

Journal of Health Monitoring · 2020 · 5(2)
DOI 10.25646/6807
Robert Koch-Institut, Berlin

Laura Krause, Franziska Prütz

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 03.04.2020
Akzeptiert: 22.06.2020
Veröffentlicht: 30.06.2020

Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren

Abstract

In Deutschland gibt es relativ wenige repräsentative Daten zur Nutzung ärztlicher Leistungen und deren Einflussfaktoren. Auf Datenbasis der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) wird die gynäkologische und allgemeinärztliche Inanspruchnahme von Frauen mit Fokus auf die Altersgruppe 50 Jahre und älter untersucht, mit Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) verglichen und auf Basis dieser sowie weiterer Daten die mögliche aktuelle Entwicklung diskutiert. Während die allgemeinärztliche Inanspruchnahme im Altersverlauf mit stets über 80% konstant hoch liegt, sinkt die gynäkologische Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter. Rund 60% der Frauen ab 50 Jahren besuchen mindestens einmal im Jahr eine gynäkologische Praxis. Sozioökonomischer Status und Wohnort stellen sich als wichtige Determinanten der Inanspruchnahme bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter heraus. Etwa die Hälfte der Frauen ab 50 Jahren hat mindestens einmal im Jahr sowohl Ärztinnen und Ärzte für Gynäkologie als auch für Allgemeinmedizin in Anspruch genommen. Unter 10% haben nur Gynäkologinnen und Gynäkologen aufgesucht, etwa ein Drittel hat von den beiden Facharztgruppen nur Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin konsultiert. Im Vergleich zum BGS98 haben in DEGS1 die allgemeinärztliche und die gynäkologische Inanspruchnahme deutlich zugenommen, allerdings lässt sich aus Krankenkassendaten kein Anstieg der gynäkologischen Inanspruchnahme zwischen 2008 und 2018 ablesen. Die Ergebnisse legen nahe, Allgemeinärztinnen und -ärzte stärker für gynäkologische Beratungs- und Behandlungsbedarfe von mittelalten und älteren Frauen zu sensibilisieren.

INANSPRUCHNAHME · GYNÄKOLOGIE · ALLGEMEINMEDIZIN · FRAUEN · DEUTSCHLAND · DEGS1

1. Einleitung

In Deutschland erfolgt die ambulante Versorgung vor allem durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte [1]. Frauen nehmen im Vergleich zu Männern in höherem Maße ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch [2, 3]. Am größten fallen die Geschlechterunterschiede im jüngeren Alter aus. Ein Grund hierfür dürfte die Inanspruchnahme

gynäkologischer und geburtshilflicher Leistungen sein [3, 4]. Eine gute gynäkologische Versorgung ist aber in jedem Lebensabschnitt wichtig; bei mittelalten und älteren Frauen stehen andere Themen im Vordergrund als bei Frauen im reproduktiven Alter [5], zum Beispiel Krebsfrüherkennung, die Wechseljahre oder Gebärmutterensenkungs- und Inkontinenzbeschwerden [6–8]. Insbesondere die Krebsfrüherkennung ist von großer Bedeutung: Zwar werden

DEGS1

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends

Erhebungsmethode: Schriftliche Befragung, körperliche Untersuchungen und Tests, computergestütztes ärztliches Interview, Arzneimittelinterview, Laboruntersuchungen von Blut- und Urinproben

Grundgesamtheit: Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 180 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen (120 Gemeinden aus Bundes-Gesundheitssurvey 1998, 60 neue Orte)

Teilnehmende: N = 8.151 (4.283 Frauen; 3.868 Männer). Die Studienpopulation besteht aus Personen, die neu in die Untersuchung einbezogen wurden und aus Personen, die schon am Bundes-Gesundheitssurvey 1998 teilgenommen hatten (Mischdesign)

Response rate: 62 % bei den wiedereingeladenen und 42 % bei den erstmals Teilnehmenden

Untersuchungszeitraum: Nov. 2008 – Nov. 2011

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die zuständige Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat DEGS1 unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (No.EA2/047/08). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter www.degs-studie.de

Mammographie-Screening und Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs von einem Großteil der Frauen in Anspruch genommen, die Inanspruchnahme nimmt jedoch mit dem Alter ab [9]. Ein Focus-Artikel in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring untersucht **Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren**.

Der sozioökonomische Status (SES) und der Wohnort sind wichtige Determinanten der Inanspruchnahme [2, 3, 10–15]. Personen der niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe suchen häufiger haus- beziehungsweise allgemeinärztliche Praxen auf, während Personen der hohen sozioökonomischen Statusgruppe häufiger spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte konsultieren. Menschen, die in städtischen Gebieten leben, stellen sich häufiger in spezialisierten fachärztlichen Praxen vor als Bewohnerinnen und Bewohner ländlicher Regionen. Diese wiederum nehmen häufiger haus- beziehungsweise allgemeinärztliche Leistungen in Anspruch [2, 12].

Auch hinsichtlich des Angebots an ambulanter ärztlicher Versorgung gibt es regionale Unterschiede [1]. So findet sich eine höhere Hausarzt- sowie Facharzttdichte in städtischen als in ländlichen Gebieten. Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen ambulanten ärztlichen Versorgung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) [16]. Hierbei eingesetzt wird das Instrument der Bedarfsplanung, das die Arztgruppen in verschiedene Versorgungsebenen (z. B. hausärztliche Versorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung) mit unterschiedlich großen Planungsregionen einteilt. Die hausärztliche Versorgung wird am kleinräumigsten geplant. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung, zu denen auch die Frauen-

ärztinnen und -ärzte gehören, stellen Kreise und kreisfreie Städte die Grundlage der Planung dar; berücksichtigt werden dabei auch Mitversorgungsaspekte. Die Bedarfsplanung kann nach regionalen Gegebenheiten wie demografischen Faktoren angepasst werden. In Regionen mit einem höheren Anteil älterer Frauen wird von weniger Arztbesuchen für Frauenärztinnen und -ärzten ausgegangen [16]. So finden sich 2019 zum Beispiel in Oberspreewald-Lausitz, einem Kreis in Brandenburg mit einem hohen Anteil an Frauen ab 50 Jahren von 58 %, neun Frauenärztinnen und -ärzte pro 100.000 Einwohner [17, 18]. In der kreisfreien Stadt Potsdam, in welcher der Anteil an Frauen ab 50 Jahren geringer ist (41 %), gibt es 24,5 Frauenärztinnen und -ärzte pro 100.000 Einwohner.

Angesichts der vorhandenen medizinischen Bedarfe und der zunehmenden Zahl älterer Frauen ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten gynäkologischen Versorgung auch für diese Bevölkerungsgruppe von großer Bedeutung. Die demografische Entwicklung wirkt dabei in doppelter Hinsicht: als Alterung der Bevölkerung sowie der Ärzteschaft [19]. Bemerkbar macht sich dies besonders in ländlichen Regionen, in denen für eine wachsende Zahl älterer Menschen immer weniger Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Wie die demografische Entwicklung mit Blick auf Frauen ab 50 Jahren in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern verlaufen wird, ist in einem [Fact sheet](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring dargestellt.

Vor diesem Hintergrund hat das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte Projekt „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ [20] die

gynäkologische und allgemeinärztliche Versorgung von Frauen ab 50 Jahren in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) untersucht. Ziele des Projekts waren eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation und darauf aufbauend die Entwicklung von Konzepten, um eine bedarfsgerechte ambulante gynäkologische Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe zu gewährleisten.

Zu dieser Bestandsaufnahme gehörte auch eine Analyse der Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen durch Frauen, fokussiert auf die Altersgruppe 50 Jahre und älter, die im Fokus dieses Beitrags steht. Insbesondere die gynäkologische Versorgung dieser Altersgruppe steht selten im Mittelpunkt von Untersuchungen. Da derzeit zur Inanspruchnahme einzelner Facharztgruppen keine aktuelleren bevölkerungsrepräsentativen Daten aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Verfügung stehen, wird folgender Zugang gewählt: Auf Basis der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) werden die gynäkologische und allgemeinärztliche Inanspruchnahme bei Frauen im Altersverlauf deskriptiv dargestellt und für Frauen ab 50 Jahren sozioökonomische und wohnortspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme sowie Zusammenhänge zwischen gynäkologischer und allgemeinärztlicher Inanspruchnahme analysiert. Zur Abschätzung von Tendenzen in der zeitlichen Entwicklung werden in der Diskussion die Inanspruchnahmedaten aus DEGS1 mit denen der Vorgängererhebung, des Bundes-Gesundheits surveys 1998 (BGS98), verglichen. Wie die Entwicklung der gynäkologischen Inanspruchnahme sich aktuell fortsetzen könnte, wird anhand von Krankenkassendaten und

Inanspruchnahmedaten der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen diskutiert.

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Mit DEGS1 hat das RKI in den Jahren von 2008 bis 2011 bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Erwachsenenbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren erhoben. Das Studienprogramm umfasste Befragungen, körperliche Untersuchungen und Tests. Insgesamt nahmen 8.151 Personen an der Studie teil. Konzept und Design von DEGS1 sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [21, 22].

Inhaltliche Schwerpunkte waren neben dem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. In DEGS1 erfolgte eine differenzierte Abfrage der Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen. Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie oft sie in den letzten zwölf Monaten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Anspruch genommen haben (12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme). Dabei konnte auch die Anzahl der Kontakte angegeben werden (12-Monats-Prävalenz der Kontakthäufigkeit). Unter insgesamt 13 verschiedenen Fachrichtungen konnten „Gynäkologe“ und „Allgemeinarzt/Praktischer Arzt“ (im Folgenden als allgemeinärztliche Inanspruchnahme bezeichnet) angegeben werden [2].

Zu den in DEGS1 erhobenen soziodemografischen Variablen gehören neben Alter und Geschlecht der Teilnehmenden auch SES und Wohnort. Der SES wird anhand eines mehrdimensionalen Index bestimmt, in den Angaben zu

Die gynäkologische Inanspruchnahme nimmt mit dem Alter der Frauen ab, die allgemeinärztliche Inanspruchnahme ist über die Altersgruppen hinweg konstant hoch.

schulischer und beruflicher Ausbildung, beruflicher Stellung und zum Haushaltsnettoeinkommen (bedarfsgewichtet) eingehen. Dieser erlaubt, die Teilnehmenden in eine niedrige, mittlere und hohe sozioökonomische Statusgruppe einzuteilen [23]. Beim Wohnort wird zwischen Land und Stadt in vier Kategorien unterschieden: ländlich (<5.000 Einwohner), kleinstädtisch (5.000–≤20.000 Einwohner), mittelstädtisch (20.000–≤100.000 Einwohner) und großstädtisch (>100.000 Einwohner) [2].

2.2 Statistische Methoden

Auf Datenbasis von DEGS1 wird die 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen bei 18- bis 79-jährigen Frauen ($n=4.283$) im Altersverlauf betrachtet. Anschließend wird die gynäkologische und allgemeinärztliche Inanspruchnahme von Frauen ab 50 Jahren dargestellt und dabei auch Unterschiede nach SES und Wohnort berichtet ($n=2.287$). Hinsichtlich der Indikatoren zur Inanspruchnahme werden Prävalenzen und Ergebnisse multivariater binär-logistischer Regressionen berechnet, bei den Indikatoren zur Kontakthäufigkeit Mittelwerte und Ergebnisse linearer Regressionen. Die Regressionsanalysen sind adjustiert für Alter (kategorial), SES und Wohnort. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der p-Wert kleiner als 0,05 ist. Abschließend wird eine Kreuztabellenanalyse zwischen der gynäkologischen und allgemeinärztlichen Inanspruchnahme durchgeführt und mit dem Pearson Chi-Quadrat-Test getestet, ob zwischen den beiden Variablen ein Zusammenhang besteht.

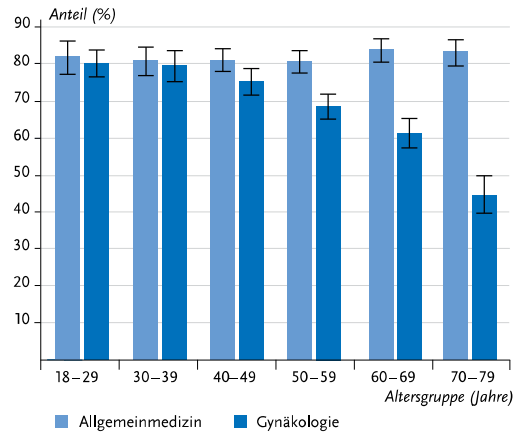
Die DEGS1-Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2010) bezüglich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildung korrigiert [21]. Sämtliche Analysen wurden mit Stata 15.1 (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2017) unter Verwendung des DEGS1-Datensatzes (Version 18) durchgeführt. Um die Clusterung der Teilnehmenden innerhalb der Untersuchungsorte und die Gewichtung bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden in allen Analysen Stata-Survey-Kommandos verwendet [24].

3. Ergebnisse

In allen Altersgruppen nehmen über 80% der Frauen innerhalb eines Jahres Leistungen in allgemeinärztlichen Praxen in Anspruch (Abbildung 1). Die 12-Monats-Prävalenz der gynäkologischen Inanspruchnahme sinkt hingegen mit zunehmendem Alter, besonders deutlich in den höheren Altersgruppen: Während rund drei Viertel der Frauen zwischen 40 und 49 Jahren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine gynäkologische Praxis aufgesucht haben (75,4%), sind es in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen nur noch knapp über zwei Drittel der Frauen (68,7%). Insgesamt findet fast eine Halbierung der 12-Monats-Prävalenz der gynäkologischen Inanspruchnahme statt, von 80,4% bei den 18- bis 29-Jährigen auf 44,6% bei den 70- bis 79-jährigen Frauen.

Von den Frauen zwischen 50 und 79 Jahren haben sich 59,4% innerhalb eines Jahres mindestens einmal in einer gynäkologischen Praxis vorgestellt. Die Anzahl der Kontakte

Abbildung 1
12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen bei Frauen zwischen 18 und 79 Jahren im Altersverlauf (n=4.238)
 Quelle: Adaptiert nach Rattay et al. 2013 [2]



betrug im Mittel 1,5. Eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt suchten 82,6% der Frauen dieser Altersgruppe mindestens einmal jährlich auf. Im Mittel gab es 4,8 Kontakte im Jahr.

Tabelle 1 zeigt, dass sich die Inanspruchnahme bei Frauen zwischen 50 und 79 Jahren nach sozioökonomischem Status unterscheidet: Frauen der niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe zeigen innerhalb eines Jahres eine geringere Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen als Frauen aus den höheren Statusgruppen. Die allgemeinärztliche Inanspruchnahme ist dagegen bei Frauen aus der hohen Sozialstatusgruppe am geringsten. Sozioökonomische Unterschiede zeigen sich auch in der 12-Monats-Prävalenz der Kontakthäufigkeit: Frauen der niedrigen und der mittleren sozioökonomischen Statusgruppe waren mit 5,5 beziehungsweise 4,8 Kontakten

häufiger innerhalb eines Jahres bei einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt als Frauen der hohen sozioökonomischen Statusgruppe (3,6 Kontakte).

Bei der allgemeinärztlichen Inanspruchnahme der 50- bis 79-jährigen Frauen sind außerdem wohnortspezifische Unterschiede festzustellen (**Tabelle 1**) – sie ist in Großstädten geringer als auf dem Land. Insgesamt ist die statistische Chance, im letzten Jahr mindestens einmal eine Allgemeinärztin oder einen Allgemeinarzt aufgesucht zu haben, bei Frauen in ländlichen Regionen rund 2,5-mal höher als in der Großstadt. Wohnortspezifische Unterschiede bestehen zwar nicht in der 12-Monats-Prävalenz der gynäkologischen Inanspruchnahme, jedoch in der Kontakthäufigkeit: Während Frauen in ländlichen Regionen im Mittel 1,3-mal im Jahr eine gynäkologische Praxis aufgesucht haben, sind für Frauen in Großstädten durchschnittlich 1,8 Kontakte zu verzeichnen.

Die Kreuztabellenanalyse zeigt, dass zwischen der 12-Monats-Prävalenz der gynäkologischen und allgemeinärztlichen Inanspruchnahme ein Zusammenhang besteht ($p < 0,001$): Rund die Hälfte der Frauen zwischen 50 und 79 Jahren (50,9%) haben sich innerhalb eines Jahres mindestens einmal sowohl in einer gynäkologischen als auch in einer allgemeinärztlichen Praxis vorgestellt. 31,7% der Frauen dieser Altersgruppe haben von den beiden Fachgruppen nur eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin aufgesucht. 8,5% der 50- bis 79-jährigen Frauen haben in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal gynäkologische, aber keine allgemeinärztlichen Leistungen in Anspruch genommen. 8,9% berichten, im letzten Jahr weder in einer gynäkologischen noch in einer allgemeinärztlichen Praxis gewesen zu sein.

Ein deutlicher Rückgang in der gynäkologischen Inanspruchnahme zeigt sich bei Frauen ab der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre.

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen von Frauen zwischen 50 und 79 Jahren und Ergebnisse multivariater binär-logistischer Regressionen (Odds Ratios) nach sozioökonomischem Status und Wohnort (n = 2.287)
 Quelle: DEGS1 (2008–2011)

	Gynäkologische Inanspruchnahme					Allgemeinärztliche Inanspruchnahme				
	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	p-Wert	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	p-Wert
Sozioökonomischer Status										
Niedrig	47,1	(41,1–53,1)	0,56	(0,37–0,84)	0,005	81,8	(75,8–86,6)	1,22	(0,82–1,82)	0,317
Mittel	61,8	(58,5–65,0)	0,88	(0,65–1,20)	0,428	84,7	(82,4–86,8)	1,63	(1,19–2,23)	0,003
Hoch	68,0	(62,3–73,2)	Ref.	Ref.	–	75,7	(70,4–80,3)	Ref.	Ref.	–
Wohnort										
Ländlich	55,6	(49,7–61,3)	0,79	(0,57–1,11)	0,175	89,6	(85,9–92,4)	2,46	(1,55–3,91)	<0,001
Kleinstädtisch	56,4	(52,0–60,7)	0,78	(0,59–1,03)	0,076	82,4	(77,7–86,2)	1,29	(0,87–1,92)	0,208
Mittelstädtisch	60,6	(55,8–65,2)	0,87	(0,66–1,15)	0,327	83,1	(80,0–85,8)	1,36	(0,96–1,91)	0,082
Großstädtisch	62,8	(58,0–67,3)	Ref.	Ref.	–	78,3	(73,3–82,6)	Ref.	Ref.	–

KI = Konfidenzintervalle, OR = Odds Ratio, Ref. = Referenzgruppe

Etwa ein Drittel der Frauen ab 50 Jahren hat von den beiden Facharztgruppen ausschließlich Allgemeinärztinnen und -ärzte konsultiert.

4. Diskussion

Während die 12-Monats-Prävalenz der allgemeinärztlichen Inanspruchnahme über die Altersgruppen hinweg mit über 80% konstant hoch liegt [2], geht die 12-Monats-Prävalenz der gynäkologischen Inanspruchnahme mit dem Alter immer stärker zurück. Nur noch rund 60% der 50- bis 79-jährigen Frauen besuchen mindestens einmal im Jahr eine gynäkologische Praxis (bei einer Inanspruchnahme von 69,6% über alle Altersgruppen) [2]. Ähnliche Ergebnisse liefern Auswertungen der „Study of Health in Pomerania (SHIP)“-Studie für die Region Vorpommern [25]: Hier zeigt sich eine Abnahme der gynäkologischen Inanspruchnahme von 86,3% bei den 20- bis 29-Jährigen auf 36,6% bei den 70-jährigen und älteren Frauen. In der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre nehmen 71,1% der Frauen gynäkologische Leistungen in Anspruch (Inanspruchnahme über alle Altersgruppen: 69,8%).

Mit Blick auf sozioökonomische Unterschiede findet sich eine höhere Inanspruchnahme allgemeinärztlicher und

eine geringere Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen bei Frauen ab 50 Jahren in der niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe. Dies steht im Einklang mit den eingangs zitierten Studien zur sozialen Ungleichheit in der haus- und fachärztlichen Inanspruchnahme in der deutschen Allgemeinbevölkerung [2, 3, 10–15] sowie mit Studien zur Altersgruppe 50 Jahre und älter [26–29]. Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang auch Studien, die zeigen, dass Personen mit niedrigem SES eine geringere Inanspruchnahme eher präventiv tätiger Arztgruppen wie Dermatologie, Gynäkologie oder Zahnheilkunde aufweisen und das Leistungsspektrum präventiver Maßnahmen zur Früherkennung und Vorsorge weniger nutzen [2, 30].

Die eingangs beschriebenen Stadt-Land-Unterschiede in der haus- und fachärztlichen Inanspruchnahme in der deutschen Allgemeinbevölkerung [2, 12] lassen sich zum Teil in der Gruppe der Frauen ab 50 Jahren wiederfinden: Im Vergleich zu Frauen in Großstädten suchen Frauen in ländlichen Regionen häufiger mindestens einmal im Jahr eine allgemeinärztliche Praxis auf, während sich in der gynä-

Zwischen 1998 und 2008/2011 haben die allgemeinärztliche und die gynäkologische Inanspruchnahme bei Frauen ab 50 Jahren deutlich zugenommen.

kologischen Inanspruchnahme keine Stadt-Land-Unterschiede zeigen. Damit im Einklang steht eine Studie von Stentzel et al. [31], in der eine schlechtere Erreichbarkeit von gynäkologischen Praxen keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. Laut den DEGS1-Daten geben Frauen in ländlichen Regionen aber weniger Kontakte zu gynäkologischen Praxen innerhalb eines Jahres an als Frauen in Großstädten. Diese Ergebnisse regen zu weiteren Analysen an, regionale Unterschiede in der gynäkologischen Inanspruchnahme auch mit Bezug auf die vorhandenen Angebote weiter zu untersuchen.

Im Vergleich zum BGS98 hat in DEGS1 die Inanspruchnahme von Allgemeinärztinnen und -ärzten bei Frauen in allen Altersgruppen deutlich zugenommen [2]. Insgesamt betrachtet ist die allgemeinärztliche Inanspruchnahme zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten um rund 10 Prozentpunkte gestiegen, von 70,9 % auf 79,4 %. Auch bei Frauenärztinnen und -ärzten ist eine Zunahme der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Dieser Anstieg ist vor allem auf höhere Altersgruppen zurückzuführen: In der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre ist die gynäkologische Inanspruchnahme um 18 Prozentpunkte von 44 % im BGS98 auf 62 % in DEGS1 gestiegen, in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre sogar um 24 Prozentpunkte von 21 % auf 45 % [2]. Um abzuschätzen, ob die Inanspruchnahme seitdem weiter zugenommen hat, können Abrechnungsdaten von Krankenkassen genutzt werden. Im Arztreport der BARMER wird unter anderem jährlich die ambulante ärztliche Inanspruchnahme analysiert. Demnach haben im Jahr 2008 26,6 % der Bevölkerung gynäkologische Leistungen in Anspruch genommen [32], im Jahr 2018 waren es 25,0 % [33]. Es zeigen sich also keine wesentlichen Verände-

rungen der Inanspruchnahme, allerdings wurde hier nicht nach Altersgruppen differenziert. Wegen der unterschiedlichen Datengrundlage und Methodik (unter anderem der Einbeziehung der Männer in die Berechnungen) ist ein Vergleich mit den DEGS1-Daten nicht möglich. Weitere Hinweise auf aktuelle Entwicklungen lassen sich den Daten zur Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen entnehmen. Der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) zufolge nahmen 53,1 % der Frauen ab 20 Jahren eine Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs (Pap-Test) innerhalb der letzten zwölf Monate in Anspruch. Der höchste Wert findet sich mit 67,9 % bei den 30- bis 34-jährigen Frauen. Von den 60- bis 64-jährigen nehmen weniger als die Hälfte (49,0 %), von den über 70-jährigen weniger als ein Drittel (29,7 %) teil [9]. Auswertungen zum Mammographie-Screening zeigen, dass im Jahr 2017 49 % der eingeladenen Frauen am Mammographie-Screening-Programm teilnahmen. Von 2008 bis 2013 war bei den eingeladenen Frauen eine steigende Tendenz in der Teilnahme zu sehen, seit 2014 geht die Teilnehmerate zurück. Ein Anstieg bei den Teilnehmeraten ist nur bei der Gruppe der Frauen zu verzeichnen, die schon einmal am Screening teilgenommen hatten und ein weiteres Mal eingeladen wurden [34]. Allerdings findet das Mammographie-Screening nicht in der gynäkologischen Praxis statt; es wäre aber möglicherweise ein Anlass, zur Beratung eine gynäkologische Praxis aufzusuchen. Weitere Beratungs- und Behandlungsanlässe, die neben der Krebsfrüherkennung bei Frauen ab 50 Jahren eine Rolle spielen, werden in einem [zweiten Focus-Artikel](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring dargestellt.

Bei der Erhebung der Inanspruchnahme in bevölkerungsbezogenen Studien wie den RKI-Gesundheitssurveys sind bestimmte Limitationen zu bedenken. So ist es denkbar, dass es bei Selbstangaben zur ärztlichen Inanspruchnahme zu Unter- oder Fehlerfassungen kommt, etwa aufgrund von Erinnerungslücken (Recall Bias) oder, weil sehr alte oder kranke Personen nicht an Befragungen teilnehmen können [35, 36]. Eine Unterschätzung von Arztbesuchen scheint besonders im höheren Alter vorzukommen [37], allerdings eher im Hinblick auf die Anzahl der Kontakte als auf die Frage, ob überhaupt Ärztinnen und Ärzte aufgesucht wurden. Darüber hinaus ist ein Recall Bias wahrscheinlicher, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten zwölf Monate erfasst wird [38]. Im Gegensatz zu Abrechnungsdaten von Krankenkassen ermöglichen die DEGS1-Daten Aussagen über die Inanspruchnahme unabhängig von der Art der Krankenversicherung [36].

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich zwar keine direkten Schlussfolgerungen zur Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Versorgung ableiten, sie weisen jedoch auf die Notwendigkeit hin, Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen bei Frauen ab 50 Jahren zu untersuchen. So ist es denkbar, dass die gynäkologische Inanspruchnahme vor allem im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit gesehen und daher ab einem bestimmten Alter als nicht (mehr) notwendig wahrgenommen wird, oder, dass die Umstände der Untersuchung von den Frauen als (zu) unangenehm empfunden werden. Auswertungen aus dem Projekt Frauen 5.0 weisen darauf hin, dass sowohl persönliche Barrieren (z. B. Alter, Scham oder Angst vor der gynäkologischen Untersuchung) als auch Rahmenbedingungen der

Versorgung (z. B. lange Wartezeiten, größere Entfernungen) Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme sein können [39, 40]. Es scheint aber möglich, dass sich der Anstieg der gynäkologischen Inanspruchnahme zwischen 1998 und 2008–2011 fortsetzt und Frauen aus jüngeren Alterskohorten gynäkologische Praxen häufiger aufsuchen werden. Hierzu sollten zukünftig weitere – auch qualitative – Studien durchgeführt werden, welche die Inanspruchnahme bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter in den Blick nehmen. Ausgewählte Zugangsbarrieren zur ambulanten ärztlichen Versorgung werden in dem Fact sheet [Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland](#) detaillierter dargestellt.

Zu einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen kann eine Stärkung der Gesundheitskompetenz beitragen, zum Beispiel durch Informationen über gynäkologische Erkrankungen oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen [39]. Die DEGS1-Daten geben Ansatzpunkte für eine weitere Überlegung: Etwa ein Drittel der Frauen ab 50 Jahren hat von den beiden Facharztgruppen nur Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin konsultiert. Dieser Befund legt nahe, Allgemeinärztinnen und -ärzte stärker für gynäkologische Beratungs- und Behandlungsbedarfe von Frauen im mittleren und höheren Lebensalter zu sensibilisieren. Dies gilt vor allem im Hinblick auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen [41]. Ein Ziel des Projekts Frauen 5.0 war es, aufbauend auf der Analyse der Versorgungssituation, ein Modell für die regionale ambulante Versorgung zu entwickeln, das – auch durch interprofessionelle Kooperationen – den Versorgungsbedarfen von Frauen ab 50 Jahren gerecht wird [39].

Korrespondenzadresse

Dr. Laura Krause
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: KrauseL@rki.de

Zitierweise

Krause L, Prütz F (2020)
Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher
Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren.
Journal of Health Monitoring 5(2):15–26.
DOI 10.25646/6807

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

DEGS1 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die zuständige Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat DEGS1 unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (No. EA2/047/08). Die Teilnahme an DEGS1 war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

DEGS1 wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Das Projekt „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ wurde durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (Förderkennzeichen: 01VSF16030).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 19.06.2020)
2. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6):832–844
3. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):88–94.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2905> (Stand: 18.06.2020)
4. Babitsch B, Bormann C, Gohl D et al. (2014) Gender and Utilization of Health Care. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) Health Care Utilization in Germany – Theory, Methodology, and Results. Springer, New York Heidelberg Dordrecht London, S. 101–116
5. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3220> (Stand: 19.06.2020)
6. Ozalp S, Tanir HM, Gurer H (2006) Gynecologic problems among elderly women in comparison with women aged between 45–64 years. Eur J Gynaecol Oncol 27(2):179–181
7. Moroney JW, Zahn CM (2007) Common gynecologic problems in geriatric-aged women. Clin Obstet Gynecol 50(3):687–708

8. Kumari BA, Ramaiah A, Chandra AS (2016) Spectrum of gynecological disorders in elderly women. *IAIM*, 3(11):112–117
9. Starker A, Buttman-Schweiger N, Krause L et al. (2018) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. *Bundesgesundheitsbl* 61(12):1491–1499
10. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. *PLoS One* 11(5):e0155982
11. Bremer P, Wübker A (2013) Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. Eine empirische Analyse. *Prävention und Gesundheitsförderung* 8(1):15–21
12. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P et al. (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 48(3):296–306
13. Krause L, Seeling S, Prütz F et al. (2017) Prevalence and Trends in the Utilization of Gynecological Services by Adolescent Girls in Germany. Results of the German Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 77(9):1002–1011
14. Klein J, Hofreuter-Gätgens K, von dem Knesebeck O (2014) Socioeconomic Status and the Utilization of Health Services in Germany: A Systematic Review. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) *Health Care Utilization in Germany Theory, Methodology, and Results*. Springer, New York, S. 117–143
15. Tille F, Gibis B, Balke K et al. (2017) Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 126:52–65
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019) *Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung*. <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php> (Stand: 24.03.2020)
17. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019) *Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung*. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (Stand: 17.06.2020)
18. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2016) *Bevölkerung 2018*. www.statistik-berlin-brandenburg.de (Stand: 17.06.2020)
19. Schräg M, Herrmann M, Klement A et al. (2009) Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren*. Schattauer, Stuttgart, S. 75–86
20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016) *Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Versorgungsforschung vom 8. April 2016*. <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/50/Versorgungsforschung-Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf> (Stand: 07.06.2019)
21. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):620–630
22. Gößwald A, Lange M, Dölle R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement. *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):611–619
23. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):814–821
24. StataCorp. (2017) *Stata: Release 15. Statistical Software*. College Station, TX: StataCorp LLC
25. Schwarz S, Völzke H, Alte D et al. (2005) Gynaecological health care utilization and use of sex hormones – the study of Health in Pomerania. *Human Reproduction* 20(10):2916–2922
26. Bremer P, Wübker A (2012) Soziale Ungleichheit und Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Leistungen. In: Kirch W, Hoffmann T, Pfaff H (Hrsg) *Prävention und Versorgung*. Thieme, Stuttgart, New York, S. 226–249
27. Gruber S, Kiesel M (2010) Inequality in health care utilization in Germany? Theoretical and empirical evidence for specialist consultation. *Journal of Public Health* 18(4):351–365
28. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M et al. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Z Gerontol Geriatr* 33(4):289–299

29. Reibling N, Wendt C (2010) Bildungsniveau und Zugang zu Gesundheitsleistungen. Eine vergleichende Analyse von Zugangsregulierung und Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in Europa. *Gesundheitswesen* 72(8/9):447–454
30. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3245> (Stand: 19.06.2020)
31. Stentzel U, Bahr J, Fredrich D et al. (2018) Is there an association between spatial accessibility of outpatient care and utilization? Analysis of gynecological and general care. *BMC Health Serv Res* 18(1):322
32. BARMER GEK (Hrsg) (2010) BARMER GEK Arztreport. Auswertungen zu Daten bis 2008. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Asgard Verlag, St. Augustin
33. BARMER (Hrsg) (2020) BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? BARMER, Berlin
34. Kooperationsgemeinschaft Mammographie (Hrsg) (2019) Jahresbericht Evaluation 2017. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin
35. Swart E (2012) The prevalence of medical services use. How comparable are the results of large-scale population surveys in Germany? *Psychosoc Med* 9:Doc10
36. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsbl* 57(4):464–472
37. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M et al. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Z Gerontol Geriatr* 33(4):289–299
38. Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 63(2):217–235
39. Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hrsg) (2020) Frauen 5.0 – Executive Summary: Regionale Versorgung von Frauen 50+ durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Gynäkologie. https://allgemeinmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cco1/allgmed/DOCS/Executive_Summary_Frauen50_Printed.pdf (Stand: 26.03.2020)
40. Thierbach C, Dini L (2019) Gesundheitskompetenz und die (Nicht)Inanspruchnahme der gynäkologischen Versorgung von Frauen 50+ – Ergebnisse einer qualitativen Telefonbefragung 2018 (Abstract). 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Berlin. <https://www.egms.de/static/en/meetings/dkfv2019/19dkvf294.shtml> (Stand: 26.03.2020)
41. Kreienberg R, Digel S (2005) Krebsvorsorgeuntersuchungen bei älteren Patientinnen. *Der Gynäkologe* 38(12):1074–1079

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Martin Thißen,
Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit