

## **Ideen für sinnvolle Alters-adaptierte Vorsorgeuntersuchungen im Vertrag zur Hausarzt-zentrierten Versorgung mit der AOK Bremen/Bremerhaven nach §73b**

### **Vorbemerkung:**

Dieses begründende Hintergrund-Papier ist Teil eines Gesamt-Konzeptes für die neuen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Bremer Hausarzt-Vertrages.

Es richtet sich also an diejenigen unter den Hausärzten<sup>1</sup>, Krankenkassenvertretern und sonstigen Interessierten, die wissen wollen, warum einige bislang aus der Gesundheitsuntersuchung nach §25, Abs. 1 SGB V bekannte Elemente sich nicht obligat in der neuen Präventions-Untersuchung wieder finden, während andere neu hinzugekommen sind.

Eines der wichtigsten Ziele der neuen Hausarzt-Verträge nach §73b SGB V ist es neben oder möglicherweise noch vor der Sicherung der materiellen Basis hausärztlicher Tätigkeit, die im internationalen Vergleich besonders hohe Inanspruchnahme deutscher Hausärzte<sup>1,2,3</sup> zu senken. Ein Einschreib-System mit Kontakt-unabhängiger Honorierung der Vorhaltung hausärztlicher Leistungen sowie die Honorierung des Vorhaltens beispielsweise eines Ultraschallgerätes an Stelle der Durchführung einer Sonographie könnten falsche Anreize nehmen, die Patienten häufiger in die Praxen zu holen.

Die von den Krankenkassen im Zuge der Vertragsverhandlungen gewünschten zusätzlichen Präventions-Checks widersprechen zwar eigentlich der Intention, gesunde Versicherte möglichst aus den Praxen herauszuhalten, um die Zeitressourcen von Ärzten und Praxismitarbeiterinnen auf die Versorgung kranker und bedürftiger Menschen zu konzentrieren.

Zugleich sehen Hausärzte aber in der Prävention einen wichtigen Teil ihrer Tätigkeit<sup>4</sup>.

Das vorliegende inhaltliche Konzept, präventive Untersuchungen nach Alter und vorliegenden Risiken zu spezifizieren, ist zugleich der Versuch, dem Wunsch der Krankenkassen gerecht zu werden, ihren Versicherten zusätzliche Präventionsangebote machen zu können und innovative Elemente in die seit 1989 mit nur geringen Modifikationen bestehende Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V zu bringen. Dieser Versuch intendiert, unnötige Screening-Untersuchungen zu vermeiden und auf reale Probleme der Patienten zu fokussieren.

Er hebt sich klar ab von denjenigen Ärzten, die ihren Patienten zudem noch umstrittene Selbstzahlerleistungen (PSA-Test, Glaukom-Screening etc.) anbieten und dabei teilweise sogar mit der Angst ihrer Patienten Geschäfte machen. Die bisherige Gesundheitsuntersuchung „Check-up-35“ erfasst neben einer körperlichen Untersuchung die Bestimmung von Glukose und Cholesterin sowie die Untersuchung des Urins. Der Stellenwert einer Cholesterinmessung bei sehr alten Menschen ist fraglich. In diesem Alter stehen Sturz-Risiko, ausreichende Ernährung etc. im Vordergrund.

Ähnlich fragwürdig ist es, bei jungen Menschen mit besonders niedrigem Risiko alle 2 Jahre, wie bisher im „Check-up 35“ kardiovaskuläre Risiko-Faktoren zu ermitteln, ohne dass sich therapeutische Konsequenzen daraus ergeben<sup>5</sup>.

Messungen der Serum-Lipide bei bereits erfolgreicher Statin-Therapie werden ebenfalls hinterfragt – die allgemeinmedizinische Stellungnahme in der Nationalen Versorgungs-Leitlinie KHK<sup>6</sup> empfiehlt bei einmal gegebener Indikation für ein Statin eine Behandlung ohne Lipid-Zielwerte und ohne weitere Lipid-Kontrollen bei fixer Dosis des Statins wie in der großen britischen HPS-Studie<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Wenn in dieser Stellungnahme die männliche Form verwendet wird, geschieht dies ausschließlich aus Gründen der Vereinfachung – es sind durchgängig immer Frauen und Männer gemeint.

Untersuchungen Gesunder – auch nur durch das Stellen bestimmter anamnestischer Fragen – werden als Screening bezeichnet.

Im Unterschied zu Untersuchungen kranker Menschen sind an Screening-Untersuchungen besonders kritische Fragen zu stellen<sup>8</sup>:

- handelt es sich um ein relevantes Gesundheitsproblem? Wie sind die epidemiologischen Daten? Wie viele Menschen müssen untersucht werden, um bei einem einen pathologischen Befund zu erheben? Lohnt sich der Aufwand für ein Screening angesichts der zu untersuchenden Zahl gesunder Menschen und angesichts der Schwere der Zielerkrankung?
- Welche Prognose ergibt sich aus dem Gesundheitsproblem? Lohnt sich ein Screening angesichts einer möglicherweise nur geringen Schwere dieses Problems?
- Gibt es überhaupt eine Möglichkeit, das Gesundheitsproblem relevant zu beeinflussen – oder bringt ein Screening nur eine Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes, wie dies bei etlichen Krebs-Screenings der Fall ist?
- Ist die Stellung einer Diagnose durch ein Screening notwendige Voraussetzung für präventive oder therapeutische Maßnahmen, oder können diese auch ohne ein Screening ergriffen werden?
- Ist die Screening-Maßnahme einfach durchführbar?
- Können Screening, Diagnosestellung oder nachfolgende Behandlung einen Schaden erzeugen? Ist der zu erwartende Nutzen größer als dieser Schaden?

Die neuen Vorsorge-Untersuchungen nach §73b SGB V sind mit Ausnahme weniger Bestandteile wie Überprüfung des Impfstatus, Okkultblut-Test und Sonografie bei über 70-jährigen Männern nicht als systematisches Screening gedacht, sondern als Angebot zu Gespräch und Untersuchung im Sinn eines opportunistischen Screening bzw. einer Früherkennung von Gesundheits-Problemen – darin unterscheiden sie sich nur bedingt von der bisherigen Gesundheits-Untersuchung<sup>9</sup>.

Beispielsweise ist es bekannt, dass pflegende Angehörige einem hohen Risiko ausgesetzt sind, selbst krank zu werden<sup>10</sup>. Herauszufinden, wer sich von dieser Aufgabe so belastet fühlt, dass er oder sie krank zu werden droht, wäre eine präventive diagnostische Maßnahme im Sinn eines Case-finding.

Ein positiver Okkultblut-Test im Stuhl kann sowohl Krebsvorsorge als auch –Früherkennung sein, je nachdem, ob es aus einem Polypen oder bereits aus einem Karzinom geblutet hat.

Rechtzeitig herauszufinden, wer unter einem ernsthaften Alkoholproblem leidet, stellt wiederum eine Früherkennung dar.

Generell gibt es Hinweise dafür, dass periodische Überprüfungen des Gesundheitszustandes einen Nutzen erbringen können<sup>11</sup>, wengleich auch die Übertragbarkeit von der genauen inhaltlichen Bestimmung der untersuchten diagnostischen Instrumente abhängt.

Der Zeitdruck, innerhalb der Gestaltung des §73b-Vertrages möglichst rasch die Bedingungen für präventive Untersuchungen in der Hausarzt-Praxis zu definieren, machte eine systematische Recherche nach der Evidenz für solche Untersuchungen schwierig.

Wir haben darum in Anlehnung an internationale Empfehlungen<sup>12131415161718</sup> ein Set sinnvoller Bausteine altersbezogener Vorsorgeuntersuchungen zusammengestellt. Vorausgegangen war eine Fokusgruppenbefragung von Hausärzten eines allgemeinmedizinischen Qualitätszirkels<sup>19</sup>. In der Arbeitsgruppe der Autoren wurden die Ideen überarbeitet und nach Rückmeldungen aus einem Panel Bremer Hausärzte<sup>20</sup> modifiziert. Schließlich wurden Rückmeldungen aus dem allgemeinmedizinischen Listserver<sup>2122</sup>, einem Deutschland-weiten e-mail-Forum von engagierter Hausärzten eingearbeitet. Sämtliche Rückmeldungen wurden in einer Synopse erfasst und einzeln kommentiert.

Um nicht die oben beschriebene Überbeanspruchung deutscher Hausärzte durch immer neue Leistungen<sup>23</sup> noch zu vermehren, sind die folgenden **Vorschläge nur als fakultativ** anzusehen. Sie sollen eine Richtschnur darstellen – die individuelle Ausgestaltung soll zwischen Arzt und Patient in gemeinsamer Entscheidungsfindung ausgehandelt werden. Für einige Präventions-Fragen wurden –von den Patienten bereits vorab im Wartezimmer oder zu Hause auszufüllende – nach den 3 angesprochenen Altersgruppen unterschiedene Fragebögen entwickelt, deren Bearbeitung es erleichtern soll, sich auf offene Probleme zu konzentrieren.

Die Patienten werden informiert, dass sie selbstverständlich nicht alle Fragen im Bogen beantworten müssen.

Im folgenden Arzt-Patient-Gespräch soll eine Priorisierung der zu bearbeitenden Probleme erfolgen.

Die Fragen sind so gehalten, dass im Fall einer positiven Antwort ein Problem deutlich wird (also „fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen...“ und nicht „gibt es Menschen, denen Sie vertrauen...“). Diese so genannten Trigger-Fragen können bedarfsweise eingehendere Befragungen, Gespräche, eine körperliche oder Labor-Untersuchung nach sich ziehen.

Dabei ist auf im Fragebogen bewusst nicht erfragte salutogenetische Reserven der Patienten einzugehen, um diese gezielt zu unterstützen.

Der in der Patientenakte in Papierform oder elektronisch hinterlegte ausgefüllte Fragebogen dient als Nachweis darüber, dass das entsprechende präventive Gespräch tatsächlich stattgefunden hat. Gegebenenfalls kann, da die sehr persönlichen Fragebögen in besonderem Maß dem Datenschutz unterliegen, eine Patienten-Unterschrift auf einem gesonderten Vordruck die Durchführung der Untersuchung bestätigen.

Bezüglich der Terminologie sprechen wir über dieses neue Untersuchungsangebot zur Unterscheidung und besseren Kommunikation sowohl mit der Kasse als auch insbesondere mit den Patienten nicht von „Gesundheitsuntersuchung“, sondern von einer „*Vorsorgeuntersuchung*“. (Der Ausdruck Check wird zwar häufig verwendet, impliziert aber ein sehr technisches Verständnis, das aus unserer Sicht nicht gefördert werden sollte).

Das Gesamt-Paket der Materialien zu den neuen Vorsorge-Untersuchungen besteht neben diesem begründenden Hintergrund-Papier aus folgenden Bestandteilen:

- die o.a. Patientenfragebögen – siehe Anhänge Nr. 1-3
- kurze Empfehlungen an die Ärzte, welche Untersuchungen in den jeweiligen Altersgruppen obligat durchzuführen sind und welche diagnostischen oder therapeutischen Schritte sich im Fall eines Ansprechens auf die Trigger-Fragen anschließen könnten – siehe Anhänge Nr. 4-6
- ein Werkzeugkasten mit ausführlicheren diagnostischen Instrumenten, Entscheidungshilfen, Risiko-Rechner, Patienten-Informationen, evidenzbasierten Leitlinien, Empfehlungen zur Beratung zur Verhaltens-Änderung, Labor-Untersuchungen bei älteren Patienten unter Dauer-Medikation und Präventions-Angeboten der AOK Bremen/Bremerhaven – siehe Anhang Nr. 7.

### **Die Bestandteile der Vorsorge-Untersuchungen im Einzelnen:**

Mit der AOK Bremen/Bremerhaven wurde in den Verhandlungen zum Hausarzt-Vertrag nach §73b SGB V vereinbart, dass alle eingeschriebenen Patienten (die Einschreibung in den Bremer Vertrag ist ab dem 18. Geburtstag möglich) alle 2 Jahre ein Vorsorge-Programm angeboten bekommen sollen, ab dem 70. Geburtstag sogar jährlich.

Der Nutzen eines generellen Screenings auf Hypercholesterinämie und Diabetes ist weltweit bislang nicht belegt worden.

In der bisherigen ab dem 35. Geburtstag abrechnungsfähigen Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“ nach §25 Abs. (1) SGB V ist die Bestimmung von Cholesterin und Blutglukose obligat enthalten. Der §25 SGB V nennt als Voraussetzung für die Untersuchung des kardiovaskulären Risikos, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können. Dies ist bei jungen Menschen mit niedrigem kardiovaskulärem Risiko oder bei Älteren mit fraglicher Evidenz für den Einsatz von Statinen hinsichtlich einer Cholesterin-Messung nur eingeschränkt der Fall, so dass den gesetzlichen Bestimmungen durch ein Cholesterin-Screening nur bei denjenigen, die von der Bestimmung einen therapeutischen Nutzen haben würden, entsprochen wird.

Unser Bestreben war es, bei der Vorverlagerung des Eintrittsalters für die Vorsorgeuntersuchung keine unnötigen Untersuchungen bei jüngeren Patienten einzuführen. Zugleich sollen bei den über 70-Jährigen alters-typische Probleme wie Sturzrisiko, Osteoporose-Risiko, Harninkontinenz etc. vorrangig vor der Bestimmung des im Alter nur noch wenig prädiktiven Cholesterins<sup>24</sup> behandelt werden.

Die altersadaptierte Vorsorgeuntersuchung soll sich an 3 verschiedene Altersgruppen richten:

1. jüngere Versicherte von 18-35 Jahre
2. über 35- bis 70-Jährige
3. über 70-Jährige

Im Verlauf der kommenden Jahre soll gemeinsam mit der AOK evaluiert werden, ob diese zwangsläufig etwas willkürliche Einteilung der Altersgruppen beibehalten oder verändert werden soll.

Im Folgenden werden die Screening-Angebote für die verschiedenen Altersgruppen vorgestellt:

## 1. Vorsorge-Untersuchung V1 für jüngere Versicherte (18-35 Jahre):

- **Kontrolle des Impfstatus.** Ziel: Auch wenn Diphtherie<sup>25</sup> und Tetanus<sup>26</sup> in Europa erheblich zurückgegangen sind und Polio seit 1992<sup>27</sup> nicht mehr aufgetreten ist, sind doch gerade bei Migranten im hausärztlichen Alltag große Impflücken festzustellen (eine weitere Gruppe sind ältere Frauen). Die immer wieder in Deutschland auftretenden Masernausbrüche<sup>28</sup> haben sogar zu Reisewarnungen in den USA geführt<sup>29</sup>, was sicherlich auch als Ausdruck einer gewissen Hysterie zu begreifen ist. Alle Versicherten sollten über mindestens 3 dokumentierte Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Polio sowie über 2 Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln verfügen. Darüber hinaus gehende Impfpfehlungen des Robert-Koch-Institutes für Erwachsene werden im Sinn einer systematischen Umsetzbarkeit der o.a. Impfungen ebenso wenig als obligat in die Vorsorgeuntersuchung aufgenommen wie ständiges Intervall-artiges weiteres Impfen gegen Tetanus und Diphtherie bei Personen, die bereits 3-mal geimpft wurden (bislang gab es keine Hinweise auf Tetanus-Infektionen bei 3-malig Geimpften – dagegen steigt das Risiko möglicher neurologischer Nebenwirkungen<sup>30</sup> mit jeder Wiederholungs-Impfung).
- **Case finding für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko:** Die Familienanamnese soll feststellen, ob ein Verwandter ersten oder zweiten Grades (Vater, Bruder, Mutter, Schwester) vor dem 55. Lebensjahr (bei Frauen: vor dem 65. Lebensjahr) eine ischämische Herzkrankheit bzw. ein kardiales Ereignis hatte. Rheumatische Herzklappenerkrankungen sind davon ausgenommen. Bei einer positiven Familienanamnese soll einmalig das Cholesterin bestimmt werden. Ziel ist es, eine familiäre Hypercholesterinämie, die in ihrer heterozygoten Form in ihrer Häufigkeit auf 1:500 geschätzt wird und die mit einer deutlich erhöhten Herzinfarktrate einhergeht<sup>31</sup>, rechtzeitig zu identifizieren, ohne die vielen übrigen Patienten mit unnötigen Cholesterin-Bestimmungen zu überziehen. Hinsichtlich des Diabetes-Risikos sind einige Fragen des Findrisk-Fragebogens<sup>32</sup> in den Patienten-Fragebogen eingebaut. Wenn zuvor bei der Jugenduntersuchung ein erhöhter Blutdruck gemessen wurde, soll dieser bei den V1-Untersuchungen ebenfalls kontrolliert werden. Ansonsten soll zumindest bei einer V1-Untersuchung der Blutdruck gemessen werden.  
Ebenfalls mindestens bei einer V1-Untersuchung sollen Körpergröße und Gewicht gemessen werden.
- **Suchtanamnese** (Alkohol, Nikotin, Essen, pathologisches Spielen, illegale Drogen, Internet). Bezüglich verschiedener Süchte, aber auch hinsichtlich präventiver Aspekte ist es ärztliche Aufgabe, immer wieder nach der aktuellen Bereitschaft zur Veränderung zu fragen und diese gezielt zu unterstützen.  
Benutzt werden kann dabei das „**fünf E-Schema zur Entwöhnung**“ – 1. Erfragen, 2. Erfassen, 3. Erklären, 4. Erreichen, 5. Einrichten (Englisch: „The Five A’s“: Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange)<sup>33</sup>.  
Obwohl aufwändige intensive Interventionen von Spezialisten (z.B. Verhaltenstherapeuten) im Einzelfall effektiver sein können als hausärztliche Kurzinterventionen (z.B. 40% vs 10% in der Raucher-Entwöhnung), erreichen Hausärzte einen weitaus größeren Anteil der Bevölkerung (z.B. 70% vs 3% in der Raucher-Entwöhnung).<sup>34</sup> Aus „Public-Health-Sicht“ erzielt daher die hausärztliche Kurzintervention einen 4-fach höheren Impact (Effektivität der Intervention multipliziert mit dem Anteil der Risikopopulation, dem diese Intervention zuteil wird) auf die Krankheitslast, die beispielsweise durch **Nikotinabusus** verursacht wird. Zudem wünschen sich Patienten Beratung und Hilfe in wichtigen

Gesundheitsverhaltensweisen, wie Ernährung, körperlicher Aktivität und Substanzmissbrauch<sup>35</sup> und der ärztliche Rat (Beratung) stellt für Patienten einen entscheidenden Motivationsfaktor dar.<sup>36</sup>

Die Kurzberatung sollte durch schriftliche Informationen, Hinweise auf spezielle Beratungsangebote und Therapieangebote unterstützt werden.

Auf die Trigger-Frage im Patienten-Fragebogen könnte sich der Fagerström-Test<sup>37</sup> zum Ausmaß der Nikotinabhängigkeit anschließen.

Übermäßiger **Alkoholkonsum** ist ein häufiges Phänomen - nach Hochrechnungen werden derzeit 1,7 Mio. Menschen in Deutschland als alkoholabhängig bezeichnet; bei 2,65 Mio. Menschen liegt Alkoholmissbrauch vor<sup>38</sup>. Bei Screeninguntersuchungen in Praxen von Allgemeinärzten in Deutschland wurden zwar bei 10,7 % der Patienten zwischen 14 und 75 Jahren Abhängigkeit oder riskanter Konsum bemerkt, es hatten aber nur in 12,1% davon entsprechende Vermerke in den Karteikarten<sup>39</sup>. Weitere 23% davon wurden allein durch das Screening entdeckt. Nur 33% der Patienten gaben an, in irgendeiner Form eine Beratung oder Behandlung bezüglich des Alkoholproblems erhalten zu haben. Die möglichst frühe Identifizierung von problematischem Trinkverhalten ist eine wichtige Voraussetzung zur Abwendung von schwerer behandelbarer Alkoholsucht bzw. zur Abwendung von schweren Folgeschäden in Bezug auf soziale und gesundheitliche Folgen<sup>40,41</sup>. Auf die Trigger-Frage im Patientenfragebogen sollten der 2-Fragen-Test<sup>42</sup> und ggfs. ein ausführlicherer Fragebogen (CAGE<sup>43,44</sup> oder AUDIT<sup>45</sup>) erfolgen. Die vielerorts übliche Labordiagnostik zum Aufspüren einer Alkoholkrankheit ist den genannten Tests hinsichtlich Sensitivität und Spezifität deutlich unterlegen<sup>46,47,48</sup>. An eine Detektion eines Suchtproblems sollte sich ein dem Stadium der Veränderungsbereitschaft angepasstes therapeutisches Gespräch anschließen<sup>49</sup>.

- **Bewegungsanamnese:** Bewegungsmangel ist in Deutschland weit verbreitet<sup>50</sup>. Die Herausforderung für den Arzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ist es, bei Bewegungsmangel im Rahmen zeitlich begrenzter Möglichkeiten eine Verhaltensänderung beim Patienten zu bewirken. Für die Beratung gelten dabei die Prinzipien: „Den Patienten abholen, wo er steht“ und „Vermitteln, was der Patient verstehen kann“. Es hat sich international durchgesetzt, der Mehrzahl der Personen, die keinen regelmäßigen und körperlich fordernden Sport betreiben, zu mäßiger täglicher Bewegung zu raten, die sich auf mindestens 30 Minuten täglich summiert (*moderate physical activity*). Aus Kohortenstudien gibt es sogar Hinweise darauf, dass solche leichten Formen körperlicher Betätigung zu einer Mortalitäts-Senkung führen können<sup>51</sup>. Dabei hilft der Einbezug der körperlichen Aktivität in den täglichen Alltag (*life-style*), den Zeitaufwand für die Gesundheitsbewegung zu verringern, und ermöglicht, der körperlichen Aktivität langjährig treu zu bleiben. Das Konzept der täglichen Bewegungs-Summe, also die Verteilung der Bewegung auf kleinere Bewegungspakete von jeweils acht bis zehn Minuten Länge, ermöglicht auch Personen unter Zeitdruck (z. B. berufstätigen Eltern) ihr Mindestmaß von 30 Minuten täglich zu erreichen. Dies ist durch internationale Studien belegt<sup>52,53,54,55</sup>.
- **Ernährungsanamnese:** hier wird sowohl auf Probleme mit Übergewicht abgezielt wie auch auf Ess-Störungen wie Magersucht und Anorexie. Zwar weisen jüngere Untersuchungen darauf hin, dass eine Adipositas bis BMI 30 kg/m<sup>2</sup> hinsichtlich der Mortalität nicht schadet<sup>56</sup>. Viele Betroffene leiden aber darunter. Eine ärztliche Intervention könnte also entweder dazu führen, das gegebene Gewicht zu akzeptieren

– oder bei der Gewichtsabnahme behilflich zu sein. Ggfs. soll bei jüngeren Erwachsenen Bezug genommen werden auf den Perzentilen-Verlauf in den gelben Kinder-Vorsorgeheften, um zu erkennen, ob neue Entwicklungen der Körpermaße Vorliegen oder ob Abweichungen bereits zuvor bestanden.

- **Screening auf psychosoziale Belastungen.** Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes<sup>57</sup> leiden 9,5% der Frauen und 5,8% der Männer unter einer depressiven Episode innerhalb des vorausgegangenen Jahres. Für ein generelles Depressions-Screening gibt es bislang keine gute Evidenz<sup>58</sup>. Das Ausfüllen des Patientenfragebogens (siehe Anhänge 1-3) soll ein Case-finding erleichtern, um gegebenenfalls eine therapeutische Intervention frühzeitig einleiten zu können. An den im Fragebogen enthaltenen 2-Fragen-Test zur Depression<sup>59</sup> könnten sich im positiven Fall ausführlichere Fragebögen wie beispielsweise der PHQ<sup>60</sup> zur Quantifizierung auch im Verlauf einer depressiven Episode anschließen könnten. Nach dem Bundes-Gesundheitssurvey von 1998<sup>61</sup> litten 14,2 Prozent der Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren unter einer Angststörung während des vorausgegangenen Jahres. Weiterhin soll das Angebot gemacht werden, über Burnout, Beziehung-Probleme, sexuelle Störungen sowie über Probleme mit Arbeitslosigkeit bzw. am Arbeitsplatz zu sprechen. Aus großen Bevölkerungs-basierten Befragungen in Deutschland<sup>62</sup> existiert Evidenz dazu, wie Arbeitslosigkeit mit gesundheitlichen Beschwerden assoziiert sind – und dass sich diese Beschwerden durch Ermunterung der Betroffenen, sich in außerberuflichen Netzwerken zu engagieren, bessern lassen.
- **Gesundheitscoaching:** viele Patienten kommen mit banalen Beschwerden in die Hausarzt-Praxis. Ein wesentliches Ziel des Hausarzt-Vertrages ist es, den Umgang der Patienten mit grippalen Infekten, Gastroenteritis, Rückenschmerzen etc. mit dem Ziel zu stärken, die Kompetenz zum Selbst-Management zu stärken - dadurch werden möglicherweise weniger Arztbesuche bei Bagatellanlässen erforderlich. Hierzu kann auf die Empfehlungen und Patienteninformationen etlicher DEGAM-Leitlinien<sup>63</sup> zum Thema zurückgegriffen werden.
- **Krankheiten des Bewegungsapparates** gehören zu den häufigsten Leiden in Deutschland<sup>64</sup>. Routinemäßig alle gesunden Patienten darauf hin körperlich zu untersuchen erscheint im Setting einer Hausarzt-Praxis nicht realisierbar. Fragen nach Problemen mit dem Rücken und den Füßen (Siehe Fragebögen Anhang 1-3) können zur gezielten Diagnostik des Bewegungsapparates mit entsprechenden Therapien führen.
- **Laboruntersuchungen, körperliche oder apparative Untersuchungen** gehören **nicht obligat** zur Vorsorge-Untersuchung. Die Screening-Gespräche sollen in erster Linie aus Gesprächsangeboten bestehen. Es geht darum, die tägliche Praxis von Unnötigem zu entlasten. Ergeben sich im Rahmen der Gespräche Hinweise auf körperliche Probleme, erfolgen die notwendigen Untersuchungen zielgerichtet und vermeiden dadurch eine Fehl- und Überversorgung.
- **Zahngesundheit:** Über 95% der Erwachsenen hatten oder haben Karies oder Paradontose. Bereits jeder 3. Erwachsene zwischen 35 und 44 Jahren leidet unter einer fortgeschrittenen Paradontitis. Ein schlechter Zahnstatus ist häufig mit niedrigem sozialem Status assoziiert<sup>65</sup>. Eine positive Antwort auf die Triggerfrage im Patientenfragebogen sollte eine Inspektion der Mundhöhle, der Zahnhäule und des

Zahnfleisch zur Folge haben, um gegebenenfalls einen Zahnarzt-Besuch zu induzieren oder mögliche Barrieren eines solchen Besuches abzubauen.

## **2. Präventions-Angebot an Versicherte im Alter von 36-70 Jahren**

- Wie in der bisherigen Gesundheitsuntersuchung Check-up 35 sollen bei allen Personen dieser Altersgruppe, bei denen ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko zu einer therapeutischen Konsequenz führen würde, nach Bestimmung von Cholesterin, HDL und Glukose ein entsprechendes Risiko-Assessment mit dem ARRIBA-Instrument durchgeführt werden. Wichtige prognostische Informationen ergeben sich aus der Familienanamnese hinsichtlich ischämischer Herzerkrankungen und dem Raucher-Status. Der ARRIBA-Rechner soll, wie in Baden-Württemberg bereits umgesetzt, in die Vertrags-Software eingebaut werden, ansonsten ist er frei unter [www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de) aus dem Netz zu laden. Nach dem baden-württembergischen Vorbild sollte mit der AOK vereinbart werden, dass Angebote der AOK zu Beratung zu Bewegung, Ernährung und Stressabbau in den Ausdruck des ARRIBA-Beratungs-Protokolls eingebaut werden. Bei besonders niedrigem Risiko (Beispiel: junge Nichtraucherin mit normalem Blutdruck und leerer Familienanamnese) soll es im Rahmen des HzV-Vertrages möglich sein, vom starren Rahmen der bisherigen Check-up-Untersuchungen abzuweichen, auf die Bestimmung von Blutzucker und Cholesterin zu verzichten und dafür beispielsweise psychosoziale Aspekte in den Vordergrund des Beratungsgesprächs zu stellen. Genau so kann es sinnvoll sein, bei Patienten, die bereits ein Statin einnehmen, keine Cholesterinmessung mehr durchzuführen. Es ist aber genau so auch möglich, gezielt, wenn Anamnese oder klinischer Eindruck dies nahe legen, ein EKG zu schreiben, zu sonografieren, eine Spirometrie durchzuführen oder ein Blutbild oder ein TSH zu bestimmen. Die Kosten für Laboruntersuchungen werden bei HzV-Patienten direkt von den Hausärzten beglichen. Anders als bei der Check-up-Untersuchung sind die Hausärzte damit völlig frei in der Gestaltung ihrer Labordiagnostik – feste Vorschriften für Labordiagnostik gibt es – jenseits von den für eine ARRIBA-Berechnung erforderlichen für den neuen Check nicht.
- Psychosoziale Belastungen siehe Präventionsgespräch bei Jüngeren (zusätzlich Schlafstörungen und Belastungen durch Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger) siehe Patientenfragebogen im Anhang 2
- Suchtanamnese s.o. (Alkohol, Nikotin, Essen, Pathologisches Spielen, illegale Drogen, Internet)
- Bewegungsanamnese – Ausgangs-Frage: Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde (z.B. Spazieren gehen – Sport – Radfahren)?
- Kontrolle des Impfstatus s.o.
- Schmerzen - siehe Fragebogen im Anhang.
- Der Haemoccult ist die einzige Krebsvorsorgeuntersuchung im hausärztlichen Bereich, für die eine Senkung der Mortalität belegt ist<sup>66</sup> (Zervix-Abstriche werden in Deutschland überwiegend von Frauenärzten durchgeführt). Ab dem 50. Lebensjahr



soll die Untersuchung – nach Aufklärung und Einwilligung der Patienten - jährlich durchgeführt werden. Die präventiven Gespräche sollen weiterhin dazu dienen, Fragen zum Screening auf Zervix-, Colon-, Bronchial-, Mamma- und Prostata-Karzinom zu führen und hier ggfs. die Patienten im Sinn hausärztlicher Quartärprävention vor potenziell schädlicher Diagnostik und vor (spezialärztlichen) IGe-Leistungen zu schützen. Alle über 35-jährigen Patienten haben seit dem 1.7.2008 einen Anspruch auf ein Hautkrebs-Screening. Bisher gibt es allerdings keine gute Evidenz dafür, dass ein solches Screening die Krankheits-bezogene Mortalität senkt<sup>67</sup>. Ein pragmatischer Ansatz kann sein, das Screening, wenn es nicht wegen seiner gesetzlichen Grundlage von den Patienten eingefordert wird, bei denjenigen durchzuführen, die wegen einer positiven Familienanamnese und/oder vielen Naevi als besonders gefährdet einzuschätzen sind.

Weiterhin sollen alle nach dem 1.4.1987 geborenen Frauen und alle nach dem 1.4.1962 geborenen Männer die nach §4 der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses<sup>68</sup> vorgeschriebene Ergebnis-offene Beratung<sup>69</sup> zum Screening auf Colon-, Zervix- und Mamma-Karzinom erhalten und bescheinigt bekommen, um ihnen die Senkung der zu leistenden Zuzahlungen auf 1% des Bruttoeinkommens nach §62 SGB V zu ermöglichen. Die entsprechenden Materialien dazu finden sich im „Werkzeugkasten“ im Anhang 7.

- Obligat soll bei der Vorsorgeuntersuchung der mittel-Alten mindestens einmal Größe und Gewicht bestimmt werden – bei Anhalt für Veränderungen des Gewichtes, bei Diabetikern und bei Herz- und Niereninsuffizienten bei jeder Untersuchung.
- Bei allen dauerhaft medikamentös Behandelten soll die ohnehin für das kardiovaskuläre Risiko-Assessment stattfindende Laboruntersuchung erweitert werden um Labortests entsprechend den im „Werkzeugkasten“ in Anhang 7 enthaltenen Empfehlungen zur Pharmakovigilanz.
- Ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom wird als eine Ursache für eine schwer behandelbare Hypertonie<sup>70</sup> angesehen. Die Prävalenz wird auf 2-4% der erwachsenen Bevölkerung geschätzt<sup>71</sup>. Das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen ist bei Patienten mit Schlaf-Apnoe erhöht<sup>72</sup>. Auch wenn es für entsprechende therapeutische Interventionen keine sicheren Belege hinsichtlich der Senkung von Folgeerkrankungen gibt, können dadurch der Blutdruck gesenkt<sup>73</sup> und die Lebensqualität gesteigert<sup>74</sup> werden. Die Aufgreif-Frage nach der Tagesmüdigkeit im Patientenfragebogen könnte beispielsweise von weiter führenden diagnostischen Tests wie der „Berliner Fragebogen“ (siehe „Werkzeugkasten“ in Anhang 7) und ggfs. von einem ambulanten Schlaf-Apnoe-Monitoring gefolgt werden.
- Die Prävalenz des Glaukoms beträgt nach der augenärztlichen Leitlinie<sup>75</sup> 2,4% bei den über 40-Jährigen. Bis zu einem Drittel sind Normaldruck-Glaukome. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat darum nach einem HTA-Report<sup>76</sup> gegen die Aufnahme eines generellen Glaukom-Screenings<sup>77</sup> in den Leistungs-Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden. Ein bekanntes Glaukom bei Verwandten 1. Grades erhöht das Risiko für ein Glaukom um das 2,8-fache, eine starke Myopie (>-5 Dioptrien) um das bis zu 5-Fache. Die entsprechende Screening-Frage kann im Sinn eines Case-finding eine Empfehlung zu einer präventiven Tonometrie erleichtern.

### 3. Präventions-Angebot jährlich für ältere Versicherte über 70 Jahre

- Ein komplettes geriatrisches Assessment<sup>787980</sup> bei allen über 70-Jährigen im laufenden Betrieb einer Hausarztpraxis durchzuführen überfordert nicht selten die logistischen Möglichkeiten. Zudem können beispielsweise Demenztests bei kognitiv überhaupt nicht eingeschränkten Personen deplatziert sein und sogar der Arzt-Patient-Beziehung dadurch Schaden zufügen, dass die Patienten sich nicht ernst genommen fühlen. Ähnliches gilt für die Durchführung eines Sturz-Assessments bei sehr rüstigen Senioren oder die Notierung der Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>81</sup> bei Menschen, die sich problemlos selbst versorgen. Dem entsprechend sollte auch in dieser Altersgruppe der Schwerpunkt auf Problemen liegen, die durch das Ausfüllen der Fragebögen von den Patienten selbst getriggert werden. Bei weniger rüstig wirkenden Patienten soll über ein Sturz-Assessment<sup>82</sup> nachgedacht, Hinweise auf kognitiven Abbau sollen sehr ernst genommen werden und eine Befragung der Angehörigen sowie entsprechende Tests<sup>83</sup> zur Folge haben. Mindestens alle 2 Jahre sollen Körpergröße und –Gewicht gemessen werden, um beispielsweise die Kreatinin-Clearance für die Steuerung der Medikation berechnen zu können, um im Fall einer Größenabnahme rechtzeitig an eine zu Grunde liegende Osteoporose zu denken oder um auf einen gravierenden Gewichtsverlust aufmerksam zu werden. Ggfs. sollen eine orientierende Prüfung des Visus und ein Flüstertest<sup>84</sup> durchgeführt werden. Möglicherweise weist die erste im Patientenfragebogen (Anhang 3) enthaltene Frage „Trifft für Sie der Satz zu: Ich kann im Alltag **nicht** mehr alles tun, was ich vor einem Jahr noch konnte?“ auf eine wichtige Dynamik im Abbau der allgemeinen körperlichen, seelischen und geistigen Fähigkeiten hin. Die Frage „Haben Sie Probleme mit der Luft?“ weist u.a. auf eine möglicherweise noch nicht diagnostizierte Herzinsuffizienz<sup>85</sup> hin. Wichtig: alle diese Screening-Untersuchungen sollen zwar Anlass-unabhängig, aber nicht unabhängig vom Zustand, den Bedürfnissen und Problemen der Patienten durchgeführt werden. Die Kunst besteht darin, vielleicht auch unterstützt durch das Ausfüllen des anhängenden Fragebogens durch die Patienten, die für diese entscheidenden Problemfelder herauszufinden, ohne bei allen Patienten alle vielleicht unnötigen Tests durchzuführen. Gerade bei älteren Menschen wurden erhebliche Differenzen hinsichtlich von Behandlungspräferenzen zwischen Patienten einerseits und den sie betreuenden Hausärzten auf der anderen Seite gefunden<sup>86</sup>. Um so wichtiger scheint der von uns gewählte Ansatz zu sein, die Inhalte der Vorsorgeuntersuchung nach den von den Patienten angegebenen Prioritäten auszurichten.
- Über 70-jährigen Männern soll zumindest einmalig ein sonografisches Screening auf das Vorliegen eines Aortenaneurysmas angeboten werden<sup>8788</sup>, sofern sich aus dem Befund therapeutische Konsequenzen ergeben würden. Weitere Verlaufskontrollen werden vom erstmalig erhobenen Befund abhängig gemacht.
- Die Messung der Blutlipide wird mit zunehmendem Alter hinsichtlich ihrer prognostischen Wertigkeit immer weniger wichtig. Unter den Risikofaktoren rücken v.a. Blutdruck und Vorhofflimmern im Sinn einer Insultprävention in den Vordergrund. Entsprechend sind Kontrollen des – auch selbst gemessenen –

Blutdrucks und des Herzrhythmus Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung Älterer. Wiederholte Ableitungen eines EKGs sind sensitiver<sup>89</sup> für die Diagnose eines Vorhofflimmerns.

- Über 70-jährige Frauen haben ein 20%iges Risiko, in den kommenden 10 Jahren eine osteoporotische Fraktur zu erleiden<sup>90</sup>. Nachdem es in den Jahren zuvor ungerechtfertigte Auswüchse bei der Durchführung von Osteodensitometrien zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben hatte, entschied der Gemeinsame Bundesausschuss nach einem HTA-Report<sup>91</sup> 1999, die Osteodensitometrie nur noch bei Patienten mit bereits inzidenten osteoporotischen Frakturen durch die GKV finanzieren zu lassen. Dies wiederum führte dazu, dass die Osteoporose eine der unterdiagnostizierten und –therapierten<sup>92</sup> Krankheiten geworden ist. Wie bei vielen anderen Erkrankungen auch ist ein generalisiertes Screening hier nicht sinnvoll. Vielmehr sollen die vorrangig weiblichen Patienten identifiziert werden, deren Risiko für eine pathologische Fraktur besonders stark erhöht ist und die in der Lage und bereit wären, eine entsprechende Therapie durchzuführen. Ein entsprechender Risikotest<sup>93</sup> zur Erleichterung eines solchen Case finding ist im „Werkzeugkasten“ im Anhang 7 enthalten. Die im Patientenfragebogen (Anhang 3) enthaltenen Fragen nach einer Größenabnahme und/oder bereits inzidenten Frakturen weisen auf eine besondere Notwendigkeit einer weiteren Abklärung hin.
- Systematische Befragungen älterer Menschen<sup>94</sup> zeigen, dass häufig eine große Diskrepanz besteht zwischen der Wahrnehmung von Ärzten und Patienten hinsichtlich der Bedeutung einer Harninkontinenz. Ein entsprechendes Gesprächangebot (siehe Patientenfragebögen in den Anhängen 1 bis 3) kann therapeutische Angebote wie die Verordnung von Beckenboden-Gymnastik oder von Inkontinenz-Material oder bedarfsweise von Anticholinergika nach sich ziehen<sup>95</sup>.
- Gerade ältere Frauen haben die größten Lücken beim Tetanus-Impfschutz. Entsprechend soll auch bei älteren Menschen darauf geachtet werden, dass jeweils mindestens 3 dokumentierte Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Polio vorliegen.
- Gespräche über Patientenverfügungen, Einstufung in der Pflegeversicherung, möglicherweise erforderliche Hilfsmittel, pflegerische Unterstützung auch bei der Hilfe bei der Pflege von Angehörigen sind typische Themen, die für ältere Menschen wichtig sind – siehe Fragebogen im Anhang Nr. 3.
- Unabhängig von konkreten Beratungsanlässen soll bei allen dauerhaft Medikamente Einnehmenden ein so genanntes systematisches Medikamentenreview durchgeführt werden – hier wäre als möglicher Qualitätsindikator denkbar: liegt ein jährlich überarbeiteter Medikamentenplan vor? Es soll dabei systematisch auch nach frei verkäuflichen sowie von anderen Ärzten, aber auch Heilpraktikern verordneten Präparaten gefragt werden.
- Fest vorgeschriebene Laboruntersuchungen für alle älteren Patienten gibt es nicht. Allerdings sollen bei allen dauerhaft Medikamente Einnehmenden Laborbestimmungen im Sinn der Pharmakovigilanz erfolgen (beispielsweise Kreatinin und Blutbild bei dauernder Einnahme von NSAR).

Bei allen auch älteren Patienten, bei denen ein positiver Befund zu einer Konsequenz führen würde, soll jährlich - nach Aufklärung und Einwilligung der Patienten - ein Hämoccult-Test durchgeführt werden. Die Beratung zu weiteren Maßnahmen der Krebsfrüherkennung soll ähnlich wie bei jüngeren Menschen erfolgen.

### **Ausblick, Diskussion und weitere Planungen:**

Die hier dargestellte Bremer Vorsorgeuntersuchung ist in ihrer Form in Deutschland ein Novum. Besonderheiten sind:

- Berücksichtigung der vorhandenen Evidenz für präventive Untersuchungen, soweit dies in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit möglich war
- Sehr weitgehende Freiheit für Arzt und Patient, die Untersuchung zu gestalten.
- Dem entsprechend Beschränkung bei den obligaten Vorgaben auf sehr wenige Elemente, für deren Nutzen es entweder gute Evidenz oder für deren Einsatz es gesetzliche Vorgaben gibt.
- Die Möglichkeit für die Patienten, die Bearbeitung ihnen wichtiger Probleme durch Ankreuzen – oder Unterlassen der Beantwortung – der Antwort-Kästchen in den Patientenfragebögen zu bestimmen.

Hingegen entspricht es eher einem bekannten Übel, dass die Einführung dieses neuartigen präventiven Instrumentes wegen der politischen Implikationen im Zusammenhang mit der Einführung der Hausarzt-zentrierten Versorgung in Bremen nicht nach Durchführung einer randomisierten Studie zu seinem Nutzen oder möglichen Schaden erfolgt, wie wir das von sehr vielen komplexen Interventionen wie der Einführung der Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V, des Koloskopie-Screenings, des Hautkrebs-Screenings und der Disease Management-Programme kennen.

Dieser Mangel kann sicherlich nicht durch eine begleitende Forschung ausgeglichen werden. Eine solche Forschung sollte die Zufriedenheit von Ärzten und Patienten mit der hier vorgestellten Art präventiver Gespräche und das Erfassen bis dato nicht bekannter Gesundheitsprobleme und deren weitere Behandlung untersuchen sowie die Frage, ob sich mit der Einführung der Hausarzt-zentrierten Versorgung in Bremen die Häufigkeit der Arzt-Patient-Kontakte veränderte.

Es soll im März 2012 geklärt werden, ob die im vorliegenden Entwurf festgelegten Alters-Grenzen verändert werden sollen. Dabei sollen die Patienten befragt werden, ob die Fragebögen ihre Sprache treffen und wirklich wichtige Probleme adressieren. Ebenfalls soll dann die Zufriedenheit der Ärzte mit dem neuen Vorsorge-Instrument untersucht werden.

Als erste Schritte zur Implementierung werden

- Fortbildungen für Hausärzte und Medizinische Fachangestellte zur neuen Vorsorgeuntersuchung durchgeführt
- die Patientenfragebögen ins Arabische, Polnische, Russische und Türkische übersetzt.

- mit der AOK Bremen/Bremerhaven Vereinbarungen getroffen, welche präventiven Angebote in die zum Hausarzt-Vertrag gehörende Software „Hausarzt-Plus“ integriert werden können.
- die Sets für die Vorsorge-Untersuchungen mit Patientenfragebögen, theoretischem Langpapier, Handlungs-Vorschlägen und „Werkzeug-Kasten“ allen am HzV-Vertrag teilnehmenden Hausärzten zugestellt.
- Kontakte zur das Programm „Hausarzt-Plus“ erstellenden Software-Firma aufgenommen, wie Elemente der Vorsorge-Untersuchung in die Praxis-Software integriert werden können.

Das gesamte Präventions-Instrument wird bereits vor seinem Start ab 1.7.2010 analog zu den Leitlinien der DEGAM durch einen Praxistest gehen, in dem erfahrene Hausärzte seine Anwendbarkeit in der täglichen Routine beurteilen.

Bremen, den 24.3.2010

Jürgen Biesewig-Siebenmorgen, Günther Egidi und Guido Schmiemann für das Reflexions-Team des Bremer Hausärzterverbandes

---

<sup>1</sup> Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Dtsch Arztebl 2007; 104: (38) A 2584–91

<sup>2</sup> GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008 [www.gek.de](http://www.gek.de) und <http://dnb.dbb.de>

<sup>3</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>

<sup>4</sup> Doering, T. J., A. Vahlbruch, B. Steuernagel, and G. C. Fischer: Prävention in der Hausarztpraxis. Meinungen und Einstellungen niedergelassener Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte zur Prävention im Alltag der täglichen Praxis: Prävention und Rehabilitation 2002;14: 28-41.

<sup>5</sup> Sönnichsen A, Sperling T, Donner-Banzhoff N, Baum E: Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. Z Allg Med 2007; 83:355-358

<sup>6</sup> Nationale Versorgungs-Leitlinie KHK <http://www.khk.versorgungsleitlinien.de>

<sup>7</sup> Heart Protection Study Collaborative Group: MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebocontrolled trial. Lancet 2002; 360: 7–22

<sup>8</sup> Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO 1968

<sup>9</sup> Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier: Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006. Z Allg Med 2009;85:S.411-417

<sup>10</sup> siehe DEGAM-Leitlinie Nr. 6 Pflgende Angehörige. <http://www.degam.de/typo/index.php?id=68>

<sup>11</sup> Boulware LE et al. The value of the periodic health evaluation: Evid. Rep. Technol. Assess. (Full.Rep.) 2006, no. 136, 1-134.

<sup>12</sup> <http://www.mein-arzt.org/c2/page.asp?id=56> – eine Seite für Patienten der österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin ÖGAM, zuletzt besucht am 12.2.2010

<sup>13</sup> The Royal Australian College of General Practitioners Guidelines for preventive activities in general practice. 6<sup>th</sup> edition Sept 2005 ISBN 0-869-062-700

<sup>14</sup> Wünsch V. Der Routine-Check-up: Versuch einer Einschätzung. Schweiz Med Forum 2008;8(26–27):497–500 und 2008;8(28–29):517–520

<sup>15</sup> <http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>, zuletzt besucht am 12.2.2010, eine sehr umfangreiche Seite mit Empfehlungen der US Preventive Services Task Force

<sup>16</sup> <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/ctfphc-gecssp-eng.php>, zuletzt besucht am 12.2.2010, eine Seite der Canadian Task Force on Preventive Health Care

<sup>17</sup> <http://nhg.artsennet.nl/web/show/search?q=screening&id=243540&from=0&to=10&domain=NHG>, zuletzt besucht am 12.2.2010, die Seite der Nederlands Huisartsen Genootschap

<sup>18</sup> <http://tinyurl.com/y9k7c8x> - zuletzt besucht am 12.2.2010 | Empfehlungen des National Institute for Health and Clinical Excellence

<sup>19</sup> TeilnehmerInnen Gerd Burmester Günther Egidi, Anette Klingenberg, Carmine Petrera, Guido Schmiemann, Manfred Thielen, Fahieme Zare

<sup>20</sup> Hubert Bakker, Rüdiger Becher, Jürgen Biesewig, Hans-Michael Mühlendorf, Guido Schmiemann, Irene

Suschko-Kück

- 21 Rückmeldungen kamen von Dominik Ahlquist (Kaltenkirchen), Ildikó Gagyor (Göttingen), Johannes Hauswaldt (Braunschweig), Michael Ippen (Hamburg), Ulrike Junius-Walker, Uwe Kurzke (Pellworm), Klaus Meyer (Kassel), Uwe Popert (Kassel), Gudrun Theile (Hannover), Klaus Weckbecker (Bad Honnef)
- 22 [http://degam.de/alt/cme/index\\_cm.htm](http://degam.de/alt/cme/index_cm.htm)
- 23 zur Kritik der Einführung eines Hautkrebs-Screenings siehe Egidi G, Giersiepen K, Abholz H-H. Einführung eines Hautkrebscreenings in Deutschland. *Z Allg Med* | 2009; 85: 40-4
- 24 Prospective Studies Collaboration: Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 1903–13
- 25 Aktuelle Aspekte zur Diphtherie in Europa, *Epid. Bull* 2009;2:
- 26 [http://www.rki.de/cln\\_151/nn\\_504558/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Mbl\\_Tetanus.html#doc208210bodyText2](http://www.rki.de/cln_151/nn_504558/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mbl_Tetanus.html#doc208210bodyText2) – besucht am 17.2.2010
- 27 Niedrig M, Reihnardt B, Burchard GD et al: Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten. Robert-Koch-Institut Berlin 2006. ISBN 3-89606-095-3
- 28 Zu den aktuellen Masernhäufungen in Nordrhein-Westfalen und Hamburg *Epid. Bull.* 10/2009 S. 4
- 29 <http://dggk.de/meldungen/topnews-archiv-2/masern-epidemien.html>
- 30 Kretsinger K, Broder K, Cortese M et al: Preventing Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Among Adults: Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and Recommendation of ACIP, supported by the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), for Use of Tdap Among Health-Care Personnel. *Center for Disease Control* 10/2005
- 31 Qureshi N, Humphries S, Seed M et al: Identification and management of familial hypercholesterolaemia: what does it mean to primary care? *Br J Gen Pract* 2009; 59: 773–778
- 32 Praxis-Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft Supplement 1 • April 2008 • Seite S123–S204
- 33 Prochaska JO, Di Clemente CC Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress In: Shiffman S, Wills T, editors. *Coping and substance use* New York: Academic Press, 1985: 345-363
- 34 Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, Harris JR, Caldwell MB, Teutsch SM, Atkins D, Richland JH, Haddix A Priorities among recommended clinical preventive services *Am J Prev Med.* 2001 Jul;21(1):1-9
- 35 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322(7284):468-472
- 36 Baum E., Donner- Banzhoff N, Spangenberg E, Platt B Erwartungen der Patienten und ärztliches Handeln in der Allgemeinarztpraxis In: Lang E, Arnold K, editors. *Die Arzt- Patient- Beziehung im Wandel* Stuttgart: Ferdinand Enke, 1996: 137-150.
- 37 Fagerström KO, Kunze M, Schobenberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, Puska P, Ramström L, Zatonsky W: Nicotine dependence versus smoking prevalence among countries and categories of smokers. *Tobacco Control* 1996; 5: 52-56
- 38 BMG. Pressemitteilung Nr.45 vom 10.Juni 2000. Bundesministerium für Gesundheit 2000.
- 39 John U, et al. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -Abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit ed. Baden-Baden ed. Normos Verlag; 2000.
- 40 Gache P. Assessment and diagnosis of alcohol problems in general practice. *SchweizRundsch.Med.Prax.* 1999;88(42):1693-8.
- 41 Seale P, Shellenberger S, Velasquez M et al: Impact of vital signs screening & clinician prompting on alcohol and tobacco screening and intervention rates: a pre-post intervention comparison *BMC Family Practice* 2010, 11:18
- 42 Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. *JAMA* 1988;259(1):51-4
- 43 Saitz R, Lepore MF, Sullivan LM, Amaro H, Samet JH. Alcohol abuse and dependence in Latinos living in the United States: validation of the CAGE (4M) questions. *Arch.Intern.Med.* 1999;159(7):718-24
- 44 Chan AW, Pristach EA, Welte JW. Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of Substance Abuse.* 1994;6(2):123-35.
- 45 Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2003). Deutsche Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-L). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- 46 Isaacson JH, Schorling JB. Screening for alcohol problems in primary care. [Review] [68 refs]. *Medical Clinics of North America.* 1999;83(6):1547-63.
- 47 Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB. Patient factors influencing variation in the use of preventive interventions for alcohol abuse by primary care physicians. *Journal of Studies on Alcohol.* 1996;57(2):203-9.

- 
- <sup>48</sup> Spandorfer JM, Israel Y, Turner BJ. Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *Journal of Family Practice*. 1999;48(11):899-902.
- <sup>49</sup> Babor T, Higgings-Biddle J: Brief Intervention for hazardous and harmful drinking, A manual for use in primary care. [http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b.pdf](http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf)
- <sup>50</sup> Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Robert Koch-Institut Berlin. ISBN 3-89606-139-9
- <sup>51</sup> Andersen L, Schnohr P, Schroll M, Hein H: All-Cause Mortality Associated With Physical Activity During Leisure Time, Work, Sports, and Cycling to Work. *Arch Intern Med*. 2000;160:1621-1628
- <sup>52</sup> Oja P, Vuori I, Paronen O. Daily walking and cycling to work: their utility as health-enhancing physical activity. *Patient Education and Counseling*, 1998,33(Suppl. 1):S87-S94.
- <sup>53</sup> Merom D et al. Process evaluation of the New South Wales Walk Safely to School Day. *Health Promotion Journal of Australia*, 2005, 16(2):100-106.
- <sup>54</sup> Staunton CE, Hubsmith D, Kallins W. Promoting safe walking and biking to school: the Marin County success story. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(9):1431-1434.
- <sup>55</sup> WHO: Interventions on diet and physical activity: what works. Evidence tables. WHO Genf 2009; ISBN 978 92 4 159825 5
- <sup>56</sup> Lenz M, Richter T, Mühlhauser I: Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter. Eine systematische Übersicht. *Dtsch Ärztebl* 2009;106:641-648
- <sup>57</sup> Robert-Koch-Institut Berlin. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. ISBN 3-89606-173-9
- <sup>58</sup> USPSTF: Screening for depression in adults. *Ann Intern Med* 2009;151:784
- <sup>59</sup> Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12:439-45.
- <sup>60</sup> Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16(9): 606-613
- <sup>61</sup> Jacobi F, Hoyer J, Wittchen H (2004) Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 33 (4): 251-260
- <sup>62</sup> Kroll L, Lampert T. Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden. Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:47-52
- <sup>63</sup> Siehe DEGAM-Leitlinien Nr. 1 Brennen beim Wasserlassen, Nr. 2 Müdigkeit, Nr. 3 Kreuzschmerzen, Nr. 7. Ohrenschmerzen, Nr. 10 Rhinosinusitis, Nr. 11 Husten, Nr. 13 Nackenschmerzen und Nr. 14 Halsschmerzen sowie die entsprechenden Hinweise im „Werkzeugkasten“ Anhang Nr. 7
- <sup>64</sup> A.a.o. Gesundheitsberichterstattung
- <sup>65</sup> Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg) (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III): Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997, Deutscher Ärzte-Verlag Köln, S 206-428
- <sup>66</sup> Ahlquist D, Sargent D, Loprinzi C et al: Stool DNA and Occult Blood Testing for Screen Detection of Colorectal Neoplasia *Ann Intern Med*. 2008; 149:441-450
- <sup>67</sup> Egidi G, Giersiepen K, Abholz H-H: Einführung eines Hautkrebscreenings in Deutschland – eine kritische Einschätzung. *Z Allg Med* 2009; 85:82-86
- <sup>68</sup> [http://www.g-ba.de/downloads/39-261-458/2007-07-19-Chroniker-Ausnahmen\\_BAnz.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-458/2007-07-19-Chroniker-Ausnahmen_BAnz.pdf)
- <sup>69</sup> Meyerrose B, Sänger S: Muster-Gesundheitsaufklärung für Früherkennungsmaßnahmen. Qualitätsanforderungen für Informationen über Früherkennungsuntersuchungen. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin <http://www.azq.de>
- <sup>70</sup> Wolk R, Kara T, and Somers VK: Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease. *Circulation* 2003; 108: 9-12.
- <sup>71</sup> Young T, Peppard PE, and Gottlieb DJ: Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 1217-1239.
- <sup>72</sup> Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, and Agustí AG: Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005; 365: 1046-1053
- <sup>73</sup> Kohler M, Pepperell J, Casadei B et al: CPAP and measures of cardiovascular risk in males with OSAS. *Eur Resp J* 2008;32:1488-1496
- <sup>74</sup> Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin: S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie* 2009;13:4-160
- <sup>75</sup> Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft: Leitlinie Nr. 15 c Detektion des primären Offenwinkelglaukoms (POWG): Glaukom-Screening von Risikogruppen, Glaukomverdacht, Glaukomdiagnose. <http://www.augeninfo.de/leit/leit15c.pdf>, zuletzt besucht am 27.2.2010

- 
- <sup>76</sup> Antony K, Genser D, Fröschl B: Erkennungsgüte und Kosteneffektivität von Screeningverfahren zur Erfassung von primären Offenwinkelglaukomen. *GMS Health Technology Assessment* 2007, Vol. 3, ISSN 1861-8863 S. 1-10
- <sup>77</sup> Fleming C, Whitlock E, Beil T et al: Screening for Primary Open-Angle Glaucoma in the Primary Care Setting: An Update for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2005;3:167-170.
- <sup>78</sup> Junius U, Schulz C, Fischer G, Breull A: Evidenzbasiertes präventives Assessment für betagte Patienten. *Z Allg Med* 2003; 79:143-148
- <sup>79</sup> [http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/allgemeinmedizin/downloads/STEP\\_Fragebogen.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/allgemeinmedizin/downloads/STEP_Fragebogen.pdf)
- <sup>80</sup> siehe hausärztliche Leitlinien Hessen Geriatrie Teil 1 und 2 online abzurufen unter <http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/qualitaetszirkel/hessen/view>
- <sup>81</sup> Mahoney F I, Barthel D W: Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 1965; 21:61-65
- <sup>82</sup> siehe DEGAM-Leitlinie Nr. 4 Ältere Sturzpatienten
- <sup>83</sup> siehe DEGAM-Leitlinie Nr. 12 Demenz – und die entsprechenden Tests im Werkzeugkasten
- <sup>84</sup> Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P: Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ* 2003;327:967-971
- <sup>85</sup> siehe DEGAM-Leitlinie Nr. 9 Herzinsuffizienz
- <sup>86</sup> Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks ML, Junius-Walker U. Priority setting in General Practice: health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. *CMJ* 2010;51:524-33
- <sup>87</sup> Thompson SG et al. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ* 2009;338:b2307
- <sup>88</sup> Takagi H, Goto S, Matsui M, Manabe H, Umemoto T. A further meta-analysis of population-based screening for abdominal aortic aneurysms. *J VascSurg* 2010;52:1103-08
- <sup>89</sup> Mant J, Fitzmaurice D, Hobbs R et al.: Accuracy of diagnosing atrial fibrillation on electrocardiogram by primary care practitioners and interpretative diagnostic software: analysis of data from screening for atrial fibrillation in the elderly (SAFE) trial. *BMJ* 2007;335: doi:10.1136/bmj.39227.551713.AE
- <sup>90</sup> DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen. *Osteologie* 2009; 18: 304–328. Ansonsten frei im Internet unter der URL [http://www.dv-osteologie.org/dvo\\_leitlinien/dvo-leitlinie-2009](http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2009)
- <sup>91</sup> Zusammenfassender Bericht des Arbeitsausschusses "Ärztliche Behandlung" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beratungen des Jahres 1999 zur Bewertung der Osteodensitometrie gemäß §135 Abs.1 SGB V. Geschäftsführung des Arbeitsausschusses „Ärztliche Behandlung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Herbert-Lewin-Straße 3 50931 Köln
- <sup>92</sup> Häussler B, Gothe H, Mangiapane S et al: Versorgung von Osteoporose-Patienten in Deutschland: Ergebnisse der BoneEVA-Studie. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(39): A 2542–8.
- <sup>93</sup> <http://www.ostak.de/startseite>
- <sup>94</sup> Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz HH: Geriatric Assessment in der Hausarztpraxis – Eine Studie der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2005; 81: 491–498 und Geriatisches Screening in der Hausarztpraxis: Was bringt es wirklich? Ergebnis einer 1 Jahres – Nachverfolgung *Z Allg Med* 2007; 83: 321 – 323
- <sup>95</sup> siehe DEGAM-Leitlinie Nr. 5 Harninkontinenz