QiSA
Für ein Mehr an Qualität

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

Prävention

Version 2.0

E1

Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten

Autoren: Antje Miksch, Edith Andres, Constance Stegbauer, Joachim Szecsenyi

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

AOK
Die Gesundheitskasse.

Übersicht QISA-Indikatoren
E1 – Prävention (2.0)

NR.	INDIKATOR	FOKUS
Körperliche Aktivität		
1	Versicherte mit dokumentiertem Status körperlicher Aktivität	Basisgröße zur Erfassung eines Risikofaktors und Ableitung weiterer Maßnahmen
2	Versicherte mit Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität	Motivation zur Steigerung der körperlichen Aktivität
3	Körperlich aktive Versicherte	Zielgröße, Gesundheitsberichtserstattung, Vergleichsmöglichkeiten
Ernährung und (Über-)Gewicht		
4	Versicherte mit dokumentiertem Body-Mass-Index (BMI)	Erfassung eines potenziellen Risikofaktors und Entdeckung von Komorbiditäten
5	Übergewichtige mit Beratung zum Thema Übergewicht und Ernährung	Verhütung von Folge- oder Begleiterkrankungen
Rauchen		
6	Versicherte mit dokumentiertem Raucherstatus	Erfassung eines wichtigen Risikofaktors und Ableitung von Interventionsmöglichkeiten
7	Raucher mit Beratung	Versorgung von Rauchern mit Hilfestellungen und Erleichterung von Ausstiegsversuchen
8	Anteil der Raucher	Ergebnisparameter, Senkung des Anteils sollte durch Steigerung der Beratungstätigkeit erreicht werden
Alkohol		
9	Versicherte mit erfasstem Alkoholkonsum	Erfassung eines potenziell gesundheitsschädlichen Trinkverhaltens
10	Versicherte mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum und Beratung zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol	Motivation zu einem gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol
Stress		
11	Versicherte mit Erfassung der Stressbelastung	Erfassung eines wichtigen Risikofaktors
12	Versicherte mit Beratung zur Stressbewältigung	Ableitung von Interventionsmöglichkeiten
Gesundheitsuntersuchung		
13	Versicherte ab 35 Jahren, bei denen alle drei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wird	Erfassung der Quote durchgeführter Gesundheitsuntersuchungen
Überprüfung des Impfstatus		
14	Versicherte mit überprüftem Impfstatus	Gezielte Erfassung des Impfstatus, Aufdeckung von Impflücken
Influenza-Impfung		
15	Influenza-Impfrate der Versicherten ab 60 Jahren	Steigerung der Influenza-Durchimpfungsrate für bestimmte Risikogruppen
Screening Bauchaortenaneurysma		
16	Männliche Versicherte ab 65 Jahren mit Beratung zum bzw. Screening auf Bauchaortenaneurysma	Erfassung Screeningrate
Höheres Lebensalter – Geriatrisches Assessment		
17	Ältere Versicherte (ab 70 Jahren) mit hausärztlich-geriatrischem Basisassessment	Gezielte Erfassung möglicher therapierbarer Defizite wie z. B. Sturzursachen zur Verhinderung von Stürzen
18	Ältere Versicherte mit Hospitalisierung wegen hüftgelenknaher Fraktur	Ergebnisparameter, der bei konsequenter Intervention sinken sollte

QISA Band E1

Version 2.0

QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

Prävention

Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten

Autoren: Antje Miksch, Edith Andres, Constance Stegbauer, Joachim Szecsenyi

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

AOK-Bundesverband

Bitte wie folgt zitieren:

Miksch A, Andres E, Stegbauer C, Szecsenyi J: Prävention – Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band E1, Version 2.0, KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin 2021.

QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
www.QISA.de

QISA ist ein Gemeinschaftsprodukt des AOK-Bundesverbandes GbR und des
aQua-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

„QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung" ist nicht identisch
und steht in keinem geschäftlichen Zusammenhang mit der eingetragenen Wortmarke QISA®,
die insbesondere für das „Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen" geschützt ist.

Herausgeber:
Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg und aQua-Institut)
joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

Björn Broge (aQua-Institut)
bjoern.broge@aQua-institut.de

Johannes Stock
stock@QISA.de

Autoren der Version 1.0 (2009):
Dr. med. Sabine Ludt (Universitätsklinikum Heidelberg),
Katharina Glassen (Universitätsklinikum Heidelberg),
Prof. Dr. med. Armin Wiesemann (Universitätsklinikum Heidelberg),
Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg, AQUA-Institut)

Autoren der Version 2.0:
Prof. Dr. med. Antje Miksch (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg)
Dipl.-Psych. Edith Andres, aQua-Institut Göttingen)
Dipl.-Pflegewirt Constance Stegbauer (aQua-Institut)
Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, aQua-Institut Göttingen)

Kontakt: antje.miksch@med.uni-heidelberg.de

Review der Aktualisierung:
Dr. med. Thomas Ledig (Arzt für Allgemeinmedizin, Ditzingen)

Adressen:
AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2021

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.
Redaktion: Dr. Beatrice Wolter

Korrektorat: Claudia Lange, korrektopia.de

Titelentwurf: Beatrice Hofmann
Titelbild: Fotolia/Sergei Didyk
Grafik: Désirée Gensrich
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Version 2.0 Juli 2021; Erstauflage April 2009

ISBN: 978-3-940172-64-8

Vorwort der Herausgeber

Wer Versorgungsqualität messen und steuern will, braucht Qualitätsindikatoren. QISA, das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“, bietet sie an. Verteilt auf nunmehr 13 Themenbände umfasst QISA insgesamt über 170 Qualitätsindikatoren, die „mit System“ über die Breite der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgewählt sind.

Breite Erfahrungsbasis

QISA ist das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem aQua-Institut, das die wissenschaftliche Erarbeitung der Indikatoren verantwortet. Vorläufer von QISA sind die „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“, die schon im Jahr 2002 als interner Prototyp vorgelegt und danach in AOK-Pilotprojekten mit Arztnetzen praktisch erprobt wurden. Deshalb dienen Arztnetze in den QISA-Bänden häufig als Referenzmodell.

In den Jahren 2009 bis 2013 wurden sukzessiv 12 Themenbände sowie der Einleitungsband unter dem neuen Namen QISA veröffentlicht. Seither ist QISA als Angebot valider und praxisnaher Qualitätsindikatoren ein Begriff Begriff geworden. Das hat uns ermuntert, eine Aktualisierung der Bände anzugehen. Sie bringt die Inhalte auf den neuesten wissenschaftlichen Stand und berücksichtigt zugleich Erfahrungen aus der praktischen Anwendung. Zudem haben wir QISA im Jahr 2021 erweitert um den neuen Themenband zum Rationalen Antibiotikaeinsatz.

Band E1: Prävention

Der QISA-Band E1 mit Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten (Prävention) erschien erstmalig im Jahr 2009. Für die hiermit vorgelegte Aktualisierung haben die Autoren die Entwicklung der vorliegenden Evidenz insbesondere anhand der relevanten nationalen und internationalen Leitlinien geprüft und die Indikatoren – wo nötig – modifiziert oder neu formuliert. Näheres hierzu berichten die einleitenden Kapitel. Insgesamt umreißt der Band zunächst die Versorgungssituation und fasst zusammen, was für die Vermeidung von Krankheiten aktuell als gute Versorgungsqualität gilt. Aus diesem Qualitätskonzept werden die einzelnen Qualitätsindikatoren abgeleitet und strukturiert beschrieben.

Unsere Zielgruppe

Zielgruppe von QISA sind in der Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte. Unter ihnen spricht das Indikatorensystem insgesamt eher die hausärztlich Tätigen an. Die Einzelbände richten sich aber auch an die fachärztlich Tätigen.

QISA ist speziell für ärztliche Kooperationen wie Qualitätszirkel, Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren oder Hausarztverträge interessant. Hier ist gemeinsame, indikatorengestützte Arbeit an der Versorgungsqualität besonders gut möglich. Dafür stellen die QISA-Bände geeignete Indikatoren zur Verfügung und bieten zudem eine inhaltliche Ausgangsbasis für die ärztliche Diskussion der Messergebnisse im Qualitätszirkel.

Rezeption und Nutzung

Für das dahinterstehende, über längere Zeit gereifte Konzept der indikatorengestützten Arbeit an der Versorgungsqualität hat schon vor einigen Jahren auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geworben:

„Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage bilden für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann.“ (Sachverständigenrat, Sondergutachten 2012, S. 227)

Im gleichen Kontext erwähnt er schon damals QISA explizit als ein für netzinterne Evaluation und externen Qualitätsvergleich geeignetes Indikatorensystem (ebd., S. 215).

Über die Nutzung in Arztnetzen hinaus finden die populationsbezogenen QISA-Indikatoren inzwischen auch Anwendung zu anderen Zwecken, so etwa zur Evaluation von Selektivverträgen oder als Parameter in der Versorgungsforschung. QISA unterstützt also tatsächlich ganz verschiedene Nutzungsmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren.

Dies ist ausdrücklich gewünscht. Bei der Nutzung denken wir dennoch paradigmatisch an die gemeinsame Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, sich die Qualität ihrer Versorgung untereinander transparent zu machen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Dabei hilft QISA und ermöglicht gleichzeitig den ersten wesentlichen Schritt, um mit Qualitätsindikatoren vertraut zu werden und gemeinsame Qualitätsverantwortung im Sinne des Sachverständigenrats wahrzunehmen.

Alle Umsetzungsprojekte zeigen, dass dies stets seine Zeit braucht, etwa bis Daten valide erfasst und aufbereitet sind, bis individuelle Feedbackberichte vorliegen, bis eine offene fachliche Diskussion entsteht und bis dabei beschlossene Maßnahmen umgesetzt sind.

Wer auf diese Weise gute Erfahrungen gesammelt hat, kann danach offener über weitreichendere Formen der Indikatorennutzung nachdenken, etwa externes Benchmarking oder die Ermittlung qualitätsbezogener Vergütungsanteile (sogenanntes „Pay for Perfor-

mance“). QISA unterstützt auch diese Nutzungen, entbindet aber nicht davon, dem eine eigene, fundierte Vorstellung von guter Performance zugrunde zu legen. Interne Vorerfahrungen und Vorarbeiten sind essenziell, wenn solch ambitionierte Nutzungen nicht Gefahr laufen sollen, die Beteiligten zu überfordern und mehr Ängste als Akzeptanz zu erzeugen.

Hilfe zum Einstieg

QISA will deshalb vor allem den Einstieg in das Arbeiten mit Qualitätsindikatoren erleichtern und die Neugier der Beteiligten auf das immer noch recht unbekannte Terrain der ambulanten Versorgungsqualität lenken, um es systematisch mit den Indikatoren auszuleuchten.

Wenn Sie nun aber zunächst den Einstieg in QISA als Indikatorensystem finden möchten, laden wir Sie zur Lektüre des Einführungsbandes (QISA-Band A) ein. Dort finden Sie einen Überblick über die Module von QISA sowie ausführliche Informationen zur Entstehungsgeschichte, zum Selbstverständnis als Indikatorensystem und zur Methodik der Indikatorenentwicklung. Daneben ordnet der Band QISA in die Gesamtthematik der Qualitätstransparenz ein und beleuchtet die praktischen Einsatzmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren. Weiterführende Informationen zu QISA finden Sie daneben auch unter qisa.de.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an Qualitätsindikatoren und wünschen Ihnen bei der Arbeit damit spannende Ergebnisse und viel Erfolg!

Heidelberg/Göttingen/Freiburg, im Juli 2021

Joachim Szecsenyi Björn Broge Johannes Stock

QISA – Band E1

Prävention

Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten

Vorwort der Herausgeber **5**

Ein paar Hinweise vorweg **10**

Begründung und Einordnung des Themas **14**

Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept) **19**

Methodisches Vorgehen **24**

Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (Version 2.0) **30**

Körperliche Aktivität **33**

Indikator 1: Versicherte mit dokumentiertem Status körperlicher Aktivität 35

Indikator 2: Versicherte mit Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität 40

Indikator 3: Körperlich aktive Versicherte 44

Ernährung und (Über-)Gewicht **49**

Indikator 4: Versicherte mit dokumentiertem Body-Mass-Index (BMI) 54

Indikator 5: Übergewichtige mit Beratung zum Thema Übergewicht und Ernährung 58

Rauchen **64**

Indikator 6: Versicherte mit dokumentiertem Raucherstatus 70

Indikator 7: Raucher mit Beratung 73

Indikator 8: Anteil der Raucher 77

Alkohol **82**

Indikator 9: Versicherte mit erfasstem Alkoholkonsum 85

Indikator 10: Versicherte mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum und Beratung zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol 89

Stress **93**

Indikator 11: Versicherte mit Erfassung der Stressbelastung 96

Indikator 12: Versicherte mit Beratung zur Stressbewältigung 98

Gesundheitsuntersuchung **102**

Indikator 13: Versicherte ab 35 Jahren, bei denen alle drei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wird 105

Überprüfung des Impfstatus **109**

Indikator 14: Versicherte mit überprüftem Impfstatus 110

Influenza-Impfung **113**

Indikator 15: Influenza-Impfrate der Versicherten ab 60 Jahren 115

Screening Bauchaortenaneurysma **119**

Indikator 16: Männliche Versicherte ab 65 Jahren mit Beratung bzw. Screening auf Bauchaortenaneurysma 120

Höheres Lebensalter – Geriatrisches Assessment **125**

Indikator 17: Ältere Versicherte (ab 70 Jahren) mit hausärztlich-geriatrischem Basisassessment 128

Indikator 18: Ältere Versicherte mit Hospitalisierung wegen hüftgelenknaher Fraktur 133

Anhang 1: Indikatoren mit Bezug zur Prävention in anderen QISA-Bänden **136**

Literatur **138**

Abkürzungen **150**

Ein paar Hinweise vorweg*

QISA im Überblick

Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ besteht aus einem Einleitungsband und nunmehr 13 Themenbänden mit Indikatoren. Nachfolgend eine Übersicht der QISA-Bände.

QISA-BÄNDE		ERSCHEINUNGSJAHR DER ERSTFASSUNG/ VERSION 2.0	ANZAHL QI (STAND 3/2021)
A	Einführung: QISA stellt sich vor	2009/**	
B	Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle	2009/**	28
C1	Asthma/COPD	2009/2019	15
C2	Diabetes mellitus Typ 2	2011/2019	11
C3	Bluthochdruck	2010/2020	11
C4	Rückenschmerz	2010/2020	10
C6	Depression	2013/2020	13
C7	Koronare Herzkrankheit	2012/2019	14
C8	Herzinsuffizienz	2012/2020	12
D	Pharmakotherapie	2009/2019	15
D2	Rationaler Antibiotikaeinsatz	2021	12
E1	Prävention	2009/2021	18
E2	Krebsfrüherkennung	2010/2021	2
F1	Hausärztliche Palliativversorgung	2010/2021	12

* Dieser Text gilt für QISA generell und steht daher in der Verantwortung der Herausgeber dieses Bandes.
** Aktualisierung in Arbeit, Näheres siehe www.qisa.de

QISA als System

Die Besonderheit von QISA ist der Aufbau als Indikatorensystem, der sich auf drei Ebenen zeigt:

- Die Auswahl der Themen für die QISA-Bände bezieht wichtige Bereiche über die gesamte Breite der medizinischen Grundversorgung ein. Im Vordergrund stehen häufige chronische Erkrankungen, daneben Querschnittsthemen wie Pharmakotherapie und Prävention sowie besondere Versorgungsbereiche wie Palliativversorgung. Zudem bietet der Band B Qualitätsindikatoren für die ärztliche Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsmodellen oder Selektivverträgen an.

- Der Zusammenstellung der Indikatoren je Band liegt jeweils ein Qualitätskonzept zugrunde, das umfassend die verschiedenen relevanten Ansatzpunkte für „gute" Qualität herausarbeitet. Neben leitliniengerechter Diagnostik und Therapie zählen unter anderem die Vermeidung von Risiken, Patienten unterstützende Maßnahmen, Prävention sowie die Fortbildung von Ärzten und Praxispersonal dazu. Aus diesen Ansatzpunkten werden, soweit machbar, geeignete Indikatoren abgeleitet. Ferner soll das jeweilige Indikatorenset nach Möglichkeit alle Qualitätsdimensionen – also Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – beleuchten.

- Die Beschreibung der einzelnen Indikatoren orientiert sich in allen Bänden an der gleichen Grundstruktur (vgl. QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren auf Seite 30). Neben der genauen Erläuterung von Zähler und Nenner zur Berechnung des Indikators gibt es Hinweise zur Erstellung und Messung sowie zur Messgüte. Abgerundet wird dies durch Informationen zur bisherigen Anwendung und Evidenz sowie durch Anregungen, welche speziellen Maßnahmen des Qualitätsmanagements beim jeweiligen Indikator infrage kommen.

All das drückt die Überzeugung aus, dass Arbeit an der Qualität mit System erfolgen muss. Singuläre, zufällig ausgewählte Indikatoren können keine fundierte Einschätzung stützen. Ein tragfähiges Bild der Qualität ergibt sich vielmehr wie bei einem Mosaik aus der Gesamtheit systematisch zusammengesetzter Einzelbausteine.

Die Methodik zur Auswahl der QISA-Indikatoren

In das Konzept „guter" Qualität, von dem jeder QISA-Band ausgeht, fließt die jeweils aktuelle wissenschaftliche Evidenz ein, sei es direkt aus Studien oder indirekt aus Leitlinien oder durch Rückgriff auf andere Indikatorensysteme. Während sich daraus vor allem die Themen und Fokussierungen der einzelnen QISA-Indikatoren ergeben, beruht ihre konkrete Formulierung und Spezifikation stark auf der Diskussion mit Experten aus Wissenschaft und Praxis. Neben der Evidenz fließen in QISA also Expertenurteile und Praxiserfahrungen ein. Weitere Kriterien für Auswahl und Formulierung der einzelnen

Indikatoren sind die Systematik der Indikatorthemen je Band und ihre Anwendbarkeit in der (hausärztlichen) Grundversorgung. Über die drei Entstehungsstufen von QISA – Prototyp 2002, Veröffentlichung 2009–2013, Aktualisierung 2015–2021 – haben sich mit dieser Methodik stabile und praxisnahe Indikatoren herauskristallisiert.

Die Ziele von QISA

Hauptziel von QISA ist es, gute Indikatoren zur Verfügung zu stellen und Praktiker davon zu entlasten, selbst fundierte Indikatoren entwickeln, darlegen und begründen zu müssen. Ein weiteres Ziel ist die Unterstützung der praktischen Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Deshalb bieten die QISA-Bände auch Informationen, Hinweise und Tipps für die praktische Anwendung.

Damit hilft QISA, die allgemeine Diskussion über Qualität herunterzubrechen auf konkrete und relevante Qualitätsaspekte. Ihre Messung erzeugt Qualitätstransparenz, die wiederum das Verständnis von ambulanter Versorgungsqualität fördert und Ärzten greifbare Handlungsansätze gibt, um an der Qualität ihrer Versorgung zu arbeiten.

QISA in der Praxis – einige Tipps

Datenbasis für Messungen

Für die Arbeit mit Indikatoren ist es wertvoll, dass die erforderlichen Daten rasch und einfach verfügbar sind. Am ehesten ist dies bei der Nutzung von Routinedaten aus dem normalen Abrechnungsbetrieb gegeben. Im Rahmen einer Kooperation zwischen Ärzten und Krankenkasse lassen sich solche Daten rasch und sicher bereitstellen. QISA berücksichtigt dies und stützt die Indikatoren auf Routinedaten, soweit dies inhaltlich möglich ist.

Soweit dies nicht der Fall ist, gibt es nur begrenzte Alternativen: DMP-Daten etwa bieten teils mehr Informationen als Routinedaten, können aber nur eingeschränkt genutzt werden und beziehen sich nur auf eingeschriebene Versicherte, also nicht auf die gesamte Patientenpopulation. Eigenorganisierte Datenerhebungen sind grundsätzlich immer möglich, verursachen aber besonderen Aufwand, bis sie implementiert sind und verlässliche Daten liefern.

Ein stimmiges und realistisches Datenkonzept ist daher die Grundlage jeder Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Zu hoffen ist, dass diese Arbeit durch Weiterentwicklungen bei Dokumentationsstandards und der Datenverfügbarkeit im Gesundheitswesen künftig leichter wird.

Zielwerte und Interpretation der Ergebnisse

Indikatorwerte sind zunächst isolierte Messergebnisse und per se noch kein Ausdruck von Qualität. Zu einer Aussage über Qualität werden sie erst durch Interpretation. Hierbei sind zum einen die jeweiligen individuellen Gegebenheiten und Hintergrundeinflüsse zu berücksichtigen. Zum anderen sind Vergleichswerte für jede Interpretation essenziell: Eine singuläre Messung reicht nicht aus, um Qualität bewerten zu können. Erst der Vergleich von Messergebnissen mit Referenzwerten ermöglicht eine Beurteilung der geleisteten Qualität.

QISA schlägt daher nach Möglichkeit einen Referenzwert als Zielwert vor. Dieser Wert leitet sich aus der Literatur ab und erscheint damit womöglich als eher theoretisch. Die realen Werte können von einem solchen fachlich gesetzten Zielwert deutlich entfernt liegen, weil er spezifische Gegebenheiten wie zum Beispiel die Risikostruktur einer Population nicht berücksichtigen kann. Er sollte aber zumindest als eine mittelfristig anzustrebende Größe in die Bewertung einfließen und die Zielrichtung der Qualitätsarbeit markieren.

- Interessant sind darüber hinaus weitere Vergleichswerte. Wichtige Beispiele sind:
- Messungen im Zeitverlauf: Vergleich T1 mit T2 mit Tx usw.
- Vergleich verschiedener Praxen (eines Arztnetzes) untereinander, zum Beispiel in Qualitätszirkeln
- Vergleiche mit anderen Ärzten oder Arztgruppen auf regionaler oder Landesebene

Letztlich entsteht Qualitätstransparenz erst aus der Zusammenschau solcher unterschiedlicher Parameter. Deshalb empfiehlt es sich, neben der Messung eigener Werte auch aussagekräftige Vergleichswerte bereitzustellen – und natürlich ausreichend Raum für die interne Diskussion und Bewertung.

Aktualität der vorgeschlagenen Parameter

QISA stützt sich auf den aktuellsten verfügbaren Wissensstand, so dass für jeden Band zum Zeitpunkt der Veröffentlichung eine hohe Aktualität gewährleistet ist. Jeder Band weist die zugrunde liegende Literatur sowie die Version der berücksichtigten Leitlinien aus. Nach diesem Zeitpunkt eingetretene Veränderungen können nur im Rhythmus der QISA-Aktualisierungen einbezogen werden, was aber beim derzeitigen QISA-Format nicht in kurzfristigen Abständen möglich ist.

Beim Einsatz von QISA-Indikatoren wird daher empfohlen, sich eine Einschätzung der seit Veröffentlichung des jeweiligen QISA-Bandes eingetretenen Änderungen, insbesondere bei Leitlinien, zu verschaffen. Zudem sollten Codierparameter wie etwa ATC-Codes, die häufigen Änderungen unterworfen sind, zur Sicherheit auf ihre Aktualität geprüft und gegebenenfalls modifiziert werden.

Anmerkung:
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für alle Geschlechter.

Begründung und Einordnung des Themas

Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention

Unter dem Begriff Prävention bzw. Krankheitsverhütung werden zielgerichtete Maßnahmen und Strategien zur Vorbeugung gesundheitlicher Schädigungen im Sinne einer Verhinderung, Verzögerung oder Verringerung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen zusammengefasst *(Hurrelmann et al. 2017, Hurrelmann et al. 2018)*. Je nach spezifischer Zielsetzung werden dabei drei Formen der Prävention voneinander abgegrenzt:

- Die sogenannte Primärprävention umfasst Maßnahmen und Strategien, um das erstmalige Auftreten von Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen zu verhindern. Beispiele hierfür sind Impfungen und das Erlernen gesunder Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten (*Klimm 2017a, Leppin 2018)*.
- Sekundärprävention zielt darauf ab, durch Früherkennung und -intervention von Krankheiten oder Risikofaktoren fortgeschrittene Krankheitsstadien zu vermeiden oder ein Wiederauftreten zu verhindern. Dazu zählen u. a. Maßnahmen der Früherkennung *(Ledig et al. 2017, Leppin 2018)*.
- Mit Tertiärprävention sind Maßnahmen gemeint, die nach Eintritt einer Krankheit bleibende Einschränkungen oder Behinderungen reduzieren oder weitere Verschlimmerungen vermeiden sollen. Dies umfasst u. a. Maßnahmen der Wiedereingliederung und Rehabilitation *(Klimm 2017b, Leppin 2018)*.

Eine klare Zuordnung entsprechend dieser Klassifikation ist nicht immer möglich. So können Maßnahmen, die auf eine Senkung des Blutdrucks bei Hypertonie zielen, einerseits der Primärprävention zugeordnet werden (Vermeidung der Entstehung eines Schlaganfalls) oder aber – wenn die Hypertonie als eigenständige Krankheit begriffen wird – als Sekundärprävention betrachtet werden.

Gesundheitsförderung und Salutogenese

Komplementär zur Prävention zielt die Gesundheitsförderung (Health Promotion) auf die Identifikation und Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen. Hinter dem Begriff steht eine Umorientierung des Blickwinkels von der bloßen Krankheitsverhütung auf die Förderung von Gesundheit. Zentrales Dokument dieses Perspektivwechsels ist die Ottawa-Charta, die 1986 im kanadischen Ottawa zum Abschluss der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht wurde.

Gesundheitsförderung umfasst unter Berücksichtigung der Lebensverhältnisse Einzelner und ganzer Bevölkerungsgruppen auch Maßnahmen, die Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie selbst zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen *(Altgeld et al. 2018)*.

Eng verknüpft mit diesem Ansatz ist das Konzept der Salutogenese, dem die Frage zugrunde liegt: Was ermöglicht es Menschen, gesund zu bleiben? Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky beschreibt Krankheit und Gesundheit als zwei Pole auf einem Kontinuum. Das Kohärenzgefühl als zentrale Gesundheitsressource beschreibt Antonovsky mit den drei Bestandteilen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Der Hausarzt kann maßgeblich dazu beitragen, einzelne Komponenten bzw. das Kohärenzgefühl seiner Patienten zu fördern: Verstehbarkeit entsteht z. B. durch gezielte Informationen und Förderung von Gesundheitskompetenz, beispielsweise durch Verweis auf die Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder des Bundesministeriums für Gesundheit *(gesundheitsinformation.de* und *gesund-bund.de)*. Handhabbarkeit entsteht durch das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten und Ressourcen. Sinnhaftigkeit entsteht durch das Gefühl, dass sich Anstrengungen für die eigene Gesundheit lohnen *(Miksch 2017)*.

Verhaltens- versus Verhältnisprävention

Abhängig davon, auf welcher Ebene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen, werden Angebote der Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention unterschieden:

- Verhaltensprävention umfasst Angebote, die auf **individuelle** Verhaltensänderungen abzielen. Hierunter fallen Maßnahmen zur Lebensstilmodifikation, beispielsweise Bewegungsprogramme oder Raucherentwöhnungskurse.
- Unter dem Begriff Verhältnisprävention werden Maßnahmen und Strategien subsumiert, die auf die Veränderung von **sozialen Rahmenbedingungen** abzielen. Ein wichtiges Konzept in diesem Zusammenhang ist der sogenannte Settingansatz. Ein Setting ist der soziale Zusammenhang bzw. die Lebenswelt, in dem/der Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der/die Einfluss auf ihre Gesundheit hat (z. B. Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Kommune). Konkrete Anwendung findet der Settingansatz beispielsweise im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung *(Leppin 2018)*.

Ein wichtiges bevölkerungsbezogenes Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Verringerung der Inzidenz von Krankheiten und Behinderungen sowie der (vorzeitigen) Mortalität. In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche Initiativen gestartet, diesem Ziel näher zu kommen. Im Folgenden werden stellvertretend für die Vielzahl von Projekten und beteiligten Akteuren zwei wichtige Zusammenschlüsse angeführt und Bezüge zur hausärztlichen Prävention hergestellt.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Wer durch Armut oder andere schwierige Lebensumstände benachteiligt ist, hat in Deutschland ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko und eine um bis zu zehn Jahre geringere Lebenserwartung als Menschen aus besser gestellten Bevölkerungsschichten. Vor diesem Hintergrund hat es sich der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit zur Aufgabe gemacht, gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu verbessern und die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen zu unterstützen. Dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten Verbund gehören aktuell 74 Organisationen an. Die zentrale Aktivität der Koordinie-

rungsstellen in den Bundesländern ist die Begleitung kommunaler Prozesse, insbesondere über den Partnerprozess „Gesundheit für alle“ (vgl. gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Zur Unterstützung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung hat der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit zwölf Kriterien entwickelt, die den Rahmen einer sinnvollen und evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung abstecken *(gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/)*. In der folgenden Tabelle sind die einzelnen Good-Practice-Kriterien aufgeführt und im Zusammenhang mit ihrer jeweiligen Bedeutung für die hausärztliche Versorgung dargestellt:

Tabelle 1: Good-Practice-Kriterien in der hausärztlichen Versorgung

GOOD-PRACTICE-KRITERIUM	BEDEUTUNG FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG
Konzeption	Ziele und Maßnahmen an den Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppe anpassen, d. h., Beratungskonzepte und Informationen nutzen, die in die hausärztliche Praxisroutine passen
Zielgruppenbezug	Angebote und Maßnahmen sollten einen Bezug zur Versichertenklientel der Hausarztpraxis aufweisen
Settingansatz	Umsetzung von Maßnahmen bzw. hausärztliche Beratung zu Maßnahmen in den Lebenswelten (Kita, Schule, Betrieb, Kommune)
Multiplikatorenkonzept	Hausarzt als Multiplikator, der über Maßnahmen und Angebote informiert und seine Versicherten entsprechend berät
Nachhaltigkeit	Dauerhafte und nachweisbare Veränderungen, z. B. im gesundheitsbezogenen Verhalten, regelmäßige Kontrollen der Verstetigung, Erinnerung und des Empowerments
Niedrigschwellige Arbeitsweise	In die Praxisroutine eingepasste Abläufe, Erreichen der Versicherten in einem vertrauten Umfeld, Nutzbarkeit des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient
Partizipation	Versicherte dazu motivieren, zu Experten ihrer eigenen Gesundheit zu werden, Handlungsmöglichkeiten aufzeigen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung
Empowerment	Selbstwirksamkeit fördern, salutogenes Potenzial wecken
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	Mit anderen Akteuren (z. B. auf kommunaler Ebene) vernetzt sein, gemeinsame Ressourcen nutzen, auch z. B. im Arztnetz oder Qualitätszirkel
Qualitätsmanagement	Im Sinne des vorliegenden QISA-Bandes das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in das Qualitätskonzept integrieren
Dokumentation und Evaluation	Dokumentationsroutinen entwickeln, Reminderfunktionen nutzen
Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses	Evidenz zum Nutzen von Präventionsmaßnahmen nutzen im Sinne eines „Return on Prevention“

Quelle: gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien

Nationale Gesundheitsziele

Ein weiteres zentrales Projekt im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist der nationale Gesundheitszieleprozess. Seit zwanzig Jahren entwickeln im Rahmen des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de Verantwortliche aus der Politik in Bund, Ländern und Kommunen, aus Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie der Wissenschaft Gesundheitsziele und empfehlen Maßnahmen zur Zielerreichung. Nach dem Leitbild des Kooperationsverbundes sollen sich die beteiligten Akteure dafür einsetzen, dass Prozesse und Aktivitäten in den Trägerorganisationen an Gesundheitszielen ausgerichtet und zielführende Maßnahmen umgesetzt werden *(gesundheitsziele.de)*

Seit dem Jahr 2000 wurden die folgenden nationalen Gesundheitsziele entwickelt, teilweise bereits aktualisiert und publiziert:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)
- Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015)
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- Gesund älter werden (2012)
- Alkoholkonsum reduzieren (2015)
- Gesundheit rund um die Geburt (2017)

Für beide Ebenen, die gesellschaftliche wie die individuelle, sollen die entwickelten Gesundheitsziele Impulse geben. Das Spektrum der Ziele zeigt auf, wo Themenfelder und Anknüpfungspunkte für Qualitätsindikatoren auch für die hausärztliche Prävention liegen können. Der vorliegende QISA-Band greift gezielt einzelne Themen auf (z. B. Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum) und unterstützt insofern die oben beschriebene Intention des Gesundheitszieleprozesses. Weitere Ziele finden in themenspezifischen QISA-Bänden Berücksichtigung, so dass sie im vorliegenden Band ausgeklammert werden können (s. Anhang 1).

Gesetzliche Grundlage: Das Präventionsgesetz

Seit Januar 2016 ist in Deutschland das Präventionsgesetz (PrävG) in Kraft. Dieses Gesetz trägt maßgeblich zu einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung bei. Mit dem Präventionsgesetz (PrävG) existiert nun eine rechtliche Basis zur Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im darauf aufbauenden Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes, der in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erarbeitet wurde, sind inhaltliche Handlungsfelder definiert, in denen Krankenkassen die Teilnahme an präventiven Maßnahmen unterstützen *(GKV-Spitzenverband 2018)*.*

* Inzwischen liegt der Leitfaden in einer neuen Fassung vom 14.12.2020 vor. Inhaltlich hat sie sich an den Stellen, auf die in diesem Band Bezug genommen wird, nicht geändert. Da die neue Fassung erst nach Abschluss der Abfassung des Manuskripts für diesen Band erschien, konnte sie hier nicht mehr berücksichtigt werden.

Dies umfasst u. a. die individuelle verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 und Abs. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b und 20c SGB V.

Der Hausarzt hat dabei eine Schnittstellenfunktion zwischen dem individuellen Versicherten und der Systemebene. Durch Beratung sowie Ausstellung von schriftlichen Präventionsempfehlungen baut der Arzt eine Brücke zur Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen: „Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur Verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 SGB V aus“ *(GKV-Spitzenverband 2018)*. Das entsprechende Formular findet sich als Muster 36 auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung *(kbv.de/html/29550.php)*.

Handlungsfelder der hausärztlichen Prävention

Das Thema Prävention wird in der Gesellschaft und in der Gesundheitspolitik als ein wichtiges Handlungsfeld gesehen, auf das sich inzwischen viel Aufmerksamkeit richtet. Was aber kann der einzelne Hausarzt grundsätzlich im Bereich Prävention tun? Welche Handlungsmöglichkeiten stehen ihm zur Verfügung? Nach Abholz umfasst die Prävention in der Hausarztpraxis vor allem folgende Bereiche *(Abholz 2006)*:

1) Impfungen
2) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
3) Gesundheitsberatung und Gesundheitsuntersuchung (z. B. Check-up)
4) Ausstellen von (schriftlichen) Präventionsempfehlungen
5) Sekundärprävention bei Risikoerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) zur Verhinderung von Folgeerkrankungen
6) Beteiligung an Präventionsprojekten auf kommunaler Ebene

Die genannten Bereiche hausärztlicher Prävention decken ein breites Themenspektrum ab. Sie bewegen sich auf den Ebenen der Primär- (Impfen) und Sekundärprävention (Diabetes mellitus) sowie der Verhaltens- (Gesundheitsberatung) und Verhältnisprävention (Präventionsprojekte auf kommunaler Ebene).

Charakteristisch für die hausärztliche Tätigkeit ist, dass sie in einer von gegenseitigem Vertrauen geprägten Arzt-Patienten-Beziehung stattfindet. Durch die häufig über viele Jahre gewachsene Bindung weiß der Hausarzt um die risikobehafteten Verhaltensweisen seiner Patienten und kennt deren Einstellungen und Werte. Dies und auch die Kenntnis des familiären und sozialen Umfelds seiner Patienten ermöglicht es ihm, die Effektivität von Präventionsmaßnahmen abzuschätzen *(Redaèlli et al. 2018)*.

Präventionsindikatoren bei QISA

Der besondere Stellenwert der Arzt-Patienten-Beziehung in der hausärztlichen Versorgung prädestiniert den Hausarzt für die individualisierte Gesundheitsberatung im Sinne der Verhaltensprävention. Dieser Ansatzpunkt für Prävention bildet den Schwerpunkt des vorliegenden Bandes. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Thematik Krebsfrüherkennung wird diese in einem gesonderten QISA-Band behandelt *(vgl. Miksch et al. 2021)*. Das Themenfeld Sekundärprävention bei Risikoerkrankungen findet in themenspezifischen QISA-Bänden Berücksichtigung, so dass es im vorliegenden Band ebenfalls ausgeklammert wird (s. Anhang 1).

Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)

Vor dem Hintergrund der Schwerpunktsetzung dieses Bandes auf die individualisierte Gesundheitsberatung werden im Folgenden einige Grundlagen der hausärztlichen Beratung mit dem Ziel der Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen dargestellt.

Grundlagen der hausärztlichen Beratung

In der Prävention tätige Ärzte können nicht davon ausgehen, dass Gesundheit für jeden Menschen automatisch einen hohen eigenständigen Wert besitzt und ein erstrebenswertes Ziel darstellt. Gesundheit ist für viele vielmehr ein Mittel zum Erreichen eines Ziels wie Zufriedenheit, Sicherung optimaler Handlungsfähigkeit oder Sinn und Erfüllung im Leben. Dabei ist der Stellenwert der Gesundheit in der Lebenskonzeption individuell unterschiedlich. Erst wenn ein Patient die präventiven Ziele in seinem persönlichen Lebensbezug spürt und als sinnvoll erlebt, wird er sie sich zu eigen machen.

Für die ärztliche Beratung bedeutet dies, dass diese dann am wirksamsten ist, wenn sie erreicht, dass der Patient aktiv wird und sich selbst hilft. Angesichts einer Vielzahl von gesundheitsbezogenen Herausforderungen und Stressoren im Beruf und Privatleben wird der Stellenwert der Gesundheit zunehmend wichtig. Eine ressourcenorientierte Beratung, die sich an den Zielen und Möglichkeiten des Versicherten orientiert, kann dabei helfen, das individuelle gesundheitsbezogene Potenzial zu fördern *(Schiffer 2013, Petzold 2014)*.

Beratung ist definiert als eine kooperative Form der Interaktion zwischen Patient und Hausarzt bzw. anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen, die Patienten dabei behilflich sind, Verhaltensformen anzunehmen, die mit Gesundheitsverbesserungen einhergehen. „Der Hausarzt ist Arzt vor Ort, nahe am Patienten, direkt bei der Familie, kennt das soziale Umfeld und ist verpflichtet, immer wieder gesundheitsberatend aktiv zu werden und sich einzubringen – ein anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit“ *(Klimm 2017c)*.

In der Prävention geht es häufig um die Änderung von Risikoverhalten. Die positiven Auswirkungen von gesundheitsförderlichen Lebensstiländerungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand sowie auf chronische Erkrankungen sind erwiesen; das gilt z. B. für regelmäßige körperliche Aktivität, Nichtrauchen, gesundes Ernährungsverhalten oder Stressmanagement *(GKV-Spitzenverband 2018)*. Aus der Gesundheits- und Motivationspsychologie ist bekannt, dass gerade diese Veränderungen schwer zu erreichen sind. Prävention heißt also sich ändern, und sich zu ändern bzw. eine Veränderung langfristig beizubehalten setzt einen Lernprozess voraus. Gesundheit ist kein einmal erreichter Zustand, sondern ein lebenslanger Weg. Der Hausarzt und das Praxisteam leisten dazu einen wertvollen Beitrag, indem sie Versicherte beraten, zu Verhaltensänderungen motivieren und dabei helfen, die eigenen Ressourcen zu mobilisieren.

Versicherte wünschen sich Beratung und Hilfe in Fragen der Gesundheitsförderung wie Ernährung, körperliche Aktivität oder Stressbewältigung, und auch Ärzte in der Primärversorgung nehmen zunehmend ihre wichtige Rolle in dem Feld der Gesundheitsförderung und Prävention wahr. Da durch die hausärztliche Versorgung ein großer Prozentsatz der Bevölkerung erreicht wird, können auch kleine Verhaltensänderungen, die in Studien schwer nachweisbar sind, im Hinblick auf die Auswirkungen in der Gesamtbevölkerung von Bedeutung sein.

Für das Gelingen und die Nachhaltigkeit von gesundheitsbezogenen Veränderungsprozessen spielt die Wahrnehmung des eigenen Körpers eine zentrale Rolle. Um diese zu trainieren, können u. a. wahrnehmungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren genutzt/empfohlen werden. Dabei wird erlernt, die eigenen Sinne zu schärfen und z. B. den Fokus auf die Körperempfindungen zu lenken.

Transtheoretisches Modell

Menschliches Verhalten ändert sich nicht schlagartig nach dem Alles-oder-nichts-Gesetz. Dauerhafte Veränderungen vollziehen sich häufig in einem langsamen Prozess mit verschiedenen Stadien. Diesen Prozess hat Prochaska als „transtheoretisches Modell" beschrieben *(Prochaska et al. 1985, Prochaska et al. 1994)*. Das Wissen um die psychologischen Hintergründe der Verhaltensänderung ermöglicht eine individuelle, auf den Veränderungsprozess abgestimmte Beratung. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Veränderungsprozesse in Gang kommen, die von Patienten auch langfristig beibehalten werden können *(Warschburger 2008)*. Maßnahmen, die auf lebensstilorientierte Verhaltensänderungen abzielen, sollten den Prozess in Stufen und kleinen Schritten im Blick behalten, dabei Erfolge des Patienten nutzen und seine Ressourcen einbeziehen.

Die Grundgedanken dieses Modells sollen hier kurz erläutert werden:

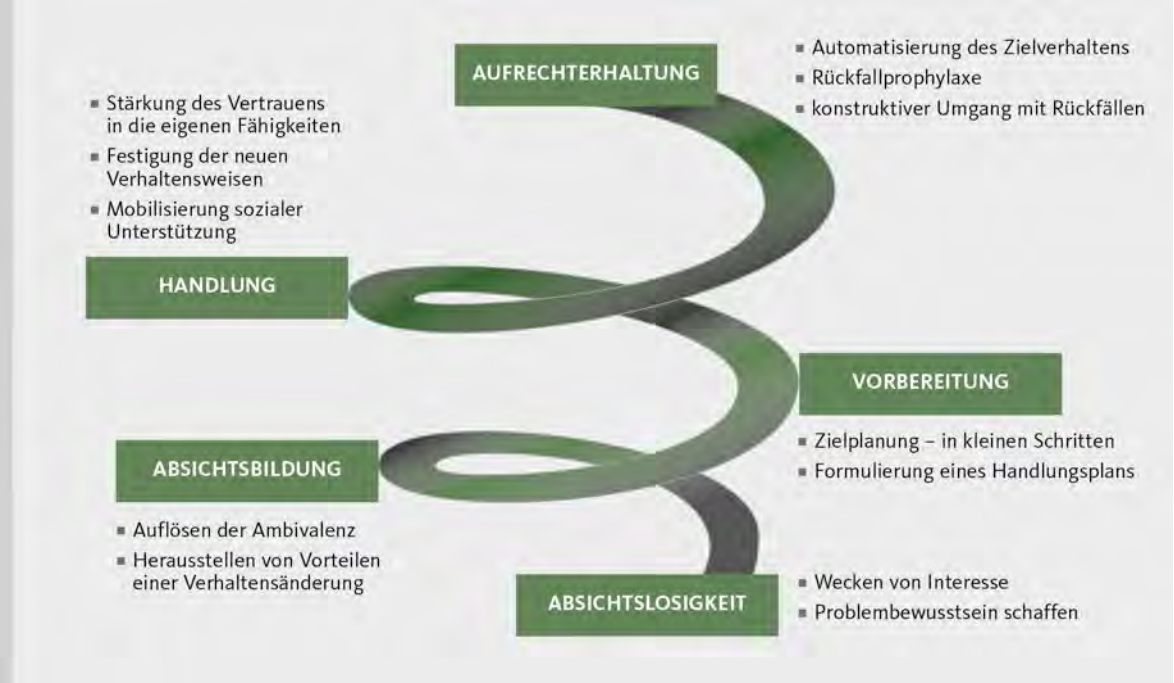
1. Der Veränderungsprozess besteht aus einer mehr oder weniger festen Abfolge von Änderungsschritten:
   - Absichtslosigkeit, Sorglosigkeit (Precontemplation)
   - Absichtsbildung, Bewusstwerdung (Contemplation)
   - Vorbereitung (Preparation)
   - Handlung (Action)
   - Aufrechterhaltung (Maintenance)

   Die meisten traditionellen Präventionsprogramme gehen davon aus, dass die Adressaten bereit sind, ihr Verhalten zu ändern und etwas für ihre Gesundheit zu tun. Dies trifft aber nur für einen kleinen Teil wirklich zu. Wesentlich mehr Menschen befinden sich zum Zeitpunkt der Beratung in Stadien der Sorglosigkeit oder der Bewusstwerdung *(Prochaska 1994)*. Diese Tatsache erklärt die Beobachtungen, dass ähnliche Beratungselemente bei manchen Versicherten wenig bewirken und bei anderen zu mitunter überraschenden Fortschritten führen.

2. Der Verhaltensänderungsprozess verläuft zyklisch und wird von Patienten oft mehrmals durchlaufen. Ein lineares Durchlaufen des Änderungsprozesses bis ans Ziel ist die Ausnahme, Rückfälle sind die Regel und können als Lerngelegenheiten in das Modell integriert werden. Durch dieses Spiralmodell arbeitet der präventive Berater mit der Zeit und nicht gegen sie, aus Problemen und Rückfällen können gemeinsam individuelle Lösungen entwickelt werden. Das hausärztliche Arzt-Patienten-Verhältnis ist deshalb ein ideales Setting, da es die langfristige Begleitung auch bei einem nicht linearen Verlauf möglich macht.

3. Der Patient benutzt für jeden Veränderungsschritt spezifische Lernaktivitäten:
   - Vorstadium: Entwicklung eines Problembewusstseins. Abwägen von Vor- und Nachteilen des Problemverhaltens. Nur wer ein Problemverhalten auch als solches erkennt, wird sich weitere Gedanken über eine Verhaltensänderung machen.
   - Bewusstwerdung: Entwicklung einer Handlungsbereitschaft. Idealerweise führt die Bewusstwerdung des Problems zu einem Änderungswunsch.
   - Vorbereitung: Planung der Verhaltensänderung und Probehandeln. Wie reagiert die Umwelt auf Verhaltensänderungswünsche?
   - Umsetzungsphase: Erkennen von Problemen und Versuchungssituationen, Rückfallprophylaxe. Entscheidend ist in dieser Phase die soziale Unterstützung.
   - Aufrechterhaltung: Erarbeitung von Bewältigungsstrategien und Rückfallprophylaxe.

Abbildung 1: Spiralmodell der Verhaltensänderung und spezifische Beratungsstrategien
(modifiziert nach Prochaska et al. 1994)



Gesundheit entsteht dann, wenn eine Balance zwischen externen und internen Anforderungen einerseits und externen und internen Ressourcen andererseits entsteht *(Reimann et al. 2006)*. Die Unterstützung durch den Hausarzt stellt dabei an sich eine externe Ressource für Patienten dar. Darüber hinaus hat der Hausarzt die zentrale Aufgabe, dem Patienten dabei zu helfen, die eigenen Ressourcen zu erkennen und nutzbar zu machen.

Beratungsstrategien: Das 5-A-Modell

Theorien und Modelle zur Verhaltensänderung wie z. B. das transtheoretische Modell von Prochaska bildeten die Grundlage für die Entwicklung einfacher, in der primärärztlichen Versorgung einsetzbarer Beratungsstrategien. So wurde das 4-A-Konstrukt (assess, advise, assist, arrange) ursprünglich vom US-amerikanischen National Cancer Institute entwickelt, um Ärzten einen Leitfaden für die Beratung zur Raucherentwöhnung an die Hand zu geben *(Whitlock et al. 2002)*. Die Canadian Task Force on Preventive Health fügte diesem Konstrukt ein weiteres A (agree) hinzu und schlug vor, dieses 5-A-Modell als einen generellen Ansatz für die Beratung zu Verhaltensänderungen zu nutzen *(Elford et al. 2001)*.

Ask/Assess: Gesundheitliche Risikofaktoren sind nicht immer sichtbar oder werden von Versicherten nicht aktiv angesprochen. Darüber hinaus suchen Patienten ihren Arzt oft aus anderen Gründen auf. Darum sollten vorhandene Risikoverhaltensweisen vom Arzt aktiv erfragt werden. Um die Beratung individuell auf den Patienten zuschneiden zu können, ist es erforderlich, das Risikoverhalten des Patienten sowie die Änderungsbereitschaft und -möglichkeiten sowie Kontraindikationen zu erfassen. Die systematische Erfassung des Risikoverhaltens ist die Grundlage für weitere Beratungsmaßnahmen. Eine exakte Erfassung des Problemverhaltens durch den Arzt selbst ist jedoch aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes nicht immer praktikabel. Eine Möglichkeit besteht darin, standardisierte Fragebogen, die Patienten z. B. im Wartezimmer selbst ausfüllen können, zu verwenden. Eine andere Möglichkeit besteht in einem telefonischen Assessment durch medizinisches Personal, das vor dem Praxisbesuch durchgeführt werden kann.

Advise: Die ärztliche Beratung kann ein Anstoß für Patienten sein, die ihr Risikoverhalten verändern möchten. Um keine Abwehr bei Patienten aufkommen zu lassen, die noch nicht änderungsbereit sind, sollte die Beratung in einer kooperativen, empathischen und nicht verurteilenden Form stattfinden. Ein respektvoller, individualisierter Ansatz, der das Interesse des Patienten erweckt, ist sinnvoller in Bezug auf die/eine erwünschte Verhaltensänderung als eine reine Risikokommunikation. Im Vordergrund der Beratung steht die Stärkung des Vertrauens des Patienten in die eigenen Fähigkeiten, der Selbstwirksamkeitserwartung und achtsamen Selbstwahrnehmung. Selbst unter Berücksichtigung dieser Vorgehensweisen kann die Beratung in wenigen Minuten absolviert werden, insbesondere dann, wenn ergänzende Maßnahmen angeboten werden können (Betreuung durch Praxispersonal, Angebot von Hilfestellungen wie Übungsgruppen, Empfehlung von präventiven Maßnahmen z. B. nach § 20 SGB V etc.).

Agree: Im Vordergrund dieses Schrittes steht die gemeinsame Zielsetzung. Behandlungsentscheidungen sollten auf der Basis einer gemeinsamen Arzt-Patienten-Vereinbarung getroffen werden, nachdem verschiedene Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gezo-

gen und auf die Möglichkeiten des Patienten zugeschnitten werden. Patienten, die in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, entwickeln ein höheres Ausmaß interner Kontrollüberzeugungen, einer wesentlichen Voraussetzung für Verhaltensänderungen. Das Ausstellen einer ärztlichen Präventionsempfehlung kann auch ein Beitrag zu diesem Schritt sein.

Assist: Hilfestellungen können in Form von Informationen zur Selbsthilfe, medikamentösen Hilfestellungen, Weitergabe von Adressen und Institutionen oder auch durch Überweisungen zu bestimmten Hilfsangeboten wie z. B. Übungsgruppen oder Vereinen sowie zu anderen Fachberufen und/oder -gruppen bereitgestellt werden. Idealerweise sollten hier verschiedene Präventionsansätze und -angebote im Gesundheitswesen ineinandergreifen. Auch die Vermittlung von Techniken der Verhaltenspsychologie wie Selbstbeobachtung, Selbstbelohnungen, Stressmanagement-Trainings u. a. kann eine Hilfestellung sein.

Arrange: Frequenz und Intensität der Nachbetreuung hängen im Wesentlichen von der Ausgangssituation des Patienten ab. Es sollte eine Folgevereinbarung getroffen werden, da es sich bei der Änderung von Risikoverhaltensweisen um einen Prozess handelt, der über eine Zeitspanne hinweg verläuft. Nachuntersuchungen bestehen im Wesentlichen aus der kurzen Wiederholung der 5 A zur Aktualisierung der vereinbarten Behandlungsziele sowie der Bereitstellung von Hilfsangeboten zur Aufrechterhaltung und Rückfallprophylaxe bei Patienten, die ihr Verhalten bereits geändert haben. Allein die Ankündigung von weiteren Nacherhebungen kann für Patienten bereits einen entscheidenden Motivationsfaktor darstellen. Der Folgekontakt kann auch durch Praxispersonal oder „Telefon-Follow-ups“ aufrechterhalten werden.

Barrieren in der Praxis

Jedoch stehen einer Intensivierung ärztlicher Lebensstilberatung im hausärztlichen Praxisalltag einige Barrieren entgegen:

- Fehlende Zeit
- Unzureichende Vergütung von Präventionsleistungen
- Fokussierung auf akutmedizinisch dringlichere Themen
- Unzureichende Ausbildung im Umgang mit Präventionsthemen
- Mangelnde Nachfrage von Seiten der Patienten
- Fehlende Unterstützung durch das Gesundheitssystem
- Fehlendes Feedback zu Präventionserfolgen

Hieraus ergibt sich insbesondere die Herausforderung, entsprechende Hilfestellungen wie z. B. evidenzbasierte Präventionsleitlinien, Dokumentationshilfen, Remindersysteme sowie unterstützende Angebote für Patienten zu entwickeln.

Insgesamt zeigen die beschriebenen Ansätze eine Reihe von grundsätzlichen Handlungsmöglichkeiten und „Techniken“ für die Lebensstilberatung durch den Hausarzt auf. Sie unterstützen ihn dabei, seine Ressourcen gezielt einzusetzen und die Patienten auf dem Stand ihrer Bereitschaft und ihrer individuellen Fähigkeit abzuholen.

Methodisches Vorgehen

Indikatorenset der Version 1.0

Die Version 1.0 des QISA-Bandes mit Qualitätsindikatoren für die Prävention wurde erstmals im Jahr 2009 veröffentlicht *(Ludt et al. 2009)*. Für das Indikatorenset wurden auf der Grundlage der damals bestverfügbaren Evidenz, bereits bestehender nationaler wie internationaler Indikatorensysteme und Programme zur Prävention, von Statistiken zur Beeinflussbarkeit von Erkrankungen durch Lebensstilfaktoren *(McGinnis et al. 1993; Mokdad et al. 2004)* sowie von Gesichtspunkten der Epidemiologie, Kosteneffektivität und Praktikabilität folgende – insbesondere aus hausärztlicher Sicht – präventionsrelevante Themenfelder identifiziert und mit Qualitätsindikatoren (QI) hinterlegt:

- Körperliche Aktivität (3 QI)
- Ernährung und (Über-)Gewicht (2 QI)
- Rauchen (3 QI)
- Influenza-Impfung (1 QI)
- Stürze im Alter (2 QI)

Auswahl der Themenfelder

Die Auswahl der Themenfelder und Indikatoren richtete sich an einem verhaltensorientierten, primärpräventiven, auf die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung gerichteten Ansatz aus, demzufolge viele Erkrankungen verhinderbar wären, wenn Lebensstilfaktoren wie gesunde Ernährung, Nichtrauchen und körperliche Aktivität in der hausärztlichen Praxis konsequent thematisiert und Versicherte ihren Lebensstil nachhaltig verändern würden. Den Schwerpunkt bei der Zusammenstellung des Indikatorensets bildeten daher Aspekte der Lebensstilberatung. Ferner sollten typische hausärztliche Betätigungsfelder in der Primärprävention wie z. B. das Thema Impfen Berücksichtigung finden. Dem durch die demografische Entwicklung zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sollte durch die Auswahl eines geriatrischen Themenfelds Rechnung getragen werden *(vgl. Ludt et al. 2009)*. Dem in der hausärztlichen Versorgung relevanten Thema der Krebsfrüherkennung ist ein eigener QISA-Band gewidmet (QISA-Band E2 – Krebsfrüherkennung), weshalb dieses Themenfeld im Band E1 ausgespart bleibt.*

Vorgehen bei der Aktualisierung des Bandes

Die vorliegende Version 2.0 des QISA-Bandes Prävention stellt eine Aktualisierung und vollständige Überarbeitung des gleichnamigen Bandes aus dem Jahr 2009 dar. Als Grundlage für die Aktualisierung des Bandes wurde vom aQua-Institut eine systematische Literaturrecherche für den Zeitraum nach Erscheinen des ersten QISA-Bandes durchgeführt. Die Recherche wurde im September 2018 beendet. Sie zielte auf aktuelle Empfehlungen zur primärärztlichen Prävention bei volljährigen Versicherten, mit einem Schwerpunkt auf den Themen körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Förderung des Nichtrauchens, Impfen und Stürze im Alter. Darüber hinaus bestand ein Ziel der Recherche darin, neue, bisher noch nicht berücksichtigte Themenfelder zu identifizieren.

* Für weiterführende Informationen wird der interessierte Leser auf die entsprechenden QISA-Bände verwiesen (kostenloser Download unter qisa.de).

Die Recherche erfolgte im Leitlinienportal der AWMF (awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche) sowie in anderen deutschen Portalen:

- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien *(leitlinien.de/nvl)*
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) *(degam.de/leitlinien)*
- Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) *(akdae.de/arzneimitteltherapie)*

Zudem wurden große internationale Leitlinienportale wie GIN und NICE nach relevanten Empfehlungen durchsucht. Im Rahmen einer ergänzenden Handrecherche wurden gezielt thematisch relevante Richtlinien und Gesetze hinsichtlich präventionsrelevanter Inhalte geprüft.

Rechercheergebnisse

Über die systematische Literaturrecherche wurden folgende Leitlinien gefunden (Sortierung absteigend chronologisch):

- DEGAM (2017). S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. AWMF-Register-Nr. 053-024, DEGAM-Leitlinie Nr. 19. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
- Piepoli, MF; Hoes, AW; Agewall, S et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 37 (29): 2315–2381.
- AWMF; DGPPN; DG-SUCHT; ZI; Universitätsklinikum Tübingen (2015). S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen.
- DAG; DDG; DGE; DGEM (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Version 2.0. Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V.
- NICE (2013). Falls. Assessment and prevention of falls in older people. National Institute for Health and Care Excellence.
- Moyer, VA; U.S. Preventive Services Task Force (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommentation Statement. Ann Intern Med 157(3): 197–204.

Darüber hinaus wurden vier Aktualisierungen identifiziert (eine über die systematische Recherche [RACGP 2016] und drei in der ergänzenden Recherche):

- G-BA (2018). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8 154), zuletzt geändert am 17. November 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 22.08.2018 B1, in Kraft getreten am 23. August 2018. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss.
- GKV-SV (2017). Kapitel 2: Grundlagen. In: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017. GKV-Spitzenverband (Ed.): 7–14.
- RACGP (2016). Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edition. The Royal Australian College of General Practitioners.
- Präventionsgesetz (keine eigene Referenz, da Gesetz)

Aus diesen Quellen wurden alle in Bezug auf das Thema Prävention relevanten Empfehlungen extrahiert und inhaltlich hinsichtlich eines Aktualisierungsbedarfs mit den Indikatoren der Erstversion abgeglichen. Hieraus ergab sich die Modifikation im Bereich Influenza-Impfung. Darüber hinaus wurden neue, bisher noch nicht berücksichtigte Themen, etwa der Bereich Alkohol identifiziert.

Einbezug von Praxiserfahrungen

Überdies wurden bei der Aktualisierung Praxiserfahrungen berücksichtigt, die mit den QISA-Indikatoren zur Prävention im Rahmen des 2012 gestarteten QuATRo-Projektes *(Ebert-Rall 2017)* gesammelt wurden. Ergänzend wurde eine Nutzerbefragung durchgeführt. Ziel der Befragung war es, Hinweise zu erhalten, welche weiteren Themen den Anwendern im Bereich hausärztliche Prävention relevant erscheinen. Schließlich wurden Präventionsexperten des AOK-Bundesverbandes hinsichtlich relevanter Themenfelder befragt. Hieraus ergab sich die Neuaufnahme Gesundheitsuntersuchung einschließlich der Überprüfung des Impfstatus sowie die Empfehlung zur Weitung des bisherigen Indikators Sturzassessment zum hausärztlich-geriatrischen Basisassessment.

Aktualisierungsbedarf und zusätzliche Themenfelder

Der sich aus dieser Grundlage ergebende Aktualisierungsbedarf wurde zwischen der Erstautorin, einem Herausgeber sowie Experten des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des aQua-Instituts im Rahmen mehrerer Webkonferenzen diskutiert, unter vertiefter Beurteilung medizinisch-inhaltlicher Aspekte sowie hinsichtlich der Praktikabilität. In der Folge wurden ergänzend zu den Ergebnissen der aQua-Literaturrecherche die Themen Stress und Screening auf Bauchaortenaneurysmen als weitere relevante hausärztliche Handlungsfelder im Bereich Prävention festgelegt. Entsprechend wurden noch folgende zusätzliche Quellen berücksichtigt:

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) in der Fassung vom 24. August 1989, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989, in Kraft getreten am 1. Oktober 1989, zuletzt geändert am 19. Juli 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 24.10.2018 B2, in Kraft getreten am 25. Oktober 2018.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen/US-BAA-RL) in der Fassung vom 20. Oktober 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 17.02.2017 B4 vom 17. Februar 2017, in Kraft getreten am 10. Juni 2017, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 09.06.2017 B4 vom 9. Juni 2017, in Kraft getreten am 10. Juni 2017.

Zusammenfassend basieren die für die Aktualisierung des vorliegenden QISA-Bandes vorgeschlagenen Indikatormodifikationen sowie die neu aufzunehmenden Themen auf vier Säulen:

1. Vorhandenes Indikatorenset der Version 1.0
2. Evidenzrecherche (u. a. Modifikation Influenza-Impfung, Neuaufnahme Themenfeld Alkohol)
3. Expertenbewertung/-diskussion (u. a. Neuaufnahme Themenfeld Stress, Bauchaortenaneurysma)
4. Praxiserfahrungen (Neuaufnahme Gesundheitsuntersuchung, Modifikation Sturzassessment: geriatrisches Basisassessment)

Neuerungen gegenüber der Vorgängerversion

Im Folgenden findet sich ein Überblick über neu aufgenommene Indikatoren (und neu aufgenommene Themenfelder) sowie über veränderte Indikatoren mit der jeweiligen Begründung.

Tabelle 2: Neue Indikatoren und neu aufgenommene Themenfelder

NEUER INDIKATOR	FORMULIERUNG	BEGRÜNDUNG
Alkohol		
9	Versicherte mit erfasstem Alkoholkonsum	Häufiger Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor und eine Gefahr hinsichtlich einer Suchtentwicklung. Die Erfassung des Alkoholkonsums gibt dem Arzt Hinweise auf eine mögliche Gefahr und die Möglichkeit zur Intervention.
10	Versicherte mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum und Beratung zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol	Die Beratung zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol bei Versicherten mit riskantem Alkoholkonsum soll zu einer Verhaltensänderung beitragen.
Stress		
11	Versicherte mit Erfassung der Stressbelastung	Neben körperlicher Aktivität und Ernährung gehört die Stressbelastung zu den besonders relevanten Risikofaktoren. Analog zu den anderen Themen wird mit diesem Indikator erfasst, ob die Stressbelastung im Arzt-Patienten-Kontakt thematisiert wurde. Dies soll Ärztinnen und Ärzte auch für die Thematik sensibilisieren.
12	Versicherte mit Beratung zur Stressbewältigung	Eine Beratung zur Stressbewältigung soll die Kompetenz der Versicherten stärken und zu einer Verhaltensänderung oder z. B. zu einer Teilnahme an einem Stressbewältigungstraining führen.
Gesundheitsuntersuchung und Überprüfung des Impfstatus		
13	Versicherte ab 35 Jahren, bei denen alle drei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wird	Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung besteht die Möglichkeit für den Arzt, Themen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie des Lebensstils anzusprechen. Damit sich dies in der Praxisroutine verankern kann, ist es notwendig, die Teilnahmequoten regelmäßig zu erfassen und als Prozessparameter zu betrachten.
14	Versicherte mit überprüftem Impfstatus	Um Impflücken zu schließen und Impfabstände nicht zu lang werden zu lassen, ist es sinnvoll, den Impfstatus zu erfassen und diesen zu dokumentieren. Darüber hinaus ist es wichtig, im Fall fehlender Impfungen entsprechende Impfempfehlungen zu geben.
Screening Bauchaortenaneurysma		
16	Männliche Versicherte ab 65 Jahren mit Beratung zum bzw. Screening auf Bauchaortenaneurysma	Als Prozessparameter soll dieser Indikator die Screeningteilnahme am Bachaortenaneurysma (BAA-Screening) erfassen und so dem Arzt bzw. der Praxis Informationen zum Umsetzungsgrad geben.

Änderungen gegenüber der Vorgängerversion

Die folgende Tabelle zeigt die Indikatoren, die grundsätzlich beibehalten wurden, aber aufgrund der Recherche und Diskussion modifiziert wurden.

Tabelle 3: Beibehaltene Indikatoren mit inhaltlichen Änderungen

INDIKATOR	URSPRÜNGLICHE FORMULIERUNG	GEÄNDERTE FORMULIERUNG	BEGRÜNDUNG
Influenza-Impfung			
15 (alt: 9)	Influenza-Impfrate der Versicherten ab 65 Jahren	Influenza-Impfrate der Versicherten ab 60 Jahren	Die Herabsetzung der Altersgrenze von 65 auf 60 Jahre entspricht den Empfehlungen der STIKO und der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA.
Höheres Lebensalter – Geriatrisches Assessment			
17 (alt: 10)	Ältere Versicherte mit Sturzrisiko-Assessment	Ältere Versicherte (ab 70 Jahren) mit hausärztlich-geriatrischem Basisassessment	Das Assessment umfasst neben dem Sturzrisiko-Assessment weitere Tests zur Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeit. Das hausärztlich-geriatrische Basisassessment lässt sich über die EBM-Ziffer 03360 operationalisieren, das Sturzassessment allein kann nicht über Routinedaten abgebildet werden. Aus diesem Grund wurde der Indikator neu formuliert.

Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (Version 2.0)

Im Folgenden findet sich ein Überblick über alle Indikatoren (mit den entsprechenden Themenfeldern) dieses QISA-Bandes. Durch die Neuformulierung und Adaptation einiger Indikatoren wurde die Reihenfolge der Indikatoren im Vergleich zum QISA-Band aus dem Jahr 2009 geändert (alte Nummerierung in Klammern).

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
Körperliche Aktivität			
1	Versicherte mit dokumentiertem Status körperlicher Aktivität	Erfolgt eine regelmäßige systematische Erfassung des Aktivitätsstatus, so dass Risikoverhaltensweisen entdeckt werden?	Basisgröße zur Erfassung eines Risikofaktors und Ableitung weiterer Maßnahmen
2	Versicherte mit Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität	Werden Versicherte regelmäßig über Empfehlungen zur Ausübung körperlicher Aktivität informiert und zu individuellen Umsetzungsmöglichkeiten beraten?	Motivation zur Steigerung der körperlichen Aktivität
3	Körperlich aktive Versicherte	Wie viele Versicherte verhalten sich in Bezug auf die Ausübung körperlicher Aktivität gesundheitsfördernd?	Zielgröße, Gesundheitsberichtserstattung, Vergleichsmöglichkeiten
Ernährung und (Über-)Gewicht			
4	Versicherte mit dokumentiertem Body-Mass-Index (BMI)	Erfolgt die regelmäßige Erfassung und Dokumentation des BMI bei Erstkonsultation und in mindestens zweijährigen Abständen?	Erfassung eines potenziellen Risikofaktors und Entdeckung von Komorbiditäten
5	Übergewichtige mit Beratung zum Thema Übergewicht und Ernährung	Werden übergewichtige Versicherte zum Thema Übergewicht und Ernährung individuell beraten?	Verhütung von Folge- oder Begleiterkrankungen
Rauchen			
6	Versicherte mit dokumentiertem Raucherstatus	Wird der Raucherstatus von Versicherten erfragt und dokumentiert?	Erfassung eines wichtigen Risikofaktors und Ableitung von Interventionsmöglichkeiten
7	Raucher mit Beratung	Werden Versicherte, die angeben, zu rauchen, im Sinne des 5-A-Konstruktes beraten?	Versorgung von Rauchern mit Hilfestellungen und Erleichterung von Ausstiegsversuchen
8	Anteil der Raucher	Wie viele Versicherte rauchen (noch)?	Ergebnisparameter, Senkung des Anteils sollte durch Steigerung der Beratungstätigkeit erreicht werden
Alkohol*			

* neu aufgenommen

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
9*	Versicherte mit erfasstem Alkoholkonsum	Wird der Alkoholkonsum der Versicherten erhoben und bei Bedarf auf ungesunden Konsum hingewiesen?	Erfassung eines potenziell gesundheitsschädlichen Trinkverhaltens
10*	Versicherte mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum und Beratung zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol	Wird im Sinne des 5-A-Konzeptes zu einem gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol beraten?	Motivation zu einem gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol
Stress*			
11*	Versicherte mit Erfassung der Stressbelastung	Wird die Stressbelastung der Versicherten als mögliches Gesundheitsrisiko in der Anamnese berücksichtigt?	Erfassung eines wichtigen Risikofaktors
12*	Versicherte mit Beratung zur Stressbewältigung	Wird der Patient hinsichtlich der Stressbewältigung unterstützt, z. B. durch Hinweis auf Angebote der Krankenkassen oder Ausstellung einer Präventionsempfehlung?	Ableitung von Interventionsmöglichkeiten
Gesundheitsuntersuchung*			
13*	Versicherte ab 35 Jahren, bei denen alle drei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wird	Wird die Gesundheitsuntersuchung als Instrument der Gesundheitsberatung und Früherkennung von Krankheiten und Risikofaktoren genutzt?	Erfassung der Quote durchgeführter Gesundheitsuntersuchungen
Überprüfung des Impfstatus*			
14*	Versicherte mit überprüftem Impfstatus	Wird der Impfstatus regelmäßig erfasst und werden entsprechende Impfempfehlungen (gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie G-BA) gegeben?	Gezielte Erfassung des Impfstatus, Aufdeckung von Impflücken
Influenza-Impfung			
15* (alt: 9)	Influenza-Impfrate der Versicherten ab 60 Jahren	Wie viele der Versicherten, die 60 Jahre oder älter sind, haben eine Influenza-Impfung erhalten?	Steigerung der Influenza-Durchimpfungsrate für bestimmte Risikogruppen
Screening Bauchaortenaneurysma*			
16*	Männliche Versicherte ab 65 Jahren mit Beratung zum bzw. Screening auf Bauchaortenaneurysma	Wird bei männlichen Versicherten ab 65 Jahren an das Screening auf Bauchaortenaneurysmen gedacht?	Erfassung Screeningrate
Höheres Lebensalter – Geriatrisches Assessment**			
17** (alt: 10)	Ältere Versicherte (ab 70 Jahren) mit hausärztlich-geriatrischem Basisassessment	Werden die Alltagskompetenz älterer Versicherter und mögliche Funktionseinschränkungen regelmäßig erfasst?	Gezielte Erfassung möglicher therapierbarer Defizite wie z. B. Sturzursachen zur Verhinderung von Stürzen
18 (alt: 11)	Ältere Versicherte mit Hospitalisierung wegen hüftgelenknaher Fraktur	Wie viele ältere Versicherte werden aufgrund einer sturzbedingten hüftgelenknahen Fraktur stationär behandelt?	Ergebnisparameter, der bei konsequenter Intervention sinken sollte

* geändert

QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren

I Beschreibung	■ Aussage
	■ Begründung
	■ Zielstellung
	■ Einbezogene Fachgruppen
	■ Voraussetzungen
	■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	■ Betrachtungszeitraum
	■ Bezugsebene
	■ Formel
	■ Zähler
	■ Nenner
	■ Ausschlusskriterien
	■ Datenquelle
	■ Verfügbarkeit der Daten
III Anmerkungen zur Messgüte	■ Validität
	■ Reliabilität
	■ Veränderungssensitivität
	■ Praktikabilität
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	■ Epidemiologie und Prävalenz
	■ Praxisstudien und Evidenz
	■ Reduzierung der Krankheitslast
	■ Kosteneffektivität
	■ Indikatorensysteme
	■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	■ Referenzwert
	■ Interpretation
	■ Einbindung in die QZ-Arbeit
	■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Nicht für jeden Indikator sind alle Kriterien zur Beschreibung möglich. Ggf. werden deshalb bei einigen Indikatoren dieses Bandes nicht alle Beschreibungskriterien des QISA-Schemas aufgeführt (z. B. beim Punkt III Messgüte).

Körperliche Aktivität

Nutzen

Körperliche Inaktivität wird mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Einschränkungen und einer erhöhten Mortalität in Verbindung gebracht. Durch eine regelmäßige körperliche Aktivität sinkt das Gesamtsterblichkeitsrisiko um bis zu 30 % *(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] 2016)*. Auch die WHO weist auf das geringere Mortalitätsrisiko von körperlich aktiven Erwachsenen im Vergleich zu Inaktiven hin *(WHO 2011)*.

Schätzungen gehen von einer relativen Risikoreduktion durch körperliche Aktivität von 33 % für kardiovaskuläre Erkrankungen, 31 % für Schlaganfälle, 32 % für Bluthochdruck, 20–30 % für das Brust- bzw. Kolonkarzinom und 40 % für Diabetes aus *(Warburton et al. 2010; Warburton et al. 2016)*.

Empfehlungen

In den nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird die vorliegende Evidenz zur Kosteneffektivität von Maßnahmen und Interventionsprogrammen zur Bewegungsförderung beschrieben. Über die Altersklassen und Erkrankungen hinweg zeigt sich überwiegend eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz, so dass von einer Kosteneffektivität der Bewegungsförderung ausgegangen werden kann. Insbesondere die Vermeidung von Krankheits- und Folgekosten steht dabei im Vordergrund *(BZgA 2016)*.

In den nationalen Empfehlungen finden sich darüber hinaus eine Abbildung zum Energieverbrauch für verschiedene Intensitätsbereiche sowie eine Aufstellung der Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität zu finden sind. So wird z. B. die Basisaktivität als körperliche Aktivität geringer Intensität im Rahmen von Alltagshandlungen (Haushaltstätigkeit, Stehen, langsames Gehen) definiert und eine ausdauerorientierte Bewegung als eine Bewegung über mehr als wenige Minuten unter Einsatz größerer Muskelgruppen (z. B. Gehen, Walken, Radfahren, Schwimmen). Als sedentäres Verhalten wird eine körperliche Inaktivität mit langer Sitzdauer z. B. am Arbeitsplatz oder in der Freizeit (z. B. bei hohem Medienkonsum) bezeichnet. Einzelheiten dazu finden sich bei der *BZgA 2016*.

Die DEGAM empfiehlt zur Senkung des kardiovaskulären Risikos eine regelmäßige körperliche Aktivität und geht dabei davon aus, dass ab 15 Minuten täglich bzw. 90 Minuten wöchentlich moderat intensiver körperlicher Aktivität Effekte zu erwarten sind. Dabei können regelmäßige moderate Bewegungseinheiten ab 10 Minuten Dauer aufaddiert werden.

Der Leitfaden der GKV nach § 20 SGB V sieht für das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten zwei Präventionsprinzipien vor: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität und Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme.

Kernziele

Im Präventionsleitfaden werden die Kernziele, die beiden Präventionsprinzipien mit jeweils zielgruppenspezifischer Betonung zugrunde liegen, wie folgt beschrieben. Mit Bewegungsverhältnissen ist in diesem Zusammenhang die Veränderung der Rahmenbedingungen im Sinne einer Verhältnisprävention gemeint.

Tabelle 4: Kernziele des Handlungsfeldes Bewegungsgewohnheiten

Kernziel 1	Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogen Fitness, Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit)
Kernziel 2	Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (insbesondere Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkontakt, soziale Kompetenz und Einbindung)
Kernziel 3	Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelett-Systems)
Kernziel 4	Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen
Kernziel 5	Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
Kernziel 6	Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u. a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)

Quelle GKV-Spitzenverband 2018

In der Beratung von Versicherten sollten Hausärztinnen und Hausärzte diese Kernziele und die damit verbundenen Angebote zur Bewegungsförderung berücksichtigen und ggf. eine entsprechende Präventionsempfehlung ausstellen.

Indikator 1: Versicherte mit dokumentiertem Status körperlicher Aktivität

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator „Versicherte mit dokumentiertem Status körperlicher Aktivität" gibt an, bei wie vielen Versicherten ein Assessment bezüglich der Ausübung körperlicher Aktivität durchgeführt wurde, bezogen auf die Anzahl aller Versicherten.

Begründung

Zur Beurteilung des Ausmaßes körperlicher Aktivität und Einschätzung als gesundheitsförderliches Verhalten ist es erforderlich, das Bewegungsverhalten zu beschreiben, da es nicht einfach gemessen werden kann, sondern durch Befragung ermittelt werden muss.
Ein präzises Assessment stellt eine wesentliche Voraussetzung für weitere Beratungsmaßnahmen dar *(Whitlock et al. 2002)*. Die Erfassung und Dokumentation sollten Fragen zur Häufigkeit, Dauer und Intensität körperlicher Aktivität ebenso beinhalten wie Fragen nach medizinischen Voraussetzungen oder Krankheiten, um Möglichkeiten der Ausübung körperlicher Aktivität einzugrenzen und Schäden oder Komplikationen zu vermeiden. Es stellt ferner die Basis zur Erkennung und Messung von Veränderungen im Verhalten des Patienten im Zeitverlauf der Betreuung dar, die zur Abstimmung weiterer Beratungsaktivitäten erforderlich ist.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein, d. h., es sollten nach Möglichkeit die meisten Versicherten zwischen 18 und 75 Jahre erfasst werden.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Die Erfassung des körperlichen Aktivitätsniveaus kann durch Fragebögen, die Patienten bereits im Wartezimmer oder zu Hause ausfüllen können, vereinfacht werden. Dadurch sollte eine Differenzierung des Ausmaßes körperlicher Aktivität z. B. nach der Definition des Center for Disease Control and Prevention (CDC 2000) in „aktiv", „ungenügend" oder „sitzender Lebensstil" getroffen werden können. Ein Überblick über deutschsprachige Fragebögen zur Erfassung körperlicher Aktivität in verschiedenen Altersklassen findet sich bei *Eckert et al. 2014*. Neben Fragebögen kommt auch ein Bewegungstagebuch, das vom Versicherten über einen definierten Zeitraum geführt wird, oder der Einsatz von Schrittzählern in Betracht *(BZgA 2016)*. Auch Informationen, die in Health-Apps gesammelt werden, können unter Umständen genutzt werden.

Ausblick

Bei einer Erfassung über einen längeren Zeitraum ließe sich ein guter Überblick über das Aktivitätsniveau der Versicherten schaffen. Dies ermöglicht auch die Darstellung von Veränderungen im Aktivitätsniveau über den Beobachtungszeitraum.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum 1 Jahr.

Bezugsebene Alle erwachsenen Versicherten (18–75 Jahre)

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentiertem Status körperlicher Aktivität}}{\text{Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre).}}$$

Zähler Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentiertem Status körperlicher Aktivität.

Nenner Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle In erster Linie Praxisdokumentation, außerdem Befragung der Versicherten.

Verfügbarkeit der Daten Die Erfassung der benötigten Daten erfolgt aus der Praxisdokumentation. Die Entwicklung von elektronischen Extraktionssystemen könnte die Datengewinnung präzisieren und vereinfachen. Die Nutzung eines Remindersystems in der Praxis-EDV könnte an die regelmäßige Abfrage erinnern.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Dieser Indikator ermöglicht eine definitive Aussage darüber, ob der Status körperlicher Aktivität erfasst wurde. Für eine individuell zugeschnittene Beratung ist es wichtig, den Status der körperlichen Aktivität im Einzelfall zu erfassen. Für eine Aussage zur Prozessqualität der Praxis ist es wichtig, die Erfassung der körperlichen Aktivität in die Praxisroutine zu integrieren.

Reliabilität Die Reliabilität des Indikators ist hoch bei Verwendung eines standardisierten einheitlichen Fragebogens. Bei Verwendung verschiedener Fragebögen können die Beurteilungen unterschiedlich ausfallen *(Sarkin et al. 2000)*. Bei einer nicht standardisierten Erfassung und Dokumentation ist die Reliabilität geringer.

Veränderungssensitivität Der Indikatorwert steigt direkt mit der Anzahl durchgeführter und dokumentierter Erhebungen. Die Dokumentation des Aktivitätsstatus in der vorgeschlagenen Weise erfordert einen Mehraufwand gegenüber nicht standardisierten Befragungen in der Sprechstunde.

Praktikabilität Da sich die Beurteilung aber aus Frequenz, Dauer und Intensität einer Vielzahl von verschiedenen Möglichkeiten der Ausübung körperlicher Aktivität ergibt, ist eine „Ad-hoc-Befragung“ und Einschätzung des Aktivitätszustandes kaum möglich. Patienten müssen sich vielmehr über ihr eigenes Bewegungsverhalten klar werden, was durch eine Beschäftigung mit einem Fragebogen oder durch das Ausfüllen eines Bewegungstagebuches ermöglicht wird. Die nicht standardisierte Einschätzung des eigenen Bewegungsverhaltens ohne entsprechenden Fragebogen ist

beträchtlichen Fehldeutungen unterworfen und wird eher zu optimistisch beurteilt *(Newell 1999)*. Das Ausfüllen des Fragebogens durch den Versicherten in der Wartezeit oder zu Hause und die Einbeziehung des Praxispersonals zur Auswertung und Dokumentation des Befundes in ein definiertes Feld der Patientenakte können den Vorgang erleichtern.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Der Hausarzt spielt eine wichtige Rolle in der Beratung zur körperlichen Aktivität. Die Erfassung des Aktivitätsniveaus und die Beratung zu einer möglichen Veränderung sollten standardmäßig in die präventive Beratung integriert werden. Dabei sollte neben dem Hausarzt auch das Praxisteam in die Beratung einbezogen werden *(AuYoung et al. 2016)*. Darüber hinaus sollte die Public-Health-Perspektive dabei Beachtung finden *(Shuval et al. 2017)*. Insbesondere die Nutzung kommunaler Ressourcen und die Vermittlung von Patienten an Bewegungsangebote sind dabei eine wertvolle Unterstützung. Die Erfassung der Bewegungsaktivität spielt in der Erkennung von potenziellen Risikofaktoren für die Vorbeugung und Entstehung einer Vielzahl von Erkrankungen wie z. B. vaskulären Erkrankungen, einigen Krebserkrankungen, Übergewicht, Diabetes mellitus sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates und seelischen Erkrankungen eine entscheidende Rolle *(Warburton et al. 2016)*. Nur wenn der Aktivitätsstatus bekannt ist, kann versucht werden, Beratungsstrategien individuell auszurichten und persönliche Vorlieben und Barrieren sowie Lebensumstände zu berücksichtigen.
Nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten Erwachsene mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich mäßig aktiv sein, alternativ auch 75 Minuten bei sehr anstrengenden Aktivitäten. „42,6 % der Frauen und 48,0 % der Männer geben an, mindestens 2,5 Stunden pro Woche aerobe körperliche Aktivität auszuüben, und erreichen dadurch die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität. Für alle Altersgruppen bei Frauen und Männern gilt: Je höher der Bildungsstand, desto häufiger wird die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erreicht. 27,6 % der Frauen und 31,2 % der Männer erreichen die WHO-Empfehlung für muskelkräftigende Aktivitäten mindestens zweimal pro Woche. Beide Empfehlungen erreichen etwa ein Fünftel der Frauen (20,5 %) und ein Viertel der Männer (24,7 %). Insgesamt weisen die Ergebnisse auf ein hohes Potenzial für die Bewegungsförderung in der Freizeit hin. Inaktive Personen, die beginnen, sich den Empfehlungen entsprechend zu bewegen, können langfristig das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit deutlich reduzieren“ *(Finger et al. 2017)*. Basierend auf Selbstauskunft erreicht ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen die WHO-Empfehlungen *(Krug et al. 2013)*. Damit sich der Anteil derjenigen erhöht, die ausreichend körperlich aktiv sind, sollten verschiedene Sektoren und Politikfelder zusammenarbeiten. Der Hausarzt stellt dabei einen wichtigen Ansprechpartner und eine wichtige Schnittstelle dar.

Praxisstudien und Evidenz

Bewegungsmangel ist bereits in den großen Herz-Kreislauf-Präventionsstudien der 1970er und 1980er Jahre als Risikofaktor erkannt und auch dokumentiert worden. Allerdings ging man damals noch von einem für die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen erforderlichen Mindestausmaß aus, das aus anstrengenden Trainingseinheiten von 30 Minuten dreimal wöchentlich bestand, zum Teil wurden auch andere Definitionen gewählt *(NHS 2001)*. Wie zuvor ausgeführt, haben sich die Empfehlungen zum Ausmaß körperlicher Aktivität dahingehend geändert, dass als Mindestmaß eine körperliche Aktivität von 2,5 Stunden pro Woche empfohlen wird. Dabei können Einzelaktivitäten ab einer Dauer von 10 Minuten aufsummiert werden. Diese Empfehlungen senken die Hemmschwelle gerade für diejenigen Patienten, die sich bereits längere Zeit nicht mehr körperlich betätigt haben, und erhöhen die Motivation. Moderate Freizeitaktivität sollte an 5 Tagen in der Woche mit jeweils 30 Minuten erfolgen. Effekte sind ab täglich 15 Minuten oder 90 Minuten in der Woche zu verzeichnen *(DEGAM 2017)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Das Assessment und die Dokumentation des Aktivitätsstatus reduziert per se nicht die Krankheitslast. Jedoch bildet dessen Erfassung die Grundlage für weitere Interventionen zur Reduktion eines an der Entstehung vieler Krankheiten beteiligten Risikofaktors. Insbesondere sensibilisiert ein regelmäßiges Ansprechen und Nachfragen sowohl Versicherte als auch Ärzte für die Thematik.

Kosteneffektivität

Entsteht indirekt, da die Erfassung der körperlichen Bewegungsaktivität die Voraussetzung für Beratungsmaßnahmen ist, die letztendlich zu einem Anstieg des Anteils körperlich Aktiver führen sollten. Ein Kosten-Nutzen-Effekt ist dann zu erwarten, wenn die Thematisierung von Präventionsthemen sowie Präventionsaktivitäten zu Verhaltensänderungen beim Versicherten führen. In einem überschaubaren Netz, in dem alle Praxen eine gemeinsame Strategie verfolgen und diese mit weiterführenden Inhalten und regionalen Angeboten verknüpft werden kann, sind jedoch eher Effekte zu erwarten als in der Gesamtpopulation, in der präventive Aktivitäten nicht koordiniert werden.

Indikatorensysteme

Das Assessment des körperlichen Aktivitätsstatus wurde bereits in folgenden Systemen als Indikator für Präventionsleistungen angewendet:

- RAND: Die RAND-Collaboration hat den Indikator körperliche Aktivität im Set „Quality Indicators for Preventive Care“ und stützt sich dabei auf Empfehlungen der USPSTF und der „Healthy People“-Initiative. „All vulnerable elders should receive an assessment of their activity level and be provided with counseling to promote regular physical activity at least once“ *(Rhew 2004)*.
- ACOVE: Im ACOVE-Projekt werden die Erfassung und Beratung zur körperlichen Aktivität ebenfalls als Indikator aufgelistet *(Wenger 2001)*.
- FACCT: Die Erfassung des Bewegungsstatus bei Erwachsenen erfolgt bei FACCT durch Messinstrumente wie den Behavioral Risk Factor Surveillance Survey *(Rafferty 2002)* und den National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), die oben bereits erwähnt wurden und einer ausführlicheren Version des „International Physical Activity Questionnaire“ (IPAQ) entsprechen. Grundlage bildet der U.S. Preventive Task Force Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition 1996.

Leitlinien

- CTFPHC: Die Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) empfiehlt ein Assessment und die Beratung zu körperlicher Aktivität im Technical Report: Counseling for Risky Health Habits nach der 5A-Strategie *(Elford et al. 2001)*.
- EACPR (European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation): „Regular assessment and counselling on physical activity is recommended to promote the engagement and, if necessary, to support an increase in physical activity volume over time" (Empfehlungsgrad: I, Evidenzlevel: B) *(Piepoli et al. 2016)*.
- DEGAM: In der Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention empfiehlt die DEGAM (2017):
  „Alle Personen sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität ermutigt werden. Die Kombination bzw. Auswahl der körperlichen oder sportlichen Aktivitäten sollte sich an den Vorlieben/Fähigkeiten des Einzelnen orientieren (Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation ESC; SIGN; WHO, ACCF/AHA, CCS, NICE und DKG)."

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Interpretation

Der Indikator 1 gibt Hinweise auf die Sensibilisierung für körperliche Aktivität und die Thematisierung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln könnten Schwierigkeiten bei der Erhebung des Aktivitätsstatus besprochen und gemeinsam gelöst werden. So könnte z. B. auch die Nutzbarkeit von Daten aus Health-Apps im QZ diskutiert werden.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Im Netz sollten Assessment- und Dokumentationsstandards etabliert werden, die eine Vergleichsmöglichkeit (internes Benchmarking) schaffen.

Indikator 2: Versicherte mit Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator gibt den Anteil der Versicherten an, denen eine Beratung bezüglich der Ausübung körperlicher Aktivität angeboten wurde.

Begründung

Die Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität stellt in der Hausarztpraxis eine wichtige Interventionsmöglichkeit zur Reduktion körperlicher Inaktivität dar und wird in Präventionsleitlinien empfohlen. 79,4 % der Bevölkerung suchen mindestens einmal jährlich einen Allgemeinmediziner auf *(Rattay et al. 2013)*. Die Beratung zur körperlichen Aktivität durch den Hausarzt bildet eine wichtige Schnittstelle zwischen dem individuellen Versicherten und dem Angebot an Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Bereich (Public Health, kommunale Gesundheitsförderung etc.). Immer mehr Kommunen bieten Angebote zur Bewegungsförderung an. Hier sollte sich der Hausarzt über die regionale Situation informieren. Durch eine gezielte Informationsweitergabe lassen sich kommunale Ressourcen bestmöglich nutzen. In den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der BZgA findet sich eine Auflistung von alters- und zielgruppenspezifischen Empfehlungen *(BZgA 2016)*.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Dokumentation der Beratungsaktivität oder Durchführung einer Versichertenbefragung.

Ausblick

Die kontinuierliche Dokumentation der Beratung von Versicherten nach festgelegten Standards könnte eine Datengrundlage dafür schaffen, die Beratungseffektivität zu belegen. Hilfreich wäre dabei die Entwicklung von Dokumentationsstandards, so dass der Beratungsumfang erkennbar wird.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

Versicherten ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren sollte in mindestens 5-jährigen Abständen eine Beratung zur körperlichen Aktivität angeboten werden.
Bei Patienten mit einem oder mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren (z. B. Nikotinabusus, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen etc.) sollte diese Beratung mindestens einmal in 12 Monaten angeboten werden.

Bezugsebene

Alle Patienten im Alter von 18 bis 75 Jahren

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Versicherten, die eine Beratung hinsichtlich der Ausübung körperlicher Aktivität erhalten haben (Praxisdokumentation)}}{\text{Anzahl aller Versicherten.}}$$

Zähler Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre) mit Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität.

Nenner Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation, denkbar wäre aber auch in Anlehnung an die Vorgehensweise des National Committee for Quality Assurance (NCQA) eine Versichertenbefragung von Seiten des Versicherungsträgers mit der Fragestellung: „Sind Sie von Ihrem Hausarzt im letzten Jahr zur Ausübung körperlicher Aktivität beraten worden?" Da diese Beratungen auch vergessen werden können, stellt eine Stichprobenuntersuchung der Patientenakten wohl die exaktere Methode dar.

Verfügbarkeit der Daten Papier- oder elektronische Dokumentation (Praxissoftware).

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Validität dieses Indikators hängt von der Dokumentationssorgfalt der Ärzte ab, die durch die Entwicklung von Dokumentationsstandards und -hilfen verbessert werden könnte.

Reliabilität Bei Verwendung geeigneter Dokumentationsstandards für die Beratungsaktivitäten ist die Reliabilität hoch.

Veränderungssensitivität Wenn mehr Patienten Beratungen erhalten, wird der Wert des Indikators steigen.

Praktikabilität Die Praktikabilität hängt vom Umfang der Dokumentation ab. Die Dokumentation der Beratung an sich ist unkompliziert. Will man jedoch inhaltliche Eckpunkte erfassen, so muss man sich auf eine einheitliche Dokumentationsform einigen. Zur Beratung im klinischen Alltag wird die 5-A-Strategie empfohlen *(Whitlock et al. 2003)*. Die Dokumentation der Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität kann sich an diesem Konstrukt orientieren.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz Beratungen im hausärztlichen Alltag zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie z. B. Ernährung, körperliche Aktivität oder Rauchen sind Gegenstand der aktuellen Forschung und Diskussion.

Die hausärztliche Beratung zur körperlichen Aktivität hat für Versicherte einen hohen Stellenwert *(Warburton 2016)*. Die BZgA beschreibt in den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung umfassend den aktuellen Stand zur Bewegungsförderung in verschiedenen Altersklassen und verschiedenen

Settings. Der Hausarzt stellt eine Schnittstelle dar zwischen individuellen Versicherten und öffentlichen Angeboten der Bewegungsförderung.

Praxisstudien und Evidenz

Um eine Veränderung im Bewegungsverhalten von Individuen zu erreichen, ist ein multistrategischer Zugang am erfolgversprechendsten *(Schwartz et al. 2019, Jordan et al. 2012)*. Dem Hausarzt bzw. dem Praxisteam kommt dabei die Aufgabe zu, gemäß dem transtheoretischen Modell immer wieder nachzufragen und damit auch kleine Veränderungsimpulse zu setzen. Der Dosis-Wirkungs-Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und gesundheitsbezogenem Nutzen wird als kurvilinear bezeichnet. „Die größten Gesundheitsgewinne sind bei inaktiven Personen zu beobachten, die ihre Aktivität zumindest etwas steigern. Entsprechend geht bereits eine relativ geringe Steigerung der körperlichen Aktivität mit deutlichen Verbesserungen im Gesundheits- und Fitnesszustand bei anfangs inaktiven und unfitten Personen einher“ *(BZgA 2016)*. Gerade bei dieser Personengruppe kann die hausärztliche Beratung aufgrund der niedrigschwelligen Zugangsweise und des bestehenden Vertrauensverhältnisses einen wesentlichen Beitrag leisten.

Reduzierung der Krankheitslast

Der Beweis, dass die kontinuierliche, strukturierte Beratung von Versicherten bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen tatsächlich einhergeht mit einer Änderung des Verhaltens, wird in zunehmendem Maß erbracht. Eine resultierende Verhaltensänderung hängt von einer Vielzahl psychologischer Variablen ab und vollzieht sich in einem Prozess, der in unterschiedlicher Geschwindigkeit ablaufen kann, so dass die Ergebnisse der Beratungsbemühungen nicht unmittelbar fassbar sind. In einer langen Evaluationszeit sollten sich Effekte nachweisen lassen.

Kosteneffektivität

Neben langfristigen Folgen für das Individuum stellt eine weit verbreitete körperliche Inaktivität mit allen daraus resultierenden Folgen aus Public-Health-Perspektive auch einen enormen Kostenfaktor dar *(Ding et al. 2016)*. Darum verfolgt die hausärztliche Beratung neben der individuellen Verhaltensänderung auch ein gesellschaftliches Ziel. Ein Kosten-Nutzen-Effekt ist dann zu erwarten, wenn die Beratung zu Präventionsthemen zu Verhaltensänderungen beim Versicherten führt. Durch das Zusammenführen von Beratungsressourcen z. B. in einem Arztnetz oder Versorgungsmodell könnte dieses Ziel dort eher erreicht werden als in der Gesamtpopulation.

Indikatorensysteme

- RAND: Die RAND-Collaboration hat den Indikator körperliche Aktivität im Set „Quality Indicators for Preventive Care“ und stützt sich dabei auf Empfehlungen der USPSTF und der „Healthy People“-Initiative. „All vulnerable elders should receive an assessment of their activity level and be provided with counseling to promote regular physical activity at least once“ *(Rhew 2004)*.
- ACOVE: Im ACOVE-Projekt werden die Erfassung und Beratung zur körperlichen Aktivität ebenfalls als Indikator aufgelistet *(Wenger 2001)*.

- FACCT: Die Erfassung des Bewegungsstatus bei Erwachsenen erfolgt bei FACCT durch Messinstrumente wie den Behavioral Risk Factor Surveillance Survey *(Rafferty 2002)* und den National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), die oben bereits erwähnt wurden und einer ausführlicheren Version des International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) entsprechen. Grundlage bildet der U.S. Preventive Task Force Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition 1996.
- DEGAM: Menschen mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko sollten bezüglich gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Bewegung, Ernährung, Rauchstopp) beraten werden (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: Ia) *(DEGAM 2017).*
  Alle Personen sollten zu regelmäßiger körperlicher Aktivität ermutigt werden. Die Kombination bzw. Auswahl der körperlichen oder sportlichen Aktivität sollte sich an den Vorlieben/Fähigkeiten des Einzelnen orientieren (Empfehlungsgrad: B, Evidenzlevel: I, II) *(DEGAM 2017).*
- EACPR: Regular assessment and counselling on PA is recommended to promote the engagement and, if necessary, to support an increase in PA volume over time (Empfehlungsgrad: I, Evidenzlevel: B) *(Piepoli et al. 2016).*

Leitlinien

- AAFP: Die American Academy of Family Physicians *(AAFP 2002)* empfiehlt in den Age Charts for Periodic Health Examinations altersentsprechende Beratung zur Ausübung körperlicher Aktivität.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC): Assessment und Beratung zu körperlicher Aktivität wird im Technical Report: Counseling for Risky Health Habits nach der 5-A-Strategie empfohlen. Es werden insbesondere auch Schlüsselkonzepte zur Beratungsaktivität dargestellt *(Elford et al. 2001).*
- DEGAM: In der Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention empfiehlt die *DEGAM 2017*:
  Alle Personen sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität ermutigt werden. Die Kombination bzw. Auswahl der körperlichen oder sportlichen Aktivitäten sollte sich an den Vorlieben/Fähigkeiten des Einzelnen orientieren (Empfehlungsgrad: B, Leitlinienadaptation ESC, SIGN, WHO, ACCF/AHA, CCS, NICE und DKG).
- EACPR: „It is recommended for healthy adults of all ages to perform at leat 150 minutes a week of moderate intensity or 75 minutes a week of vigorous intensity aerobic PA or an eqivalent combination thereof“ *(Piepoli et al. 2016)* .

Leitlinienempfehlungen, die darüber hinaus zur Bestimmung des Aktualisierungsbedarfs des QISA-Bandes recherchiert wurden:

- DAG: Deutsche Adipositas-Gesellschaft: Um Übergewicht und Adipositas zu verhindern, soll empfohlen werden, sich bedarfsgerecht zu ernähren, regelmäßig körperlich zu bewegen und das Gewicht regelmäßig zu kontrollieren (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: 1++ bis 4) *(DAG et al. 2014).*

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.
Interpretation	Der Indikator 2 gibt Hinweise auf die präventiven Beratungsleistungen in einer Praxis, einem Praxisnetz oder Versorgungsmodell.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Im Qualitätszirkel könnten Erfahrungen in der Beratung zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen besprochen und Schwierigkeiten der Umsetzung diskutiert werden, um so effektive Beratungsstrategien näher einzukreisen. Außerdem könnte man sich über regionale Sport- und Bewegungsangebote ggf. auch fach- und berufsübergreifend austauschen und Verbesserungsanregungen diskutieren.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	Entwicklung von Dokumentationshilfen, zunehmende Beratungsaktivität. Das 5-A-Konstrukt (s. Seite 20 f.) könnte als Grundlage der Dokumentation verwendet werden und darauf basierende einheitliche Dokumentationshilfen könnten erstellt werden. Der Austausch über die Nutzung bestehender, v. a. kommunaler Angebote und die Vernetzung mit anderen Akteuren stellen aus Sicht von Hausärzten eine wichtige Voraussetzung dar. Hierin besteht insbesondere für Arztnetze eine große Chance (z. B. durch den Aufbau einer gemeinsamen Informationsplattform mit regionalen Angeboten der kommunalen Gesundheitsförderung) *(Bölter et al. 2009)*.

Indikator 3: Körperlich aktive Versicherte

I Beschreibung

Aussage	Der Indikator „körperlich aktive Versicherte“ soll es ermöglichen, den Anteil der Versicherten ausfindig zu machen, die entsprechend einer einheitlichen und international vergleichbaren Definition ein ausreichendes Ausmaß körperlicher Aktivität aufzeigen.
Begründung	Bewegungsmangel stellt einen wichtigen Risikofaktor für kardiovaskuläre, aber auch andere Erkrankungen dar, weshalb seine Erfassung von Bedeutung ist. Das Problem bei der Erfassung dieses Risikofaktors ist eine einheitliche Definition körperlicher Aktivität, da diese erhebliche Auswirkungen auf die „Prävalenzdaten“ hat.
Zielstellung	Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.
Einbezogene Fachgruppen	Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Voraussetzungen sind eine einheitliche Definition für körperliche Aktivität sowie entsprechende Messinstrumente (z. B. Fragebogen). Es sollte danach möglich sein, standardisiert abzufragen, ob sich Versicherte entsprechend der Empfehlung zur Ausübung körperlicher Aktivität verhalten, z. B. entsprechend der DEGAM-Leitlinie: „Bei moderater Intensität bezüglich der Freizeitaktivität sollte diese möglichst an 5 Tagen der Woche mit jeweils 30 Minuten (min) erfolgen [...]. Jede regelmäßige moderate Bewegungseinheit > 10 min zählt. Ab täglich 15 min oder 90 min/Woche moderat intensiver Bewegung sind Effekte zu erwarten."
Der Indikator „körperlich aktive Versicherte" ist sensibel gegenüber sozialen Faktoren wie Alter und Geschlecht. Er sollte deshalb nach Altersgruppen differenziert werden (z. B. 18–64 Jahre und > 65 Jahre), ggf. auch nach Geschlecht.

Ausblick

Dieser Indikator ermöglicht einen Vergleich mit anderen Praxen, z. B. im Qualitätszirkel, innerhalb und außerhalb eines Arztnetzes oder Versorgungsmodells und trägt damit zu einer hausärztlichen Gesundheitsberichterstattung bei. Bei der Beobachtung des Indikators über einen längeren Zeitraum kann festgestellt werden, ob und in welchem Ausmaß der Anteil körperlich aktiver Versicherter gesteigert werden kann.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

1 Jahr.

Bezugsebene

Alle Versicherten im Alter von 18 bis 75 Jahren.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl körperlich aktiver Versicherter (18–75 Jahre)}}{\text{Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre) mit erfasstem Status körperlicher Aktivität.}}$$

Zähler

Anzahl körperlich aktiver Versicherter (18–75 Jahre).

Nenner

Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre) mit erfasstem Status körperlicher Aktivität.

Ausschlusskriterien

Keine.

Datenquelle

Praxisdokumentation, Fragebogen.

Verfügbarkeit der Daten

Folgende Erhebungsmethoden sind denkbar:

- ein Selbstassessment der Versicherten (standardisierter Fragebogen) und Dokumentation der Ergebnisse in der Praxis
- ein Selbstassessment der Versicherten (standardisierter Fragebogen) und externe Auswertung der Ergebnisse
- ein Fremdassessment (standardisiertes Telefoninterview)

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität

Unter den o. g. Voraussetzungen gibt dieser Indikator – genauer als in bisherigen Interventionsstudien – den Anteil körperlich aktiver Versicherter an. Problematisch bleibt jedoch die Tatsache, dass es sich um subjektive Aussagen der Versicherten handelt, die nicht objektiv nachprüfbar (messbar) sind.
Auch bleibt die Differenzierung in körperlich aktiv und inaktiv in einem gewissen Umfang der Interpretation der Versichertenangaben durch ärztliches Personal überlassen. Im Sinne der positiven Beeinflussung eines möglichen Ergebnisparameters besteht hierbei die Gefahr einer Überbewertung des Anteils körperlich Aktiver.

Reliabilität

Für die Reliabilität spielt die Einheitlichkeit des Messinstrumentes eine wichtige Rolle. Wie bereits ausgeführt, führt die Anwendung unterschiedlicher Fragebögen zu abweichenden Ergebnissen bezüglich der Einschätzung körperlicher Aktivität. Bei Verwendung eines einheitlichen standardisierten Messinstrumentes konnte jedoch eine gute Reliabilität der Messergebnisse gezeigt werden.

Veränderungssensitivität

Der Wert des Indikators wird bei entsprechender körperlicher Mehraktivität der Versicherten ansteigen. Diese hängt jedoch nicht ausschließlich von dem ärztlichen Engagement ab, sondern auch von den Einstellungen und Motivationen des Patienten.

Praktikabilität

Bei entsprechender Erfassung und Dokumentation des Aktivitätslevels ist die Erfassung des Anteils körperlich Aktiver nach der Definition einfach ablesbar.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten Erwachsene mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich mäßig aktiv sein, alternativ auch 75 Minuten bei sehr anstrengenden Aktivitäten. „42,6 % der Frauen und 48,0 % der Männer geben an, mindestens 2,5 Stunden pro Woche aerobe körperliche Aktivität auszuüben und erreichen dadurch die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität. Für alle Altersgruppen bei Frauen und Männern gilt: Je höher der Bildungsstand, desto häufiger wird die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erreicht. 27,6 % der Frauen und 31,2 % der Männer erreichen die WHO-Empfehlung für muskelkräftigende Aktivitäten mindestens zweimal pro Woche. Beide Empfehlungen erreichen etwa ein Fünftel der Frauen (20,5 %) und ein Viertel der Männer (24,7 %). Insgesamt weisen die Ergebnisse auf ein hohes Potenzial für die Bewegungsförderung in der Freizeit hin. Inaktive Personen, die beginnen, sich den Empfehlungen entsprechend zu bewegen, können langfristig das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit deutlich reduzieren“ *(Finger et al. 2017)*. Basierend auf Selbstauskunft erreicht ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen die WHO-Empfehlungen *(Krug et al. 2013)*.

Praxisstudien und Evidenz

Durch eine regelmäßige körperliche Aktivität sinkt das Gesamtsterblichkeitsrisiko um bis zu 30 % *(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] 2016)*. Auch die WHO weist auf das geringere Mortalitätsrisiko von körperlich aktiven Erwachsenen im Vergleich zu inaktiven hin *(WHO 2011)*. Schätzungen gehen von einer relativen Risikoreduktion durch körperliche Aktivität von 33 % für kardiovaskuläre Erkrankungen, 31 % für Schlaganfälle, 32 % für Bluthochdruck, 20–30 % für das Brust- bzw. Kolonkarzinom und 40 % für Diabetes aus *(Warburton et al. 2010; Warburton et al. 2016)*.
Als Teilziel 3 des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden" wurde formuliert, die körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen zu stärken bzw. zu erhalten. Unter gesundheitsziele.de findet sich dazu eine Umsetzungsstrategie, Hausärztinnen und Hausärzte bilden eine wichtige Schnittstelle, um Versicherte mit den bevölkerungsbezogenen Angeboten in Kontakt zu bringen.

Reduzierung der Krankheitslast

Die Reduzierung der Krankheitslast bei einem Anstieg des Anteils körperlich Aktiver konnte gezeigt werden *(Blair et al. 1992)*.

Kosteneffektivität

Die Kosten könnten durch eine Steigerung des Anteils körperlich Aktiver erheblich gesenkt werden. Die Entwicklung und Evaluation von Präventionspro-grammen sind jedoch auch mit Kosten verbunden. Insgesamt zeigen sich durch eine Förderung der körperlichen Aktivität eine Kosteneffektivität sowie eine Senkung der globalen Belastung *(Ding 2016)*.

Indikatorensysteme

Die Indikatorensysteme zu Präventionsaktivitäten wählen in der Regel Prozessindikatoren wie z. B. das Assessment körperlicher Aktivität aus, da diese direkt durch das Verhalten des Beraters verändert werden können (under provider control). Ergebnisparameter stellen zwar eine wichtige Informationsquelle dar, liegen jedoch nur teilweise in der Verantwortlichkeit des Gesundheitsberaters.

- CINDI (Countywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention)
- Healthy People 2010: Es wird eine Steigerung des Anteils auf 30 % bei Erwachsenen angestrebt.
- OECD-Indikatoren: Health Promotion, Prevention and Primary Care

Leitlinien

Empfehlungen zur Ausübung körperlicher Aktivität finden sich in zahlreichen Leitlinien zu chronischen Erkrankungen, z. B. Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit oder Adipositas.

- DEGAM: Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos empfiehlt die *DEGAM 2017* eine Beratung bezüglich gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Bewegung, Ernährung, Rauchstopp) (Empfehlungsgrad: A; Evidenzlevel: Ia), u. a.:
  - Alle Personen sollten zu regelmäßiger körperlicher Aktivität ermutigt werden. Die Kombination und Auswahl der körperlichen oder sportlichen Aktivitäten sollte sich an den Vorlieben/Fähigkeiten des Einzelnen orientieren.
  - Bei moderater Intensität bezüglich der Freizeitaktivität sollte diese möglichst an 5 Tagen der Woche mit jeweils 30 Minuten erfolgen.
  - Jede regelmäßige moderate Bewegungseinheit > 10 min zählt. Ab täglich 15 min oder 90 min/Woche moderat intensiver Bewegung sind Effekte zu erwarten.

- EACPR: Regular assessment and counselling on physical acitivity is recommended to promote the engagement and, if necessary, to support an increase in physical acitivity volume over time (Empfehlungsgrad: I, Evidenzlevel: B) *(Piepoli et al. 2016).*
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft: Um Übergewicht und Adipositas zu verhindern, soll empfohlen werden, sich bedarfsgerecht zu ernähren, regelmäßig körperlich zu bewegen und das Gewicht regelmäßig zu kontrollieren (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: 1++ bis 4) *(DAG et al. 2014).*

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Als Referenzwert gelten in den westlichen Industrienationen 15–20 % (WHO, CDC). Als Zielwert werden z. B. von der „Healthy People 2010"-Initiative 30 % angestrebt. Untersuchungen aus Deutschland belegen einen Anteil körperlich Aktiver von unter 30 % *(Krug et al. 2013).*

Interpretation

Dieser Indikator ist als Ergebnisparameter in Bezug auf intensivere Präventionsaktivitäten zur Steigerung körperlicher Aktivität zu verstehen und wird in der Regel zur Evaluation von Präventionsinterventionen eingesetzt.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Indikatorwerte könnten in Qualitätszirkeln diskutiert werden: Führen gesteigerte Ergebnisse in die Präventionsbemühungen tatsächlich zu einem Anstieg körperlich Aktiver? Durch welche Maßnahmen könnte der Anteil körperlich Aktiver noch gesteigert werden? Insbesondere in der kommunalen Gesundheitsförderung spielen Bewegungsangebote eine wichtige Rolle. Durch den gemeinsamen Austausch und die Bündelung von Informationen und Erfahrungswerten zu regionalen Angeboten kann ein Qualitätszirkel hier synergistisch wirken und so der einzelnen Praxis die Arbeit erleichtern. Auch ein Austausch über nützliche und qualitativ hochwertige Health-Apps kann im Qualitätszirkel hilfreich sein.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Dieser Indikator könnte dazu beitragen, eine gemeinsame Präventionsstrategie z. B. auch unter Einbeziehung regionaler Sportvereine und von Gemeindeaktivitäten sowie von Präventionsangeboten der Versicherungsträger zu entwickeln. Präventionsangebote verschiedener Quellen könnten somit gebündelt werden und als Präventionsprogramm evaluiert werden.

Ernährung und (Über-)Gewicht

Epidemiologie

Übergewicht stellt nicht nur für Erwachsene, sondern zunehmend auch für Kinder und Jugendliche in industrialisierten Ländern ein gravierendes Gesundheitsproblem dar.

Nach Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) von 2014/2015, beruhend auf Selbstauskunft der Befragten, sind in Deutschland 54,0 % der Erwachsenen übergewichtig oder adipös (BMI über 25 kg/m²). Es sind insgesamt mehr Männer (43,3 %) übergewichtig (BMI zwischen 25 und 30 kg/m²) als Frauen (28,8 %). Die Prävalenz von Adipositas (BMI über 30 kg/m²) liegt bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich bei 18,1 %. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter an. Seit der letzten GEDA-Befragung 2010 ist die Prävalenz von Übergewicht unverändert hoch, die Adipositasprävalenz hat zugenommen *(RKI 2017a)*.

Auch bei Kindern und Jugendlichen ist die Prävalenz von Adipositas und Übergewicht in Deutschland auf einem hohen Niveau stabil. Nach den Ergebnissen der zweiten Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland *(KiGGS Welle 2, 2014–2017)* sind (eingeordnet in das WHO-Referenzsystem) 1,6 % der 5- bis 17-Jährigen untergewichtig, 26,3 % übergewichtig (einschließlich Adipositas) und 8,8 % adipös *(RKI 2018a)*.

Risiko

Übergewicht und Adipositas erhöhen das Risiko für Krankheiten und andere gesundheitliche Einschränkungen. Adipositas führt zu einer erhöhten Beanspruchung der Muskulatur und des Skelettsystems. Adipositas begünstigt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Arthrose und einige Krebserkrankungen (u. a. Kolon-, Pankreas- und Nierenkrebs, postmenopausalen Brustkrebs sowie Krebserkrankungen der Gebärmutterschleimhaut *[RKI 2015b]*).

Ursachen

Die Ursachen der Adipositasentstehung sind multifaktoriell und komplex. Übergewicht und Adipositas sind nicht nur ein einfaches Problem der Willensstärke und Selbstkontrolle oder rein dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten zuzuschreiben. Die Entstehung ist verbunden mit einer Vielzahl von Begleitfaktoren wie Appetitregulation, Energiestoffwechsel, genetische Faktoren, familiäre und soziale Situation, arbeitsbezogene Faktoren, Stressbelastung, Bewegungsgewohnheiten etc.

Definition und Messung von (Über-)Gewicht

Übergewicht und Adipositas sind definiert als eine Vermehrung des Körpergewichts durch eine Vermehrung des Körperfettanteils. Die Festlegung der Ausprägung des Übergewichts erfolgt international üblicherweise durch die Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI). Dieser errechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern, und trägt die Einheit kg/m². Normalerweise liegt der BMI bei Erwachsenen zwischen 19 und 24,9 kg/m². Ab einem BMI von 25 spricht man von Übergewicht (Overweight), ab einem Wert von 30 von Adipositas (Obesity). Eine

graduierte Klassifizierung der Adipositas ist sinnvoll, um Personen mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko identifizieren und adäquate Therapiestrategien ableiten zu können.

Tabelle 5: Klassifizierung der BMI-Werte

BEZEICHNUNG	BMI kg/m²
Normalgewicht	18,5–24,9
Übergewicht	25,0–29,9
Adipositas Grad I	30,0–34,9
Adipositas Grad II	35,0–39,9
Adipositas Grad III	> 40

Die BMI-Messung ist einfach durchzuführen und korreliert gut mit der Menge des Gesamtfetts.

Weitere Messmethoden sind:

- Waist-to-Hip-Ratio (WHR): Diese ist definiert als der Quotient aus Taillen- und Hüftumfang. Dieser sollte bei Männern unter 1, bei Frauen unter 0,85 liegen.
- Der Taillenumfang in cm sollte bei Männern unter 94–102 und bei Frauen unter 80–88 liegen.

Eine Erhöhung des Taillenumfangs oder der WHR wird auch bei Abwesenheit einer Hypercholesterinämie, Hyperglykämie oder Hypertension als Risikofaktor für die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit (KHK) gewertet.

Praxisumsetzung

Da es sich bei der Adipositas um ein multifaktorielles, chronisches Krankheitsbild handelt, ist eine kontinuierliche Betreuung der Patienten erforderlich, was das Scheitern von Kurzzeitinterventionen in Bezug auf die Langzeiterfolge von Gewichtsreduktionsprogrammen erklärt. Eine kontinuierliche Begleitung und Beratung (z. B. nach dem 5-A-Konzept) können eine Verhaltensänderung bezüglich des Essverhaltens bzw. eine Gewichtsreduktion unterstützen.

Die regelmäßige Messung von Größe und Gewicht ist eine schnelle, kostengünstige, leicht praktikable Maßnahme, die es ermöglicht, Gewichtszunahmen und auch (ungewollte) Gewichtsabnahmen zu erkennen. Die BMI-Bestimmung ist dabei als Standardmethode zur Diagnostik von Übergewicht und Adipositas anzusehen; lediglich bei Grenzwerten kann die WHR (Waist-to-Hip-Ratio) zusätzliche Erkenntnisse liefern. Deswegen wird die regelmäßige Messung von Körpergröße und -gewicht und ggf. die Durchführung von bzw. die Überweisung an ein multimodales Verhaltenstraining von der USPSTF empfohlen. Aufgrund mangelnder Datenlage werden keine Empfehlungen zur Häufigkeit der Messungen gegeben *(U.S. Preventive Services Task Force 2014)*.

Die standardisierte regelmäßige Messung des Taillenumfangs ist aus Sicht der DEGAM nicht sinnvoll. In einem Kommentar zur S3-Leitlinie Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ wurde folgendes Sondervotum der DEGAM aufgenommen: „Nach Ansicht der DEGAM ist es in der Primärversorgung nicht sinnvoll, bei jedem Patienten den Taillenumfang zu messen, ohne die individuelle Ausgangssituation zu berücksichtigen. Schwellenwerte in diesem Kontext sind wenig hilfreich. Viel wichtiger ist die Gesamtschau der einzelnen Risikofaktoren und Komorbiditäten sowie die Einschätzung der Körperform unter Einbeziehung des Körpergewichts“ *(Deutsche Adipositas-Gesellschaft 2014)*.

Ernährungsverhalten

Die Messung und Beurteilung des Ernährungsverhaltens stellen hingegen ein größeres Problem dar. Selbstberichtete Ernährungsverhaltensweisen sind oft ungenau und nicht reliabel. Eine Alternative stellen validierte und standardisierte Fragebögen dar, die Ernährungsgewohnheiten systematisiert abfragen. Aus den Ergebnissen kann z. B. ein Index wie der Healthy Eating Index *(Guenther et al. 2013)* mit einer maximal erreichbaren Punktzahl von 100 gebildet werden. Rafferty et al. (2002) konnten zeigen, dass die Messung der Ernährungsqualität mit diesem Indikator unter Benutzung des BRFSS-Fragebogens (Behavioral Risk Factor Surveillance System) valide und praktikabel ist.

Das Robert Koch-Institut führt, gemeinsam mit dem Max Rubner-Institut, eine bundesweit repräsentative Studie zu Gesundheit und Ernährung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland durch. Die Studie mit einer Laufzeit von 2019 bis 2021 wird aktuellere Zahlen zum Ernährungsverhalten und zum Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland liefern *(Robert Koch-Institut 2018b)*.

Risiken

Folgen einer ungesunden Ernährungsweise können auch ohne begleitendes Übergewicht gesundheitliche Probleme und die Entstehung von Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit, einigen Formen von Krebs, Schlaganfall, Bluthochdruck und Diabetes mellitus sein. Ernährungsfaktoren stehen darüber hinaus auch mit Erkrankungen wie Osteoporose, Obstipation, Divertikulose, Eisenmangelanämie, Zahnerkrankungen und Mangelernährung in Zusammenhang. Und schließlich führt eine kalorienreiche und unausgewogene Ernährung in Zusammenhang mit ungenügender körperlicher Aktivität zu Übergewicht mit den bereits erwähnten Folgen.

Empfehlungen

Einer allgemeinen Beratung zur Ernährung können die 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zugrunde gelegt werden. Die Regeln wurden 2017 aktualisiert und an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst:

- Lebensmittelvielfalt genießen
- Gemüse und Obst – nimm „5 am Tag“
- Vollkorn wählen
- Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen
- Gesundheitsfördernde Fette nutzen
- Zucker und Salz einsparen
- Am besten Wasser trinken
- Schonend zubereiten
- Achtsam essen und genießen
- Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben

Weiterführende Informationen zu den einzelnen Empfehlungen finden sich bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung *(DGE 2017)*.

Die allgemeine Ernährungsberatung eines unselektierten Patientengutes in der Hausarztpraxis ist laut der U.S. Preventive Services Task Force *(USPSTF 2014)* nicht zu empfehlen: „Although the correlation among healthful diet, physical activity, and the incidence of cardiovascular disease is strong, existing evidence indicates that the health benefit of initiating behavioral counseling in the primary care setting to promote a healthful diet and physical activity is small. Clinicians may choose to selectively counsel patients rather than incorporate counseling into the care of all adults in the general population.“

Für die Beratung zur Ernährung zur kardiovaskulären Risikoreduktion besagt die Leitlinie der DEGAM, dass grundsätzlich die Beratung zur Ernährung für die kardiovaskuläre Prävention immer die Gesamtsituation des Versicherten berücksichtigen sollte und in ein Gesamtkonzept mit Bewegungsförderung und Rauchverzicht eingebettet sein sollte.

„Eine individuelle Beratung und ein regelmäßiges Follow-up sind dabei für einen nachhaltigen Erfolg einer Ernährungsumstellung ebenso wichtig wie die Ernährungsumstellung per se“ *(Noakes et al. 2004)*. In der Ernährungsberatung zur kardiovaskulären Prävention sollten auch psychosoziale Aspekte Berücksichtigung finden *(Bach-Faig et al. 2011, Kelly et al. 2003)*. Für das hausärztliche Ziel, den Patienten hinsichtlich einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten zu betreuen, wird ein schrittweises individualisiertes Vorgehen empfohlen *(Walker et al. 2009)*. Bei Bedarf sollte vom Hausarzt die Intensivierung der Ernährungsberatung durch die Teilnahme an einer strukturierten Schulung bzw. Beratung (Einzel- oder Gruppenberatung) z. B. durch die Krankenkasse empfohlen werden *(DEGAM 2017)*.

Im Folgenden finden sich die Empfehlungen der DEGAM *(DEGAM 2017)*:

- Die Ernährung sollte abwechslungsreich sein und sich an den Empfehlungen der mediterranen Kost orientieren.
- Der Anteil gesättigter Fette an den Nahrungsfetten sollte möglichst gering sein. Sie sollten durch einfach bzw. mehrfach ungesättigte Fettsäuren ersetzt werden.
- Es sollte empfohlen werden, den Kochsalzkonsum auf unter 6 g/Tag zu beschränken.
- In der Beratung sollte empfohlen werden, den Alkoholkonsum zu beschränken.
- Eine Supplementierung mit Vitamin- bzw. Antioxidantien-Präparaten sollte nicht generell empfohlen werden.
- Vitamin B und Folsäure zur Senkung des Homocysteinspiegels sollen in der kardiovaskulären Prävention bei unselektierten Patienten nicht verwendet werden.

GKV-Leitfaden Prävention

Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands unterscheidet beim Handlungsfeld Ernährung zwei Präventionsprinzipien: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie Vermeidung und Reduktion von Übergewicht. Die Empfehlung für Versicherte, an einem verhaltensmedizinischen Gruppentraining zur Umstellung von Ernährungsgewohnheiten teilzunehmen, kann den individuellen Prozess positiv unterstützen.

Versicherte mit ernährungsbezogenem Fehlverhalten ohne psychische (Ess-)Störungen können an solchen Gruppenangeboten zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung teilnehmen. Das Ziel ist eine Stärkung der Motivation und Handlungskompetenz für eine eigenverantwortliche und nachhaltige Umstellung von Ernährungsgewohnheiten.

Personen mit einem BMI zwischen 25 und 30 (bzw. einem BMI zwischen 30 und < 35 nach ausdrücklicher ärztlicher Empfehlung) ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-)Störungen können darüber hinaus im Rahmen des Präventionsprinzips Reduktion von Übergewicht an einem Gruppentraining zum gesundheitsfördernden Ernährungs- und Bewegungsverhalten teilnehmen mit dem Ziel einer angemessenen Gewichtsreduktion und langfristigen Gewichtsstabilisierung *(GKV-Spitzenverband 2018)*. Anbieter solcher Programme sind z. B. Ökotrophologen, Volkshochschulen oder die Krankenkassen.

Indikator 4: Versicherte mit dokumentiertem Body-Mass-Index (BMI)

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator „Versicherte mit dokumentiertem Body-Mass-Index" gibt an, bei wie vielen Versicherten eine BMI-Berechnung und Dokumentation durch Messung von Größe und Gewicht durchgeführt worden sind.

Begründung

Die Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI) stellt eine Screeningmethode zur Erfassung übergewichtiger (und untergewichtiger) Versicherter dar. Durch die BMI-Bestimmung können Gewichtsveränderungen im Zeitverlauf verfolgt und erforderliche Handlungskonsequenzen abgeleitet werden. Da allgemeine Ernährungsberatungen für das unselektierte Patientengut einer Praxis nicht empfohlen werden *(U.S. Preventive Services Task Force 2014)*, dient der Indikator zur Identifikation einer Risikopopulation, für die weitere Beratungsaktivitäten erfolgversprechender sind. Außerdem dient die Bestimmung der Indikationsstellung für eine Therapienotwendigkeit. Die interdisziplinäre S3-Leitlinie Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas" *(Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al. 2014)* gibt als Indikationen für eine Behandlung der Adipositas die folgenden Kriterien an:

„Indikationen für eine Behandlung übergewichtiger und adipöser Menschen sollen sein:

- ein BMI ≥ 30 kg/m² oder
- Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und < 30 kg/m² und gleichzeitiges Vorliegen
  - übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z. B. Hypertonie, T2DM) oder
  - einer abdominalen Adipositas oder
  - von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder
  - eines hohen psychosozialen Leidensdrucks."

Die regelmäßige BMI-Messung dient daher u. a. der Verlaufskontrolle und dem Erkennen einer potenziellen Behandlungsbedürftigkeit. Eine Dokumentation des Befundes sollte daher bei jeder Erstvorstellung eines Patienten und anschließend in zweijährigen Abständen durchgeführt werden.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Die Messung von Größe und Gewicht sowie die BMI-Berechnung sind einfache Maßnahmen, die vom ärztlichen Personal durchgeführt werden können. Die Dokumentation sollte einheitlich erfolgen, so dass die Zeitabstände zwischen den Dokumentationen leicht erfassbar sind.

Ausblick

Bei einer Evaluation über einen längeren Zeitraum ließe sich beurteilen, wie viele Ärzte diesen wichtigen Basisparameter regelmäßig bestimmen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum 1 Jahr.

Bezugsebene Alle erwachsenen Versicherten (18–75 Jahre) .

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentierter BMI-Messung}}{\text{Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).}}$$

Zähler Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentierter BMI-Messung.

Nenner Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation.

Verfügbarkeit der Daten Die Erfassung der aktuellen Anzahl erwachsener Versicherter ist über die Praxis-EDV leicht möglich. Die Entwicklung von elektronischen Extraktionssystemen könnte die Datengewinnung präzisieren und vereinfachen. Die Nutzung eines Remindersystems über die Praxis-EDV kann hilfreich sein, um eine regelmäßige Erfassung sicherzustellen.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Der Indikator zeigt den Anteil der Versicherten mit BMI-Bestimmung an und protokolliert damit die Erfassung eines in der Prävention wichtigen Parameters, aus dem sich Konsequenzen ergeben.

Reliabilität Die Reliabilität ist hoch, wenn die zur Berechnung benötigten Größen tatsächlich gemessen werden. Die Berechnung aus Versichertenangaben ist häufig ungenau, da gezeigt werden konnte, dass Menschen ihre Größe eher überschätzen, ihr Gewicht hingegen unterschätzen *(Connor Gorber et al. 2007)*.

Veränderungs-sensitivität Bei konsequenter Bestimmung und Dokumentation des BMI-Wertes wird der Indikator entsprechend ansteigen. Der Indikator ist somit direkt vom Untersucher steuerbar.

Praktikabilität Die Messung und Berechnung des Wertes sind einfach. Die Dokumentation muss dahingehend erfolgen, dass ein zeitlicher Verlauf der Messungen leicht und übersichtlich erfassbar ist.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Die Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI) ist eine international anerkannte, valide und reliable Methode, um den Körperfettgehalt zu bestimmen sowie Übergewicht und Adipositas und auch Untergewicht bei älteren Menschen zu definieren. Die Messung des BMI wird empfohlen für das Screening von Übergewicht bzw. Adipositas bei Erwachsenen *(Canadian Task Force on Preventive Health Care 2015)*. Da Ernährungsberatungen für die Allgemeinheit nicht generell empfohlen werden, ermöglicht die BMI-Messung die Definition einer Risikogruppe, bei der Präventionsberatungen eine größere Wahrscheinlichkeit für einen Erfolg haben *(U.S. Preventive Services Task Force 2014)*.
Nach Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) von 2014/2015, beruhend auf Selbstauskunft der Befragten, sind in Deutschland 54,0 % der Erwachsenen übergewichtig oder adipös (BMI über 25 kg/m²). Es sind insgesamt mehr Männer (43,3 %) übergewichtig (BMI zwischen 25 und 30 kg/m²) als Frauen (28,8 %). Die Prävalenz von Adipositas (BMI über 30 kg/m²) liegt bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich bei 18,1 % *(RKI 2017a)*.

Praxisstudien und Evidenz

Eine regelmäßige Messung des BMI-Wertes hat jedoch nicht nur den Vorteil, Übergewichtige zu identifizieren und zu beraten, sondern auch Gewichtsabnahmen zu erkennen, die z. B. bei älteren Menschen auf eine Mangelernährung oder bösartige Erkrankung hindeuten können, bei jüngeren Menschen aber auch Ausdruck einer sich entwickelnden Essstörung sein können.
Zur Häufigkeit der BMI-Bestimmung gibt es keine eindeutigen Empfehlungen; diese wird der Verantwortlichkeit der Ärzte bzw. Gesundheitsberater überlassen. In den Leitlinien finden sich hierzu keine bzw. unterschiedliche Angaben.
Ein Scoping-Review von 2019 kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Dokumentation des BMI in Praxen häufig unzureichend ist bzw. der BMI selten dokumentiert wird. „The results show that primary care doctors and nurses are more likely to give advice as BMI increases and often miss opportunities to discuss weight with overweight patients. Body Mass Index (BMI) is often wrongly categorised as overweight, when in fact it is in the range of obese, or not recorded and when health advice is given, it can be of poor quality. Few studies on this topic included people under 40years, practice nurses as the focus and those with a BMI of 25–29.9 without a risk factor. A „toolkit" approach to improve advice and adherence to evidence based guidelines should be explored in future research" *(Walsh et al. 2019)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Durch die frühzeitige Erfassung von Übergewichtigen wird eine Risikogruppe selektiert, die im weiteren Verlauf intensiver betreut werden kann. Durch die intensivere Betreuung sollten sich Prävalenzen von Komorbiditäten verhindern lassen.

Kosteneffektivität

Mit Übergewicht und Adipositas ist eine Vielzahl von gesundheitlichen Problemen und Folgeerkrankungen assoziiert. Eine frühzeitige Erfassung und ein adäquates Management mit entsprechenden therapeutischen Empfehlungen leisten darum einen wichtigen Beitrag zur Senkung der durch die Folgeerkrankungen entstehenden Kosten.

Indikatorensysteme

- MIPS Measure 128: Preventive Care and Screening: Body Mass Index (BMI) Screening and Follow-Up Plan Percentage of patients aged 18 years and older with a BMI documented during the current encounter or during the previous twelve months AND with a BMI outside of normal parameters, a follow-up plan is documented during the encounter or during the previous twelve months of the current encounter.
- ICSI: Percentage of Patients Who Have an Annual BMI Measured or Documented.
- NCQA: Percentage of members 18–74 years of age who had an outpatient visit and whose BMI was documented in the past 2 years.

Leitlinien

- USPSTF: United States Preventive Services Task Force (USPSTF): Put Prevention Into Practice (PPIP): The USPSTF recommends that clinicians offer or refer adults with a body mass index of 30 or higher (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared) to intensive, multicomponent behavioral interventions.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: „We recommend measuring height, weight and calculating BMI at appropriate primary care visits. Appropriate visits include wellness visits, visits for medication renewal and other visits where the primary care practitioner deems it appropriate“ *(Canadian Task Force on Preventive Health Care 2015)*.
- DAG: Um Übergewicht und Adipositas zu verhindern, soll empfohlen werden, sich bedarfsgerecht zu ernähren, regelmäßig körperlich zu bewegen und das Gewicht regelmäßig zu kontrollieren (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: 1++ bis 4) *(DAG et al. 2014)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Interpretation

Je höher der Wert des Indikators ist, desto höher ist der Anteil der Versicherten, deren BMI-Wert regelmäßig bestimmt wird.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Ergebnisse des Indikators könnten miteinander verglichen und diskutiert werden.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Regelmäßige Messung und Dokumentation des BMI-Wertes.

Indikator 5: Übergewichtige mit Beratung zum Thema Übergewicht und Ernährung

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator umfasst die Anzahl der Personen, die einen BMI-Wert über 27 aufweisen und eine diesbezügliche Beratung erhalten haben.

Begründung

In Studien konnte gezeigt werden, dass die Auswahl einer Risikogruppe Beratungsaktivitäten bezüglich des Ernährungsverhaltens verbessert. Eine Beratung von Übergewichtigen bezüglich der Ernährung und weiterer Risikofaktoren wird einheitlich empfohlen. In Westeuropa und den USA ist ein BMI < 25, aber > 20 mit dem niedrigsten kardiovaskulären Risiko assoziiert. Das Risiko steigt bei einem BMI zwischen 25 und 30; ab einem BMI > 30 kg/m^2 steigt die Gesamtmortalität hauptsächlich aufgrund der Zunahme der kardiovaskulären Mortalität. Zentrale Adipositas (Taillenumfang > 102 bei Männern und > 88 bei Frauen) geht ebenfalls mit einem inversen Risiko einher und ist noch stärker als die allgemeine Adipositas, gemessen über den BMI, mit dem kardiovaskulären Risiko assoziiert. Der hier als Schwelle festgelegte BMI von 27 orientiert sich an den Studienergebnissen und ist zu verstehen als ein Filter, ab dem eine Beratung dieser Bevölkerungsgruppe hauptsächlich im Hinblick auf weitere Risikofaktoren im Sinne des Gesamt-Risikofaktoren-Konzepts sinnvoll ist.
Für die Einschätzung einer Beratungsnotwendigkeit bzw. die Einschätzung der Adipositas als pathologischer Zustand oder Risikofaktor sollte laut der DEGAM der Kontext von Begleiterkrankungen, Alter und anderer Faktoren Berücksichtigung finden (Sondervotum Leitlinie Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“).

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Konsequente Erfassung des Anteils der übergewichtigen Patienten bei Erstkontakt und in regelmäßigen Abständen

Ausblick

Durch die Beratung soll ein Prozess eingeleitet werden, der es Patienten ermöglicht, Probleme im Zusammenhang mit ihrem Übergewicht zu bewältigen.
Bei der Beratung sollte der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands berücksichtigt werden und ggf. eine ärztliche Präventionsempfehlung ausgestellt werden. Damit bekommt der Indikator bzw. das Thema eine noch weitere Verbreitung und der Hausarzt nutzt das vorhandene Angebot an Kursen der Verhaltensprävention, indem er Patienten diesbezüglich berät.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum 1 Jahr.

Bezugsebene Alle Versicherten im Alter von 18 bis 75 Jahren.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der übergewichtigen* Versicherten (18–75 Jahre) mit erhaltener Beratung}}{\text{Anzahl aller übergewichtigen* Versicherten (18–75 Jahre).}}$$

Zähler Anzahl der übergewichtigen* Versicherten (18–75 Jahre) mit erhaltener Beratung.

Nenner Anzahl aller übergewichtigen* Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation.

Verfügbarkeit der Daten Alle Daten sind verfügbar, wenn ein Extraktionsprogramm für die benutzte Praxis-EDV verwendet wird und auch die Beratung dokumentiert wurde. Die Bestimmung der Versichertenanzahl mit BMI-Messungen und entsprechender Beratung setzt eine standardisierte Dokumentation voraus.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Beratung von Übergewichtigen ist ein komplexes Geschehen, das aus vielen Bausteinen besteht (Ernährungsberatung, Gewichtsmanagement, Risikofaktormanagement, Techniken der Verhaltensänderung). Der Indikator kann nicht erfassen, ob alle empfohlenen Bausteine durch die dokumentierte Beratung abgedeckt sind. Wird aber postuliert, dass die Beratung nach dem 5-A-Konstrukt erfolgt und Dokumentationshilfen entwickelt werden, durch die Beratungsaktivitäten transparent werden, ist die Validität hoch.

Reliabilität Die Reliabilität ist abhängig von der verwendeten Dokumentationsform. Bei guter Dokumentation ist sie hoch.

Veränderungs-sensitivität Die Veränderungssensitivität ist gegeben. Je mehr übergewichtige Patienten beraten werden, desto höher ist der Wert des Indikators.

Praktikabilität Patientenberatungen gehören zum Praxisalltag und werden seit jeher durchgeführt. Die Strukturierung der Beratung unter Berücksichtigung verhaltenspsychologischer Aspekte sowie die Dokumentation der Beratungsergebnisse, auch unter Einbeziehung des Praxispersonals, bedeuten jedoch einen Mehraufwand. Durch das 5-A-Konstrukt wird versucht, diesen Mehraufwand gering zu halten.

* hier definiert als BMI > 27

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Eine Indikation zur Behandlung besteht bei einer Adipositas und bei Übergewicht in Abhängigkeit von Begleiterkrankungen bzw. der Gesamtsituation. Die Indikation zur Beratung leitet sich aus dem mit dem erhöhten Körpergewicht assoziierten gesundheitlichen Risiko ab bzw. aus den organmedizinischen und psychosozialen Auswirkungen des Körpergewichtes *(Deutsche Gesellschaft für Adipositas 2014)*. Höhere Stufen der Adipositas sind mit einer erhöhten Gesamtmortalität assoziiert *(Flegal et al. 2013)*. Die Gesamtmortalität bei Übergewicht (BMI 25 bis 29,9 kg/m^2) ist im Vergleich zu derjenigen bei Normalgewicht (BMI 18,5 bis 24,9 kg/m^2) nicht erhöht. Für einzelne Erkrankungen ist das Risiko bei Übergewicht erhöht, für andere vermindert oder unverändert. Für Adipositas ist das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko insgesamt erhöht. Das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko wird durch Faktoren wie Geschlecht, Alter, ethnische und sozioökonomische Unterschiede mitbestimmt *(Lenz et al. 2009)*.

Praxisstudien und Evidenz

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass insbesondere eine Reduktion des Fettkonsums durch Ernährungsberatung erreicht werden konnte *(Steptoe et al. 1999)*.

Obwohl keine ausreichende Evidenz für die Vorteile einer Gewichtsreduktion bei Patienten mit mäßigem Übergewicht besteht, gilt es als erwiesen, dass die Inzidenzen für chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Hypertonie und die koronare Herzkrankheit mit ansteigendem BMI zunehmen. Daher erscheint eine Beratung hinsichtlich weiterer Risikofaktoren und der Aufklärung der Patienten über ihr individuelles Krankheitsrisiko als sinnvolle Intervention *(Must et al. 1999)*. Die Beratung sollte sich jedoch nicht einseitig auf die Gewichtsabnahme konzentrieren, da diese auch mit Risiken verbunden ist und die Entstehung von Essstörungen fördern kann *(Irving et al. 2002)*. Die Beratung sollte, basierend auf dem 5-A-Konstrukt *(Elford et al. 2001, U.S. Preventive Services Task Force 2003)*, auf individuelle Lebensgewohnheiten, die Motivationslage und Barrieren der Patienten eingehen. Beratungsstrategien, die auf die individuelle Zielsetzung und die Unterstützung des Selbstmonitorings abzielen, haben sich als besonders erfolgreich ge-zeigt. Für die Beibehaltung einer Verhaltensänderung waren autonomiestärkende Methoden förderlich *(Samdal 2017)*.

Die Beratungsmaßnahmen zu Übergewicht und Adipositas sollten auf die besondere Bedeutung körperlicher Aktivität zur Gewichtsabnahme und -stabilisierung hinweisen. Ob das für die Allgemeinheit zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen empfohlene Ausmaß körperlicher Aktivität einer 30-minütigen moderaten Bewegung an 5–7 Tagen pro Woche ausreichend ist, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, ist jedoch unklar. Erlichmann et al. (2002) gehen davon aus, dass höhere Aktivitätsgrade für die Verhinderung von Gewichtszunahmen erforderlich sind.

In der S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (2014) finden sich die folgenden Empfehlungen:

- Übergewichtige und adipöse Menschen sollen ermutigt werden, sich mehr körperlich zu bewegen. Körperliche Aktivität soll neben der Ernährungs- und Verhaltenstherapie ein Bestandteil der Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sein.
- Es sollte sichergestellt werden, dass übergewichtige und adipöse Menschen keine Kontraindikationen für zusätzliche körperliche Aktivität aufweisen.
- Für eine effektive Gewichtsabnahme sollte man sich > 150 Min./Woche mit einem Energieverbrauch von 1.200 bis 1.800 kcal/Woche bewegen. Krafttraining allein ist für die Gewichtsreduktion wenig effektiv.

Ein regelmäßiges Follow-up ist laut der DEGAM für den nachhaltigen Erfolg ebenso wichtig wie die Ernährungsumstellung an sich *(Noakes et al. 2004)*. Psychosoziale Aspekte sollten Berücksichtigung finden *(Bach-Faig et al. 2011, Kelly et al. 2003)*. „Für das hausärztliche Ziel, den Patienten hinsichtlich einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten zu betreuen, wird ein schrittweises individualisiertes Vorgehen empfohlen" *(Walker et al. 2009)*. „Bei Bedarf sollte vom Hausarzt die Intensivierung der Ernährungsberatung durch die Teilnahme an einer strukturierten Schulung bzw. Beratung (Einzel- oder Gruppenberatung) z. B. durch die Krankenkasse empfohlen werden" *(DEGAM 2017)*.

Es liegen deutliche Hinweise darauf vor, dass verhaltensorientierte, patientenzentrierte Beratungen, die Patienten im Erlernen von Fähigkeiten der Verhaltensänderung unterstützen, ihre Veränderungsbereitschaft beachten und das Setzen von Zielen integrieren, am meisten Erfolg versprechen. Diese Bausteine entsprechen dem bereits beschriebenen 5-A-Konstrukt *(U.S. Preventive Services Task Force 2003)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Die Reduzierung der Krankheitslast ergibt sich dadurch, dass sinnvolle, aufeinander abgestimmte Präventions- und Beratungsmaßnahmen zu einer Reduktion von übergewichtsassoziierten Erkrankungen führen. Die weltweite Krankheitslast durch Übergewicht und Adipositas ist enorm, effektive Präventionsmaßnahmen und strukturierte Interventionsmöglichkeiten sind darum ein wichtiges Ziel *(The GBD 2015 Obesity Collaborators 2017)*.

Kosteneffektivität

Die Kosteneffektivität ließe sich durch Bündelung und Koordination wichtiger Ressourcen sicherlich steigern. Ein weiterer Vorteil von gezielten, auf die persönliche Situation von Patienten zugeschnittenen Präventionsmaßnahmen ist, dass sie effektiver sind als ungerichtete „Massenaktionen", die sich nicht an der Änderungsbereitschaft der Patienten orientieren und deshalb ins Leere laufen. Dagegen aufzurechnen wären die Kosten, die durch Schulung der Ärzte und Beratungsvergütungen entstehen.

Indikatorensysteme

- ICSI: Percentage of patients with a BMI greater than or equal to 25 who received education and counseling for weight-management strategies that include nutrition, physical activity, lifestyle changes, medication therapy, and/or surgical considerations (each education/counseling strategy is based on BMI level).
- IOM: Increase the proportion of physician office visits that include counseling or education related to nutrition or weight.
- AHRQ: Screen all adults for obesity. Clinicians should offer or refer patients with a body mass index (BMI) of 30 kg/m² or higher to intensive, multicomponent behavioral interventions.

Leitlinien

- American Academy of Family Physicians (AAFP): Summary of policy recommendations for periodic health examinations:
  Adults with a BMI ≥ 30 offer or refer to intensive, multicomponent behavioral interventions.
- SIGN: Management of Obesity. A national guideline (2010): Healthcare professionals should discuss willingness to change with patients and then target weight loss interventions according to patient willingness around each component of behaviour required for weight loss, eg specific dietary and/or activity changes.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: This recommendation applies to apparently healthy adults (≥ 18 yr) who present to primary care. The recommendation does not apply to people with eating disorders, or who are underweight, pregnant, overweight or obese (BMI ≥ 25). We recommend that practitioners not offer formal, structured interventions aimed at preventing weight gain in normal-weight adults. Adults who are overweight or obese may be candidates for weight-loss treatment.
- USPSTF: The USPSTF recommends that clinicians offer or refer adults with a body mass index (BMI) of 30 or higher (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared) to intensive, multicomponent behavioral interventions.
- DEGAM: Nach Auffassung der DEGAM (Sonderkommentar zur interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“) liegt nicht genügend Evidenz für die Aussage vor, dass der BMI bei Erwachsenen 25 kg/m² nicht überschreiten sollte. Flegal und Kollegen weisen in einem systematischen Review darauf hin, dass die Lebenserwartung bei einem BMI zwischen 25 kg/m² und 30 kg/m² am höchsten ist *(DAG et al. 2014)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Interpretation

Je höher der Wert des Indikators ist, desto mehr übergewichtige Patienten mit einem BMI-Wert > 27 erhalten eine hausärztliche Beratung.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Erfahrungen bei Beratungsaktivitäten könnten dazu dienen, Arbeitsmaterialien und Dokumentationshilfen für Beratungsaufgaben zu entwickeln und damit den Arbeitsaufwand zu verringern. Möglich wäre auch, Beratungstechniken durch Schulungen, die in den Qualitätszirkeln stattfinden könnten, zu erlernen oder zu vertiefen.
Ziel der Schulungen wäre es, den Ärzten geeignete Werkzeuge für die in zunehmendem Umfang auf sie zukommenden Beratungsanforderungen an die Betreuung an die Hand zu geben.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Die intensivere Beschäftigung mit den Ergebnissen kann zu einer Steigerung der Beratungsaktivitäten und Beschäftigung mit Beratungstechniken führen. Dies kann z. B. die Verstärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ernährungsberatern, Krankenkassen etc. sein.
Auf diese Weise könnten immer mehr Bausteine der verhaltensorientierten Beratung, die sich in Studien als eine effiziente Beratungsform herausgestellt hat, in die Beratung einfließen. Es wäre auch möglich, die anfangs aufgelisteten Probleme in der Präventionsarbeit zu reduzieren und die Beratungszeiten durch ein systematisches, strukturiertes Vorgehen zu verkürzen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass durch die Ausrichtung von Beratungsaktivitäten auf die Veränderungsbereitschaft des Patienten geringere Frustrationen auf Seiten der Ärzte und auch der Patienten entstehen. Ein weiterer Aspekt wäre eine Verstärkung der interdisziplinären bzw. interprofessionellen Kooperation z. B. mit Ernährungsberatern bzw. das Ausstellen von Präventionsempfehlungen für die Teilnahme an Ernährungskursen nach dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands zu Handlungsfeldern nach § 20 SGB V.

Rauchen

Epidemiologie

Als Einzelfaktor stellt der Zigarettenkonsum eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Nach Schätzungen der WHO sterben weltweit jährlich 8 Millionen Menschen an den Folgen des Zigarettenkonsums, davon 1,2 Millionen an den Folgen des Passivrauchens *(WHO 2019)*. Schätzungen gehen davon aus, dass im Jahr 2013 rund 121.000 Todesfälle in Deutschland auf das Rauchen zurückzuführen sind, das entspricht einem Anteil von 13,5 % an allen Todesfällen *(DKFZ 2015)*. In den vergangenen Jahren wurde in Deutschland eine Vielzahl von v. a. verhältnisorientierten Maßnahmen implementiert wie z. B. Steuererhöhungen, Nichtraucherschutzgesetze, Rauchverbote in öffentlichen Räumen und Warnhinweise auf Zigarettenpackungen, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu senken.

„Nach GEDA 2014/2015-EHIS rauchen 20,8 % der Frauen und 27,0 % der Männer ab 18 Jahren zumindest gelegentlich. Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der aktuell Rauchenden in den jüngeren Altersgruppen am höchsten. Das Rauchen ist in höheren Bildungsgruppen bei Frauen und Männern deutlich seltener verbreitet als in niedrigen Bildungsgruppen. Seit 2003 ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Erwachsenenbevölkerung gesunken. Trotz beachtlicher Fortschritte besteht in Deutschland hinsichtlich der Tabakpräventionspolitik – auch im europäischen Vergleich – in vielen Bereichen (z. B. Werbeverbote und Besteuerung) noch deutliches Verbesserungspotenzial“ *(RKI 2017b)*.

Folgewirkungen

Der Zusammenhang zwischen Lungenerkrankungen, kardiovaskulären Erkrankungen und Krebserkrankungen ist gut belegt *(DKFZ 2015)*: Rauchen verursacht Schädigungen in fast jedem Organ bzw. Organsystem des Körpers und ist damit der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische nicht übertragbare Krankheiten wie z. B. Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs und Diabetes. Diese Erkrankungen sind weltweit für zwei Drittel aller Todesfälle verantwortlich.

Im Tabakrauch ist eine Vielzahl von potenziell karzinogenen Stoffen enthalten. Rauchen ist ursächlich an der Entstehung von Krebserkrankungen der Lunge und Bronchien, des Rachens, der Mundhöhle und des Kehlkopfs sowie der Speiseröhre beteiligt. Aber auch andere Krebsarten wie das Pankreaskarzinom und Karzinome der Niere, Gallenblase und des Gebärmutterhalses werden damit in Zusammenhang gebracht. Bei bestehenden Krebserkrankungen führt Tabakkonsum zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands.

Zigarettenrauchen schädigt nahezu alle Organe und Organsysteme des Körpers *(DKFZ 2020)*.

- Rauchen fördert die Atherosklerosebildung und stellt damit einen wichtigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt sowie zerebrovaskuläre und peripher vaskuläre Erkrankungen dar. „Rauchende haben im Vergleich zu Nichtrauchenden ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ein doppelt so hohes Risiko für Schlaganfälle“ *(DKFZ 2020)*.
- Rauchen gilt auch als ein wichtiger Risikofaktor bei der Entstehung von Lungenerkrankungen wie z. B. der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung oder der Pneumonie.
- Tabakrauchen geht mit einem erhöhten Osteoporoserisiko einher und beeinflusst die Gesundheit von Nichtrauchern durch Passivrauchen. Das Rauchen schwangerer Frauen beeinträchtigt das fetale Wachstum. „Rauchen während der Schwangerschaft schadet dem Ungeborenen. Es führt zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburtskomplikationen und beeinträchtigt die Entwicklung des Kindes bis ins Erwachsenenalter hinein“ *(DKFZ 2020)*.

Aufgrund der Vielzahl von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen, die auf den Tabakkonsum zurückzuführen sind, hat die Beendigung des Rauchens sowohl kurz- als auch langfristig erhebliche positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand.

Tabakkonsum

Fast immer liegt das Einstiegsalter in der Jugend. Das Durchschnittsalter, in dem Jugendliche ihre erste Zigarette rauchen, lag 2016 bei 15,1 Jahren *(BZgA 2018.)*. Bei rauchenden Jugendlichen finden sich sozioökonomische Unterschiede, häufiger haben Jugendliche, die rauchen, einen niedrigeren Bildungsstand. Begünstigend auf das Rauchen bei Jugendlichen wirken sich die folgenden Aspekte aus:

- rauchende Eltern
- Einfluss gleichaltriger Freunde, die rauchen
- Zigaretten, denen Zusatzstoffe wie Kakao und Menthol einen besseren Geschmack verleihen. Auch das anfängliche Kratzen im Hals beim Rauchen einer Zigarette kann durch Zusatzstoffe gedämpft werden. Damit wird eine weitere Schwelle von Kindern und Jugendlichen gegenüber dem Rauchen gesenkt.
- Werbung, die gezielt die Motivation von Kindern und Jugendlichen zum Rauchen verstärkt.

Quelle: BZgA rauchfrei-info.de

Definition und Erfassung

Alle empirischen Untersuchungen zum Rauchverhalten beschäftigen sich an zentraler Stelle mit der scheinbar einfachen Frage, welche der befragten Personen als „Raucher" zu bezeichnen sind. Da es sich bei den Befragungsdaten um subjektive Aussagen handelt, ist an der Zuverlässigkeit der Angaben zu zweifeln, insbesondere dann, wenn die zunehmend geringer werdende Akzeptanz von Rauchern dazu führt, dass die Betroffenen dazu tendieren, ihr Verhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit zu beschreiben. Die Verwendung mehrerer Fragen kann die Zuverlässigkeit durch Einkreisung des Themas steigern. Objektiv messbare Parameter wie der Kohlenmonoxid-, Thiocyanat- oder Cotiningehalt in Speichel-, Blut- oder Urinproben können eine Messmethode in Studien darstellen, sind aber im Praxisalltag nicht geeignet *(Riemann et al. 1997)*.

Typisierung von Rauchern

Eine wichtige Frage stellt dabei die Definition bestimmter Expositionsformen des Rauchens im Lebenslauf dar. Im Folgenden finden sich darum einige Definitionen dazu *(RKI 2005)*:

- **„Jemalsraucher/in:** Eine Person, die in ihrem bisherigen Leben zu irgendeinem Zeitpunkt über einen definierten Mindestzeitraum (ein halbes Jahr) mehr als eine definierte Mindestdosis Tabakwaren pro Tag/Woche/Monat aktiv geraucht hat.
- Als Mindestmengen gelten dabei
  - 1 Zigarette/Tag oder mind. 5 Zigaretten/Woche oder mind. 1 Packung Zigaretten/Monat oder
  - 1 Zigarillo/Tag oder mind. 5 Zigarillos/Woche oder
  - 2 Zigarren/Woche oder
  - 2 Pfeifen/Woche.
- **Gegenwärtige/r Raucher/in:** Eine Person, die zum Zeitpunkt der Erhebung aktiv raucht oder weniger als einen definierten Zeitraum vor dem Zeitpunkt der Erhebung mit dem Rauchen aufgehört hat.
- **Ex-Raucher/in:** Eine Person, die die oben genannte Definition für ‚Jemalsraucher/in' erfüllt, gegenwärtig jedoch seit einem definierten Mindestzeitraum nicht mehr raucht.
- **Gelegenheitsraucher/in:** Raucher/innen, die derzeit bzw. in der Vergangenheit nur zu bestimmten Gelegenheiten (z. B. zu gesellschaftlichen Anlässen wie Partys, Discobesuche, Familien- oder Betriebsfeiern) rauchen bzw. rauchten.
- **Nichtraucher/in:** Personen, die in ihrem gesamten Leben niemals länger als ein halbes Jahr die oben angegebenen Mindestmengen an Tabakwaren pro Tag oder pro Woche geraucht haben. Personen, die nicht über einen Zeitraum von 6 Monaten regelmäßig geraucht haben.
- **Nieraucher/in:** Personen, die in ihrem bisherigen Leben nie geraucht haben.
- **Passivraucher/in:** Nichtraucher/in, die durch aktives Rauchen anderer Personen in ihrer privaten, beruflichen oder öffentlichen Umgebung gegenüber Tabakrauch exponiert werden."

Formen des Rauchens

Neben den klassischen Produkten wie Zigaretten spielen E-Zigaretten und v. a. bei jugendlichen Rauchern Wasserpfeifen zunehmend eine wichtige Rolle. Auch diese Formen des Rauchens können z. T. erhebliche gesundheitliche Auswirkungen haben, was häufig unterschätzt wird. Viele Jugendliche sind der Meinung, dass Wasserpfeifen weniger schädlich sind und ein geringeres Suchtpotenzial haben als Zigaretten. Allerdings kann das Rauchen von Wasserpfeifen z. B. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und schwere chronische Atemwegserkrankungen verursachen und auch abhängig machen. Darüber hinaus wird die Raumluft mit potenziell gesundheitsgefährdenden Schadstoffen belastet, was auch das Risiko für anwesende Nichtraucher erhöht *(DKFZ 2018, Orth et al. 2018)*.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat zu den neueren Formen des Rauchens jeweils ein Fact-Sheet publiziert, in dem die wesentlichen gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums aufgeführt sind: dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fakten_zum_Rauchen.html

Maßnahmen und Empfehlungen

Neben politischen, massenmedialen und schulischen Präventionsmöglichkeiten stehen in der Hausarztpraxis bzw. Ärztenetzen Maßnahmen zur individuellen Beratung und Behandlung zur Tabakentwöhnung im Vordergrund. Ein Rauchverzicht trägt unabhängig vom Alter des Rauchers entscheidend zur Verringerung der gesundheitlichen Risiken bei. Dies gilt neben den Folgeerkrankungen auch für akute Folgen der Tabakabhängigkeit.

Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ aus dem Jahr 2015 gibt Empfehlungen zum Screening, zur Indikationsstellung und zur (ärztlichen) Unterstützung des Rauchverzichts. Folgende Empfehlungen daraus sind für die ärztliche Kurzberatung besonders relevant *(AWMF 2015)*:

- **„Motivationsbehandlung und Kurzinterventionen**
- **Kurzberatung:** In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.
- **Kurzberatung (Inhalte):** Die Kurzberatung für aufhörbereite Raucher sollte einen Verweis auf weiterführende Hilfsangebote wie Einzel- oder Gruppenbehandlung oder Telefonberatung beinhalten.
- **Motivierende Gesprächsführung:** Motivierende Gesprächsführung sollte bei Rauchern, die eine geringe Motivationslage haben, zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.
- **Telefonische Beratung:** In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.
- **Internetbasierte Selbsthilfeprogramme:** Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten internetbasierte Selbsthilfeprogramme angeboten werden.
- **Mobile Selbsthilfeprogramme:** Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten mobile Selbsthilfeprogramme angeboten werden.
- **Selbsthilfematerialien:** In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten klassische Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden.“

Folgende Hilfestellungen können Patienten von Hausärzten bzw. in einem Ärztenetz zur Raucherentwöhnung ergänzend zur Kurzberatung zur Verfügung gestellt werden:

- **Bereitstellung von Selbsthilfematerialien**
  Diese haben nur kleine Effekte auf die Ausstiegsquoten. Die Effekte können aber dadurch gesteigert werden, dass entsprechende Materialien individualisiert auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten werden. Wenn keine weitere Intervention erfolgt, haben schriftliche Materialien einen gewissen Effekt, in Ergänzung der ärztlichen Beratung/Unterstützung ist der Mehrwert gering *(Livingstone-Banks 2019)*.

- **Beratung**
  Die Identifikation und kurze Ausstiegsberatung (short advice) aller Raucher im Rahmen einer ärztlichen Routineuntersuchung können den Anteil der Aussteiger erhöhen *(U.S. Preventive Services Task Force 2014, AWMF 2015, Stead et al. 2013, Kastaun et al. 2017)*. Auch hierbei kann die bereits erläuterte 5-A-Strategie als Leitfaden dienen *(Kastaun et al. 2017, DKFZ et al. 2005, Bundesärztekammer o. J.)* (zur 5-A-Strategie s. auch oben S. 20 f.)

  In der DEGAM-Leitlinie heißt es: „Eine einfache kurze ärztliche Beratung ist bereits effektiv (NNT = 40), um den Rauchstopp um zusätzliche 1–3 % über die spontanen Rauchstopp-Raten von ca. 2 % pro Jahr zu erhöhen *(Stead et al. 2013)*. Höhere Anteile an Patienten, die mit dem Rauchen aufhören, können durch intensivere und geschulte Beratung durch Hausärzte erreicht werden *(Mantler et al. 2012)*. Zur Unterstützung kann z. B. kostenloses Material der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) genutzt werden *(rauchfrei-info.de)*. Die meisten Ex-Raucher haben es aber ohne Hilfe geschafft aufzuhören. Bei Bedarf stehen zur Raucherentwöhnung nicht-pharmakologische und pharmakologische Interventionen zur Verfügung. Kosten dafür werden in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen nicht regelhaft übernommen“ *(DEGAM 2017)*.

  Bei bestehendem Ausstiegswunsch eignen sich verhaltenstherapeutische Interventionen durch geschulte Therapeuten auf individueller oder gruppendynamischer Basis *(Keller et al. 2001)*. Hier können auch Maßnahmen nach § 20 SGB V empfohlen werden. Auch der Leitfaden Prävention beinhaltet das Präventionsprinzip „Förderung des Nichtrauchens“. Hier wird für rauchende Versicherte eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenberatung mit Informationsvermittlung und Motivationsstärkung empfohlen. Die Kosten werden anteilig von den Kassen erstattet, sofern der Anbieter eine entsprechende Qualifikation hat *(GKV-Spitzenverband 2018)*.

  Die telefonische Raucherberatung ist eine Beratungsform, durch die große Anteile der Bevölkerung unter Schonung von Personalressourcen erreicht werden können und deren Wirksamkeit moderate Effekte gezeigt hat. Allerdings ist die Studienlage dazu heterogen *(Matkin et al. 2019)*.

- **Medikamentöse Hilfestellungen**
  Diese betreffen in erster Linie die Verabreichung von Präparaten zur Nikotinersatztherapie in allen Applikationsformen sowie eine Therapie mit Bupropion *(DKFZ et al. 2005)*. Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" gibt einen Überblick über alle zur Verfügung stehenden medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten *(AWMF 2015)*.

- **Praktische Hilfestellungen**
  Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) bieten verschiedene telefonische und Online-Beratungsmöglichkeiten an:
  - rauchfrei-info.de
  - anbieter-raucherberatung.de
  - BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung, Telefon: 0 800 8 31 31 31 (kostenfrei)

Risikogruppen

Bei der Definition von Qualitätsindikatoren in der Raucherberatung sind bestimmte Risikogruppen zu beachten. Eine besondere Risikogruppe stellen rauchende Schwangere dar, die das gesundheitliche Risiko für sich selbst und für die Entstehung frühgeburtlicher Schäden erhöhen. Eine Beratung zur Raucherentwöhnung wird bei Schwangeren ebenso empfohlen wie eine Rückfallprophylaxe nach der Geburt.

Eine weitere Risikogruppe stellen Kinder rauchender Eltern dar. Eine Beratung der Eltern über die Konsequenzen ihres Verhaltens für die Kinder sollte ebenso erfolgen.

Ältere Raucher (> 65 Jahre) sollten ebenfalls in bewährter Technik beraten werden, da auch für diese Altersgruppe Vorzüge der Nikotinabstinenz, insbesondere im Hinblick auf die Inzidenz von Herzinfarkten und Schlaganfällen, belegt sind *(Fiore et al. 2000, Lightwood et al. 1997)*.

Indikator 6: Versicherte mit dokumentiertem Raucherstatus

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator gibt an, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, deren Raucherstatus erfragt und dokumentiert wurde.

Begründung

Rauchen gilt als ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung zahlreicher Erkrankungen. Die Erfassung dieses Risikofaktors ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Ableitung weiterer Interventionsmaßnahmen. Erhebungen aus den USA haben gezeigt, dass der Raucherstatus nur in etwa 50 % der Fälle dokumentiert wird *(NCQA 2007)*.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Konsequente Erfassung und Dokumentation des Raucherstatus.

Ausblick

Die regelmäßige Dokumentation des Raucherstatus führt zur Identifikation einer Risikogruppe, die mit gezielten Hilfestellungen versorgt werden kann.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

1 Jahr.

Bezugsebene

Alle Versicherten von 18 bis 75 Jahren.
Obwohl natürlich auch Kinder und Jugendliche über den Nikotinabusus aufgeklärt und beraten werden sollten, bezieht sich dieser Indikator nur auf die Gruppe der Erwachsenen in der (haus-)ärztlichen Betreuung. Für Kinder und Jugendliche gelten zum einen andere Raucherdefinitionen, da das Rauchen hier zunächst sporadisch begonnen wird; zum anderen sollte die Beratung in den Peer-Gruppen in der Schule oder z. B. Vereinen erfolgen, da diese im Jugendalter den größten Einfluss auf die Entwicklung älterer Kinder und Jugendlicher ausüben.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentiertem Raucherstatus in der Patientenakte}}{\text{Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre.)}}$$

Zähler

Anzahl der Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentiertem Raucherstatus in der Patientenakt. e

Nenner

Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien

Keine.

Datenquelle

Praxisdokumentation.

Verfügbarkeit der Daten Eine einfache und genaue Möglichkeit stellt eine elektronische Datenextraktion aus der Praxis-EDV dar. Die Nutzung eines Remindersystems über die Praxis-EDV kann hilfreich sein, um eine regelmäßige Erfassung sicherzustellen.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Validität ist hoch, da der Indikator eine definitive Aussage über das Dokumentationsverhalten bezüglich des Raucherstatus macht.

Reliabilität Die Reliabilität ist dann hoch, wenn der Patient keine negativen Konsequenzen bei der Angabe „Raucher" befürchtet und wahrheitsgemäß antwortet. Davon ist bei einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis auszugehen. Eine Befragung durch den Versicherungsträger erscheint hier eher ungeeignet, da die Wahrscheinlichkeit sich dann erhöhen könnte, im Sinne des „erwünschten Verhaltens" zu antworten. Die Reliabilität lässt sich auch durch die Verwendung mehrerer Fragen und einer exakten Definition steigern.

Veränderungssensitivität Je höher die Anzahl der Dokumentationen, desto höher ist der Wert des Indikators. Der Indikator ist somit direkt von der Dokumentationshäufigkeit abhängig.

Praktikabilität Die Dokumentation des Raucherstatus ist einfach durchzuführen. Die Verwendung von Dokumentationshilfen könnte die Dokumentation selbst sowie die Datengewinnung zur Indikatormessung vereinfachen.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz In der „ÄSP-kardio-Studie" wurden bundesweit 4.000 Hausärzte zur Erfassung des Raucherstatus und zur Beratung zur Raucherentwöhnung befragt. Dabei gaben 89 % an, routinemäßig den Tabakkonsum zu erfassen, und 82 % rieten Rauchern zum Rauchstopp. Zwei Drittel der befragten Ärzte gaben an, Patienten regelmäßig Kurzberatungen zur Raucherentwöhnung anzubieten *(Schneider et al. 2014a, Schneider et al. 2014b)*.

Praxisstudien und Evidenz Die USPSTF empfiehlt eine Raucheranamnese für alle Erwachsenen *(U.S. Preventive Services Task Force 2014)*. Die Frage nach dem Rauchverhalten wird zudem von zahlreichen Organisationen empfohlen, z. B.: American College of Physicians (ACP), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Pediatrics (AAP), National Cancer Institute (NCI), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Bezüglich der Wichtigkeit der Dokumentation des Raucherstatus sowie der daraus abzuleitenden Ausstiegsberatung gibt es in der Studienlandschaft keine Widersprüche. Dieser Sachverhalt spiegelt sich in der einvernehmlichen Empfehlung dieser Maßnahmen als Grad-A-Empfehlung in allen wesentlichen Leitlinien wider.

Die Empfehlung „Each patient's smoking status should be identified and recorded" findet sich in 20 von 22 identifizierten nationalen Leitlinien mit Primary-Care-

Bezug *(Verbiest et al. 2017)*. Für die kardiovaskuläre Prävention hat die DEGAM formuliert: Bei allen Patienten sollte der Nikotinkonsum erfragt und dokumentiert werden *(DEGAM 2017)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Die Identifikation der Risikogruppe ist die Voraussetzung für die Einleitung weiterer Maßnahmen, die dann zu einer Reduzierung der Krankheitslast führen können.

Kosteneffektivität

Die Kosteneffektivität ist dadurch gegeben, dass Maßnahmen zur Raucherentwöhnung auf eine Risikogruppe gebündelt werden können und diese, unter Berücksichtigung der Änderungsbereitschaft, individuell beraten werden kann. Die Kosteneffektivität dieser Vorgehensweise konnte belegt werden *(Fiore 2008)*.

Indikatorensysteme

- Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI): Healthy Lifestyles, Percentage of population with documentation of assessment of tobacco use.
- Royal New Zealand College of General Practitioners (RNZCGP): The College supports programmes and initiatives that involve general practices and their patients in smoking cessation. General practices are encouraged to increase their use of the ABC approach and aim to ask every smoker about quitting at every visit. Practices should also be supported to use audits to know where improvements need to be made.
- NCQA: Anteil der eingeschriebenen Patienten mit dokumentiertem Raucherstatus. Die Daten werden hierbei über ein „Patientenakten-Audit“ vor Ort nach festgelegten Extraktionsregeln gewonnen.

Leitlinien

- The Royal Australian College of General Practitioners Supporting smoking cessation: a guide for health professionals *(Zwar et al. 2011)*.
  Die Empfehlung „Each patient's smoking status should be identified and recorded“ findet sich in 20 von 22 identifizierten nationalen Leitlinien mit Primary-Care-Bezug.
  „Our study shows that there is almost universal agreement between guidelines regarding the need in primary care to identify smokers“ *(Verbiest et al. 2017)*.
- DEGAM: Bei allen Patienten sollte der Nikotinkonsum erfragt und dokumentiert werden (Empfehlungsgrad: B, Evidenzlevel: Ia) *(DEGAM 2017)*.
- AWMF: Alle Patienten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Eine systematische Erfassung des Tabakkonsums in der Patientendokumentation verbessert die Interventionsraten. Tabakkonsum soll in der Patientendokumentation fortlaufend erfasst werden (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: 1a) *(AWMF et al. 2015)*. (Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM] stimmt diesen beiden Empfehlungen nicht zu. Vielmehr sollen Patienten „in der hausärztlichen Betreuung zumindest einmal als Teil einer Basisdokumentation nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden“. Diese Abfrage soll ggf. anlassbezogen aktualisiert werden *[AWMF et al. 2015]*).

- DKFZ und BÄK: „Jeden Patienten aufs Rauchen ansprechen“ *(DKFZ et al. 2005)*.
- EACPR: „It is recommended to identify smokers and provide repeated advice on stopping with offers to help by use of follow up support, nicotine replacement therapy, varenicline and bupropion individually or in combination“ *(Piepoli et al. 2016)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Aus Daten des NCQA ergibt sich für 1996 eine Rate von 59,2 % für den Anteil der Patienten mit dokumentiertem Raucherstatus. Das Ziel ist 75 %. In den Health Partners Medical Groups, in denen ebenfalls HEDIS®-Indikatoren verwendet werden, wird die Dokumentationsrate für den Raucherstatus im Jahr 2000 mit 74,2 % angegeben.

Interpretation

Je höher der Wert des Indikators ist, desto höher ist die Anzahl der Ansprachen und Dokumentationen des Raucherstatus.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Erfahrungsaustausch, Umgang mit schwierigen Patienten, Erarbeitung von Dokumentationshilfen und/oder Reminderfunktionen. Die Methode der Datengewinnung könnte diskutiert werden. Da eine tatsächliche Erfassung aller Patientenakten wohl nur elektronisch möglich ist, wäre die Methodik zur Auswahl einer Praxisstichprobe zu überlegen.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Steigerung der Dokumentationstätigkeit.
Im Netz könnte der Benefit der standardisierten Dokumentation reflektiert und die Verwendung einer entsprechenden Software anvisiert werden.

Indikator 7: Raucher mit Beratung

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator 7 gibt den Anteil der Raucher an, die bezüglich ihres Rauchverhaltens beraten wurden.

Begründung

Die routinemäßige Beratung von Rauchern in der Hausarztpraxis wird in allen Leitlinien international empfohlen. Dabei sind die Beratungsmöglichkeiten klar definiert: Sie bestehen aus dem kurzen und präzisen Ratschlag, mit dem Rauchen aufzuhören, sowie weiteren Beratungsaktivitäten entsprechend dem 5-A-Konzept.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen Eventuell Dokumentationshilfen, zur Durchführung intensiverer Beratungsmaßnahmen sind eventuell Schulungen der Ärzte erforderlich.

Ausblick Dieser Indikator soll zunächst „einfache" Beratungsaktivitäten wie den „kurzen Ratschlag" und die 5-A-Vorgehensweise abfragen.
Die Beratungsempfehlungen der Leitlinien umfassen aber noch weitergehende Maßnahmen wie z. B. die Überweisung zu Spezialisten, die medikamentöse Therapie oder Kombinationen von Maßnahmen. Der gesamte Algorithmus der Entwöhnungsbehandlung könnte, wenn sich entsprechende Kompetenzen herausgebildet haben, durch weitere Indikatoren abgebildet werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum 1 Jahr.

Bezugsebene Alle Versicherten von 18 bis 75 Jahren.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Raucher (18–75 Jahre) mit Kurzberatung zur Raucherentwöhnung}}{\text{Anzahl aller Raucher (18–75 Jahre.)}}$$

Zähler Anzahl der Raucher (18–75 Jahre) mit Kurzberatung zur Raucherentwöhnung.

Nenner Anzahl aller Raucher (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation. Das NCQA erfasst einzelne Bausteine des 5-A-Konstruktes durch ein „Patientenakten-Audit".

Verfügbarkeit der Daten Die Daten können aus der Praxis-EDV extrahiert werden; hierzu wäre die Einführung einer speziellen Beratungskennung erforderlich.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Bei entsprechender Dokumentation ist die Validität hoch, da sich die Beratungsaktivitäten gut identifizieren lassen.

Veränderungssensitivität Die Reliabilität ist ebenfalls hoch und steigt bei Verwendung von Dokumentationshilfen an.

Je mehr Raucher entsprechend den Vorgaben beraten werden, desto höher ist der Wert des Indikators. Als Prozessindikator unterliegt die Steigerung des Indikatorwerts direkt dem Einfluss des Arztes.

Praktikabilität

Die Beratung an sich sollte in die Routinekommunikation integriert werden können. Die Dokumentation von Beratungsaktivitäten bedeutet einen Mehraufwand, der sich durch die Bereitstellung von Dokumentationshilfen vereinfachen lässt.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

„Eine Kurzberatung, die während der Routinesprechstunde stattfinden kann, wird als motivierendes Gespräch durchgeführt und beinhaltet eine konkrete Empfehlung zum Rauchstopp, die Aufklärung über Therapieoptionen und das Einleiten der Behandlung. Dennoch wird diese Empfehlung in Deutschland viel zu selten umgesetzt. Als Gründe hierfür werden häufig genannt: Unsicherheit in der Anwendung der Kurzberatung sowie der Mangel an Zeit und Kostenerstattung der Beratung“ *(Kastaun et al. 2017)*.

In der „ÄSP-kardio-Studie“ wurden bundesweit 4.000 Hausärzte zur Erfassung des Rauchstatus und zur Beratung zur Raucherentwöhnung befragt. Dabei gaben 89 % an, routinemäßig den Tabakkonsum zu erfassen, und 82 % rieten Rauchern zum Rauchstopp. Zwei Drittel der befragten Ärzte gaben an, Patienten regelmäßig Kurzberatungen zur Raucherentwöhnung anzubieten *(Schneider et al. 2014a, Schneider et al. 2014b)*.

Praxisstudien und Evidenz

Der Nutzen von Kurzinterventionen zur Raucherentwöhnung, die eine Identifikation von Rauchern und eine Kurzberatung in der täglichen Routinekonsultation beinhalten, ist belegt *(Stead et al. 2013, U.S. Preventive Services Task Force 2014)*. Der Grad der Empfehlung wird von der USPSTF als „A“-Recommendation angegeben. Schwangere Frauen werden insbesondere in die Beratungsempfehlungen einbezogen, sie sollen auch über die schädigenden Effekte des Rauchens auf die Gesundheit des Ungeborenen beraten werden („A“-Recommendation). Es gibt keine einheitlichen Empfehlungen zur Frequenz der Kurzberatungen, jedoch werden wiederholte Botschaften im Verlauf einer Raucherentwöhnung als sinnvoll erachtet *(DKFZ et al. 2005, U.S. Preventive Services Task Force 2014)*. Bezüglich der Wichtigkeit der Dokumentation des Raucherstatus sowie der daraus abzuleitenden Ausstiegsberatung gibt es in internationalen Empfehlungen keine Widersprüche. Dieser Sachverhalt spiegelt sich in der einvernehmlichen Empfehlung dieser Maßnahmen als Grad-A-Empfehlung in allen wesentlichen Leitlinien wider *(U.S. Preventive Services Task Force 2014, DEGAM 2017, Verbiest et al. 2017, Fiore et al. 2008)*.

„Da die Mehrheit der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr eine hausärztliche Praxis aufsucht, ist es gerade in der primärärztlichen Versorgung möglich, eine Großzahl an Rauchern/-innen mit unterstützenden Methoden zu erreichen und damit die Rauchprävalenz zu senken“ *(Kastaun et al. 2017)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Die Identifikation der Risikogruppe ist die Voraussetzung für die Einleitung weiterer Maßnahmen, die dann zu einer Reduzierung der Krankheitslast führen können. Eine konsequente Beratung durch den Hausarzt, die auch ein regelmäßiges Nachfragen als Begleitung des Entwöhnungsprozesses beinhaltet, führt langfristig zu einem Erfolg.

Kosteneffektivität

Die Kosteneffektivität einer Beratung unter Berücksichtigung des 5-A-Konzeptes konnte als wahrscheinlich gegeben belegt werden *(Fiore et al. 2008)*.

Indikatorensysteme

- ACOVE: Bei Rauchern sollte eine Beratung oder ein Entwöhnungsversuch mindestens einmal unternommen werden.
- FACCT: Erfassung und Beratung von Rauchern
- NCQA: Anteil der Raucher mit Beratung. Die Daten werden hierbei über ein „Patientenakten-Audit" vor Ort nach festgelegten Extraktionsregeln gewonnen.
- Royal New Zealand College of General Practitioners (RNZCGP): Anteil der Raucher, die eine Kurzberatung zum Rauchverzicht erhalten haben
- Canadian Institute for Health Information: Pan-Canadian Primary Health Care indicators: Smoking Cessation

Leitlinien

- DEGAM: Es soll empfohlen werden, das Rauchen vollständig einzustellen (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: Ia) *(DEGAM 2017)*.
- EACPR: It is recommended to identify smokers and provide repeated advice on stopping with offers to help, by the use of follow up support, nico-tine replacement therapies, varenicline, and bupropion individually or in combination (Empfehlungsgrad: I, Evidenzlevel: A) *(Piepoli et al. 2016)*.
- AWMF: In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll eine Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: 1a) *(AWMF et al. 2015)*.
- AWMF: In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: 1a) *(AWMF et al. 2015)*.
- National Health Committee (NZ) (2002): Guidelines for Smoking cessation: Empfehlungen nach dem 5-A-Konstrukt mit praktischen Hilfestellungen wie Vorschlägen zur Dokumentation und Beratungsfragestellungen.
- The USPSTF recommends that clinicians ask all adults about tobacco use, advise them to stop using tobacco, and provide behavioral interventions and U.S. Food and Drug Administration (FDA) – approved pharmacotherapy for cessation to adults who use tobacco *(U.S. Preventive Services Task Force 2014)*.
- The Royal Australian College of General Practitioners: All smokers should be offered brief advice to quit *(Zwar et al. 2011)*.
- „All smokers should be given brief advice to stop" (Empfehlung in 20 von 22 Leitlinien mit Bezug zur Primary Care); „Smokers' motivation to quit should be assessed" (17 von 22 Leitlinien); „All smokers wishing to stop should be offered assistance" (22 von 22 Leitlinien) *(Verbiest et al. 2017)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Das NCQA gibt für 1996 einen Wert für diesen Indikator von 62 % an. Bis zum Jahr 2000 stieg dieser auf 66 % an *(NCQA 2007)*.
Medicare Managed Care nennt für das Jahr 1998 einen Wert von 70,7 % *(CDC 2000)*.
57,2 % der Raucher gaben 2015 an, eine Beratung zum Rauchstopp bekommen zu haben *(Babb et al. 2017)*.

Interpretation

Je höher der Wert des Indikators ist, desto mehr Raucher haben Beratungsgespräche erhalten.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Beratungserfahrungen können in Qualitätszirkeln ausgetauscht und diskutiert werden. Es könnten Dokumentationshilfen erarbeitet werden, die die Vorgehensweise in der Beratung nach dem 5-A-Konzept kenntlich machen und den Dokumentationsaufwand erleichtern.
Bereits bestehende Dokumentationshilfen und Ratschläge zum Vorgehen in der Beratung nach dem 5-A-Konzept, die in internationalen Leitlinien dargestellt werden, könnten diskutiert und auf ihre Anwendbarkeit in der Praxisroutine untersucht werden.
Informationsmaterialien und Unterstützungsmöglichkeiten können ausgetauscht und diskutiert werden.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Steigerung der Beratungsaktivität und eventuell auch der Beraterkompetenzen.
In Arztnetzen könnte die Vorgehensweise in der Beratung und Behandlung der Raucherentwöhnung unter Einbeziehung vorhandener Netzressourcen weiter ausgebaut werden. Es könnte z. B. eine Beratungsstelle für alle Patienten des Netzes eingerichtet werden, die weiterführende Hilfe für ausstiegswillige Patienten in Form von speziellen Beratungsangeboten, Informations- und Selbsthilfematerialien bereitstellt und es Hausärzten ermöglicht, intensivierte Hilfestellungen auch außerhalb der Praxis anbieten zu können. In Arztnetzen oder Versorgungsmodellen könnten gemeinsam für die Versicherten mehrerer Praxen Gruppenangebote nach § 20 SGB V angeboten werden.

Indikator 8: Anteil der Raucher

I Beschreibung

Aussage
Dieser Indikator gibt den Anteil der Versicherten an, die – entsprechend der festgelegten Definition – Raucher sind.

Begründung
Rauchen gilt als größter Einzelrisikofaktor für die Entstehung zahlreicher Erkrankungen und ist medizinisch wie gesundheitsökonomisch von entscheidender Bedeutung. Die Reduzierung des Anteils der rauchenden Bevölkerung ist daher für das Gesundheitssystem ein wichtiges Präventionsziel.

Zielstellung
Der Indikatorwert sollte möglichst niedrig sein.

Einbezogene Fachgruppen
Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen
Die Voraussetzung für die Erstellung dieses Indikators ist die korrekte Erfassung des Raucherstatus.

Ausblick
Dieser Indikator stellt einen Zielparameter dar. Da gezeigt werden konnte, dass Beratungsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung effektiv sind, müsste der Wert dieses Indikators im Laufe der Zeit kleiner werden. Die Erwartungen müssen sich dabei jedoch an vorliegenden Daten orientieren, nach denen die Effektivitätsrate einer Kurzberatung z. B. bei 2 % liegt. Es ist also davon auszugehen, dass dieser Indikator nur langsam sinkt.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum
1 Jahr.

Bezugsebene
Alle Versicherten (18–75 Jahre), die per definitionem Raucher sind.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Raucher (18–75 Jahre)}}{\text{Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre)}}.$$

Zähler
Anzahl der Raucher (18–75 Jahre).

Nenner
Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien
Keine.

Datenquelle
Praxisdokumentation.

Verfügbarkeit der Daten
Die Daten können aus der Praxis-EDV extrahiert werden. Eine andere Möglichkeit stellt die externe Befragung der Versicherten dar.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität

Die Validität ist bei korrekter Dokumentation hoch. Bei Erhebung der Daten durch eine Versichertenbefragung würde die Validität vermutlich sinken, da hierbei eher die Gefahr einer falsch negativen Antwort seitens des Versicherten aus Angst vor drohenden Sanktionen bestehen könnte.

Reliabilität

Die Reliabilität ist bei standardisierter Vorgehensweise in der Befragung hoch.

Veränderungs-sensitivität

Die Veränderungssensitivität ist für den Indikator 8 geringer als für die anderen beiden Indikatoren zum Thema Rauchen. Es ist davon auszugehen, dass der ärztliche Rat allein bei einem unselektierten Patientengut eine Erfolgsquote von 2 % hat *(Stead et al. 2013)*. Weitere Interventionen wie z. B. Hilfestellungen durch Berater-Hotlines oder Überweisungen zu verhaltensorientierter Gruppentherapie sowie medikamentöse Hilfestellungen – wie sie im 5-A-Modell unter „assist" vorgesehen sind – erhöhen diesen Anteil und zeigen bei ausstiegsbereiten Patienten eine Effektivitätsrate von bis zu 12 %. Weitere Kombinationen erhöhen den Effekt, allerdings nur bei Rauchern mit vorhandener Veränderungsbereitschaft. Da die Veränderung der Verhaltensweise Rauchen ein Prozess ist, der in unterschiedlicher Geschwindigkeit abläuft, stellen änderungsbereite Raucher immer nur einen bestimmten Teil aller Raucher dar, auf den diese Effektivitätsraten zutreffen. Zudem liegen die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Rauchstopp im Wesentlichen auch im Patienten selbst. Der Anteil der Raucher wird also nur langsam und eher geringfügig abnehmen und unterliegt nur zum Teil dem Einfluss des Arztes.

Praktikabilität

Die Erhebung des Raucherstatus ist eine im Vergleich zu der Erfassung anderer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen einfache und schnell durchführbare Maßnahme.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

„Nach GEDA 2014/2015-EHIS rauchen 20,8 % der Frauen und 27,0 % der Männer ab 18 Jahren zumindest gelegentlich" *(RKI 2017b)*.

Praxisstudien und Evidenz

Alle internationalen Organisationen im Gesundheitswesen empfehlen die routinemäßige Befragung und Beratung zum Raucherstatus. Einige werden hier nur beispielhaft aufgeführt: American College of Physicians, American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Cancer Society, American College of Obstetricians and Gynaecologists, American Heart Association, American Lung Association, National Cancer Institute, American Medical Association, American Dental Association, National Institutes of Health, U.S. Preventive Services Task Force, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Agency for Health Care Policy and Research, World Organization of Family Doctors (WONCA), Deutsche Krebsgesellschaft, DEGAM, AWMF.

Reduzierung der Krankheitslast

Im Sinne der Prozessqualität sensibilisiert die Erfassung dieses Indikators die Ärzteschaft für die kontinuierliche Erfassung des Raucherstatus. Aufgrund des hohen Risikos für gesundheitliche Schäden und Folgeerkrankungen durch das Rauchen führt die Senkung des Anteils der Raucher langfristig zu einer Senkung der Krankheitslast. Zu berücksichtigen sind hierbei jedoch die langsame Senkung der Raucherquote und die begrenzte Einflussnahme durch den Arzt.

Kosteneffektivität

Im Bereich der Raucherberatung konnte in den USA und Großbritannien die Kosteneffektivität aller in der Raucherentwöhnungsberatung und -behandlung empfohlenen Maßnahmen bis hin zu den intensiveren Kombinationsbehandlungen aus intensiver Beratung durch geschulte Spezialisten und medikamentöser Therapie nachgewiesen werden *(Fiore et al. 2008).*

Indikatorensysteme

- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): Healthy Lifestyles, Percentage of population with documentation of assessment of tobacco use
- RAND: Die Abstinenzrate aller Raucher, die eine Entwöhnungstherapie erhalten haben, sollte zwei Wochen nach Therapieabschluss bestimmt werden.
- NCQA: Anteil der Raucher, Versichertenbefragung
- Royal New Zealand College of General Practitioners (RNZCGP): Anteil der Raucher, die eine Kurzberatung zum Rauchverzicht erhalten haben
- Canadian Institute for Health Information: Pan-Canadian Primary Health Care indicators: Nr. 20
- NCQA: Anteil der eingeschriebenen Patienten mit dokumentiertem Raucherstatus. Die Daten werden hierbei über ein „Patientenakten-Audit“ vor Ort nach festgelegten Extraktionsregeln gewonnen.

Leitlinien

- The Royal Australian College of General Practitioners Supporting smoking cessation: a guide for health professionals *(Zwar et al. 2011).*
- „Our study shows that there is almost universal agreement between guidelines regarding the need in primary care to identify smokers“ *(Verbiest et al. 2017).*
- U.S. Department of Health and Human Services *(Fiore et al. 2008).*
- DEGAM: Bei allen Patienten sollte der Nikotinkonsum erfragt und dokumentiert werden *(DEGAM 2017).*
- AWMF: Alle Patienten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. Eine systematische Erfassung des Tabakkonsums in der Patientendokumentation verbessert die Interventionsraten. Tabakkonsum soll in der Patientendokumentation fortlaufend erfasst werden *(AWMF 2015).*
- DKFZ und BÄK: „Jeden Patienten aufs Rauchen ansprechen“ *(DKFZ et al. 2005).*

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Ziel ist eine 10- bis 15%ige Reduzierung (Healthy People). Nach GEDA 2014/2015-EHIS rauchen 20,8 % der Frauen und 27,0 % der Männer ab 18 Jahren zumindest gelegentlich *(RKI 2017b).*
Interpretation	Je niedriger der Wert des Indikators, desto weniger Versicherte sind Raucher.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Beratung von Rauchern in der Hausarztpraxis ist eine effektive Maßnahme zur Erhöhung der Abstinenzraten. In Qualitätszirkeln könnten die Schwierigkeiten bei der Erfassung und Beratung von Rauchern diskutiert werden. Hindernisse und Barrieren könnten herausgefiltert und gemeinsame Lösungsvorschläge erarbeitet werden.
Mögliche Handlungs-konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	Gesteigerte Dokumentation und Beratungsaufgaben. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Qualitätszirkel könnte versucht werden, die Praktikabilität der Präventionsarbeit zu steigern. Dies könnte z. B. durch Entwicklung von Dokumentationshilfen, Remindersystemen und EDV-Verbesserungen geschehen. Auch die Codierung von Präventionsdiagnosen oder separate Abrechnungsziffern für Präventionsleistungen könnten Hilfestellungen darstellen. Bei Etablierung eines geeigneten Systems zur elektronischen Datenerfassung könnten Qualitätsindikatoren in kürzeren Abständen gemessen werden und den Netzpraxen könnte damit ein Feedback zu ihrer Präventionsarbeit z. B. quartalsweise zur Verfügung gestellt werden.

Alkohol

Nationales Gesundheitsziel

Neben der Förderung des Nichtrauchens stellt der gesundheitsgerechte Umgang mit Alkohol ein wesentliches Ziel hausärztlicher Risikoberatung dar. Das Robert Koch-Institut zählt den gesundheitsschädlichen Konsum von Alkohol zu den „fünf wesentlichen Risikofaktoren" für Krankheiten, Beeinträchtigungen, Unfälle, Verletzungen und Todesfälle weltweit. „Die Schäden für das Individuum bestehen in chronischen Gewebe- und Organschädigungen aufgrund der toxischen Wirkung von Alkohol, akuter Alkoholintoxikation, die sich in Beeinträchtigungen der Koordination, des Bewusstseins, der Wahrnehmung und des Auffassungsvermögens äußern kann, sowie der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit" *(Lange et al. 2016)*.

2015 wurde das nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren" veröffentlicht. Vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de wird darin ein „policy mix aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen" gefordert *(Lange et al. 2016)*. Neben vielen anderen Faktoren wird darin gefordert, dass alkoholbezogene Probleme im Sinne einer Frühintervention frühzeitig erkannt, angesprochen und reduziert werden *(gesundheitsziele.de)*. Wesentlich dabei ist es, Betroffene für das (eigene) gesundheitsbezogene Risiko zu sensibilisieren und die Angst vor Stigmatisierung zu nehmen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass Alkoholkonsum ein gesellschaftlich anerkanntes Suchtmittel darstellt und häufig der eigene Alkoholkonsum wenig reflektiert wird. Hier kommt dem Hausarzt als Vertrauensperson und Ansprechpartner für gesundheitsbezogene Themen eine besonders wichtige Rolle zu.

Epidemiologie

Ein täglicher Reinalkoholkonsum von mehr als 10 g bei Frauen und mehr als 20 g bei Männern wird als riskanter Alkoholkonsum gewertet. Die Studie DEGS 1 ergab für 13,1 % der Frauen und 18,5 % der Männer einen riskanten Alkoholkonsum. „Bei Männern steigt der riskante Alkoholkonsum mit dem Alter an; bei Frauen findet sich die niedrigste Prävalenz bei 30- bis 39-Jährigen und die höchste bei 50- bis 59-Jährigen. [...] Zwischen 1990–1992 und 2008–2011 hat der riskante Alkoholkonsum stark abgenommen, bei Frauen von 50,9 % auf 13,6 %, bei Männern von 52,6 % auf 18,3 % (Altersgruppe 25 bis 69 Jahre). Auch wenn der riskante Alkoholkonsum in der Bevölkerung stark zurückgegangen ist, liegt der Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol in Deutschland über dem Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten. Daher sind weiterhin zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen erforderlich" *(Lange et al. 2016)*.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) differenziert mögliche Folgen des Alkoholkonsums auf verschiedenen Ebenen *(WHO 2013,* dargestellt nach *Lange et al. 2016, WHO 2018)*:

Tabelle 6: Mögliche Folgen des Alkoholkonsums

Gesundheitliche Folgen
■ Chronische Gewebe- und Organschädigungen aufgrund der toxischen Wirkung ■ Akute Intoxikation mit Beeinträchtigungen der Koordination, des Bewusstseins, der Wahrnehmung und des Auffassungsvermögens ■ Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit
Sozioökonomische Folgen
■ Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung ■ sozialer Rückzug ■ familiäre Probleme ■ drohender oder tatsächlicher Verlust von Arbeitsplatz oder Wohnung
Schädigungen Dritter
■ körperliche Verletzungen durch Gewaltanwendung, Unfälle oder Kriminalität ■ psychische Verletzungen und Belastungen von Angehörigen, Freunden oder Kollegen ■ Schädigungen von Ungeborenen im Mutterleib
Gesellschaftliche Folgen
■ direkte Kosten für das Gesundheitssystem und die sozialen Sicherungssysteme ■ Produktivitätsverluste ■ Fehlzeiten am Arbeitsplatz ■ Frühverrentung ■ Verlust an Lebensqualität

Risikofaktoren

Darüber hinaus besteht ein häufig unterschätztes Risiko eines regelmäßigen, aber sozial meist eher unauffälligen riskanten Alkoholkonsums. Dieser kann z. B. Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse, neurologische Störungen (z. B. Schlaganfall), Herz-Kreislauf- sowie diverse Krebserkrankungen verursachen *(Lange et al. 2016)*

Sowohl ein hoher kurzfristiger als auch ein langfristiger und regelmäßiger überdurchschnittlicher Konsum von Alkohol stellt einen Risikofaktor für körperliche und psychische Schäden und Erkrankungen dar, kann zu sozialer Isolation führen und stellt einen Risikofaktor für Unfälle und aggressives Verhalten dar. Eine Erfassung des Alkoholkonsums durch den Hausarzt führt zu einer Sensibilisierung für die Thematik. Alkoholbezogene Störungen sind weit verbreitet und werden häufig nicht oder erst spät diagnostiziert.

Präventionsansätze

Im Leitfaden Prävention heißt es: „Die Reduzierung des Alkoholkonsums, die Sensibilisierung für einen risikoarmen Konsum sowie die Förderung einer Motivation zur Abstinenz in relevanten Situationen (z. B. bei Schwangerschaft, im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz, im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten) haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit" *(GKV-Spitzenverband 2018)*. Beim Hausarzt laufen häufig diese verschiedenen Aspekte zusammen auf, hierin werden die Komplexität der Thematik und die Chance der hausärztlichen Sensibilisierung deutlich.

Der Leitfaden Prävention beinhaltet das Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums". Darin sind die folgenden Ziele definiert *(GKV-Spitzenverband 2018):*

- „Stärkung der Motivation für den gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol
- Information über gesundheitliche Effekte durch risikoarmen Konsum
- Hilfe bei der Entwicklung individueller Strategien zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- Analyse der eigenen Belastungssituationen und Problemlösungsstrategien, die für die Veränderung des Trinkverhaltens relevant sind
- Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Belastungen"

Der Hausarzt kann durch entsprechende Informationsvermittlung auf vorhandene Angebote hinweisen und ggf. durch das Ausstellen einer Präventionsempfehlung die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme erhöhen.

Indikator 9: Versicherte mit erfasstem Alkoholkonsum

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator gibt an, bei wie vielen Versicherten der Alkoholkonsum erfasst wurde.

Begründung

Wie im einleitenden Text beschrieben, geht sowohl der akute kurzfristige als auch der regelmäßige bzw. langfristige Konsum einer gesundheitsschädigenden Menge an Alkohol mit einem erhöhten Risiko von körperlichen und psychischen Erkrankungen einher. Durch das Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Versichertem bietet die hausärztliche Konsultation eine gute Basis für die Thematisierung und Sensibilisierung. Aufgrund von Scham oder der Sorge vor Stigmatisierung ist die Thematik häufig konflikthaft besetzt. Ein Gespräch zum Thema Alkohol setzt ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Versichertem voraus. Die DEGAM empfiehlt ein Case Finding in der hausärztlichen Versorgung, d. h. eine frühzeitige Identifizierung von Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schädlichen Alkoholkonsum. Bei einer Erstanamnese, Gesundheitsuntersuchung und sonstigen anlassbezogenen Gesprächen sollte das Thema Alkohol angesprochen werden. Ein Screening mittels Fragebogen (AUDIT bzw. AUDIT-C) sollte nur dann erfolgen, wenn die Versicherten damit einverstanden sind *(DEGAM 2014)*.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Die Voraussetzung für die Erstellung dieses Indikators ist die korrekte Erfassung und Dokumentation des Alkoholkonsums der Versicherten.

Ausblick

Eine regelmäßige Erfassung durch den Hausarzt kann zu einer Sensibilisierung für die Thematik führen, Hemmschwellen senken sowie eine befürchtete Stigmatisierung reduzieren. So kann der Hausarzt im Falle eines erhöhten und riskanten Alkoholkonsums durch eine entsprechende Beratung eine Verhaltensänderung bewirken bzw. notwendige weitere diagnostische und therapeutische Schritte veranlassen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

1 Jahr.

Bezugsebene

Alle Versicherten (18–75 Jahre).

Formel

$$\frac{\text{Versicherte (18–75 Jahre) mit dokumentierter Erfassung des Alkoholkonsums}}{\text{Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).}}$$

Zähler Versicherte (18–75 Jahre) mit dokumentierter Erfassung des Alkoholkonsums.

Nenner Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation: Ein unvermitteltes Abfragen der AUDIT-Fragen sollte nur bei Versicherten erfolgen, die damit einverstanden sind. Ansonsten droht laut der DEGAM die Gefahr, Versicherte zu irritieren und das Arzt-Patienten-Verhältnis zu gefährden *(DEGAM 2014)*.

Verfügbarkeit der Daten Die Daten können überwiegend aus der Praxis-EDV extrahiert werden. Eine andere Möglichkeit stellt die externe Befragung der Versicherten dar. Diese sollte nicht ohne vorherige Zustimmung des Patienten und damit seine Bereitschaft zur Beantwortung der alkoholassoziierten Fragen erfolgen.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Validität der erfassten Daten ist einerseits von den zugrunde liegenden Kriterien und den verwendeten Tools abhängig und andererseits von einer möglichen Antwort nach sozialer Erwünschtheit. Dabei könnte neben der Angst vor Stigmatisierung auch das Verdrängen bzw. eigene Nicht-Wahrhaben-Wollen eine Rolle spielen. Umso wichtiger sind hier das Vertrauensverhältnis und die Sensibilisierung des Arztes, um auf mögliche Veränderungen über die Zeit aufmerksam zu werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz In britischen Studien wurde geschätzt, dass ca. 24 % der erwachsenen Bevölkerung einen riskanten Alkoholkonsum haben und dass davon 98 % bis zur primärärztlichen Konsultation unentdeckt war *(Kaner et al. 1999; Cheeta et al. 2008; Anderson et al. 2016; Brown et al. 2016, zitiert in Coulton et al. 2017)*. Hierbei wird die Wichtigkeit der hausärztlichen Sensibilisierung für die Thematik deutlich.

Praxisstudien und Evidenz Ein Screening auf riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit erscheint sinnvoll in Settings, in denen der Patientenkontakt/Versichertenkontakt aus anderen Gründen stattfindet und proaktiv das Thema Alkohol adressiert werden kann, z. B. Hausarztpraxis, Arbeitsplatz, Schule *(AWMF 2014)*.
In der Hausarztpraxis ist häufig weniger Zeit für ein Screening zur Verfügung als in anderen Settings. Es stehen Kurzformen des AUDIT zur Verfügung (Reinert et al. 2007), von denen der AUDIT-C gut untersucht ist, mit heterogenen Ergebnissen *(NICE 2011)*. „In Studien aus dem deutschsprachigen Raum erwies sich das Verfahren jedoch dem AUDIT als gleichwertig“ *(Rumpf et al. 2002, Bischof et al. 2007, Dybek et al. 2006, AWMF 2013)*.

Für den AUDIT und den AUDIT-C liegen gute Daten für die Validität und Reliabilität vor *(Reinert et al. 2007)*. „AUDIT is effective in the identification of hazardous and harmful drinking in adults in primary care" *(Jackson et al. 2010)*.
„Somit kann schlussgefolgert werden, dass der Einsatz von AUDIT und AUDIT-C in allen Bereichen empfohlen wird. Voraussetzung ist, dass die Patienten dazu kognitiv in der Lage sind und dass ein Screening generell sinnvoll ist. Das ist vor allem im Sinne der Frühentdeckung gegeben" *(AWMF 2014)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Alkoholassoziierte Störungen sind weit verbreitet und werden häufig nicht oder nicht frühzeitig diagnostiziert. Insofern lassen eine regelmäßige Erfassung des Alkoholkonsums sowie eine frühzeitige Einleitung von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eine Reduktion der Krankheitslast erwarten.

Kosteneffektivität

Die Behandlung alkoholassoziierter Erkrankungen hat sich als kosteneffektiv erwiesen, unter Berücksichtigung der momentan noch wenig verfügbaren Evidenz. Zukünftig sollte hier die Forschung noch intensiviert werden *(Rehm et al. 2018)*. Da nur Versicherte einer entsprechenden Intervention zugeführt werden können, bei denen die Alkoholproblematik erkannt wurde, stellt die Erkennung und Dokumentation eine wichtige Voraussetzung für die Erreichung der Kosteneffektivität dar.

Indikatorensysteme

- Commissioning Outcomes Framework Advisory Committee – 2012 Agenda Item 14: Alcohol dependence and harmful alcohol use
- NICE quality standard statement: Health and social care staff opportunistically carry out screening and brief interventions for hazardous and harmful drinking as an integral part of practice.
  - Of people aged 16 years and older in the [defined target population], the proportion who receive [alcohol screening] at least once within [defined time period].
  - Of people aged 16 years and older [screening positive for hazardous or harmful drinking], the proportion who receive [a brief intervention].
- RAND: The index visit is the outpatient visit on which the initial qualifying AUDIT-C screen was conducted. The index visit is considered the initiation of the six-month observation period over which the care will be observed for the purposes of the AQual study.

Leitlinien

- DEGAM: In der Beratung soll empfohlen werden, den Alkoholkonsum zu beschränken (Empfehlungsgrad: B, Evidenzlevel: Expertenkonsens) *(DEGAM 2017)*.
- EACPR: Measures to support and empower primary care to adopt effective approaches to prevent and reduce harmful use of alcohol are recommended. (Empfehlungsgrad: I, Evidenzlevel: A) *(Piepoli et al. 2016)*
- Präventionsgesetz: Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen *(GKV-SV 2017; § 20 Abs. 3 SGB V)* u. a. auch die Reduzierung des Alkoholkonsums als Gesundheitsziel im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Empfehlungsgrad: entfällt, Gesetz) *(Präventionsgesetz, PrävG)*.

- AWMF: „Im Sinne eines frühzeitigen Screenings bzw. Früherkennung, einer exakten Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung, Verlaufs- und Prognosebeurteilung und Therapie alkoholbezogener Störungen und um Folgeerkrankungen zu vermeiden, können sowohl Fragebögen als auch Zustandsmarker einzeln und in Kombination hilfreich sein. Aus einer Public-Health-Perspektive sind Screenings von Patienten im Alter von 14 bis 70 Jahren in der medizinischen Versorgung initial bei Erstkontakt und fortlaufend alle ein bis zwei Jahre zu empfehlen“ *(AWMF 2013)*.
- AWMF: „Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden“ *(AWMF 2013)*.
- NICE: „Leitlinien empfehlen eine weite Implementierung von Screening-Maßnahmen *(Haber et al. 2009)*. Diese sollten integraler Bestandteil der Routine sein *(NICE 2010)*“. Der Einsatz von direkten Screening-Fragebögen wird in Quellleitlinien empfohlen *(NICE 2010, NICE 2011) (AWMF 2013)*.
  „Sinnvoll ist ein Screening aller neuen Patienten, hinsichtlich weiterer Intervalle von Screenings im Verlauf liegt keine Evidenz vor, aber alle ein bis zwei Jahre erscheint angemessen und kann risikostratifiziert häufiger erfolgen“ *(AWMF 2016)*.
- NICE: „Make sure that assessment of risk is part of any assessment, that it informs the development of the overall care plan, and that it covers risk to self (including unplanned withdrawal, suicidality and neglect) and risk to others. Use formal assessment tools to assess the nature and severity of alcohol misuse, including the: AUDIT for identification and as a routine outcome measure Alcohol-use disorders“ (*NICE 2011)*.
- SONDERVOTUM der DEGAM: „Nach Auffassung der DEGAM sollte im hausärztlichen Versorgungsbereich ein Case finding, d. h. die frühzeitige Identifizierung von Personen mit besonderem Risiko für schädlichen Alkoholgebrauch durchgeführt werden. Konkret sollten bei Erstanamnese, Gesund-heitsuntersuchung und ansonsten anlassbezogen eine Erhebung mittels Fragebogen-Test (AUDIT bzw. AUDIT-C) durchgeführt werden, wenn die Patienten damit einverstanden sind und hinreichende Hinweise existieren, dass eine Befragung sinnvoll ist. Auf unangemessenen Alkoholkonsum sollte stets angesprochen werden. Bei deutlichen Zeichen soll der Hausarzt verstärkt tätig werden“ *(AWMF 2016, Anhang)*.
- Australian Government Department of Health and Ageing: „Screening for risk levels of alcohol consumption and appropriate intervention systems should be widely implemented in general practice and emergency departments“ *(Haber et al. 2009)*.
- U.S. Preventive Services Task force: The USPSTF recommends that clinicians screen adults aged 18 years or older for alcohol misuse and provide persons engaged in risky or hazardous drinking with brief behavioral counseling interventions to reduce alcohol misuse *(U.S. Preventive Services Task Force 2013)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Interpretation

Der Indikator erlaubt eine Aussage darüber, bei wie vielen Versicherten der Alkoholkonsum erhoben wurde. Eine regelmäßige Erhebung dieses Indikators im Sinne eines Prozessparameters erlaubt auch eine Aussage darüber, ob sich die Sensibilisierung hinsichtlich des Themas Alkohol in der Praxis verändert.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Der Austausch im QZ ermöglicht es, über das Vorgehen zu reflektieren und die gemeinsame Sensibilisierung für die Thematik weiterzuentwickeln. Dies kann insbesondere auch die hausärztliche Sicherheit im Umgang mit dem Thema Alkoholscreening erhöhen. Dies kann z. B. auch das Austauschen von Infomaterialien oder Anlaufstellen für Patienten sein.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Im Praxisteam können die Erfahrungen besprochen und kann für die Thematik sensibilisiert werden.

Indikator 10: Versicherte mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum und Beratung zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator ermöglicht eine Aussage darüber, bei wie vielen Versicherten mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum eine Beratung durchgeführt wurde.

Begründung

Ein gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol bzw. eine Reduzierung des Alkoholkonsums gehört zu wichtigen Präventionszielen. Eine Reduktion des Alkoholkonsums senkt das Risiko für alkoholassoziierte Gesundheitsstörungen. Das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Hausarzt und Versichertem stellt eine gute Grundlage dar, um das sensible Thema anzusprechen.

Definition Alkoholkonsum (Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, zitiert in Leitfaden Prävention *[GKV-Spitzenverband 2018]):*

- Risikoarmer Konsum: 1–24 g Reinalkohol/Tag Männer
  1–12 g Reinalkohol/Tag Frauen
- Riskanter Konsum: 25–60 g Reinalkohol/Tag Männer
  13–40 g Reinalkohol/Tag Frauen
- Gefährlicher Konsum: > 60 g Reinalkohol/Tag Männer
  > 40 g Reinalkohol/Tag Frauen

Zielstellung Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen Die Voraussetzung für die Erstellung dieses Indikators ist die korrekte Erfassung und Dokumentation des Alkoholkonsums bzw. daraus abgeleitete Beratung der Versicherten.

Ausblick Die Reduzierung des Alkoholkonsums bzw. die Sensibilisierung für einen gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol ist ein wichtiges Präventionsziel. Die regelmäßige Dokumentation der abgeleiteten Beratungstätigkeit, die Nutzung des vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Hausarzt und Versichertem und die Kopplung an existierende Programme und Präventionsmaßnahmen (z. B. kognitiv-verhaltensorientierte Gruppeninterventionen nach dem Leitfaden Prävention) sind eine gute Voraussetzung dafür, dass Versicherte in die Lage versetzt werden, sich gesundheitsbewusster zu verhalten. Die regelmäßige Erfassung des Indikators und die damit einhergehende Sensibilisierung der Ärzteschaft sind dafür eine wichtige Voraussetzung.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum 1 Jahr.

Bezugsebene Versicherte, für die ein riskanter oder gefährlicher Alkoholkonsum dokumentiert/erfasst ist.

Formel

$$\frac{\text{Alle Versicherten (18–75 Jahre) mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum und Beratung}}{\text{Alle Versicherten (18–75 Jahre) mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum.}} \quad _$$

Zähler Alle Versicherten (18–75 Jahre) mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum und Beratung.

Nenner Alle Versicherten (18–75 Jahre) mit riskantem oder gefährlichem Alkoholkonsum.

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation.

Verfügbarkeit der Date ie Daten müssen aus der Patientenakte oder der Praxis-EDV extrahiert werden.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Validität der erfassten Daten ist einerseits von den zugrunde liegenden Kriterien und den verwendeten Tools abhängig und andererseits von einer möglichen Antwort nach sozialer Erwünschtheit. Dabei könnte neben der Angst vor Stigmatisierung auch das Verdrängen bzw. eigene Nicht-Wahrhaben-Wollen eine Rolle

spielen. Umso wichtiger sind hier das Vertrauensverhältnis und die Sensibilisierung des Arztes, um auf mögliche Veränderungen über die Zeit aufmerksam zu werden.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Kurzinterventionen gelten bei Menschen mit riskantem Alkoholkonsum als wirksam in Bezug auf die Reduktion der Trinkmenge. Laut der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" ist die beste Evidenz im Hinblick auf die Wirksamkeit von Kurzinterventionen für den Bereich der primärärztlichen ambulanten Versorgung vorhanden. Ebenso wird die Wirksamkeit von Kurzinterventionen in der Primärversorgung in einem aktuellen Cochrane-Review beschrieben *(Kaner et al. 2018)*.

Praxisstudien und Evidenz

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat einen Praxisleitfaden für die Beratung bei Alkoholproblemen in der ärztlichen Praxis herausgegeben *(BZgA 2009)*.
Ein gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/eine Reduzierung des Alkoholkonsums ist auch ein Handlungsfeld im Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbands. Hierbei kommt dem Hausarzt eine Schlüsselrolle zu, den Versicherten über mögliche kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote und Gruppeninterventionen zu informieren und eine Teilnahme zu empfehlen (z. B. durch das Ausstellen einer Präventionsempfehlung).

Reduzierung der Krankheitslast

Ein riskanter bzw. gefährlicher Alkoholkonsum ist mit einem erhöhten Krankheitsrisiko verbunden. Das Ziel der Beratung ist die Reduktion des Alkoholkonsums und damit auch langfristig die Senkung der alkoholassoziierten Krankheitslast.

Kosteneffektivität

Die Reduktion eines riskanten Alkoholkonsums ist langfristig durch die Senkung der alkoholassoziierten Krankheitslast auch mit einer Einsparung von Folgekosten verbunden *(Rehm et al. 2018)*.
Die BZgA empfiehlt darüber hinaus, innerhalb der Beratung mit dem Versicherten eine individuelle Kosten-Nutzen-Abwägung zu machen zur Unterstützung der Veränderungsmotivation *(BZgA 2009)*.

Indikatorensysteme

- Commissioning Outcomes Framework Advisory Committee – 2012 Agenda Item 14: Alcohol dependence and harmful alcohol use:
  NICE quality standard statement: Health and social care staff opportunistically carry out screening and brief interventions for hazardous and harmful drinking as an integral part of practice.
  - Of people aged 16 years and older in the [defined target population], the proportion who receive [alcohol screening] at least once within [defined time period].
  - Of people aged 16 years and older [screening positive for hazardous or harmful drinking], the proportion who receive [a brief intervention].

- RAND: The index visit is the outpatient visit on which the initial qualifying AUDIT-C screen was conducted. The index visit is considered the initiation of the six-month observation period over which the care will be observed for the purposes of the AQual study.

Leitlinien

- AWMF: „In der primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums angeboten werden" *(AWMF 2016)*.
- Australian Government Department of Health and Ageing: Brief interventions are effective in reducing alcohol use in people with risky pattern of alcohol use and in nondependent drinkers experiencing alcohol-related harms and should be routinely offered to these populations *(Haber et al. 2009)*.
- U.S. Preventive Services Task force: The USPSTF recommends that clinicians screen adults aged 18 years or older for alcohol misuse and provide persons engaged in risky or hazardous drinking with brief behavioral counseling interventions to reduce alcohol misuse *(U.S. Preventive Services Task Force 2013)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Interpretation

Der Indikator erlaubt eine Aussage darüber, wie viele Versicherte mit einem riskanten oder gefährlichen Alkoholkonsum hinsichtlich einer Verhaltensänderung beraten werden. Im Sinne eines Prozessparameters gibt dies Informationen darüber, welche Konsequenzen aus der Erfassung eines riskanten Alkoholkonsums gezogen werden.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Im QZ können die Erfahrungen mit der Beratung diskutiert und ggf. Beratungsmethoden reflektiert werden, darüber hinaus könnten z. B. auch Referenten eingeladen oder Beratungssituationen im Rollenspiel trainiert werden.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

In den QZ-Praxen oder im Arztnetz können regionale Beratungsangebote gesammelt werden und z. B. über eine gemeinsame Informationsplattform geteilt werden. Dies erlaubt es jedem einzelnen Arzt, Beratungsressourcen zu sparen und für das gesamte Netz/den gesamten QZ Synergieeffekte in der Beratung zu schaffen.

Stress

Neben Bewegungsmangel, schädlichen Ernährungsgewohnheiten oder Suchtmittelkonsum stellen dauerhaft einwirkende Stressoren (wie z. B. eine hohe Arbeitsbelastung, familiäre bzw. private Herausforderungen oder Belastungen durch Probleme bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf) einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung von stressassoziierten körperlichen oder psychischen Störungen bzw. Erkrankungen dar.

Epidemiologie

In der Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS 1) gaben 13,9 % der Frauen und 8,2 % der Männer eine überdurchschnittliche Stressbelastung an *(Hapke et al. 2013)*. Darüber hinaus zeigte sich eine Assoziation einer dauerhaften Stressbelastung mit weiteren Störungen und Beeinträchtigungen wie einer depressiven Symptomatik, Schlafstörungen oder einem Burnout-Syndrom *(Hapke et al. 2013, Werdecker et al. 2019)*.

Im Stressreport der Techniker Krankenkasse gaben 2016 23 % von 1.500 Befragten an, sich häufig oder manchmal gestresst zu fühlen *(Techniker Krankenkasse 2016,* zitiert in *Werdecker et al. 2019)*.

Die WHO hat Stress als eine der größten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts bezeichnet. Besonders psychosozialer Stress trägt maßgeblich zur Entwicklung oder Aufrechterhaltung von kardiovaskulären, muskuloskelettalen, immunologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen bei *(Björntorp 2001, Glaser 2005, Siegrist 2001, Rensing 2006)*. „Insbesondere chronische psychobiologische Stressreaktionen gefährden im Zusammenhang mit einer unausgeglichenen Beanspruchungs-Erholungs-Bilanz, einer nachhaltigen Schwächung des Immunsystems sowie einem zunehmenden gesundheitlichen Risikoverhalten als inadäquatem Bewältigungsverhalten die körperliche wie psychische Gesundheit. Dabei ist davon auszugehen, dass aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie etwa den zunehmenden Anforderungen an Mobilität, Flexibilität und Leistungsbereitschaft sowie der zunehmenden Auflösung traditionsbestimmter Sinn-, Werte- und Sozialstrukturen, das Belastungsniveau für den Einzelnen zukünftig eher noch steigen wird“ *(GKV-Spitzenverband 2018)*.

Neues QISA-Thema

Die Thematik spielt in der individuellen und gesellschaftlichen Wahrnehmung eine immer wichtigere Rolle. Nicht zuletzt neuere neurobiologische Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen dem zentralen und dem vegetativen und somatischen Nervensystem legen nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen der psychosozialen Stressbelastung und einer Vielzahl von Beeinträchtigungen und Symptomen gibt. Die Aufnahme des Themas in diesen QISA-Band soll dazu beitragen, die Primärversorgung für diesen Zusammenhang zu sensibilisieren, auch wenn bislang wenig Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren dazu bestehen.

Ansatzpunkte für Prävention

Im Taschenatlas Stress *(Stächele et al. 2013)* finden sich die folgenden Ansatzpunkte für eine Prävention und Behandlung stressbedingter gesundheitlicher Probleme:

1. „Linderung der Stressfolgen (Ansatzpunkt Reaktion)
   - Therapie der aktuellen stressassoziierten körperlichen Problematik
   - Behandlung des reduzierten Wohlbefindens und psychischer Probleme
   - Verbesserung der geminderten körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit

2. Entschärfung situativer Belastungsfaktoren (Ansatzpunkt problematische Stress-Situation)
   - Reduktion der Dauer, Intensität und Anzahl der Stressoren
   - Aufbau von situativen Ressourcen und sozialer Unterstützung

3. Verbesserung der individuellen Umgangsweise mit alltäglichen Anforderungen (Ansatzpunkt persönliche Stress-Problematik; Organismus)
   - Erhöhen von Belastbarkeit und Stressresistenz (kognitiv, emotional, behavioral, physiologisch und muskulär)
   - Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung von Situationsmerkmalen (Abbau von stressförderlichen kognitiven Prozessen)“

Zwei Handlungsfelder

Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands werden zum Thema Stress grundsätzlich zwei Handlungsfelder unterschieden. Zum einen beschreibt der Leitfaden das Handlungsfeld Förderung von Stressbewältigungskompetenzen im Sinne eines multimodalen Stressmanagements und zum anderen die Förderung von Entspannung als palliativ-regeneratives Stressmanagement.

Interventionen und Maßnahmen zum multimodalen Stressmanagement zielen darauf ab, verschiedene Ebenen des Stressgeschehens zu beeinflussen. Dadurch soll eine hohe Flexibilität im Umgang mit verschiedenen Stressoren erlernt werden. Multimodal bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Bewältigungsstrategien alle Ebenen des Stressmanagements einschließen müssen (instrumentell, kognitiv und regenerativ). Darüber hinaus können Bausteine zur Förderung von Achtsamkeit und Resilienz Bestandteil der Programme sein *(GKV-Spitzenverband 2018)* .

Das palliativ-regenerative Stressmanagement beinhaltet die Förderung der Entspannungsfähigkeit durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens wie z. B. Progressive Muskelentspannung, autogenes Training oder eines fernöstlichen Verfahrens wie Hatha Yoga, Tai-Chi oder Qigong *(GKV-Spitzenverband 2018)*.

Ärzte können ihren Versicherten die Teilnahme an entsprechenden Kursen empfehlen und ggf. eine Präventionsempfehlung ausstellen. Informationen zu möglichen Kursen und Anbietern in der Nähe bekommen die Versicherten u. a. bei ihrer Krankenkasse.

Das Thema Stressbewältigung spielt auch für die eigene Gesundheit von Ärzten und Praxismitarbeitern eine wichtige Rolle. Im Sinne der eigenen Selbstfürsorge und Burnout-Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie in der Vorbildfunktion für die Versicherten sollten hier eine weitergehende Sensibilisierung und Selbstreflexion stattfinden.

Erfassung

Zur Erfassung der Stressbelastung gibt es einige psychometrische Testverfahren wie das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS), den Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU), das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) sowie die Perceived Stress Scale (PSS). Ein Überblick findet sich in Stächele et al. 2013. Eine umfangreiche Diagnostik anhand eines Fragebogens ist jedoch für die hausärztliche Versorgung weniger geeignet. Hier können z. B. Ratingskalen wie visuelle Analogskalen, numerische Ratingskalen oder Kategorienskalen zum Einsatz kommen *(Stächele et al. 2013)*.

Die Erfassung der Stressbelastung in der hausärztlichen Versorgung ist aus Sicht des Autorenteams ein relevantes Thema. Auch wenn die Erfassung der Belastung bislang nicht strukturiert in der Versorgung verankert und darum sehr schwer operationalisierbar ist, wurden dennoch die beiden folgenden Indikatoren aufgenommen, um eine zukünftige Sensibilisierung für diese wichtige Thematik zu ermöglichen. Die Ergebnisse dieser beiden Indikatoren sollten aber vor dem Hintergrund der uneinheitlichen Erfassung und bislang unzureichenden Verankerung in der hausärztlichen Routineversorgung zurückhaltend interpretiert werden.

Indikator 11: Versicherte mit Erfassung der Stressbelastung

I Beschreibung

Aussag e

Der Indikator gibt an, bei wie vielen Versicherten eine Erfassung der Stressbelastung erfolgte.

Begründung

Dauerhaft einwirkende Stressoren (wie z. B. eine hohe Arbeitsbelastung, familiäre bzw. private Herausforderungen oder Belastungen durch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf) stellen einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung von stressassoziierten körperlichen oder psychischen Störungen bzw. Erkrankungen dar. Die Erfassung der Stressbelastung ist eine Voraussetzung dafür, Stressfaktoren rechtzeitig zu erkennen und gemeinsam mit dem Patienten Stressbewältigungsstrategien zu entwickeln.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Die Voraussetzung für die Erstellung dieses Indikators ist die Erfassung der Stressbelastung der Versicherten. Dazu ist erforderlich, dass sich die beteiligten Ärzte auf ein möglichst einheitliches Vorgehen bzw. Instrument zur Erfassung verständigen.

Ausblick

Eine regelmäßige und konsequente Erfassung der Stressbelastung und Thematisierung von Risiken und Lösungsmöglichkeiten durch den Hausarzt führen sowohl bei den Ärzten als auch bei den Versicherten zu einer Sensibilisierung für die Thematik.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

1 Jahr.

Bezugsebene

Alle Versicherten (18–75 Jahre).

Formel

$$\frac{\text{Versicherte (18–75 Jahre) mit dokumentierter Erfassung der Stressbelastung}}{\text{Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).}}$$

Zähler

Versicherte (18–75 Jahre) mit dokumentierter Erfassung der Stressbelastung.

Nenner

Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre).

Ausschlusskriterien

Keine.

Datenquelle

Praxisdokumentation.

Verfügbarkeit der Daten

Die Daten müssen aus der Patientenakte oder Praxis-EDV extrahiert werden. Eine andere Möglichkeit stellt die externe Befragung der Versicherten dar.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität

Obwohl die Stressbelastung ein wichtiges Thema ist und ein gesundheitsassoziierter Zusammenhang besteht, gibt es bislang kein etabliertes und praktikables Messinstrument für die hausärztliche Versorgung. Zusätzlich erschwert wird die vergleichende Erfassung der Stressbelastung durch interpersonelle Unterschiede in der Wahrnehmung von Stressleveln und Angaben auf der Basis sozialer Erwünschtheit.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) berichten 13,9 % der Frauen und 8,2 % der Männer zwischen 18 und 64 Jahren über starke Belastung durch chronischen Stress *(Thelen et al. 2012)*.

Praxisstudien und Evidenz

Stressbelastungen bis hin zu Erschöpfungssyndromen zeigen sich in der hausärztlichen Versorgung häufig in Form von assoziierten physischen und psychischen Symptomen. In einer schwedischen Studie waren dies z. B. Angst/Depression, Schmerzen, Infektionen, Müdigkeit sowie gastrointestinale Beschwerden.
Aufgrund der Heterogenität des klinischen Bildes sind stressassoziierte Symptome schwer greifbar.
Der Hausarzt ist häufig einer der ersten Ansprechpartner bei stressbedingten Symptomen *(Stächele et al. 2013)*. In einer Studie der Techniker Krankenkasse gaben 44 % der Betroffenen an, aufgrund von stressassoziierten Symptomen bereits einmal oder mehrmals den Hausarzt aufgesucht zu haben *(Techniker Krankenkasse 2016)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Aufgrund der hohen Prävalenz stressbedingter Symptome und einer Vielzahl von Begleit- und Folgeerkrankungen ist eine Reduktion der Krankheitslast zu erwarten. Inwiefern eine strukturierte Erfassung durch den Hausarzt dazu beitragen kann, sollte begleitend evaluiert werden.

Kosteneffektivitä

Chronische Stressbelastungen werden mit der Entstehung einer Vielzahl von physischen und psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht. Eine effektive und dauerhafte Senkung der Belastung wird zu einer Reduktion des Erkrankungsrisikos führen. Inwiefern dies dann auf lange Sicht zu einer Kosteneffektivität führt, ist derzeit unklar.

Indikatorensysteme

In anderen Indikatorensystemen kommt der Indikator bislang nicht vor.

Leitlinien

- EACPR: In individuals at very high CVD risk, multimodal interventions integrating medical resources with education on healthy lifestyle, physical activity, stress management and counselling on psychosocial risk factors, are recommend (Empfehlungsgrad: I, Evidenzlevel: A) *(Piepoli et al. 2016)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.
Interpretation	Im Sinne eines Prozessparameters erlaubt der Indikator eine Aussage darüber, bei wie vielen Versicherten die aktuelle oder chronische Stressbelastung standardisiert erfasst wird. Dies dient auch der Sensibilisierung für die Thematik. Angesichts der Einschränkungen in der Operationalisierbarkeit ist der Indikator vorsichtig zu interpretieren.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Die Diskussion zur Erfassung der Stressbelastung der Versicherten im QZ erlaubt eine gemeinsame Sensibilisierung und Weiterentwicklung der Erfassungsmethoden im gemeinsamen Austausch. Erfahrungen mit der Empfehlung bestimmter Kurse und die Sammlung von Informationen zu Kursanbietern in der Nähe können die Bemühungen der einzelnen Ärzte bündeln und synergistisch nutzbar machen. Die Reflexion der eigenen Stressbewältigung und Regeneration im QZ kann dazu beitragen, dass Ärzte sich gegenseitig für die Wichtigkeit z. B. der Burnout-Prophylaxe sensibilisieren.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	Die Erfassungsmöglichkeiten können im Praxisteam diskutiert und ggf. gemeinsam weiterentwickelt werden.

Indikator 12: Versicherte mit Beratung zur Stressbewältigung

I Beschreibung

Aussage	Der Indikator ermöglicht eine Aussage darüber, wie viele der Versicherten mit einer erhöhten Stressbelastung eine Beratung zu Lösungsmöglichkeiten und zur Stressbewältigung erhalten haben.
Begründung	Damit sich auf längere Sicht der Umgang mit Stressoren bzw. eine erhöhte Stressbelastung verändern kann, ist es notwendig, Versicherte entsprechend zu beraten. Dies führt auch zu einer Sensibilisierung des Hausarztes.
Zielstellung	Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.
Einbezogene Fachgruppen	Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen Die Voraussetzungen für die Erstellung dieses Indikators sind die Erfassung der Stressbelastung der Versicherten und die Dokumentation der Beratung zur Stressbewältigung. Dazu ist erforderlich, dass sich die beteiligten Ärzte auf ein möglichst einheitliches Vorgehen bei der Dokumentation verständigen.

Ausblick Eine Dokumentation der Beratungstätigkeit zur Stressbewältigungskompetenz der Versicherten führt langfristig zu einer Sensibilisierung und reduziert die Hemmschwelle, mit dem Hausarzt über eine mögliche wahrgenommene Stressbelastung und vorhandene Lösungsmöglichkeiten zu sprechen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum 1 Jahr.

Bezugsebene Alle Versicherten (18–75 Jahre).

Formel

$$\frac{\text{Versicherte (18–75 Jahre) mit dokumentierter erhöhter Stressbelastung und Beratung zur Stressbewältigung}}{\text{Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentierter erhöhter Stressbelastung.}}$$

Zähler Versicherte (18–75 Jahre) mit dokumentierter Erfassung der Beratung zur Stressbewältigung.

Nenner Anzahl aller Versicherten (18–75 Jahre) mit dokumentierter erhöhter Stressbelastung.

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation der Stressbelastung.

Verfügbarkeit der Daten Die Daten müssen aus der Patientenakte oder der Praxis-EDV extrahiert werden. Eine andere Möglichkeit stellt die externe Befragung der Versicherten dar.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Obwohl die Stressbelastung ein wichtiges Thema ist und ein gesundheitsassoziierter Zusammenhang besteht, gibt es bislang kein eindeutiges und kurzes Messinstrument für die hausärztliche Versorgung. Dies hat auch Einfluss auf die Messgüte. Die Erfassung der Stressbelastung hat einen hohen subjektiven Kontext, auch sind Angaben aus sozialer Erwünschtheit nicht auszuschließen. Für die Beratung zur Stressbewältigung gelten ähnliche Voraussetzungen wie für die Beratung zu anderen Risikofaktoren. Grundsätzlich setzt eine Beratung auch die eigene Sensibilisierung für die Thematik voraus.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Hierzu liegen bislang keine Informationen vor.

Praxisstudien und Evidenz

Die Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz der Versicherten ist insgesamt ein wichtiges Ziel. Dies hat auch Auswirkungen auf das gesundheitsassoziierte Verhalten wie z. B. den Umgang mit chronischen Krankheiten.
Der Leitfaden Prävention benennt einerseits das multimodale Stressmanagement (instrumentell, kognitiv und regenerativ) sowie andererseits palliativ-regenerativ Stressmanagement als Präventionsprinzipien. Hier sollte der Versicherte entsprechende Informationen bzw. ggf. eine schriftliche Präventionsempfehlung erhalten.
Die ärztliche Beratung im Sinne einer Stressprävention hat zum Ziel, den Stress zu einem möglichst frühzeitigen Zeitpunkt zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten. Als sekundärpräventive Maßnahme geht es in der ärztlichen Beratung darum, „Personen mit erhöhter Stressbelastung vor gesundheitlichen Problemen zu schützen“ *(Stächele et al. 2013).*
Eine Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik bzw. Psychotherapeuten sollte erwogen werden bei:

- Hinweise auf hohe seelische Symptombelastung (Angst, Depression)
- Anamnestische Angaben von aktuellen schwerwiegenden psychosozialen Stressoren und Traumata
- Anamnestische Angaben von aktuellen oder früheren psychiatrischen Behandlungen
- Anamnestische Angaben von schwerwiegenden biografischen Belastungsfaktoren
- Maladaptive Stressbewältigung (u. a. bei Konsum psychotroper Substanzen)
- Mehrfache Stressepisoden, die sich nur kurzfristig bessern, jedoch regelmäßig auftreten *(Stächele et al. 2013)*

Praxisstudien und Evidenz

Eine dauerhafte bzw. erhöhte Stressbelastung ist mit einer Vielzahl von Krankheiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen verbunden. Eine Erhöhung der Stressbewältigungskompetenz ist daher auf lange Sicht mit einer Reduktion der stressbedingen Krankheitslast verbunden.

Kosteneffektivität

Stressassoziierte Erkrankungen führen zu hohen Kosten im System. Eine Beratung hinsichtlich der Stressbewältigungskompetenz ist darum langfristig mutmaßlich mit einer Kosteneinsparung verbunden.

Indikatorensysteme

In anderen Indikatorensystemen kommt der Indikator bislang nicht vor.

Leitlinien

In individuals at very high CVD risk, multimodal interventions integrating medical resources with education on healthy lifestyle, physical activity, stress management and counselling on psychosocial risk factors, are recommended (Empfehlungsgrad: I, Evidenzlevel: A) *(Piepoli et al. 2016).*

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.
Interpretation	Der Indikator erlaubt eine Aussage darüber, wie mit der Erfassung einer erhöhten Stressbelastung umgegangen wird. Im Sinne eines Prozessparameters wird hier eine Sensibilisierung für die Thematik deutlich.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Im QZ können Erfahrungen mit der Beratung geteilt und reflektiert werden und die verschiedenen Angebote zur Stressbewältigung diskutiert werden, damit für Versicherte eine möglichst passgenaue Beratung möglich wird.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	In den QZ-Praxisnetzen können regionale Beratungsangebote gesammelt werden und z. B. über eine gemeinsame Informationsplattform geteilt werden. Dies erlaubt es jedem einzelnen Arzt, Beratungsressourcen zu sparen und dem gesamten Netz/ QZ Synergieeffekte in der Beratung zu verschaffen.

Gesundheitsuntersuchung

Aktualisierung der Richtlinie

Als Check-up 35 bekannt ist die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V seit 1989 Bestandteil der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) des G-BA sind die obligatorischen Inhalte dieser Untersuchung gesetzlich festgeschrieben.

Mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (PrävG) im Jahr 2015 erhielt der G-BA den Auftrag, die Inhalte der Gesundheitsuntersuchung zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren. Die Aktualisierung wurde 2018 abgeschlossen und ist zum 1. April 2019 in Kraft getreten.

Neben den Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und anderen bevölkerungsmedizinisch relevanten Krankheiten wurde beschlossen, dass ein Augenmerk der Gesundheitsuntersuchung zukünftig verstärkt auf individuelle Belastungen und Risikofaktoren gelegt werden soll. Darüber hinaus erfolgt die Absenkung des Anspruchsalters auf das vollendete 18. Lebensjahr.

In der erneuerten Richtlinie des G-BA heißt es dazu u. a.:

- „Die nach dieser Richtlinie durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dienen der Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen und der Früherkennung bevölkerungsmedizinisch bedeutsamer Krankheiten sowie einer darauf abgestimmten präventionsorientierten Beratung einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus.
- Die ärztlichen Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert, erkannte Krankheiten rechtzeitig einer Behandlung zugeführt und Änderungen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen frühzeitig bewirkt werden. Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.
  [...]
- Versicherte haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Versicherte haben ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle drei Jahre Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Wird eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, ist in den auf das Untersuchungsjahr folgenden zwei Kalenderjahren keine Gesundheitsuntersuchung durchzuführen.“ *(G-BA 2018b)*

Die Inhalte der neuen Gesundheitsuntersuchung sind nach der GU-Richtlinie wie folgt:

Tabelle 7: Inhalte der neuen Gesundheitsuntersuchung

Anamnese	■ Wurde früher bereits eine Gesundheitsuntersuchung nach den Richtlinien durchgeführt? ■ Kontrolle des Impfstatus	
Eigen- und Familien-anamnese	■ Hypertonie ■ Koronare Herzkrankheit/sonstige arterielle Verschlusskrankheit ■ Diabetes mellitus ■ Hyperlipidämie ■ Nierenkrankheiten ■ Lungenkrankheiten ■ Onkologische Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung einer familiären Belastung z. B. durch Brust-, Darmkrebs und malignes Melanom ■ Sonstige Krankheiten	
Eigene Risikofaktoren	■ Adipositas ■ Nikotinabusus ■ Alkoholabusus ■ Bewegungsmangel ■ Dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren ■ Kardiovaskuläres Risiko unter Verwendung von Risikoscores, sofern aufgrund der Anamnese entsprechende Anhaltspunkte vorliegen	
Klinische Untersuchung	■ Brustkorb (Inspektion) ■ Herzauskultation ■ Lungenauskultation ■ Abdomenpalpation (einschließlich Nierenlager) ■ Fußpulse ■ Karotisauskultation ■ Bewegungsapparat ■ Haut ■ Sinnesorgane ■ Nervensystem ■ Psyche ■ Gewicht ■ Größe ■ Blutdruck (systolisch/diastolisch)	
Labor	ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres	ab Vollendung des 35. Lebensjahres
	Untersuchungen aus dem Blut (einschließlich Blutentnahme) **bei entsprechendem Risikoprofil**, z. B. positiver Familienanamnese, Adipositas oder Bluthochdruck: - Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride) - Nüchternplasmaglukose	a) Untersuchungen aus dem Blut (einschließlich Blutentnahme): - Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride) - Nüchternplasmaglukose b) Untersuchungen aus dem Urin: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit (Harnstreifentest)
Risiko-adaptierte ärztliche Beratung und Aufklärung	■ Wahrscheinlichkeit für ein kardiovaskuläres Ereignis und entsprechende Managementstrategien ■ Nikotinkonsum ■ Alkohol- und Drogenkonsum ■ Ernährungsverhalten ■ Bewegungsverhalten ■ Dauerhafte emotionale Belastungsfaktoren ■ Familiär bedingte Risiken, insbesondere zu onkologischen Erkrankungen ■ Impfstatus	

Quelle: eigene Darstellung nach G-BA 2018b

Präventionsempfehlung nach § 20 SGB V

Neben der allgemeinen gesundheitsbezogenen Beratung durch den Hausarzt kann nach Abschluss der Gesundheitsuntersuchung eine schriftliche Präventionsempfehlung nach § 20 SGB V ausgestellt werden: „Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Anlage 2) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus." Für die Präventionsempfehlung steht ein Formular zur Verfügung, auf dem der Hausarzt/die Hausärztin eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum oder Sonstiges vermerkt. Darüber hinaus können ärztliche Hinweise zu Konkretisierungen empfohlener Maßnahmen und zu Kontraindikationen vermerkt werden *(G-BA 2016)*. Das Formular der Präventionsempfehlung (Muster 36) findet sich hier: kbv.de/html/29550.php.

Hinweis zu QISA-Indikator 13

Für Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren besteht einmalig ein Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Dies dient u. a. dazu, junge Erwachsene, die bislang vom Kinderarzt betreut wurden und nun in die hausärztliche Versorgung übergehen, zu Beginn eingehend untersuchen zu können. Aufgrund einer erschwerten Abbildbarkeit aus Routinedaten wurde darauf verzichtet, diesen Aspekt in den Indikator 13 aufzunehmen. Nichtsdestotrotz erscheint dies dem Autorenteam als eine wichtige Neuerung der GU-Richtlinie.

Indikator 13: Versicherte ab 35 Jahren, bei denen alle drei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wird

I Beschreibung

Aussage
Der Indikator gibt an, bei wie vielen Versicherten die Gesundheitsuntersuchung regelmäßig (d. h. alle drei Jahre) durchgeführt wurde.

Begründung
Die Gesundheitsuntersuchung kann langfristig nur einen größtmöglichen Effekt erreichen, wenn sie regelmäßig durchgeführt wird. Als Prozessparameter dient dieser Indikator als Hinweis darauf, inwieweit die Gesundheitsuntersuchung in die Routine der Praxis implementiert wurde und wie viele Versicherte von dem Angebot erreicht werden.

Zielstellung
Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen
Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen
Regelmäßige Dokumentation der Gebührenordnungsziffer 01732

Ausblick
Eine regelmäßige und konsequent durchgeführte Gesundheitsuntersuchung und deren Dokumentation führen zu einer Verankerung einer gesundheitsorientierten bzw. präventiven Beratung und damit zu einer Sensibilisierung für die Thematik. Dies führt insgesamt dazu, dass lebensstilassoziierte Themen häufiger angesprochen werden. Dies kann bei Versicherten zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit der Thematik einer möglichen Lebensstilveränderung einhergehen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum
3 Jahre.

Bezugsebene
Alle Versicherten ab 35 Jahren.

Formel

$$\frac{\text{Alle Versicherten ab 35 Jahren, bei denen innerhalb der letzten 3 Jahre (ab dem Alter 35) die Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde}}{\text{Alle Versicherten ab 35 Jahren.}}$$

Zähler
Alle Versicherten ab 35 Jahren, bei denen innerhalb der letzten drei Jahre (ab dem Alter 35) die Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wurde.

Nenner
Alle Versicherten ab 35 Jahren.

Ausschlusskriterien
Keine.

Datenquelle
Praxisdokumentation, EBM-Abrechnungsziffer 01732.

Verfügbarkeit der Daten
Praxis-EDV oder GKV-Routinedaten.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität

Die Validität ist bei korrekter Dokumentation hoch.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

„2013 betrugen die Teilnahmeraten am Check-up – bezogen auf alle Anspruchsberechtigten in der GKV – bei den Frauen 24,6 % und bei den Männern 23,0 % *(Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2015)*. Da diese Untersuchung im zweijährigen Intervall angeboten wird, sind die Teilnahmeraten höher, wenn die Vorjahresteilnahme (2012–2013) mit einfließt: bei Frauen 48,5 % und bei Männern 45,4 %. Im Altersverlauf zeigt sich, dass vor allem jüngere Erwachsene diese Untersuchung (noch) nicht nutzen. Insgesamt sind in den letzten Jahren steigende Teilnahmeraten zu verzeichnen. Dennoch nimmt nur knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten dieses Angebot im vorgesehenen Untersuchungsintervall in Anspruch“ *(RKI 2015d)*.

Praxisstudien und Evidenz

Für die Aktualisierung der GU-Richtlinie hat die Abteilung Fachberatung Medizin des G-BA Evidenzrecherchen durchgeführt. Darüber hinaus wurde das IQWiG mit der Durchführung von Evidenzrecherchen und Bewertungen hinsichtlich bestimmter Screeningfragestellungen beauftragt. Das Vorgehen und die Ergebnisse sind im Abschlussbericht dargelegt *(G-BA 2018a)*. „Zusammenfassend fand sich für die meisten Screening-Untersuchungen keine Evidenz, die den Nutzen hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte eindeutig belegt. Die Argumentation zugunsten eines Screenings basiert zumeist auf der Häufigkeit der Erkrankung und Frühstadien der Erkrankung, der Verfügbarkeit von Tests sowie der Möglichkeit von Interventionen bei gleichzeitig niedrigem Schadenspotential.“

Die DEGAM hat aus hausärztlicher Sicht zu diesem Abschlussbericht Stellung genommen.

„Folgende Aspekte werden von der DEGAM begrüßt:

- Höherer Stellenwert der Anamnese, um spezifische Risikokonstellationen zu detektieren
- Bestimmung von Parametern wie Blutbild, Kreatinin und Leberwerten nur bei positiver Familienanamnese oder speziellen Risikofaktoren – regelmäßige Kreatinin-Kontrollen nur bei über 80-Jährigen. Bei dieser Altersgruppe entfällt die routinemäßige Bestimmung von Lipiden.
- Streckung des Früherkennungsintervalls bei über 35-Jährigen auf drei Jahre
- Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung auf eine einmalige Untersuchung bei 18- bis 35-Jährigen, wenn der Fokus auf in der Altersgruppe hochprävalenten Erkrankungen liegt (anstelle vergleichsweise seltener kardiovaskulärer und von Nierenerkrankungen)
- Erweiterung der Lipid-Diagnostik bei über 55-jährigen Personen, um die Bestimmung des HDL und um ein kardiovaskuläres Risikoassessment zu ermöglichen.

Dagegen sieht die DEGAM folgende Bestandteile der Gesundheitsuntersuchung nach der jüngsten Entscheidung des G-BA kritisch:

- Weiterhin Bestimmung von Lipiden und Plasmaglukose bei unter 50-jährigen Personen auch ohne auffälliges Risikoprofil
- Weiterhin Festhalten an einer obligat durchzuführenden Erhebung eines Ganzkörperstatus ohne konkreten medizinischen Anlass. Nach Auffassung der DEGAM ist diese Vorgabe nicht genügend mit Evidenz belegt.
- Weiterhin Festhalten an der routinemäßig durchzuführenden Untersuchung des Urinstatus
- Erweiterung der Lipid-Diagnostik auch auf LDL und Triglyceride ohne adäquaten Nachweis für den Nutzen eines solchen Screenings." *(Egidi et al. 2019).*

In Großbritannien wird seit 2013 der NHS Health Check angeboten mit Messung des BMI, der Bestimmung des Gesamt-Cholesterins und verschiedenen Tests/Fragebögen *(NHS 2017).*

Reduzierung der Krankheitslast

Die Gesundheitsuntersuchung soll dazu beitragen, chronische Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Inwiefern dies tatsächlich gelingt, wird z. T. kontrovers diskutiert. Ein wichtiges Element der Gesundheitsuntersuchung ist in jedem Fall das hausärztliche Gespräch bezüglich gesundheitsassoziierter Themen (z. B. Stressbelastung, Suchtmittelkonsum, Bewegungs- und Ernährungsverhalten). Dies kann zu einer Reduktion der Krankheitslast beitragen.

Kosteneffektivität

Die Gesundheitsuntersuchung ist dann kosteneffektiv, wenn tatsächlich das Auftreten von Krankheiten verhindert werden kann. Inwiefern das durch die Untersuchung gelingt, ist nicht eindeutig belegbar. Eine weitere langfristige Evaluation der Untersuchung mit adäquaten wissenschaftlichen Methoden sollte die Gesundheitsuntersuchung begleiten.

Indikatorensysteme

- NHS: The number of invitations and the number of NHS Health Checks actually received must be recorded and monitored by LA's as per the NHS Health Check single data list returns: a brief guide for LA's'. The information that will need to be submitted on a quarterly basis to PHE is:
  1a. the number of NHS Health Checks offered in the quarter
  1b. the number of NHS Health Checks received in the quarter
  These two measures are stated indicators for health improvement within the public health outcomes framework for England.
  The acceptable threshold for these indicators are:
  • 100 % of the eligible population invited every five years
  • aspiring to >75 % of eligible people having a check. *(NHS 2017)*

Leitlinien

- NHS Health Check *(NHS 2017)*
  Best practice guidance
  - promoting and improving the early identification and management of the individual behavioural and physiological risk factors for vascular disease and the other conditions associated with these risk factors
  - supporting individuals to effectively manage and reduce behavioural risks and associated conditions through information, behavioural and evidence based clinical interventions
  - helping to reduce inequalities in the distribution and burden of behavioural risks, related conditions and multiple morbidities
  - promoting and supporting appropriate operational research and evaluation to optimise programme delivery and impact, nationally and locally
- USPSTF
  „The USPSTF recommends that primary care professionals individualize the decision to offer or refer adults without obesity who do not have hypertension, dyslipidemia, abnormal blood glucose levels, or diabetes to behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity. Existing evidence indicates a positive but small benefit of behavioral counseling for the prevention of cardiovascular disease (CVD) in this population. Persons who are interested and ready to make behavioral changes may be most likely to benefit from behavioral counseling“ *(USPSTF 2017)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Interpretation

Die Umsetzung der Gesundheitsuntersuchung in der Praxis und die Integration der Untersuchung in die Praxisroutine können als Prozessparameter interpretiert werden. Insofern liefert der Indikator eine Aussage darüber, ob routinemäßig ein Gespräch zum Gesundheitsverhalten geführt wird. Ein wichtiger Punkt für die Praxis ist dabei auch, ob es Maßnahmen zur Standardisierung und z. B. ein Remindersystem zur erneuten Durchführung nach drei Jahren gibt. Eine entsprechende Dokumentation der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung ermöglicht es, über den Zeitverlauf Aussagen über das gesundheitsbezogene Verhalten zu machen.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Gesundheitsuntersuchung als Ganzes bzw. Teile daraus kann bzw. können in der QZ-Arbeit thematisiert werden. Dies kann zu einer stärkeren Sensibilisierung bezüglich der Befragung des Gesundheitsverhaltens führen.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

In den Praxen/im Arztnetz können Informationen bezüglich regionaler Angebote zur Unterstützung des gesundheitsbezogenen Verhaltens (z. B. im Sinne der Maßnahmen des Leitfadens Prävention oder kommunaler Bewegungsangebote) gesammelt und im QZ ausgetauscht werden. So entstehen Synergieeffekte, von denen jeder Arzt profitieren kann.

Überprüfung des Impfstatus

Impfungen zählen zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen der Primärprävention. Neben einem Individualschutz für den einzelnen Versicherten zählt zu den Zielen einer Impfung auch die Reduzierung der Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten, also die Unterbrechung der Infektionsketten mit dem Ziel einer Herdenimmunität.

Empfehlungen der STIKO

Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist als unabhängiges Expertengremium damit beauftragt, gemäß dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) auf der Basis von medizinisch-epidemiologischen Nutzen-Risiko-Bewertungen Empfehlungen zum aktuellen Stand auszugeben. Dabei wird auch der Nutzen einer Impfung auf Bevölkerungsebene (z. B. zu erwartende epidemiologische Effekte einer Empfehlung) berücksichtigt. „Die STIKO-Empfehlungen dienen den obersten Landesgesundheitsbehörden als Grundlage für deren öffentliche Empfehlungen und bilden gemäß Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Grundlage für die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), ob eine Schutzimpfung als Pflichtleistung von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird" *(RKI 2019a)*.

Empfehlungen der STIKO

Die öffentlich empfohlenen Impfungen werden zum überwiegenden Teil von der gesetzlichen Krankenkasse getragen. Die Impfungen im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme erfolgen dabei nach dem Versorgungsprinzip. Die Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA regelt in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung alle Belange zur Kostenerstattung von Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Empfehlungen der STIKO

In der Beratung und Durchführung von Impfungen kommt Ärzten der Primärversorgung (insbesondere Hausärzten und Kinderärzten) eine Schlüsselrolle zu. Eine Aufgabe des Arztes besteht darin, für den ausreichenden Impfschutz seiner Patienten gemäß dem aktuellen Stand der Empfehlungen zu sorgen. Mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) wurde gesetzlich verankert, die Prävention durch Impfen zu stärken. Der Impfschutz sollte danach bei allen Routine-Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen überprüft werden.

Für Ärzte und Fachpersonal bietet das Robert Koch-Institut eine telefonische Beratung zur Auslegung der STIKO-Empfehlungen an (Tel.: 030-18754-0). Diese Impfhotline ist montags von 9:30 bis 11:30 Uhr und donnerstags von 12:00 bis 14:00 Uhr zu erreichen.

Die regelmäßige Überprüfung des Impfstatus ist Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung (GU). Sie sollte darüber hinaus Bestandteil der Praxisroutine sein.

Hinweis zu QISA-Indikator 14

Der nachfolgende Indikator 14 misst das grundsätzliche Ziel, dass die aktuell gültigen STIKO-Empfehlungen alle umgesetzt werden sollten. Darum wurde darauf verzichtet, weitere Indikatoren zu einzelnen Impfungen zu verfassen. Eine Ausnahme dabei bildet die Influenza-Impfung (Indikator 15). Aufgrund der Bedeutung dieser Impfung für ältere und chronisch kranke Personen und damit verbunden ihrer Wichtigkeit für die hausärztliche Versorgung wurde der Indikator aus der Vorgängerversion des QISA-Bandes beibehalten.

Indikator 14: Versicherte mit überprüftem Impfstatus

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator gibt an, bei wie vielen Versicherten der Impfstatus regelmäßig überprüft wird.

Begründung

Die Dokumentation der Impfschutzkontrolle gibt eine Aussage über die Prozessqualität hinsichtlich der in der Praxisroutine verankerten regelmäßigen Kontrollen. In der Regel sollten sie alle drei Jahre im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung stattfinden. Die regelmäßige Kontrolle führt zu einer Sensibilisierung von Versicherten und Praxispersonal.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Regelmäßige Dokumentation der stattgefundenen Impfschutzkontrollen bzw. der stattgefundenen Gesundheitsuntersuchungen. Bezüglich der Dokumentation der Impfschutzkontrollen sollte eine Abstimmung zwischen den beteiligten Ärzten erfolgen.

Ausblick

Bei einer regelmäßigen Kontrolle und Dokumentation erfolgt eine Sensibilisierung sowohl von Ärzten als auch von Versicherten. Die regelmäßige Überprüfung des Impfpasses und daraus folgende Impfempfehlungen tragen dazu bei, dass vorhandene Impflücken aufgedeckt und notwendige Impfungen durchgeführt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

3 Jahre entsprechend dem Rhythmus der Gesundheitsuntersuchung.

Bezugsebene Alle Versicherten ab 18 Jahre.

Formel

$$\frac{\text{Alle Versicherten ab 18 Jahre, bei denen mindestens alle drei Jahre der Impfschutz kontrolliert wird}}{\text{Alle Versicherten ab 18 Jahre.}}$$

Zähler Alle Versicherten ab 18 Jahre, bei denen mindestens alle drei Jahre der Impfschutz kontrolliert wird.

Nenner Alle Versicherten ab 18 Jahre.

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation der stattgefundenen Impfschutzkontrollen; für Personen ab 35 Jahren kann auch hilfsweise die Dokumentation der Gebührenordnungsziffer 01732 für die Gesundheitsuntersuchung genutzt werden.

Verfügbarkeit der Daten Praxis-EDV oder GKV-Routinedaten (Personen ab 35 Jahren).

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Validität ist bei korrekter Dokumentation hoch. Dies setzt voraus, dass die Überprüfung des Impfstatus als Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung konsequent durchgeführt wird.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz Impfquoten werden in Deutschland nicht bundesweit einheitlich erfasst. Nur aus den Schuleingangsuntersuchungen liegen verlässliche Daten vor. Darüber hinaus werden ab dem Geburtsjahrgang 2004 im Rahmen des vom RKI koordinierten Projektes „KV-Impfsurveillance“ in Kooperation mit den 17 KVs die Impfdaten erfasst und aufbereitet. In der bevölkerungsrepräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1) im Jahr 2013 wurden Impfraten anhand von Impfpässen und Befragungsdaten erhoben. Darin heißt es: „Dennoch haben immer noch 28,6 % der Bevölkerung in den letzten 10 Jahren keine Tetanusimpfung und 42,9 % keine Diphtherieimpfung erhalten. Insbesondere bei Älteren, bei Erwachsenen mit niedrigem sozioökonomischem Status und in Westdeutschland bestehen Impflücken. Nur 11,8 % der Frauen und 9,4 % der Männer in Westdeutschland haben innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung gegen Pertussis erhalten; die Durchimpfung ist in Ostdeutschland doppelt so hoch“ *(Poethko-Müller et al. 2013)*.

Praxisstudien und Evidenz Die Kontrolle des Impfpasses ist Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung. Inwiefern dies zu einer tatsächlichen Aufdeckung von Impflücken führt, sollte eine Fragestellung der begleitenden Evaluation sein.
In einem Cochrane-Review hat sich der Einbezug von Hausärzten in impfbezogene Remindersysteme als wirksam in Bezug auf die Steigerung von Impfraten gezeigt. „Patient reminder and recall systems, in primary care settings, are likely to be effec-

tive at improving the proportion of the target population who receive immunizations“ *(Jacobson Vann 2018).*

Reduzierung der Krankheitslast

Wenn die Kontrolle des Impfpasses dazu führt, dass Impflücken geschlossen werden, dann kann dies zu einer Reduktion der Krankheitslast beitragen.

Kosteneffektivität

Wenn die Kontrolle des Impfpasses dazu führt, dass Impflücken geschlossen werden, und dies dazu beiträgt, dass die entsprechenden Krankheiten nicht auftreten, kann dies zu einer Kosteneffektivität führen.

Indikatorensysteme

The RNZCGP standard for New Zealand general practice

- Immunisation history and status is recorded
- Records show advice given and immunisation status for non-scheduled immunisations. (RNZCGP 2020)

Leitlinien

Grundsätzlich gelten die Umsetzung die Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA und die aktuell gültigen STIKO-Empfehlungen als Grundlage für die Impfung in Deutschland *(G-BA 2019).*
Die Kontrolle des Impfpasses ist Teil der Gesundheitsuntersuchung (GU) *(G-BA 2018b)* und im Präventionsgesetz empfohlen.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Interpretation

Die Kontrolle des Impfpasses kann als Prozessparameter für die Praxisroutine bezüglich der Impfdurchführung und Impfdokumentation betrachtet werden. Dies kann in der Praxis zu einer Sensibilisierung für das Thema Impfen führen.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Der Indikator kann dazu genutzt werden, über das Impfsystem, die Kontrolle der Impfpässe und die Dokumentation im QZ zu diskutieren. Dies kann dazu beitragen, im gemeinsamen Austausch eine routinemäßige Kontrolle des Impfstatus der Versicherten zu ermöglichen.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Die Diskussion im QZ kann zu einer Sensibilisierung der Ärzte für regelmäßige Impfungen führen.

Influenza-Impfung

Infektionen durch Influenza-Viren treten weltweit in Epidemien auf. Die Erkrankungslast und Mortalitätsraten schwanken zwischen den einzelnen Jahren. Immer wieder gibt es Jahre mit vielen Todesfällen; in anderen Jahren verläuft die Erkrankungswelle deutlich milder mit weniger Erkrankungs- und Todesfällen.

Epidemiologie

In Deutschland liegen Daten von der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) des Robert Koch-Instituts vor. Die AGI hat ein System zur Überwachung der Influenza in Deutschland mit drei Schwerpunkten etabliert:

Überwachung des Syndroms der „akuten respiratorischen Erkrankungen" und damit Früherkennung von Influenza-Epidemien durch wöchentliche

- Meldung von Daten aus Arztpraxen in der 40. bis 20. Kalenderwoche des Folgejahres *(RKI 2019b)*
- virologische Diagnostik von Rachenabstrichen
- Verwaltung und Aufbereitung der Meldedaten direkter Nachweise von Influenza (Meldepflicht seit 01.01.2001)

Während der Influenza-Saison veröffentlicht die AGI regelmäßig einen Wochenbericht.

Der Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2018/19 von der Arbeitsgemeinschaft Influenza am Robert Koch-Institut *(RKI 2019b)* schätzt die Zahl Influenza-bedingter Arztbesuche in der Saison 2018/19 auf rund 3,8 Millionen. 2,3 Millionen Versicherten wurde eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bzw. im Falle von Nichtberufstätigkeit Bettruhe verordnet. 18.000 Versicherte wurden von Ärzten der Primärversorgung stationär eingewiesen. „Im Vergleich mit früheren Saisons liegt der Schätzwert für die Influenza-bedingten Arztbesuche damit deutlich niedriger als in der ungewöhnlich starken Grippewelle der Vorsaison 2017/18 und den starken Saisons 2012/13 und 2014/15. Die Schätzung der Influenza-bedingten Krankenhauseinweisungen liegt ebenfalls niedriger als die Schätzungen für 2016/17 und 2017/18, etwa vergleichbar mit den Werten in der Saison 2015/16. Auch in dieser Saison überstieg die Zahl der laborbestätigten hospitalisierten Influenzafälle, die gemäß Infektionsschutzgesetz an das RKI übermittelt wurden, die Schätzung der AGI, die sich allerdings auch nur auf Krankenhauseinweisungen aus der Hausarzt- oder Kinderarztpraxis bezieht." Über die Influenza-bedingte Sterblichkeit kann in dem Bericht noch keine Aussage getroffen werden. Für die Saison 2017/18 geht die Arbeitsgemeinschaft von insgesamt 25.000 Influenza-bedingten Todesfällen aus, was für eine besonders schwere Grippesaison spricht *(RKI 2019b)*.

Wirksamkeit der Influenza-Impfung

Die schützende Wirkung der Influenza-Impfung wird als geringer eingeschätzt als bei vielen anderen Impfungen *(Osterholm et al. 2012)*. Dabei kann sich die Effektivität in verschiedenen Saisons deutlich unterscheiden. Dies hängt u. a. von den verschiedenen Typen bzw. Subtypen des Virus ab. Der Impfstoff wird jährlich verändert und an den Stand des Wissens zum aktuellen Virusstamm angepasst. Die Wirksamkeit kann auch bei verschiedenen Altersgruppen sehr unterschiedlich sein. Generell ist die Wirkung bei jüngeren Personen besser als bei älteren.

„Dennoch können auch ältere Menschen ihr Risiko, an einer Influenza zu erkranken, im Mittel durch die Impfung in etwa halbieren. Dies bedeutet bei einer Wirksamkeit von 41 bis 63 % bei älteren Erwachsenen *(Manzoli 2012)*: Wenn im Laufe einer Influenzasaison von 100 ungeimpften älteren Erwachsenen 10 an Grippe erkranken, erkranken von 100 geimpften älteren Erwachsenen nur etwa 4 bis 6. Auch wenn die Wirksamkeit der Influenzaimpfung nicht optimal ist, können aufgrund der Häufigkeit der Influenza doch viele Erkrankungsfälle verhindert werden. In Deutschland sind dies selbst bei den aktuell mäßigen Impfquoten schätzungsweise ca. 400.000 Influenza-Erkrankungen pro Jahr bei Personen über 60 Jahren *(Weidemann et al. 2017)*. Zudem wurde in zahlreichen Studien gezeigt, dass eine Influenzaerkrankung bei geimpften Personen milder, also mit weniger Komplikationen verläuft als bei Ungeimpften (z. B. *VanWormer et al. 2014*)“ *(RKI 2017c)*.

Die STIKO empfiehlt die Influenza-Impfung bei Personen ≥ 60 Jahre als Standardimpfung *(RKI 2019a)*. Weitere Indikationen für die Influenza-Impfung werden hier nicht aufgeführt, weil sich der folgende Indikator auf diese Altersgruppe bezieht. Grundsätzlich sollte die ärztliche Impfempfehlung sich immer an den aktuell gültigen STIKO-Empfehlungen orientieren.

Indikator 15: Influenza-Impfrate der Versicherten ab 60 Jahren

I Beschreibung

Aussage
Der Indikator gibt an, welcher Anteil der Versicherten, die 60 Jahre oder älter sind, eine Influenza-Impfung zum empfohlenen Zeitpunkt erhalten hat.

Begründung
Die Influenza-Impfung stellt eine wesentliche Präventivmaßnahme bei älteren Menschen dar.

Zielstellung
Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen
Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen
Codierung aller Impfungen mit dem entsprechenden ICD-Code Z25.1 oder Angabe der Dokumentationsziffer 89111 gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie.

Ausblick
Die Influenza-Impfung für ältere Versicherte ist eine wichtige Aufgabe der Primärversorgung. Insbesondere in Jahren, in denen die Grippesaison besonders heftig ausfällt, ist eine konsequente Impfung der älteren Bevölkerung ein wichtiges Ziel. Der Indikator kann einen Beitrag dazu leisten, die Praxen dafür zu sensibilisieren.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum
Zeitraum der jüngst zurückliegenden Grippesaison, wodurch zwei Kalenderjahre betroffen sind.

Bezugsebene
Alle Versicherten, die 60 Jahre oder älter sind.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Versicherten ab 60 Jahren mit Impfung im Betrachtungszeitraum}}{\text{Anzahl aller Versicherten ab 60 Jahren.}}$$

Zähler
Anzahl der Versicherten ab 60 Jahren mit Impfung im Betrachtungszeitraum.

Nenner
Anzahl aller Versicherten ab 60 Jahren.

Ausschlusskriterien
Keine.

Datenquelle
Die Daten könnten aus der Praxis-EDV bei Codierung der Impfung nach ICD 10 – Z25.1 „Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe“ – entnommen werden *(RKI 2019b, RKI 2003)* bzw. bei Codierung der Dokumentationsnummer 89111 gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie. Eine andere Möglichkeit wäre die Bestimmung über den Impfstoffbedarf, aus diesem ist jedoch der Bezug zur Risikogruppe nicht ableitbar.

Verfügbarkeit der Daten
Die Daten können aus der Praxisdokumentation, ggf. auch aus GKV-Routinedaten entnommen werden.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität

Die Validität ist hoch. Es ist davon auszugehen, dass die Impfung nur bei den Patienten dokumentiert wird, die sie auch erhalten haben. Eine kleine Einschränkung bilden diejenigen Patienten, die Allergien oder sonstige Kontraindikationen gegen die Impfung aufweisen. Da dieser Anteil jedoch bei der guten Verträglichkeit der Impfung gering ist, kann er vernachlässigt werden. Eine weitere Einschränkung bilden Patienten, die nicht in der betreffenden Praxis, sondern anderswo geimpft werden.

Reliabilität

Da es sich bei der Influenza-Impfung um eine klar definierte Maßnahme handelt, ist die Reliabilität hoch.

Veränderungssensitivität

Je mehr Patienten ab 60 Jahren geimpft werden, desto höher ist der Wert des Indikators. Der Wert des Indikators lässt sich direkt durch die Mehraktivität des Arztes steigern.

Praktikabilität

Die Impfung ist eine einfach durchzuführende Maßnahme, die in der ärztlichen Routine bereits integriert ist. Da sich der Indikator nur auf die Patienten einer Altersgruppe beschränkt, ist auch die Messung praktikabel.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Daten der KV-Impfsurveillance:
In den Saisons 2008/09 und 2009/10 war bundesweit knapp die Hälfte der > 60-Jährigen gegen Influenza geimpft, in den darauffolgenden Jahren war die Quote rückläufig. „Seit der Saison 2012/13 scheinen die Impfquoten auf einem Niveau zu stagnieren, bei dem gut ein Drittel aller Personen ab einem Alter von 60 Jahren gegen saisonale Influenza geimpft wird. In der Saison 2016/17 lag die Impfquote bundesweit bei 34,8 % und zeigte dabei eine große Spannweite im Ländervergleich (19,9 % in Baden-Württemberg bis 55,2 % in Sachsen-Anhalt)“ *(RKI 2018d).*

Praxisstudien und Evidenz

Eine Metaanalyse von Gross et al. konnte zeigen, dass die Influenza-Impfung bei älteren Personen über 65 Jahren effektiv ist. Durch die Impfung konnten die Risiken für Hospitalisation und Mortalität sowie für die Entstehung von Atemwegserkrankungen reduziert werden *(Gross et al. 1995).*
Es existieren Studien und Metaanalysen, die einen Nutzen insbesondere bei älteren Patienten nachweisen konnten *(Manzoli et al. 2012, Demicheli et al. 2018, Remschmidt et al. 2016).*

Reduzierung der Krankheitslast

Angesichts der hohen (und in manchen Jahren sehr hohen) Krankheitslast durch Influenza leistet die Influenza-Impfung einen wichtigen präventiven Beitrag. „Angesichts der hohen Krankheitslast, die durch die jährlichen Influenzawellen verursacht wird, stellt die Influenza-Impfung auch bei vergleichsweise geringer Impfeffektivität unverändert eine sinnvolle Präventionsmaßnahme dar, da selbst bei einer moderaten Impfeffektivität viele Influenzaerkrankungen verhindert werden können" *(Remschmidt et al. 2016).*

Kosteneffektivität

Der Kosten-Nutzen-Effekt der Influenza-Impfung für Indikationsgruppen gilt als belegt (z. B. *D'Angionella et al. 2018*).

Indikatorensysteme

- ACOVE: Quality Indicators for the Management of Pneumonia in Vulnerable Elders: IF a vulnerable elder has no history of anaphylactic hypersensitivity to eggs or to other components of the influenza vaccine, THEN the patient should be offered an annual influenza vaccination BECAUSE the influenza vaccine is effective in limiting severe disease caused by influenza virus and is effective in elderly patients at all levels of risk. *(Rhew 2001)*
- NCQA: Influenza Vaccination: Flu Vaccinations for Adults Ages 18-64: The percentage of adults 18-64 years of age in commercial and Medicaid plans who report receiving an influenza vaccination between July 1 of the measurement year and the date when the commercial CAHPS 5.0H survey was completed. Flu Vaccinations for Adults Ages 65 and Older: The percentage of Medicare beneficiaries 65 years of age and older who report receiving an influenza vaccination between July 1 of the measurement year and the date when the Medicare CAHPS survey was completed.
- Centers for disease control and Prevention, USA; Healthy people 2020: Increase the percentage of noninstitutionalized adults aged 65 years and older who are vaccinated annually against seasonal influenza

Leitlinien

- Influenza, Standardimpfung: Standardimpfung für Personen über 60 Jahre *(G-BA 2019)*
- STIKO: Influenza, Standardimpfung *(RKI 2019a)*

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

„Die Europäische Union hat in einer Resolution das Ziel definiert, dass bis 2015 in allen Mitgliedstaaten unter älteren Personen eine Influenza-Impfquote von mindestens 75 % erreicht werden soll" *(RKI 2018d).*

Interpretation

Der Indikator gibt die Influenza-Impfrate für die Risikogruppe der Personen ab 60 Jahren an, für die die Standardindikation zur Impfung besteht.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Ergebnisse der Impfraten können in Qualitätszirkeln besprochen werden. Aus den ermittelten Daten können Strategien für die Motivation von Ärzten und Versicherten zur Steigerung der Impfraten entwickelt werden. Reminder, Feedback, Schulungsmaßnahmen, finanzielle Anreize sowie die Unterstützung durch Praxispersonal haben sich dabei als effektiv erwiesen *(Kerse et al. 1999, Rhew et al. 1999, Stone et al. 2002).*

Es sollten auch andere Risikogruppen identifiziert werden, für die eine Impfung ebenfalls indiziert ist, etwa die Personen, für die die STIKO eine besondere Indikation sieht *(RKI 2019a).*

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Zur Vereinfachung des Gesamtthemas Impfungen wäre es sinnvoll, die Entwicklung elektronischer Extraktionssysteme, die den aktuellen Impfstatus für jeden Patienten darzustellen vermögen, zu fördern. Diese Systeme sollen es ermöglichen, regelmäßige Audits durchzuführen, um die Impfraten ausgewählter Versichertengruppen zu bestimmen, sowie Remindersysteme enthalten, die auf fehlende Impfungen sowie Auffrischtermine hinweisen und Impfkombinationen vorschlagen.

Screening Bauchaortenaneurysma

Seit Anfang 2018 haben gesetzlich krankenversicherte Männer ab 65 Jahren in Deutschland Anspruch auf eine einmalige Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas (BAA). Der G-BA hat dazu eine entsprechende Richtlinie verfasst, die im Juni 2017 in Kraft getreten ist.

Epidemiologie

Da Männer wesentlich häufiger von einem Bauchaortenaneurysma betroffen sind als Frauen, gilt diese Untersuchung nur für männliche Versicherte. „Die Prävalenz eines BAA (mit einem Durchmesser ≥ 3 cm) liegt bei 4 bis 8 % bei über 65-jährigen Männern und 0,5 bis 1,5 % bei über 65-jährigen Frauen. Als Risikofaktoren für die Entwicklung von BAAs gelten u. a. Hypertonie, Rauchen und Hypercholesterinämie, fortgeschrittenes Alter, das männliche Geschlecht, eine kaukasische Herkunft und eine positive Familienanamnese. Neuere Studien weisen auf einen Rückgang der Häufigkeiten hin, sowohl hinsichtlich des Auftretens der Aneurysmen an sich als auch der Inzidenz rupturierter BAA“ *(G-BA 2017a)*. In einer Nutzenbewertung des IQWiG im Jahr 2015 wurde der Nutzen eines Screenings für Männer hinsichtlich Gesamtmortalität, BAA-bedingter Mortalität, Rupturhäufigkeitt und Anzahl Notfalloperationen als belegt eingeschätzt *(IQWiG 2015)*.

Vorgehen gemäß G-BA-Richtlinie

Die G-BA-Richtlinie sieht folgendes Vorgehen vor *(G-BA 2017b)*:

(1) Das Screening auf Bauchaortenaneurysmen erfolgt mittels abdomineller Ultraschalluntersuchung gemäß den Vorgaben des § 5 dieser Richtlinie.
(2) Die Messung erfolgt orthograd am größten Durchmesser der Bauchaorta infrarenal nach der LELE-Methode.
(3) Das Screeningergebnis gilt als auffällig, wenn ein Bauchaortendurchmesser von 2,5 cm oder größer gemessen wurde.
(4) Die Verlaufskontrollen und weitere Diagnostik nach Feststellung eines auffälligen Befundes im Sinne des Absatz 3 erfolgen im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V.

Für das ärztliche Aufklärungsgespräch wurde eine Versicherteninformation entwickelt, die dem Versicherten auszuhändigen ist. Das Aufklärungsblatt beinhaltet alle Informationen, die für das Treffen einer informierten Entscheidung für eine Teilnahme notwendig sind *(G-BA 2017c)*.

Indikator 16: Männliche Versicherte ab 65 Jahren mit Beratung bzw. Screening auf Bauchaortenaneurysma

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator gibt an, bei wie vielen männlichen Versicherten ab 65 Jahren eine Beratung zum bzw. ein Screening auf ein Bauchaortenaneurysma durchgeführt wurde.

Begründung

Die Prävalenz des Bauchaortenaneurysmas steigt bei Männern über 65 Jahren an. Ein Screening ist leicht durchführbar, stellt für den Untersuchten keine Gefährdung dar und ist gemessen an den Behandlungskosten bzw. Folgekosten der Erkrankung kosteneffektiv.
Der Indikator wird hier eingegrenzt auf die Betrachtung der ersten Jahre ab dem Lebensalter 65, was einen fachlichen und einen methodischen Grund hat. Aus der Intention des Screenings heraus sollte die Beratung idealerweise in dieser Phase erfolgen, auch wenn sie grundsätzlich für die gesamte Altersgruppe ab 65 Jahren empfohlen ist. Die Fokussierung des Indikators auf die ersten Jahre ab 65 regt dazu an, die Beratung und ggf. das Screening möglichst frühzeitig ab Bestehen des Anspruchs des Versicherten durchzuführen. Methodisch ist zudem zu bedenken, dass für eine vollständige Messung des Indikators in der gesamten Altersgruppe ab 65 Jahren verlässliche Daten über sehr viele Jahre zurück erforderlich wären, was unrealistisch erscheint.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.

Einbezogene Fachgruppen

Die Beratung ist für alle Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten abrechnungsfähig. Die Durchführung der Untersuchung erfordert eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Ultraschalldiagnostik.

Voraussetzungen

Regelmäßige Dokumentation der Gebührenordnungsziffer 01747 (Beratung) bzw. 01748 (Screening)

Ausblick

Die Durchführung der Beratung bzw. der Screeninguntersuchung führt zu einer Sensibilisierung für die Thematik.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

Bis zu fünf Jahre zurück: Lebensjahre der 65- bis 70-jährigen Versicherten ab dem Lebensalter 65.

Bezugsebene

Alle männlichen Versicherten ab 65 bis 70 Jahre.

Formel

$$\frac{\text{Alle männlichen Versicherten ab 65 bis 70 Jahre mit stattgefundener Beratung bzw. stattgefundenem Screening auf Bauchaortenaneurysma innerhalb der letzten fünf Jahre}}{\text{Alle männlichen Versicherten ab 65 bis 70 Jahre.}}$$

Zähler

Alle männlichen Versicherten ab 65 bis 70 Jahre mit stattgefundener Beratung bzw. stattgefundenem Screening auf Bauchaortenaneurysma innerhalb der letzten fünf Jahre.

Nenner

Alle männlichen Versicherten ab 65 bis 70 Jahre.

Ausschlusskriterien

Keine.

Datenquelle

Praxisdokumentation oder GKV-Routinedaten.

Verfügbarkeit der Daten

EDV-Abrechnungsziffern *(KBV 2021)*: 01747 Aufklärungsgespräch Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysma; 01748 Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysma. Falls Daten über mehr als fünf Jahre zurück verfügbar sind, kann der Betrachtungszeitraum entsprechend über das Alter 70 hinaus erweitert werden. Falls weniger als fünf Jahre zur Verfügung stehen, ist die Obergrenze 70 Jahre entsprechend herunterzusetzen.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität

Die Validität ist bei korrekter Dokumentation hoch. Gültig ist die Aussage jedoch nur für die einbezogene Altersgruppe. Erfolgte Beratungen bzw. Screenings in höheren Altersgruppen werden in der vorgeschlagenen Spezifikation des Indikators nicht berücksichtigt.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz

Die Prävalenz eines BAA (mit einem Durchmesser ≥ 3 cm) liegt bei 4 bis 8 % bei über 65-jährigen Männern *(G-BA 2017b)*.

Praxisstudien und Evidenz

Die Einführung eines Screenings mit einer einmaligen Einladung/Untersuchung zeigt einen Nutzen in der Senkung von Rupturen, Notfalloperationen, der Aneurysma-spezifischen Mortalität und der Gesamtmortalität *(Guirguis-Blake et al. 2014)*.

Reduzierung der Krankheitslast

Die frühzeitige Entdeckung eines Aneurysmas führt zu einer besseren Behandlungsmöglichkeit, ein Screening mit einer einmaligen Untersuchung führt zu einer Reduktion der Krankheitslast sowie der Gesamtmortalität *(Guirguis-Blake et al. 2014)*

Kosteneffektivität

Es gibt einige Studien, die eine Kosteneffektivität aufzeigen, so z. B. Lindholt et al. 2010 für Dänemark, Glover et al. 2014 für England und Nair et al. 2019 für Neuseeland, ebenso ein Review aus dem Jahr 2010 *(Schmidt al.2010)*.
Die Entwicklung in Deutschland bleibt abzuwarten, eine begleitende Evaluation sollte auch die Frage der Kosteneffektivität untersuchen.

Indikatorensysteme

- NHS Scotland: Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Screening Programme Clinical Standards April 2011: *(NHS Scotland 2011)*. Derzeit in Überarbeitung
  Standard statement 1a: There is an agreed, structured abdominal aortic aneurysm (AAA) screening programme, in line with national recommendations, which clearly defines:
  - reporting arrangements and accountability
  - the processes of care that people with AAA should expect to receive within the programme, and
  - the protocols and guidelines that determine which clinician is responsible for the delivery of specific aspects of the screening programme.

  Standard statement 1b: An effective AAA screening programme is available and offered to all eligible male NHS board residents in Scotland.
  Standard statement 2a: Case review and clinical audit is undertaken to facilitate continuous improvement in association with nationally agreed datasets.
  Standard statement 3a: All communication with the users of the AAA screening programme is clear, informative, relevant and timeous, and follows nationally agreed guidelines for communication.
  Standard statement 3b: All individuals participating in the AAA screening programme have access to a practitioner with experience and knowledge of AAA.
  Standard statement 4a: Effective call arrangements are in place to ensure all men in their 65th year are invited for screening.
  Standard statement 4b: Effective recall arrangements are in place to ensure all men with screen-detected aneurysms are invited for surveillance.
  Standard statement 5a: The uptake of AAA screening is maximised (within the principles of informed choice).

Leitlinien

- Canadian Task Force on Preventive Health Care: Recommendations on screening for abdominal aortic aneurysm in primary care *(Canadian Task Force on Preventive Health Care 2017)*
  - Pooled analyses from four population-based RCTs with men older than 65 years show that one-time screening with ultrasonography for AAA reduces the risk of aneurysm-related death, rupture and emergency repair.
  - Screening leads to identification of aneurysms that would not dilate or rupture, and increases the likelihood of elective repair procedures for these patients.
  - A weak recommendation in favour of screening suggests the importance of shared decision-making with the primary care provider and patient, with discussion of patient preferences for screening.

- The prevalence of AAA in screened populations has declined since the RCTs were conducted, reducing the absolute benefit of screening.
- Women have much lower rates of AAA than men, and there is no direct evidence that screening women has a positive impact on their health.
- Evidence on the impact of AAA screening on men older than 80 years of age is indirect, meaning any potential benefit is uncertain.

- USPSTF: (Empfehlung derzeit noch in Überarbeitung, USPSTF 2019 Draft recommendation statement)

  Men ages 65 to 74 years who have ever smoked: The USPSTF recommends one-time screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) with ultrasonography in men ages 65 to 75 years who have ever smoke.

  Men ages 65 to 75 years who have never smoked: The USPSTF recommends that clinicians selectively offer screening for AAA with ultrosonography in men ages 65 to 75 years who have never smoked rather than routinely screening all men in this group. Evidence indicates that the net benefit of screening all men in this group is small. In determining whether this service is appropriate in individual cases, patients and clinicans should consider the balance of benefits and harms on the basis of evidence relevant to the patient's medical history, family history, other risk factors, and personal values.
- ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases

  Population screening for AAA with ultrasound
  - Is recommended in all men >65 years of age
  - May be considered in women >65 years of age with history of current/past smoking
  - Is not recommended in female nonsmokers without familial history
- AWMF S3-Leitlinie zu Screening, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Bauchaortenaneurysmas (*DGG et al. 2018)*:

  Empfehlung: Ein Screening der Bevölkerung auf ein BAA mit Ultraschall
  - soll allen Männern > 65 Jahre empfohlen werden (Evidenzgrad: 1a/Empfehlungsgrad: A, starker Konsens).
  - soll Frauen > 65 Jahre mit einer jetzigen oder vergangenen Raucheranamnese empfohlen werden (Evidenzgrad: 2a, Empfehlungsgrad: A, starker Konsens).
  - sollte Nichtraucherinnen mit fehlender Familienanamnese nicht empfohlen werden (Evidenzgrad: 2a/Empfehlungsgrad: B, starker Konsens).
  - sollte bei Geschwistern 1. Grades eines Patienten mit AAA erwogen werden (Evidenzgrad: 2c/Empfehlungsgrad: B, starker Konsens).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert	Es liegen keine empirischen Referenzwerte vor. Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein.
Interpretation	Die Ergebnisse des Indikators geben im Sinne eines Prozessparameters einen Hinweis darauf, wie gut das Screening in die Praxisroutine implementiert ist und welcher Anteil der männlichen Praxispopulation erreicht wird.
Einbindung in die QZ-Arbeit	Im QZ kann die Erfahrung im Umgang mit dem Screening reflektiert werden und z. B. die Erfahrung mit der obligatorischen Versicherteninformation ausgetauscht werden. Darüber hinaus können sich Hausärzte mit Ultraschallbefugnis, die die Untersuchung selbst durchführen können, austauschen mit denjenigen, die nur die Beratung durchführen.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes	Für das QM einer Praxis ermöglicht der Indikator eine Aussage darüber, wie viele männliche Versicherte davon erreicht werden, und ermöglicht so die Entwicklung und Implementierung von Informations- bzw. Remindersystemen.

Höheres Lebensalter – Geriatrisches Assessment

Bedeutung der hausärztlichen Versorgung im Alter

Das höhere Lebensalter stellt einen wichtigen Bestandteil der hausärztlichen Versorgung dar. Im Buch „Allgemeinmedizin – der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung“ heißt es dazu: „Jeder 2.–3. Patient einer Hausarztpraxis ist 65 Jahre und älter und rund die Hälfte der Hausarzttätigkeit (mit Hausbesuchen) entfällt auf diese Altersgruppe“ *(Peters-Klimm 2017)*. Der Hausarzt kennt die Patienten häufig schon sehr lange, im Sinne der gelebten Anamnese stellt er eine Vertrauensperson dar.

Der Übergang zwischen verschiedenen Lebensphasen ist häufig mit besonderen Herausforderungen und Veränderungen verbunden. Im höheren Lebensalter kann dies z. B. bedeuten, eine Situation bzw. Herausforderung (z. B. chronische Erkrankungen, schwindende Kräfte, zunehmende Gebrechlichkeit) anzunehmen, einen Umgang mit Verlusten und Krankheiten zu finden, resignative und depressive Phasen zu erleben, mit zunehmenden Einschränkungen der Alltagskompetenz umzugehen und Hilfe von anderen anzunehmen. Im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung bedeutet dies aber auch, das Altern an sich nicht als Krankheit zu betrachten, sondern z. B. individuelle Ressourcen aus der Lebenserfahrung und aus der erfolgreichen Bewältigung von Herausforderungen zu nutzen. Der Hausarzt ist hier häufig v. a. als psychosozialer Begleiter und Unterstützer gefragt. Hier ist v. a. die Prävention eine wichtige Aufgabe. „Hier steht dem Hausarzt ein ganzes Arsenal an Möglichkeiten zur Verfügung, den Patienten zu unterstützen (z. B. Beratung, permanenter Dialog, Reha- oder Funktionsgymnastik, Rehabilitation, also sekundäre und tertiäre Prävention), die nicht zuletzt auch die soziale Teilhabe als Determinante von Gesundheit berücksichtigt“ *(Peters-Klimm 2017)*.

Geriatrisches Basisassessment

Da für ältere und alte Menschen andere Fragen und spezifische Aspekte zu berücksichtigen sind, sollte ein dafür ausgelegtes diagnostisches Instrumentarium genutzt werden. Ein geriatrisches Basisassessment stellt eine geeignete Möglichkeit für eine systematisch-strukturierte Diagnostik zum Aufdecken von Funktionsdefiziten (z. B. Hör- oder Sehstörung, Inkontinenz, Schwierigkeiten in der Alltagskompetenz, Selbstpflege und Körperhygiene, Sturzneigung, geistiger Abbau bis hin zu dementiellen Erkrankungen) dar *(Peters-Klimm 2017)*.

In der Leitlinie Geriatrisches Assessment der Leitliniengruppe Hessen heißt es:
„Patienten ‚altern‘ mit Ihnen (in der Hausarztpraxis) und werden über Jahre von Ihnen begleitet. Irgendwann – vielleicht fällt es Ihnen auch beim Kontakt auf – lässt die Alltagskompetenz dieser Patienten nach. Dieser Prozess beginnt schleichend und zunächst unbemerkt. Darüber hinaus gibt es bei vielen Patienten das Bedürfnis, diese zunehmende Einschränkung zu leugnen oder zu überspielen, oder auch Angehörige sorgen mitunter dafür, dass Außenstehende dies nicht bemerken. Denn diese Defizite gelten als Stigma. Sie als Hausarzt sind gefordert, diese Defizite möglichst frühzeitig zu erkennen und

gezielt gegenzusteuern. Zu diesem Zeitpunkt sind diese Patienten in den klassischen geriatrischen Tests nicht auffällig, d. h. sie haben noch einen Barthel-Index über 90 und noch keine erhöhte Sturzgefahr nach den Kriterien des Sturzassessments. Nichtsdestotrotz gilt es hier jetzt einzuschreiten" *(Leitliniengruppe Hessen 2018.)*

Leistungsdefinition im EBM

Das hausärztlich-geriatrische Basisassessment (EBM-Ziffer 03360) sieht folgenden **obligaten** Leistungsumfang vor:

- „Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen, Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed ‚up & go', Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment).

Zum **fakultativen** Leistungsinhalt gehören:

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),
- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt" *(KBV 2019).*

Voraussetzungen für den Einsatz des Assessments

Die Leitlinie Geriatrisches Assessment der Leitliniengruppe Hessen beschreibt folgende Voraussetzungen für das Assessment ab vollendetem 70. Lebensjahr und/oder geriatrietypischer Morbidität (mind. eines der folgenden Symptome und/oder Pflegestufe bzw. Pflegegrade):

- „Multifaktorielle Mobilitätsstörung inkl. Fallneigung und ‚Altersschwindel'
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty Syndrom (unbeabsichtigter Gewichtsverlust, körperliche und/oder geistige Erschöpfung, muskuläre Schwäche, verringerte Ganggeschwindigkeit, verminderte körperliche Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- oder Vorliegen von: ICD 10: F00-F02, dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer, G20.1 und G20.2 primäres Parkinson Syndrom"

Diese Eingrenzung des geriatrischen Basisassessments auf das Alter ab 70 Jahren und zusätzliche Morbiditätsmerkmale oder Versorgungsbedarfe bildet auch im EBM die Voraussetzung für die Abrechnung des Assessments. Es kommen also nicht generell alle Personen ab 70 Jahren in Frage. Dies ist vielmehr davon abhängig, wie die zuvor genannten Merkmale in der Praxis bzw. unter den beteiligten Ärzten operationalisiert werden.

Hinweise zu den QISA-Indikatoren 17 und 18

Die beiden QISA-Indikatoren für das Themenfeld „Höheres Lebensalter" wurden aus der QISA-Version 1.0 übernommen, wo sie unter dem Fokus Sturzprophylaxe standen. Da die Erhebung von Sturzrisiken zum geriatrischen Basisassessment gehört, lag es nahe, den Fokus des Themenfelds auf dieses Assessment im Ganzen auszuweiten. Denn neben der Sturzprophylaxe gehört auch das Achten auf mögliche altersbedingte Funktionseinschränkungen und Gesundheitsrisiken zu guter Qualität in der hausärztlichen Versorgung. Als Vorteil bringt diese Erweiterung zudem mit sich, dass die Erfassung des Assessments keinen Zusatzaufwand verursacht, sondern über die entsprechende EBM-Gebührenziffer erfolgen kann.

Der Indikator 17 misst vor diesem Hintergrund die Anwendungsintensität des geriatrischen Basisassessments. Zudem wird mit Indikator 18 ein Ergebnisindikator vorgeschlagen, der den Erfolg des Assessments im Bereich der Sturzprophylaxe fokussiert.

Indikator 17: Ältere Versicherte (ab 70 Jahren) mit hausärztlich-geriatrischem Basisassessment

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator gibt die Anzahl der Patienten an, bei denen ein hausärztlich-geriatrisches Basisassessment durchgeführt wurde, im Verhältnis zu allen Versicherten dieser Altersgruppe.

Begründung

Die mit dem hausärztlich-geriatrischen Basisassessment erfassten Bereiche, u. a. Stürze, sind in der älteren Bevölkerung häufig, werden von Patienten oft nicht berichtet und können schwerwiegende Einschränkungen der Gesundheit und der Lebensqualität zur Folge haben. Ein gezieltes und dokumentiertes Assessment stellt somit eine auf die Verbesserung der Versorgung älterer Menschen ausgelegte Maßnahme dar. Der Hausarzt hat eine wichtige Funktion in der Diagnostik, der Prävention, der Therapie und der Einleitung notwendiger Unterstützungsmaßnahmen. Ein regelmäßiges Assessment zur Identifikation und zur Verlaufskontrolle stellt eine wesentliche Voraussetzung dafür dar, dass der besondere (geriatrische) Versorgungsbedarf gewährleistet werden kann.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst hoch sein, wobei sich dies aber nur auf diejenigen älteren Versicherten bezieht, auf die die Voraussetzungen des Basisassessments zutreffen.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Voraussetzung für die Berechnung des Indikators ist die Dokumentation der entsprechenden EBM-Gebührenposition.

Ausblick

Die Versorgung älterer und alter Menschen stellt einen wesentlichen Bestandteil der hausärztlichen Versorgung dar. Die konsequente Durchführung und feste Implementierung der einzelnen Bestandteile des geriatrischen Basisassessments in die Praxisroutine sorgen für eine Sensibilisierung und Stärkung dieses Aufgabenfeldes.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

1 Jahr.

Bezugsebene

Alle älteren Versicherten ab dem 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Versicherten ab 70 Jahren mit geriatrietypischer Morbidität}^{*}\text{* und mit hausärztlich-geriatrischem Basisassessment}}{\text{Anzahl aller Versicherten ab 70 Jahren mit geriatrietypischer Morbidität*.}}$$

* Definition der geriatrietypischen Morbidität s. Einleitungstext, S. 123ff.

Zähler Anzahl der Versicherten ab 70 Jahren mit geriatrietypischer Morbidität und mit hausärztlich-geriatrischem Basisassessment.

Nenner Anzahl aller Versicherten ab 70 Jahren mit geriatrietypischer Morbidität.

Ausschlusskriterien Keine.

Datenquelle Praxisdokumentation bzw. GKV-Routinedaten (Abrechnungsziffer 03360: hausärztlich-geriatrisches Basisassessment).

Verfügbarkeit der Daten Die Erfassung der EBM-Ziffer aus den Abrechnungsdaten ist eine einfache und direkt verfügbare Methode zur Datengewinnung. Bei Selektivverträgen ist eine direkte Erfassung der Abrechnungsziffer nicht möglich, wenn eine pauschale Vergütung erfolgt.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Validität ist dann hoch, wenn im Rahmen des Assessments geeignete und validierte Instrumente und Methoden eingesetzt werden. So sollten z. B. im Rahmen des Sturzrisikoassessments in die Befragung älterer Versicherter auch Angehörige oder betreuende Personen einbezogen werden und sollte die Anamnese durch standardisierte Tests (z. B. Geh-und-Zähl-Test, geriatrisches Screening nach LACHS, Esslinger Sturzrisikoassessment) ergänzt werden.

Reliabilität Die Reliabilität ist bei strukturierter Vorgehensweise und Dokumentation ebenfalls hoch: Die Sturzanamnese etwa sollte in regelmäßigen Abständen, eventuell auch in kürzeren Abständen erfolgen, da Stürze geriatrischen Patienten oft nicht erinnerlich sind.

Veränderungssensitivität Je häufiger das geriatrische Basisassessment bei Patienten durchgeführt wird, auf die die Voraussetzungen zutreffen, desto höher ist der Wert des Indikators. Der Indikator ist somit direkt durch das Verhalten des Arztes (Praxisteams) steuerbar.

Praktikabilität Die Bestandteile des geriatrischen Basisassessments sind standardisierte, in der Hausarztpraxis durchführbare Maßnahmen. Die Messung des Indikators erfordert eine regelmäßige, strukturierte Erfassung des Risikos durch Anamnese und/oder einen Screeningtest für alle Versicherten ab 70 Jahren.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz Chronische Erkrankungen, körperliche Beeinträchtigungen, kognitive Einschränkungen, psychosoziale Probleme stellen häufige Probleme älterer Versicherter dar. Das Sturzrisiko älterer Versicherter ist deutlich erhöht: Von den 65- bis 79-Jährigen geben 10 % an, mehr als einmal im letzten Jahr gestürzt zu sein *(RKI 2015c)*. In dem Bericht Gesundheit in Deutschland aus dem Jahr 2015 heißt es: „Für Deutschland liegen Daten zur Häufigkeit von Stürzen älterer Menschen in Privathaushalten aus verschiedenen Studien vor. Rapp und Kollegen *(Rapp et al. 2014)* berichten auf der Basis von Daten aus DEGS1 und der Studie ‚Activity and Function of the Elderly in

Ulm' (ActiFE-Ulm), dass Frauen häufiger stürzen als Männer, und dass ein Zehntel aller Befragten zwischen 65 und 80 Jahren mehr als einmal im letzten Jahr gestürzt ist. Zwischen Sturzneigung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes besteht vermutlich eine Wechselwirkung, da ein schlechter Gesundheitszustand das Sturzrisiko erhöht und umgekehrt Stürze durch mögliche schwerwiegende Folgen (Weichteilverletzungen, Hüftfrakturen) sowie damit verbunden körperliche Inaktivität weitere gesundheitliche und funktionelle Verschlechterungen nach sich ziehen. Dabei spielt auch die Sturzangst eine wesentliche Rolle *(Scheffer et al. 2008)" (RKI 2015c).*

Praxisstudien und Evidenz

Theile et al. (2012) zogen aus ihrer Online-Befragung unter Hausärzten zur Bedeutsamkeit und zum Einsatz des geriatrischen Basisassessments (GBA) folgendes Fazit:

Es wurde eher selten eingesetzt, kritisiert wurden der hohe Zeitaufwand, die fraglichen Konsequenzen für die Weiterbehandlung des Patienten sowie keine in der HA-Praxis ausreichend erprobten und geeigneten leitlinienkonformen Testverfahren. Zudem seien die Zielgruppen, die besonders vom GBA profitieren, bisher nicht definiert *(Theile et al. 2012).*

Die Leitliniengruppe Hessen gibt mit der S1-Leitlinie praxiserprobte Handlungsempfehlungen, die die Umsetzung in der hausärztlichen Praxis erleichter. Darin werden die einzelnen Bestandteile des geriatrischen Basisassessments vorgestellt.

Die Leitliniengruppe empfiehlt, mit den zwei Signalfragen

- Fühlen Sie sich voller Energie?
- Haben Sie Schwierigkeiten, eine Strecke von 400 m zu gehen?

im Wartezimmer eine Vorauswahl der Versicherten für das Basisassessment zu treffen und empfiehlt das Assessment bei Patienten, für die sich bei beiden Fragen Signale für einen verschlechterten Funktionszustand ergeben. Für die weitere Abklärung bei ihnen wird auf das Assessmentinstrument MAGIC verwiesen *(mh-hannover.de/fileadmin/institute/allgemeinmedizin/downloads/MAGIC_Version_2016.pdf) (Leitliniengruppe Hessen 2018).*

Eine sinnvolle Selektion des Patientenkollektivs für die Durchführung des geriatrischen Basisassessments erscheint angesichts des damit verbundenen hohen Arbeitsaufwandes sinnvoll. „Der weitaus größte Anteil der alten und teilweise multimorbiden Patienten wird von Hausärzten betreut. Ein Assessment für alle Menschen ab 70 Jahren würde für die Hausarztpraxis personell aufwendig und kostenintensiv. Anvisiert ist daher ein selektives Angebot für vulnerable ältere Patienten". Junius-Walker et al. geben darüber hinaus einen Überblick darüber, welche Tests in der Hausarztpraxis praktikabel sind *(Junius-Walker et al. 2016).*

Reduzierung der Krankheitslast

Die Reduzierung der Krankheitslast durch einen strukturierten interdisziplinären Interventionsansatz, bestehend aus dem Assessment von altersassoziierten Schwierigkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen (wie z. B. einer erhöhten Sturzneigung) und daraus abgeleiteten Behandlungsmaßnahmen, konnte gezeigt werden.

Kosteneffektivität

Das geriatrische Assessment ist zunächst mit einem personellen Mehraufwand und damit auch mit höheren Kosten verbunden. Darüber hinaus verursachen die aus den Ergebnissen abgeleiteten Interventionen zusätzliche Kosten. Eine schwedische Studie kommt zu dem Schluss, dass eine mit der Verankerung des geriatrischen Assessments verbundene Umstrukturierung der Versorgung, welche die besonderen Bedürfnisse der älteren und häufig multimorbiden Versicherten stärker berücksichtigt, mit einer Kosteneffektivität einhergehen kann *(Lundqvist 2018)*.

Indikatorensysteme

- IQTIG: Sturzprophylaxe ID 54050
  Nenner: Grundgesamtheit (N) – Alle Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten
  Zähler: Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden. Referenzbereich ≥ 85,00 %

Leitlinien

- Older people in contact with healthcare professionals should be asked routinely whether they have fallen in the past year and asked about the frequency, context and characteristics of the fall/s. (Empfehlungsgrad: NICE-LL) *(NICE 2013)*
  Older people reporting a fall or considered at risk of falling should be observed for balance and gait deficits and considered for their ability to benefit from interventions to improve strength and balance. (Empfehlungsgrad: NICE-LL) *(NICE 2013)*
- RACGP: All people aged 65 years or more: screen for falls and risk factors for falls, every 12 months (Empfehlungsgrad: A, Evidenzlevel: I)
  [Zugehörige Erläuterung: „Ask the following three screening questions:
  1. Have you had two or more falls in the past 12 months?
  2. Are you presenting following a fall?
  3. Are you having difficulty with walking or balance?
  [...] *(RACGP 2016)*
- USPSTF: „Community-dwelling adults aged 65 years or older: Do not automatically perform an in-depth multifactorial risk assessment with comprehensive management of identified risks to prevent falls." (Empfehlungsgrad: C, Evidenzlevel: moderate)
  Zugehörige Erläuterung: „Primary care clinicians can consider the following factors to identify older adults at increased risk for falls: a history of falls, a history of mobility problems, and poor performance on the timed Get-Up-and-Go test." *(Moyer et al. 2012)*
- S1-Leitlinie Hausärztliche Leitlinie Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis
  Das ambulante geriatrische Assessment liefert einen wesentlichen Beitrag, „weil es frühzeitig durch den Arzt initiiert durchgeführt wird. Es bietet die Basis für ein ineinandergreifendes multidisziplinäres Versorgungsmanage-

ment und für einen vorausschauenden Therapieplan, der Exazerbationen von Erkrankungen und Einschränkungen verhindern kann. Es geht somit in dieser Leitlinie darum, den vulnerablen Patienten mit seinem Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsbedarf zu erfassen. Dies erfordert eine Vorauswahl von Patienten durch ein praktikables Frailty-Screening".

- EACPR: For older adults at risk of falls, neuromotor exercise helps to maintain and improve balance and motor skills (balance, agility, coordination and gait). This includes multifaceted activities such as tai chi and yoga, and recreational activities using paddles or sport balls to challenge hand-eye coordination. The optimal volume is not known *(Piepoli 2016)*.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Da in der Literatur keine Zielwertangaben gemacht werden, bleibt dieser der Vereinbarung der Ärzte überlassen, die mit dem Indikator arbeiten. Hierbei sind ggf. gemeinsam festgelegte Kriterien bezüglich der Voraussetzungen für das Assessment zu berücksichtigen. Für die Festlegung eines Zielwerts sollten in jedem Fall auch die Ergebnisse einer ersten, deskriptiven Messung des Indikators zugrunde gelegt werden.

Interpretation

Durch den Indikator wird es ermöglicht, eine Gruppe von älteren Patienten zu selektieren, die ein erhöhtes Risiko für altersassoziierte Erkrankungen und Beeinträchtigungen aufweist und weiteren diagnostischen Maßnahmen zugeführt werden sollte.

Einbindung in die QZ-Arbeit

Die Ergebnisse dieses Indikators können in Qualitätszirkeln dazu genutzt werden, Erfahrungen im Umgang mit diesem Screeningverfahren auszutauschen. Zudem kann gemeinsam abgestimmt werden, nach welchen Kriterien die für das Assessment in Frage kommenden Patienten identifiziert werden und unter welchen Bedingungen welche Tests in den Praxen eingesetzt werden. Schwierigkeiten in der Durchführung der Tests oder der Einschätzung des Risikos können diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet werden. Es sollte eine einheitliche Vorgehensweise abgestimmt werden, die festlegt, wer den Test durchführt (z. B. Praxispersonal) und wie die Ergebnisse zu interpretieren und zu dokumentieren sind.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Die Entwicklung eines übersichtlichen Algorithmus zur Identifikation von gefährdeten Risikopatienten sowie zur weiteren diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise könnte für alle Beteiligten hilfreich sein. Auch sollten die Testbatterien, die für das hausärztlich-geriatrische Basisassessment benutzt werden, miteinander abgestimmt und sollte die Dokumentation der Befunde standardisiert werden.

Indikator 18: Ältere Versicherte mit Hospitalisierung wegen hüftgelenknaher Fraktur

I Beschreibung

Aussage

Der Indikator gibt den Anteil älterer Versicherter ab 70 Jahren an, die wegen einer hüftgelenknahen Fraktur stationär behandelt wurden.

Begründung

Hüftgelenknahe Frakturen sind v. a. im höheren Lebensalter eine schwerwiegende und kostenintensive Erkrankung. 90 % dieser Frakturen sind sturzbedingt. Sie führen häufig zu einer bleibenden Funktionseinschränkung oder sogar zu einer dauernden Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Ziel von Präventionsmaßnahmen ist es daher, Stürze und Sturzfolgen bei älteren Menschen zu verhindern.

Zielstellung

Der Indikatorwert sollte möglichst niedrig sein.

Einbezogene Fachgruppen

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten.

Voraussetzungen

Voraussetzung für diesen Indikator sind die Codierung und Dokumentation der entsprechenden Diagnosen.

Ausblick

Zusammen mit dem vorhergehenden Indikator zum geriatrischen Basisassessment führt dieser Indikator zu einer Sensibilisierung für die besonderen Belange älterer Versicherter. Da diese einen großen Teil des Versichertenkollektivs einer Hausarztpraxis ausmachen, kann dies dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern. Wenn dieser Indikator niedriger wird, kann dies ein Zeichen dafür sein, dass Maßnahmen zur Sturzprävention erfolgreich sind. Da hüftgelenknahe Frakturen bei Frauen wesentlich häufiger auftreten als bei Männern, könnte dieser Indikator nach Geschlecht getrennt bewertet werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum

Mindestens 1 Jahr. Nach Möglichkeit sollte ein größerer Zeitraum gewählt werden, da hüftgelenknahe Frakturen im Patientenkollektiv einer hausärztlichen Praxis insgesamt relativ selten vorkommen.

Bezugsebene

Alle älteren Versicherten ab 70 Jahren.

Formel

$$\frac{\text{Anzahl der Patienten ab 70 Jahren mit der stationären Entlassungsdiagnose einer hüftgelenknahen Fraktur (ICD 10-GM 2019: S72.0–S.72.9)}}{\text{Anzahl aller Versicherten ab 70 Jahren.}}$$

Zähler

Anzahl der Patienten ab 70 Jahren mit der stationären Entlassungsdiagnose einer hüftgelenknahen Fraktur (ICD 10-GM 2019: S72.0–S.72.9).

Nenner

Anzahl aller Versicherten ab 70 Jahren.

Ausschlusskriterien

Keine.

Datenquelle Entlassdiagnosen aus den stationären GKV-Routinedaten.

Verfügbarkeit der Daten Diese Daten sind für Krankenkassen direkt EDV-verfügbar, sofern die Diagnosen konsequent codiert sind.

III Anmerkungen zur Messgüte

Validität Die Validität ist hoch. 90 % der hüftgelenknahen Frakturen sind sturzbedingt. Die hüftgelenknahe Fraktur stellt eine typische Fraktur des höheren Lebensalters dar. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt um das 80. Lebensjahr.

Reliabilität Die Reliabilität ist ebenfalls hoch, da sich der Indikator aus direkt ablesbaren Größen ergibt. Je geringer die Sturzanzahl in dieser Altersgruppe ist, desto geringer wird auch die Anzahl der hüftgelenknahen Frakturen und damit der Wert des Indikators.

Veränderungssensitivität Zu beachten ist jedoch, dass nur etwa jeder zehnte Sturz zu einer Fraktur führt und hüftgelenknahe Frakturen wiederum einen Teil davon bilden. Das heißt, dass viele Stürze verhindert werden müssen, um den Wert dieses Indikators zu senken. Der Wert des Indikators liegt daher nur zum Teil im Einflussbereich des Arztes.

Praktikabilität Die Rate hüftgelenknaher Frakturen ist ein geeigneter Parameter, der durch die stationäre Entlassungsdiagnose leicht zu erheben ist und gut mit der Ursache Sturz korreliert.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz Die Inzidenzrate für Schenkelhalsfrakturen wird in Deutschland mit ca. 100.000 pro Jahr angegeben und wird sich nach Schätzungen aufgrund der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2030 verdoppeln *(Kruse 2002, Klopfer et al. 2017)*. Bei Frauen zählen Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (S70–S79) mit insgesamt 122.367 Fällen im Jahr 2013 zu den zehn häufigsten Krankenhauseinweisungsdiagnosen. Dies umfasst neben den Frakturen auch Weichteilverletzungen und andere Diagnosen *(RKI 2015c)*.
„Im Jahr 2014 wurden 108.134 proximale Femurfrakturen in Deutschland gemeldet. Hiervon waren 54 % Schenkelhalsfrakturen (SHF) und 46 % pertrochantäre Frakturen. Mit > 70 % ist überwiegend das weibliche Geschlecht betroffen, und es handelt sich in der Regel um Niedrigenergietraumata“ *(Klopfer et al. 2014)*.

Praxisstudien und Evidenz Eine Hauptursache hüftgelenknaher Frakturen sind Stürze im höheren Lebensalter. Risikofaktoren für Stürze im Alter können dabei auch als Risikofaktoren für Frakturen angesehen werden.

Reduzierung der Krankheitslast Die Reduzierung der Krankheitslast kann durch diesen Indikator direkt gemessen werden.

Kosteneffektivität

Die Kostenaufwendungen für Präventionsaktivitäten zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen im Alter könnten beispielsweise durch eine sinkende Anzahl hüftgelenknaher Frakturen und die Reduktion der damit verbundenen kostenintensiven Behandlungen aufgefangen werden. Bei einer Fallpauschale von derzeit 7.000 Euro für die unmittelbare Versorgung nach Schenkelhalsfrakturen betragen die Kosten in Deutschland derzeit 700 Millionen Euro pro Jahr. Weitere Kosten ergeben sich durch poststationäre Pflegebedürftigkeiten, wobei nur 33–40 % der Patienten nach der Behandlung hüftgelenknaher Frakturen wieder in der Lage sind, ihre alltäglichen Tätigkeiten uneingeschränkt auszuüben *(Stevens 2000, Kruse 2002)*.

Indikatorensysteme

- Healthy People 2010 U.S. Department of Health and Human Services 2000
  Die Anzahl hüftgelenknaher Frakturen lag 1998 bei 1055,8 bei Frauen und 592,7 bei Männern, bezogen auf 100.000 Personen pro Jahr. Bezogen auf 100.000 Personen soll die Anzahl der Frakturen bei Frauen um 416 und um 474 bei den Männern gesenkt werden.
- Arizona Health Care Cost Containment System (CHCCCS): ALTCS Elderly and Physically Disabled Indicators
  Indikator sturzassoziierte Frakturen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen: 5,34 %

Leitlinien

Die Leitlinienempfehlungen zur Vermeidung von Stürzen als Ursache hüftgelenknaher Frakturen finden sich bei Indikator 17.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert

Hüftgelenknahe Frakturen sind in einer hausärztlichen Patientenpopulation relativ selten. Einzelfälle und zufällige Häufungen können den Indikatorwert entsprechend stark beeinflussen. Daher kann es schwierig sein, einen Zielwert festzulegen. Insofern kann es sinnvoll sein, den Indikator zunächst deskriptiv einzusetzen und den Verlauf zu beobachten.

Interpretation

Der Indikator gibt Hinweise auf den Erfolg präventiver Maßnahmen zur Verhinderung von Stürzen.

Einbindung in die QZ-Arbeit

In interdisziplinären Qualitätszirkeln könnte eine standardisierte Vorgehensweise diskutiert und beschlossen werden.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes

Die Zuständigkeiten müssen festgelegt werden. Es könnte ein interdisziplinäres Konzept zur Prävention von Stürzen und Sturzfolgen im Alter erarbeitet werden. Viele Ursachen sind direkt durch den Patienten bzw. den Arzt beeinflussbar, z. B. durch die Motivation zu körperlichem Training oder eine effektive medikamentöse Osteoporoseprophylaxe bei entsprechender Indikation. Diese Aspekte sollten in der inhaltlichen Diskussion im QZ und im Netz Berücksichtigung finden.

Anhang 1: Indikatoren mit Bezug zur Prävention in anderen QISA-Bänden

QISA-BAND C1 ASTHMA-COPD (VERSION 2.0)	
QI 4	Anteil der rauchenden Asthmatiker mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung
QI 5	Anteil der geschulten Asthmatiker
QI 8	Anteil der rauchenden COPD-Patienten mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung
QI 9	Anteil der COPD-Patienten mit Influenza-Impfung
QI 10	Anteil der geschulten COPD-Patienten

QISA-BAND C2 DIABETES MELLITUS TYP 2 (VERSION 2.0)	
QI 3	Typ-2-Diabetiker mit Prüfung des Schulungsbedarfes
QI 4	Typ-2-Diabetiker mit Kontrolle der Risikofaktoren
QI 5	Typ-2-Diabetiker mit arterieller Hypertonie und Blutdruckeinstellung im Normbereich
QI 6	Typ-2-Diabetiker mit augenärztlicher Untersuchung
QI 7	Typ-2-Diabetiker mit jährlicher Fußinspektion

QISA-BAND C3 HYPERTONIE (VERSION 2.0)	
QI 3	Hypertoniker mit regelmäßiger Blutdruckkontrollmessung
QI 4	Neu diagnostizierte Hypertoniker mit kardiovaskulärer Risikoberatung
QI 5	Neu diagnostizierte Hypertoniker mit Lebensstilberatung
QI 8	Geschulte Hypertoniker

QISA-BAND C4 RÜCKENSCHMERZEN (VERSION 2.0)	
QI 5	Praxen, die eine schriftliche Information über das lokale Sport- und Bewegungsangebot vorhalten
QI 10	Patienten mit Rückenschmerzen und sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit, bei denen ein Antrag auf Rehabilitation gestellt wird

QISA-BAND C6 DEPRESSION (VERSION 2.0)	
QI 1	Patienten mit diagnostizierter Depression in der HA-Praxis
QI 2	Screening auf Depression bei Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression
QI 3	Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression
QI 4	Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression

QISA-BAND C7 KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK) (VERSION 2.0)	
QI 13	Anteil der KHK-Patienten mit dokumentiertem Raucherstatus
QI 14	Anteil der KHK-Patienten mit positivem Raucherstatus, für die das Angebot einer Raucherberatung dokumentiert wurde

QISA-BAND D PHARMAKOTHERAPIE (VERSION 2.0)	
QI 13	Anteil der älteren Patienten mit Polypharmazie (an allen älteren Arzneimittelpatienten)
QI 14	Anteil der älteren Patienten mit Verordnungen potenziell problematischer Medikation (PIM) (an allen älteren Arzneimittelpatienten)
QI 15	Anteil der älteren Patienten mit Wirkstoffen, die das Sturzrisiko erhöhen

QISA-BAND E2 KREBSFRÜHERKENNUNG (VERSION 2.0)	
QI 1	Anteil der Versicherten ab 50 Jahren mit Beratung zum Darmkrebs-Früherkennungsprogramm
QI 2	Anteil der Versicherten ab 50 Jahren mit durchgeführten Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchungen

Literatur

Abdelhafiz AH, Austin CA 2003. Visual factors should be assessed in older people presenting with falls or hip fracture. Age Ageing 32(1): 26–30.

Abholz H 2006. Hausärztliche Prävention. In: Kirch W, Badura B (Hrsg.) Prävention – Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses; Dresden 2005. Heidelberg: Springer Verlag, 2006: 55–70.

Altgeld T, Kolip P 2018. Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S (Hrsg.) Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage, hogrefe: 57–74.

Anderson P, Bendtsen P, Spak F et al. 2016. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) fivecountry cluster randomized factorial trial. Addiction 111: 1935–45.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) 2015. S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-006.html (letzter Zugriff am 03.08.2019).

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) 2016. S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html (letzter Zugriff am 04.08.2019).

AuYoung M, Linke SE, Pagoto S, Buman MP, Craft LL, Richardson CR, Hutber A, Marcus BH, Estabrooks P, Gorin SS 2016. Integrating physical activity in primar care practice. The american Journal of medicine. 129: 1022-1029.

Babb S, Malarcher A, Schauer G, Asman K, Jamal A 2017. Quitting Smoking Among Adults – United States, 2000–2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 65: 1457–1464.

Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S et al. 2011. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public health nutrition 14: 2274–84.

Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, Meyer C, John U, Rumpf HJ 2007. Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: The Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC). Journal of Studies on Alcohol and Drugs; 68: 607–614.

Björntorp B 2001. Heart and soul: Stress and the metabolic syndrome. Scandinavian Cardiovascular Journal. Jg. 35. 172–177

Bölter R, Natanzon I, Miksch A, Joos S, Rosemann T, Szecsenyi J, Götz K 2009. Kommunale Ressourcen als ein Element des „Chronic Care Modells". Eine qualitative Studie mit Hausärzten. Prävention und Gesundheitsförderung 4(1): 35–40.

Brown J, West R, Angus C et al. 2016. Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England. Br J Gen Pract 66: e1–9.

Bundesärztekammer (BÄK) o. J. https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/tabak/raucherberatungbehandlung/

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2009. Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/KurzinterventionAlkohol2009.pdf (letzter Zugriff am 03.08.2019).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2016. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung – Sonderheft 03 Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2018. Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. https://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/rauchen-bei-jugendlichen-und-jungen-erwachsenen-in-deutschland/ (letzter Zugriff am 02.08.2019).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o. J. https://www.rauchfrei-info.de/informieren/verbreitung-des-rauchens/raucherquote-bei-kindern-jugendlichen/ (letzter Zugriff am 02.08.2019).

Canadian Task Force on Preventive Health Care 2015. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. CMAJ 187(3).

Canadian Task Force on Preventive Health Care 2017. Recommendations on screening for abdominal aortic aneurysm in primary care CMAJ; 189: E1137–45.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) 2000. Receipt of Advice to Quit Smoking in Medicare Managed Care – United States, 1998. Morbidity And Mortality Weekly Report 2000; 49(35): 797–801.

Cheeta S, Drummond C, Oyefeso A et al. 2008. Low identification of alcohol use disorders in general practice in England. Addiction 103: 766–73.

Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Switz C 1999. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. Lancet 353(9): 93–97.

Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D, Gorber B 2007. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. Obes Rev. Jul; 8(4): 307–26.

Coulton S, Dale V, Deluca P, Gilvarry E, Godfrey C, Kaner E, McGovern R, Newbury-Birch D, Patton R, Parrott S, Perryman K, Phillips T, Shepherd J, Drummond C, Heather N 2017. Screening for At-Risk Alcohol Consumption in Primary Care: A Randomized Evaluation of Screening Approaches. Alcohol and Alcoholism, 52(3) 312–317.

D'Angiolella LS, Lafranconi A, Cortesi PA, Rota S, Cesana G, Mantovani LG 2018. Costs and effectiveness of influenza vaccination: a systematic review. Ann Ist Super Sanità 54, 1: 49–57.

Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantoni C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, Rivetti A 2018. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Systematic Review – Intervention https://doi.org/10.1002/14651858.CD004876.pub4.

Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al. 2014. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas". https://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-001l_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf (letzter Zugriff am 20.07.2019).

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 201. Hausärztliche Empfehlungen zur Identifikation und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Sondervotum zur S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen".

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2017. Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-024. DEGAM-Leitlinie Nr. 19.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) 2017. Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf (letzter Zugriff am 20.07.2019).

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) et al. 2018. S3-Leitlinie zu Screening, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Bauchaortenaneurysmas. AWMF-Registernummer 004-14 https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/004-014l__S3_Bauchaortenaneurysma_2018-08.pdf (letzter Zugriff am 27.09.2019).

Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.) 2005. Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit.

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg) 2015. Tabakatlas Deutschland 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) 2018. Gesundheitsschädliche Trendprodukte bei jungen Menschen: Wasserpfeife und E-Zigaretten. Pressemitteilung. https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2018/dkfz-pm-18-69-Gesundheitsschaedliche-Trendprodukte-bei-jungen-Menschen-Wasserpfeife-und-E-Zigaretten.php (letzter Zugriff am 02.08.2019).

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) 2020. Tabakatlas Deutschland 2020. Pabst Science Publishers, Lengerich. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf?m=1606813115& (letzter Zugriff am 26.04.2021).

Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelsteing EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, Pratt M fort the Lancet Physical activity series 2 executive committee 2016. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. Lancet 388, .10051, P1311–1324.

Dybek I, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Meyer C, Hapke U, John U, Broocks A, Hohagen F, Rumpf HJ 2006. The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. J Stud Alcohol; 67: 473–481.

Ebert-Rall T 2017. QuATRo: Instrumente der Qualitätsmessung nutzen. ÄrzteZeitung Nr.15-28D, 10./11.02.2017.

Eckert K, Lange M, Wagner P 2014. Erfassung körperlicher Aktivität – Ein Überblick über Anspruch und Realität einer validen Messung? In: Becker S (Hrsg.) Aktiv und gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit. Wiesbaden Springer. 79–124.

Egidi G, Schmiemann G. 2019. Verpasste Chance – die Überarbeitung der GU-Richtlinie aus Sicht der DEGAM. Z Allg Med 95 (1), 14–19.

Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care 2001. Counseling For Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. London, Canadian Task Force.

Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane database Syst Rev 2011; (7): CD006211.

Erbel R, Aboyans V, Boileau C et al.; ESC Committee for Practice Guidelines. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2014; 35: 2873–2926.

Erlichman J, Kerbey AL, James WP 2002. Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: Prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence. Obes Rev 3(4): 273–287.

Finger JD, Mensink GBM, Lange C, Manz K 2017. Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2(2).

Fiore C, Bailey W, Cohen S, Dorfman S, Goldstein M, Gritz E et al. 2000. Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline. Rockville, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services.

Fiore C, Bailey W, Cohen S, Dorfman S, Goldstein M, Gritz E et al. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service.

Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI 2013. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. A Systematic Review and Metaanalysis.

GEDA 2012. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2016. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung). https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2658/2016-07-21_GU-RL_Praeventionsempfehlung_BAnz.pdf (letzter Zugriff am 23.09.2019).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2017a. Zusammenfassende Dokumentation. Beratungsverfahren gemäß § 135 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 25 SGB Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen. Vorläufige Fassung, Stand: 16.03.2017. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4279/2017-03-16_US-BAA-RL_Versicherteninformation_ZD.pdf (letzter Zugriff am 23.09.2019).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2017b. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen/US-BAA-RL) in der Fassung vom 20. Oktober 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 17.02.2017 B4 vom 17. Februar 2017 in Kraft getreten am 10. Juni 2017 zuletzt geändert am 16. März 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 09.06.2017 B4) vom 9. Juni 2017 in Kraft getreten am 10. Juni 2017. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1411/US-BAA-RL_2016-10-20_2017-03-16_iK-2017-06-10.pdf (letzter Zugriff am 23.09.2019).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2017c. Informationen zum Ultraschall-Screening auf Aneurysmen der Bauchaorta. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4330/2017_08_17_G-BA_Merkblatt_Versicherteninformation-Bauchaortenaneurysmen_bf.pdf (letzter Zugriff am 23.09.2019).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2018a. Abschlussbericht Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie: Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB V. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5372/2018-07-19_GU-RL_Anpassung-GU-Erwachsene_ZD.pdf (letzter Zugriff am 30.09.2019).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2018b. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Ge-sundheitsuntersuchungs-Richtlinie) in der Fassung vom 24. August 1989 veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989 in Kraft getreten am 1. Oktober 1989 zuletzt geändert am 19. Juli 2018 ver-öffentlicht im Bundesanzeiger AT 24.10.2018 B2 in Kraft getreten am 25. Oktober 2018 https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1679/GU-RL_2018-07-19_iK-2018-10-25.pdf (letzter Zugriff am 26.09.2019).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2019. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 224 (S. 8 154) vom 30. November 2007 in Kraft getreten am 1. Juli 2007 zuletzt geändert am 7. März 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.04.2019 B1) in Kraft getreten am 1. Mai 2019. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1813/SI-RL_2019-03-07_iK-2019-05-01.pdf (letzter Zugriff am 01.10.2019).

GKV-Spitzenverband 2017. Kapitel 2: Grundlagen. In: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017. GKV-Spitzenverband (Ed.): 7–14.

GKV-Spitzenverband 2018. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf (letzter Zugriff am 23.09.2020).

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH 2001. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Review. Cochrane Libary. Cochrane Libary number CD000340.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH 2003. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev 2003;(4): CD000340.

Glaser R, Kiecolt-Glaser JK 2005. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. Nature Rev. Immunol. Jg. 5. S. 243–251.

Glover MJ, Kim LG, Sweeting MJ, Thompson SG, Buxton MJ 2014. Cost-effectiveness of the National Health Service Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme in England. 101(8): 976-82.

Gribben B, Coster G, Pringle M, Simon J 2002. Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand. N Z Med J; 115(1151): 163–166.

Grisso JA, Kelsey JL, Strom BL, Chiu GY, Maislin G, O'Brien LA et al. 1991. Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women. The Northeast Hip Fracture Study Group. N Engl J Med 324(19): 1326–1331.

Guenther PM, Casavale KO, Reedy J, Kirkpatrick SI, Hiza HAB, Kuczynski KJ, Kahle LL, Krebs-Smith SM 2013. Update of the Healthy Eating Index: HEI-2010, Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics Feb 13. pii: S2212-2672(12)02049-7.

Guirguis-Blake JM, Beil TL, Sun X, Senger CA, Whitlock EP 2014. Primary Care Screening for Abdominal Aortic Aneurysm. A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Report No.: 14-05202-EF-1.

Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O 2009. Guidelines for the treatment of alcohol problems Australian Government Department of Health and Ageing, Sydney.

Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C, Bode L, Schlack R, Busch MA 2013. Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56: 749–754.

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.) 2017. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Nachdruck der 4. Auflage 2014. Bern: Huber.

Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S 2018. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S (Hrsg.) Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage, hogrefe: 23–34.

IQWiG 2015. Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen. IQWiG-Bericht Nr. 294. https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoese-verfahren/s-projekte/s13-04-ultraschall-screening-auf-bauchaortenaneurysmen.3767.html (letzter Zugriff am 23.09.2019).

Irving LM, Neumark-Sztainer D 2002. Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile? Prev Med 34(3): 299–309.

Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, Goyder E, Chilcott J, Payne N 2010. Screening and brief interventions for prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people. ScHARR, Scheffield.

Jacobson Vann JC, Jacobson RM, Coyne-Beasley T, Asafu-Adjei JK, Szilagyi PG 2018. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD003941.DOI: 10.1002/14651858.CD003941.pub3. (letzter Zugriff am 05.05.2021).

Jordan S, Weiß M, Krug S, Mensink GBM 2012. Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 55: 73–81.

Junius-Walker U, Krause 2016. Geriatrisches Assessment – Welche Tests eignen sich für die Hausarztpraxis? Dtsch Med Wochenschr 141: 165–169.

Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B 2018. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub4.

Kaner EFS, Heather N, McAvoy BR et al. 1999. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol 34:559–66.

Kastaun S, Leve V, Böckmann M, Reddemann O, Kotz D 2017. Hausärztliche Kurzberatung anhand der S3-Leitlinienempfehlung „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". Z Allg Med 93 (5).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM); Stand: 3. Quartal 2019, Arztgruppen-EBM, Hausarzt.

Keller S, Kalkuza G, Basler HD 2001. Motivierung zur Verhaltensänderung, Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. Psychmed 13: 101–111.

Kelly CN, Stanner SA 2003. Diet and cardiovascular disease in the UK: are the messages getting across? The Proceedings of the Nutrition Society 62: 583–9.

Kerse NM, Flicker L, Jolley D, Arroll B, Young D 1999. Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education programme. 319(7211): 683–687.

Klimm HD 2017a. Primärprävention, Grundlagen. In: Klimm HD, Peters-Klimm F (Hrsg.) Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 120.

Klimm HD 2017b. Tertiärprävention. In: Klimm HD, Peters-Klimm F (Hrsg.) Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 142–145.

Klimm HD 2017c. Primärprävention, Gesundheitsberatung und -coaching. In: Klimm HD, Peters-Klimm F (Hrsg.) Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 121–122.

Klopfer T, Hemmann P, Ziegler P, Stöckle U, Bahrs C 2017. Proximale Femurfraktur und Insuffizienzfrakturen im Alter. TraumaBerufskrankh 2017·[Suppl1]: 19: S27–S36.

Krug S, Jordan S, Mensink GBM, Müters S, Finger JD, Lampert T 2013. Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56: 765–771.

Kruse A 2002. Gesund Altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 146.

Lange C, Manz K, Rommel A, Schienkiewitz A, Mensink G 2016. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. Journal of Health Monitoring. 2016 1(1).

Ledig T, Krug K 2017. Sekundärprävention, Gesetzlich geregelte Vorsorgemaßnahmen. In: Klimm HD, Peters-Klimm F (Hrsg.) Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 132.

Leitliniengruppe Hessen 2018. Hausärztliche Leitlinie. Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis. Addendum zur Leitlinie: Allgemeine Geriatrie Teil I und Teil II AWMF-Registernummer: 053 – 015 Klassifikation: S1. Version 1.03 vom 08.05.2018.

Lenz M, Richter T, Mühlhauser I 2009. Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter. Eine systematische Übersicht. Dtsch Arztebl Int 106(40): 641–8.

Leppin A 2018. Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S (Hrsg.) Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage, Hogrefe, 47–56.

Lightwood JM, Glantz SA. Short-term Economic and Health Benefits of Smoking Cessation: Myocardial Infarction and Stroke. Circulation 1997; 96(4): 1089–1096.

Lindholt JS, Sørensen J, Søgaard R, Henneberg EW 2010. Long-term benefit and cost-effecitiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms from a randomized con-trolled trial. Br J Surg. 97(6): 826–34.

Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Harmann-Boyce J 2019. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858. CD001118.pub4.

Ludt S, Glassen K, Wiesemann A, Szecsenyi J 2009: QISA-Band E1, Prävention – Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten, Hrsg.: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock, Berlin.

Lundqvist M, Alwin J, Henriksson M, Husberg M, Carlsson P, Ekdahl AW 2018. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the AGe-FIT trial. BMC Geriatrics 18: 32.

Mantler T, Irwin JD, Morrow D 2012. Motivational interviewing and smoking behaviors: a critical appraisal and literature review of selected cessation initiatives. Psychological reports; 110:4 45–60.

Manzoli L, Ioannidis JP, Flacco ME, De Vito C, Villari P 2012. Effectiveness and harms of seasonal and pandemic influenza vaccines in children, adults and elderly: a critical review and re-analysis of 15 meta-analyses. Hum Vaccin Immunother; 8(7): 851–62.

Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J 2019. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub4.

McGinnis JM, Foege WH 1993. Actual causes of death in the United States. JAMA; 270(18): 2207–2212.

Miksch A 2017. Gesundheitsförderung. In: Klimm HD, Peters-Klimm F (Hrsg.) Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 115–117.

Miksch A, Andres E, Stammann C, Szecsenyi J 2021: QISA-Band E2, Krebsfrüherkennung – Qualitätsindikatoren zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Version 2.0, Hrsg.: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock, Berlin.

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL 2004. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA; 291(10): 1238–1245.

Moyer, VA; U.S. Preventive Services Task Force (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommentation Statement. Ann Intern Med 157(3): 197–204.

Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH 1999. The disease burden associated with overweight and obesity. JAMA 282(16): 1523–1529.

Nair N, Kvizhinadze G, Jones GT, Rush R, Khashram M, Roake J, Blakely W 2019. Health gains, costs and cost-effectiveness of a population-based screening programme for abdominal aortic aneurysms. BJS Volume106, (8) 1043–1054.

National Committee for Quality Assurance (NCQA) 2007. Advising Smokers To Quit. NCQA Publications.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2010. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking – public health guidance (PH 24). National Institute for Health and Clinical Excellence.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2011. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG 115). National Institute for Health and Clinical Excellence.

Newell SA, Girgis A, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ 1999. The accuracy of self-reported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. Am J Prev Med; 17(3): 211–229.

Nice 2011: Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence
https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/1-Guidance#identification-and-assessment

Nice 2012: Centre for health and social care, Commissioning outcomes framework programme https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/ccgois%20indicators%20key%20documents/alcohol_dependencebriefing_paper.pdf

NICE 2013. Falls. Assessment and prevention of falls in older people.: National Institute for Health and Care Excellence.

NHS 2001. Physical Activity – A strategy for Berkshire.

NHS 2017. NHS Health Check. Best practice guidance. https://www.healthcheck.nhs.uk/commissioners-and-providers/national-guidance/ (letzter Zugriff am 30.09.2019).

NHS Scotland 2011. Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Screening Programme Clinical Standards. https://www.evidence.nhs.uk/search?om=[%7B%22ety%22:[%22Quality%20Indicators%22]%7D]&q=Abdominal+aortic+aneurysm+screening&sp=on (letzter Zugriff am 27.09.2019).

Noakes M, Clifton P 2004. Weight loss, diet composition and cardiovascular risk. Current opinion in lipidology 15: 31–5.

Orth, B., Merkel, C 2018. Der Rückgang des Zigarettenkonsums Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland und die zunehmende Bedeutung von Wasserpfeifen, E-Zigaretten und E-Shishas. Bundesgesundheitsbl 61, 1377–1387 (2018). https://doi.org/10.1007/s00103-018-2820-1.

Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA 2012. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis 12(1): 36–44.

Perk J, Backer G de, Gohlke H, Graham I, Reiner Ž, Verschuren M et al. 2012. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European heart journal; 33: 1635–701.

Peters-Klimm F 2017. Versorgung alter Patienten. In: Klimm HD, Peters-Klimm F (Hrsg.) Allgemeinmedizin. Der Mentor für die Facharztprüfung und für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 45–46.

Petzold TD 2014. Gesundheit ist ansteckend: Praxisbuch Salutogenese. Irisiana.

Piepoli, MF, Hoes, AW, Agewall, S et al. 2016. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 37(29): 2315–2381.

Poethko-Müller C, Schmitz R 2013. Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56: 845–857.

Prochaska JO, Di Clemente CC 1985. Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. In: Shiffman S, Wills T (Hrsg.) Coping and substance use. New York: Academic Press, 345–363.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W et al. 1994. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychol; 13(1): 39–46.

RACGP (2016). Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edition. The Royal Australian College of General Practitioners.

Rafferty AP, Anderson JV, McGee HB, Miller CE 2002. A healthy diet indicator: quantifying compliance with the dietary guidelines using the BRFSS. Prev Med; 35(1): 9–15.

Rapp K, Freiberger E, Todd C et al. 2014. Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods. BMC Geriatr 14: 105.

Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P 2013. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, 56: 832–844.

Redaèlli M, Vollmar HC 2018. Prävention und Gesundheitsförderung im ambulanten, stationären und integrierten Setting. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S (Hrsg.) Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage, Hogrefe, 343–357.

Rehm J, Barbosa C 2018. The cost-effectiveness of therapies to treat alcohol use disorders. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 18(1): 43–49.

Reimann S, Hammelstein P 2006. Ressourcenorientierte Ansätze. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Springer Verlag, 13–28.

Reinert DF, Allen JP 2007. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. Alcohol Clin Exp Res; 31: 185–199.

Remschmidt C, Harder T, Wichmann O, Garbe E, Ledig T, Terhardt M, Wicker S, Zepp F, Mertens T 2016. Hintergrundpapier der STIKO: Evaluation der bestehenden Influenzaimpfempfehlung für Indikationsgruppen und für Senioren (Standardimpfung ab 60 Jahren). Bundesgesundheitsbl 59: 1606–1622.

Rensing L, Koch M, Rippe B, Rippe V (2006). Mensch im Stress. Psyche – Körper – Moleküle. München. Springer.

Rhew DC, Glassman PA, Goetz MB 1999. Improving pneumococcal vaccine rates. Nurse protocols versus clinical reminders. J Gen Intern Med 14(6): 351–356.

Rhew DC. Quality indicators for the management of pneumonia in vulnerable elders 2001. Ann Intern Med 135 (8 Pt 2): 736–743.

Rhew DC, Shekelle PG 2004. Quality Indicators for Preventive Care of the Vulnerable Elder. https://www.rand.org/pubs/working_papers/WR178.html (letzter Zugriff am 19.07.2019)

Riemann K, Gerber U 1997. Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Band 1. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.

RNZCGP 2020: https://www.rnzcgp.org.nz/gpdocs/New-website/quality/Record_Review_MAR-2020.pdf (letzter Zugriff am 05.05.2021)

Robert Koch-Institut (RKI) 2006. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle). Berlin

Robert Koch-Institut (RKI) 2015a. Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verändert? In: RKI 2015. Gesundheit in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/05_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 20.06.2019).

Robert Koch-Institut (RKI) 2015b. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? In: RKI 2015. Gesundheit in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/03_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 20.06.2019).

Robert Koch-Institut (RKI) 2015c. Wie gesund sind die älteren Menschen? In: RKI 2015. Gesundheit in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 01.10.2019).

Robert Koch-Institut (RKI) 2015d. Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung? In: RKI 2015. Gesundheit in Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/04_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 01.10.2019)

Robert Koch-Institut (RKI) 2017a. Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2)

Robert Koch-Institut (RKI) 2017b. Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2) https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_2017_02_Rauchen_Erwachsene.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 01.08.2019).

Robert Koch-Institut (RKI) 2017c. Grippeschutzimpfung: Häufig gestellte Fragen und Antworten. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/faq_ges.html (letzter Zugriff am 01.10.2019).

Robert Koch-Institut (RKI) 2018a. Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. Journal of Health Monitoring 3(3).

Robert Koch-Institut (RKI) 2018b. Untersuchungssurvey zur Gesundheit und Ernährung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland 2019–2021: Planungsstand. Journal of Health Monitoring 3(S2).

Robert Koch-Institut (RKI) 2018c. Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Rauchverhalten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 01.08.2019).

Robert Koch-Institut (RKI) 2018d. Epidemiologisches Bulletin vom 4. Januar 2018/Nr. 1. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/01_18.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 01.10.2019).

Robert Koch-Institut (RKI) 2019a. Epidemiologisches Bulletin vom 22. August 2019/Nr. 34. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/34_19.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 01.10.2019).

Robert Koch-Institut 2019b. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2018/19, https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI_Influenzabericht_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y (letzter Zugriff am 01.10.2019).

Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U 2002. Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. Alcohol and Alcoholism 37: 261–268.

Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E 2017. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 14: 42.

Sarkin JA, Nichols JF, Sallis JF, Calfas KJ 2000. Self-report measures and scoring protocols affect prevalence estimates of meeting physical activity guidelines. Med Sci Sports Exerc; 32(1): 149–156.

Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N et al. 2008. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. Age Ageing 37(1): 19–24.

Schiffer E 2013. Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese – Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz

Schmidt T, Mühlberger N, Chemelli-Steingruber IE, Strasak A, Kofler B, Chemelli A, Siebert U 2010. Benefit, risks and cost-effectiveness of screening for abdominal aortic aneurysm. Rofo 182(7): 573–80.

Schneider S, Diehl K, Bock C, Herr RM, Mayer M, Lindinger P, Görig T 2014a. Terra incognita Hausarztpraxis – Tabakentwöhnung in der deutschen Primärversorgung. Sucht 60: 175–187.

Schneider S, Diehl K, Bock C, Herr RM, Mayer M, Görig T 2014b. Modifying health behavior to prevent cardiovascular diseases: a nationwied survey among german primar care phy-sicians. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11(4), 4218–4232

Schwartz J, Rhodes R, Bredin SSD, Oh P, Warburton DER 2019. Effectiveness of approaches to increase physical activity behavior to prevent chronic disease in adults: a brief commentary. J. Clin. Med. 8(3), 295.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2002. Prevention and Management of Hip Fracture in Older People.

Shuval K, Leonard T, Drope J, Katz DL, Patel AV, Amir O, Grinstein A 2017. Physical Activity Counseling in Primary Care: Insights From Public Health and Behavioral Economics. CA CANCER J CLIN 2017; 67: 233–244.

Siegrist J 2001. Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. Herz. Jg. 26. 316–325

Stächele T, Volz HP 2013. Taschenatlas Stress. Aesopus Verlag.

Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T 2013. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.

Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S et al. 1999. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial BMJ 319(7215): 943–948.

Stevens JA, Olson S. Reducing 2000. Falls and Resulting Hip Fractures Among Older Women. Morbidity And Mortality Weekly Report 49 (No. RR-2): 3–12.

Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, Maglione MA, Roth EA, Grimshaw JM et al. 2002. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. Ann Intern Med 136(9): 641–651.

Techniker Krankenkasse (TK) 2016. Entspann dich Deutschland, TK-Stressstudie 2016. https://www.tk.de/resource/blob/2026630/9154e4c71766c410dc859916aa798217/tk-stressstudie-2016-data.pdf (letzter Zugriff am 12.08.2019).

The GBD 2015 Obesity Collaborators 2017. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. N Engl J Med 377: 13–27.

Theile G, Winter A, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U 2012. Das geriatrische Basisassessment in der Hausarztpraxis. Z Gerontol Geriat 45: 323–332.

Thelen J, Kirsch N, Hoebel J (2012). Gesundheit in Europa – Daten des Gesundheitsmonitorings der EU. GBE kompakt 3(6). Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 15.04.2015).

The Royal New Zealand College of General Practitioners, New Zealand, 2016. https://oldgp16.rnzcgp.org.nz/assets/New-website/Quality/Aiming-for-Excellence-20-Sept-2016-FINAL.pdf (letzter Zugriff am 01.10.2019).

Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M et al. 1994. A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community. N Engl J Med 331(13): 821–827.

U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010 2000. Understanding and Improving Health. U.S. Department of Health and Human Services [2nd ed.].

U.S. Preventive Services Task Force 2003. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. American Journal of Preventive Medicine 24(1): 93–100.

U.S. Preventive Services Task Force 2013. Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care.

U.S. Preventive Services Task Force 2014. The Guide to Clinical Preventive Services.

U.S. Preventive Services Task Force 2017. Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Risk Factors: Behavioral Counseling. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/healthful-diet-and-physical-activity-for-cardiovascular-disease-prevention-in-adults-without-known-risk-factors-behavioral-counseling (letzter Zugriff am 26.09.2019).

U.S. Preventive Services Task Force 2019. Draft recommendation statement. Abdominal aortic aneurysm: screening. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/abdominal-aortic-aneurysm-screening1 (letzter Zugriff am 24.09.2019).

VanWormer JJ, Sundaram ME, Meece JK, Belongia EA 2014. A cross-sectional analysis of symptom severity in adults with influenza and other acute respiratory illness in the outpatient setting. BMC Infect Dis. 14: 231.

Verbiest M, Brakema E, van der Kleij R, Sheals K, Allistone G, Williams S, McEwen A, Chavannes N 2017. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. Primary Care Respiratory Medicine 2.

Walker C, Reamy BV 2009. Diets for cardiovascular disease prevention: what is the evidence? American family physician 79: 571–8.

Walsh K, Grech C, Hill K 2019. Health advice and education given to overweight patients by primary care doctors and nurses: A scoping literature review. Preventive Medicine Reports 14: 100812.

Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS 2010. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. Int J Behav Nutr Phys Act 2010; 7: 39.

Warburton DE, Bredin SS 2016. Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? Canadian Journal of Cardiology 32 (2016) 495e504.

Warschburger P 2008. Neuere Modelle zur Veränderung. In: Warschburger P (Hrsg.) Beratungspsychologie. Springer, 83–106.

Weidemann F, Remschmidt C, Buda S, Buchholz U, Ultsch B, Wichmann O 2017. Is the impact of childhood influenza vaccination less than expected: a transmission modelling study. BMC Infect Dis. 17(1): 258.

Wenger NS, Shekelle PG 2001. Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. Ann Intern Med 135 (8 Pt 2): 642–646.

Werdecker L, Esch T 2019. Stress und Gesundheit. In: R. Haring et al. (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, 347–359.

Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J 2002. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am J Prev Med; 22(4): 267–284.

World Health Organization (WHO) 2011. Discussion Paper. Prevention and control of NCDs: Priorities for investment. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. Moskau.

World Health Organization (WHO) 2013. Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013–2020. WHO, Geneva.

World Health Organization (WHO) 2018. WHO Global Status Report on Alcohol and Health 2018 https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1 (letzter Zugriff am 07.04.2020)

World Health Organization (WHO) 2019. Fact Sheet: Tobacco. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco (letzter Zugriff am 01.08.2019).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up. www.gbe-bund.de (Stand: 18.08.2015).

Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, Caldwell B, Ferretter I 2011. Supporting smoking cessation: guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners.

Abkürzungen

AAA	Abdominal aortic aneurysms
AAFP	American Academy of Family Physicians
ACCF	American College of Cardiology
ACOVE	Assessing Care of Vulnerable Elderly
ÄSP	Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen
AGI	Arbeitsgemeinschaft Influenza
AHA	American Heart Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AOK-BV	AOK-Bundesverband
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAA	Bauchaortenaneurysma
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BMI	Body-Mass-Index
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CCS	Canadian Cardiovascular Society
CINDI	Countywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
DAG	Deutsche Adipositas-Gesellschaft
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EACPR	European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
ESC	European Society of Cardiology
FACCT	Foundation for Accountability
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GIN	Guidelines International Network
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GU	Gesundheitsuntersuchung
IADL	Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton/Brody
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICSI	Institute For Clinical Systems Improvement
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IOM	Institute of Medicine
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Kita	Kindertagesstätte
LL	Leitlinie
min	Minuten
MIPS	Merit-Based Incentive Payment System
MMST	Mini-Mental-Status-Test
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NHC	National Health Committee
NHS	National Health Service
NZ	New Zealand
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PGBA	Pflegegesetzadaptiertes geriatrisches Basisassessment
PrävG	Präventionsgesetz
QM	Qualitätsmanagement
QuATRo	Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten
QZ	Qualitätszirkel
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
RAND	Research and Development Corporation
RKI	Robert Koch-Institut
RNZCGP	Royal New Zealand College of General Practitioners
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SKT	Syndrom-Kurz-Test
STIKO	Ständige Impfkommission
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
US-BAA-RL	Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
WHO	World Health Organization
WHR	Waist-to-Hip-Ratio

QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren

I Beschreibung	■ Aussage
	■ Begründung
	■ Zielstellung
	■ Einbezogene Fachgruppen
	■ Voraussetzungen
	■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	■ Betrachtungszeitraum
	■ Bezugsebene
	■ Formel
	■ Zähler
	■ Nenner
	■ Ausschlusskriterien
	■ Datenquelle
	■ Verfügbarkeit der Daten
III Anmerkungen zur Messgüte	■ Validität
	■ Reliabilität
	■ Veränderungssensitivität
	■ Praktikabilität
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	■ Epidemiologie und Prävalenz
	■ Praxisstudien und Evidenz
	■ Reduzierung der Krankheitslast
	■ Kosteneffektivität
	■ Indikatorensysteme
	■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	■ Referenzwert
	■ Interpretation
	■ Einbindung in die QZ-Arbeit
	■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Wie können Ärzte in der Einzelpraxis, auf der Ebene eines Arztnetzes oder in anderen Versorgungsmodellen die Qualität ihrer medizinischen Arbeit messen, bewerten und verbessern? Antworten auf diese Frage gibt QISA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Es begründet eine Vielzahl von Messgrößen und ermöglicht das systematische Erfassen der Qualität in der Breite der ambulanten Versorgung. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) die Qualitätsindikatoren und das sie leitende System erarbeitet.

QISA ist als Handbuch mit einem flexiblen und erweiterbaren Bestand an Einzelbänden konzipiert, die thematisch sortiert sind.

Bislang sind erschienen:
Band A: QISA stellt sich vor
Band B: Allgemeine Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle
Band C1: Asthma/COPD
Band C2: Diabetes mellitus Typ 2
Band C3: Bluthochdruck
Band C4: Rückenschmerz
Band C6: Depression
Band C7: Koronare Herzkrankheit
Band C8: Herzinsuffizienz
Band D: Pharmakotherapie
Band D2: Rationaler Antibiotikaeinsatz (neu 2021)
Band E1: Prävention
Band E2: Krebsfrüherkennung
Band F1: Hausärztliche Palliativversorgung

Die ersten dreizehn Bände erschienen in der Version 1.0 zwischen 2009 und 2012. Zug um Zug werden sie auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht. Ebenso fließen in die Version 2.0 erste Erfahrungen mit der Anwendung von QISA ein.

Weitere Informationen zu QISA unter www.qisa.de

Der Band E1 widmet sich dem Thema Prävention. Die vorgestellten QISA-Indikatoren für die Vermeidung von Krankheiten beziehen sich auf ausgewählte Bereiche mit hohem Präventionspotenzial: körperliche Aktivität, Ernährung und (Über-)Gewicht, Rauchen, Alkohol, Stress, Gesundheitsuntersuchung, Impfstatus, Screening auf ein Bauchaortenaneurysma und höheres Lebensalter. Die Indikatoren lenken den Blick auf den Umgang mit Risikofaktoren und ermöglichen eine Evaluation der präventiven Maßnahmen in der Praxis und im Netz.

ISBN: 978-3-940172-64-8

www.kompart.de

aQua ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

AOK Die Gesundheitskasse.