachdem ein Patient die Praxis betreten hat, findet die initiale Impfpasskontrolle durch eine entsprechend geschulte MFA direkt an der Rezeption statt. Hier stellt sie fest, für welche Infektionskrankheiten ein noch aktiver Impfschutz besteht und welche Impfungen aufgefrischt oder nachgeholt bzw. ergänzt werden sollten. Auf dieser Grundlage schlägt sie dem Arzt einen Impfplan vor, der neben den spezifischen Impfungen auch die Terminplanung für möglicherweise benötigte weitere Impfdosen enthält.

Parallel kann der Patient zunächst eine Impfaufklärung in Form einer schriftlichen Information bekommen. Impfaufklärungsbögen können z. B. vom Deutschen Grünen Kreuz bezogen werden. Diese entsprechen den RKI-Empfehlungen und werden laufend aktualisiert (s. auch Faktenblätter des RKI unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Faktenblaetter/Faktenblaetter_inhalt.html bzw. mehrsprachige Informationen unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_inhalt.html). Kostenlose Patienteninformationsblätter zu einer Vielzahl von Impfungen sind außerdem auf der Webseite des Forum Impfen e. V. zum Selbstaussdruck zu finden. Um die Impfinformation gründlich lesen zu können, sollten

dem Patienten etwa 20 Minuten Zeit eingeräumt werden. Auf die schriftliche Information muss ein Angebot zur mündlichen Aufklärung durch den Arzt folgen, in der der Patient die Möglichkeit erhält, Fragen zu stellen. Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung kann dieses Gespräch bei der abschließenden ärztlichen Beratung stattfinden. Die Indikationsstellung zur Impfung nach Ausschluss möglicher Kontraindikationen liegt immer beim Arzt.

Im Anschluss an die Aufklärung und mit Einverständnis des Impflings werden die besprochenen Impfungen durchgeführt. Diesen Teil übernimmt die zur Impfassistentin ausgebildete MFA. Abschließend muss jede Impfung in Patientenakte und Impfpass dokumentiert werden. Im Impfpass geschieht dies durch das Einkleben des Chargenaufklebers der verimpften Dosis, der u. a. die Chargennummer enthält. Dieser Schritt wird in der Regel ebenfalls von der MFA übernommen. Die bestätigende Unterschrift im Ausweis muss jedoch immer der Arzt selbst leisten.

Abb. 1: Schritte des Impfmanagements in der Praxis; modifiziert nach Impfmanagement-Manual des BDA, 1. Aufl., Emsdetten, 1998



Abbildung 1 zeigt eine Zusammenfassung der beiden im Rahmen einer Impfpasskontrolle möglichen Szenarien. Die Ausweiskontrolle sollte z. B. an präventionsmedizinische Untersuchungen angeknüpft werden. Dies betrifft nicht nur die Gesundheitsuntersuchung, sie kann auch im Rahmen der Karzinomvorsorgeuntersuchung oder des Hautkrebsscreenings erfolgen. Liegt ein aktueller Impfpass vor oder sind bei dem betreffenden Patienten Impfungen in der Karteikarte vermerkt, wird zunächst überprüft, ob ein altersgerechter Standardimpfschutz besteht. Falls nötig, werden entsprechend der Tabelle 1 der STIKO-Empfehlungen⁸ Nachhol- bzw. Auffrischimpfungen vorgeschlagen. Ist in der Patientenakte keine Impfung dokumentiert und liegt auch kein Impfpass vor, besteht die Aufgabe des Praxisteam zunächst darin, dem Patienten einen altersgerechten Impfschutz zu empfehlen und einen entsprechenden Impfplan zu entwickeln. Diese Vorgehensweise muss als

Minimalstandard für jede Impfpraxis angesehen werden. Darüber hinaus sollten im Patientengespräch spezielle Gefährdungen (chronische Erkrankungen, gefährdende Lebensweise, berufliche Gefährdung) überprüft werden, um dann gegebenenfalls Indikationsimpfungen zu empfehlen und anzubieten. Da Hausärzte ihre Patienten meist gut kennen, sind deren Lebens- und Arbeitsumstände häufig ohnehin bekannt. Dies macht Hausärzte zu idealen Impfpärzten.

Impfstatus-Erhebung und Durchführung von Impfungen

- Impfpasskontrolle durch MFA
- Vorschlag Impfplan von MFA an Arzt
- Impfaufklärung durch schriftliche Information
- Arztgespräch: weitere Aufklärung, Bestimmung der Impfungen und Einverständnis des Impflings
- Indikationsstellung inkl. Ausschluss von Kontraindikationen durch den Arzt
- Durchführung von Impfungen durch MFA
- Dokumentation in Patientenakte und Impfpass: Vorbereitung durch MFA, Unterschrift durch Arzt

4 Screening auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen

4.1 Hintergründe zur Einführung des Hepatitis-Screenings

Chronische HBV- und HCV-Infektionen, die unbehandelt bleiben, können zu massiven Organschäden wie Leberzirrhosen oder Leberkarzinomen führen. Im äußersten Fall kann gar eine Lebertransplantation notwendig werden. Solche schwerwiegenden Verläufe sind für Patienten mit einem entsprechend hohen Leidensdruck verbunden. Gleichzeitig sind beide Infektionen zuverlässig diagnostizier- und therapierbar. Durch das Hepatitis-Screening im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene sollen unentdeckte, weil symptomlos oder schleichend verlaufende HBV- und HCV-Infektionen erkannt und die Patienten einer Behandlung zugeführt werden.^{5, 16}

Seit wann kann das Screening durchgeführt und abgerechnet werden?

Nach Veröffentlichung des G-BA-Beschlusses im Bundesanzeiger am 12.02.2021 erfolgte der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Aufnahme der Leistung in den EBM mit Wirkung zum 01.10.2021. Somit wurde der von der KBV vorgegebene Zeitraum von maximal 6 Monaten zwischen G-BA-Beschluss und Umsetzung eingehalten¹⁷ und das Screening kann seit Oktober 2021 durchgeführt und zu Lasten der GKV abgerechnet werden.

4.2 Hepatitis B

4.2.1 „Tragende Gründe“ für die Einführung des HBV-Screenings¹⁸

In seiner Nutzenbewertung eines Screenings auf Hepatitis B im Vergleich zu keinem Screening hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte bei asymptomatischen Personen kommt das IQWiG zu dem Schluss, dass das Nutzen-Schaden-Verhältnis mangels aussagekräftiger Evidenz insgesamt unklar sei. Anders wird die Faktenlage durch den G-BA beurteilt. Die Bewertung des IQWiG stützt sich vor allem auf die Annahme, dass für HBV keine Therapie mit belegtem Nutzen verfügbar sei. Der G-BA räumt ein, dass die Evidenz für den Nutzen der HBV-Therapie niedriger ist als jene für die HCV-Therapie. Dessen ungeachtet lässt sich auf diesem niedrigeren Niveau sehr wohl ein positiver Effekt der HBV-Therapie erkennen. Aus diesem Grund wird in allen

relevanten Leitlinien (publiziert zwischen 2015 und 2021 mit Aussagen zum HBV-Screening) empfohlen, Patienten mit chronischer HBV-Infektion unter Berücksichtigung spezifischer Kriterien einer entsprechenden Therapie zuzuführen.

Ein HBV-Screening empfehlen die Leitlinien nur für Risikogruppen. Neben Personen mit Migrationshintergrund, die aus einem Gebiet mit einer höheren Seroprävalenz stammen, und medizinischem Personal zählen vor allem drogeninjizierende Menschen, Männer, die Sex mit Männern haben, sowie Sexarbeiter und -arbeiterinnen zu den Hepatitis-B-Risikogruppen.¹⁹ Es darf angenommen werden, dass nicht alle Betroffenen offen kommunizieren möchten, dass sie Angehöriger einer dieser Gruppen sind. Deshalb würde ein risikoadaptiertes Screening nur ca. 50–60% der relevanten Personen erreichen. Ein populationsbasiertes Screening hingegen hat den Vorteil, auch Personen, die ihren Risikostatus nicht mitteilen möchten, sich des Risikos nicht bewusst sind oder tatsächlich keiner Risikogruppe angehören, erfassen zu können.

Aufgrund der so dargelegten Sachlage sieht der G-BA ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis eines einmaligen allgemeinen HBV-Screenings ab dem 35. Lebensjahr, welches im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung erfolgen soll. Die entsprechend abgeänderte G-BA-Richtlinie ist zum 12.02.2021 in Kraft getreten.

Das RKI bewertet die HBV-Impfquoten in Deutschland als unzureichend und geht davon aus, dass aktuell mehr als 40 Millionen Menschen nicht immun gegen HBV sind. HBV-Infektionen – auch chronische – verlaufen häufig ohne auffällige oder nur mit unspezifischen Symptomen. Schätzungen zufolge leben derzeit mehr als 200.000 Personen in Deutschland mit einer chronischen HBV-Infektion, von denen die Mehrheit bislang unbekannt und daher unbehandelt ist. Spätfolgen einer chronischen HBV-Infektion können eine Leberzirrhose oder ein Leberzellkarzinom sein. Mit Hilfe des allgemeinen Screenings soll die Entdeckung bislang unerkannter (chronischer) HBV-Infektionen unterstützt werden.

Hepatitis-B-Impfung im Säuglingsalter: Ist das Hepatitis-Screening in der Gesundheitsuntersuchung überhaupt nötig?

Die STIKO empfiehlt seit 1995 für alle Säuglinge, Kinder und Jugendliche eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B als Standardimpfung.²⁰ Seit Einführung der 6-fach-Impfstoffe im Jahr 2000, die auch Hepatitis B abdecken und seit 2020 nach RKI-Empfehlung in einem reduzierten 2+1-Schema verimpft werden sollen,²⁰ wird diese Option immer stärker wahrgenommen. Es ist also davon auszugehen, dass die Mehrheit der heute 20-Jährigen (und jüngerer Menschen) bereits eine Impfung gegen Hepatitis B erhalten hat.

Da das Screening im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung jedoch erst ab 35 Jahren vorgesehen ist, werden die meisten dieser Menschen noch nicht immunisiert worden sein. Daher ist ein Screening auf Hepatitis B in dieser Altersgruppe zum jetzigen Zeitpunkt als sinnvoll zu erachten. In ca. 15–20 Jahren, wenn auch eine Mehrheit der dann Erwachsenen über 35 Jahre bereits im Säuglingsalter geimpft worden sein wird, ist ein allgemeines HBV-Screening sicher einer Neubewertung zu unterziehen.

4.2.2 Hepatitis B – Fakten zu Virus und Erkrankung

Das HBV ist ein umhülltes DNA-Virus und seit dem Jahr 1970 bekannt. Die Virushülle besteht aus einer Lipidmembran, in die das Hepatitis-B-Oberflächenantigen HBsAg eingelagert ist. HBsAg spielt eine wichtige Rolle beim serologischen Infektionsnachweis.¹⁹ Die Stabilität des Virus sowohl gegenüber Umwelteinflüssen als auch gegenüber Desinfektionsmitteln ist relativ hoch. In Situationen, in denen Schutz- und Hygienemaßnahmen benötigt werden, muss das beachtet werden.¹⁹ Bei Erwachsenen heilt eine Hepatitis B häufig aus, kann aber in ca. 5–10% der Fälle in eine chronische Form übergehen.²¹

Prävalenz

Hepatitis B ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Ungefähr zwei Milliarden Menschen haben bereits eine HBV-Infektion durchgemacht oder durchlaufen sie aktuell.¹⁹ In Deutschland wurden in einer Studie für den Zeitraum von 2008 bis 2011 bei 5,1 % der Bevölkerung Antikörper nachgewiesen, die auf eine zurückliegende oder aktuelle HBV-Infektion schließen lassen. Die Prävalenz akuter oder chronischer Infektionen lag im damaligen Zeitraum für Erwachsene von 18–79 Jahren bei 0,3%.¹⁹ Für das Jahr 2019 wurden insgesamt 8.903 Fälle von Hepatitis B übermittelt. Davon waren 531 (6 %) akute, 4.257 (48 %) chronische und 4.115 (46 %) Fälle mit unbekanntem Infektionsstadium.²¹ Die Relevanz der Hepatitis B für die öffentliche Gesundheitsfürsorge ergibt sich insbesondere aus chronischen Infektionen, die mit der Entstehung von Leberzirrhosen oder Leberkarzinomen zu erheblichen Spätfolgen führen können.¹⁹

Infektionsweg

HBV wird vor allem sexuell und durch infiziertes Blut über kleine Verletzungen der Haut oder Schleimhaut übertragen. Je nach Infektiosität, das heißt nach Höhe der Viruslast im Blut, können hier schon sehr kleine Mengen für eine Übertragung ausreichen. Am häufigsten wird das Virus im häuslichen Kontakt zwischen Angehörigen desselben Haushalts übertragen (Tabelle 1). Dies kann z. B. durch die gemeinsame Benutzung von Nagelschere oder -feile, von Handtüchern oder Zahnbürsten geschehen. In geringeren Konzentrationen als im Blut ist es auch in Speichel, Tränenflüssigkeit, Sperma, Vaginalsekret, Menstrualblut und Kolostrum enthalten.¹⁹

Ein hoher Anteil der Neuinfektionen in westlichen Industrienationen ist wahrscheinlich auf eine sexuelle Übertragung zurückzuführen. Das Übertragungsrisiko durch Bluttransfusionen oder durch die Verabreichung von Blutprodukten, das Anfang der 1970er-Jahre noch sehr hoch war, ist durch die Verfügbarkeit und Anwendung immer besserer Testverfahren mittlerweile deutlich reduziert.¹⁹ Besonders gefährdet sind Personen mit injizierendem Drogengebrauch. Insbesondere die gemeinsame Nutzung von Spritzen, Kanülen und anderen Zubehör birgt große Infektionsrisiken.¹⁹ Außerdem kann HBV perinatal von der infizierten Schwangeren sowie beim unsachgemäßen Tätowieren und Piercen bzw. Ohrlochstechen übertragen werden. Zudem ist medizinisches Personal berufsbedingt einem erhöhten Übertragungsrisiko ausgesetzt.¹⁹

Tab. 1: Übermittelte Übertragungswege der Hepatitis B in Deutschland im Jahr 2019²¹

Übertragungsweg	Anzahl	Anteil
Wohngemeinschaft mit einem Hepatitis-B-Träger	185	43 %
Sexuelle Transmission	118	28 %
Drogenkonsum i.v.	85	20 %
Erhalt von Blutprodukten	26	6 %
Dialyse	7	2 %
Perinatale Übertragung	5	1 %
Gesamt	426	100 %

Symptomatik

Eine HBV-Infektion kann sehr unterschiedlich verlaufen. Auftretende Symptome werden im Wesentlichen nicht vom Virus direkt, sondern durch die Immunreaktion der infizierten Person verursacht. Bei Erwachsenen kommt es bei ungefähr einem Drittel der Erkrankten zu einem akuten ikterischen Verlauf, bei einem weiteren Drittel zu einem anikterischen Verlauf und beim letzten Drittel verläuft die Infektion asymptomatisch und ist nur serologisch nachweisbar.¹⁹ In ca. 0,5–1 % der Fälle kann es zu plötzlichen, schwerwiegenden Verläufen mit akutem Leberversagen kommen.¹⁹

Das Prodromalstadium der akuten Hepatitis B beginnt mit unspezifischen Symptomen wie Gelenkschmerzen, Unwohlsein und Fieber. 3–10 Tage später kann ein Übergang in die ikterische Phase mit der typischen Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten sowie der Lederhäute der Augen und einer Dunkelfärbung des Urins erfolgen.¹⁹ Diese Phase erreicht innerhalb von 1–2 Wochen ihren Höhepunkt und klingt über 2–4 Wochen wieder ab.¹⁹ Über 90% der akuten Verläufe bei Erwachsenen heilen vollständig aus und führen zu einer lebenslangen Immunität.¹⁹

Wenn HBsAg länger als 6 Monate im Serum nachweisbar bleibt, spricht man von einem chronischen Verlauf. Bis zu 10% der mit HBV infizierten Erwachsenen entwickeln eine chronische Infektion – und das häufig, ohne dass zuvor eine akute Erkrankung bemerkt wurde. Infolge einer perinatalen Übertragung entwickelt sich in ca. 90% der Fälle ein chronischer Verlauf. 30–90% der Infektionen bei Kindern bis 3 Jahre und bei immunkompromittierten Personen verlaufen ebenfalls chronisch.¹⁹

Die wichtigsten und schwerwiegendsten Auswirkungen einer chronischen Hepatitis B können Leberzirrhosen und Leberkarzinome sein. Beide Erkrankungen treten bei HBV-Infizierten im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich häufiger auf. Beim Leberkarzinom ist das Risiko beispielsweise etwa um den Faktor 100 erhöht.¹⁹ Patienten mit ausgeprägter Viruslast zeigen manchmal Merkmale von Immunkomplexerkrankungen wie Polyarteriitis nodosa oder Glomerulonephritis.

Therapie

Bei der akuten Hepatitis B ist die Spontanheilungsrate so hoch, dass bei Erwachsenen zunächst keine Therapieindikation für die verfügbaren antiviralen Wirkstoffe besteht. Lediglich bei einer Verschlechterung bestimmter Blutwerte, die eine Lebersynthesestörung anzeigen, muss eine Therapie mit HBV-DNA-Polymerase-Hemmern eingeleitet werden.^{14,19} Bei fulminantem Verlauf sollten Patienten mit einem Nukleosid-/Nukleotidanalogen behandelt und frühzeitig in einem Transplantationszentrum betreut werden.^{14,19}

Bei chronischer HBV-Infektion erfolgt in der Regel eine antivirale Therapie. Je nach Ausprägung der Erkrankung und abhängig davon, ob Kontraindikationen vorliegen, sollte bevorzugt mit Interferon- α behandelt werden. Interferon- α wird normalerweise über 48 Wochen gegeben und erreicht bei besonders geeigneten Patienten dauerhafte Heilungsraten von 30%.¹⁹ Ist Interferon- α kontraindiziert oder der Patient spricht nicht auf die Behandlung an, kommen Nukleosid/Nukleotidanaloga zum Einsatz. Diese müssen in der Regel dauerhaft eingenommen werden, da sonst die Viruslast und die Aminotransferasen wieder ansteigen.¹⁹

4.2.3 Umsetzung des HBV-Screenings

Hat ein Patient keinen erfolgreichen Impfschutz gegen Hepatitis B oder ist sein Impfstatus unbekannt, kann im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung ein Screening auf HBV-Infektion durchgeführt werden. Hierfür wird eine Blutprobe benötigt, die im Anschluss an die Entnahme durch eine MFA zur labor diagnostischen Analyse eingeschickt wird. Bei dieser Analyse handelt es sich um einen zweistufigen Prozess. Zunächst erfolgt eine Untersuchung auf das Hepatitis-B-Oberflächenantigen HBsAg.⁵ Sollte dieser Test positiv ausfallen, schließt sich eine Untersuchung auf HBV-DNA zum Nachweis der Virusreplikation aus derselben Blutprobe an.⁵ Abhängig vom Ergebnis der Untersuchung erfolgt im Arztgespräch die weitere Beratung des Patienten.



Foto: © GSK – ASSET-1937194

Bei Nachweis einer aktiven HBV-Infektion sollte der Patient über die Erkrankung sowie deren mögliche Folgen und über die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Um einer weiteren Schädigung der Leber vorzubeugen, wird eine Hepatitis-A-Impfung empfohlen.²² Außerdem ist Familienangehörigen sowie Sexualpartnern des Patienten eine Hepatitis-B-Impfung naheulegen. Der Impferfolg sollte 4–8 Wochen nach Erhalt der 3. Impfdosis mittels quantitativer Bestimmung von Anti-HBs kontrolliert werden (erfolgreiche Impfung: Anti-HBs \geq 100 IE/l).^{8, 19} Unter Umständen kann über eine Überweisung des Hepatitis-B-Patienten zum Facharzt nachgedacht werden.

Sollte keine Infektion nachgewiesen werden, ist der Patient zur HBV-Impfung aufzuklären. Das Ziel sollte sein, umfassend zu Nutzen und Risiko zu informieren und wenn angezeigt, z. B. im Rahmen einer reisemedizinischen Beratung, eine Grundimmunisierung durchzuführen. Eine serologische Titerbestimmung zum Nachweis eines eventuell bestehenden Impfschutzes ist weder vor der Durchführung des Screenings noch vor einer Impfung notwendig. Eine ausführliche Begründung, weshalb möglichst viele Menschen gegen Hepatitis B geimpft sein sollten und warum eine vorgeschaltete Titerbestimmung als obsolet anzusehen ist, finden Sie in Kapitel 3.

Das Beratungsgespräch, in dem neben Hepatitis B auch alle anderen Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung sowie mögliche Konsequenzen besprochen werden, kann aus naheliegenden Gründen erst nach Eingang aller Laborergebnisse stattfinden. Insbesondere der zweistufige Prozess des Hepatitis-Screenings kann hier zu zeitlichen Verzögerungen führen. Daher sollte zwischen der Durchführung der Gesundheitsuntersuchung und dem Abschlussgespräch von vornherein ein mindestens zweitägiger Puffer eingeplant werden. Es ist wichtig, dem Patienten dies mitzuteilen und die Gründe hierfür zu erläutern.

4.3 Hepatitis C

4.3.1 „Tragende Gründe“ für die Einführung des HCV-Screenings¹⁸

Analog zur Hepatitis B kommt das IQWiG auch bei Hepatitis C zu dem Schluss, dass das Nutzen-Schaden-Verhältnis bei einem HCV-Screening unklar sei. Der G-BA hat im Zuge seiner Bewertung neun Leitlinien identifiziert, die in den fünf zurückliegenden Jahren publiziert wurden und Aussagen zum HCV-Screening enthalten. In acht der neun Leitlinien wird ein Screening auf HCV empfohlen. Ein risikoadaptiertes Screening würde aufgrund der zum Teil fehlenden Bereitschaft, die Zugehörigkeit zu einer der Risikogruppen offen zu kommunizieren, nur ca. 50–60% der chronisch Infizierten erreichen. Eine deutlich bessere Quote lässt sich mit einem populationsbasierten Ansatz realisieren. So würden auch Personen erfasst, die ihren Risikostatus nicht kommunizieren möchten, sich ihres Risikos nicht bewusst sind oder tatsächlich keiner Risikogruppe angehören.

Bei ca. drei Viertel der Patienten verläuft die HCV-Infektion ohne oder nur mit unspezifischen, z. B. grippeähnlichen Symptomen. 50–90% der akuten Infektionen gehen unbehandelt in eine chronische HCV-Infektion über. Die chronische Infektion führt im Verlauf von zwei bis drei Jahrzehnten in ca. 10–30% der Fälle zu einer Leberzirrhose. Etwa 5% der Zirrhosepatienten entwickeln nachfolgend ein Leberkarzinom.

Da es keine wirksame HCV-Impfung gibt und auch eine durchgemachte HCV-Infektion keinen verlässlichen Schutz vor einer erneuten Infektion bietet, kommt der G-BA zu dem Schluss, dass ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis eines allgemeinen HCV-Screenings anzunehmen ist. Mit Hilfe des Screenings soll Patienten mit einer bisher unbekanntem HCV-Infektion eine Behandlung ermöglicht und Spätfolgen vermieden werden.



Foto: © jarun011 – stock.adobe.com

4.3.2 Hepatitis C – Fakten zu Virus und Erkrankung

Das HCV ist ein umhülltes RNA-Virus mit ausgeprägter genetischer Variabilität. Es gibt sieben unterschiedliche Genotypen (GT 1–7) und mehr als 60 bekannte Subtypen. Die häufigsten Genotypen weltweit sind GT 1 (46 % aller Infektionen), GT 3 (30 % aller Infektionen) sowie GT 2, 4 und 6, die zusammen 23 % der Infektionen ausmachen.²³

Prävalenz

Weltweit sind einer WHO-Schätzung zufolge ca. 71 Millionen Menschen – das entspricht etwa 1 % der Weltbevölkerung – chronisch mit HCV infiziert. In der WHO-Region Europa sind es geschätzt 14 Millionen Menschen. Innerhalb Europas gibt es jedoch erhebliche Schwankungen mit Antikörperprävalenzen von 0,1 % in Irland, 5 % in Italien und 13 % in Usbekistan.²³ In Deutschland wurden für 2019 5.940 Hepatitis-C-Fälle übermittelt. Das entsprach einer Inzidenz von 7,1 Infektionen pro 100.000 Einwohnern. Die Inzidenz bei Männern war mit 9,9 Infektionen pro 100.000 Einwohnern dabei mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen, deren Wert bei 4,3 lag.²¹

Infektionsweg

Eine HCV-Übertragung findet vor allem über infiziertes Blut statt. Abhängig von der Viruskonzentration im Blut kann es auch in Speichel, Schweiß, Tränen und Sperma nachweisbar sein. Die Gefahr einer Ansteckung über diese Körperflüssigkeiten ist jedoch sehr gering.²³ Übertragungen über die Atemwege durch Niesen oder Husten, durch Nahrungsmittel, Trinkwasser und Alltagskontakte ohne Beteiligung von Blut oder Blutspuren sind nicht bekannt.²³ Eine sexuelle Übertragung ist möglich, das Risiko im Allgemeinen aber gering. Bei bestimmten Personengruppen bzw. Sexualpraktiken (Männer, die Sex mit Männern haben) scheint jedoch ein relevantes Risiko zu bestehen. Das Risiko einer Übertragung von der Mutter auf das Kind liegt, je nach Viruskonzentration im Blut der Mutter, bei 3–10 %. Beruflich bedingte HCV-Infektionen bei medizinischem Personal kommen vor, sind in der Regel jedoch auf Unfälle wie Stichverletzungen mit kontaminierten Kanülen zurückzuführen.²³ Ein besonderes Risiko besteht für Personen, die Drogen injizieren und die dafür benötigten Utensilien gemeinsam mit anderen Personen verwenden. Das betrifft nicht nur das Teilen von Spritzen und Kanülen. Das HCV ist relativ umweltstabil, so dass auch eine gemeinsame Nutzung von Filtern, Löffeln und anderen Gegenständen ein Risiko darstellt.²³



Foto: © fotoliarender – stock.adobe.com

Tab. 2: Übermittelte Übertragungswege der Hepatitis C in Deutschland im Jahr 2019 (Auszug)²¹

Übertragungsweg	Anzahl	Anteil
Drogenkonsum i.v.	984	64 %
Erhalt von Blutprodukten*	106	6,9 %
Andere nosokomiale Übertragungswege	145	9,4 %
Sexuelle Kontakte zwischen Männern	94	6,1 %
Heterosexuelle Kontakte mit HCV-positivem Partner	48	3,1 %
Perinatale Übertragung	9	0,6 %

* Erhalt von Blutprodukten vor Einführung der diagnostischen Testung von Blut und Blutprodukten im Jahr 1991

Symptomatik

In etwa 75 % der Fälle verlaufen HCV-Infektionen ohne oder nur mit unspezifischer Symptomatik. Bei einem Viertel der Patienten verläuft die Infektion in meist milder Ausprägung, häufig auch mit nur mäßig erhöhten Transaminasenwerten und Ikterus. Sehr selten kann es auch zu fulminanten Verläufen kommen. Bei 15–40 % heilt eine akute HCV-Infektion aus.²³ Auch die chronische Form, gekennzeichnet durch eine länger als 6 Monate bestehende HCV-Infektion, verläuft klinisch häufig uncharakteristisch und mild und kann u. a. mit Müdigkeit und unspezifischen Oberbauchbeschwerden einhergehen. Eine spontane Ausheilung tritt hier nur selten auf.²³ Bedeutend sind bei der chronischen HCV-Infektion die möglichen Spätfolgen. Bis zu ein Drittel der Betroffenen entwickelt bei über Jahre und Jahrzehnte bestehender Infektion eine Leberzirrhose mit zunehmendem Funktionsverlust der Leber.¹⁸ Diese Patienten haben darüber hinaus ein deutlich erhöhtes Risiko, ein Leberzellkarzinom zu entwickeln.²³

Therapie

Aufgrund der relativ hohen Spontanheilungsrate akuter sowie der guten Therapierbarkeit chronischer Infektionen wird die akute HCV-Infektion in der Regel nicht behandelt. Ausnahmen bestehen z. B. bei ausgeprägter Symptomatik oder im Fall schwerer Komorbiditäten. In diesen und weiteren Fällen kann eine antivirale Therapie indiziert sein.²⁴

Den Therapiestandard in der Behandlung der chronischen HCV-Infektion bilden Kombinationstherapien aus direkt antiviralen Agenzien (DAA). Welche Wirkstoffe in welcher Kombination eingesetzt werden ist u. a. abhängig vom HCV-Geno- und -Subtyp sowie von möglichen Vortherapien und dem Fibrosestadium der Leber. Detaillierte Angaben finden sich in der aktuellen S3-Leitlinie zur Therapie der HCV-Infektion.²⁴

4.3.3 Umsetzung des HCV-Screenings

Jeder Erwachsene ab 35 Jahren hat Anspruch auf ein einmaliges Screening auf eine HCV-Infektion, das im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung durchgeführt werden soll. Analog zum HBV-Screening wird hierzu eine Blutprobe durch eine MFA entnommen und anschließend zur labor diagnostischen Analyse eingeschickt. Auch hier erfolgt ein zweistufiger Analyseprozess. Im ersten Schritt wird das Blut mittels Immunoassay auf HCV-Antikörper untersucht.^{5,18} Bei einem reaktiven Ergebnis, also wenn Antikörper gegen HCV nachgewiesen wurden, erfolgt anschließend ein Test zum Nachweis von HCV-RNA aus derselben Blutentnahme.⁵ Dieser zweite Untersuchungsschritt ist notwendig, weil über den alleinigen Nachweis von Antikörpern nicht zwischen einer ausgeheilten und einer aktiven und damit auch infektiösen HCV-Erkrankung differenziert werden kann.¹⁸

Sollte mit Hilfe der Untersuchung eine aktive HCV-Infektion nachgewiesen werden, ist der Patient über die Erkrankung, deren mögliche Folgen und Therapiemöglichkeiten aufzuklären. Zur Prävention weiterer Leberschäden ist eine Impfung gegen Hepatitis A und B zu empfehlen.²³ Um die bestmögliche Betreuung des Patienten zu ermöglichen, sollte er an einen Facharzt überwiesen werden.

Da der zweistufige Screening-Prozess unter Umständen die Übermittlung der Laborergebnisse verzögern kann, sollten die Gesundheitsuntersuchung und die Besprechung der Untersuchungsergebnisse nie für denselben Tag, sondern immer mit zeitlichem Puffer geplant werden. Es sollte ein mindestens zweitägiger Abstand zwischen Untersuchung und abschließendem Arztgespräch eingehalten werden. Der Patient ist über die Gründe aufzuklären.

5 Fazit und Ausblick

Mit der Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene um das Hepatitis-Screening ist ein weiterer wichtiger Schritt im Zuge der angestrebten Eradikation von HBV und HCV erfolgt. Nun müssen Krankenkassen und Ärzte, aber auch die Medien dafür Sorge tragen, dass möglichst viele Menschen – und das bedeutet mehr als derzeit – ihren Anspruch auf die regelmäßige Untersuchung und das einmalige HBV-/HCV-Screening wahrnehmen. Aber nicht nur Hepatitis, auch andere Infektionskrankheiten müssen bei der Präventionsberatung berücksichtigt werden. Daher nimmt die Impfanamnese und -beratung eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsuntersuchung ein. Die zuverlässige Feststellung des Impfstatus ist, z.B. aufgrund vergessener Impfpässe, jedoch häufig problembehaftet. Hier könnten zukünftig Erleichterungen zu erwarten sein. Die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) bietet die Chance eines schnell zugänglichen und verlässlichen Überblicks über verschiedenste Patienteninformationen (z.B. Impfstatus). Da allein der Patient entscheidet, welche Informationen auf der ePA gespeichert werden und wer diese einsehen darf, wird hier wichtig sein, Überzeugungsarbeit zu leisten. Politik, Ärzteschaft, Krankenkassen und Medien sind gefragt, Patienten dazu zu bewegen, das Angebot der ePA als ein positives wahrzunehmen und dieses im Sinne der eigenen Gesundheit und Gesunderhaltung auch zu nutzen.

Quellen

- 1 RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/HKK/HKK_node.html, aufgerufen am 18.02.2021
- 2 Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Dt Arztebl 86, Heft 39, 28. September 1989 (101)
- 3 G-BA-Beschluss über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 24.10.2018 B2)
- 4 Kassenärztliche Bundesvereinigung: <https://www.kbv.de/html/5540.php>; aufgerufen am 18.02.2021
- 5 G-BA-Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vom 19. Dezember 2019 (BAnz AT 06.03.2020 B2), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 11.02.2021 B1)
- 6 Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013, Stand: 1. Januar 2015
- 7 RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html?jsessionid=5BF2098F4C1735884C1D595414C2168.internet062; aufgerufen am 22.02.2021
- 8 RKI: Epid Bull 34/2020
- 9 Bundesministerium für Gesundheit: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html>
- 10 WHO: Combating Hepatitis B and C to reach Elimination by 2030; May 2016
- 11 Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016; 1. Auflage
- 12 Empfehlungen für einen besseren Umgang mit Hepatitis B in Deutschland. Weiterentwicklung der „European Orientations towards a better Management of Hepatitis B in Europe“. Empfehlungen der Hepatitis-B-Expertengruppe unter Vorsitz von Dr. Thomas Ulmer, Mitglied des Europäischen Parlamentes, Silvia Schmidt, Mitglied des Deutschen Bundestages
- 13 Maybaum T Dtsch Arztebl 2018; 115 (35-36): A-1518
- 14 RKI: Epid Bull 34/2019
- 15 Bildungswerk für Gesundheitsberufe e. V.: <https://www.bildungswerk-gesundheit.de/kursangebot/veranstaltung/seminar/qualifizierung-zur-impfassistenz>; aufgerufen am 23.02.2021
- 16 G-BA-Pressemitteilung Nr. 62/2020
- 17 Kassenärztliche Bundesvereinigung: https://www.kbv.de/html/1150_50632.php; aufgerufen am 05.03.2021
- 18 G-BA: Tragende Gründe zum G-BA-Beschluss über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL): Einführung eines Screenings auf Hepatitis-B- und auf Hepatitis-C-Virusinfektion
- 19 RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisB.html; aufgerufen am 24.02.2021
- 20 RKI: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HepatitisB/FAQ-Liste_HepB_Impfen.html; „Warum sollen Säuglinge gegen Hepatitis B geimpft werden?“ aufgerufen am 04.03.2021; „Wie sollte die Grundimmunisierung mit Hepatitis-B-Impfstoffen erfolgen?“ aufgerufen am 30.03.2021
- 21 RKI: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2019
- 22 Cornberg M et al. „S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion (AWMF-Register-Nr. 021-11)“. Z Gastroenterol 2021; 59 (7): 691–776; doi: 10.1055/a-1498-2512; Epub 2021 Jul 12
- 23 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.html; aufgerufen am 09.03.2021
- 24 Sarrazin C et al. S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV) -Infektion“. Z Gastroenterol 2018; 56: 756–838, AWMF-Register-Nr. 021/012

Impressum

Autor: Prof. Dr. med. Klaus Wahle, FA für Allgemeinmedizin
Gutachter: Prof. Dr. med. Wolfgang Jilg, FA für Mikrobiologie
Prof. Dr. med. Jörg Schelling, FA für Allgemeinmedizin

Die DAP Networks GmbH ist für die technische Realisierung und Zertifizierung der CME bei der zuständigen Ärztekammer sowie für die Veröffentlichung und Betreuung sowie die Bewerbung während der Laufzeit von 12 Monaten verantwortlich. GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG unterstützt die CME mit 31.800 €.

Redaktion und Veranstalter: DAP Networks GmbH, Köln

Mit freundlicher Unterstützung der GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG