

Die neue Bremer Gesundheitsuntersuchung – Entwicklung und Konzept eines altersadaptierten Modells

The New Bremen Preventive Medical Check-Up – Development and Concept of an Age Adjusted Health Examination

Guido Schmiemann^{1,3}, Jürgen Biesewig-Siebenmorgen^{2,3}, Günther Egidi^{2,3}

Hintergrund: Versicherte haben ab dem 35. Lebensjahr Anspruch auf regelmäßige Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen. Die Evidenz für den Nutzen dieses Untersuchungskonzeptes wird kontrovers beurteilt. Aus Sicht der Krankenkassen und Versicherten haben Vorsorgeuntersuchungen einen hohen Stellenwert, wobei die Erwartung vieler Patienten von den Inhalten abweicht. Bei der Ausgestaltung des Präventionsangebotes innerhalb der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) in Bremen legten die Krankenkassen besonderen Wert auf eine Ausweitung des Angebotes. Auf hausärztlicher Seite wurde diese Vorgabe genutzt, um das Untersuchungskonzept auf die Bedürfnisse der Patienten abzustimmen.

Methoden: Selektive Literaturrecherche und Durchsicht internationaler Empfehlungen.

Ergebnisse: Erstentwurf eines altersadaptierten Vorsorgekonzeptes, das mit Vertragsparteien, Experten, Hausärzten sowie in einem internetbasierten Diskussionsforum erörtert und modifiziert wurde.

Schlussfolgerungen: Ein auf drei Altersgruppen adaptiertes fragebogengestütztes Präventionskonzept ermöglicht die Anpassung der Gesundheitsuntersuchung an die besonderen Fragestellungen unterschiedlicher Lebensphasen. Mit den Fragebögen ist eine systematische Erhebung der häufigsten und patientenrelevanten Probleme möglich.

Schlüsselwörter: Gesundheitsuntersuchung; Vorsorge; Hausärztliche Versorgung

Background: In Germany all persons with public health insurance over the age of 35 are offered biennial health checkups. Evidence for the usefulness of this examination is controversial. From the perspective of health insurers and their clients there is a high desire for regular examinations, despite a lack of supporting evidence. Within the contracts for FP-centred care (§ 73b Book V of the Social Code) in Bremen, the health insurance representatives intended to extent this offer, while family practitioners focused on tailoring the existing concept to patients needs.

Methods: Selective literature search and review of international recommendations.

Results: The first draft of an age adjusted concept for preventive service was discussed and modified after feedback with insurers, experts, practitioners, and an internet-based discussion forum.

Conclusions: A questionnaire-based prevention approach adapts preventive health examinations to the specific issues of different life stages. The questionnaires allow a systematic assessment of the most common and patient-relevant problems.

Keywords: Preventive Health Service, Primary Care, Health Check

¹ Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung Universität Bremen

² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bremen

³ Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen

Peer reviewed article eingereicht: 06.03.2013, akzeptiert: 23.04.2013

DOI 10.3238/zfa.2013.0261-0265

Hintergrund

Seit 1989 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die regelmäßige Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung mit dem Ziel der Früherkennung von Krankheiten. Die gesetzlichen Vorgaben dieser Untersuchung sind in Tabelle 1 dargestellt. Aufgrund ihrer epidemiologischen Bedeutung spielen kardiovaskuläre Erkrankungen dabei die größte Rolle. Diese Gesundheitsuntersuchung (GU) stellt im Gegensatz zur Mammografie kein systematisches Screening dar – wesentliche Merkmale eines solchen werden nicht erfüllt. So schwankt die Teilnehmerate an der GU in hausärztlichen Praxen zwischen 7 und 35 % der Anspruchsberechtigten, wobei die 55- bis 64-Jährigen am häufigsten untersucht wurden [1]. Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsuntersuchung in der hausärztlichen Praxis eher den Stellenwert eines opportunistischen Screenings bestehend aus einem Gespräch und einer Untersuchung mit dem Ziel der Früherkennung (vor allem kardiovaskulärer Gesundheitsrisiken). In diesem Rahmen bietet die GU den Hausärzten die (auch wirtschaftlich interessante, weil extrabudgetär mit einem festen Honorar vergütete) Option, ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko zu erkennen, die Patienten darüber zu informieren und das Risiko möglicherweise präventiv zu beeinflussen. Der gesetzlich festgelegte Inhalt dieser Früherkennungsuntersuchung [2] ist einheitlich für alle Versicherten ab dem 35. Lebensjahr und beinhaltet die Bestimmung des Gesamtcholesterins, der Glucose im Blut sowie die Untersuchung des Urins. In einzelnen KV Bezirken ist die Abrechenbarkeit der Leistung zusätzlich an das Ausfüllen eines Dokumentationsbogens gekoppelt – hier müssen anamnestische Angaben zum Risikoprofil, auffällige körperliche Untersuchungsbefunde sowie Konsequenzen der Untersuchung eingetragen werden.

Generell gibt es indirekte Hinweise dafür, dass periodische Überprüfungen des Gesundheitszustandes einen Nutzen erbringen können, der mögliche Schaden wird jedoch in den meisten Untersuchungen nicht erfasst [3]. Er könnte beispielsweise im Fehlen zeitlicher Ressourcen bei den Ärzten zur Behandlung Kranker bestehen.

Voraussetzung für die Untersuchungen ist, dass ...

- | |
|---|
| 1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können; |
| 2. das Vor- oder Frühstadium der Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist; |
| 3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind; |
| 4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die gefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln. |

Tabelle 1 Vorgabe SGB V § 25 zur Gesundheitsvorsorgeuntersuchung

Für Versicherte spielt das Angebot an Präventionsuntersuchungen wie der in Analogie zur TÜV-Untersuchung von Kraftfahrzeugen als „Check-up“ betitelten Gesundheitsuntersuchung eine große Rolle [4]. Insbesondere der wirtschaftliche Erfolg vieler individueller Gesundheitsleistungen mag als Beleg für einen häufig vorhandenen Glauben an den Vorteil einer regelmäßigen „Inspektion“ dienen. Immer mehr Krankenkassen bieten ihren Versicherten in diesem Zusammenhang zusätzliche Leistungen in Form häufigerer oder umfangreicherer Untersuchungen an. Einem fehlenden Nutzen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin steht dabei ein Nutzen an anderer Stelle gegenüber. Für die Versicherten kann dieser aus dem Gefühl bestehen, etwas Gutes für die eigene Gesundheit getan zu haben, bei den Krankenkassen dürften Wettbewerbsvorteile in der Konkurrenz um attraktive Kunden die entscheidende Rolle spielen.

Vor diesem Hintergrund ist die Einbeziehung weiterer Vorsorgeuntersuchungen in die bestehenden Programme sehr sorgfältig abzuwägen, zumal sich ohnehin die Versorgungslandschaft in Deutschland durch eine im internationalen Vergleich besonders hohe Arzt-Patient-Kontaktdichte auszeichnet [5] und zusätzliche Präventionsangebote das Risiko in sich tragen, diese Dichte weiter zu erhöhen.

Die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V erfordert eine Auseinandersetzung mit den Krankenkassen um die Ausgestaltung von Präventionsleistungen. In den Bremer Verhandlungen einigten

sich die Vertragspartner auf die folgenden Rahmenbedingungen:

- Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen auf jüngere Versicherte (ab 18 Jahre)
- Jährliche Durchführung der Vorsorgeuntersuchung ab dem 70. Geburtstag
- Entwicklung von drei unterschiedlichen altersadaptierten Konzepten
- Stärkere Orientierung der Untersuchung an Bedürfnissen (potenziellen gesundheitlichen Problemen) und Bedarf der Patienten

Die Umsetzung dieser Anforderungen erfolgte durch eine hausärztliche Arbeitsgruppe.

Das Bremer Modell gab den Anstoß zu einer Expertendiskussion, in der die zukünftigen Anforderungen an eine neue GU formuliert wurden. Eine Kurzfassung dieses Artikels ist gemeinsam mit der Dokumentation der Expertendiskussion publiziert worden [6].

Methoden

Auf Basis einer selektiven Literaturrecherche wurden internationale Empfehlungen und Leitlinien (USA, Kanada, Australien, Österreich, Niederlande) [6–10] zu Vorsorgeuntersuchungen ermittelt. Aus den gefundenen Arbeiten wurde ein Set potenziell geeigneter Präventionsuntersuchungen und Screeningfragen zusammengestellt. Die so ermittelten Vorsorgeaspekte wurden drei Altersgruppen (18–34 Jahre, 35–69 Jahre, ≥ 70 Jahre) zugeordnet. Für die Ermittlung möglicherweise bislang nicht bekannter Patientenprobleme

Altersgruppe (Jahre)	Themenschwerpunkte
18–34	Kardiovaskuläres Risikoprofil Süchte (Nikotin, Alkohol, Internet) Bewegungsanamnese Psychosoziales (Finanzen, Arbeit, Partnerschaft)
35–69	Kardiovaskuläres Risikoprofil Süchte (Nikotin, Alkohol, Internet) Krebsvorsorge Schlafprobleme Harninkontinenz
70+	Geriatrisches Assessment Medikamentenreview Osteoporose Harninkontinenz Patientenverfügung Hilfsmittelbedarf/-versorgung

Tabelle 2 Themenschwerpunkte in den altersadaptierten Fragebögen

Zielgruppe	Triggerfrage	Rationale/Konsequenz	Werkzeugkasten
18–34	Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten?	Abklärung ggf. unter Einsatz von Testverfahren, Hausärztliche Kurzintervention	Tipps zur motivierenden Gesprächsführung, (lokale) Selbsthilfeangebote [12, 13]
35–69	Leiden Sie unter Mundgeruch/Problemen mit dem Zahnfleisch oder mit dem Kauen?	Inspektion Mundhöhle, ggf. Weiterleitung zum Zahnarzt oder mögliche Barrieren gegen Zahnarztbesuch ermitteln	Patienteninformationen, lokale Hilfsangebote,
≥70	Sind sie kleiner geworden?	Größenbestimmung und Vergleich mit älteren Befunden	Risikorechner Osteoporose, Patienteninformation, Leitlinie [14]

Tabelle 3 Beispiele für Triggerfragen mit möglichen Konsequenzen und Werkzeugen in unterschiedlichen Altersgruppen

wurden Fragebögen konzipiert, die von den Patienten im Wartezimmer oder zu Hause ausgefüllt werden sollen. Positive Antworten auf die enthaltenen Fragen weisen auf Probleme hin, um dem behandelnden Arzt ein gezieltes Eingehen darauf zu ermöglichen (Triggerfragen). Diese Vorgaben wurden in einem ersten Entwurf umgesetzt. In mehreren Rückmeldungsrunden mit den Vertragsparteien (AOK Bremen, Hausärzteverband Bremen) sowie Präventionsexperten, interessierten Hausärzten

und einem internetbasierten hausärztlich orientierten Diskussionsforum wurde der Erstentwurf diskutiert und modifiziert. Den Hausärzten im Land Bremen wurde das Konzept im Rahmen mehrerer öffentlicher Fortbildungsveranstaltungen vorgestellt. Alle Bremer Hausärzte konnten bereits vor der offiziellen Einführung die Fragebögen nutzen. Als Implementierungshilfe für den Hausarzt wurden Kurzübersichten und Beratungsinstrumente für jeden Fragebogen erstellt.

Ergebnisse

Auf der Basis der Literaturergebnisse wurden drei altersadaptierte Fragebögen für die Zielgruppen 18–34, 35–70 und ≥ 70 Jahre entwickelt. Die unterschiedlichen Schwerpunkte der Fragebögen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Die entwickelten Fragebögen stehen zum freien Download zur Verfügung (www.bremer-gesundheitsuntersuchung.de).

Körperliche Untersuchung/ apparative Diagnostik

Neben den anamnestischen Angaben wird die Gesundheitsuntersuchung durch eine altersangepasste und risikoadaptierte Diagnostik ergänzt. In der Gruppe der 18– bis 34-Jährigen sollen beispielsweise obligat nur einmal Größe, Gewicht und Blutdruck gemessen werden. Eine Cholesterinkontrolle erfolgt nur bei anamnestischen Hinweisen auf eine familiäre Hypercholesterinämie. Bei den über 70-Jährigen soll eine Cholesterinmessung nur dann erfolgen, wenn sich daraus therapeutische Konsequenzen ergeben [2]. Männern in diesem Alter wird mindestens einmalig eine Sonografie der Aorta empfohlen, wenn dies therapeutische Konsequenzen hätte. Gleichmaßen soll bei allen über 50-Jährigen ein Test auf okkultes Blut im Stuhl ausgegeben werden, wenn dies zu therapeutischen Konsequenzen führen würde.

Ansonsten sollen körperliche oder Laboruntersuchungen nur risikoadaptiert erfolgen – beispielsweise die Inspektion der Mundhöhle bei der positiv beantworteten Frage nach Mundgeruch.

Beispiele für Triggerfragen und mögliche Konsequenzen für das weitere Vorgehen sowie unterstützend einsetzbare Werkzeuge sind in Tabelle 3 dargestellt. Die gesamten Materialien stehen zum freien Download auf der Homepage der Bremer Gesundheitsuntersuchung zur Verfügung.

Neben den Fragebögen wurden Implementierungshilfen erstellt, um die Akzeptanz und Praktikabilität im Alltag zu erleichtern. Diese bestehen aus:

- einem Hintergrundpapier: Die den empfohlenen Screeninguntersuchungen zugrunde liegende Evidenz wird hierin ausführlich zusammengefasst.

Dr. med. Guido Schmiemann ...

... ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Versorgungsforschung im Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Parallel arbeitet er in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Verden (Aller). Er ist Sprecher der Sektion Qualitätsförderung der DEGAM.

- Handlungsempfehlungen: Auf einer kurzen Übersicht werden a) die obligat durchzuführenden Untersuchungen genannt, b) Vorschläge gemacht, welche diagnostischen/therapeutischen Schritte sich aus positiven Triggerfragen ergeben können. Auf weiterführende Hilfsmittel im „Werkzeugkasten“ wird hingewiesen.
- einem Werkzeugkasten: Diese Materialsammlung enthält Hilfsmittel zu jeder Screeningfrage. Dazu gehören im Einzelnen: diagnostische Instrumente, Entscheidungshilfen, Risikorechner, Patienteninformationen, Links zu evidenzbasierten Leitlinien, lokale Hilfsangebote (Beispiel s. Tab. 3).

Diskussion

Im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b wurde eine Erweiterung der bestehenden Vorsorgeuntersuchungen für eingeschriebene Versicherte im Land Bremen vereinbart. Obwohl Gesundheitsuntersuchungen in der Praxis häufig durchgeführt werden, ist der tatsächliche Nutzen unklar. Eine Metaanalyse kommt zur Schlussfolgerung, dass regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen zu einer verbesserten Umsetzung einiger empfohlener präventiver Untersuchungen führen, mögliche Nachteile jedoch kaum untersucht sind [3]. Die Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen führt einem aktuellen Cochrane Review zufolge nicht zu einer Senkung von Mortalität und Morbidität [18], beide Effekte sind vor dem Hintergrund der ohnehin hohen Kontaktfrequenz in Deutschland aber nicht zu erwarten.

Andererseits schätzen sowohl Patienten als auch Ärzte den Wert einer regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung sehr hoch ein [4, 15]. Neben den messbaren Effekten erfüllen diese Untersuchungen möglicherweise weitere, für

die Arzt-Patienten-Beziehung wichtige Funktionen.

Da Gesundheitsuntersuchungen in Deutschland bislang und vermutlich auch zukünftig eine bedeutende Rolle spielen, die einseitige Orientierung auf kardiovaskuläre Risiken sich aber als nicht zielgenau für alle Personengruppen erweist, ist eine Verbesserung der seit 1989 weitgehend unveränderten Gesundheitsuntersuchung zu fordern. Insbesondere in Bezug auf die Erfassung altersspezifischer Risiken besteht hier Verbesserungspotenzial. Beispielhaft sei hier auf die bestehenden Defizite in der Erkennung von Osteoporose [14] und Inkontinenz hingewiesen. Die australischen Empfehlungen [9] zu Früherkennungsuntersuchungen in der hausärztlichen Praxis geben detaillierte altersspezifische Empfehlungen, die durch Implementierungshilfen unterstützt werden. Diese Hilfen richten sich primär an den Arzt. Hilfsmittel für eine systematische Erfassung der Patientenanliegen z.B. in Form eines Fragebogens werden nicht eingesetzt. Im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung eingesetzte Fragebögen können die Detektionsrate einzelner Erkrankungen erhöhen [17].

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung werden altersadaptierte Fragebögen eingesetzt [10]. Die hier angesprochenen Gesundheitsaspekte stimmen in weiten Teilen mit den erfragten Bereichen der Bremer Vorsorgeuntersuchung überein. Psychosoziale Faktoren werden jedoch nur zu in einem sehr geringen Umfang erfasst – so fehlen z.B. Fragen zu Depression, Schlafstörungen und Beziehungsproblemen vollständig. Das Konzept der Priorisierung durch den Patienten („Wenn eine der Fragen auf sie zutrifft **und wenn sie darüber sprechen wollen**, dann kreuzen sie einfach ein „Ja“ an.) ist in keinem anderen uns bekannten Vorsorgekonzept enthalten.

Die Komplexität dieser Formulierung ist auch in den Diskussionen bei der Entstehung dieser Fragebögen mehrfach kritisiert worden. Aus unserer Sicht ist die Beschränkung des Screenings auf vom Patienten als relevant oder diskussionswürdig eingeschätzte Themen aus mehreren Gründen statthaft. So ist aus qualitativen Untersuchungen bekannt, dass sich die Prioritäten von Arzt und Patient durchaus deutlich unterscheiden – nicht nur im hausärztlichen Setting ist es eine wesentliche ärztliche Aufgabe, die Prioritäten und Präferenzen des Patienten zu erkennen und zu berücksichtigen. Das Finden einer gemeinsamen Ebene erleichtert zudem die Adhärenz zu den resultierenden Empfehlungen. Die Ressourcen in der hausärztlichen Praxis sind zudem beschränkt – schon heute findet sich in Deutschland eine der weltweit höchsten Zahlen von Arzt-Patient-Kontakten – diese Inanspruchnahme sollte nicht durch niedrigprioritäre Inanspruchnahmen gesteigert werden.

Aufgrund der fehlenden Voraussetzungen für ein systematisches Screening handelt es sich bei der neuen Bremer Gesundheitsuntersuchung weiterhin um ein opportunistisches Screening in einer selektiven Patientenpopulation. Eine erste Evaluation der Akzeptanz auf Seiten der Hausärzte wurde bereits durchgeführt [19] und bestätigte die Machbarkeit des neuen Konzeptes.

Weitere Evaluationen insbesondere zur Patientenperspektive, aber auch zum möglichen Schaden sind erforderlich und vor einer breiteren Implementierung zu fordern.

Im aktuellen Entwurf des Präventionsförderungsgesetzes ist geplant, „die derzeit vorrangig auf die Krankheitsfrüherkennung ausgerichtete Gesundheitsuntersuchung zu einer primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung“ weiterzuentwickeln. Genau dies ist mit dem Bremer Modell umgesetzt worden.

Fazit

Im Rahmen der Bremer Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung wurde das Angebot an Gesundheitsuntersuchungen erweitert. Das bisherige Konzept dieser Untersuchungen wurde durch die Entwicklung alters- und risikoadaptierter Fragebögen für die Alters-

gruppen der 18– bis 34-Jährigen, 35– bis 69– und \geq 70-Jährigen ergänzt. Mit Vertragsbeginn in 2013 wurde die neue Gesundheitsuntersuchung in die Regelversorgung für alle an der HZV teilnehmenden Versicherten der meisten Ersatzkassen im Land Bremen aufgenommen.

Im März 2013 wurde das Modell der Bremer Gesundheitsuntersuchung mit dem 3. Platz des Berliner Gesundheitspreises ausgezeichnet.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Guido Schmiemann, MPH
Abteilung Versorgungsforschung
Institut für Public Health und
Pflegeforschung
Universität Bremen
Grazer Straße 4
28359 Bremen
Tel.: 0421 218-68815
Fax: 0421 218-9868815
schmiemann@uni-bremen.de

Literatur

- Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Preventive health examination in german general practice – A secondary analysis of data from 1996 to 2006. *Z Allg Med* 2009; 85: 411–7
- <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/25.html> (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med* 2007; 146: 289–300
- Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. *Ann Intern Med* 2002; 136: 652–659
- Koch K, Schürmann C, Sawicki P. The German health care system in international comparison: a patient perspective. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 427–434
- Schmiemann G, Biesewig-Siebenmorgen J, Egidi G. Die neue Bremer Vorsorgeuntersuchung – Entwicklung und Konzept einer altersadaptierten Gesundheitsuntersuchung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wesen* 2011; 105: 769–770
- <http://www.canadiantaskforce.ca> (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- <http://www.aahr.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/guide-clinical-preventive-services.pdf> (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- <http://www.racgp.org.au/guidelines/redbook> (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=59337&action=2 (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- <http://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/het-preventieconsult> (letzter Zugriff am 16.04.2013)
- <http://www.bzga.de/?uid=dd24e2ea882e5f33c4425246ce375796&id=medien&sid=187> (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/5_Beratungsf%FChr%20Sucht_05_2012.pdf (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2009 (letzter Zugriff am 05.03.2013)
- Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1347–1352
- Häussler B, Gothe H, Göl D, Glaeske G, Pientka L, Felsenberg D. Epidemiology, treatment and costs of osteoporosis in Germany – the BoneEVA Study. *Osteoporos Int* 2007; 18: 77–84
- Moore AA, Siu AL, Partridge JM, Hays RD, Adams J. A randomized trial of office-based screening for common problems in older persons. *Am J Med* 1997; 102: 371–378
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (10): CD009009
- Schmiemann G, Biesewig-Siebenmorgen J, Gebhardt K, Egidi G. Die Bremer Gesundheitsuntersuchung – Evaluation der Machbarkeit im hausärztlichen Alltag (Abstract). *Z Allg Med* 2012; 88: 86



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den „Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

www.tag-der-allgemeinmedizin.de