



Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Charité - Universitätsmedizin Berlin
Förderkennzeichen:	01VSF16030
Akronym:	Frauen 5.0
Projekttitel:	Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahren durch Fachärzte und Fachärztinnen für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin
Autoren:	Lorena Dini und Franziska Prütz
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 29. Februar 2020

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner	6
3.	Einleitung	7
3.1	Ausgangslage des Projekts	7
3.2	Ziele und Fragestellungen des Projekts.....	7
3.2	Besonderheiten der Projektstruktur	9
4.	Projektdurchführung	9
5.	Methodik	10
5.1	Beschreibung der aktuellen Gesundheits- und Versorgungssituation mittelalter und älterer Frauen durch HÄ und Gyn in ländlichen Regionen (AP1).....	11
5.2	Befragung der grundversorgenden Leistungserbringenden in der Region Nordost (AP2)	12
5.3	Befragung der Zielgruppe: Frauen 50+ in der Region Nordost (AP3)	13
5.4	Partizipative Phase: Erarbeitung des Modellkonzepts (AP4)	14
5.5	Erarbeitung eines Leistungskatalogs für task-shifting (AP5).....	17
6.	Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	18
6.1	Die Region Nordost: Frauen 50+ und ihre Grundversorgenden.....	18
6.2	Befragung der Leistungserbringenden: Die Perspektive der Grundversorgenden	21
6.2.1	Gefühlte Arbeitsbelastung und Arbeitszeit mit Patientinnen und Patienten.....	21
6.2.1.1	Kapazitäten zur Aufnahme neuer Patientinnen	22
6.2.2	Wirtschaftlichkeitsindikatoren, Einflussfaktoren und Budgetüberschreitungen	23
6.2.3	Niedergelassene nach Bundesland: Niederlassungsdauer, geplante Abgabe der Praxis	24
6.2.4	Grundversorgende, Einführung eines Check-up Gyn50+, Versorgung von Frauen 50+ und Grundvoraussetzungen zur Mitversorgung der Frauengesundheit (task-shifting/task-sharing)	25
6.2.4.1	Qualifizierung der Grundversorgenden zur Versorgung von Frauengesundheit ..	26

6.2.4.2	Einstellung zur erweiterten Qualifikation HÄ zur Versorgung von gynäkologischen Aspekten der Frauengesundheit 50+.....	26
6.2.4.3	Vernetzung und Zusammenarbeit aus der Sicht der Niedergelassenen.....	27
6.2.4.4	Ansprechpartner und Einigung auf Indikatoren für eine Mitversorgung	28
6.2.4.5	Katalog der für task-shifting/task-sharing relevanten Beratungsanlässe und -ergebnisse.....	28
6.3	Frauen 50+ in der Region Nordost	29
6.3.1	Inanspruchnahme, Beratungsanlässe und Diagnosen bei Frauen 50+	29
6.3.2	Patientinnenperspektive – Ergebnisse der Befragung von Frauen 50+	30
6.3.2.1	Frauengesundheit aus der Sicht der Patientinnen 50+ der Region Nordost	31
6.3.2.2	Gynäkologische Beratungsanlässe von Frauen 50+	32
6.3.2.3	Bereitschaft zur Teilnahme an einer Modellversorgung.....	34
6.3.2.4	Regionale Unterschiede in der Versorgung aus Patientinnensicht	34
6.4	Modellprojekt.....	34
6.5	Leistungskatalog Region Nordost.....	36
6.6	Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting.....	39
7.	Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung	45
8.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	46
9.	Anlagen.....	46
10.	Anhang.....	47

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Regionale Verteilung der befragten Grundversorgenden, Anzahl und ungewichtete prozentuale Beteiligung nach Großstadt, Bundesland und Mesoregion innerhalb der Bundesländer .</i>	21
<i>Tabelle 2: Keine freien Kapazitäten zur Aufnahme neuer Patientinnen nach Fachgruppe nach Regionstyp</i>	22
<i>Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Wirtschaftlichkeit der Praxis, Niedergelassene im regionalen Vergleich</i>	23
<i>Tabelle 4: Wirtschaftlichkeitsindikatoren von Niedergelassenen, Budgetüberschreitung im regionalen Vergleich.....</i>	24
<i>Tabelle 5: Absicht zur Abgabe der Praxis in den nächsten zehn Jahren</i>	24
<i>Tabelle 6: Zustimmung zur Einführung eines Check-up Gyn50+ nach Regionstyp</i>	25
<i>Tabelle 7: Inhalte in dem jeweiligen anderen Fachgebiet während der Weiterbildung, Fachgruppe nach Bundesland</i>	26

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Verantwortlichkeiten, Projektstruktur und Projektaufbau.....</i>	8
<i>Abbildung 2: Gantt Chart: Projekt Frauen 5.0, Darstellung der Umsetzung</i>	10
<i>Abbildung 3: Methodik und Forschungsdesign, Projekt Frauen 5.0.....</i>	11
<i>Abbildung 4: Kommunikative Haltung und Einflussnahme-Richtungen im Rahmen des Projekts Frauen 5.0.....</i>	14
<i>Abbildung 5: Ablauf der partizipativen Phase im Projektzeitraum</i>	16
<i>Abbildung 6: Region Nordost, Bevölkerungsdichte, Anzahl und Anteil der weiblichen Bevölkerung 50+, Verteilung nach Kreisen, 2017</i>	19
<i>Abbildung 7: Region Nordost, Grundversorgende von Frauen 50+, Verteilung nach Kreisen, 2017.....</i>	20
<i>Abbildung 8: Gründe für die Nichtinanspruchnahme und die verminderte Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen</i>	31
<i>Abbildung 9: Dimensionen der Frauengesundheit aus Sicht der Frauen 50+ inkl. Zitate aus den Interviews</i>	32
<i>Abbildung 10: Gynäkologische Beratungsanlässe von Frauen 50+ inkl. Zitate aus den Interviews.....</i>	33
<i>Abbildung 11: Modellprogramm Frauen 5.0, Flow Chart: Praxen und Patientinnen</i>	35
<i>Abbildung 12: Beratung: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder</i>	36
<i>Abbildung 13: Diagnostik: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder.....</i>	37
<i>Abbildung 14: Therapie: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder</i>	38

Abkürzungsverzeichnis

ÄK	Ärztekammer
AP	Arbeitspaket
BB	Brandenburg
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BE	Berlin
CCO	CharitéCrossOver
CI	Konfidenzintervalle
CVK	Charité Campus Virchow-Klinikum
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DRG-Statistik	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
GEDA-EHIS	Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GV	Gesundheit und Vorsorge
Gyn	Gynäkologinnen/Gynäkologen
HÄ	Hausärztinnen/Hausärzte
iFOBT	immunologische fäkale Okkultbluttests
KF	Krebsfrüherkennung
KP	Konsortialpartner
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
LOI	Letter of Intent
MFA	Medizinische Fachangestellte
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
nHÄ	Niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte
nGyn	Niedergelassene Gynäkologinnen/Gynäkologen
OR	Odds Ratio
PLZ	Postleitzahl
RKI	Robert Koch-Institut
RV	Regelversorgung
SD	Standardabweichung
SES	Sozioökonomischer Status
WB	Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+
WiMi	Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten
Zi	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung

1. Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in Deutschland, der zu einer Alterung der Bevölkerung mit einem erhöhten Anteil von Frauen führt, eines Fachärztemangels in der ambulanten Versorgung und der Feststellung von regionalen Unterschieden in Bezug auf die Gesundheitsversorgung wurde das Projekt „Frauen 5.0 – Regionale Versorgung von Frauen 50+ durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Gynäkologie“ konzipiert und mit Förderung vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses zwischen Juli 2017 und Februar 2020 umgesetzt.

In einem ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungslage von Frauen ab 50 Jahren und älter (Frauen 50+) in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) untersucht. Dazu wurden (1) eine Literaturanalyse, Analysen statistischer Daten zur Demographie und zur Ärzteschaft sowie Sekundäranalysen bevölkerungsrepräsentativer Daten und Sekundärdaten (Routinedaten), (2) eine quantitative postalische Befragung einer randomisierten Stichprobe von 66 % aller Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) und eine Vollerhebung aller ambulant tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen (Gyn) in der Region Nordost und (3) eine qualitative Befragung von Frauen 50+ der Region, die in hausärztlichen Praxen versorgt werden, zu ihren Bedarfen und Bedürfnissen, Erfahrungen und Wünschen an die gynäkologische und hausärztliche ambulante Versorgung durchgeführt.

Im Ergebnis zeigten sich zum Teil Hinweise sowohl auf eine Fehl- als auch eine Unterversorgung der Frauen: Rund 41 % hatten im letzten Jahr keine gynäkologische Praxis besucht, etwa ein Drittel der Frauen konsultierte nur HÄ.

Die gynäkologische Inanspruchnahme nimmt mit dem Alter kontinuierlich ab. Gründe für die Nichtinanspruchnahme waren persönliche und systemische Barrieren. Gyn, aber auch HÄ, wurden von den befragten Frauen 50+ als Anlaufstelle für Frauengesundheit gesehen. Die Ansprache von Frauengesundheit in hausärztlichen Praxen erfolgte jedoch nicht systematisch. Nur weniger als 20 % der HÄ verfügten über Kenntnisse zur Mitversorgung der gynäkologischen Aspekte von Frauengesundheit. Von den HÄ, die in ihrer Weiterbildung auch gynäkologische Inhalte durchliefen, waren die meisten bereits über 60 Jahre alt. Die Zusammenarbeit zwischen den Facharztgruppen ist bisher nur gering ausgeprägt, es besteht aktuell noch keine koordinierte präventive Versorgung der Frauen 50+. Die Befragungen der Grundversorgenden ergaben jedoch eine große Offenheit zur Vernetzung und eine Bereitschaft zur Mitversorgung.

In einem zweiten Schritt wurden diese Ergebnisse zur Versorgungssituation, der Perspektive der Leistungserbringenden und der Frauen mit Stakeholdern (4) in Diskussionsrunden erörtert und partizipativ ein Konzept der Modellversorgung sowie (5) ein Vorschlag für einen Leistungskatalog erarbeitet. Das Modellprogramm bündelt abgestimmte Versorgungsleistungen in einem modularen Check-up und sieht die fachübergreifende Umsetzung mit Hilfe interdisziplinärer Teams vor; es soll einen niedrighwelligen Zugang zur gynäkologischen Versorgung von Frauen 50+ ermöglichen. Pilotregionen wurden für die Umsetzung der geplanten Intervention identifiziert, ebenso wie Partizipierende und weitere Interessierte, die bereit sind, das Konzept anzunehmen und umzusetzen.

2. Beteiligte Projektpartner

Name, Rolle, Verantwortlichkeit	Institution
Konsortium	
Dr. med. Lorena Dini, MScIH, HCM Konsortialführung Leitung Arbeitspaket (AP) 2, 3, 4 und 5 (fachliche Ansprechpartnerin für Rückfragen nach Projektende)	Charité – Universitätsmedizin Berlin, Working Group HPSR, Institut für Allgemeinmedizin Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Dr. med. Franziska Prütz, MPH Konsortialpartner Leitung AP1	Robert Koch Institut, Abteilung 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 24 Gesundheitsberichterstattung
Kooperationspartner	
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi)	
Kassenärztliche Vereinigung Berlin	
KV Mecklenburg-Vorpommern	
KV Brandenburg	
Ärzttekammer Berlin	
Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern	
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg	
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung	
Hausärzteverband Mecklenburg-Vorpommern	
Bundesverband der Frauenärzte e. V., Landesverband Mecklenburg-Vorpommern	
HaffNet Management GmbH	
GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH	
MEDIS Management GmbH	
CTK-Poliklinik GmbH (MVZ)	

3. Einleitung

3.1 Ausgangslage des Projekts

Ende 2016 standen in Deutschland insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter im Mittelpunkt der Bedarfsplanung der gynäkologischen ambulanten Versorgung. Überlegungen zur Sicherstellung der fachärztlichen frauengesundheitlichen Versorgung mittelalter und älterer Frauen gab es in bundesweitem Umfang nicht. Dabei stellt seit Jahren der demographische Wandel unsere sozialen Sicherungssysteme und die gesundheitliche Versorgung vor enorme Herausforderungen: Die Alterung der Bevölkerung, bedingt durch die seit Jahrzehnten niedrige Geburtenrate und die lange Lebensdauer der Menschen in Deutschland, führt zu einem steigenden Anteil älterer Menschen, insbesondere von Frauen. Die Alterung der Gesellschaft führt zu häufigerem Auftreten altersbedingter Krankheiten. Bei den Frauen sind dies vor allem gynäkologische Krebserkrankungen, kardiometabole- und psychische Erkrankungen. Die Alterung bleibt auch der Ärzteschaft nicht erspart: So waren 2017 rund 34 % der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in Deutschland 60 Jahre alt oder älter, weitere 40 % zwischen 50 und 59 Jahre alt. Ihr Eintreten in den Ruhestand wird gerade in den Gebieten, die schon gegenwärtig freie Arztsitze aufweisen, besondere Probleme mit sich bringen. Zudem bevorzugen jüngere Ärztinnen und Ärzte für den Fall einer Niederlassung stärker besiedelte Gebiete mit vergleichsweise jüngerer Altersstruktur. Dies erschwert die Nachbesetzung freier Arztstellen im ländlichen Raum. Verringert sich die Angebotsdichte der gesundheitlichen Versorgung, verlängern sich die Wegezeiten, die Erreichbarkeit von Praxen und Krankenhäusern wird zunehmend schwieriger. Es ist damit zu rechnen, dass sich diese Problemlage in den nächsten 10 bis 20 Jahren weiter verschärft. Vor dem Hintergrund der drohenden medizinischen Unterversorgung v. a. in den ländlichen Regionen bestehen Innovationspotentiale insbesondere in einer fachübergreifenden Versorgung, z. B. durch Schaffung einer angepassten Arbeitsteilung. Da für HÄ mittelalte und ältere Frauen zu den am häufigsten versorgten Patientinnen gehören, könnte eine Erweiterung und Verbesserung fachlicher Kompetenzen zur Mitversorgung dieser Zielgruppe auf gynäkologischem Gebiet zu verkürzten Wartezeiten, früherer Diagnosestellung bösartiger Erkrankungen, zu besserer Vor- und Nachbetreuung stationär behandelter Patientinnen und schlussendlich zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen führen. Es eröffnet sich die Chance, drohender Unterversorgung entgegenzuwirken.

3.2 Ziele und Fragestellungen des Projekts

Das Projekt „Frauen 5.0 – Regionale Versorgung von Frauen 50+ durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Gynäkologie“ untersuchte in einem ersten Schritt die Gesundheits- und ambulante Versorgungssituation von Frauen 50+ in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (Region Nordost) anhand verfügbarer epidemiologischer Daten sowie aus der Perspektive der Grundversorgenden HÄ und Gyn und der zu versorgenden Frauen. In einem zweiten Schritt wurde mit Beteiligung betroffener Stakeholder und Versorgungsgestaltender, u. a. der regionalen Fach- und Berufsverbände, der drei regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der Ärztekammern (ÄKn) sowie regionaler Ärztenetze und Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), auf der Grundlage neuer Erkenntnisse ein innovatives Versorgungskonzept „von der Region für die Region“ erarbeitet, das dazu beitragen soll, die Sicherstellung eines niedrigschwelligen und gerechten Zugangs zur gynäkologischen Versorgung der Frauen 50+ zu ermöglichen (Abbildung 1).



Aussicht: Regionale Umsetzung des Modellkonzepts mit begleitender wissenschaftlicher Evaluation

Abbildung 1: Verantwortlichkeiten, Projektstruktur und Projektaufbau

Zwei Projektziele wurden über fünf Module (Arbeitspakete) mit folgenden Schwerpunkten erreicht:

Ziel 1: Analyse der aktuellen Versorgungslage von Frauen 50+

- (1) **Beschreibung der Versorgungssituation** auf der Basis vorliegender Studiendaten und Statistiken
- (2) **Perspektive der Grundversorgenden** durch eine schriftliche Befragung der Ärztinnen und Ärzte der allgemeinmedizinischen und der gynäkologischen ambulanten Versorgung in der Region Nordost
- (3) **Perspektive der Frauen 50+** durch eine telefonische Befragung von Patientinnen im Alter von 50 und mehr Jahren

Ziel 2: Entwicklung eines Modellkonzepts für eine fachübergreifende Versorgung von Frauen 50+ und eines Leistungskatalogs mit Vorschlägen zum task-shifting

- (4) **Perspektive der Versorgungsgestaltenden:** Austausch der Stakeholder durch einen moderierten Diskussionsprozess mit unterschiedlichen Partizipationsformaten
- (5) **Erarbeitung eines Leistungskatalogs** als Vorschlag für task-shifting/task-sharing

Wesentliche **Untersuchungsfragen** waren die folgenden:

- Wie steht es um die Frauengesundheit 50+ und ihre gynäkologische und allgemeinmedizinische Versorgung und Inanspruchnahme?
- Welche ambulanten Versorgungsleistungen zur Frauengesundheit werden von Gyn und von HÄ bereits durchgeführt?
- Findet eine Zusammenarbeit zwischen diesen beiden grundversorgenden Fachgruppen statt?

- Wie passen Versorgungsstrukturen und Angebote zur Patientinnenperspektive und ihren Bedarfen?
- Lassen sich „unmet needs“ oder regionale Unterschiede feststellen?
- Kann ein Vorschlag zur Umverteilung der Zuordnung von ambulanten Leistungen zwischen der hausärztlichen und der gynäkologischen Versorgung partizipativ erarbeitet werden?
- Wie könnte ein innovatives Modellprojekt für eine bessere ambulante Versorgung der Zielgruppe aussehen? Wie kann im Rahmen dieses Versorgungsmodells der vernetzten Kooperation den Bedürfnissen der beteiligten unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure Rechnung getragen werden?

3.2 Besonderheiten der Projektstruktur

Die Projektstruktur zielte auf die Erstellung zweier Produkte (Modellkonzept und Leistungskatalog) und hob sich dabei von der klassischen prozessorientierten Struktur (Arbeitspakete) ab. Die Methodik der mixed methods mit Partizipation bedingte die Integration von Ergebnissen. Auch wenn es eine klare Zuweisung der Arbeitspakete zu jedem Konsortialpartner gab, wurde durch die besondere Struktur des Projekts und die gewünschte Partizipation die enge Zusammenarbeit der Konsortial- und Kooperationspartner vorausgesetzt.

4. Projektdurchführung

Das Projekt Frauen 5.0 begann am 1. Juli 2017 mit einer initialen Projektdauer von 24 Monaten und wurde im Konsortium Charité (Konsortialleitung) und dem Robert Koch Institut umgesetzt. Zahlreiche interne und externe Kooperationspartner wurden im Projektverlauf beratend hinzugezogen, insbesondere in der partizipativen Phase. Alle geplanten Arbeitspakete konnten rechtzeitig gestartet werden. Nach einer kostenneutralen Verlängerung von acht Monaten endete das Projekt am 29.02.2020.

In einem ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungslage von Frauen 50+ untersucht und darauf aufbauend ein Modellkonzept erarbeitet, das ihnen einen niederschweligen Zugang zur gynäkologischen Versorgung ermöglicht.

Die Analyse der Versorgungssituation in der Region Nordost wurde anhand der ersten drei Arbeitspakete durchgeführt. Die Beschreibung der Versorgungssituation erfolgte auf der Grundlage einer Literaturanalyse, einer Sekundäranalyse bevölkerungsrepräsentativer Daten, statistischer Daten zur demographischen Situation und zur Ärzteschaft und durch die Analyse vorhandener Sekundärdaten bzw. Routinedaten im Arbeitspaket 1. Die Primärerhebung und Analyse der Perspektive der grundversorgenden HÄ und Gyn zur Versorgungssituation von Frauen 50+ einschließlich der Identifizierung von Möglichkeiten anteiliger Mitversorgung erfolgte im Arbeitspaket 2. Die Sichtweise der Patientinnen 50+ im Hinblick auf deren Bedarfe und Bedürfnisse, Erfahrungen und Wünsche an die ambulante – sowohl gynäkologische als auch hausärztliche – Versorgung wurde im Arbeitspaket 3 untersucht.

In einem zweiten Schritt wurden diese Ergebnisse mit Versorgungsgestaltenden diskutiert und partizipativ ein Konzept der Modellversorgung (Arbeitspaket 4) sowie ein Vorschlag für einen Leistungskatalog (Arbeitspaket 5) erarbeitet.

Alle Arbeiten wurden nach Plan ausgeführt und termingerecht erreicht (Abbildung 2).

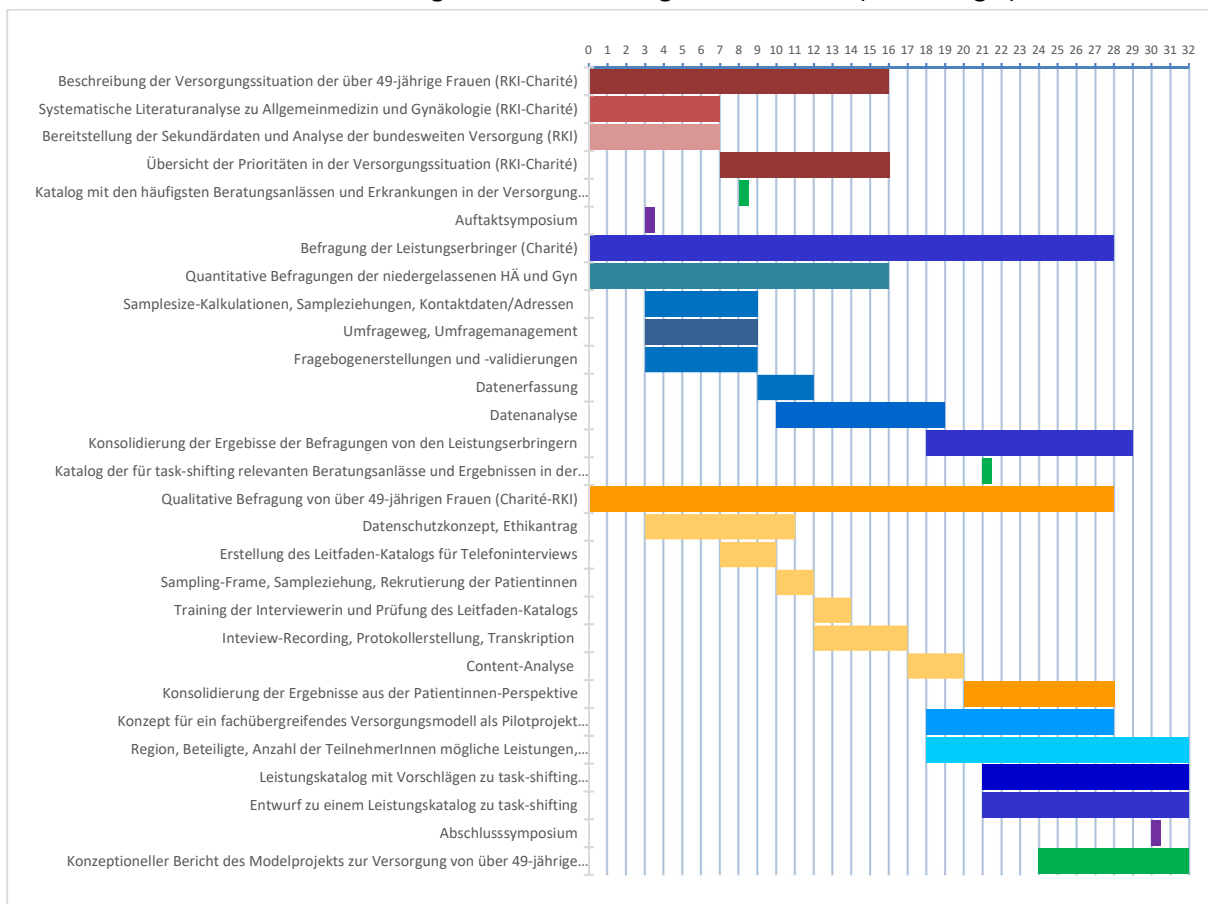


Abbildung 2: Gantt Chart: Projekt Frauen 5.0, Darstellung der Umsetzung

5. Methodik

Als Mixed-Methods-Studie mit partizipativem Ansatz (Abbildung 3) führte das Projekt Frauen 5.0 (1) eine Analyse und Beschreibung der Versorgungssituation von Frauen 50+ bei HÄ und Gyn durch, (2) identifizierte Möglichkeiten der Versorgungsgestaltung, z. B. in der gezielten Zusammenarbeit und der rationalen Umverteilung ärztlicher Tätigkeiten unter den Facharztgruppen (task-shifting) aus der Perspektive der niedergelassenen HÄ (nHÄ) und niedergelassenen Gyn (nGyn) durch postalische Befragung und (3) erfasste die Perspektive der Frauen 50+ durch Interviews. Daraufhin wurden diese Ergebnisse (4) in Diskussionsrunden mit nHÄ und nGyn und mit Vertretern der Körperschaften und Berufsverbände, Gesundheits- und Berufspolitik sowie mit Krankenkassen diskutiert und in einem Konzept für eine Modellversorgung zusammengefasst und (5) ein Vorschlag für einen Leistungskatalog zum task-shifting erarbeitet.

Methodik und Forschungsdesign

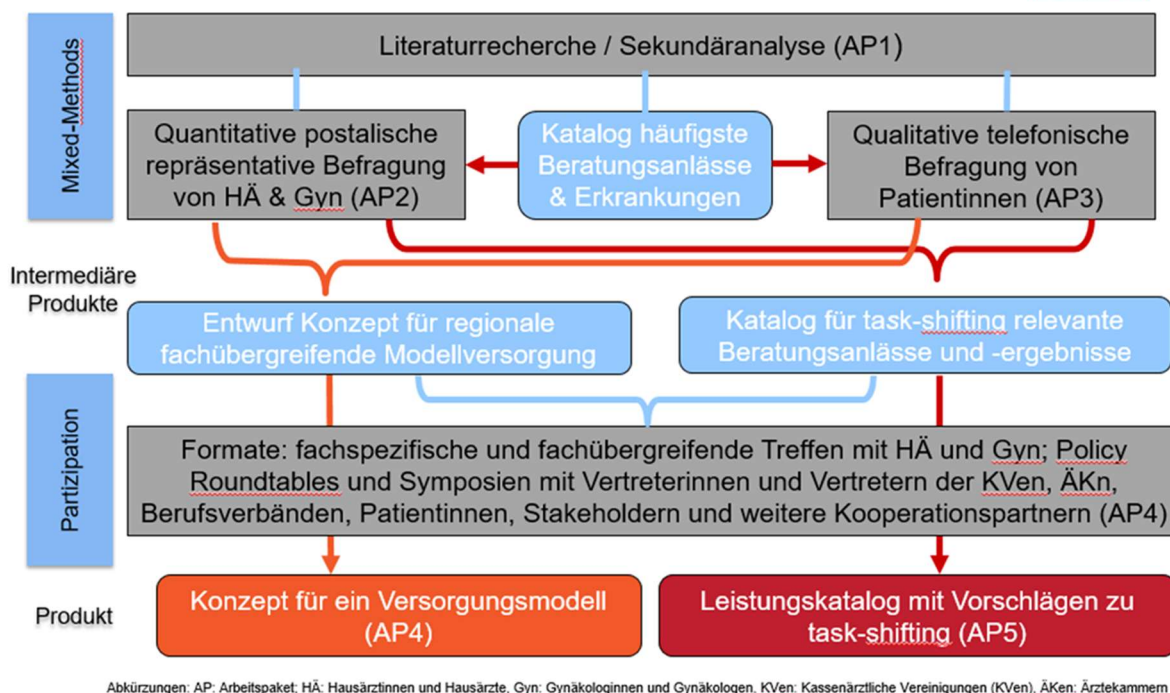


Abbildung 3: Methodik und Forschungsdesign, Projekt Frauen 5.0

5.1 Beschreibung der aktuellen Gesundheits- und Versorgungssituation mittelalter und älterer Frauen durch HÄ und Gyn in ländlichen Regionen (AP1)

Für AP1 wurden folgende analytische Zugänge gewählt: Eine **systematische Literaturanalyse zu Allgemeinmedizin und Gynäkologie** wurde in Anlehnung an PRISMA vorgenommen, um die Studienlage zur Versorgung von Frauen 50+ (gynäkologische und allgemeinärztliche Beratungsanlässe, Erkrankungen) umfassend aufzuarbeiten. Dabei wurde auch graue Literatur recherchiert. **Datenanalysen zu demographischen Rahmenbedingungen und dem Versorgungsangebot** wurden durchgeführt, um die Rahmenbedingungen für die Versorgung in den drei im Projekt schwerpunktmäßig betrachteten Bundesländern Berlin (BE), Brandenburg (BB), Mecklenburg-Vorpommern (MV) differenziert beschreiben zu können: Hierzu wurden Daten der amtlichen Statistik (Bevölkerungsstatistik) sowie des BBSR genutzt. Das Versorgungsangebot wurde für die drei Bundesländer dargestellt, indem Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren und stationäre gynäkologische Fachabteilungen und die Bevölkerung (Frauen 50+) in Bezug gesetzt und dies unter Nutzung von Geodaten in Landkarten visualisiert wurde. Die kartographischen Darstellungen erlauben es, Regionen zu identifizieren, in denen eine alternde weibliche Bevölkerung auf ein schwindendes Angebot an gynäkologischen und hausärztlichen Leistungen trifft. Zusätzlich wurden **sekundäre Datenanalysen zur gesundheitlichen Lage und Inanspruchnahme** realisiert. Diese umfassten schwerpunktmäßig die Studien zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008-2011) und Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) aus dem Gesundheitsmonitoring des

Robert Koch-Instituts. DEGS1 stellt bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Erwachsenenbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren zur Verfügung (n = 8.152). Inhaltliche Schwerpunkte sind neben Gesundheitszustand und -verhalten auch die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, etwa die Inanspruchnahme von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten (FÄ). Zusätzlich wurden gynäkologische Erkrankungen und Beschwerden erhoben, die Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen darstellen können. Anhand der Daten von GEDA 2014/2015-EHIS wurden mögliche Zugangsbarrieren der Inanspruchnahme analysiert. Darüber hinaus wurden für die Analysen Krebsregisterdaten und die amtliche Statistik herangezogen sowie, um die Behandlungsanlässe in gynäkologischen und allgemeinmedizinischen Praxen differenzierter abbilden zu können, Daten der KVen, die vom Zi zur Verfügung gestellt wurden. Sie geben Auskunft über die in Arztpraxen abgerechneten Behandlungsfälle und ermöglichen damit eine genaue Bestandsaufnahme der kodierten Diagnosen. Die ermittelten Behandlungsanlässe bildeten den Katalog mit den häufigsten Beratungsergebnissen und Erkrankungen (Anhang zu AP1), also die Grundlage für die Abfragen in AP2 und AP3 und damit für den im Projekt im AP5 erarbeiteten Leistungskatalog.

Weitere Detailergebnisse aus AP1 werden in Anlage 1 sowie in der Anlage 4 dargestellt.

5.2 Befragung der grundversorgenden Leistungserbringenden in der Region Nordost (AP2)

Im Januar 2018 wurden niedergelassene und angestellte ambulant tätige Grundversorgende der Region Nordost in den Listen der regionalen KVen identifiziert: HÄ (n = 5.265) und ambulant tätige Gyn (ohne Schwerpunktpraxen für Kinderwunsch, n = 1.031). Eine zufällig proportional nach Bundesland auf Kreisebene und nach Geschlecht gezogene Stichprobe von 67 % (n = 3.514) aller tätigen FÄ für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten und Praktischen Ärztinnen und Ärzten (HÄ) sowie 100 % der Gyn wurden im März 2018 postalisch kontaktiert und anonym befragt.

Die Befragten erhielten einen frankierten anonymen Fragebogen (Anlage 2) und eine frankierte Antwortpostkarte (Response-Monitoring), die getrennt voneinander zurückgesendet werden sollten. Ein Erinnerungsschreiben (zweite Welle) wurde Anfang Mai an jene Kontaktierten gesendet, von denen keine Antwortpostkarte (Bestätigung der separaten anonymen Zusendung des Fragebogens) bis Ende April kam. Die Datenerfassung endete im Juni 2018. Die Datenerhebung inkludierte für beide Fachgruppen Daten zur Person (z. B. Alter, Geschlecht, Beschäftigungsstatus – niedergelassen oder angestellt), Praxischarakteristika (z. B. Bundesland, freie Kapazitäten, wirtschaftliche Indikatoren), Arbeitsumstände (z. B. Arbeitszeiten, wahrgenommene Arbeitsbelastung) sowie die Endpunkte: Vernetzung, Zusammenarbeit, erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ, Einschätzung der Versorgungssicherheit, Einführung eines Check-up und die anlassbezogene fachübergreifende Versorgung der Frauengesundheit 50+ (Aspekte der allgemeinen und der gynäkologischen Gesundheit als Katalog der für task-shifting/task-sharing relevanten Beratungsanlässe und -ergebnisse).

Eingegangene Fragebögen wurden mit der Software Teleform gescannt und verifiziert. Für die Analyse wurden SPSS 25 und z. T. die Software R eingesetzt. Die externe Validität wurde überprüft, eine Gewichtung nach Bundesland und Geschlecht war erforderlich. Die Ergebnisse sind dadurch repräsentativ für die Region Nordost.

Deskriptive und analytische Verfahren werden bei ungewichteten Daten als Anzahl und Prozent angegeben. Bei Vergleichen von Subgruppen wurde bei Chi-Tests, t-Tests, ANOVA das Signifikanz-Niveau auf 0,05 festgelegt. Weitere statistische Auswertungen inkludierten Regressionen (lineare, logistische, multinomiale Regressionen), Faktorenanalysen, Baumdiagramme, Clusteranalysen und

besondere visuelle Klassifikationen. Odds Ratios (OR) wurden mit Konfidenzintervall (CI) von 95 % berechnet.

Die Detailmethodik zur Befragung der Leistungserbringenden wird im Anhang 1 zu AP2 dargestellt.

Für die Erstellung des Katalogs der für task-shifting oder task-sharing relevanten Beratungsanlässe und -ergebnisse wurden zusätzlich zu der modulbasierten Zustimmung der Fachgruppen anlassbezogen die fachgruppenspezifische Zustimmungsrate und der Konsens zwischen den Fachgruppen bewertet. Dazu wurden für jede Fachgruppe drei Zustimmungs-Zonen (Z-Zone) anhand von Terzilen definiert: grüne Zustimmungs-Zone (oberes Terzil = ≥ 67 . Perzentil); rote Zustimmungs-Zone (unteres Terzil = ≤ 33 . Perzentil). Zwischen diesen die gelbe Zustimmungs-Zone (mittleres Terzil = 66. bis 34. Perzentil). Der Grad des Konsensus wurde auf der Grundlage des adjustierten natürlichen aOR (ln aOR) berechnet und durch visuelle Inspektion in **Konsensus-Zonen** (K-Zone) definiert: grün: Konsens-Zone (ln aOR $> -0,4$ bis $< 0,4$), rot: Dissens (ln aOR $< -0,8$ und $> 0,8$) und gelb: die Zwischenzone „unentschieden“ (ln aOR $-0,8$ bis $-0,4$ und $0,4$ bis $0,8$) unterteilt.

Das Vorgehen, die Detailmethodik und -ergebnisse des Katalogs der für task-shifting oder task-sharing relevanten Beratungsanlässe und -ergebnisse werden in Anhang 2 zu AP2 dargestellt.

5.3 Befragung der Zielgruppe: Frauen 50+ in der Region Nordost (AP3)

Um die Perspektive der Frauen 50+ in der Region zu erheben, wurde eine qualitative Befragung der Zielgruppe durchgeführt. Auf Grund des sensiblen Themas dieser Studie wurde die Patientinnen-Rekrutierung von HÄ während ihrer Sprechstunde oder im Wartezimmer durchgeführt – ein angemessener Ort, um in einer vertrauensvollen Atmosphäre das Thema Frauengesundheit anzusprechen. HÄ wurden für die Rekrutierung gegenüber Gyn bevorzugt, da auch Frauen in unsere Stichprobe integriert werden sollten, die keine gynäkologischen Leistungen mehr in Anspruch nehmen. Für die Rekrutierung der Patientinnen erhielten HÄ von uns Hintergrundinformationen zum Forschungsprojekt, Hinweise zur Patientenrekrutierung und Broschüren für Patientinnen mit Erklärungen zum Datenschutz sowie zur freiwilligen Teilnahme (Anhang zu AP3). Um ein möglichst breites Meinungsspektrum zu erfassen, wurde vorab ein Quotenplan entwickelt. Dieser umfasste folgende Kriterien für die Auswahl der Befragten: ihr Alter (Alterskategorien: 50-64 Jahre, 65-74 Jahre und 75 Jahre und älter) und ihren Wohnort (mindestens zwei verschiedene Landkreise bzw. Bezirke je Bundesland). Dabei wurde eine gleichmäßige Verteilung dieser Merkmale in unserer Stichprobe angestrebt. Zwischen März und August 2018 konnten elf HÄ 47 Patientinnen für die Studie gewinnen, von denen wir 25 nach dem Quotenplan auswählten. Die leitfadengestützten Interviews wurden zwischen Juni und September 2018 von einer Interviewerin durchgeführt und dauerten ca. 30-60 Minuten. Es wurde nach dem Verständnis von Frauengesundheit, der gynäkologischen Inanspruchnahme und ggf. Gründen für eine Nichtinanspruchnahme gefragt. Interviewte, die eine gynäkologische Inanspruchnahme angaben, wurden vertiefend zur Regelmäßigkeit der Arztbesuche oder zum Arztwechsel befragt. Bei allen Befragten erkundigten wir uns nach dem Terminplanungs-/ Terminwahrnehmungsverhalten und ihren Erfahrungen mit der Zugänglichkeit der gynäkologischen Versorgung (Anlage 3). Zwischen Juli und Oktober 2018 wurden alle Interviews wortgenau transkribiert und gleichzeitig anonymisiert. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte nach der Frameworkanalyse mit der qualitativen Datenanalysesoftware MAXQDA 2018 zwischen November 2018 und Mai 2019. Das analytische Framework wurde sowohl deduktiv als auch induktiv entwickelt.

Detailliertere Informationen zum methodischen Vorgehen (inkl. Sampling, Rekrutierung, Leitfadenerstellung, Auswertung) sind in Anhang zu AP3 beschrieben.

5.4 Partizipative Phase: Erarbeitung des Modellkonzepts (AP4)

Das Projekt Frauen 5.0 war generell und von Anfang an auf den Dialog zwischen den Akteurinnen und Akteuren ausgelegt (Abbildung 4).



Abbildung 4: Kommunikative Haltung und Einflussnahme-Richtungen im Rahmen des Projekts Frauen 5.0

So fanden über die gesamte Projektlaufzeit hinweg verschiedene Veranstaltungen zur Partizipation statt, zu denen relevante Stakeholder und Interessierte eingeladen wurden. Zusätzlich wurden Treffen mit einzelnen Akteurinnen und Akteuren initiiert und wahrgenommen. Es konnten im Projektverlauf die Perspektiven von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren dazugewonnen werden, darunter Versorgungsgestaltende, Versorgende, Vertretende der Berufsverbände, Niedergelassene, Patientinnen und mehrere fachspezifische und fachunabhängige Beratende. In dieser Zusammenarbeit wurde eine innovative und nachhaltige Versorgungsform für die regionale Versorgung von Frauen 50+ entwickelt, in der sowohl Bedürfnisse der weiblichen Bevölkerung als auch der Leistungserbringenden berücksichtigt werden. Zusätzlich wurden Pilotregionen für die Umsetzung der geplanten Intervention identifiziert. Für die weitere Umsetzung konnten die Partizipierenden sowie weitere Interessierte gewonnen werden, die bereit sind, das Konzept aufzunehmen und umzusetzen.

Im Arbeitspaket 4 wurde gemeinsam mit Stakeholdern, darunter HÄ und Gyn, Entscheidungsträger und Versorgungsgestaltende (z. B. Berufsverbände, Forschungsinstitute, Ärztenetze), ein Konzept für eine fachübergreifende Modellversorgung auf Basis der Analyseergebnisse von AP1-3 erarbeitet. Zwei Anliegen wurden dabei explizit berücksichtigt. Das erste bezog sich auf die inhaltliche Zielsetzung des Projekts, ein Versorgungskonzept für die Regelversorgung zu entwickeln, das die ambulante und wohnortnahe Versorgung zukünftig sicherstellen könnte. Das zweite Anliegen umfasste einen Forschungsansatz, bei dem die beteiligten und/oder betroffenen Akteurinnen und Akteure an der Konzeption der Modellversorgung mitarbeiten und ihnen die Teilhabe an Entscheidungsprozessen ermöglicht wird. Zum methodischen Vorgehen der partizipativen Phase gehörten die Identifikation und Rekrutierung der Partizipierenden, die angewandten partizipativen Methoden sowie die Datenaufbereitung und -analyse.

Die Rekrutierung der Partizipierenden fand über verschiedene Wege und zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Sie wurde letztendlich auch nie abgeschlossen, da sich das Projekt als stets offen präsentierte. Einladungen zur Partizipation wurden sowohl konkret an bestimmte Personen als auch allgemein, mündlich und schriftlich kommuniziert. Insgesamt nahmen an den (über-)regionalen Partizipationsevents 20 Leistungserbringende, 27 Versorgungsgestalter, 9 Entscheidungsträger, 3 sonstige Teilnehmende und 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts (Charité und Robert

Koch-Institut) teil. Zu der Gruppe der Leistungserbringenden zählten niedergelassene und angestellte FÄ der Allgemeinmedizin und der Gynäkologie aus allen drei Bundesländern der Region Nordost. Die Gruppe der Versorgungsgestaltenden bestand primär aus Vertreterinnen und Vertretern der Berufsverbände beider Facharztgruppen auf Bundes- und Länderebene, ebenso aus Geschäftsführenden und Mitarbeitenden anderer Forschungsinstitute (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, FBE Forschung Beratung Evaluation GmbH in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen) wie auch aus Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern sowie Mitgliedern von Ärztenetzwerken oder medizinischen Versorgungszentren (HaffNet, AMEOS Poliklinikum Ueckermünde, GLG GmbH, MEDIS Management GmbH, CTK-Poliklinik GmbH). Zu den Entscheidungsträgern gehörten Vertreterinnen und Vertreter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ministerien (Bundesministerium für Gesundheit und Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg), der Kassenärztlichen Vereinigung auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg), der Ärztekammer auf Bundes- und Landesebene (Bundesärztekammer, Ärztekammer Berlin) und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Unter den sonstigen Partizipierenden waren Patientenvertreterinnen und -vertreter sowie Interessierte aus der Gesundheitsversorgung (DEGAM).

Der inhaltliche Austausch der Akteurinnen und Akteure stand im Vordergrund. Hierzu wurden als partizipative Methoden unterschiedliche Diskussionsformate mit bewusst gewählter Gruppenzusammensetzung genutzt (Auftakt- und Abschluss-Symposium, Policy Roundtables, fachspezifische und fachübergreifende Treffen und Sondertreffen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf).

Bei allen Partizipationsformaten gab es für den Ablauf ähnliche Fragestellungen, die bei der Durchführung der partizipativen Phase beachtet wurden, ähnlich einem Leitfaden. Diskussionsleitende Punkte waren stets folgende:

1. Zu Beginn eines jeden Partizipationsformats wurden durch die Moderatorin die aktuellen Projektergebnisse aus AP1-3 vorgestellt und der Stand der Konzeptentwicklung aufbereitet (→ Was bisher geschah ...).
2. Dadurch wurden die Partizipierenden zur Diskussion angeregt. Im Zentrum standen ihre Sichtweisen, Einstellungen und Wünsche (→ Was wollen Sie / wollt ihr erreichen?).
3. Anschließend wurden Möglichkeiten zur realistischen Umsetzung im Rahmen der Regelversorgung erarbeitet oder identifiziert (→ Wie können wir das gemeinsam realisieren?).
4. Am Ende eines jeden Treffens gab es eine Zusammenfassung der Diskussion und ein Fazit für den weiteren Projektverlauf durch die Moderatorin (→ Rückblick, Fazit und Ausblick).

Bei allen Partizipationsformaten wurden keine Audiomitschnitte erstellt. Es hätte die Gesprächsbereitschaft und das Vertrauen in den Ablauf gemindert, da sich das Thema als sehr kontrovers und heikel darstellte. Stattdessen wurden Verlaufs- und Ergebnisprotokolle geschrieben, was einerseits der Dokumentation diente, andererseits für die Konzeption der Modellversorgung als ausreichend bewertet wurde.

(Zwischen-)Ergebnisse aus den Arbeitspaketen 1 bis 3 wurden je nach Zielsetzung oder Thema bei den meisten Partizipationsformaten vorgestellt und diskutiert. Einerseits, um auf Basis wissenschaftlicher Evidenz bezüglich der Versorgungssituation von Frauen 50+ eine Grundlage für die gemeinsame Kooperation zu schaffen. Andererseits dienten ausgewählte Ergebnisse auch als Stimuli, um die

Diskussion in Gang zu setzen. Weiterhin wurden die wissenschaftlichen Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Leitfaden) auch von den Partizipierenden begutachtet und einzelne Aspekte auch auf deren Wunsch eingefügt oder zumindest berücksichtigt. Das erzeugte wiederum Interesse und auch Vertrauen unserer Arbeit gegenüber. Weiterhin wurden Ergebnisse teilweise mit den Partizipierenden interpretiert. Das hatte auch die Möglichkeit eröffnet, gemeinsam konkrete Maßnahmen oder Handlungsbedarfe ableiten zu können.

Die verschiedenen Partizipationsformate fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf statt. Die Formate wiederholten sich bewusst in Anpassung an die konkrete Zielsetzung innerhalb des Projektverlaufs. Abbildung 5 stellt den Ablauf graphisch dar.

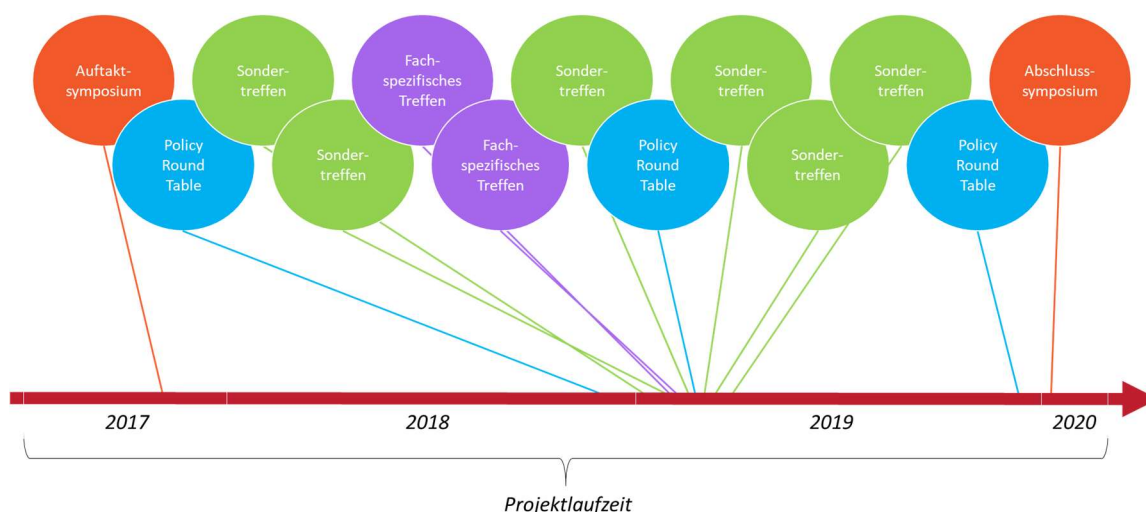


Abbildung 5: Ablauf der partizipativen Phase im Projektzeitraum

Die entscheidende Phase der Partizipation fand zwischen Dezember 2018 und März 2019 statt. Das war der Zeitraum, in dem das Grundkonzept fokussiert entwickelt, verhandelt und ausgearbeitet wurde.

Im Zentrum der Datenaufbereitung in Bezug auf die Partizipationsformate standen auf Seiten des Konsortialteams die Ausformulierung und Sortierung der Mitschriften, die während der Durchführung der Partizipationsformate angefertigt wurden. Ergebnis waren Verlaufs- und Ergebnisprotokolle, die von den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern verfasst wurden.

Für die Analyse konzentrierten wir uns auf unterschiedliche Ebenen der Partizipationsevents:

- Sachebene/Inhalt: Was wurde von den Akteurinnen und Akteuren aus ihrer Perspektive angemerkt? Welche Wünsche und Bedingungen haben sie geäußert? Welche Lösungsvorschläge wurden entwickelt und als umsetzbar eingestuft? (Fortschritt der Modellkonzeption / inhaltsbezogene Analyse)
- Kritische Reflexion der Partizipation und Partizipationsformate: Konnten die Ziele wie geplant erreicht werden? Haben die Partizipationsformate wie geplant funktioniert? Wie gestaltete sich der Partizipationsgrad? Kam es zu Dominanz oder Zurückhaltung einzelner Akteurinnen

und Akteure? Wie kann die Partizipation von Akteurinnen und Akteuren unterstützt werden?
(methodische Reflexion)

Insgesamt kann der Prozess der Entwicklung der Modellkonzeption (Anhang zu AP4) als trichterförmig beschrieben werden: Von einem sehr offenen Austausch bis hin zu einer stärker strukturierten und enger werdenden inhaltlichen Ausgestaltung der Modellversorgung und Möglichkeiten zur Implementierung in die Regelversorgung. Die Analyse erfolgte im Wechsel zur Durchführung der Partizipationsevents. Das war auch notwendig, weil die Entwicklung der Konzeption jeweils aufbauend auf den vorherigen Partizipationstreffen fortgeführt wurde. Dafür musste der aktuelle Stand eingefangen und den Partizipierenden mitgeteilt werden.

Schließlich wurde das Modellkonzept innerhalb des Projektteams unter Berücksichtigung der Vorschläge und Wünsche der Stakeholder und mit ihrem Einverständnis sowie durch eine erneute abschließende Konsultation durch die Konsortialleitung entwickelt (Anlage 5).

5.5 Erarbeitung eines Leistungskatalogs für task-shifting (AP5)

Die Erstellung des Leistungskatalogs verfolgte das Ziel, Beratungsanlässe und Beratungsergebnisse zu identifizieren, bei denen eine Einführung in die Regelversorgung sowohl von HÄ und Gyn als auch von den Patientinnen eine hohe Akzeptanz erzielen könnte. Der Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting soll als Grundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers über die Einführung von task-shifting/task-sharing in der ambulanten Versorgung dienen.

Um den Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting/task-sharing zu erstellen, wurde für alle 28 Beratungsanlässe die Perspektive der Leistungserbringenden für die regionale Zustimmung nach Fachgruppe für die Bereiche Beratung, Diagnostik und Therapie für die gesamte Region mit Hilfe einer Zustimmungs-Ampel und Konsensus-Ampel (Perspektive Versorgende) klassifiziert. Hierzu wurde als „cut-off“ der Gesamtwert für die Zustimmung bezüglich der Diagnostik des iFOBT eingesetzt. Für die Region Nordost war dieser für HÄ 43 % und für Gyn 37 %, für BE-HÄ 44 % und für BE-Gyn 40 %, für BB-HÄ 37 % und für BB-Gyn 35 %, für MV-HÄ 48 % und für MV-Gyn 39 %. Die Ergebnisse für die Bundesländer zeigten im χ^2 keine signifikanten Unterschiede ($p < 0,005$).

Auf der Grundlage der Ergebnisse von AP3 wurde eine Zustimmungs-Ampel aus Patientinnensicht erstellt.

Ein zweiter Schritt lag in einer zusätzlichen graphischen Vergleichsdarstellung der Zustimmung bei HÄ und Gyn bezüglich der Zustimmung zur iFOBT-Diagnostik. Die anlassbezogene prozentuale Zustimmung von HÄ und Gyn wird für alle Grundversorgenden der Region, unabhängig von der Angabe eines Bundeslandes oder ihres Berufsstatus, für die gesamte Region Nordost separat für die Bereiche Beratung, Diagnostik und Therapie gegenübergestellt.

Hinsichtlich der Ableitung von Empfehlungen für die Mitversorgung und für den Leistungskatalog wurde die Zustimmung zum Darmkrebsfrüherkennungs-Test (iFOBT-Diagnostik) hinzugezogen, da dieser Test kurz vor der Befragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in die Regelversorgung eingeführt wurde (Krebsfrüherkennungsrichtlinie). Dieser Wert wurde als eine angemessene Orientierung in Bezug auf den Zusammenhang zwischen repräsentativer Zustimmung der Leistungserbringenden und der Einführung neuer Leistungen in die Regelversorgung gehalten.

Basierend auf der Zustimmung und Übereinstimmung zwischen den Fachgruppen für die Beratung, Diagnostik oder Therapie einzelner Beratungsanlässe werden Empfehlungen zur Mitversorgung der Frauengesundheit 50+ (zwischen sehr hoch und niedrig) abgeleitet. Die Einteilung der Empfehlung wurde wie folgt klassifiziert:

- Anlässe mit sehr hoher Zustimmung und Übereinstimmung: mindestens 80 % der HÄ oder mindestens 80 % der Gyn stimmen diesem Aspekt zu (bei Therapie 75 %)
- Anlässe mit hoher Zustimmung: sowohl die Zustimmung der HÄ als auch der Gyn liegen zwischen dem iFOBT und 80 % (bei Therapie zwischen 50 und 75 %)
- Anlässe mit mittlerer Zustimmung: Zustimmung der HÄ oder Zustimmung der Gyn liegt zwischen 20 % und dem iFOBT (bei Therapie zwischen 20 und 50 %)
- Anlässe mit sehr geringer Zustimmung: Zustimmung der HÄ und der Gyn liegen unter 20 %

Um den finalen Leistungskatalog als Produkt zu erstellen, wurden die 28 Beratungsanlässe alphabetisch sortiert und die Perspektive der Grundversorgenden und der Patientinnen kontrastiert. Legenden (Zustimmungs-Ampel und Interpretationshilfen erläutern die Bedeutung der Farbcodes und bieten eine Unterstützung für die Ableitung der Entscheidung. Zudem werden qualitative Empfehlungen der Interpretation als „hoch“, „Verhandlungspotential“, „Bedingungen klären“ und „Diskussionsbedarf“ abgeleitet und Empfehlungsgrade hinzugefügt sowie Empfehlungsgrade auf einer 5er Skala (1: hoch, 5: niedrig) angeboten (Anhang zu AP5).

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

6.1 Die Region Nordost: Frauen 50+ und ihre Grundversorgenden

Nach Daten des Statistischen Bundesamts lebten 2018 ca. 41 Millionen Frauen in Deutschland, davon 4 Millionen in den drei Bundesländern der Region Nordost. Der Anteil an Frauen, die 50 Jahre und älter sind, beträgt in Deutschland 43 % und in der Region Nordost 47 %. Je nach Kreis liegt der Anteil der Frauen 50+ unterschiedlich hoch, in BB bei 41 bis 59 %, in MV bei 48 bis 55 % und ebenso unterschiedlich in den Bezirken BE bei 26 bis 50 %. Der Anteil mittelalter und älterer Frauen steigt, je ländlicher die Region ist. Die meisten Kreise mit der ältesten Bevölkerung befinden sich im Osten Deutschlands.

Die Verteilung der Grundversorgenden lehnt sich auf Grund der geltenden Bedarfsplanung an die Bevölkerungsanzahl an. Somit entspricht die Verteilung der Einwohnerinnen und Einwohner (Großstadt / keine Großstadt) der Verteilung der Praxen von Grundversorgenden der Region.

Die Bevölkerungsverteilung innerhalb der Region Nordost zeigt, dass von den am 31.12.2017 gezählten 7.728.000 Einwohnerinnen und Einwohnern der drei Bundesländer mit 4.098.000 etwas über die Hälfte (54 %) in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (BE, Rostock, Potsdam und Cottbus) lebt. In den drei Bundesländern wurden im Januar 2018 insgesamt 5.265 tätige FÄ für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten und Praktische Ärztinnen und Ärzte sowie 1.031 ambulant tätige Gyn ohne Schwerpunkt Kinderwunsch in den online verfügbaren Datenbanken der KVen identifiziert.

Die Bevölkerungsdichte und die Verteilung der Frauen sowie der Anteil der Frauen 50+ nach Kreisen (Abbildung 6) und die Versorgungsstrukturen, die vorrangig Frauen 50+ versorgen (Praxen für Allgemeinmedizin und Gynäkologie sowie Krankenhäuser mit Abteilungen für Frauenheilkunde) (Abbildung 7), wurden mit Hilfe kartographischer Methoden auf regionaler und Mesoebene inkl. Kreisebene dargestellt.

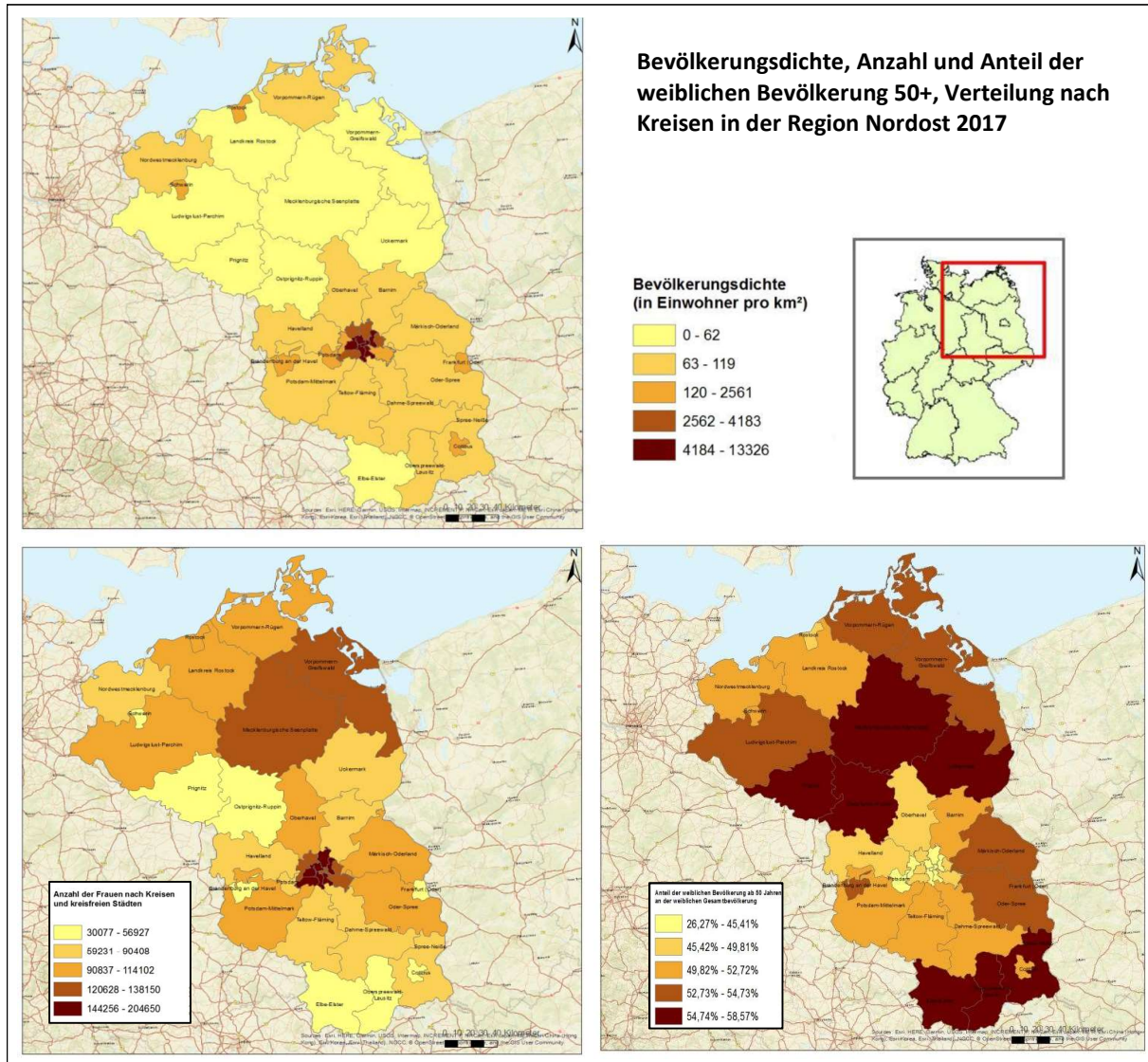


Abbildung 6: Region Nordost, Bevölkerungsdichte, Anzahl und Anteil der weiblichen Bevölkerung 50+, Verteilung nach Kreisen, 2017

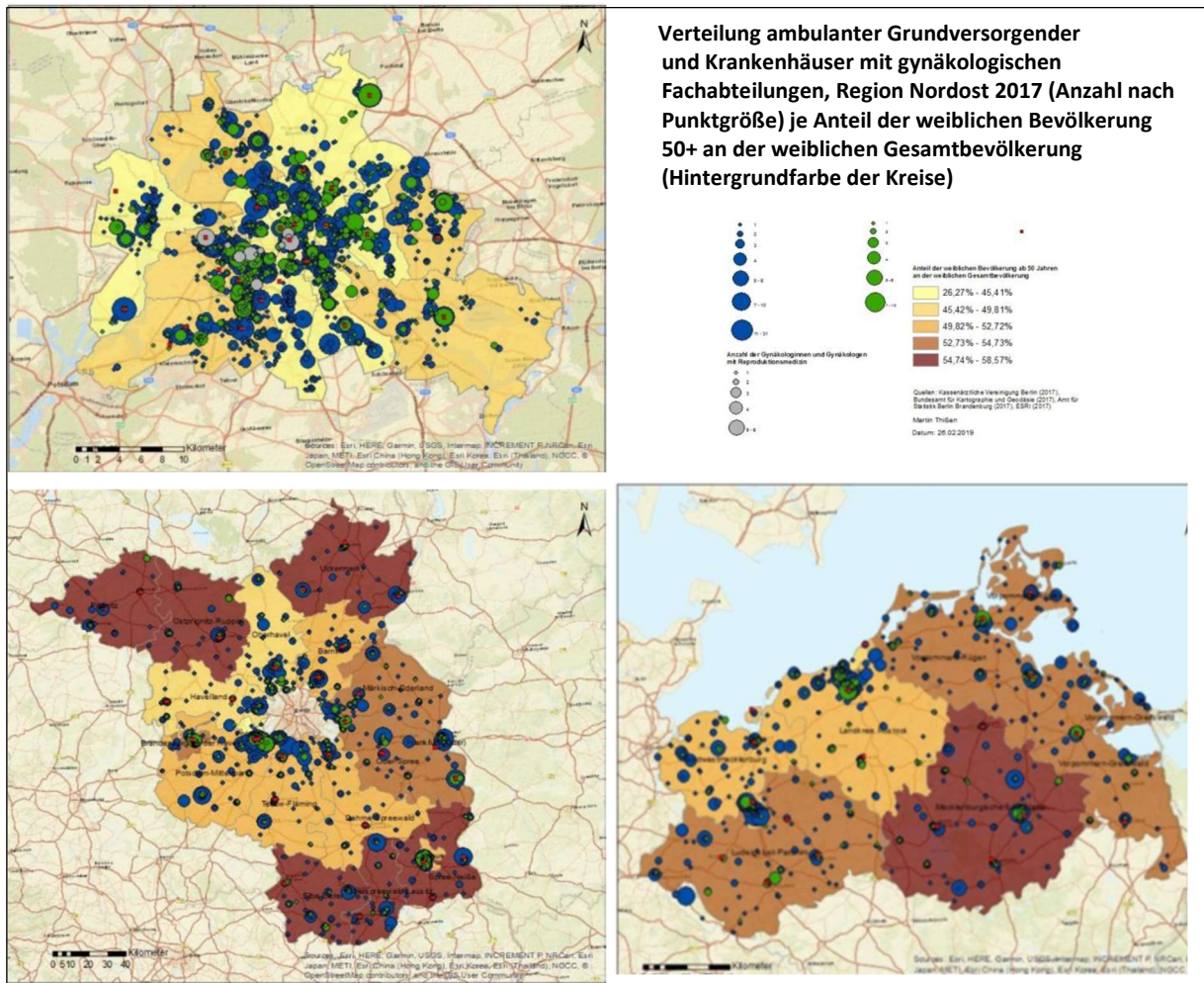


Abbildung 7: Region Nordost, Grundversorgende von Frauen 50+, Verteilung nach Kreisen, 2017

6.2 Befragung der Leistungserbringenden: Die Perspektive der Grundversorgenden

Insgesamt kamen 44 % der teilnehmenden HÄ und 46 % der Gyn aus BE, 31 % der HÄ und 29 % der Gyn aus BB und jeweils 25 % der HÄ und der Gyn aus MV. Die teilnehmenden HÄ waren im Durchschnitt 54,4 Jahre alt ($SD = 9,2$; Altersspanne 32 bis 85 Jahre) und die Gyn waren im Durchschnitt 54,3 Jahre alt ($SD = 8,3$; Altersspanne 35 bis 79 Jahre). Der Anteil der über 59-jährigen Grundversorgenden unter den Teilnehmenden (29 % der HÄ und 27 % der Gyn) ist mit dem Anteil der Grundversorgenden 60+ in der Gesamtregion für jede einzelne Fachgruppe vergleichbar (Tabelle 1).

Tabelle 1: Regionale Verteilung der befragten Grundversorgenden, Anzahl und ungewichtete prozentuale Beteiligung nach Großstadt, Bundesland und Mesoregion innerhalb der Bundesländer

	HÄ Hausärztinnen/Hausärzte		Gyn Gynäkologinnen/Gynäkologen	
	Anzahl	% ungewichtet	Anzahl	% ungewichtet
Gesamt Region Nordost¹	861	100	528	100
Regionstyp				
Großstadt \geq 100.000 Einwohner ²	414	48	274	52
Keine Großstadt	390	45	204	39
Fehlend	57	7	50	9
Berlin	373	45	239	47
Mitte	123	33	92	38
Süd-Ost	129	35	66	28
Nord	86	23	53	22
Süd-West	31	8	26	11
Fehlend	4	1	2	1
Brandenburg	256	31	144	28
Nord	49	19	28	19
Ost	72	28	35	24
West	81	32	36	25
Süd	41	16	28	19
Fehlend	13	5	17	12
Mecklenburg-Vorpommern	208	25	125	25
Ost	58	28	37	30
Mitte	91	44	50	40
West	45	22	29	23
Fehlend	14	7	9	7

¹ Beinhaltet auch jene Grundversorgenden, die keinem Bundesland zuzuordnen waren (3,3 % HÄ; 4,2 % Gyn)

² Großstadt: Berlin, Rostock, Potsdam und Cottbus

6.2.1 Gefühlte Arbeitsbelastung und Arbeitszeit mit Patientinnen und Patienten

Eine sehr hohe gefühlte Arbeitsbelastung beklagten in der Region Nordost 29 % der HÄ und 18 % der Gyn. Hingegen berichteten 24 % der HÄ und 36 % der Gyn eine angemessene oder weniger hohe Arbeitsbelastung. Die Arbeitszeit pro Woche mit Patientinnen- bzw. Patientenkontakt wurde im Durchschnitt von den HÄ mit 33,7 Stunden ($SD = 9,1$) und bei den Gyn mit 32,3 Stunden ($SD = 8,2$)

angegeben. Weitere Arbeitszeit ohne Patientinnen bzw. Patientenkontakt wurde im Durchschnitt von HÄ auf 13,9 Stunden ($SD = 10,1$) und von Gyn auf 13,0 Stunden ($SD = 11,8$) pro Woche geschätzt.

6.2.1.1 Kapazitäten zur Aufnahme neuer Patientinnen

Die Hälfte der nHÄ (50 %) und knapp ein Drittel der nGyn (31 %) der Region Nordost vermittelten, gar keine Kapazitäten zur Aufnahme neuer Patientinnen zu haben. In BE gab es signifikante regionale Unterschiede bei den Kapazitätsangaben der HÄ. In einigen Regionen berichteten mehr als 50 % der nHÄ, dass sie keine Kapazitäten für neue Patientinnen und Patienten haben: in BE Nord (56 %) und Südost (55 %), in Brandenburg Ost (57 %) und Süd (68 %) sowie in Mecklenburg-Vorpommern West (56 %). Die Selbsteinschätzung bezüglich vorhandener Kapazitäten für die Aufnahme neuer Patientinnen durch alle angestellten und niedergelassenen teilnehmenden HÄ und Gyn wird nach Regionstyp und für jedes Bundesland nach Gebieten in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Keine freien Kapazitäten zur Aufnahme neuer Patientinnen nach Fachgruppe nach Regionstyp

	Keine freien Kapazitäten nach regionalen Bereichen			
	HÄ (n = 861)		Gyn (n = 528)	
	n	OR (95 % CI)	n	OR (95 % CI)
Gesamt Region Nordost ¹	404	48,47 (44,97-51,96)	153	29,74 (25,73-33,75)
Regionstyp				
Großstadt ²	172	44,13 (39,09-49,16)	75	28,75 (23,24-34,27)
keine Großstadt	232	52,95 (48,14-57,76)	78	31,09 (25,32-36,86)
Berlin	154	44,84 (39,48-50,20)	68	29,88 (23,91-35,85)
Mitte	38	32,80 (24,05-41,54)	27	31,50 (21,64-41,37)
Süd-Ost	43	54,70 (43,50-65,90)	19	38,12 (24,62-51,61)
Nord	68	55,52 (46,56-64,49)	12	17,85 (8,66-27,04)
Süd-West	5	17,27 (3,30-31,23)	10	38,48 (19,74-57,22)
Brandenburg	135	54,36 (48,01-60,70)	45	31,29 (23,7-38,89)
Nord	25	54,98 (40,51-69,44)	8	30,00 (12,62-47,37)
Ost	36	52,20 (40,08-64,32)	13	38,57 (22,16-54,99)
West	26	66,67 (51,57-81,76)	7	25,75 (9,29-42,22)
Süd	38	46,42 (35,22-57,62)	9	24,33 (10,43-38,23)
Mecklenburg-Vorpommern	99	46,70 (39,72-53,67)	36	29,38 (21,29-37,47)
Ost	44	46,29 (35,85-56,72)	8	16,60 (6,09-27,11)
Mitte	24	39,44 (26,72-52,15)	12	31,81 (16,85-46,76)
West	26	58,97 (43,87-74,07)	12	42,51 (24,17-60,84)

Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen

¹ Beinhaltet auch jene Grundversorgenden, die keinem Bundesland zuzuordnen waren (3,3 % HÄ; 4,2 % Gyn)

² Großstadt \geq 100.000 Einwohner: Berlin, Rostock, Potsdam und Cottbus

6.2.2 Wirtschaftlichkeitsindikatoren, Einflussfaktoren und Budgetüberschreitungen

Von allen Teilnehmenden waren in beiden Fachgruppen 80 % niedergelassen. Niedergelassene Grundversorgende wurden zusätzlich zur wirtschaftlichen Lage befragt. Die Mehrheit der nHÄ gab an, mit der wirtschaftlichen Lage zufrieden zu sein (58 %, 35 % teils/teils). Hingegen war die Mehrheit der nGyn nur teilweise zufrieden (42 % zufrieden, 46 % teils/teils).

Die wirtschaftliche Zufriedenheit unterschied sich nach Großstadt und Bundesland. Grundversorgende, die in Großstädten niedergelassen waren, erklärten häufiger, „nicht zufrieden oder nur teilweise zufrieden“ zu sein: (Großstadt: 52 % der HÄ und 55 % der Gyn, nicht aus Großstadt: 35 % HÄ, 63 % Gyn). Obwohl in allen Bundesländern anteilig mehr HÄ als Gyn wirtschaftlich zufrieden waren, ließen sich deutliche Unterschiede innerhalb der BL-Regionen verzeichnen (Tabelle 3)

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Wirtschaftlichkeit der Praxis, Niedergelassene im regionalen Vergleich

	Zufriedenheit mit Wirtschaftlichkeit (ja)				p aus X ²
	HÄ (n = 679)		Gyn (n = 427)		
	n	OR (95 % CI)	n	OR (95 % CI)	
Gesamt Region Nordost ¹	382	57,73 (53,86-61,6)	173	42,00 (37,13-46,86)	< 0.001
Regionstyp					
Großstadt ²	148	48,43 (42,74-54,11)	98	44,88 (38,16-51,59)	0.608
keine Großstadt	234	67,25 (62,20-72,3)	75	37,87 (31,02-44,72)	< 0.001
Berlin	128	46,80 (40,83-52,78)	77	42,44 (35,23-49,66)	0.474
Mitte	36	41,79 (31,29-52,29)	33	48,13 (36,32-59,94)	0.342
Süd-Ost	27	40,31 (28,18-52,43)	18	43,40 (28,22-58,59)	0.003
Nord	55	52,98 (43,23-62,73)	16	32,82 (19,63-46,02)	0.092
Süd-West	10	54,31 (32,84-75,77)	9	39,15 (19,16-59,14)	0.041
Brandenburg	125	63,78 (56,88-70,68)	37	33,65 (24,81-42,50)	< 0.001
Nord	23	58,87 (43,1-74,64)	9	40,56 (20,04-61,08)	0.732
Ost	37	65,27 (52,47-78,07)	8	26,96 (10,99-42,93)	0.028
West	20	64,83 (47,7-81,96)	7	31,43 (12,08-50,78)	0.767
Süd	37	61,94 (49,24-74,65)	8	34,39 (15-53,79)	0.538
Mecklenburg-Vorpommern	110	68,44 (61,11-75,76)	56	54,48 (44,79-64,17)	0.086
Ost	49	69,51 (58,44-80,58)	29	66,07 (52,07-80,07)	0.308
Mitte	30	67,60 (53,75-81,44)	15	50,93 (32,68-69,17)	0.488
West	23	63,95 (47,93-79,98)	6	28,89 (9,20-48,59)	0.04

Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen

¹Beinhaltet auch jene Grundversorgenden, die keinem Bundesland zuzuordnen waren (3,3 % HÄ; 4,2 % Gyn)

²Großstadt ≥ 100.000 Einwohner: Berlin, Rostock, Potsdam und Cottbus

Die größten Unterschiede der wirtschaftlichen Indikatoren zwischen HÄ und Gyn bestanden innerhalb der BE-Regionen. Nur jede bzw. jeder dritte Grundversorgende kann noch, ohne das Budget zu überschreiten, ihre bzw. seine Patientinnen und Patienten versorgen. Die Mehrheit der Grundversorgenden (60 % der nHÄ und 57 % der nGyn) äußerte, im Jahr vor der Befragung das Budget immer überschritten zu haben, weitere 12 % der HÄ und 16 % der Gyn gaben eine Überschreitung des Budgets in einigen Quartalen an. Nur 29 % der nHÄ und 28 % der nGyn teilten mit, ihr Budget im letzten Jahr nie überschritten zu haben. Die Verteilung der Zufriedenheit (ja) und der Budgetüberschreitung (immer) unterscheidet sich signifikant nach Großstadt, Bundesland und kleineren BL-Regionen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Wirtschaftlichkeitsindikatoren von Niedergelassenen, Budgetüberschreitung im regionalen Vergleich

	Budgetüberschreitungen (immer)				X ² -Test
	HÄ (n = 679)		Gyn (n = 427)		p-Wert
	n	95 % (CI)	n	95 % (CI)	
Gesamt Region Nordost ¹	267	59,78 (55,25-64,32)	172	56,53 (50,93-62,12)	0.273
Regionstyp					
Großstadt ²	180	74,88 (69,32-80,44)	93	54,71 (47,21-62,22)	< 0.001
keine Großstadt	87	40,86 (34,20-47,51)	79	59,41 (51,24-67,58)	0.003
Berlin	174	78,56 (73,02-84,11)	79	54,36 (46,27-62,45)	< 0.001
Mitte	58	83,00 (74,06-91,94)	26	53,27 (39,29-67,26)	0.482
Süd-Ost	41	77,65 (66,61-88,69)	19	53,24 (36,92-69,56)	0.156
Nord	63	76,33 (66,67-85,98)	25	62,49 (47,45-77,54)	0.003
Süd-West	14	94,31 (83,39-105,22)	10	44,78 (23,97-65,58)	0.522
Brandenburg	62	48,36 (39,64-57,08)	64	73,98 (64,80-83,17)	< 0.001
Nord	10	39,87 (20,3-59,45)	10	56,75 (33,90-79,60)	0.001
Ost	19	56,96 (40,34-73,57)	19	80,29 (64,68-95,90)	0.201
West	11	55,08 (32,83-77,33)	13	71,73 (50,78-92,67)	0.052
Süd	16	37,72 (23,09-52,35)	16	84,51 (68,36-100,00)	0.008
Mecklenburg-Vorpommern	25	26,63 (17,57-35,70)	22	33,82 (22,33-45,3)	0.303
Ost	11	28,13 (13,81-42,46)	9	29,78 (13,42-46,15)	0.144
Mitte	6	20,39 (5,57-35,21)	8	48,06 (24,23-71,89)	0.569
West	8	40,43 (18,80-62,06)	4	36,87 (8,19-65,55)	0.958

¹ Beinhaltet auch jene Grundversorgenden, die keinem Bundesland zuzuordnen waren (3,3 % HÄ; 4,2 % Gyn)

² Großstadt ≥ 100.000 Einwohner: Berlin, Rostock, Potsdam und Cottbus

6.2.3 Niedergelassene nach Bundesland: Niederlassungsdauer, geplante Abgabe der Praxis

Fast die Hälfte der nHÄ und mehr als 40 % der nGyn planten, in den nächsten 10 Jahren ihre Praxis abzugeben (Tabelle 5).

Tabelle 5: Absicht zur Abgabe der Praxis in den nächsten zehn Jahren

	Abgabe der Praxis			
	nHÄ (n = 679)		nGyn (n = 427)	
	n	OR (95 % CI)	n	OR (95 % CI)
ja (Absicht der Abgabe)				
Region Nordost	305	46,55 (42,65-50,46)	184	44,35 (39,48-49,21)
Berlin	133	47,42 (41,45-53,39)	73	39,59 (32,53-46,64)
Brandenburg	91	46,80 (39,65-53,95)	62	55,95 (46,71-65,20)
Mecklenburg-Vorpommern	71	44,65 (36,81-52,48)	42	40,82 (31,28-50,37)
Zeithorizont der Abgabe				
in 0-5 Jahren				
Region Nordost	137	49,25 (43,19-55,32)	91	53,61 (46,05-61,17)
Berlin	58	48,56 (39,35-57,77)	35	54,78 (42,67-66,89)
Brandenburg	45	55,00 (43,92-66,09)	32	52,93 (40,38-65,48)
Mecklenburg-Vorpommern	29	43,07 (30,89-55,25)	21	52,77 (37,25-68,28)
in 5-10 Jahren				
Region Nordost	137	50,75 (44,68-56,81)	81	46,39 (38,83-53,95)
Berlin	60	51,44 (42,23-60,65)	30	45,22 (33,11-57,33)
Brandenburg	36	45,00 (33,91-56,08)	29	47,07 (34,52-59,62)
Mecklenburg-Vorpommern	37	56,93 (44,75-69,11)	19	47,23 (31,72-62,75)

Anmerkung: nHÄ = niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte, nGyn = niedergelassene Gynäkologinnen/Gynäkologen

6.2.4 Grundversorgende, Einführung eines Check-up Gyn50+, Versorgung von Frauen 50+ und Grundvoraussetzungen zur Mitversorgung der Frauengesundheit (task-shifting/task-sharing)

Die Einführung eines Check-up Gyn50+ wurde von 74 % der HÄ und 72 % der Gyn als positiv angesehen. In BB und MV war die Zustimmung der HÄ höher als die der Gyn. Die hohe Zustimmung im regionalen Vergleich wird in Tabelle 6 dargestellt. Die Einführung eines Check-up Gyn50+ befürworteten alle Fachgruppen, die Zustimmung unter den Angestellten (81 % bei HÄ bzw. 74 % der Gyn) war höher als unter den Niedergelassenen (72 % der HÄ und 71 % der Gyn).

Tabelle 6: Zustimmung zur Einführung eines Check-up Gyn50+ nach Regionstyp

	Zustimmung zur Einführung eines Check-up „Frauen 50+“ in regionalen Bereichen (positiv / eher positiv)			
	HÄ (n = 861)		Gyn (n = 528)	
	n	OR (95 % CI)	n	OR (95 % CI)
Gesamt Region Nordost ¹	626	87,38 (84,86-89,91)	358	86,39 (83,12-89,65)
Regionstyp				
Großstadt ²	297	85,76 (81,94-89,57)	201	90,36 (86,49-94,23)
keine Großstadt	329	89,12 (85,88-92,37)	157	80,49 (74,89-86,09)
Berlin	268	86,39 (82,40-90,38)	178	90,76 (86,69-94,84)
Mitte	183	88,00 (83,58-92,41)	98	84,17 (77,46-90,88)
Süd-Ost	157	88,74 (83,88-93,60)	71	77,17 (68,58-85,76)
Nord	34	90,62 (81,80-99,45)	18	75,00 (57,65-92,35)
Süd-West	53	88,89 (80,99-96,78)	21	77,86 (62,18-93,53)
Brandenburg	25	84,55 (71,79-97,32)	19	89,97 (76,8-103,14)
Nord	61	88,55 (80,94-96,17)	25	85,3 (72,05-98,56)
Ost	91	86,21 (79,37-93,04)	68	92,08 (85,99-98,17)
West	65	88,15 (80,31-95,98)	42	91,18 (82,93-99,44)
Süd	87	83,47 (75,95-90,98)	55	93,30 (86,90-99,71)
Mecklenburg-Vorpommern	27	93,92 (85,7-100,00)	14	72,66 (52,33-92,98)
Ost	71	90,67 (83,96-97,38)	24	66,66 (51,23-82,08)
Mitte	47	93,12 (85,51-100,00)	26	83,95 (71,03-96,87)
West	29	76,13 (62,25-90,01)	13	76,30 (55,99-96,61)

Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen

¹ Beinhaltet auch jene Grundversorgenden, die keinem Bundesland zuzuordnen waren (3,3 % HÄ; 4,2 % Gyn)

² Großstadt ≥ 100.000 Einwohner: Berlin, Rostock, Potsdam und Cottbus

Selbsteingeschätzt von den Grundversorgenden betrug der durchschnittliche geschätzte Anteil von Frauen 50+ in ihrer Praxis bei den HÄ 70 % ($SD = 15$) und bei den Gyn 47 % ($SD = 15$). Eine Antwort bezüglich der Alterseinteilung (als prozentuale Verteilung von Alterskategorien) der versorgten Patientinnen wurde von 766 HÄ und 479 Gyn gegeben.

Um Möglichkeiten einer Mitversorgung im Gebiet der Frauengesundheit (gynäkologische Aspekte sowie Aspekte der allgemeinen Gesundheit von Frauen) einzuschätzen, wurden beide Fachgruppen gefragt, ob sie während ihrer fachärztlichen Weiterbildung Inhalte des jeweils anderen Fachgebiets durchlaufen hätten.

6.2.4.1 Qualifizierung der Grundversorgenden zur Versorgung von Frauengesundheit

Knapp ein Drittel der aktuell tätigen HÄ der Region Nordost (32 %) hatte während seiner Weiterbildung gynäkologische Inhalte durchlaufen, davon die Hälfte drei Monate oder weniger. Von den Gyn hatten sich während ihrer Weiterbildung knapp über 11 % (n = 57) mit allgemeinmedizinischen Inhalten beschäftigt, davon ein Drittel (34 %) über einen Zeitraum von drei Monaten oder weniger. Auffällig war für beide Fachgruppen ein Generationenunterschied. HÄ, die bald in Rente gehen, d. h. ältere HÄ über 60 Jahre, gaben zu 50 % an, sich während ihrer Weiterbildung mit gynäkologischen Inhalten auseinandergesetzt zu haben.

Hingegen gaben nur 24 % der unter 60-jährigen HÄ an, gynäkologische Inhalte (ambulant oder stationär) während der Weiterbildung durchlaufen zu haben. Bei den Gyn wiederholte sich der Generationswechsel: Auch mehr als doppelt so viele über 60-jährige Gyn (20 %) im Vergleich zu jüngeren Gyn (7 %) hatten sich in ihrer Weiterbildung mit allgemeinmedizinischen Inhalten auseinandergesetzt. Die Selbstangaben zur Weiterbildung werden in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Inhalte in dem jeweiligen anderen Fachgebiet während der Weiterbildung, Fachgruppe nach Bundesland

	Weiterbildung mit Inhalten des anderen Fachgebiets				
	Alter unter 60 Jahren		60 Jahre und älter		
HÄ, die in ihrer Weiterbildung gynäkologische Inhalte durchlaufen haben	n = 508		n = 165		
	n	OR (95 % CI)	n	OR (95 % CI)	p aus X ²
Region Nordost ¹	154	24,34 (20,9-27,78)	125	49,85 (43,4-56,29)	< 0.001
Berlin	52	19,65 (14,75-24,55)	45	38,29 (29,14-47,44)	< 0.001
Brandenburg	50	27,07 (20,52-33,63)	52	69,13 (58,43-79,83)	< 0.001
Mecklenburg-Vorpommern	44	28,23 (21,01-35,45)	23	46,08 (31,98-60,18)	0.023
Gyn, die in ihrer Weiterbildung hausärztliche Inhalte durchlaufen haben	n = 322		n = 102		
	n	% (CI)	n	% (CI)	p aus X ²
Region Nordost ¹	28	7,20 (4,58-9,82)	29	20,07 (13,4-26,74)	< 0.001
Berlin	10	5,72 (2,27-9,16)	5	10,54 (1,81-19,27)	0.242
Brandenburg	7	7,28 (2,08-12,47)	12	26,54 (13,73-39,36)	0.002
Mecklenburg-Vorpommern	10	11,44 (4,74-18,13)	11	32,74 (16,88-48,6)	0.007

Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen

¹ Beinhaltet auch jene Grundversorgenden, die keinem Bundesland zuzuordnen waren (3,3 % HÄ; 4,2 % Gyn)

6.2.4.2 Einstellung zur erweiterten Qualifikation HÄ zur Versorgung von gynäkologischen Aspekten der Frauengesundheit 50+

In der Region Nordost erwarteten 41 % der nHÄ und 20 % der nGyn durch eine entsprechende Qualifikation von HÄ eine bessere Sensibilisierung der HÄ in Bezug auf die gynäkologischen Bedürfnisse mittelalter und älterer Frauen. Hiermit versprachen sich 53 % der nHÄ und 34 % der nGyn einen niederschweligen Zugang zur Frauengesundheit.

Die Zustimmung unter den Niedergelassenen zu einer erweiterten gynäkologischen Qualifikation war vom Alter, Geschlecht und Bundesland beeinflusst. Jüngere nHÄ (44 %) sowie nHÄ aus BE (46 %) Ergebnisse

stimmten eher als ältere nHÄ (35 %) und nHÄ in BB (39 %) und MV (38 %) der Aussage zu, dass eine erweiterte gynäkologische Qualifikation zu einer besseren Sensibilisierung in Bezug auf die gynäkologischen Bedürfnisse mittelalter und älterer Frauen führen kann. Weibliche nHÄ (35 %) waren im Vergleich zu männlichen nHÄ (42 %) seltener der Meinung, dass durch eine erweiterte gynäkologische Qualifikation regelmäßige Besuche beim Gyn angeregt werden könnten. Dieser Ansicht waren auch eher die nHÄ in BE (45 %) als jene in BB (32 %) oder MV (34 %).

Berliner nHÄ (62 %) meinten eher, dass mit einer erweiterten gynäkologischen Qualifikation von HÄ ein niederschwelliger Zugang zur Frauengesundheit verbessert werden kann, als nHÄ aus BB (46 %) und MV (46 %). Sie waren ebenso häufiger der Meinung, dass eine bessere Einschätzung der Notwendigkeit einer gynäkologischen Konsultation ein mögliches Ergebnis einer erweiterten Qualifikation war, als nHÄ aus MV (50 % vs. 35 %).

Als empfundene Gründe, die gegen eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ sprechen, wurde die gefühlte Arbeitsbelastung der HÄ und eine empfundene Konkurrenz angegeben. So stimmten 65 % der nHÄ und 88 % der nGyn der Region Nordost dem Grund „HÄ hätten auch sonst genug zu tun“ zu. Dass Gyn eine erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ als Konkurrenz empfinden könnten, wurde von 30 % der nHÄ und von 40 % der nGyn gesehen. Einflussfaktoren der Gründe für die Ablehnung einer eigenen erweiterten gynäkologischen Qualifikation waren bei den nHÄ die eigene frühere gynäkologische Tätigkeit in der Weiterbildung und das Bundesland BE. nHÄ, die selber gynäkologische Inhalte in der Weiterbildung durchlaufen hatten, waren der Meinung, sie „... verfüge[n] über die erforderlichen Kenntnisse“ (und benötigen somit keine erweiterte gynäkologische Qualifikation) (21 % vs. 8 % bei HÄ ohne Qualifikation). HÄ, die über Kenntnisse verfügten, äußerten auch häufiger, dass sie genug zu tun haben (73 % vs. 63 %). Ältere nHÄ gaben öfter an, über Kenntnisse zu verfügen (18 % vs. 10 %). Niedergelassene HÄ aus BE vermuteten im Gegensatz zu denen in MV häufiger, dass keine Abrechnung möglich sei (59 % vs. 47 %).

Seitens der nGyn waren Alter, Bundesland und wirtschaftliche Zufriedenheit mit der Ablehnung einer erweiterten gynäkologischen Qualifikation verbunden. Gyn gaben sehr häufig an, dass die HÄ schon genug zu tun hätten (89 %). Die nGyn in BB und MV vertraten öfter die Meinung, dass HÄ auch sonst genug zu tun hätten (92 % in BB, 96 % in MV vs. 84 % in BE). Jüngere nGyn äußerten häufiger, eine Weiterbildung der HÄ als Konkurrenz zu empfinden, als ältere (43 % bei unter 60-jährigen, 33 % bei älteren). Jüngere Gyn befürchteten außerdem eher als Gyn ab 60 Jahren, dass nach einer Weiterbildung der HÄ weniger jüngere Frauen (42 % vs. 37 %) und vor allem weniger Frauen ab 50 (52 % vs. 38 %) zu ihnen kommen würden. In BB und MV wurde seitens der nGyn angenommen, dass durch die erweiterte Qualifikation von HÄ sowohl weniger jüngere Frauen (51 % in BB, 44 % in MV vs. 34 % in BE) als auch weniger Frauen ab 50 Jahren in die eigene Praxis kommen würden (55 % in BB, 46 % in MV vs. 45 % in BE). Niedergelassene Gyn, die mit der Wirtschaftlichkeit ihrer Praxis nicht zufrieden waren, befürchteten häufiger als nGyn, die teilweise oder zufrieden waren, die Konkurrenz durch die weitergebildeten HÄ (60 % bei nGyn mit wirtschaftlicher Unzufriedenheit, 33 % bei nGyn mit teilweiser Unzufriedenheit, 39 % bei nGyn mit Zufriedenheit).

6.2.4.3 Vernetzung und Zusammenarbeit aus der Sicht der Niedergelassenen

Ein Drittel (33 %) der nHÄ und ein Viertel (25 %) der nGyn gaben an, nicht mit anderen Praxen vernetzt zu sein. Der Anteil der formalen Vernetzungen (Ärztzetz, Qualitätszirkel und Tätigkeit als Ambulanzärztin/Ambulanzzarzt) betrug 7 % unter den nHÄ, unter den nGyn waren es 11 %. Hingegen

wurde eine informelle Vernetzung („sonstige“ Angaben) von 60 % der nHÄ und 67 % der nGyn beschrieben. Die Vernetzung war unter älteren Grundversorgenden (HÄ: 71 % bei 60+ vs. 64 % bei Jüngeren mit Vernetzung; Gyn: 77 % vs. 75 %) und Niedergelassenen in BB und MV für beide Fachgruppen (HÄ: BE: 61 %, BB: 71 %, MV: 72 %; Gyn: BE: 70 %, BB: 78 %, MV: 85 %) höher als unter Jüngeren oder Niedergelassenen in BE.

Über die Hälfte der nHÄ (58 %) und ein Drittel (34 %) der nGyn berichteten, an die jeweilige andere Fachgruppe Befunde zu versenden. Das Empfangen von Befunden wurde jedoch von nur 37 % der nHÄ und 27 % der nGyn angegeben. 57 % der nHÄ und 53 % der nGyn äußerten, einen fachlichen Ansprechpartner in der jeweils anderen Fachgruppe zu haben. nHÄ in den Bundesländern BB und MV hatten häufiger einen fachlichen Ansprechpartner als in BE (BB: 63 %, MV: 76 %, BE: 43 %). Sie erhielten in MV häufiger Befunde und direkte Fragestellungen von Gyn als in BE (MV: 60 %, BE: 28 %). nGyn aus den beiden ländlicheren Bundesländern beschrieben, häufiger Arztbriefe (MV: 58 %, BB: 39 %, BE: 21 %) sowie Befunde (MV: 37 %, BB: 26 %, BE: 23 %) zu versenden bzw. direkte Fragestellungen an HÄ im Vergleich zu nGyn in BE zu stellen (MV: 31 %, BB: 30 %, BE: 13 %). nHÄ, die im Rahmen ihrer Weiterbildung gynäkologische Inhalte erlernt hatten, beschrieben, öfter Befunde bzw. direkte Fragestellungen an Gyn als nHÄ ohne diese Qualifikation (71 % vs. 51 %) zu senden. Eine notwendige Veränderung der Zusammenarbeit wurde von 41 % der nHÄ und von 37 % der nGyn gesehen.

6.2.4.4 Ansprechpartner und Einigung auf Indikatoren für eine Mitversorgung

Nur knapp über die Hälfte der niedergelassenen Grundversorgenden (57 % der HÄ und 53 % der Gyn) gab an, häufig oder immer eine/n Ansprechpartner/in bei Fragen zum jeweils anderen Fachgebiet zu haben. Ältere nHÄ berichteten häufiger, eine/n Ansprechpartner/in zu gynäkologischen Fragen zu haben (65 % bei 60+ vs. 53 % bei Jüngeren) oder mit Gyn wegen ihrer Patientinnen zu telefonieren als jüngere nHÄ (24 % vs. 14 %). Jüngere nHÄ wiederum erhielten öfter eine Empfehlung durch Gyn als ältere nHÄ (64 % vs. 58 %). Vernetzte nHÄ erhielten u. a. häufiger Befunde (43 % vs. 26 % bei nicht vernetzten HÄ) oder direkte Fragestellungen von Gyn bzw. telefonierten öfter mit Gyn über ihre Patientinnen (23 % vs. 8 %). Gleiches gilt in umgekehrter Weise für nGyn (Befunderhalt vernetzte Gyn 30 % vs. 16 % nicht vernetzte Gyn, Telefonate: 25 % vs. 8 %). Weniger als 5 % der niedergelassenen Grundversorgenden beschrieben, sich auf Indikatoren für eine Überweisung geeinigt zu haben.

Die Detailergebnisse zur Befragung der Leistungserbringenden werden in Anhang 1 zu AP2 dargestellt.

6.2.5 Katalog der für task-shifting/task-sharing relevanten Beratungsanlässe und -ergebnisse

In der Regel waren HÄ eher bereit, Aspekte der gynäkologischen Bedarfe mitzuversorgen als Gyn, diese an HÄ abzugeben. Eine hohe Zustimmung gab es bei HÄ zum Thema Beratung bei Unterleibsschmerzen (77 %), geringere Zustimmungsraten bei der Krebsnachsorge. Gyn waren eher bereit, Aspekte der allgemeinen Versorgung von Frauen mit abzudecken. Viele dieser Aspekte wurden den Gyn von den HÄ zugetraut. Drei Beratungsanlässe konnten identifiziert werden, bei denen sowohl die Beratung, die Diagnostik und die Therapie als Mitversorgung mit hoher Zustimmung beider Fachgruppen befürwortet werden: rezidivierende Harnwegsinfekte, Harninkontinenz und vaginale Beschwerden. Weiterhin mit sehr hoher Zustimmung wurde die Beratung in sämtlichen Aspekten der Frauengesundheit von beiden Fachgruppen eingeschätzt. Die Beratungsmöglichkeit bezüglich

klimakterischer Beschwerden zeigte unter HÄ eine hohe Zustimmung (59 %) und unter Gyn eine mittelmäßige Zustimmung (37 %). Auch waren die Fachgruppen unterschiedlicher Meinung, was die Durchführung von Impfungen betrifft, sie zeigte eine hohe Zustimmung der Gyn (80 %), aber geringere Zustimmung der HÄ (36 %). Hervorzuheben sind die Stellungnahmen zur Mitversorgung der arteriellen Hypertonie. Nur ca. 40 % der HÄ stimmten einer Hochdruck-Beratung durch Gyn zu, aber ca. 60 % der Gyn waren zur Beratung bereit. Zusätzlich wurden die Zustimmungsraten bei beiden Fachgruppen verglichen. Hierbei wurden Unterschiede zwischen den Bundesländern besonders berücksichtigt. Die Zustimmung bezüglich der Diagnostik des iFOBT betrug für HÄ 43 % (44 % in BE, 37 % in BB und 48 % in MV) und für Gyn 37 % (40 % in BE, 35 % in BB und 39 % in MV). Die Unterschiede zwischen den Bundesländern waren nicht signifikant. Die Analyse nach Modulen zeigte die höchsten Zustimmungsraten in Bezug auf eine fachübergreifende Beratung für das Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei Harninkontinenz und vaginalen Beschwerden) und das Modul „Regelversorgung“ (bei rezidivierenden Harnwegsinfekten). Unterschiedliche Zustimmungsraten bestanden bei der Beratung im Modul „Gesundheit und Vorsorge“ zur Prävention der Osteoporose und die geringsten Zustimmungsraten wurden im Modul „Früherkennung Krebs“ (Krebsvorsorge PAP/Abstrich/HPV-Test) und bei der Krebsnachsorge im Modul „Regelversorgung“ (PAP/Abstrich/HPV-Test) erfasst.

Auch für den Bereich Diagnostik wurden die höchsten Zustimmungsraten im Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei vaginalen Beschwerden und bei Harninkontinenz) und im Modul „Regelversorgung“ (bei rezidivierenden Harnwegsinfekten) festgestellt. Hingegen fand die Diagnostik der Module „Früherkennung Krebs“ (Mammographie) und „Regelversorgung“ (Anlässe der Krebsnachsorge: Mammographie) nur sehr geringe Zustimmung.

Auch bei der Therapie gab es eine hohe Zustimmungsraten im Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei vaginalen Beschwerden und Harninkontinenz) sowie im Modul „Regelversorgung“ (bei rezidivierenden Harnwegsinfekten). Neben der Krebsnachsorge (Modul Regelversorgung) im Bereich Therapie gab es die geringste Zustimmung im Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei Hormontherapie) und im Modul „Gesundheit und Vorsorge“ (bei sexueller Gewalt).

Detailmethodik und -ergebnisse zu den Beratungsanlässen nach Bereichen (Beratung, Diagnostik und Therapie) und Aspekte der Frauengesundheit (allgemeine Gesundheit von Frauen 50+ und gynäkologische Gesundheit von Frauen 50+), die fachgruppenspezifische Zustimmung und der Konsens zwischen den Fachgruppen werden in Anhang 2 zu AP2 dargestellt.

6.3 Frauen 50+ in der Region Nordost

6.3.1 Inanspruchnahme, Beratungsanlässe und Diagnosen bei Frauen 50+

Die Sekundäranalyse der Daten des Gesundheitsmonitorings am RKI (DEGS1, 2008-2011) zeigte, dass die allgemeinärztliche Inanspruchnahme von Frauen 50+ über alle Altersgruppen hinweg mit jeweils über 80 % relativ konstant bleibt, jedoch die Inanspruchnahme ambulanter gynäkologischer Versorgung kontinuierlich abnimmt. So hatten 41 % der Frauen 50+ in Deutschland in den letzten 12 Monaten keine ambulante gynäkologische Versorgung in Anspruch genommen. Etwa die Hälfte der

Frauen 50+ hat laut DEGS1-Daten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal Ärztinnen und Ärzte beider Fachrichtungen Gynäkologie und Allgemeinmedizin aufgesucht. Etwa ein Drittel der Frauen ab 50 Jahren gab jedoch an, im vergangenen Jahr nur eine allgemeinärztliche Praxis besucht zu haben. Rund jede elfte Frau 50+ stellte sich weder in einer gynäkologischen noch in einer allgemeinärztlichen Praxis in den letzten 12 Monaten vor.

Als mögliche Vorstellungsgründe in gynäkologischen Praxen wurden bei Frauen 50+ die gynäkologische Krebsfrüherkennung, Wechseljahresbeschwerden, das Auftreten von Erkrankungen und Beschwerden (z. B. Harninkontinenz) sowie Beratung bzw. Behandlung vor und nach gynäkologischen Operationen (z. B. Hysterektomie) identifiziert. Die Ergebnisse zu den abgerechneten Behandlungsfällen in gynäkologischen und hausärztlichen Praxen zeigten, dass es zwar übereinstimmende Diagnosen gibt, diese aber fast alle dem hausärztlichen bzw. internistischen Bereich zuzuordnen sind. Darüber hinaus wurden vor allem psychologisch-psychiatrische Diagnosen sowohl in gynäkologischen als auch in hausärztlichen Praxen abgerechnet. Der daraus sowie aus den DEGS-Ergebnissen entstandene Katalog mit den häufigsten Beratungsergebnissen und Erkrankungen (Anhang zu AP1) bildete die Grundlage für die Befragung der Frauen und der Grundversorgenden und damit für den im Projekt erarbeiteten Leistungskatalog. Die große Bedeutung von gynäkologischen Krebserkrankungen sowie der Wechseljahre als Beratungs- und Behandlungsanlässe bei Frauen ab 50 Jahren wurde durch die Literaturanalyse zu Beginn des Projekts bestätigt (Anlage 1).

Die Analyse der von 2014/2015 erhobenen RKI-Daten (GEDA 2014/2015-EHIS) zur Inanspruchnahme zeigte, dass es kaum Zugangsbarrieren zur ambulanten ärztlichen Versorgung bei Frauen 50+ gibt. Jedoch gehören ältere Frauen und Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status zur Risikogruppe mit Zugangsbarrieren. Eine detailliertere Darstellung von Ergebnissen der Datenanalysen ist in Anlage 4 zu finden.

Für Frauen 50+, die nicht regelmäßig gynäkologisch untersucht werden, besteht ein höheres Risiko, eine gynäkologische Krebserkrankung nicht in einem Frühstadium zu erkennen und zu behandeln.

6.3.2 Patientinnenperspektive – Ergebnisse der Befragung von Frauen 50+

Unsere Ergebnisse zeigten jedoch, dass Gründe der Nichtinanspruchnahme gynäkologischer Leistungen bestehen. Sie können sowohl auf persönliche Barrieren (Alter, keine Zeit, keine Symptome, Scham/Angst vor der gynäkologischen Untersuchung, andere eigene Erkrankungen oder Erkrankungen des Partners) als auch auf gesundheitssystemische Barrieren (fehlende Stammpraxis, Weg zu weit, Probleme bei Terminvereinbarungen, teilweise lange Wartezeiten) zurückgeführt werden (Abbildung 8). Patientinnen, die nicht mehr zu Gyn gehen, nahmen dennoch das Mammographie-Screening in Anspruch. Doch mit Ende der Teilnahme am Screening-Programm war eine stark abfallende Inanspruchnahmerate der weiteren Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Abstrich, Tastuntersuchung der Brust) zu verzeichnen. Doch genau in dieser Altersklasse wird vermehrt ein Anstieg bei Krebserkrankungen beobachtet, insbesondere von Vulvakarzinomen. Die HÄ werden von Frauen, die die gynäkologische Versorgung nicht mehr wahrnehmen, als Ansprechpartnerinnen und -partner für Frauengesundheit gesehen, die informieren und motivieren können. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass in Deutschland die Gesundheit und das Wohlbefinden von

Frauen 50+ in der gynäkologischen oder allgemeinmedizinischen Primärversorgung bisher nicht gesondert berücksichtigt werden.



Abbildung 8: Gründe für die Nichtinanspruchnahme und die verminderte Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen

6.3.2.1 Frauengesundheit aus der Sicht der Patientinnen 50+ der Region Nordost

Mehr als die Hälfte aller befragten Frauen über 50 assoziierten den Begriff Frauengesundheit mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Entweder kam ihnen der einfache Begriff (Prävention oder Krebsfrüherkennung) in den Sinn, sie betonten die Bedeutung der Inanspruchnahme dieser Untersuchungen, oder sie gaben an, diese regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Einige der Befragten nannten konkrete Beschwerden bzw. Krankheiten, unter denen sie leiden oder einmal erkrankt waren (z. B. Bauchschmerzen, Myome oder Brustkrebs), oder sie gaben an, dass in diesem medizinischen Bereich bei ihnen alles in Ordnung sei. Einige Befragte berichteten zudem über verschiedene Kontaktmöglichkeiten (z. B. Akutsprechstunde) und Ansprechpartner/innen für Frauengesundheit (z. B. Gyn, HÄ, Spezialistin bzw. Spezialist für Mammographie oder Darmspiegelung). Darüber hinaus erwähnten einige der Frauen, dass der Begriff Frauengesundheit mehr umfasse als das körperliche Wohlbefinden. Dazu gehöre auch die psychische Gesundheit. Andere verwiesen auf ihre alltäglichen Wahrnehmungen der Unterschiede zwischen Männern und Frauen oder nahmen eine allgemeine Einschätzung der wahrgenommenen Versorgungssituation in Deutschland vor. So ergaben sich aus Sicht der Patientinnen sechs Dimensionen (Abbildung 9), mit denen der Begriff Frauengesundheit in Verbindung gebracht wird.

Aus all dem ließ sich ableiten, dass bei Frauen über 50 Jahren ein Bewusstsein für weibliche Gesundheitsrisiken besteht und sie es sich zutrauen, damit umzugehen. Sie haben eine konkrete Vorstellung, an wen sie sich im Bedarfsfall wenden können. Weiterhin nehmen Frauen 50+ Unterschiede zwischen den Geschlechtern wahr, die zu unterschiedlichen (Gesundheits-)Bedürfnissen führen können. Sie definieren Frauengesundheit nicht nur über das körperliche Wohlbefinden,

sondern zählen auch die psychische Gesundheit hinzu. Außerdem konnten wir eine Wertschätzung für die aktuelle Gesundheitsversorgung in Deutschland feststellen.

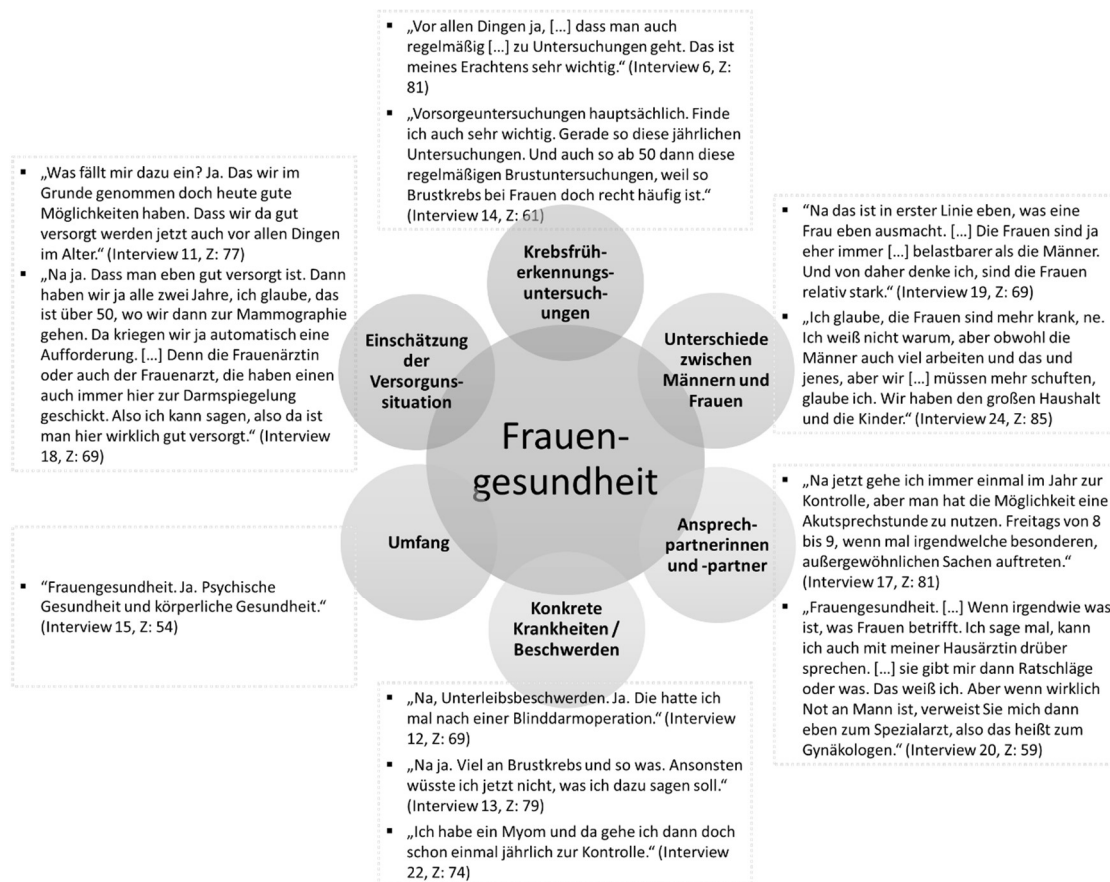


Abbildung 9: Dimensionen der Frauengesundheit aus Sicht der Frauen 50+ inkl. Zitate aus den Interviews

6.3.2.2 Gynäkologische Beratungsanlässe von Frauen 50+

Frauen 50+, die regelmäßig die gynäkologische Praxis aufsuchen, äußerten unterschiedliche gynäkologische Beratungsanlässe. Neben der Krebsfrüherkennung erwähnten sie Kontrollen zu medizinischen Vorfällen oder Erkrankungen (z. B. von Zysten oder Myomen), Blasenprobleme, Blutungen, chirurgische Eingriffe (einschließlich Entscheidungen über chirurgische Eingriffe und Nachsorge), Verhütung, Osteoporose und Wechseljahre (Abbildung 10). Das belegt, dass Frauen mittleren und höheren Alters einen fortwährenden Bedarf an gynäkologischer Betreuung haben und eine Vielzahl von frauengesundheitlichen Themen jenseits von Schwangerschaft und Geburt wie auch Verhütung abgedeckt und versorgt werden muss. Bei den Frauen 50+, die die gynäkologische Versorgung nicht mehr wahrnehmen, konnten zwei Untergruppen identifiziert werden, als es darum ging herauszufinden, aus welchen Gründen sie dennoch eine gynäkologische Praxis aufsuchen würden. Einerseits diejenigen Frauen, die Gyn nur bei Schmerzen oder starken Beschwerden (beispielsweise dem Ertasten eines Knotens in der Brust) konsultieren würden. Andererseits diejenigen Frauen, die sich gynäkologische Untersuchungen z. B. zur Krebsfrüherkennung wünschten und die gynäkologischen Leistungen gerne wahrnehmen möchten, sie aber aus bestimmten Gründen davon abgehalten werden, wie z. B. Angst.

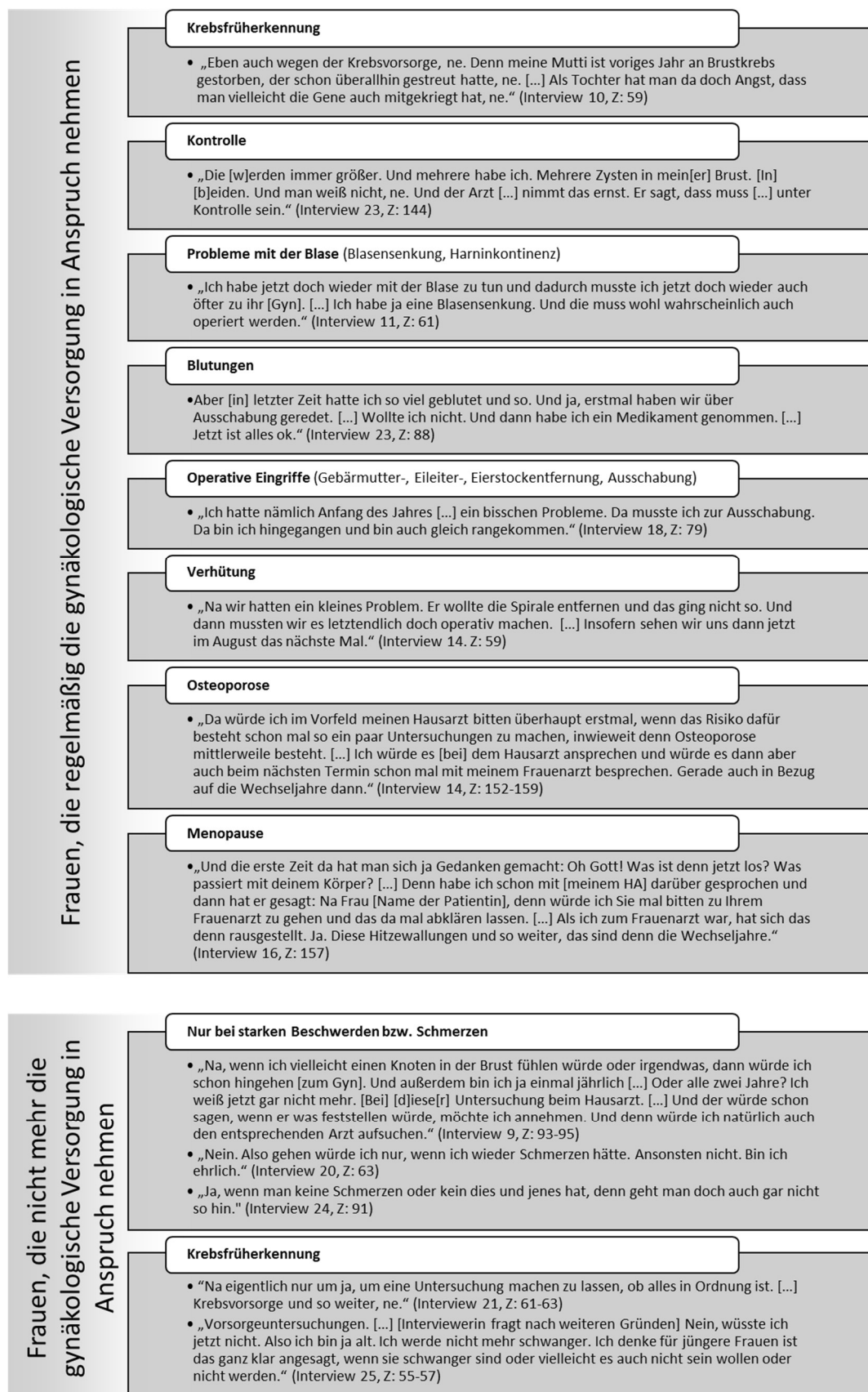


Abbildung 10: Gynäkologische Beratungsanlässe von Frauen 50+ inkl. Zitate aus den Interviews

6.3.2.3 Bereitschaft zur Teilnahme an einer Modellversorgung

Insgesamt waren 18 der 25 Frauen in unserem Sample bereit, an der Modellversorgung teilzunehmen, sechs Patientinnen sagten die Teilnahme ab, eine Frau war unentschlossen. Dabei äußerten einige der Frauen, die Teilnahmebereitschaft signalisierten, Bedingungen. Dazu gehörte,

- dass die Hausärztin oder der Hausarzt Grundkenntnisse in Gynäkologie hat,
- dass auf die Gynäkologin oder den Gynäkologen nicht verzichtet werden darf,
- dass die gynäkologischen Untersuchungen dennoch die Gynäkologin oder der Gynäkologe vornehmen sollte. Die Gründe hierfür waren verschieden: (1) Da hier die Kompetenz vorliege, (2) bei der Hausärztin oder dem Hausarzt solche „peinlichen“ Untersuchungen nicht gemacht werden können und das auch so bleiben sollte, (3) dass für solche Untersuchungen die aktuelle Hausärztin oder der aktuelle Hausarzt nach Patientinnenpräferenz das bevorzugte Geschlecht hätte.

6.3.2.4 Regionale Unterschiede in der Versorgung aus Patientinnensicht

Patientinnen sahen sich in BE mit ähnlichen Problemen konfrontiert wie in den Flächenländern BB und MV. In allen Bundesländern unseres Untersuchungsgebiets gab es Primärversorgende in der näheren Umgebung der Patientinnen, teilweise hatte sich hier die Lage sogar verbessert. In allen drei Bundesländern waren die Wartezeiten auf Facharzttermine lang, und es mussten längere Anfahrtswege zu den FÄ überwunden werden. Letzteres wurde von den Patientinnen als unproblematisch empfunden, solange sie noch mobil sind. In diesem Zusammenhang bestand aus persönlicher Sicht Sorge das Alter betreffend. Insbesondere in BE und MV wurde das bevorstehende Rentenalter der Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen und verursachte hier Befürchtungen. Alarmierend sind die Äußerungen zum Patientenaufnahmestopp bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in BE und BB. Insbesondere wurde die Sorge um den medizinischen Nachwuchs auf dem Lande betont. BE zeichnet sich im Vergleich zu den Flächenländern dadurch aus, dass alle medizinischen Fachbereiche vorhanden sind.

6.4 Modellprojekt

Der konzeptionelle Bericht des Modellprojekts zur Versorgung von Frauen 50+ in ländlichen Regionen wurde in Form eines Policy Briefs als Executive Summary im Rahmen des Abschluss Symposiums in gedruckter Form unter den Anwesenden verteilt (Anlage 5).

Die Kernergebnisse des entwickelten Modellkonzepts werden hier zusammengefasst und in Abbildung 11 dargestellt:

- **Fach- und berufsübergreifende Versorgung:** Der Check-up „Frauen 50+“ (anteilig HÄ-Praxis und in der Gyn-Praxis) als koordinierte Versorgung. Er basiert auf vier Themenblöcken/Modulen, die gezielt für die Gesundheitsbedürfnisse der Frauen 50+ konzipiert wurden: (1) gynäkologisches Krebsrisiko (Motivieren zur Krebsfrüherkennung, Erinnern an die Selbstuntersuchung der Brust, Erheben des familiären gynäkologischen Krebsrisikos und Vorbelastungen), (2) Gesundheitsförderung (Risikobewertung für Osteoporose, Gewichtsveränderungen), (3) Wohlbefinden (vaginale Symptome, Libido,

Sexualität, Inkontinenz, subjektive Gesundheit, Wechseljahresbeschwerden) und (4) Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Unter Bedingungen der Regelversorgung durch die Einführung von 3 GOPs (Pseudo-Abrechnungsziffern) können von allen Programmärztinnen und -ärzten die erbrachten Leistungen im Rahmen des Projekts abgerechnet werden.

- **Kompetenzentwicklung von Gesundheitspersonal:** Alle interessierten HÄ und Gyn erhalten eine einführende Schulung zu dem Programm: zum Vorgehen, zu den bereitgestellten Materialien (Fragebögen, Dokumentationsbögen etc.) und zu den Abrechnungsmodalitäten der Leistungen. Ergänzend bekommen Programmpraxen zur Qualifikation und Sensibilisierung im Umgang mit Frauengesundheit eine fachliche Schulung (Curriculum zur Mitversorgung, das die Themenblöcke des Check-up Frauen 5.0 abdeckt). Auch das nichtärztliche Praxispersonal wird diesbezüglich geschult, um auf spezifische Angebote in der Kommune, von Krankenkassen sowie weiteren Beratungsstellen oder auf das interdisziplinäre Team hinweisen zu können.
- **Bestärkung der Zielpopulation (Frauen 50+):** Zur weiteren Unterstützung der Zielerreichung wird in ländlichen Regionen eine veränderte Organisation der Kooperation mit weiteren Gesundheitsberufen (nichtärztlichem Praxispersonal, Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberaterinnen/-beratern, Psychologinnen/Psychologen Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern) in Form interdisziplinärer Teams eingeführt. Diese Teams sind als ein „health program accelerator“ zu verstehen, denn sie wirken als Katalysatoren der koordinierten regionalen patientenorientierten Versorgung und sind auf die gesamte Bevölkerung der Region ausgerichtet (Populationsebene).

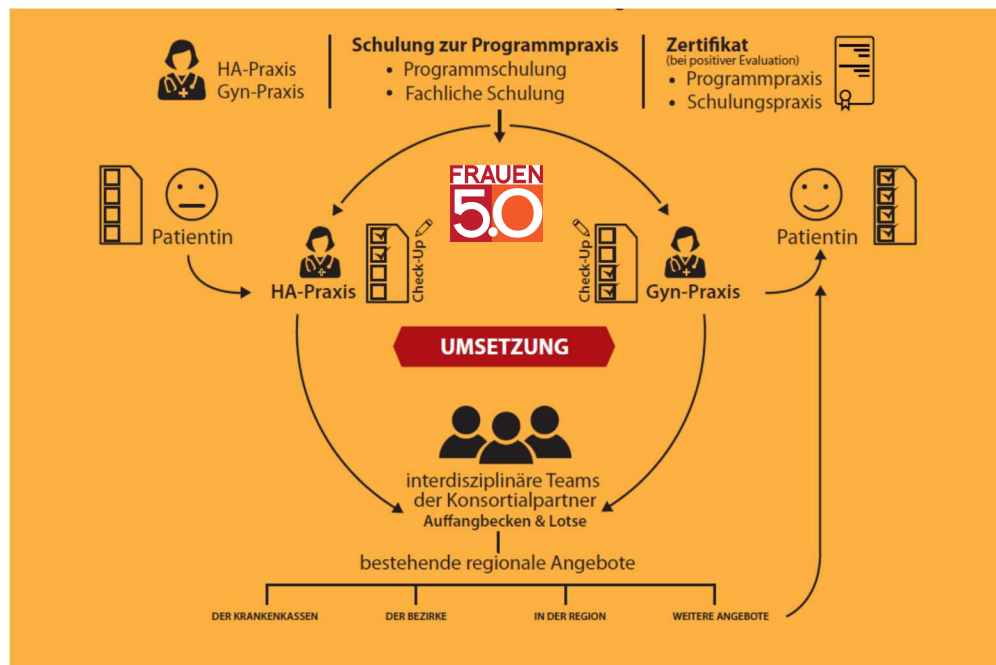


Abbildung 11: Modellprogramm Frauen 5.0, Flow Chart: Praxen und Patientinnen

6.5 Leistungskatalog Region Nordost

Die Ergebnisse der Regionalen Zustimmungs-Ampeln und Konsensus-Ampeln sowie die Patientinnen-Ampel (erster Schritt der Erstellung des Leistungskatalogs) werden in Anhang zu AP5 dargestellt. Die regionalen und die bundeslandspezifischen Ergebnisse der Zustimmungs- und Konsensus-Ampeln der Grundversorgenden und der Patientinnen wurden in der partizipativen Phase (AP4) den Stakeholdern präsentiert und gemeinsam erörtert. Daraufhin fanden Verhandlungen und Beratungen zwischen den Berufsverbänden statt, was wir als „take-off-Partizipation“ beschreiben. Die Ergebnisse dieser Verhandlungen wurden der Konsortialleitung mitgeteilt und daraufhin in den Check-up für das Modellkonzept eingearbeitet. Die graphische Vergleichsdarstellung der Zustimmung bei HÄ und Gyn bezüglich der Zustimmung zur iFOBT-Diagnostik für die gesamte Region wird für Beratung in Abbildung 12, Diagnostik in Abbildung 13 und Therapie in Abbildung 14 veranschaulicht.

Die daraus abgeleiteten Empfehlungen (sehr hoch und niedrig) zur Mitversorgung einzelner Beratungsanlässe der Frauengesundheit 50+ auf der Basis der Zustimmung und Übereinstimmung zwischen den Fachgruppen für die Beratung, Diagnostik oder Therapie werden in Anhang zu AP5 dargestellt.

Beratung

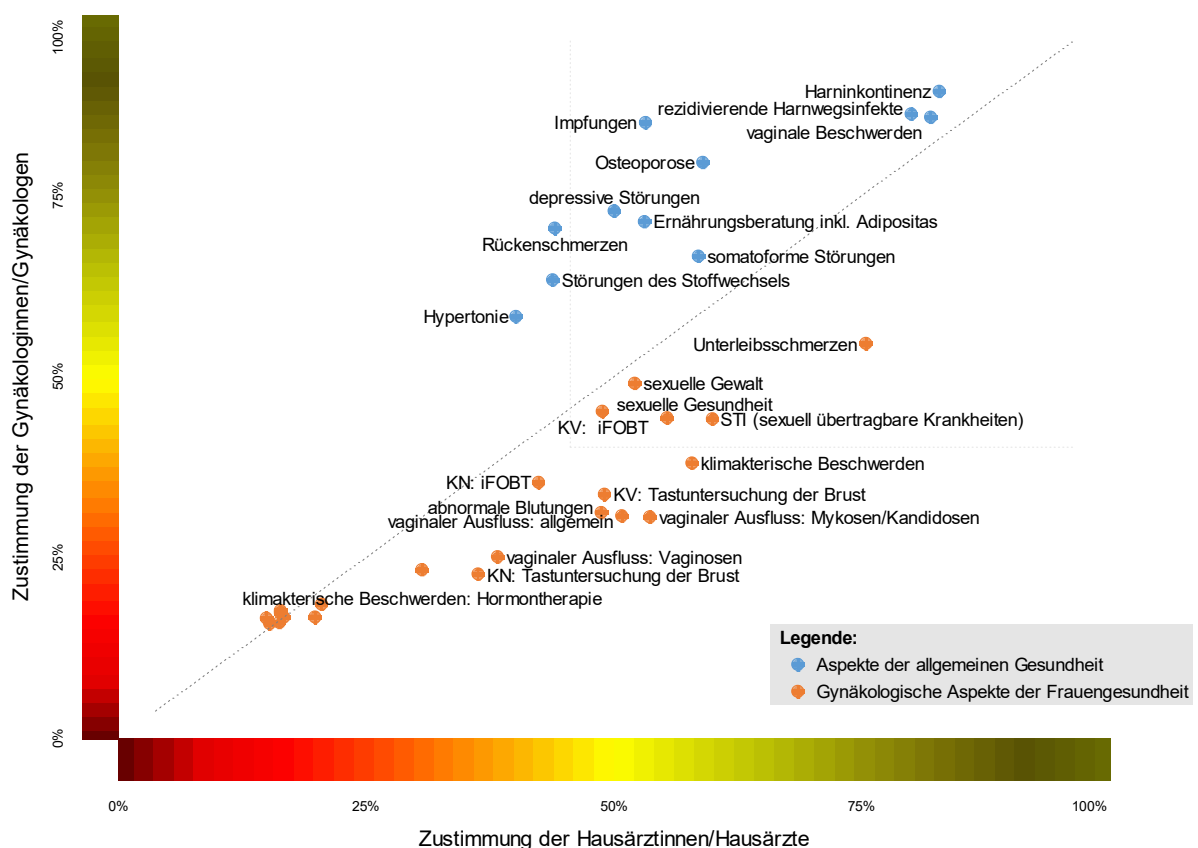


Abbildung 12: Beratung: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder

Diagnostik

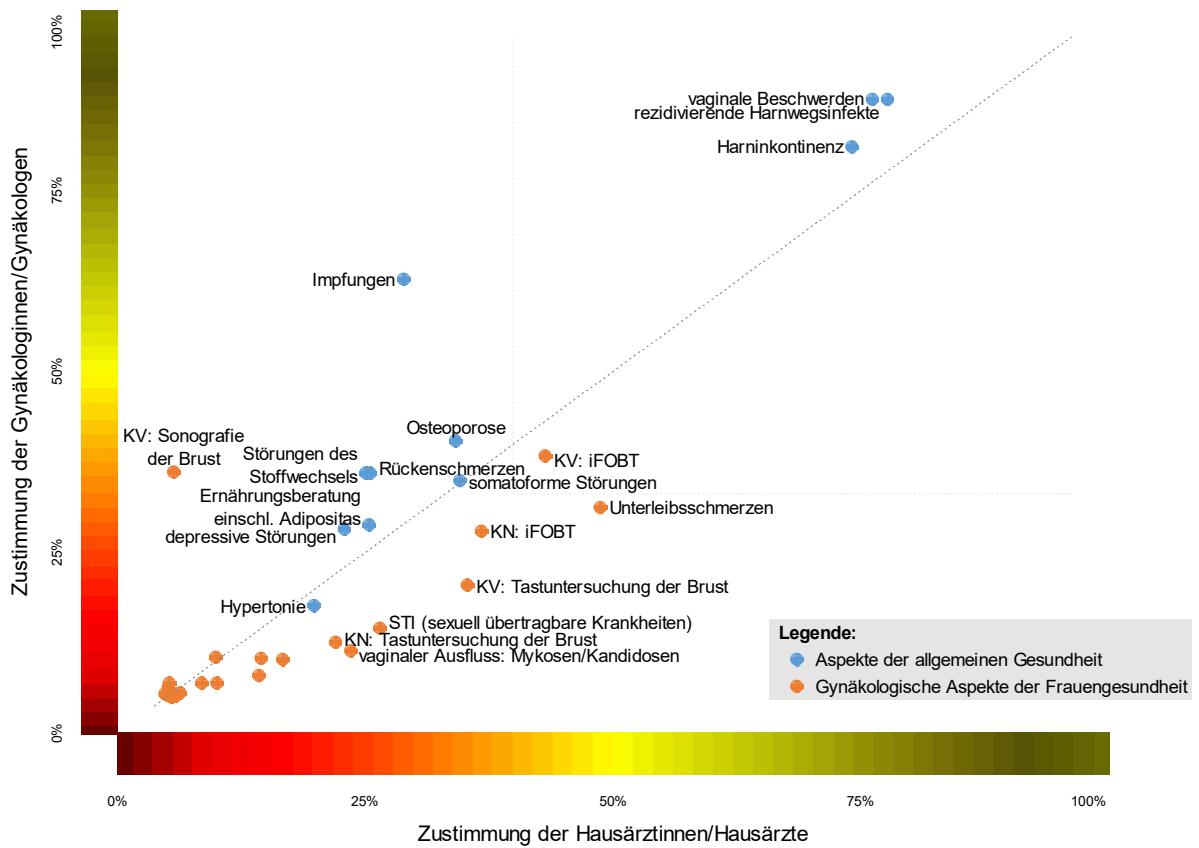


Abbildung 13: Diagnostik: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder

Therapie

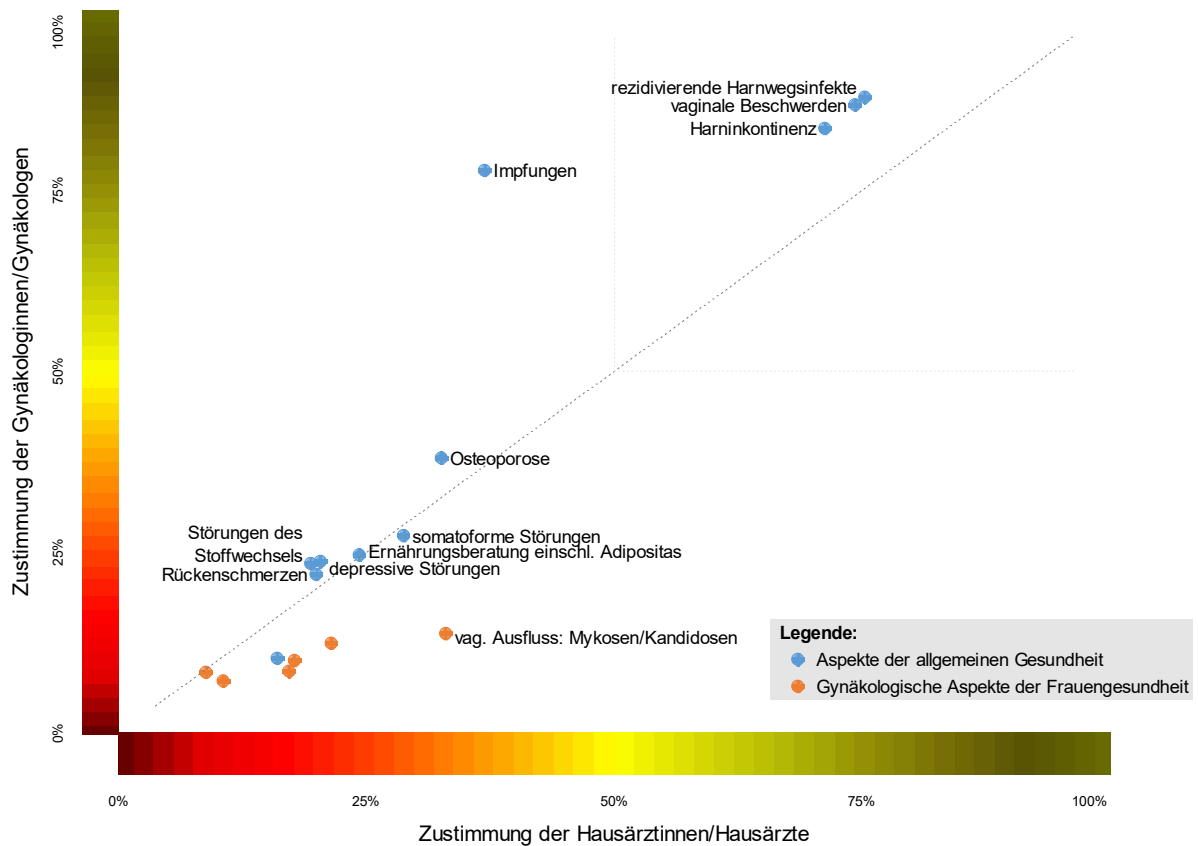


Abbildung 14: Therapie: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder

Der finale Leistungskatalog für die gesamte Region mit den alphabetisch sortierten 28 Beratungsanlässen, bei dem die Perspektive der Grundversorgenden und der Patientinnen kontrastiert wird, wird unter 6.6 Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting dargestellt sowie im Anhang zu AP5.

Die Legenden zum Leistungskatalog (Zustimmungs-Ampel und Interpretationshilfen) erläutern die Bedeutung der Farbcodes und bieten eine Unterstützung für die Ableitung der Entscheidung.

Empfehlungsgrade für die Aufnahme in den Leistungskatalog werden anhand der Qualität der Empfehlung, die sich aus der Interpretation der Farbkombinationen ableiten lässt, auf einer 5er-Skala (1: hoch bis 5: niedrig) eingeordnet.

Dieser Leistungskatalog soll als Diskussionsgrundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers dienen.

6.6 Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting

Modul	Frauengesundheit		Perspektiven						Zonen der Zustimmung und des Konsenses unter den Fachgruppen						Patientinnen-Perspektive		
	Aspekt	Beratungsanlass	Grundversorgende						Beratung		Diagnostik		Therapie		Patientinnengerechte Abfrage		
			HÄ (n = 862)		Gyn (n = 524)		Therapie		Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	n Zusage	n Absage	Bemerkung
			Beratung	Diagnostik													
HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	%	%	%	%								
RV	GG	abnormale Blutungen ^a	49	30	5	3			mittel	Dissens	niedrig	Konsens			15 von 25	2 von 25	*
WB	AG	depressive Störungen ^a	50	75	21	26	18	22	hoch	Dissens	mittel	Unterschiede	mittel	Konsens			
GV	AG	Ernährungsberatung inkl. Adipositas ^a	53	73	23	27	22	23	hoch	Dissens	mittel	Konsens	mittel	Konsens			
RV	GG	gynäkologische Inspektion/Palpation			7	3					niedrig	Dissens					
RV	AG	gynäkologische Untersuchungen, Kolposkopie			2	2					niedrig	Konsens					
WB	AG	Harninkontinenz ^{a,c}	86	93	76	84	73	86	hoch	Dissens	hoch	Unterschiede	hoch	Dissens	15 von 18	2 von 18	*
RV	AG	Harnwegsinfekte, rezidivierende ^{a,b,c}	82	89	80	91	77	91	hoch	Unterschiede	hoch	Dissens	hoch	Dissens			
RV	AG	Hypertonie ^{a,c}	39	59	17	15	13	7	mittel	Dissens	mittel	Konsens	niedrig	Dissens			
RV	AG	Impfungen ^{a,b,c}	54	88	27	64	36	80	hoch	Dissens	mittel	Dissens	mittel	Dissens			

Modul	Frauengesundheit		Perspektiven				Zonen der Zustimmung und des Konsenses unter den Fachgruppen						Patientinnen-Perspektive								
	Aspekt	Beratungsanlass	Grundversorgende				Beratung		Diagnostik		Therapie		Patientinnengerechte Abfrage								
			HÄ (n = 862)		Gyn (n = 524)		HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	n Zusage	n Absage	Bemerkung
			HÄ	Gyn	HÄ	Gyn															
%	%	%	%	%	%																
KF	GG	KF ¹ iFOBT (Test für okkultes Blut im Stuhl) ^a	49	45	43	37			hoch	Konsens	mittel	Konsens							16 von 25	4 von 25	*
		KF ¹ Mammographie	18	16	2	3			mittel	Konsens	niedrig	Dissens									
		KF ¹ PAP/Abstrich/HPV-Test	14	15	3	2			mittel	Konsens	niedrig	Konsens									
		KF ¹ Sonographie der Brust	18	14	2	3			niedrig	Konsens	niedrig	Unterschiede									
		KF ¹ Sonographie der Eierstöcke, -leiter	14	14	2	1			niedrig	Konsens	niedrig	Konsens							16 von 25	4 von 25	*
		KF ¹ Tastuntersuchung der Brust ^{a,b}	49	32	34	18			mittel	Unterschiede	mittel	Dissens									
WB	GG	klimakterische Beschwerden ^{a,b}	59	37	12	5			mittel	Dissens	niedrig	Dissens						18 von 25	1 von 25	*	
		Hormontherapie bei klimakterischen Beschwerden ^{a,c}	29	21			7	4	mittel	Unterschiede			niedrig	Unterschiede				18 von 25	1 von 25	*	
RV	GG	KN ² iFOBT (Test für okkultes Blut im Stuhl)	42	34	36	26			mittel	Unterschiede	mittel	Unterschiede						16 von 25	4 von 25	*	
		KN ² Mammographie	14	15	1	2			mittel	Konsens	niedrig	Unterschiede						10 von 20	3 von 20	*	

Mo dul	Frauengesundheit		Perspektiven						Zonen der Zustimmung und des Konsenses unter den Fachgruppen						Patientinnen-Perspektive		
	Aspe kt	Beratungsanlass	Grundversorgende HÄ (n = 862) Gyn (n = 524)						Beratung		Diagnostik		Therapie		Patientinnengerechte Abfrage		
			Beratung		Diagnostik		Therapie		Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	n Zusage	n Absage	Bemer- kung
			HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn									
			%	%	%	%	%	%									
		KN ² PAP/Abstrich/HPV-Test	12	14	2	2			niedrig	Konsens	niedrig	Unter- schie- de			16 von 25	4 von 25	*
		KN ² Sonographie der Brust	14	13	2	3			niedrig	Konsens	niedrig	Unter- schie- de					
		KN ² Sonographie der Eierstöcke, -leiter	13	14	1	2			niedrig	Konsens	niedrig	Konsens					
		KN ² Tastuntersuchung der Brust ^{a,b}	35	20	20	10			mittel	Unter- schie- de	mittel	Dissens					
GV	AG	Osteoporose ^a	60	82	33	40	31	37	hoch	Dissens	mittel	Konsens	mittel	Konsens	12 von 18	0 von 18	
WB	AG	Rückenschmerzen ^{a,b}	44	72	24	35	18	20	hoch	Dissens	mittel	Unter- schie- de	mittel	Konsens			
WB	GG	sexuelle Gesundheit ^a	56	44					hoch	Unter- schie- de					7 von 18	5 von 18	*
GV	GG	sexuelle Gewalt	52	49	7	7	6	5	hoch	Unter- schie- de	niedrig	Konsens	niedrig	Konsens	12 von 20	0 von 20	*
WB	AG	somatoforme Störungen ^a	59	68	33	34	27	25	hoch	Unter- schie- de	mittel	Konsens	mittel	Konsens			
RV	GG	STI (sexuell übertragbare Krankheiten) ^{a,b}	61	44	25	12	19	9	hoch	Unter- schie- de	mittel	Dissens	mittel	Dissens	17 von 22	0 von 22	*
WB	AG	Störungen des Stoffwechsels ^{a,b}	43	65	23	35	17	21	mittel	Dissens	mittel	Unter- schie- de	mittel	Konsens			

Modul	Frauengesundheit		Perspektiven						Zonen der Zustimmung und des Konsenses unter den Fachgruppen						Patientinnen-Perspektive		
	Aspekt	Beratungsanlass	Grundversorgende						Beratung		Diagnostik		Therapie		Patientinnengerechte Abfrage		
			HÄ (n = 862)		Gyn (n = 524)				Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	n Zusage	n Absage	Bemerkung
			HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn									
		%	%	%	%	%	%										
RV	GG	Unterleibsschmerzen ^{a,b}	78	55	46	26			hoch	Dissens	mittel	Dissens			22 von 25	2 von 25	*
WB	GG	vaginale Beschwerden (z. B. Juckreiz) ^{b,c}	85	89	78	91	76	90	hoch	Unterschiede	hoch	Dissens	hoch	Dissens	20 von 25	2 von 25	*
		vaginaler Ausfluss: allgemein ^{a,c}	51	29	14	7	32	11	mittel	Dissens	niedrig	Dissens	niedrig	Dissens			
		vaginaler Ausfluss: Vaginosen ^{a,c}	37	23	12	7	15	5	mittel	Unterschiede	niedrig	Unterschiede	niedrig	Dissens			
		vaginaler Ausfluss: z. B. Mykosen ^{a,b,c}	54	29	21	8	15	7	mittel	Dissens	mittel	Dissens	mittel	Dissens			
Modul übergreifend		Zusammenarbeit, Wiederholungsrezept												17 von 24	0 von 24		




Vergleich HÄ und Gyn, Chi-Quadrat Test $p < 0,001$ ^a Beratung ^b Diagnostik ^c Therapie

Legende:

Modul: KF = Krebsvorsorge, KN = Krebsnachsorge, GV = Gesundheit und Vorsorge, RV = Regelversorgung, WB = Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+




Aspekt der Frauengesundheit: GG = gynäkologische Gesundheit, AG = allgemeine Gesundheit der Frau 50+

Zustimmungs-Ampel

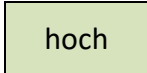

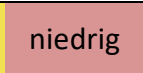
	Zustimmung des Beratungsanlasses > als Zustimmung für iFOBT Diagnose (cut-off für die Region: HÄ = 43 %, Gyn = 37 %)
	Zustimmungswert < iFOBT-Diagnose aber über 30 %
	Zustimmung < unter 30 %

Konsensus-Ampel



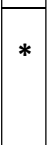

K-Zone (Konsensus-Zone)

		
Konsens	Unterschiede	Dissens

Zustimmungszone (Z-Zone)

		
hoch	mittel	niedrig

Patientinnen-Perspektive

	Keine Einwände aus Patientinnen-Sicht bei direkter Abfrage
	Es gibt bei einigen Patientinnen Einwände
	* Einige Patientinnen wünschen sich hier Expertise von Gyn, wünschen keine gyn. Untersuchungen beim HA oder sprechen generell nicht gerne darüber (siehe 5.5.2)
	Wurde nicht abgefragt

Empfehlungsgrade für die Aufnahme in den Leistungskatalog

Interpretation der Farbcodes am Beispiel des Vergleichs der Zustimmungsraten für HÄ und Gyn für einen Vorschlag zu möglichen Empfehlungen für die Aufnahme in den Leistungskatalog aus der Sicht der Fachgruppen:

HÄ	Gyn	Interpretation	Qualität der Empfehlung	Empfehlungsgrad
		HÄ wollen nicht abgeben/annehmen und Gyn wollen nicht abnehmen/abgeben	niedrig	5
		HÄ wollen nicht abgeben oder nicht annehmen, aber Gyn würden unter Bedingungen annehmen/abgeben	Diskussionsbedarf	4
		HÄ wollen abnehmen/abgeben, aber Gyn nicht abgeben/abnehmen	Diskussionsbedarf	4
		HÄ wollen nicht annehmen/abgeben, aber Gyn wollen abgeben/abnehmen	Diskussionsbedarf	4
		HÄ würden unter Bedingungen annehmen/abgeben, aber Gyn wollen nicht abgeben/annehmen	Diskussionsbedarf	4
		HÄ würden unter Bedingungen annehmen/abgeben und Gyn würden unter Bedingungen abgeben/annehmen	Bedingungen klären	3
		HÄ wollen abgeben/annehmen, aber Gyn würden unter Bedingungen annehmen/abgeben	Verhandlungspotential	2
		HÄ würden unter Bedingungen annehmen/abgeben und Gyn wollen abgeben/annehmen	Verhandlungspotential	2
		HÄ wollen abnehmen/abgeben und Gyn wollen abgeben/abnehmen	hoch	1

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Anhand der durchgeführten Analyse zur Versorgungssituation konnten Entwicklungsbedarfe in der GKV-Versorgung identifiziert und Empfehlungen erarbeitet werden. Die Berücksichtigung einer gerechten Verteilung der vorhandenen Gesundheitsressourcen bedeutet in diesem Zusammenhang, die Interessen der Frauen 50+ bereits prospektiv zu wahren und ihre künftige Betreuung zu sichern. Die Umwidmung von Tätigkeiten (task-shifting/task-sharing) eröffnet durch eine verbesserte Zusammenarbeit der Facharztgruppen neue Perspektiven für die regionale Versorgung. Ziel ist dabei die möglichst kostenneutrale Optimierung der Patientinnen-Versorgung.

Optimierung der medizinischen Outcomes

Die mögliche Erweiterung und Verbesserung der fachlichen Kompetenzen von HÄ auf gynäkologischem Gebiet zur Mitversorgung mittelalter und älterer Frauen könnte zu verkürzten Wartezeiten, früherer Diagnosestellung bösartiger Erkrankungen und infolge besserer Vor- und Nachbetreuung stationär behandelter Patientinnen zur Kostenreduzierung führen.

Verbesserung von Versorgungsabläufen

Die Umverteilung der Zuordnung von ambulanten Versorgungsleistungen zwischen HÄ und Gyn trägt zu einer Verbesserung von Versorgungsabläufen der ambulant-ambulanten Schnittstelle bei und ermöglicht darüber hinaus, den ambulant-stationären Übergang effektiver zu gestalten.

In diesem Zusammenhang wurden Innovationspotentiale der fachübergreifenden Versorgung durch Schaffung einer angepassten Arbeitsteilung und weitere Lösungsansätze für eine optimierte Versorgungsgestaltung bei drohender Unterversorgung entwickelt.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

1. Dini L (2020) Executive Summary Frauen 5.0 (DE), 15.01.2020 (Print) Herausgeber Projekt Frauen 5.0, Institut für Allgemeinmedizin. Charité Universitätsmedizin Berlin, verfügbar über https://allgemeinmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/allgmed/DOCS/Executive_Summary_Frauen50_Printed.pdf
2. Krause L, Dini L, Prütz F (2020) Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren. Journal of Health Monitoring 5(2): 3-14. DOI 10.25646/6061
3. Krause L, Dini L, Prütz F (2020) Reasons for women aged 50 years and older to seek gynaecological advice and treatment. Journal of Health Monitoring 5(2): 3-14. DOI 10.25646/6065
4. Krause L, Dini 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
5. Krause L, Dini L, Prütz F (2020) Gynaecology and general practitioner services utilisation by women in the age group 50 years and older. Journal of Health Monitoring 5(2): 15-25. DOI 10.25646/6808
6. Krause L, Dini L, Prütz F (2020) Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland. Journal of Health Monitoring 5(2): 27-35. DOI 10.25646/6063
7. Krause L, Dini L, Prütz F (2020) Barriers for women aged 50 years and older to accessing health care in Germany. Journal of Health Monitoring 5(2): 26-34. DOI 10.25646/6067
8. Trusch B, Petelos E, Heintze C, Dini L (2020) Collaboration among physicians in different specialities working in primary care in Germany (under revision)
9. Trusch B, Dini L, Networking formal and informal among physicians of different specialties – submitted to Journal Primary Care Research & Development – under revision
10. Thierbach C, Dini L, (Non-)Utilization of Gynaecological Care in Germany by Women 50+ planned submission to Health Policy & Planning
11. Dini L, Frauen 5.0 – Women beyond Childbearing age (planned)
12. Dini L, Task-Shifting and task sharing among physicians in different specialties (planned)

9. Anlagen

Anlage 1_Literaturrecherche in Anlehnung an PRISMA

Anlage 2_Entwickelte Fragebögen Frauen 5.0 HÄ und Gyn

Anlage 3_Leitfaden qualitative Telefonbefragung von Frauen 5.0

Anlage 4_JoHM_02_2020_Special Issue Frauen 5.0

Anlage 5_Executive Summary Projekt Frauen 5.0 inkl. Modellkonzept

10. Anhang

Übersicht der Dokumente:

- Anhang zu AP1: Katalog mit den häufigsten Beratungsergebnissen und Erkrankungen
Detailmethodik und -ergebnisse zur Literaturrecherche
- Anhang 1 zu AP2: Detailmethodik und -ergebnisse zur Befragung der
Leistungserbringenden
- Anhang 2 zu AP2: Katalog der für task-shifting oder task-sharing relevanten
Beratungsanlässe und -ergebnisse
- Anhang zu AP3: Detailmethodik und -ergebnisse zu den Patientinneninterviews inkl.
Studieninformationen für Patientinnen
- Anhang zu AP4: Detailmethodik und -ergebnisse zur partizipativen Erstellung des
Modellkonzepts in Diskussionsrunden
- Anhang zu AP5: Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting und Ableitung
von Empfehlungsgraden für die Aufnahme in den Leistungskatalog inkl. regionaler
Kataloge der Leistungserbringenden und Patientinnen-Ampel

Anlage 1_Literaturrecherche in Anlehnung an PRISMA

Tabelle 1

Checkliste zur durchgeführten Literaturrecherche.

Titel		
Titel	1	Gynäkologische und allgemeinärztliche Versorgung von Frauen ab 50 Jahren.
Zusammenfassung		
Strukturierte Zusammenfassung	2	<p><u>Hintergrund:</u> Die Literaturrecherche wurde im Rahmen des Projektes „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ durchgeführt. Ziel des Projektes ist es, die Versorgungssituation von 50-jährigen und älteren Frauen darzustellen und Möglichkeiten der Versorgungssicherstellung und -gestaltung zu identifizieren.</p> <p><u>Ziel:</u> Durchgeführt wurde die Literaturrecherche, um sich einen Überblick über die aktuelle Studienlage zum oben genannten Thema zu verschaffen.</p> <p><u>Auswahlkriterium:</u> Ausgewählt wurden Studien, die im Zusammenhang mit dem in Frauen 5.0 untersuchten Thema stehen.</p> <p><u>Datenquellen:</u> PubMed, Google</p> <p><u>Ergebnisse:</u> Von insgesamt 451 Artikeln wurden 353 Artikel ausgeschlossen. 97 Artikel sind thematisch von Relevanz (Anzahl Artikel Stand 04.07.2019).</p> <p><u>Einschränkungen und Schlussfolgerung:</u> Keine Studie wirft einen umfassenden Blick auf die Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren. Es wurden ausschließlich Studien gefunden, die Teilaspekte dieses Themas betrachten.</p>
Einleitung		
Hintergrund und Begründung der Recherche	3	Im Rahmen des demografischen Wandels und des reduzierten Zugangs zu Fachärztinnen und Fachärzten werden vor allem mittelalte, ältere und hochaltrige Frauen in ländlichen Regionen von einem Mangel an zum Beispiel gynäkologischer Versorgung betroffen sein. Vor diesem Hintergrund untersucht das Projekt „Frauen 5.0“ die Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern). Die Literaturrecherche wurde durchgeführt, damit bereits vorliegende, zentrale Erkenntnisse zur Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren in das Projekt einfließen.
Ziel	4	Ziel ist, sich einen Überblick über die aktuelle Studienlage zum oben genannten Thema zu verschaffen.

Methoden		
Auswahlkriterium	5	Thematische Übereinstimmung mit dem in Frauen 5.0 untersuchten Thema.
Informationsquelle	6	PubMed und Google (Suche zuletzt aktualisiert am 04.07.2019)
Suche	7	<p><u>PubMed</u>: Die vollständige elektronische Suchstrategie in PubMed ist in Tabelle 2 auf Seite 4 aufgeführt.</p> <p><u>Google</u>: Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: Versorgung AND Inanspruchnahme AND Frauen Versorgung AND Inanspruchnahme AND Gynäkologie AND Allgemeinmedizin AND Frauen Versorgung AND Inanspruchnahme AND Regionale Unterschiede Versorgung AND Inanspruchnahme AND Ärztedichte Beratungsanlässe AND Behandlungsanlässe AND Gynäkologie AND Allgemeinmedizin AND Frauen Häufige Diagnosen AND Gynäkologie AND Allgemeinmedizin AND Frauen</p>
Ergebnisse		
Auswahl der Studien	8	<p>Es wurden 451 Artikel identifiziert, von denen nach weiterer Differenzierung 353 Artikel ausgeschlossen wurden. In die Vorauswahl sind 117 Studien eingegangen, die auf ihre Eignung geprüft wurden. Dabei haben sich 97 Artikel als thematisch relevant erwiesen. Der Ablauf ist im Flussdiagramm auf Seite 5 dargestellt.</p> <p>Ausgeschlossen wurden Studien mit Fokus auf zum Beispiel Studenten, Frauen im gebärfähigen Alter, Geburtshilfe, Wochenbett, oraler Empfängnisverhütung, Impfstoffen im gebärfähigen Alter, Notfällen, Krankenhausversorgung, sexuellen Beziehungen zwischen Patientin und Arzt.</p>
Diskussion		
Zusammenfassung	9	<p>Es wurden Studien gefunden, die thematisch im Zusammenhang mit Frauen 5.0 stehen und folgende Aspekte beleuchten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inanspruchnahme und Versorgung (Fokus auf Gynäkologie / Allgemeinmedizin): 21 ▪ Hormontherapie und -verordnung: 14 ▪ Wechseljahre und Menopause: 9 ▪ Brustkrebs, Brustkrebsfrüherkennung, Mammografie: 12 ▪ Gynäkologische Krebserkrankungen (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstöcke): 7 ▪ Screening auf Gebärmutterhalskrebs (Pap-Test): 6 ▪ Gynäkologische Betreuung durch Hausarzt / Internist: 6 ▪ Diagnosen in gynäkologischen / hausärztlichen Praxen: 4 ▪ Unterschiede in der Untersuchung / Behandlung hinsichtlich gynäkologischer Belange zwischen Gynäkologen und Hausärzten: 4

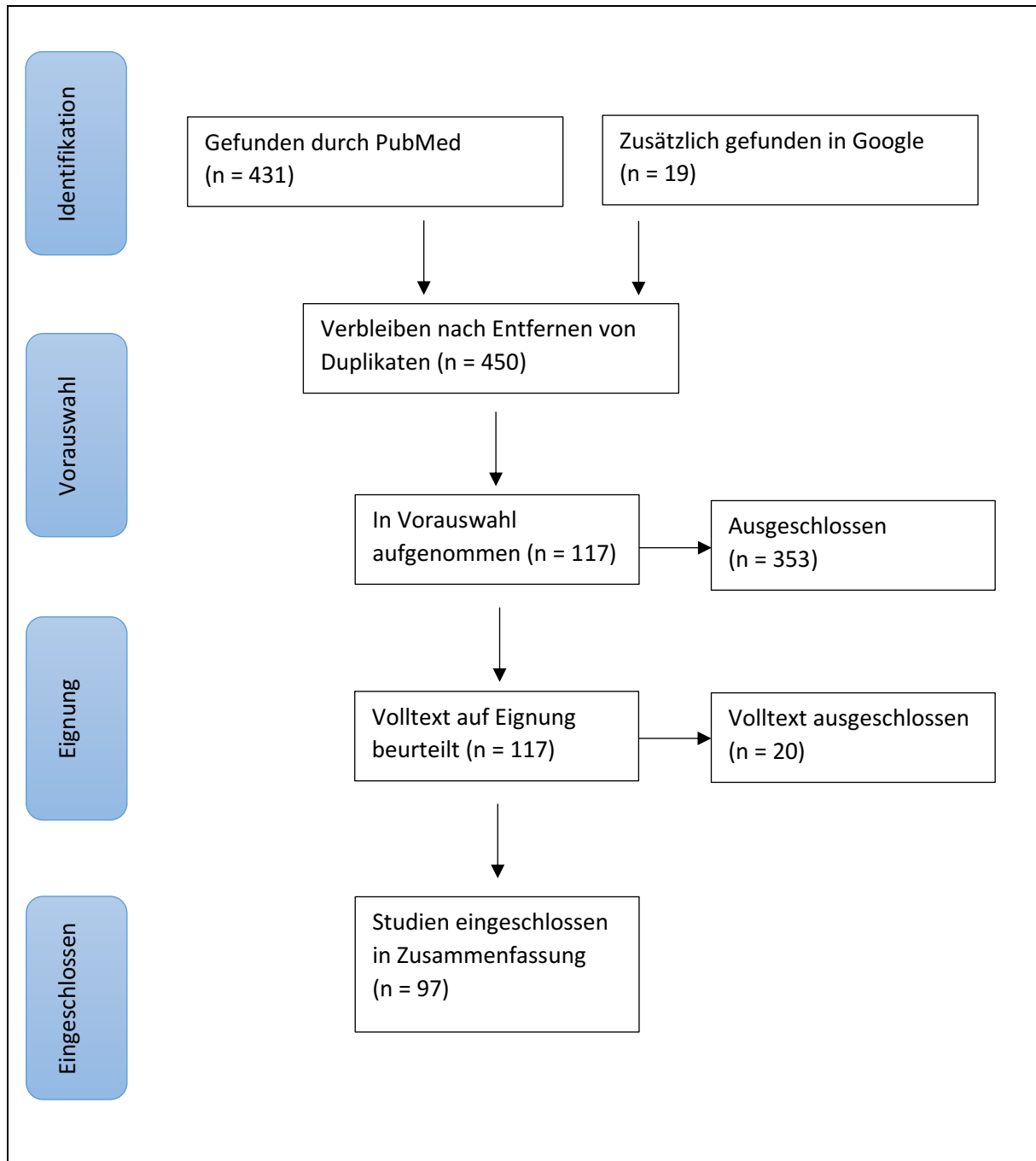
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einstellungen von Gynäkologen und Hausärzten hinsichtlich gynäkologischer Belange: 3 ▪ Präventive Leistungen durch Gynäkologen / Hausärzte: 4 ▪ Screening auf Darmkrebs bei Frauen: 2 ▪ Harninkontinenz: 5 ▪ Osteoporose: 2 ▪ Sexuelle Bedenken und Probleme: 3 ▪ Partnerschaftliche Gewalt: 2 ▪ Zugang zu gynäkologischen Praxen: 1
Einschränkungen	10	Keine Studie wirft einen umfassenden Blick auf die Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren.
Schlussfolgerungen	11	Es wurden ausschließlich Studien gefunden, die Teilaspekte des Themas betrachten. Zukünftige Studien sollten daher die Altersgruppe der 50-jährigen und älteren Frauen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung differenzierter untersuchen.
Finanzielle Unterstützung		
Finanzielle Unterstützung	12	Das Projekt Frauen 5.0 wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/50/Versorgungsforschung-Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf

Tabelle 2

Vollständige elektronische Suchstrategie in PubMed

	Suchstring	Artikelanzahl
Gynecology AND Family Practice OR General Medicine	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms])	431
Limits: Age: Middle Aged: 45-64 years OR Aged:65+ years OR 80 and over: 80+ years	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])	129
Limits: Sex Female	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]))	124
Anschluss: "Contraception"[Mesh] OR "Pregnancy"[MeSH]	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])) NOT ("Contraception"[Mesh] OR "Pregnancy"[Mesh])	104
NOT "Contraception"[Mesh] NOT "Pregnancy"[Mesh] NOT "Abortion, Induced"[Mesh] NOT "Contraceptive Devices"[Mesh]	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])) NOT "Contraception"[Mesh] NOT "Pregnancy"[Mesh] NOT "Abortion, Induced"[Mesh] NOT "Contraceptive Devices"[Mesh]	99

Flussdiagramm



Im Folgenden sind die für das Projekt „Frauen 5.0“ thematisch relevanten Studien aus PubMed und Google gelistet [1-97]

1. Corbelli J, Borrero S, Bonnema R et al. (2014) Use of the Gail model and breast cancer preventive therapy among three primary care specialties. *J Womens Health (Larchmt)* 23(9):746-752
2. Grobecker C, Krack-Roberg E, Pötzsch O et al. (2013) Bevölkerung und Demographie (Kapitel 1). In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg) Datenreport 2013 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, <https://www.wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2013> (Stand: 17.07.2019)
3. Canzler W (2013) Räumliche Mobilität und regionale Unterschiede (Kapitel 10) In: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg) Datenreport 2013 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, <https://www.wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2013> (Stand: 17.07.2019)
4. Statistisches Bundesamt (2012) Gesundheit im Alter
5. Cohen D, Coco A (2011) Trends in the provision of preventive women's health services by family physicians. *Fam Med* 43(3):166-171
6. Newton KM, Reed SD, Grothaus LC et al. (2010) Hormone therapy discontinuation: physician practices after the Women's Health Initiative. *Menopause* 17(4):734-740
7. Lakey SL, Reed SD, LaCroix AZ et al. (2010) Self-reported changes in providers' hormone therapy prescribing and counseling practices after the Women's Health Initiative. *J Womens Health (Larchmt)* 19(12):2175-2181
8. Gorey KM, Luginaah IN, Fung KY et al. (2010) Physician supply and breast cancer survival. *J Am Board Fam Med* 23(1):104-108
9. Apostol I, Baban A, Nicula F et al. (2010) Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2. *Tumori* 96(4):545-552
10. Spangler L, Reed SD, Nekhlyudov L et al. (2009) Provider attributes associated with hormone therapy prescribing frequency. *Menopause* 16(4):810-816
11. Guerra CE, Sherman M, Armstrong K (2009) Diffusion of breast cancer risk assessment in primary care. *J Am Board Fam Med* 22(3):272-279
12. Du Y, Schwarz S, Knopf H et al. (2009) Health correlates and mode of administration of hormones--are there any differences between parenteral and oral estrogen preparations? *Maturitas* 64(4):228-234
13. Lewis BG, Halm EA, Marcus SM et al. (2008) Preventive services use among women seen by gynecologists, general medical physicians, or both. *Obstet Gynecol* 111(4):945-952
14. Birkhauser MH, Reinecke I (2008) Current trends in hormone replacement therapy: perceptions and usage. *Climacteric* 11(3):192-200
15. Rolnick SJ, Jackson J, Kopher R et al. (2007) Provider management of menopause after the findings of the Women's Health Initiative. *Menopause* 14(3 Pt 1):441-449
16. Birmingham LF (2007) A reader and author respond to "Who best cares for the postmenopausal woman's comprehensive medical and health needs?". *MedGenMed* 9(4):4; author reply 4
17. Wallace AE, MacKenzie TA, Weeks WB (2006) Women's primary care providers and breast cancer screening: who's following the guidelines? *Am J Obstet Gynecol* 194(3):744-748
18. Holland-Barkis P, Forjuoh SN, Couchman GR et al. (2006) Primary care physicians' awareness and adherence to cervical cancer screening guidelines in Texas. *Prev Med* 42(2):140-145
19. Hemminki E, Sevon T, Tanninen K et al. (2006) Use of private gynaecologist does not relate to better prevention outcomes - an ecological analysis from Finland. *BMC Health Serv Res* 6:27
20. Castelo-Branco C, Ferrer J, Palacios S et al. (2006) The prescription of hormone replacement therapy in Spain: differences between general practitioners and gynaecologists. *Maturitas* 55(4):308-316

21. Papanicolaou S, Pons ME, Hampel C et al. (2005) Medical resource utilisation and cost of care for women seeking treatment for urinary incontinence in an outpatient setting. Examples from three countries participating in the PURE study. *Maturitas* 52 Suppl 2:S35-47
22. Legare F, Godin G, Ringa V et al. (2005) Variation in the psychosocial determinants of the intention to prescribe hormone therapy prior to the release of the Women's Health Initiative trial: a survey of general practitioners and gynaecologists in France and Quebec. *BMC Med Inform Decis Mak* 5:31
23. Jaffee KD, Epling JW, Grant W et al. (2005) Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *J Womens Health (Larchmt)* 14(8):713-720
24. Hemminki E, Karttunen T, Hovi SL et al. (2004) The drug industry and medical practice--the case of menopausal hormone therapy in Estonia. *Soc Sci Med* 58(1):89-97
25. Haggstrom DA, Phillips KA, Liang SY et al. (2004) Variation in screening mammography and Papanicolaou smear by primary care physician specialty and gatekeeper plan (United States). *Cancer Causes Control* 15(9):883-892
26. Sitterding HA, Adera T, Shields-Fobbs E (2003) Spouse/partner violence education as a predictor of screening practices among physicians. *J Contin Educ Health Prof* 23(1):54-63
27. Morrison J, Gillespie S, MacKenzie IZ (2003) 'Two week wait' standards for suspected gynaecological malignancy. On target, but missing the point? *J Br Menopause Soc* 9(4):170-172
28. Mace JM (2003) [Working tools for hospital planning: application to the hospital of Lagny sur Marne]. *Cah Sociol Demogr Med* 43(1):115-148
29. Levy BT, Ritchie JM, Smith E et al. (2003) Physician specialty is significantly associated with hormone replacement therapy use. *Obstet Gynecol* 101(1):114-122
30. Indrekvam S, Hunskaar S (2003) Home electrical stimulation for urinary incontinence: a study of the diffusion of a new technology. *Urology* 62(4 Suppl 1):24-30
31. Gill JM, Hoffman MK (2003) Prevention and treatment of osteoporosis in primary care offices. *J Womens Health (Larchmt)* 12(5):473-480
32. Goepel M, Hoffmann JA, Piro M et al. (2002) Prevalence and physician awareness of symptoms of urinary bladder dysfunction. *Eur Urol* 41(3):234-239
33. Brooks SE, Langenberg P, Baquet CR et al. (2002) Early detection and screening for ovarian cancer: does physician specialty matter? *J Assoc Acad Minor Phys* 13(3):69-75
34. Banger M (2002) Affective syndrome during perimenopause. *Maturitas* 41 Suppl 1:S13-18
35. Olsen ME, Kalbfleisch JH (2001) Sexual abuse knowledge base among residents in family practice, obstetrics/gynecology, and pediatrics. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 14(2):89-94
36. Gallagher TC, Geling O, Comite F (2001) Use of multiple providers for regular care and women's receipt of hormone replacement therapy counseling. *Med Care* 39(10):1086-1096
37. Easton A, Husten C, Malarcher A et al. (2001) Smoking cessation counseling by primary care women physicians: Women Physicians' Health Study. *Women Health* 32(4):77-91
38. Cornfeld M, Miller S, Ross E et al. (2001) Accuracy of cancer-risk assessment in primary care practice. *J Cancer Educ* 16(4):193-198
39. Sihvo S, Ahonen R, Mikander H et al. (2000) Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. *Fam Pract* 17(2):145-149
40. Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B et al. (2000) The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 49(3):229-232
41. Mignotte H, Le Goaziou MF, Nachury LP et al. (2000) [The "Action Woman Health" program in three Lyons suburbs]. *Sante Publique* 12 Spec No:45-58
42. Kightlinger RS (2000) Welcoming the menopausal woman to your practice. *Med Econ* 77(4):148-152, 155-146
43. Garnier A, Exbrayat C, Marron J et al. (2000) [Breast, cervical and colo-rectal simultaneous mass screening program for women 50 to 69 years old in Isere]. *Sante Publique* 12 Spec No:59-69

44. Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N et al. (2000) Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *J Am Board Fam Pract* 13(6):408-414
45. Rolnick SJ, Kopher RA, Compo RB et al. (1999) Provider attitudes and self-reported behaviors related to hormone replacement therapy. *Menopause* 6(3):257-263
46. Mouchamps E, Gaspard U (1999) [Inhibition of sexual desire associated with menopause]. *Rev Med Liege* 54(5):489-494
47. Himmel W, Ittner E, Kron M et al. (1999) Comparing women's views on family and sexual problems in family and gynecological practices. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 20(3):127-135
48. Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH et al. (1999) Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 17(1):62-72
49. Salvatore AJ, Urga PA, Caprarulo L et al. (1998) [The internist and ovarian cancer]. *Medicina (B Aires)* 58(5 Pt 1):458-462
50. Mignotte H, Perol D, Fontaniere B et al. (1998) [The role of the medical corps in a mass screening program for cervical cancer. The program "Female Health Action in 3 urban districts of Lyons]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 27(5):501-507
51. Lurie N, Margolis K, McGovern PG et al. (1998) Physician self-report of comfort and skill in providing preventive care to patients of the opposite sex. *Arch Fam Med* 7(2):134-137
52. Andersson K, Pedersen AT, Mattsson LA et al. (1998) Swedish gynecologists' and general practitioners' views on the climacteric period: knowledge, attitudes and management strategies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77(9):909-916
53. Suarez-Almazor M, Homik JE, Messina D et al. (1997) Attitudes and beliefs of family physicians and gynecologists in relation to the prevention and treatment of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 12(7):1100-1107
54. McFall S, Yerkes AM, Bernard M et al. (1997) Evaluation and treatment of urinary incontinence. Report of a physician survey. *Arch Fam Med* 6(2):114-119
55. Damiano PC, Momany ET, Willard JC et al. (1997) Factors affecting primary care physician participation in Medicare. *Med Care* 35(10):1008-1019
56. Mattsson LA, Stadberg E, Milsom I (1996) Management of hormone replacement therapy: the Swedish experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 64 Suppl:S3-5
57. Marwill SL, Freund KM, Barry PP (1996) Patient factors associated with breast cancer screening among older women. *J Am Geriatr Soc* 44(10):1210-1214
58. Crosignani PG (1996) Management of hormone replacement therapy: the Italian experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 64 Suppl:S13-15
59. Bartman BA, Clancy CM, Moy E et al. (1996) Cost differences among women's primary care physicians. *Health Aff (Millwood)* 15(4):177-182
60. van Heusden AM, Merkus HM, Euser R et al. (1994) A randomized, comparative study of a single oral dose of fluconazole versus a single topical dose of clotrimazole in the treatment of vaginal candidosis among general practitioners and gynaecologists. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 55(2):123-127
61. Taplin SH, Taylor V, Montano D et al. (1994) Specialty differences and the ordering of screening mammography by primary care physicians. *J Am Board Fam Pract* 7(5):375-386
62. Njah M, Hergli R, Gloulou J et al. (1994) [Knowledge, attitude and behavior of Tunisian women apropos of gynecological cancers]. *Soz Praventivmed* 39(5):280-286
63. Wahrendorf J, Robra BP, Wiebelt H et al. (1993) Effectiveness of colorectal cancer screening: results from a population-based case-control evaluation in Saarland, Germany. *Eur J Cancer Prev* 2(3):221-227
64. Hemminki E, Topo P, Malin M et al. (1993) Physicians' views on hormone therapy around and after menopause. *Maturitas* 16(3):163-173
65. Weinberger M, Saunders AF, Samsa GP et al. (1991) Breast cancer screening in older women: practices and barriers reported by primary care physicians. *J Am Geriatr Soc* 39(1):22-29

66. Sandvik H, Hunskar S, Eriksen BC (1991) [Study and treatment of urinary incontinence in women. A case load based study by general practitioners and gynecologists]. Tidsskr Nor Laegeforen 111(16):1957-1959
67. Borgen PI, Hayes DH, McKinnon WM et al. (1991) Patterns of utilization of mammography comparison by physician specialties in 6,000 consecutive mammograms. Am Surg 57(1):8-13
68. Patton DD, Bodtke S, Horner RD (1990) Patient perceptions of the need for chaperones during pelvic exams. Fam Med 22(3):215-218
69. Murata PJ, Kane RL (1989) Who is the family doctor? Relating primary care to family care. J Fam Pract 29(3):299-304
70. Teitelbaum MA, Weisman CS, Klassen AC et al. (1988) Pap testing intervals. Specialty differences in physicians' recommendations in relation to women's pap testing behavior. Med Care 26(6):607-618
71. Pasley BH, Standfast SJ, Katz SH (1984) Prescribing estrogen during menopause: physician survey of practices in 1974 and 1981. Public Health Rep 99(4):424-429
72. Burkons DM, Willson JR (1975) Is the obstetrician-gynecologist a specialist or primary physician to women? Am J Obstet Gynecol 121(6):808-816
73. Pauli HK, Frick V (1969) [The effect of social characteristics of female patients on the concept of gynecologists and on the attitude towards abdominal examination]. Geburtshilfe Frauenheilkd 29(5):449-455
74. Bakun OV, Karatieieva SY, Semenenko SB et al. (2018) Obstetric and gynecological care by family doctors in ukraine: literature review. Wiad Lek 71(2 pt 2):398-402
75. Fidjeland HL, Brekke M, Stokstad T et al. (2018) Gynecological cancer patients' attitudes toward follow-up care after cancer treatment: Do preferences reflect patients' experience? A cross-sectional questionnaire study. Acta Obstet Gynecol Scand 97(11):1325-1331
76. Kurt A, Kincaid HM, Curtis C et al. (2017) Factors Influencing Participation in Clinical Trials: Emergency Medicine vs. Other Specialties. West J Emerg Med 18(5):846-855
77. Simon AE, Uddin SFG (2017) Trends in Seeing an Obstetrician-Gynecologist Compared With a General Physician Among U.S. Women, 2000-2015. Obstet Gynecol 130(4):677-683
78. Jacob L, Bleicher L, Kostev K et al. (2016) Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. J Cancer Res Clin Oncol 142(2):447-452
79. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR (2014) Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_40105_40106_2.pdf (Stand: 03.07.2019)
80. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR (2015) Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte): HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen. Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf (Stand: 03.07.2019)
81. Bauer J, Groneberg DA (2017) Zugang zu gynäkologischen Praxen in Deutschland – Eine Analyse der räumlichen Zugänglichkeit https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/81/VA-81-ZugangGynPrax-Bericht-V2.pdf (Stand: 03.07.2019)
82. Etgeton S (2015) Ärztedichte. Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Spotlight_Gesundheit_Thema_Aerztedichte_03-2015.pdf (Stand: 03.07.2019)
83. Grote-Westrick M, Zich K, Klemperer D et al. (2015) Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. <https://www.bertelsmann->

- [stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Regionale_Unterschiede_2015.pdf](https://www.stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Regionale_Unterschiede_2015.pdf) (Stand: 03.07.2019)
84. Heuer J (2018) Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Projekte/Zi-ADT-Panel_50_haeufigsten_Schluesselnummern.pdf (Stand: 03.07.2019)
85. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2017) Die 100 häufigsten ICD-10-Schlüssel und Kurztex te (nach Fachgruppen). https://www.kvno.de/downloads/verordnungen/100icd_17-1.pdf (Stand: 03.07.2019)
86. Kerek-Bodden H, Altenhofen L, Brenner G et al. (2010) Inanspruchnahme der Früherkennung auf Zervixkarzinom in den Jahren 2002–2004. Eine Untersuchung auf der Basis von Sekundärdaten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Zervixkarzinom.pdf (Stand: 03.07.2019)
87. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Anhalt (2012) Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlichen Internisten. https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnostikstatistiken/20120913_Report_Allgem_20113.pdf (Stand: 03.07.2019)
88. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Anhalt (2017) Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Allgemeinmediziner, praktischen Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlichen Internisten. https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Content/Praxis/Verordnung/Report_Allgem_20171.pdf (Stand: 03.07.2019)
89. Nolting H-D, Zich K, Deckenbach B et al. (2011) Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Regionale_Unterschiede.pdf (Stand: 03.07.2019)
90. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):88-94
91. 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). Bundesgesundheitsblatt 56(5-6):832-844
92. Rieser S (2005) Arzt-Inanspruchnahme: Teure Bindung. Deutsches Ärzteblatt 102(16):A-1096
93. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verändert? Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
94. Schliwen A (2015) Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich. <https://www.peterlang.com/view/title/18714> (Stand: 03.07.2019)
95. Schmacke N (2013) Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), https://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPP_Schriften/ipp_schriften11.pdf (Stand: 03.07.2019)
96. Siegert M, Leidinger E, Pitzius O et al. (2009/2010) Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_09-10.pdf (Stand: 03.07.2019)

97. Weidner K, Brähler E (2004) Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung bei Frauen in Ost- und Westdeutschland. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 62(2):140-146

Anlage 2_Entwickelte Fragebögen Frauen 5.0 HÄ und Gyn

7017313215

Meinungsumfrage Hausärztinnen/Hausärzte - Projekt "Frauen 5.0" 2018 © L. Dini et al., Institut für Allgemeinmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin

1. Wie schätzen Sie die Sicherstellung der gynäkologischen Versorgung von Frauen über 49 Jahren in Ihrer Region in der Zukunft ein?

- gesichert bedroht weiß nicht

2. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an.

19

3. Sie sind Arzt Ärztin

4. Wann und wo haben Sie Ihren Facharztitel erworben?

im Jahr

in Deutschland, Bundesland _____

EU-Ausland Nicht-EU-Ausland

5. Auf welchem Gebiet haben Sie Ihren Abschluss erworben?

- FA für Allgemeinmedizin Praktischer Arzt
 FA für Innere Medizin anderer FA _____

6. Waren Sie während Ihrer Weiterbildung in der gynäkologischen Versorgung tätig?

- nein ja, mit folgenden Inhalten _____
- ambulant
 - ___ Monate in einer Hausarztpraxis
 - ___ Monate in einer gynäkologischen Praxis
 - stationär ___ Monate

7. Führen Sie eine Zusatzbezeichnung?

- nein ja, welche?
- Medikamentöse Tumorthherapie
 - Fachkunde Ultraschall
 - andere _____

8. Wie lauten die ersten 3 Ziffern der PLZ Ihrer Praxis und das Kfz-Kennzeichen Ihrer Praxis?

PLZ3

Kfz

9. Wie schätzen Sie die Region Ihrer Praxis ein?

- eher städtisch eher vorstädtisch eher ländlich

10. Seit welchem Jahr arbeiten Sie in dieser Region?

11. Wo sind Sie momentan beschäftigt?

- Einzelpraxis
 Praxismgemeinschaft
 Berufsausübungsgemeinschaft / Gemeinschaftspraxis
 MVZ

12. Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsbelastung ein?

- sehr hoch eher gering
 hoch gering
 angemessen weiß nicht

13. Wie schätzen Sie die Zusammensetzung der von Ihnen betreuten Patientinnen nach Alter ein? (Summe = 100 %)

unter 50 Jahren % 50 bis 64 Jahre %

65 bis 74 Jahre % 75 Jahre + %

Betreuen Sie Frauen in Pflegeheimen? nein ja

14. Sind Sie angestellt?

- nein (Bitte weiter mit Frage 15.) ja

a. Seit wann sind Sie in der jetzigen Praxis angestellt? seit (Jahr)

b. Möchten Sie sich in den nächsten Jahren niederlassen?

- ja vielleicht nein weiß nicht

c. Waren Sie früher niedergelassen? ja nein

15. Sind Sie niedergelassen?

- ja nein (Bitte weiter mit Frage 16.)

a. Seit wann sind Sie in der jetzigen Praxis niedergelassen? seit (Jahr)

b. Beschäftigen Sie angestellte Ärztinnen/Ärzte und/oder Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung (ÄiW)? (Wenn ja, bitte die Anzahl angeben.)

- ja, ___ Ärztinnen/Ärzte, ___ ÄiW nein

c. Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen sind in etwa in der GKV versichert? %

d. Haben Sie die Absicht, die Praxis in den nächsten zehn Jahren abzugeben?

- nein
 kann ich nicht einschätzen
 ja, in etwa 5 J. oder eher in etwa 5-10 J.

Suchen Sie zurzeit eine Nachfolge?

- nein ich suche (noch) nicht
 ich habe eine/n Nachfolger/in gefunden
- ja seit weniger als einem Jahr
 seit mehr als einem Jahr

e. Wie viele GKV-Krankenscheine haben Sie 2017 im Durchschnitt pro Quartal persönlich abgerechnet?

- unter 400 1.000 bis 1.199
 400 bis 599 1.200 bis 1.399
 600 bis 799 1.400 bis 1.599
 800 bis 999 1.600 und mehr

f. Sind Sie mit dem wirtschaftlichen Ergebnis Ihrer Praxis zufrieden?

- ja teils/teils nein weiß nicht

g. In wie vielen Quartalen haben Sie 2017 Ihr Budget (Regelleistungsvolumen) überschritten?

- 0 1 2 3 4 weiß nicht / keine Angabe

h. Rechnen Sie Leistungen der gynäkologischen Versorgung ab und/oder haben Sie das bereits vor 2002 getan?

- nein ja ja, bereits vor 2002

16. Wie schätzen Sie die örtliche Erreichbarkeit Ihrer Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln ein?

- sehr gut schlecht
 gut sehr schlecht
 teils/teils weiß nicht

17. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche ...

a. mit direktem Patientenkontakt (in der Praxis, bei Haus- und Heimbisuchen)? Std./Woche

b. ohne direkten Patientenkontakt (Befunde, Gutachten, Administration)? Std./Woche

18. Hat Ihre Praxis gegenwärtig die Kapazität, neue Patientinnen aufzunehmen?

- ja nein weiß nicht

19. Wie sind zurzeit die durchschnittlichen Wartezeiten Ihrer GKV-Versicherten bei akuten Beschwerden? (Bitte schätzen Sie.)

	bei gyn. Praxen Ihrer Region		in Ihrer Praxis	
	neue Pat.	Bestands-Pat.	neue Pat.	Bestands-Pat.
sofort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-2 Werktage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bis 1 Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 1 Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zurzeit keine Terminvergabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verweis an ambulante Kollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verweis an Notfallambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. Wie schätzen Sie die Sicherstellung der gynäkologischen Versorgung von Frauen über 49 Jahren in Ihrer Region in der Zukunft ein?

gesichert bedroht weiß nicht

2. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an.

19

3. Sie sind Arzt Ärztin

4. Wann und wo haben Sie Ihren Facharztitel erworben?

im Jahr

in Deutschland, Bundesland _____

Ausland: EU Nicht-EU

5. Waren Sie während Ihrer Weiterbildung in der allgemeinmedizinischen Versorgung tätig?

nein ja, _____ Monate

6. Führen Sie eine Zusatzbezeichnung?

nein ja, welche?

- Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Gyn. Onkologie
- Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
- Gyn. Exfoliativ-Zytologie
- Medikamentöse Tumortherapie
- andere _____

7. Führen Sie Mammasonografien durch? nein ja

8. Wie lauten die ersten 3 Ziffern der PLZ Ihrer Praxis und das Kfz-Kennzeichen Ihrer Praxis?

PLZ3

Kfz

9. Wie schätzen Sie die Region Ihrer Praxis ein?

eher städtisch eher vorstädtisch eher ländlich

10. Seit welchem Jahr arbeiten Sie in dieser Region?

11. Wo sind Sie momentan beschäftigt?

- Einzelpraxis
- Praxismgemeinschaft
- Berufsausübungsgemeinschaft / Gemeinschaftspraxis
- MVZ

12. Wie schätzen Sie Ihre Arbeitsbelastung ein?

- sehr hoch eher gering
- hoch gering
- angemessen weiß nicht

13. Wie schätzen Sie die Zusammensetzung der von Ihnen betreuten Patientinnen nach Alter ein? (Summe = 100 %)

unter 50 Jahren % 50 bis 64 Jahre %

65 bis 74 Jahre % 75 Jahre + %

Betreuen Sie Frauen in Pflegeheimen? nein ja

14. Sind Sie angestellt?

nein (Bitte weiter mit Frage 15.) ja

a. Seit wann sind Sie in der jetzigen Praxis angestellt? seit (Jahr)

b. Möchten Sie sich in den nächsten Jahren niederlassen?

ja vielleicht nein weiß nicht

c. Waren Sie früher niedergelassen? ja nein

15. Sind Sie niedergelassen?

ja nein (Bitte weiter mit Frage 16.)

a. Seit wann sind Sie in der jetzigen Praxis niedergelassen? seit (Jahr)

b. Beschäftigen Sie angestellte Ärztinnen/Ärzte und/oder Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung (ÄiW)? (Wenn ja, bitte die Anzahl angeben.)

ja, _____ Ärztinnen/Ärzte, _____ ÄiW nein

c. Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen sind in etwa in der GKV versichert? %

d. Haben Sie die Absicht, die Praxis in den nächsten zehn Jahren abzugeben?

- nein
- kann ich nicht einschätzen
- ja, in etwa 5 J. oder eher in etwa 5-10 J.

Suchen Sie zurzeit eine Nachfolge?

- nein ich suche (noch) nicht
- ich habe eine/n Nachfolger/in gefunden
- ja seit weniger als einem Jahr
- seit mehr als einem Jahr

e. Wie viele GKV-Krankenscheine haben Sie 2017 im Durchschnitt pro Quartal persönlich abgerechnet?

unter 400 1.000 bis 1.199

400 bis 599 1.200 bis 1.399

600 bis 799 1.400 bis 1.599

800 bis 999 1.600 und mehr

f. Sind Sie mit dem wirtschaftlichen Ergebnis Ihrer Praxis zufrieden?

ja teils/teils nein weiß nicht

g. In wie vielen Quartalen haben Sie 2017 Ihr Budget (Regelleistungsvolumen) überschritten?

0 1 2 3 4 weiß nicht / keine Angabe

16. Wie schätzen Sie die örtliche Erreichbarkeit Ihrer Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln ein?

- sehr gut schlecht
- gut sehr schlecht
- teils/teils weiß nicht

17. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche ...

a. mit direktem Patientenkontakt (in der Praxis, bei Haus- und Heimbisuchen)? Std./Woche

b. ohne direkten Patientenkontakt (Befunde, Gutachten, Administration)? Std./Woche

18. Hat Ihre Praxis gegenwärtig die Kapazität, neue Patientinnen aufzunehmen?

ja nein weiß nicht

19. Wie sind zurzeit die durchschnittlichen Wartezeiten Ihrer GKV-Versicherten bei akuten Beschwerden? (Bitte schätzen Sie.)

	Anfrage Patientin		Anfrage Hausärzte	
	neue Pat.	Bestands-Pat.	neue Pat.	Bestands-Pat.
sofort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-2 Werktage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bis 1 Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 1 Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zurzeit keine Terminvergabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verweis an ambulante Kollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verweis an Notfallambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vorstellung (Interviewerin / richtige Person am Telefon)

- **Guten Tag! Mein Name ist ... von der Charité aus dem Projekt „Frauen 5.0“.**
- Haben wir beide jetzt den Termin für das Interview?
- *(alternativ: Oder war es jemand anderes aus Ihrem Haushalt? Könnte ich mit ihr reden?)*
- **Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben. Ihr Beitrag ist uns sehr wichtig und wir freuen uns sehr über Ihre Teilnahme.**
- **Wie sie bereits wissen, werde ich Ihre Daten vertraulich behandeln.**

Ankündigung Aufnahme: Datenschutz & Einwilligung

- Wie bereits besprochen, werden wir das Interview heute aufnehmen. **Sind Sie einverstanden?**
(Antwort abwarten!)
- **Ich schalte das Aufnahmegerät jetzt ein.**

Aufnahme starten!

Datenschutz + Zustimmung einholen

Bevor wir in das Interview einsteigen, benötige ich noch einmal Ihr Einverständnis auf Tonband.

- Wenn Sie mit der folgenden Aussage einverstanden sind, **sagen Sie bitte: Ja**
- **Nehmen Sie an diesem Interview für die Studie „Frauen 5.0“ freiwillig teil?**
(Antwort abwarten!)

- Ich lese Ihnen jetzt einen Text zur Einwilligung vor. Wenn Sie alles **verstanden haben und dem zustimmen**, dann **antworten Sie bitte mit „Ja, ich stimme zu“**
- **Sie wurden mündlich und schriftlich über die Studie, die freiwillige Teilnahme sowie über die Einhaltung des Datenschutzes informiert. Sie hatten ausreichend Gelegenheit und Zeit, Ihre Fragen mit einer Projektmitarbeiterin zu klären. Sie willigen der Verarbeitung der in diesem Interview erhobenen Daten ein.**
(Antwort abwarten!)

- Vielen Dank!
- ➔ **Heute ist der XX.XX.2018**

Das Projekt „Frauen 5.0“ untersucht die frauenärztliche Versorgung von Frauen über 49 Jahren. Unser Ziel ist es, die Situation in Ihrer Region zu erfassen. Dazu sind Ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen gefragt. Ich stelle Ihnen gleich Fragen und Sie dürfen frei erzählen, was Ihnen dazu einfällt. Es gibt keine falschen oder schlechten Antworten. Sollten Sie etwas nicht verstehen, geben Sie mir bitte einfach Bescheid.

Haben Sie Fragen zum Ablauf? *(Antwort abwarten, bei Bedarf beantworten)* Nun starten wir das Interview.

Zunächst möchte ich gerne etwas Ihren Landkreis/Ihren Bezirk erfahren.

Themenblock A: Region / frauenärztliche Versorgung vor Ort		
Thema	Erzählgenerierende Frage	Nachfragen
Regionale Unterschiede in der Versorgung	In welchem Landkreis / Bezirk wohnen Sie? Wie würden Sie ihn beschreiben? /	Einwohner (eher städtisch/ländlich)?, Infrastruktur? Was zeichnet Region aus?
	Und in Bezug auf die ärztliche Versorgung?	Was heißt für Sie gut/schlecht versorgt? Woran erkennen Sie das? Und wie wird das von Freunden/ihrer Familie wahrgenommen?
Patientin in frauenärztlicher/hausärztlicher Betreuung?	Haben Sie eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt? Aus welchen Gründen haben Sie sich für diesen entschieden?	Wie lange sind Sie schon bei ihr/ihm? Haben Sie vor, bei Ihrem Frauenarzt zu bleiben? Mussten Sie Ihren Frauenarzt oder Ihre Frauenärztin schon einmal wechseln ? Wie kam es dazu? Was war Ihnen dabei wichtig? War das Geschlecht des Frauenarztes von Bedeutung?
	Wie häufig gehen Sie zum Frauenarzt?	
Individuelle Notwendigkeiten und Bedürfnisse	Wann waren Sie das letzte Mal dort? Wie war der letzte Besuch?	Ablauf? Was wurde gemacht? Haben Sie derzeit Beschwerden oder Beratungsbedarf? Wie gehen Sie damit um?
	Haben Sie einen Hausarzt? (Häufigkeit & letzter Besuch?)	
	Wie kommt es, dass Sie „nicht mehr“ zum Frauenarzt gehen? Werden Ihre Fragen oder Anliegen von jemand anderes versorgt? Haben Sie es beim HA versucht?	→kein Bedarf, keine Termine erhalten, Alternativen An wen wenden Sie sich? alternative Versorgung (Hausmittel, Heilpraktiker, Freunde) Würden Sie zum Hausarzt gehen?

Nun geht es um Frauengesundheit.

Themenblock B: Frauengesundheit / gesundheitlicher Zustand der Interviewten		
Thema	Erzählgenerierende Frage	Nachfragen
Was wird unter Frauengesundheit verstanden / Beratungsanlässe	<p>Was fällt Ihnen ein, wenn Sie den Begriff „Frauengesundheit“ hören?</p> <p>Aus welchen Gründen gehen Sie zum Frauenarzt? / Aus welchen Gründen <u>würden</u> Sie zum Frauenarzt gehen?</p> <p>Sie können gerne anhand von Beispielen erzählen!</p>	<p>Was verstehen Sie darunter?</p> <p>Welche Fachgruppen kümmert sich um Frauengesundheit?</p> <p>→z.B. Früherkennung, Wechseljahre, Harninkontinenz, Hormontherapie, etc.</p> <p>Wie entscheiden Sie, dass das Anlässe für einen Frauenarzt sind? (subjektive Kriterien?)</p> <p>Überweisung / Einbestellung vom Gyn. / Nachsorge nach Klinikaufenthalt?</p> <p>Alternativ: Wann gehen Sie zum Gyn und wann zum HA?</p> <p>Waren Sie schon beim Mammografie-Screening? Wann das letzte Mal? Wie war das?</p>

Nun interessiert mich, wie Sie an Ihre Termine kommen.

Themenblock C: Zugänglichkeit		
Thema	Erzählgenerierende Frage	Nachfragen
Termin erhalten	<p>Was machen Sie, um einen Termin beim Frauenarzt zu bekommen?</p> <p>Wie war das bei Ihrem letzten Besuch?</p> <p>Wie ging es dann weiter?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Worauf achten Sie? Z.B. Öffnungszeiten (Vereinbarkeit mit Ihrer Arbeiten / anderen Terminen) - Wartezeiten (auf einen Termin) <p>Und bei akuten Beschwerden? Bzw. Und wenn Sie einen Termin vereinbaren?</p> <p>Was machen Sie, wenn Sie keinen schnellen Termin erhalten?</p>
	<p>Was haben Sie (das letzte Mal) unternommen, um einen Termin beim Frauenarzt zu erhalten?</p>	<p>Was würden Sie aktuell bei akuten Beschwerden (z.B. Juckreiz) tun?</p> <p>Haben Sie einen Hausarzt? Termine?</p> <p>Kennen Sie den Terminservice der KV oder Kassen?</p>
(individuelle Barrieren)	<p>Kommt es vor, dass Sie Arzt-Termine hinauszögern?</p> <p>Kommt es vor, dass wenn Sie einen Termin haben, Sie diesen verschieben?</p>	<p>Wie kommt es dazu? Welche Hindernisse oder Ängste empfinden Sie dabei?</p> <p>Würden Ihnen kurzfristige Terminerinnerungen helfen?</p>
Überbrückungszeit (Selbsthilfe?)	<p>Was machen Sie in der Zwischenzeit, also von der Terminvereinbarung bis zum Termin?</p>	<p>Inwiefern beschäftigt Sie der Arzttermin/ ein Problem/ ein Anlass? (Erzählen Sie ruhig anhand von Beispielen zur Frauengesundheit!) (konsultieren Sie den HÄ?)</p>
(geplante) Zeit in der Arztpraxis	<p>Was schätzen Sie, wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in der Frauenarzt-Praxis?</p>	<p>Und konkret mit den Arzthelfern und Arzthelferinnen?</p> <p>Im Wartebereiche? Mit dem Arzt?</p>
	<p>Was schätzen Sie, wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in der Hausarzt-Praxis?</p>	<p>Und konkret mit den Arzthelfern und Arzthelferinnen?</p> <p>Im Wartebereiche? Mit dem Arzt?</p>

Jetzt geht es um Ihre Meinung zur frauenärztlichen Versorgung.

Themenblock D: Zufriedenheit & Optimierungsbedarf		
Thema	Erzählgenerierende Frage	Nachfragen
Unmet needs	Ist es Ihnen möglich, alle Fragen, die Sie haben beim Frauenarzt zu klären? Wie kommt das? Und wie ist das bei Ihrem HA?	Manchmal passiert es ja auch, dass einem erst, wenn man wieder am Empfang oder zuhause ist, wieder eine wichtige Frage einfällt... Wie gehen Sie damit um?
	Gibt es Fragen der Frauengesundheit, die Sie mit Ihren Ärzten bisher nicht klären konnten? Woran liegt das?	Welche?
Zufriedenheit	Was genau finden Sie gut an der frauenärztlichen Versorgung / Betreuung? Wo sehen Sie Probleme?	In der Praxis/bei Ihrem Frauenarzt? In der Region? Haben Sie Vorschläge, wie man das verbessern könnte?
Einschätzungen / Bewertungen zur eigenen (gynäkologischen) Versorgung [unmet needs]	Sind Ihnen allgemein in der letzten Zeit Veränderungen in den Arztpraxen aufgefallen? Können Sie die beschreiben?	Wie stehen Sie dazu? Zeitraum: 10-15 Jahre → Ist die Praxis voller? Schwieriger Termin zu bekommen? Weniger Personal? Häufige Arztwechsel?

Als nächstes interessiert mich, wie Sie die Zusammenarbeit von HÄ und Gyn erleben.

Themenblock E: Modellversorgung		
Thema	Erzählgenerierende Frage	Nachfragen
Zusammenarbeit HÄ & Gyn	Wie sieht es mit Überweisungen zwischen Hausarzt und Frauenarzt aus?	Ist das schon einmal vorgekommen? Wie war das? Wurden Sie vom Hausarzt schon einmal zum Frauenarzt überwiesen? Und umgekehrt? Nehmen Sie auch Befunde für den anderen Arzt mit?
	Inwiefern ist Ihr Hausarzt über Ihre Frauengesundheit oder gynäkologischen Belange informiert?	Unterhalten Sie sich mit Ihrem Hausarzt auch über sexuelle Gesundheit? (Anamnese-Gespräche) Weist Ihr Hausarzt Sie auf gynäkologische Untersuchungen hin? Kam das vor?

Zusammenarbeit HÄ & Gyn (cont.)	Wie stehen Sie dazu, wenn Ihr Hausarzt Sie auf Ihre gynäkologische Belange oder Sexualität anspricht/ansprechen würde?	Mussten Sie selber das Thema ansprechen?
	Gibt es Themen, die Sie <u>nur mit Ihrem/einem Frauenarzt</u> besprechen <u>wollen/würden</u>? Welche?	Woran liegt das?
Anlässe und Zuständigkeiten	Gibt es Beratungsanlässe, die Sie ausschließlich <u>mit Ihrem Hausarzt</u> und keinem anderem Facharzt besprechen wollen? Welche wären das?	Wie kommt es dazu? →z.B. Harninkontinenz, Rückenschmerzen, Impfungen oder das Einholen von Wiederholungsrezepten
	Gibt es hausärztliche Untersuchungen oder Anlässe, die Sie auch oder lieber <u>beim Frauenarzt</u> erledigen möchten? Welche?	
	Wäre es für Sie in Ordnung, wenn sich Ihr/e Frauenarzt/in mit Ihrem/r Hausarzt/in über Ihre medizinische Versorgung austauscht?	In allen Fällen? Wann nicht? Oder wissen Sie, ob sich HA & Gyn bereits austauschen?
Bereitschaft Teilnahme Modellprojekt		

Bisher ging es bei diesem Interview um Ihre Erfahrungen und Meinungen zu Ihrer aktuellen frauenärztlichen Versorgungssituation.

Im Projekt „Frauen 5.0“ haben wir rausgefunden, dass es in einigen Regionen Engpässe bei der Versorgung von Frauen über 49 Jahren gibt. Deswegen wollen wir ein Pilotprojekt ins Leben rufen, bei dem HÄ und Gyn eng zusammenarbeiten. Für den Fall, dass dieses Projekt in Ihrer Region stattfindet – würden Sie daran teilnehmen?

(Auf Nachfrage erläutern: → z. B. Wenn Sie bei dem HÄ sind, könnten Sie z.B. schon eine Frauen-Gesundheitsuntersuchung machen lassen, im Sinne eines „Check-up für Frauen 50+“ Dabei würde z. B. der HA Aufgaben übernehmen, für die sie sonst zum Gyn machen würde (z. B Brustuntersuchung).

(Auf Nachfrage)→ z.B. In England gibt es HÄ, die sich auch um gyn. Versorgung kümmern. Könnten sie sich vorstellen, die HA Praxis als erste Anlaufstelle für Fragen zur Frauengesundheit zu nutzen?

Szenario: **Ich habe eine Liste mit verschiedenen Anlässen vorbereitet. Normalerweise geht man damit zum Frauenarzt. Stellen Sie sich jetzt vor, dass es in Ihrer Region keine Termine beim Frauenarzt gibt. Sie haben nun etwas und wollen es schnell abklären: Was würden Sie tun, wenn Sie ... (Anlass einsetzen) hätten?** (Antwort abwarten). **(Und bei...)**

Nachfrage: Würden Sie auch zu Ihrem Hausarzt gehen, wenn er eine entsprechende Zertifizierung hätte? [Unter welchen Bedingungen wäre der HA dafür ein Ansprechpartner?]

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Unterleibsscherzen <input type="radio"/> Ungewöhnliche Blutungen <input type="radio"/> Wechseljahresbeschwerden, z.B. Hitzewallungen <input type="radio"/> Vaginaler Ausfluss <input type="radio"/> Juckreiz, Ausschlag <input type="radio"/> Verdacht auf sexuell übertragbare Erkrankungen <input type="radio"/> Sexuelle Gewalt <input type="radio"/> Harninkontinenz <input type="radio"/> Osteoporose 	<p>Krebs-Vorsorge / Nachsorge z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tastuntersuchung der Brust <input type="radio"/> Ultraschall, z.B. der Brust, der Eierstöcke <input type="radio"/> Gynäkologische Untersuchung <input type="radio"/> Abstrich 	<p>Allgemeines</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Wiederholungsrezepte für Hormontherapie <input type="radio"/> Fragen zur sexuellen Gesundheit <input type="radio"/> Beratung zu Sexualität / Partnerschaft <input type="radio"/> Nachbesprechung Mammographie und Ergebnisse oder Therapien...
--	---	--

Stellen Sie sich vor, Sie könnten die Versorgung für Frauen 50+ frei gestalten, wie würde Ihre Traumversorgung aussehen? Was wäre Ihnen wichtig?

Damit ich nun alle Ihre Aussagen in den richtigen Zusammenhang stellen kann, benötige ich zum Abschluss noch einige kurze Angaben von Ihnen.

Kurze Angaben zu Ihrer Person

- Wie lange wohnen Sie schon in Ihrer Region? _____
- Wie weit entfernt ist Ihre / die nächste Frauenarztpraxis? (Entfernungsangabe? / Fahrzeit mit welchen Verkehrsmittel?) _____
- Wie weit entfernt liegt Ihre/die nächste Hausarztpraxis? (Entfernungsangabe? / Fahrzeit mit welchen Verkehrsmittel?) _____
- Wie oft waren Sie im letzten Jahr beim Hausarzt (geschätzt)? _____
- Wie oft waren Sie im letzten Jahr beim Frauenarzt (geschätzt)? _____
- Sind Sie gesetzlich versichert? _____

- Kennen Sie den Terminservice von der KV oder den Kassen? _____
- Kennen Sie den KV-Bereitschaftsdienst? _____
- Kennen Sie die Krebsfrüherkennungsuntersuchung bzw. die Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“? _____

Abschluss des Interviews

Liegt Ihnen noch etwas auf dem Herzen, was Sie ergänzen möchten?

Abwarten, ob der Interviewten noch etwas einfällt!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Sie haben uns sehr geholfen.

Diktiergerät ausschalten!

Weiteres Vorgehen, damit Sie Ihre Aufwandentschädigung erhalten: Mit dem Codewort: **Sommer2018** melden Sie sich nun bei Frau Krause unter (TEL.: 030 450 514 082) oder per E-Mail. Sie wird die Überweisung der Aufwandentschädigung veranlassen.



JUNI 2020
AUSGABE **2**

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of Health Monitoring

**Gesundheit und Versorgung von Frauen
ab 50 Jahren – Ergebnisse des Forschungsprojekts
„Frauen 5.0“**

Gesundheit und Versorgung von Frauen ab 50 Jahren – Ergebnisse des Forschungsprojekts „Frauen 5.0“

- 3 *Focus* Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren
- 15 *Focus* Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren
- 27 *Fact sheet* Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland
- 36 *Fact sheet* Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte

Journal of Health Monitoring · 2020 5(2)
DOI 10.25646/6061
Robert Koch-Institut, Berlin

Laura Krause¹, Lorena Dini², Franziska Prütz¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

² Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Allgemeinmedizin

Eingereicht: 03.04.2020
Akzeptiert: 03.06.2020
Veröffentlicht: 30.06.2020

Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren

Abstract

In der Wahrnehmung der gynäkologischen Versorgung steht häufig die reproduktive Gesundheit im Vordergrund. Mit dem Ende der reproduktiven Phase gewinnen jedoch andere Gründe für die gynäkologische Inanspruchnahme an Bedeutung. Im vorliegenden Beitrag werden Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren dargestellt. Datengrundlage sind die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des Robert Koch-Instituts sowie die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Jahr 2016. Die Daten der DEGS1-Studie weisen auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Wechseljahresbeschwerden als wichtige mögliche Gründe für eine gynäkologische Inanspruchnahme hin. Demnach nahmen 65,0% der 50- bis 79-jährigen Frauen innerhalb von zwölf Monaten eine Tastuntersuchung der Brust in Anspruch, 58,0% einen Zellastrich vom Gebärmutterhals (Pap-Abstrich). 47,2% der Frauen hatten ihre letzte Regelblutung mit 50 Jahren oder später. Nach KV-Daten wurden Wechseljahresbeschwerden (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, ICD-10: N95) mit 45,3% der Fälle und diagnostische Verfahren zur Erkennung von Tumorerkrankungen (ICD-10: Z12) mit 33,1% der Fälle am häufigsten abgerechnet. Insgesamt ergibt sich ein Bild der Beratungs- und Behandlungsanlässe von Frauen ab 50 Jahren, die auch bei der Versorgungsplanung und -gestaltung berücksichtigt werden sollten.

📍 GYNÄKOLOGIE · BEHANDLUNGSANLÄSSE · AMBULANTE VERSORGUNG · ÄLTERE FRAUEN · DEUTSCHLAND

1. Einleitung

In der öffentlichen und wissenschaftlichen Wahrnehmung der gynäkologischen Versorgung steht häufig die reproduktive Gesundheit mit den Themen Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt im Vordergrund [1]. Mit dem Ende der reproduktiven Phase verändern sich, auch aufgrund der hormonellen Umstellung in den Wechseljahren, die Beratungs- und Behandlungsanlässe in der ambulanten

gynäkologischen Versorgung [2–4]. So nehmen die Neuerkrankungsraten an Brustkrebs und Gebärmutterkörperkrebs mit dem Alter zu und nach den Wechseljahren treten zum Beispiel Harninkontinenz, Osteoporose und Gebärmutter-senkung häufiger auf [5, 6]. Aufgrund einiger Erkrankungen können Operationen notwendig sein, die eine ambulante ärztliche Nachbetreuung erfordern [7–9]. Aus präventiver Sicht kommt somit der Krebsfrüherkennung in der gynäkologischen Praxis eine große Bedeutung zu [10].

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

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden für Frauen bestimmter Altersgruppen als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten. Im Januar 2020 wurde die Früherkennung an Gebärmutterhalskrebs von einem opportunistischen Screeningangebot auf ein organisiertes Screening-Programm umgestellt. Dieses umfasst jährlich einen Abstrich am Gebärmutterhals (Frauen von 20 bis 34 Jahren) beziehungsweise alle drei Jahre einen Abstrich am Gebärmutterhals und Test auf Humane Papillomviren (ab 35 Jahren). Zur Früherkennung von Brustkrebs wird Frauen ab 30 Jahren jährlich das Abtasten der Brust sowie Frauen von 50 bis 69 Jahren im Rahmen des Mammographie-Screenings alle zwei Jahre die Mammographie beider Brüste angeboten [11]. Hier kann der Wunsch nach einer Beratung durch die betreuende Gynäkologin beziehungsweise den betreuenden Gynäkologen zum Mammographie-Screening bestehen [12].

Mit Blick auf die gynäkologische Versorgung von Frauen ab 50 Jahren ist nicht nur deren gesundheitliche Situation zu berücksichtigen, sondern auch, dass die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen mit zunehmendem Alter deutlich zurückgeht (siehe Focus-Artikel [Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring). Auch nimmt aufgrund des demografischen Wandels die Zahl älterer Frauen zu (siehe Fact sheet [Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte](#) ebenfalls in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring). Vor diesem Hintergrund und wegen der zunehmenden Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen

entstand das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ [13]. Das Projekt untersucht die Versorgung von Frauen ab 50 Jahren in gynäkologischen und allgemeinmedizinischen Praxen in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern). Ziele des Projekts sind eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation und darauf aufbauend die Entwicklung von Konzepten zur Sicherstellung der ambulanten gynäkologischen Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe.

Der vorliegende Beitrag beschreibt gynäkologische Erkrankungen und Operationen bei Frauen im Altersverlauf sowie Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren. Datengrundlage ist zum einen die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des Robert Koch-Instituts (RKI), welche die Darstellung möglicher Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen erlaubt. Darüber hinaus geben die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen Auskunft über die häufigsten Abrechnungsdiagnosen in gynäkologischen Praxen im Jahr 2016.

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Da für Deutschland keine repräsentativen Daten dazu existieren, welche Beschwerden oder Beratungsbedarfe zur Inanspruchnahme gynäkologischer Praxen führen, wird in

diesem Beitrag auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen, die eine näherungsweise Beschreibung des Geschehens ermöglichen:

Mit DEGS₁ hat das RKI in den Jahren 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 [14, 15]. In DEGS₁ wurden auch gynäkologische Erkrankungen und Beschwerden erhoben, die Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen darstellen können [5–10]. Diese lassen sich den Bereichen „gynäkologische Krebsfrüherkennung“, „Menopause und Verhütung“, „Erkrankungen und Beschwerden“ und „gynäkologische Operationen“ zuordnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sie nur mögliche Gründe für eine Inanspruchnahme darstellen; ob die Frauen deswegen tatsächlich eine gynäkologische Praxis aufgesucht haben, wurde in der Studie nicht erfragt.

Eine weitere Annäherung an das Versorgungsgeschehen erlauben die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die vom Zi zur Verfügung gestellt wurden (2016). Das Zi erhält von den KVen in Deutschland je Vierteljahr pseudonymisierte Abrechnungsdaten der Quartalsabrechnungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Diese geben Auskunft über die in Arztpraxen abgerechneten Behandlungsfälle und ermöglichen damit eine genaue Bestandsaufnahme der kodierten Diagnosen [16]. Auf dieser Datenbasis kann das Behandlungsgeschehen in gynäkologischen Arztpraxen in Deutschland insgesamt, aber

auch für bestimmte Regionen, beschrieben werden. Auf Grundlage einer Sonderauswertung, die auf Anfrage des RKI vorgenommen wurde, werden in diesem Beitrag die zehn häufigsten Schlüsselnummern der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10; dreistellige Kategorie, sogenannte Dreisteller) in gynäkologischen Praxen für Frauen ab 18 Jahren in Deutschland dargestellt. Darüber hinaus werden die 20 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern (Dreisteller) in gynäkologischen Praxen für Frauen ab 50 Jahren in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) berichtet. Um zu prüfen, ob gynäkologische Diagnosen in hausärztlichen Praxen abgerechnet werden, werden diese ebenfalls beschrieben.

2.2 Statistische Methoden

Auf Datenbasis der DEGS₁-Studie (2008–2011) werden zunächst gynäkologische Erkrankungen und Operationen bei Frauen im Altersverlauf zwischen 18 und 79 Jahren ausgewiesen (n=4.198). Darüber hinaus werden mögliche Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren berichtet (n=2.287) und als Prävalenzen (in Prozent) ausgewiesen. 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 [14].

Auf Grundlage der vom Zi zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten der KVen aus dem Jahr 2016 werden die

Ein wesentlicher Grund für Frauen ab 50 Jahren, ambulante gynäkologische Leistungen in Anspruch zu nehmen, sind Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

häufigsten ICD-10-Diagnosen (Dreisteller) in gynäkologischen und hausärztlichen Praxen als Anzahl der Fälle und Anteil (in Prozent) an allen Fällen dargestellt.

3. Ergebnisse

Die Häufigkeit von Erkrankungen und Beschwerden, die in gynäkologischen Praxen behandelt werden, steigt bei Frauen mit dem Alter an (Tabelle 1). Zu diesen gehören Harninkontinenz, Osteoporose, Gebärmutterensenkung sowie Brustkrebs und gynäkologische Krebserkrankungen wie Gebärmutterhals-, Gebärmutterkörper- und Eierstockkrebs. Analog zu den Erkrankungen steigt erwartungsgemäß auch der Anteil der Frauen mit dem Alter an, die eine gynäkologische Operation hatten, zum Beispiel eine Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) oder der Eierstöcke (Ovariektomie).

Die Prävalenzen dieser Erkrankungen bei Frauen zwischen 50 und 79 Jahren sowie weitere mögliche Gründe, eine gynäkologische Praxis aufzusuchen, sind in Abbildung 1 basierend auf DEGS1 dargestellt. Vor allem die Krebsfrüherkennung spielt eine wichtige Rolle: Bei 73,1 % der Frauen

wurde in den letzten zwei Jahren eine Mammographie durchgeführt (hier enthalten sind sowohl Untersuchungen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms als auch Untersuchungen, die außerhalb dieses Programms durchgeführt wurden), bei 65,0 % fand in den letzten zwölf Monaten eine Tastuntersuchung der Brust und bei 58,0 % eine Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs (Zellabstrich vom Gebärmutterhals, Pap-Abstrich) statt.

Weitere Beratungs- und Behandlungsanlässe können sich durch die Wechseljahre ergeben: Fast die Hälfte der Frauen (47,2 %) hatte ihre letzte Regelblutung mit 50 Jahren oder später (Durchschnittsalter bei der Menopause in Deutschland: 49,7 Jahre [17]). Mehr als ein Drittel der Frauen (35,5 %) gab bei der Befragung an, ein Hormonpräparat anzuwenden.

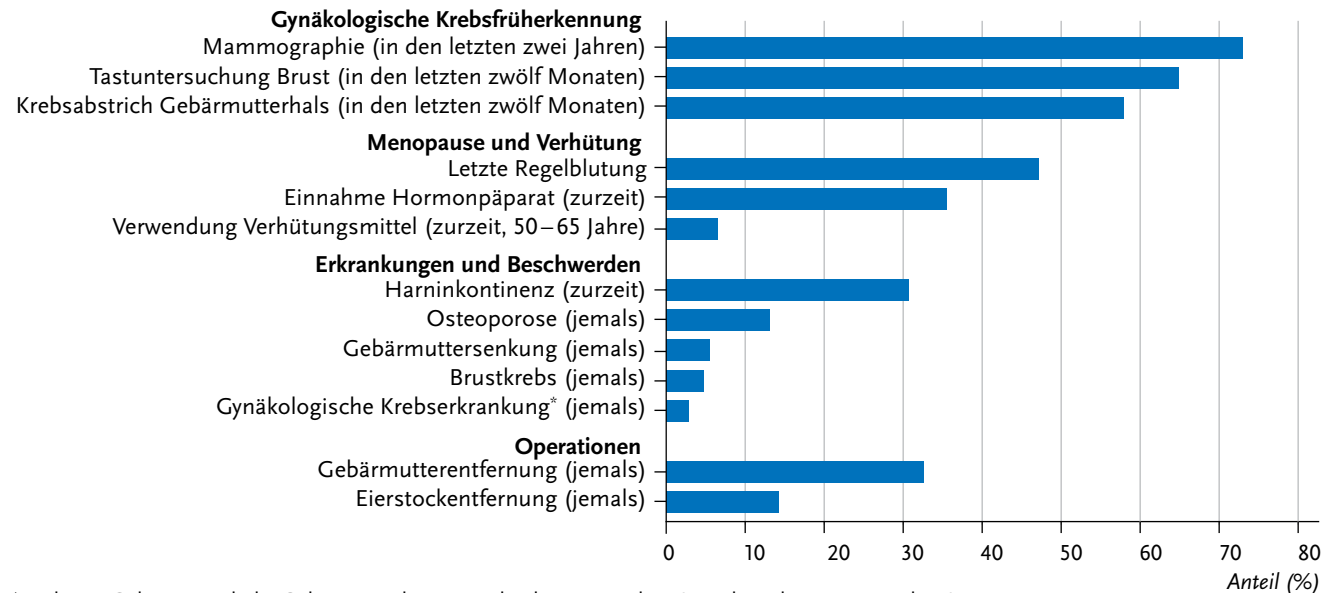
Darüber hinaus können Erkrankungen oder die Betreuung nach gynäkologischen Operationen dazu führen, dass Frauen eine gynäkologische Praxis aufsuchen: 30,8 % der Frauen hatte zum Befragungszeitpunkt eine Harninkontinenz, bei rund einem Drittel (32,7 %) war die Gebärmutter

Tabelle 1
Prävalenz ausgewählter Erkrankungen und Operationen bei Frauen zwischen 18 und 79 Jahren nach Alter (n=4.198)
Quelle: DEGS1 (2008–2011)

	Altersgruppe					
	18–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70–79 Jahre
Erkrankungen						
Harninkontinenz (zurzeit, n=3.276)	4,2 %	11,4 %	17,1 %	23,2 %	30,1 %	42,3 %
Osteoporose (jemals, n=313)	n. e.	n. e.	n. e.	4,1 %	12,7 %	25,2 %
Gebärmutterensenkung (jemals, n=136)	0,2 %	0,0 %	2,5 %	4,7 %	4,6 %	7,6 %
Brustkrebs (jemals, n=112)	0,0 %	0,1 %	1,3 %	2,9 %	5,4 %	6,2 %
Gynäkologische Krebserkrankungen (jemals, n=87)	0,2 %	0,9 %	1,1 %	3,3 %	3,6 %	1,7 %
Operationen						
Gebärmutterentfernung (jemals, n=784)	0,0 %	0,5 %	10,2 %	26,8 %	35,2 %	38,0 %
Eierstockentfernung (jemals, n=349)	0,0 %	1,1 %	4,5 %	9,2 %	15,8 %	19,5 %

n. e. = nicht erhoben

Abbildung 1
Mögliche Beratungs- und Behandlungsanlässe
für die Inanspruchnahme gynäkologischer
Praxen bei 50- bis 79-jährigen Frauen (n=2.287)
 Quelle: DEGS1 (2008–2011)



* Krebs an Gebärmutterhals, Gebärmutterkörper und/oder Eierstöcken (jemals: Lebenszeitprävalenz)

entfernt worden. Osteoporose (Lebenszeitprävalenz bei 50- bis 79-jährigen Frauen: 13,1%), eine Gebärmutterensenkung (5,5%), Brustkrebs (4,7%) oder eine gynäkologische Krebserkrankung (Gebärmutterhals-, Gebärmutterkörper- und/oder Eierstockkrebs: 2,9%) können ebenfalls Anlässe für eine gynäkologische Inanspruchnahme sein.

Ferner gaben 6,5% der 50- bis 65-jährigen Frauen an, ein Verhütungsmittel zu verwenden. Von diesen verhüteten 22,9% mit Kondomen, 46,6% mit der Spirale und 27,9% nutzten die Pille (Daten nicht gezeigt). Angesichts der geringen Fallzahlen (n=80) sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Allerdings zeigen sie, dass auch hier Bedarf für Beratung und gegebenenfalls ärztliche Kontrolluntersuchungen bestehen kann [18–20].

Die Betrachtung der häufigsten Abrechnungsdiagnosen in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 18 Jahren zeigt,

dass Wechseljahresbeschwerden (klimakterische Störungen, ICD-10: N95) an vierter Stelle stehen (Tabelle 2). Auch die an zweiter und dritter Stelle stehenden Diagnosen (N89: sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, Z12: spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen) werden, wie die folgenden Auswertungen zeigen, häufig bei Frauen ab 50 Jahren abgerechnet.

Die 20 häufigsten abgerechneten Diagnosen in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren in der Region Nordost im Jahr 2016 sind in Abbildung 2 dargestellt. Mit 45,3% der Abrechnungsfälle beziehungsweise 655.459 Fällen spielen Wechseljahresbeschwerden (ICD-10: N95) die größte Rolle. Auf Rang zwei und drei sind diagnostische Verfahren zur Erkennung von Tumorerkrankungen (Z12: 478.683 Fälle, 33,1%) zu finden sowie andere spezielle Untersuchungen (Z01: 316.622 Fälle, 21,9%); zu diesen gehört zum Beispiel

Tabelle 2
Die zehn häufigsten
ICD-10-Schlüsselnummern (Dreisteller) in
gynäkologischen Praxen bei Frauen
ab 18 Jahren in Deutschland
 Quelle: Zentralinstitut für die
 kassenärztliche Versorgung (2016)* [21]

Rang	ICD-10-Code	Diagnose	Anzahl der Fälle	Anteil
1	Z30**	Kontrazeptive Maßnahmen	18.734.546	39,1 %
2	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	12.931.229	27,0 %
3	Z12**	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	11.447.844	23,9 %
4	N95	Klimakterische Störungen (Wechseljahresbeschwerden)	7.036.573	14,7 %
5	Z01**	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	6.418.212	13,4 %
6	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	4.835.146	10,1 %
7	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	4.410.731	9,2 %
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	3.883.673	8,1 %
9	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	3.122.270	6,5 %
10	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	2.063.227	4,3 %

ICD-10= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

*Fallzahlen werden quartalsweise erhoben, Mehrfachnennungen sind möglich

**Sogenannte Z-Diagnosen bezeichnen Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Auch Wechseljahresbeschwerden führen häufig zur Inanspruchnahme der gynäkologischen Versorgung; fast die Hälfte der Frauen hat mit 50 Jahren noch ihre Regelblutung.

die gynäkologische Untersuchung. Weitere häufige Abrechnungsdiagnosen sind nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89: 291.281 Fälle, 20,1 %) und entzündliche Krankheiten der äußeren Geschlechtsorgane wie Kolpitis und Vulvitis (N76: 141.013 Fälle, 9,7 %), außerdem Bluthochdruck (I10: 194.762, 13,4 %), Brustkrebs (Mammakarzinom, C50: 178.947, 12,4 %), Gebärmutter senkung (N81: 164.941, 11,4 %), Verhütung (Z30: 155.573, 10,7 %) sowie Zustand nach Organverlust (Z90: 140.106, 9,7 %). Ein möglicher Grund für die Häufigkeit von Brustkrebs als Abrechnungsdiagnose könnte, bei relativ frühem Erkrankungsalter mit oftmals guter Prognose, die regelmäßige Nachsorge sein.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass in gynäkologischen Praxen nicht nur gynäkologische Diagnosen abgerechnet werden, sondern auch Diagnosen aus dem internistischen Bereich wie Bluthochdruck (I10) und Adipositas (E66). Hinzu kommen Diagnosen, die dem psychologisch-psychiatrischen Bereich zuzuordnen sind, wie somato-

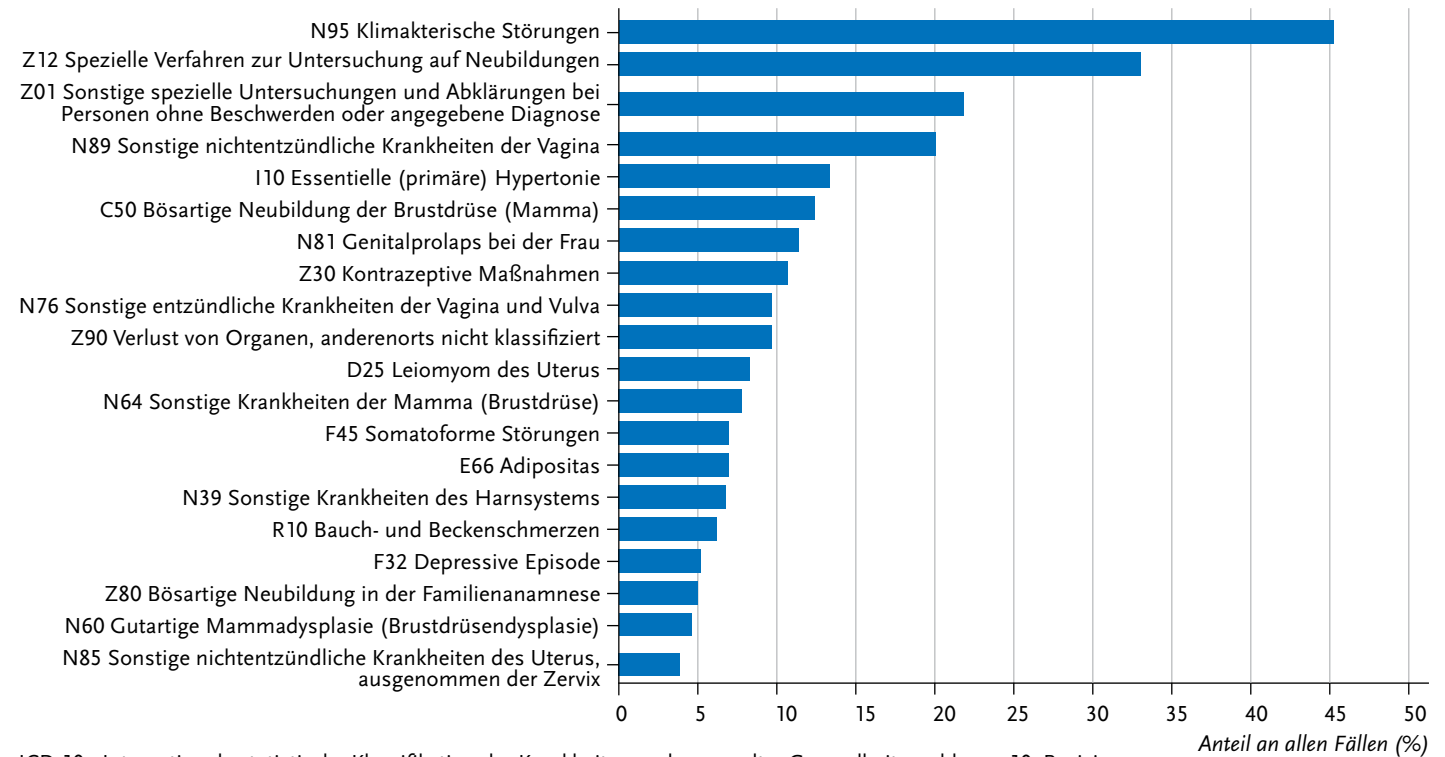
forme Störungen (F45) und depressive Episoden (F32) sowie unspezifische Diagnosen (Z01, Z12, Z90).

Ein Vergleich der 20 häufigsten Diagnosen in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren zwischen der Region Nordost und Deutschland insgesamt zeigt, dass diese weitgehend übereinstimmen, die Rangfolge aber leicht variiert (Daten nicht gezeigt). Bei Betrachtung der 20 häufigsten Diagnosen in hausärztlichen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren ist festzustellen, dass darin keine Diagnosen aus dem gynäkologischen Bereich enthalten sind. Dies gilt sowohl für die Region Nordost als auch für Deutschland insgesamt (Daten nicht gezeigt).

4. Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass bestimmte gynäkologische Erkrankungen und Operationen mit zunehmendem Alter häufiger auftreten, und geben einen Überblick

Abbildung 2
Die 20 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern (Dreisteller) in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) (n=1.448.162)
 Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2016) [21]



Frauen ab 50 Jahren sind eine wichtige Patientinnengruppe in gynäkologischen Praxen.

über gynäkologische Beratungs- und Behandlungsanlässe von Frauen ab 50 Jahren. Sowohl nach den Daten der DEGS1-Studie (2008–2011) als auch der KVen (2016) sind die wichtigsten Gründe, um eine gynäkologische Praxis aufzusuchen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und die Wechseljahre. Als weitere zentrale Beratungs- und Behandlungsanlässe lassen sich entzündliche und nicht-entzündliche Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, eine Gebärmutterensenkung sowie Brustkrebs und gynäkologische Krebserkrankungen identifizieren. Einige „hausärztliche“ Diagnosen wie Hypertonie und Adipositas werden auch in gynäkologischen Praxen abgerechnet;

dagegen kommen gynäkologische Diagnosen in hausärztlichen Praxen nur sehr selten vor.

Es gibt nur wenige Prävalenzschätzungen, mit denen man die DEGS1-Daten vergleichen kann. In internationalen Studien wird ein Durchschnittsalter bei der Menopause von etwa 51 Jahren angegeben [22, 23]. Zur Inanspruchnahme der Techniker Krankenkasse, dass 2017 6,6% der dort versicherten Frauen zwischen 45 und 65 Jahren eine Hormontherapie in den Wechseljahren zeigen Daten der Techniker Krankenkasse, dass 2017 6,6% der dort versicherten Frauen zwischen 45 und 65 Jahren eine Hormontherapie in den Wechseljahren verordnet wurde, 2010 waren es 9,6%, im Jahr 2000 noch 37,0% [24]. Der in DEGS1 ermittelte Anteil der Frauen von 35,5% in den

Jahren 2008 bis 2011, die eine Hormontherapie in den Wechseljahren anwenden, ist deutlich höher, bezieht sich jedoch auf eine andere Altersgruppe und umfasst Versicherte aller Krankenkassen. Prävalenzen der Gebärmutter senkung werden nach internationalen Studien auf etwa 30% geschätzt [25–27]. Hierbei handelt es sich allerdings um Ergebnisse aus gynäkologischen Untersuchungen; inwieweit eine Symptomatik vorliegt, war nicht Gegenstand der Studien. Aktuelle Prävalenzen von Krebserkrankungen zeigt der Bericht Krebs in Deutschland des Zentrums für Krebsregisterdaten und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. [28]. Vergleiche zwischen DEGS1-Daten und Krebsregisterdaten zeigen Unterschiede im Krankheitspektrum und im Alter bei der Krebsdiagnose. Dies weist darauf hin, dass die Survey-Teilnehmerinnen nicht repräsentativ für allgemein an Krebs erkrankte Frauen in Deutschland sind; Frauen mit schweren Verläufen dürften unterrepräsentiert sein. Auch sind die Fallzahlen (Tabelle 1) zu klein, um die – eigentlich wünschenswerte – Differenzierung für verschiedene Krebsarten nach Alter valide abzubilden.

Die repräsentativen Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Nutzung von Verhütungsmitteln in Deutschland ergaben, dass 2018 von den 40- bis 49-jährigen Frauen 39% die Pille, 34% Kondome und 20% die Spirale als Verhütungsmethode nutzten (2011: 34%, 26% und 13%) [20]. Jede zweite Frau, die verhütete, gab an, dass Fragen zur Verhütung aufkamen, die in der gynäkologischen Praxis besprochen wurden [20]. Das Verhütungsverhalten von Frauen ab 50 Jahren wurde in der Studie nicht untersucht. Die Studien der BZgA zeigen, dass Frauenärztinnen und -ärzte wichtige Kontaktpersonen in Bezug auf Frauengesundheit sind; dennoch wird mit den (möglichen)

Beratungs- und Behandlungsanlässen in gynäkologischen Praxen natürlich nur eine Teilmenge der Frauengesundheit abgebildet. Einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Aspekte der Gesundheit von Frauen wird der Frauengesundheitsbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes geben, der in diesem Jahr erscheinen wird [29].

Sowohl Survey- als auch Abrechnungsdaten sind mit bestimmten Limitationen behaftet. Insgesamt ist die DEGS1-Studie repräsentativ für die deutsche Bevölkerung, jedoch sind Personen in Einrichtungen, ältere und kränkere Personen eher unterrepräsentiert, was auch für diese Analyse, die sich mit Frauen im mittleren und höheren Lebensalter beschäftigt, von Bedeutung ist. Auch handelt es sich bei den Gesundheitsproblemen um Selbstangaben, die zum Teil Verzerrungen durch Erinnerungslücken (Recall Bias) mit sich bringen können. Ereignisse wie eine Gebärmutterentfernung werden allerdings mit hoher Zuverlässigkeit erinnert [30]. Ob die Gesundheitsprobleme tatsächlich zu einer Inanspruchnahme ambulanter gynäkologischer Leistungen führten, wurde in DEGS1 nicht erfragt. Stärke der Abrechnungsdaten sind der große Stichprobenumfang und der Einbezug aller Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Daten zu Abrechnungszwecken erhoben wurden und somit Häufigkeiten (Prävalenzen) bestimmter Erkrankungen in der Bevölkerung nicht direkt daraus abgeleitet werden können. Zudem sind nach Einführung der pauschalisierten Vergütung im Jahr 2008 nur noch Aussagen zu Behandlungsfällen pro Quartal und Arztpraxis möglich [31].

Betrachtet man die gesamte Lebensspanne von Frauen, so liegt der größte Teil davon außerhalb der reproduktiven Phase. Eine Wahrnehmung von Frauengesundheit vor allem

als reproduktive Gesundheit würde diesem Sachverhalt nicht gerecht werden und die speziellen Beratungs- und Behandlungsbedarfe von Frauen ab 50 Jahren ausblenden. Die Wahrnehmung dieser Bedarfe bedeutet nicht, neue Behandlungsanlässe (im Sinne einer Medikalisierung von Lebensphasen [32]) zu postulieren; sie kann aber dazu beitragen, eine Unterversorgung mittelalter und älterer Frauen, zum Beispiel im Hinblick auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, zu vermeiden. In diesem Zusammenhang sind zwei weitere Befunde zu nennen: die im Altersverlauf abnehmende gynäkologische Inanspruchnahme – rund 80% der 18- bis 29-jährigen, aber 60% der 50- bis 79-jährigen Frauen besuchen mindestens einmal im Jahr eine gynäkologische Praxis – sowie die im Zuge des demografischen Wandels steigende Zahl älterer Frauen und das häufig höhere Durchschnittsalter in ländlichen Regionen [33, 34]. Die Screening-Programme zur Früherkennung von Brustkrebs und – seit Januar 2020 – für Gebärmutterhalskrebs haben ebenfalls Einfluss auf die gynäkologische Inanspruchnahme, und auch die rückläufigen Zahlen der Inanspruchnahme einer Hormontherapie in den Wechseljahren [24] und der Anzahl der Gebärmutterentfernungen [35] sind bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen. Gründe für die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen aus der Perspektive der Frauen selbst sowie Konzepte zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten gynäkologischen Versorgung von Frauen ab 50 Jahren, besonders in dünn besiedelten ländlichen Regionen, wurden im Projekt „Frauen 5.0“ untersucht und regionale Modelle unter Einbeziehung der relevanten Akteure entwickelt [1].

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, Dini L, Prütz F (2020)
Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei
Frauen ab 50 Jahren.
Journal of Health Monitoring 5(2): 3–14.
DOI 10.25646/6061

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: 01VVF16030).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 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_cc01/allgmed/DOCS/Executive_Summary_Frauen_50_Printed.pdf (Stand: 26.03.2020)
- Maschewsky-Schneider U, Hellbernd H, Schaal W et al. (2001) Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. Bundesgesundheitsbl 44(8):771–779
- Kreienberg R, Digel S (2005) Krebsvorsorgeuntersuchungen bei älteren Patientinnen. Der Gynäkologe 38(12):1074–1079
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. <https://www.bmfsfj.de/blob/94878/0d550875836e1adc15c12e20e9a92e54/prm-24001-umschlag-sr-band-209-data.pdf> (Stand: 20.04.2020)
- Kolip P, Hurrelmann K (2016) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe Verlag, Bern
- Berufsverband der Frauenärzte e. V. (Hrsg) (ohne Jahr) Körperliche Veränderungen. https://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_koerperliche-veraenderungen-die-veraenderungen-im-einzelnen_256.html (Stand: 08.02.2018)
- Farquhar CM, Sadler L, Harvey SA et al. (2005) The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study. BJOG 112(7):956–962
- Prütz F, Knopf H, von der Lippe E et al. (2013) Prävalenz von Hysterektomien bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6):716–722
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2015) Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen. Registernummer 015 - 070. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-070.html> (Stand: 08.02.2018)
- Berufsverband der Frauenärzte e. V. (ohne Jahr) Krebsfrüherkennung in der Krankenversicherung. <https://www.frauenaerzte-im-netz.de/frauengesundheit/krebs-frueherkennung-kfu/kfu-in-der-krankenversicherung/> (Stand: 01.04.2019)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen, (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2002/KFE-RL_2019-12-05_iK-2020-01-01.pdf (Stand: 25.05.2020)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) (2017) Brustkrebs. <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/frueherkennung.php> (Stand: 01.04.2019)
- 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)
- 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

15. 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
16. Heuer J (2016) Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts, Jahr 2015. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). <https://www.zi.de/projekte/adt-panel/> (Stand: 24.09.2018)
17. von der Lippe E, Prütz F (2016) Age at natural menopause: Results from the German Health Interview and Examination Survey. Eur J Public Health 26(Suppl 1):301–302
18. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2019) Hormonelle Empfängnisverhütung (S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 015/015). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-015.html> (Stand: 30.03.2020)
19. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Verhütung in der Lebensmitte. <https://www.familienplanung.de/verhuetung/wechseljahre/> (Stand: 30.03.2020)
20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2020) Verhütungsverhalten Erwachsener – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2018. BZgA, Köln
21. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2016) Behandlungsfallzahlen von Frauen für die Fachgruppen Allgemeinmedizin und Gynäkologie 2016, bundesweit. Sonderauswertung. Zi, Berlin
22. Sapre S, Thakur R (2014) Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. J Midlife Health 5(1):3–5
23. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV et al. (2014) Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. Int J Epidemiol 43(5):1542–1562
24. Ohne Autorin/Autor (2018) Weniger Hormonpräparate gegen Wechseljahresbeschwerden verordnet. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96654/Weniger-Hormonpraeparate-gegen-Wechseljahrsbeschwerden-verordnet> (Stand: 30.03.2020)
25. Barber MD (2016) Pelvic organ prolapse. BMJ 354:i3853
26. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I et al. (2002) Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 186(6):1160–1166
27. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G et al. (1999) Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. Am J Obstet Gynecol 180(2 Pt 1):299–305
28. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2019) Krebs in Deutschland für 2015/2016. 12. Ausgabe. RKI, Berlin
29. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017) Robert Koch-Institut erstellt neuen Frauengesundheitsbericht. Pressemitteilung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/beauftragung-rki-frauengesundheitsbericht.html> (Stand: 26.05.2020)
30. Brett KM, Madans JH (1994) Hysterectomy use: the correspondence between self-reports and hospital records. Am J Public Health 84(10):1653–1655
31. 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
32. Kolip P (Hrsg) (2000) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medicalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Juventa, Weinheim und München
33. Krause L, Prütz F (2020) Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren. Journal of Health Monitoring 5(2):15–26. www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 30.06.2020)
34. Nowossadeck E, Prütz F, Thißen M (2020) Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte. Journal of Health Monitoring 5(2):36–43. www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 30.06.2020)
35. Statistisches Bundesamt (2017) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 17.09.2019)

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

Journal of Health Monitoring · 2020 5(2)
DOI 10.25646/6807

Robert Koch-Institut, Berlin

Laura Krause¹, Lorena Dini²,
Franziska Prütz¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

² Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Allgemeinmedizin

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 Gebärmutter-senkungs- 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 Arztsitzen 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-Gesundheitsveys 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.

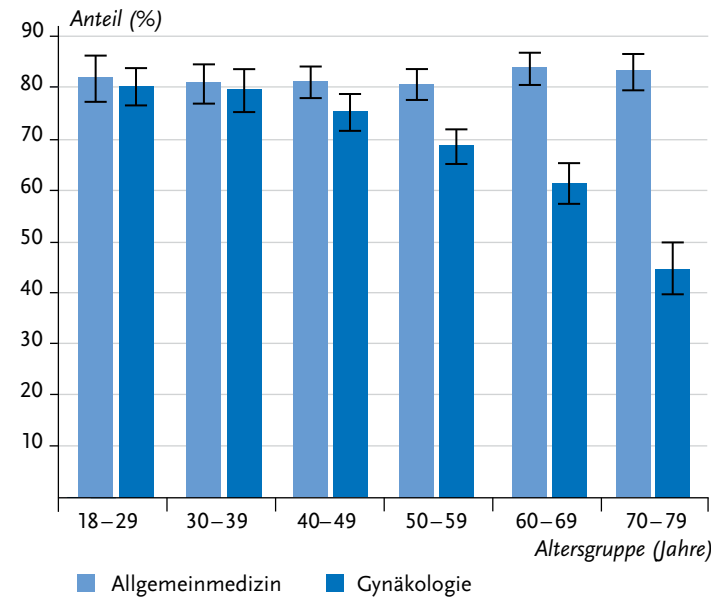
Die DEGS₁-Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2010) bezüglich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildung korrigiert [21]. Sämtliche Analysen wurden mit Stata 15.1 (Stata Corp., 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]



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

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.

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, Dini 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, Buttmann-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/dkvf2019/19dkvf294.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

Journal of Health Monitoring · 2020 5(2)
DOI 10.25646/6063
Robert Koch-Institut, Berlin

Laura Krause¹, Lorena Dini², Franziska Prütz¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring
² Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Allgemeinmedizin

Eingereicht: 02.09.2019
Akzeptiert: 16.12.2019
Veröffentlicht: 30.06.2020

Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland

Abstract

Insbesondere für ältere und hochaltrige Frauen auf dem Land kann die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aufgrund von weiten Anfahrtswegen oder einem eingeschränkten Versorgungsangebot schwierig sein. Mit Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) wurden Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Frauen ab 50 Jahren in Deutschland untersucht. 21,0% der Frauen berichteten von Schwierigkeiten, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung rechtzeitig einen Untersuchungstermin zu bekommen. Der Anteil der Frauen mit einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung liegt unter 5%. Frauen in Großstädten mussten häufiger innerhalb eines Jahres auf einen Untersuchungstermin warten als Frauen in kleineren Gemeinden, bei denen wiederum häufiger als bei Frauen in Großstädten aufgrund der Entfernung ein Untersuchungstermin verspätet stattfand. Aus den Ergebnissen lassen sich Hinweise für die Versorgungsplanung ableiten.

◆ ZUGANGSBARRIEREN · GESUNDHEITSVERSORGUNG · FRAUEN · DEUTSCHLAND · GESUNDHEITSMONITORING

Einleitung

Ein großer Teil der Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge ist in Städten und Großstädten angesiedelt [1]. Da ländliche Regionen eine geringere Bevölkerungsdichte mit eher wenigen Städten und Großstädten aufweisen, sind diese Gebiete häufiger von Erreichbarkeitsproblemen betroffen [1]. Für Deutschland werden Zugangsbarrieren zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vor allem in einigen Regionen in den neuen Bundesländern beschrieben [2, 3]. Während zum Beispiel die Mehrheit der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grundversorgung in weniger als 20 Minuten Pkw-Fahrzeit erreichen kann [4], wird in einigen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und im Norden Sachsen-Anhalts diese Zeitschwelle

überschritten [5]. Ähnliches trifft auf die ambulante ärztliche Versorgung zu [6]. In Großstädten ist für fast 90% der Bevölkerung eine niedergelassene Arztpraxis in fußläufiger Entfernung erreichbar, in ländlichen Regionen ist dies nur für knapp über 60% der Fall [6] – alle anderen sind auf die Nutzung eines Pkw oder auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Allerdings konnte mehr als ein Fünftel aller Haushalte in Deutschland 2017 nicht auf einen Pkw zurückgreifen [7]. Dies trifft vor allem auf ältere und hochaltrige Frauen in ländlichen Regionen zu [8]. Auch ist in ländlichen Räumen der Zugang zum öffentlichen Personennahverkehr nicht immer gegeben [9]. Eine geringe Bevölkerungsdichte, große Entfernungen zwischen dem Wohnort und niedergelassenen Haus- und Facharztpraxen

Infobox: Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung

Im Ergebnisbericht des europäischen Health-ACCESS-Projekts [15] werden sechs Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung beschrieben:

- Hürde 1:** Teil der Bevölkerung mit Krankenversicherung
- Hürde 2:** Umfang der Krankenversicherung
- Hürde 3:** Regelungen zur Kostenbeteiligung
- Hürde 4:** Geografische Hindernisse (z. B. Abgelegenheit einer Gegend)
- Hürde 5:** Organisatorische Hindernisse (z. B. Wartezeiten)
- Hürde 6:** Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Leistungen

sowie ein begrenztes Angebot des öffentlichen Personennahverkehrs prägen in Deutschland viele ländliche Regionen [10]. Gerade ältere und hochaltrige Frauen, die auf dem Land wohnen, können somit oft nur unter erschwerten Bedingungen ihren Alltag – hierzu gehört auch das Aufsuchen von Arztpraxen – bewältigen [11].

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung (siehe **Infobox**) bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland untersucht. Datengrundlage ist die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) [12, 13], die Aussagen über Zugangsbeschränkungen aus geografischen Gründen (größere Entfernung) oder organisatorischen Gründen (Wartezeit) ermöglicht. Die Analysen wurden im Rahmen des Projekts „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ vorgenommen [14]. Ziel des Projekts ist es, ausgehend von einer Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation und unter Einbeziehung der Patientinnen und der ärztlichen Perspektive, zukunftsweisende Modelle zur Sicherstellung der ambulanten gynäkologischen und allgemeinärztlichen Versorgung vor allem für ländliche Regionen zu entwickeln [14].

Indikator

Die GEDA-Studie ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wird [12, 13]. Sie ist Teil des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings am RKI. Aufgabe des Gesundheitsmonitorings ist es, zuverlässige Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesund-

heitsverhalten und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bereitzustellen. Zwischen 2009 und 2012 fanden drei GEDA-Wellen als telefonische Befragungen statt, in GEDA 2014/2015-EHIS wurde ein schriftlicher Fragebogen eingesetzt [12, 16]. Die Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben [12, 13].

Der Fragebogen für GEDA 2014/2015-EHIS enthält unter anderem den Fragenkatalog der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS [16]) [12]. Dieser besteht aus vier Modulen, wobei das zweite Modul zur Gesundheitsversorgung auch Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung erfasst. Die Teilnehmenden wurden zum Beispiel gefragt, ob sich in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert hat, weil sie zu lange auf einen Termin warten mussten („Wartezeit“). Eine weitere Frage war, ob sich in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert hat, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen („größere Entfernung“) [16]. Die Antwortkategorien waren jeweils „ja“, „nein“ und „kein Bedarf“. Frauen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten keinen Bedarf gehabt zu haben, wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Der erste Teil der Analysen zum Thema „Wartezeit“ basiert auf Daten von 5.532 Frauen ab 50 Jahren, der zweite Teil zum Thema „größere Entfernung“ auf Daten von 5.545 Frauen ab 50 Jahren. Die Ergebnisse werden als Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen stratifiziert nach Alter, sozioökonomischem Status (SES) [17], Wohnort [18, 19] und Art der Krankenversicherung dargestellt. Ob Gruppenunterschiede signifikant sind, wurde mittels multivariater binär-logistischer Regressionen geprüft. Die Berechnungen

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen, 10.872 Männer)

Response rate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014–Juli 2015

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung wider und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden zu klassifizieren [20]. Es wird von einem signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Ergebnisse und Einordnung

Bei 21,0 % der Frauen ab 50 Jahren fand in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeit verzögert statt (Tabelle 1). Der Anteil der Frauen, bei denen im letzten Jahr aufgrund von Wartezeit ein Untersuchungs- oder Behandlungstermin verspätet stattfand, nimmt mit dem Alter ab: Während bei etwa jeder dritten 50- bis 59-jährigen Frau (29,1 %) im vergangenen Jahr ein Untersuchungs- oder Behandlungstermin wegen Wartezeit verzögert war, ist es bei den 80-jährigen und älteren Frauen etwa jede siebte (14,9 %). Frauen, die in Großstädten mit 100.000 und mehr Einwohnern leben, berichteten häufiger von einer aufgrund von Wartezeit verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung als Frauen in kleineren Gemeinden mit unter 50.000 Einwohnern. Der Anteil der Frauen, bei denen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeit verspätet stattfand, ist unter gesetzlich versicherten Frauen deutlich höher als unter privat versicherten Frauen. Unterschiede nach SES bestehen nicht (Tabelle 1).

Bei 4,9 % der Frauen ab 50 Jahren fand eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung aufgrund der Entfernung verzögert statt (Tabelle 1). Dieser Anteil variiert mit dem Alter und ist in der höchsten Altersgruppe am größten: Während im Alter zwischen 50 und 59 Jahren rund jede zwanzigste Frau (5,4 %) berichtet, dass bei ihr im letzten Jahr eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund der Entfernung verspätet stattfand, war es bei den 80-jährigen und älteren Frauen etwa jede zehnte (10,4 %). Im Vergleich zu Frauen mit hohem SES geben Frauen mit mittlerem und insbesondere mit niedrigem SES häufiger an, dass bei ihnen in den letzten zwölf Monaten eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung wegen der Entfernung verzögert stattfand. Auch berichten Frauen mit Wohnort in kleineren Gemeinden mit unter 50.000 Einwohnern häufiger von einer im letzten Jahr aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung als Frauen mit Wohnort in Großstädten mit 100.000 und mehr Einwohnern. Der Anteil der Frauen mit einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung ist zudem unter gesetzlich versicherten Frauen höher als unter privat versicherten (Tabelle 1).

Die dargestellten Unterschiede nach Alter, SES, Wohnort und Art der Krankenversicherung erweisen sich in der multivariaten binär-logistischen Regressionsanalyse als statistisch signifikant (Daten nicht gezeigt).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Anteil der Frauen mit einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung unter 5 % beträgt. Nichtsdestotrotz weisen die Ergebnisse auf Risikogruppen hin: Frauen in kleineren Gemeinden geben

Tabelle 1

Anteil der Frauen ab 50 Jahren, die im letzten Jahr auf einen Untersuchungstermin gewartet haben (n=1.181) beziehungsweise bei denen aufgrund der Entfernung eine ärztliche Untersuchung verzögert stattfand (n=254) nach Alter, sozioökonomischen Status, Wohnort und Art der Krankenversicherung

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Auf Untersuchungstermin gewartet		Untersuchung verzögert wegen Entfernung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	21,0	(19,7 – 22,4)	4,9	(4,2 – 5,7)
Altersgruppe				
50–59 Jahre	29,1	(26,8–31,5)	5,4	(4,4–6,7)
60–69 Jahre	18,5	(16,3–20,9)	3,4	(2,5–4,6)
70–79 Jahre	16,2	(13,9–18,8)	3,6	(2,5–5,0)
≥80 Jahre	14,9	(11,3–19,4)	10,4	(7,4–14,5)
Sozioökonomischer Status				
Niedrig	21,6	(19,0–24,5)	8,3	(6,5–10,6)
Mittel	20,9	(19,3–22,5)	4,2	(3,4–5,1)
Hoch	19,7	(17,1–22,6)	1,7	(1,0–2,7)
Wohnort				
Gemeinden < 50.000 Einwohner	18,9	(16,5–21,5)	6,4	(5,0–8,1)
Gemeinden/Städte 50.000–< 100.000 Einwohner	19,6	(16,1–23,6)	5,9	(3,8–9,1)
Großstädte ≥ 100.000 Einwohner	22,2	(20,6–23,9)	4,1	(3,4–5,1)
Krankenversicherung				
Gesetzlich versichert	22,2	(20,8–23,8)	5,2	(4,4–6,1)
Privat versichert	13,1	(10,7–15,9)	2,3	(1,5–3,5)

KI = Konfidenzintervall

Jede fünfte Frau ab 50 Jahren hat Probleme, rechtzeitig einen Termin für eine medizinische Untersuchung oder Behandlung zu bekommen.

häufiger als Frauen in Großstädten an, dass bei ihnen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund der Entfernung verspätet stattfand. Darüber hinaus berichten Frauen ab 80 Jahren sowie Frauen mit niedrigem SES häufiger von einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung als jüngere Frauen und Frauen mit hohem SES. Hierzu passt, dass Hochaltrige und sozial benachteiligte Personengruppen häufiger in ländlichen Regionen leben [1] und dementsprechend längere Wegstrecken zu Ärztinnen und Ärzten zurücklegen müssen [10]. Die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zeigen allerdings, dass das Alter und der SES unabhängig vom Wohnort unter Kontrolle der Krankenversicherung einen eigenen

Einfluss auf die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen haben. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang deswegen auch, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen wie ein vermindertes Hör-, Seh- und Gehvermögen bei hochaltrigen Frauen sowie bei Frauen mit niedrigem SES sehr häufig vorkommen [21, 22]. Eine Sensitivitätsanalyse auf Datenbasis von GEDA 2014/2015-EHIS zeigt, dass Frauen ab 50 Jahren, bei denen gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, häufiger von einer aufgrund der Entfernung verzögerten ärztlichen Untersuchung oder Behandlung berichten als Frauen dieser Altersgruppe ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen (8,8% bzw. 2,6%). Damit kommen für Frauen ab 80 Jahren sowie für Frauen aus sozial benachteiligten Verhältnissen mehrere Faktoren

Jede zwanzigste Frau ab 50 Jahren berichtet von einer aufgrund der Entfernung verzögerten Untersuchung oder Behandlung.

Frauen in Großstädten mussten häufiger auf einen Untersuchungstermin warten als Frauen in kleineren Gemeinden, bei denen wiederum häufiger ein Untersuchungstermin aufgrund der Entfernung verspätet stattfand.

zusammen, die den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren können.

Im Gegensatz dazu liegt der Anteil der Frauen, bei denen im letzten Jahr eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeit verspätet stattfand, bei knapp über 20 %. Ob Unterschiede in der Wartezeit zwischen haus- und fachärztlichen Praxen bestehen, kann den vorliegenden Daten nicht entnommen werden. Aufschluss darüber gibt eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die Wartezeiten in der ambulanten Versorgung detaillierter untersucht hat [23], mit dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten schneller Termine in hausärztlichen als in fachärztlichen Praxen bekommen. Dies spiegelt sich auch in der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wider: Während etwa jede siebte Person eher unzufrieden mit der Erreichbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten ist, ist es nur rund jede 14. Person mit Blick auf die Erreichbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten [24]. Im internationalen Vergleich zeigt sich allerdings, dass die Wartezeiten auf einen Facharzttermin in Deutschland mit am geringsten sind [23, 25].

Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren berichten häufiger als Frauen höherer Altersgruppen, dass bei ihnen im Jahr vor der Befragung eine Untersuchung oder Behandlung wegen Wartezeit verzögert war. Nach der bereits zitierten Studie der KBV führten dringende Anliegen und akute Beschwerden zu kürzeren Wartezeiten [23]. Weil das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter steigt [21], kann vermutet werden, dass 50- bis 59-jährige Frauen seltener Beschwerden aufweisen, die umgehend einer ärztlichen Untersuchung bedürfen, als alte und hochaltrige Frauen.

Ein weiteres Ergebnis der Analysen ist, dass bei gesetzlich versicherten Frauen deutlich häufiger ein Untersuchungs- oder Behandlungstermin aufgrund von Wartezeit verspätet stattfand als bei privat versicherten Frauen. Dieser Befund wird durch die bereits zitierte sowie eine weitere aktuelle Studie der KBV gestützt, die längere Wartezeiten für gesetzlich Versicherte angeben [23, 26]. Die Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zeigen außerdem, dass unter gesetzlich versicherten im Vergleich zu privat versicherten Frauen auch der Anteil derjenigen höher ist, bei denen sich aufgrund der Entfernung eine ärztliche Untersuchung verzögert hat. Dies kann damit zusammenhängen, dass vor allem besserverdienende Personen privat krankenversichert sind und diese Personengruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung häufiger in der Stadt lebt [27]. Das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll bewirken, dass gesetzlich Versicherte zukünftig schneller einen Facharzttermin bekommen, unter anderem durch den Ausbau der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen [28].

Lange Wartezeiten und eingeschränkte räumliche Erreichbarkeit lassen sich auch als Hinweis darauf interpretieren, dass das medizinische Versorgungsangebot regional ungleich verteilt ist. Laut den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS scheinen lange Wartezeiten vor allem bei Frauen in Großstädten eine Rolle zu spielen, eine eingeschränkte räumliche Erreichbarkeit besonders bei Frauen in kleineren Gemeinden. Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass regionale Unterschiede insbesondere in der fachärztlichen Versorgung bestehen [29–33]. Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung ist anzunehmen, dass die sich derzeit abzeichnenden Probleme bei der

Der Anteil der Frauen, die von Zugangsbarrieren berichten, ist unter gesetzlich versicherten Frauen höher als unter privat versicherten.

Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen künftig weiter zunehmen werden [34]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung; Instrumente wären neben einer angemessenen Bedarfsplanung zum Beispiel mobile Arztpraxen oder sektorenübergreifende Versorgungsmodelle [35, 36]. Wie sich die Anzahl und der Anteil älterer Frauen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern entwickeln wird, ist in einem weiteren [Fact sheet](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring dargestellt.

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, Dini L, Prütz F (2020)
Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland.
Journal of Health Monitoring 5(2): 27–35.
DOI 10.25646/6063

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

Datenschutz und Ethik

GEDA 2014/2015-EHIS wurde gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Studie wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in Deutschland zur Prüfung vorgelegt. Es wurden keine Bedenken gegen die

Durchführung der Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und willigten informiert in die Teilnahme ein (informed consent). Abhängig von der gewählten Erhebungsmethode wurde die Einwilligung in schriftlicher oder elektronischer Form eingeholt.

Förderungshinweis

GEDA 2014/2015-EHIS 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: 01VVF16030).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bundesministerium für Verkehr, Bau, und Stadtentwicklung (Hrsg) (2012) Mobilität, Erreichbarkeit und soziale Exklusion. Fähigkeiten und Ressourcen einer ländlichen Bevölkerung für eine angemessene Versorgung und Teilhabe am öffentlichen Leben. BMVBS-Online-Publikation, Nr 27.
https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ministerien/BMVBS/Online/2012/DL_ON272012.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 19.12.2019)
2. Neumeier S (2013) Modellierung der Erreichbarkeit öffentlicher Apotheken: Untersuchung zum regionalen Versorgungsgrad mit Dienstleistungen der Grundversorgung. Thünen Working Paper 14. Johann Heinrich von Thünen-Institut, Braunschweig

3. Neumeier S (2015) Lokale Verteilung Ambulanter Pflegedienste nach SGB XI in Deutschland auf Basis eines rasterbasierten GIS-Erreichbarkeitsmodells. Thünen Working Paper 47. Johann Heinrich von Thünen-Institut, Braunschweig
4. Spangenberg M (2012) Erreichbarkeit von Krankenhäusern. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg) Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt Regionalität. Schattauer, Stuttgart, S. 97–109
5. Schlömer C, Pütz T (2011) Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. BBSR-Berichte Kompakt 11:1–16
6. Sturm G, Walther A (2011) Lebensqualität in kleinen Städten und Landgemeinden. Aktuelle Befunde der BBSR-Umfrage. BBSR-Berichte Kompakt 5:1–16
7. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2018) Mobilität in Deutschland 2008. Kurzreport: Verkehrsaufkommen – Struktur – Trends. <http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/publikationen2017.html> (Stand: 20.09.2018)
8. Giesel F, Köhler K, Nowossadeck E (2013) Alt und immobil auf dem Land? Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Bundesgesundheitsbl 56(10):1418–1424
9. Groß S, Stegmüller K (2011) Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Friedrich-Ebert-Stiftung, Wiesbaden
10. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (Hrsg) (2013) Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen. Demografische Herausforderungen, interkommunale Kooperationen und Mobilitätsstrategien am Beispiel Nordfriesland. BMVI, Berlin
11. Gutsche JM, Albrecht M, Einig K (2010) Masterplan Daseinsvorsorge. Demografischer Wandel – Region schafft Zukunft in den Modellregionen Südharz-Kyffhäuser und Stettiner Haff. BMVBS-Online-Publikation, Nr. 35. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ministerien/BMVBS/Online/2010/DL_ON352010.pdf;jsessionid=042A1946C669EB401C622C327685E403.live21303?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 19.12.2019)
12. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
13. Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):83–90. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 19.12.2019)
14. 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)
15. Busse R, Wörz M, Foubister T et al. (2006) Mapping Health Service Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS). https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf (Stand: 23.08.2019)
16. Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) - Methodological manual - 2013 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg
17. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl 56(1):131–143
18. BIK Aschpurwis und Behrens (2010) BIK Regionen. BIK Aschpurwis und Behrens GmbH, Hamburg
19. 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
20. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 10.09.2018)
21. 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)

22. Hoebel J, Rommel A, Schröder SL et al. (2017) Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Health-care among the Elderly in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 14(10):1127
23. Kopetsch T (2014) Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur. GB Sicherstellung und Versorgungsstruktur. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
24. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land – Mangel oder fehlender Komfort? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 160–181. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/201208_Beitrag.pdf (Stand: 06.08.2019)
25. Kopetsch T (2015) Facharzttermine im internationalen Vergleich. Geringe Wartezeiten in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 112(31–32):A-1318
26. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April – Juni 2018. https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2018.pdf (Stand: 11.11.2019)
27. Sundmacher L, Ozegowski S (2013) Ziehen Privatpatienten Ärzte an? *Gesundheit und Gesellschaft* 16(12/13):31–35
28. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019) Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte. *Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html> (Stand: 07.06.2019)
29. Krause L, Prütz F (2019) Gesundheit und Versorgung von Frauen ab 50 Jahren in ländlichen Regionen – Informationen für die Versorgungsplanung aus dem Projekt „Frauen 5.0“. Vortrag auf dem 24. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin. https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2019/Online-Doku_2019/04_Krause_Pruetz_PP.pdf (Stand: 07.08.2019)
30. Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2014) *Ärztedichte: Bedarfsplanung plant am Bedarf vorbei*. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_40103_40104_2.pdf (Stand: 05.09.2018)
31. Etgeton S (2015) *Ärztedichte. Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei*. Faktencheck Gesundheit. *Spotlight Gesundheit* 3:1–8. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-032015/> (Stand: 09.07.2019)
32. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR (2015) Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte): HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen. *Faktencheck Gesundheit*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerzte-dichte_2.pdf (Stand: 11.06.2019)
33. Schang L, Schüttig W, Sundmacher L (2016) Unterversorgung im ländlichen Raum – Wahrnehmung der Versicherten und ihre Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 58–85. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/4_Schang_Schuettig_Sundmacher_Gemo_16.pdf (Stand: 07.08.2019)
34. 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: 19.12.2019)
35. Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2018) *Medibus: Die mobile Hausarztpraxis*. <https://www.kvhessen.de/medibus/> (Stand: 14.02.2019)
36. Amelung V, Wolf S, Ozegowski S et al. (2015) *Totgesagte leben länger – Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen*. *Bundesgesundheitsbl* 58(4):352–359

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

Journal of Health Monitoring · 2020 5(2)

DOI 10.25646/6062

Robert Koch-Institut, Berlin

Enno Nowossadeck, Franziska Prütz,
Martin Thißen

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

Eingereicht: 05.06.2019

Akzeptiert: 21.04.2020

Veröffentlicht: 30.06.2020

Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte

Abstract

Die Region Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (Region Nordost) ist durch große demografische Unterschiede charakterisiert, zum Beispiel in der Siedlungs- und Altersstruktur. Diese Unterschiede können auch für Frauen in der Altersgruppe 50 Jahre und älter beobachtet werden.

Der auffälligste Unterschied ist die Bevölkerungsdichte. Berlin ist eine der am dichtesten besiedelten Großstädte Deutschlands, während Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die am dünnsten besiedelten Bundesländer sind. In den beiden Flächenländern ist die weibliche Bevölkerung im Durchschnitt älter als in Berlin, insbesondere in den ländlichen Räumen. Hier trägt die anhaltende Abwanderung zu einer weiteren Verstärkung der Alterung einerseits sowie einem weiteren Rückgang der Bevölkerungsdichte andererseits bei.

Für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen spielen die zu überwindenden Distanzen eine essenzielle Rolle. Hierfür ist die Nutzung von Pkws von entscheidender Bedeutung. Da Frauen der höheren Altersgruppen jedoch seltener über einen Pkw verfügen können als gleichaltrige Männer, kommt dem öffentlichen Personennahverkehr und/oder anderen modernen Mobilitätsformen (z. B. Rufbus, Sammeltaxis) eine zunehmende Bedeutung zu.

📌 DEMOGRAFISCHE ALTERUNG · BEVÖLKERUNGSDICHTE · GESUNDHEITSVERSORGUNG · SIEDLUNGSSTRUKTUR

Einleitung

Das Projekt „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ beschäftigt sich mit der gynäkologischen und hausärztlichen Gesundheitsversorgung von Frauen, die 50 Jahre und älter sind, in den drei nordöstlichen Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern [1] (siehe ebenfalls Beiträge [Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren](#) sowie [Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärzt-](#)

[licher Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring). Die Gesundheitsversorgung generell (beispielsweise Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung, Pflegeeinrichtungen oder auch Prävention und Gesundheitsförderung) wird stark durch die demografischen Gegebenheiten beeinflusst; diese unterscheiden sich deutlich zwischen den Bundesländern. Auffälligster Unterschied ist, dass die drei Bundesländer unterschiedlich dicht besiedelt sind. Berlin ist im Vergleich mit den anderen Landeshauptstädten der Bundesrepublik mit

Die drei Bundesländer Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sind gekennzeichnet durch sehr dicht besiedelte und sehr dünn besiedelte Regionen.

Die weibliche Bevölkerung in den dünn besiedelten Regionen ist im Mittel älter als die in den dichter besiedelten.

rund 4.000 Einwohnern pro Quadratkilometer sehr dicht besiedelt. Nur München weist mit rund 4.700 Einwohnern pro Quadratkilometer eine höhere Bevölkerungsdichte auf. Im Gegensatz dazu stehen dünn besiedelte Regionen der Flächenländer Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern [2], welche die am dünnsten besiedelten Bundesländer sind.

Für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung stellen insbesondere die dünn besiedelten Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern eine enorme Herausforderung dar. Die geringe Bevölkerungsdichte und die damit verbundene Angebotsdichte der gesundheitlichen Versorgung sind mit längeren Wegezeiten für Menschen in ländlichen Räumen zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung assoziiert. Dies ist vor allem für ältere Menschen, deren Mobilität aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist, problematisch, vor allem wenn diese über keinen Pkw verfügen können.

Einen weiteren demografischen Sachverhalt, der für die Gesundheitsversorgung in der Studienregion relevant ist, stellt der Prozess der demografischen Alterung dar. Dieser Prozess verläuft regional differenziert. Insbesondere in ländlichen Regionen, die durch die Abwanderung (junger) Menschen charakterisiert sind, weist die demografische Alterung eine höhere Dynamik auf als in Regionen, die Zielgebiete der Zuwanderung sind.

Indikator

Die genannten Prozesse werden in diesem Fact sheet anhand von Daten zur weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in den Bundesländern und Kreisen in der Region Nordost dargestellt. Die Altersgrenze von

50 Jahren wurde mit Blick auf das oben dargestellte Projekt gewählt, weil sich für Frauen ab 50 Jahren nach Ende der reproduktiven Phase die Versorgungsanlässe und -bedarfe ändern und zum Beispiel die Beratung und Behandlung von Wechseljahresbeschwerden oder die Nachsorge bei Krebserkrankungen und Operationen eine zunehmende Rolle spielen. Die Daten entstammen der laufenden Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes [3], der Einwohnerregisterstatistik Berlin [4] sowie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung [2, 5].

Ergebnisse und Einordnung

Im Jahr 2017 lebten in der Region Nordost 1,85 Millionen Frauen, die 50 Jahre alt oder älter waren (das sind 47,3 % aller Frauen), davon 755.426 in Berlin (41,1 %), 431.159 in Mecklenburg-Vorpommern (52,8 %) und 666.522 in Brandenburg (52,6 %) (Tabelle 1). Zu Brandenburg gehört das Berliner Umland („Speckgürtel“), das aus 50 Gemeinden in den an Berlin angrenzenden Landkreisen sowie der kreisfreien Stadt Potsdam besteht [6]. Alle anderen Gemeinden Brandenburgs bilden den „weiteren Metropolitanraum“. Im Umland von Berlin lebten rund 236.372 Frauen der Altersgruppe 50 Jahre und älter (berechnet nach [7]).

Die Veränderung der Altersstruktur verlief in der Untersuchungsregion differenziert. So hat sich der Anteil der Frauen dieser Altersgruppe in Brandenburg und in Mecklenburg-Vorpommern (wie auch bei den Männern) deutlich erhöht, während er in Berlin nur leicht angestiegen ist. Dieser Unterschied ist erklärungsbedürftig. Die Ursache für den starken Anstieg in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern wird durch das sukzessive Hineinwachsen der Babyboomer-Generation (Geburtsjahrgänge 1959–1965) [8] in die Altersgruppe

Tabelle 1
Demografische Merkmale der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in den nordöstlichen Bundesländern
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2019) [3], INKAR-Datenbank [2]

	Jahr	Bundesländer			Kreistypen		
		Berlin	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Kreisfreie Großstädte	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	Dünn besiedelte ländliche Kreise
Anzahl Frauen ≥ 50 Jahre	2017	755.426	666.522	431.159	842.962	248.535	761.610
Anteil Frauen ≥ 50 Jahre an weiblicher Bevölkerung (%)	2017	41,1	52,6	52,8	41,5	52,5	53,8
Einwohner insgesamt je km ²	2017	4.055	84	69	3.171	112	63
Frauen ≥ 50 Jahre je km ²	2017	848	22	19	669	30	17
Ländlichkeit* (%)	2017	0,0	44,2	56,1	0,0	36,5	59,7
Mittlere Entfernung Hausarztpraxen (in Metern)	2015	371	1.763	2.058	385	1.533	2.182
Mittlere Entfernung Apotheken (in Metern)	2017	403	2.118	2.379	433	1.916	2.525

*Anteil der Einwohner in Gemeinden mit einer Bevölkerungsdichte < 150 Einwohnern/km²

Die demografische Alterung hält in allen drei Bundesländern auch in Zukunft an.

50 Jahre und älter verursacht. Immer mehr geburtenstarke Jahrgänge überschreiten die Altersgrenze von 50 Jahren. In Berlin kommt hinzu, dass in früheren Jahren im jüngeren Alter Zugewanderte aus dem Ausland sowie aus anderen Bundesländern nunmehr ebenfalls zunehmend das Alter von 50 Jahren erreichen. Die Alterung der Babyboomer sowie der Zugewanderten wird in Berlin von einem weiteren Prozess überlagert. Hier wanderten und wandern insbesondere 30- bis 50-Jährige ins Berliner Umland ab [9], die dann, wenn sie die Altersgrenze 50 Jahre überschreiten, in Brandenburg wohnen und nicht mehr in Berlin. Daraus resultiert der niedrigere Anstieg der Zahl der weiblichen Bevölkerung in der Altersgruppe 50 Jahre und älter in Berlin zwischen 2000 und 2017.

Die Regionen, die heute das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern umfassen, wiesen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) die jüngste Bevölkerung auf [10, 11]. Trotz des starken Einbruchs der Geburtenraten und der Abwanderung nach 1990 war dies 2000 im Anteil der Frauen der Altersgruppe 50 Jahre und älter noch

erkennbar. Er war kleiner als der in Berlin und in Brandenburg (Tabelle 1). Im Jahr 2017 wies Mecklenburg-Vorpommern dann den höchsten Wert der drei Bundesländer auf, hat im Alterungsprozess also die beiden anderen Bundesländer überholt. In vielen Kreisen ist die Alterung so weit vorangeschritten, dass sie als „Alterungspioniere“ gelten können [12].

Bis zum Jahr 2035 wird die Zahl der Frauen, die 50 Jahre und älter sind, in Berlin und in Brandenburg ansteigen, in Mecklenburg-Vorpommern hingegen nicht. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Zahl älterer Frauen in Mecklenburg-Vorpommern sinken wird. Werden nur die Frauen im Alter von 65 Jahren und älter betrachtet, wird mit einem Zuwachs von voraussichtlich rund 30% gerechnet, bei Frauen in der Altersgruppe von 80 Jahren und älter mit einem Zuwachs von über 40% [5]. Der erwartete Rückgang für die Altersgruppe 50 Jahre und älter in Mecklenburg-Vorpommern resultiert aus der Entwicklung in der Altersgruppe 50–59 Jahre, in der sich gegenwärtig die stark besetzten Geburtsjahrgänge befinden [8]. Diese werden bis

Infobox: Siedlungsstrukturelle Merkmale zur Zuordnung von Landkreisen und kreisfreien Städten Deutschlands zu verschiedenen Kreistypen

- ▶ Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnerinnen beziehungsweise Einwohnern
- ▶ Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50% und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohnerinnen beziehungsweise Einwohnern pro Quadratkilometer; sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohnerinnen beziehungsweise Einwohnern pro Quadratkilometer
- ▶ Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50%, aber einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohnerinnen beziehungsweise Einwohnern pro Quadratkilometer; sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohnerinnen beziehungsweise Einwohnern pro Quadratkilometer
- ▶ Dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohnerinnen beziehungsweise Einwohnern pro Quadratkilometer

2035 in höhere Altersgruppen vorgerückt sein und so den Rückgang bei den 50- bis 60-Jährigen verursachen.

Für die Darstellung der Situation in städtischen und ländlichen Regionen von Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern werden die sogenannten Kreistypen herangezogen. Vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung wurden vier Kreistypen („Siedlungsstrukturelle Kreistypen“) entwickelt [13]. Diese Typisierung ordnet die Landkreise und die kreisfreien Städte Deutschlands verschiedenen Kreistypen zu. Grundlage sind siedlungsstrukturelle Merkmale (Infobox).

In der Region Nordost gibt es drei kreisfreie Großstädte (Berlin, Potsdam und Rostock). Die vier kreisfreien Städte (Brandenburg, Cottbus, Frankfurt/Oder und Schwerin) gehören zum Kreistyp „Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen“. In diesen Kreistyp gehören insgesamt neun Kreise. Der Kreistyp „dünn besiedelte ländliche Kreise“ ist mit 15 Kreisen am stärksten besetzt. Zum Kreistypen „Städtische Kreise“ gehört in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern kein Kreis.

In „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“ beträgt der Anteil der Frauen, die 50 Jahre oder älter sind, 53,8%; in „ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen“ sind es 52,5%. In den kreisfreien Großstädten Berlin, Potsdam und Rostock ist ihr Anteil mit 41,5% wesentlich geringer als in den beiden anderen Kreistypen (berechnet nach [3]).

Die bereits benannte höhere Bevölkerungsdichte Berlins schlägt sich auch in der Anzahl von Frauen in der Altersgruppe 50 Jahre und älter pro Quadratkilometer nieder. Durchschnittlich leben in Berlin rund 850 Frauen dieser Altersgruppe pro Quadratkilometer. In Brandenburg sind es 22 und in Mecklenburg-Vorpommern 19 Frauen pro Quadratkilometer (berechnet nach [3, 14]).

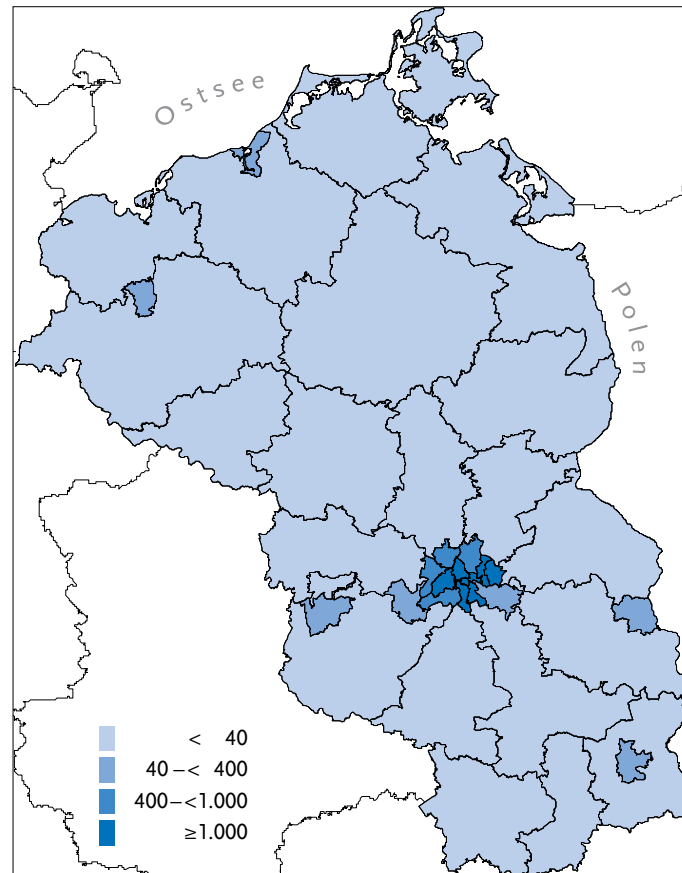
Die Unterschiede in der Bevölkerungsdichte finden ihren Niederschlag auch in der Anzahl der Frauen ab 50 Jahren auf Kreisebene, wie [Abbildung 1](#) zeigt. Die Kreise mit der geringsten Bevölkerungsdichte sind die Landkreise Prignitz, Ostprignitz-Ruppin, Ludwigslust-Parchim sowie Uckermark.

Mit geringeren Bevölkerungsdichten verbunden sind höhere zu überwindende Entfernungen, zum Beispiel die mittlere Entfernung zu einer hausärztlichen Praxis. Die höchsten durchschnittlichen Distanzen in der Region Nordost (gemessen als Luftliniendistanz zur nächsten hausärztlichen Praxis) weisen die Kreise Uckermark (3.345 Meter), Ostprignitz-Ruppin (2.908 Meter), Prignitz (2.816 Meter) sowie der Landkreis Ludwigslust-Parchim (2.914 Meter) auf [2]. Auch bei der mittleren Entfernung zur nächsten Apotheke weisen diese vier Kreise mit 3.400 Metern bis 3.700 Metern die höchsten Werte auf [2]. Diese mittleren Entfernungen sind zu groß, um sie regelhaft zu Fuß zu gehen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich um mittlere Werte handelt. Das schließt ein, dass es eine relevante Anzahl von Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Regionen gibt, für welche die Entfernungen zum Hausarzt oder zur Apotheke nennenswert größer sind als die hier genannten mittleren Entfernungen. Deshalb ist die Verfügbarkeit eines Pkw von eminenter Bedeutung. Die Daten zeigen, dass die Kreise mit den geringsten Werten für die Bevölkerungsdichte und den höchsten für die Entfernungen zu Hausarztpraxen/Apotheken zugleich hohe Anteile der Frauen im Alter von über 49 Jahren an der weiblichen Bevölkerung insgesamt aufweisen. Die Kombination dieser Ausprägungen ist in anderen Landkreisen nicht zu beobachten, insbesondere nicht in den an Berlin angrenzenden

Abbildung 1
Zahl der Frauen im Alter von 50 Jahren
und älter pro Quadratkilometer

Quelle: Statistisches Bundesamt (2019) [3],
 Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2019),
 Statistisches Amt Mecklenburg-
 Vorpommern (2018) [20]

**Die geringe
 Besiedlungsdichte hat
 überdurchschnittliche
 Distanzen zu den
 nächstgelegenen
 Einrichtungen der
 Gesundheitsversorgung
 zur Folge.**



Landkreisen (nicht dargestellt). Auch in den kreisfreien Städten ist diese Kombination nicht vorzufinden.

Eine Studie hat gezeigt, dass ältere Frauen regelhaft seltener über einen Pkw verfügen (können) als Männer und dass zudem Frauen mit Mobilitätseinschränkungen eine niedrigere Pkw-Verfügbarkeit aufweisen als Frauen ohne Mobilitätseinschränkungen [15]. Dieser Studie kann auch entnommen werden, dass die Nutzung des öffentlichen

Personennahverkehrs durch ältere Personen in ländlichen Regionen nur eine untergeordnete Rolle spielt (dieser wird nur von etwa 10% der weiblichen Bevölkerung genutzt) [15]. Diese Problematik ist vor allem vor dem Hintergrund von nicht ausreichenden Mobilitätsangeboten durch den Öffentlichen Nahverkehr zu sehen. Hier sind vor allem Erreichbarkeitsprobleme und geringe Taktfrequenzen zu nennen, die generell für ländliche Räume in Deutschland zu konstatieren sind [15–17]. Es gibt eine breite Debatte zu möglichen Anpassungen und Weiterentwicklungen des Öffentlichen Nahverkehrs, die nicht nur die unmittelbare Ausgestaltung (beispielsweise mit alternativen und flexiblen Bedienformen) betreffen, sondern auch Fragen der Finanzierung, der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen oder der politischen Ausgestaltung der Rahmenbedingungen [16].

Die Alterung der weiblichen Bevölkerung zieht einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen nach sich. Dieser Anstieg kollidiert mit einem Ärztemangel in den ländlichen Räumen Deutschlands, der durch die Alterung der Ärzteschaft und den damit möglicherweise verbundenen Schließungen von Arztpraxen wegen des Ruhestandes verstärkt wird [17, 18]. Nur durch ein Bündel von Maßnahmen wird hier Abhilfe geschaffen werden können [17], zu dem auch die Erhöhung der Attraktivität der Ansiedlung für junge Ärztinnen und Ärzte gehört [19].

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die demografischen Gegebenheiten der drei nordöstlichen Bundesländer für die weibliche Bevölkerung der Altersgruppe 50 Jahre und älter durch folgende Sachverhalte beschrieben werden können:

Der größte Teil der weiblichen Bevölkerung der dargestellten Altersgruppe wohnt in kreisfreien Großstädten.

Im Vergleich zu ländlichen Regionen weisen diese eine etwas günstigere Altersstruktur auf. Die weibliche Bevölkerung in den durch eine niedrigere Bevölkerungsdichte gekennzeichneten ländlichen Regionen ist älter, und der Alterungsprozess hält künftig an. Dies führt zu beträchtlichen Herausforderungen, auch im Hinblick auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung. Die demografische Alterung trägt zu einem wachsenden Versorgungsbedarf bei. Für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung sind jedoch größere Distanzen zu überwinden, was insbesondere für ältere Frauen zunehmend problematischer wird.

Korrespondenzadresse

Enno Nowossadeck
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: NowossadeckE@rki.de

Zitierweise

Nowossadeck E, Prütz F, Thißen M (2020)
Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte.
Journal of Health Monitoring 5(2): 36–43.
DOI 10.25646/6062

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

Förderungshinweis

Die Erstellung des Manuskripts erfolgte ohne externe Fördermittel.

Interessenkonflikt

Die Autorin und die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss – Innovationsausschuss (2017) Frauen 5.0 – Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahren durch Fachärzte und Fachärztinnen für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin.
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/frauen-5-0-regionale-versorgung-von-frauen-ueber-49-jahren-durch-fachaerzte-und-fachaerztinnen-fuer-gynaekologie-und-fuer-allgemeinmedizin.29> (Stand: 23.04.2020)
2. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2018) Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2018. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Bonn.
<https://www.inkar.de/> (Stand: 15.01.2019)
3. Statistisches Bundesamt (2019) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.
<http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=550D> (Stand: 09.01.2019)
4. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2019) Einwohnerregisterstatistik.
<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/datenbank/inhalt-datenbank.asp> (Stand: 09.01.2019)
5. Schlömer C, Bucher HJ, Hoymann J (2015) Die Raumordnungsprognose 2035 nach dem Zensus. BBSR-Analysen KOMPAKT 05/2015. BBSR, Bonn
6. Gemeinsame Landesplanungsabteilung der Länder Berlin und Brandenburg (2009) Landesentwicklungsplan Berlin-Brandenburg (LEP B-B). Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Berlin; Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung, Potsdam
7. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2019) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.
<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/datenbank/inhalt-datenbank.asp> (Stand: 14.01.2019)
8. Menning S, Hoffmann E (2009) Die Babyboomer – ein demografisches Porträt. GeroStat Report Altersdaten. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

9. Niemann-Ahrendt K (2017) Die Anziehungskraft Berlins. Wanderungsdaten aus dem Einwohnermelderegister. Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg 12(4):66–71

10. Menning S (2005) Demographische Alterung in den Regionen – das Beispiel Mecklenburg-Vorpommern. Informationsdienst Altersfragen 32(3):8–12

11. Muth E, Scholz R, Kruse A et al. (2010) Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern – Veränderung der Altersstruktur, demografische Alterung und Schrumpfung von 1982 bis 2007. Statistische Hefte Mecklenburg-Vorpommern 7(2):9–19

12. Menning S, Nowossadeck E, Maretzke S (2010) Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Report Altersdaten 1–2/2010. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

13. Milbert A (2015) Raumabgrenzungen – Methodik und Entwicklung der BBSR-Typen. In: Meinel G, Schumacher U, Behnisch M et al. (Hrsg) Flächenmanagement – Analysen und Szenarien (IÖR-Schriften 67). Rhombos-Verlag, Berlin, S. 173–179

14. Statistisches Bundesamt (2019) Feststellung des Gebietsstandes. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data/sid=D89AEBAD3Ao8F900CB8B4AD00CD7C898.GO_1_3?operation=statistikenVerzeichnisNextStep&levelindex=0&levelid=1547653261933&index=2&structurelevel=2 (Stand: 11.01.2019)

15. Giesel F, Köhler K, Nowossadeck E (2013) Alt und immobil auf dem Land? Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Bundesgesundheitsbl 56:1418–1424

16. Leibert T, Schaarwächter M (2019) Gutachten für den Landtag Brandenburg zum Thema „Binnendifferenzierung der demographischen Entwicklungsmuster und -perspektiven im metropolentfernen Raum des Landes Brandenburg“, Aktualisierter Endbericht. Leipzig

17. Robert Koch-Institut (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)

18. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn

19. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J et al. (2013) Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 89(1):10–15

20. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2018) Bodenfläche nach Art der tatsächlichen Nutzung in Mecklenburg-Vorpommern 2017. Statistischer Bericht. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin

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



Executive Summary

Regionale Versorgung von Frauen 50+ durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Gynäkologie



Von der Versorgungsforschung zur partizipativen Gestaltung der Versorgung

Dieser Executive Summary wurde erstellt, um die Diskussion der Stakeholder im Rahmen des Abschluss-symposiums Frauen 5.0 am 15.01.2020 in Berlin zu fördern. Die Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information der Öffentlichkeit, vorrangig der Fachöffentlichkeit.

- ❖ **Frauengesundheit**
- ❖ **Versorgungssituation**
- ❖ **Gestaltungsmöglichkeiten**



Institut für Allgemeinmedizin
Working Group Health Policy & Systems Research (HPSR)

gefördert vom:



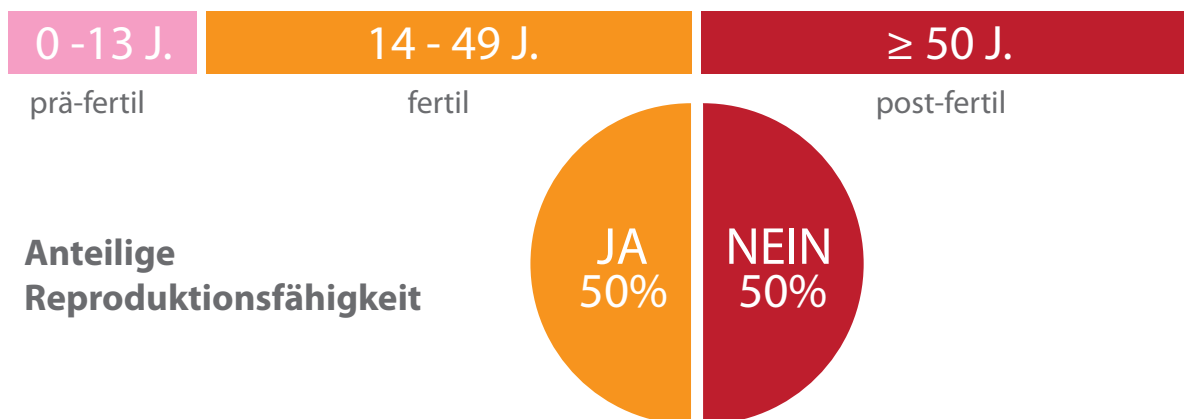


Warum die Frau ab 50?

Bei einer Lebenserwartung in Deutschland von aktuell 83 Jahren und bei durchschnittlichem Erreichen der Reproduktionsfähigkeit mit 14 Jahren ist eine Frau ab diesem Zeitpunkt 35 Jahre im Reproduktionsalter und weitere 35 Jahre nicht im Reproduktionsalter: somit etwa die Hälfte ihres Lebens nicht in einer (natürlichen) fertilen Phase, ohne Berücksichtigung der prä-fertilen Phase.

Frauengesundheit, Lebensphasen, Fertilität

Durchschnittliche Altersabschnitte und Lebensphasen



Fazit: eine Frau ist (ab Beginn ihrer Reproduktionsreife) in etwa der Hälfte ihres Lebens in einer nicht-fertilen Lebensphase

Was ist Frauengesundheit?

Im Projekt Frauen 5.0 wurde eine Definition von Frauengesundheit erarbeitet, bei der die gynäkologischen Aspekte der Gesundheit von Frauen, einschließlich sexueller Gesundheit sowie weiterer Aspekte der allgemeinen Gesundheit von Frauen, in allen Lebensphasen (im Life Cycles Approach) berücksichtigt werden.

Frauengesundheit, Definition im Life Cycle Approach



Frauengesundheit beinhaltet die körperliche, energetische, emotionale, mentale Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen jeden Alters, welche eine angemessene und selbstbestimmte Teilnahme an sämtlichen Lebensbereichen uneingeschränkt ermöglicht, wie z. B. (individuelle) Gesundheit, Sexualität, Familie, Beruf, Finanzen, soziale und gesellschaftliche Teilhabe, Selbstverwirklichung, Ehrenamt, Religion oder Spiritualität.

Von der Situationsanalyse zur partizipativen Gestaltung der Versorgung

Die Studie Frauen 5.0 untersucht die regionale, ambulante Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren (Frauen 50+) in den drei nordöstlichen Bundesländern (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) aus der Perspektive der Grundversorgenden (Hausärztinnen und Hausärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen) und der Frauen 50+. Mit Beteiligung betroffener Akteure und Versorgungsgestaltender wurde anhand der Ergebnisse ein innovatives Versorgungskonzept „von der Region für die Region“ erarbeitet, das die Sicherstellung eines niedrigschwelligen und gerechteren Zugangs zur gynäkologischen Versorgung der Frauen 50+ ermöglichen wird. Durch die verstärkte Zusammenarbeit und Kooperation aller Gesundheitsprofessionen sowie durch die Förderung der Gesundheitskompetenz und den gezielten Einsatz digitaler Anwendungen zur Kommunikationsunterstützung in der Gesundheitsversorgung sollen Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen 50+ verbessert werden.

Hierzu wurden 1) Sekundärdaten zur Versorgungssituation analysiert, 2) die Meinung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie von Gynäkologinnen und Gynäkologen mittels quantitativer Fragebögen

erhoben, 3) Patientinnen anhand qualitativer, leitfadengestützter Telefon-interviews befragt und 4) diese Ergebnisse in Fokusgruppen und in Diskussionsrunden mit am Thema beteiligten und betroffenen Akteuren der Region diskutiert.

Es ist gelungen ein breites Spektrum an Akteuren in das Projekt „Frauen 5.0“ zu involvieren und damit deren Partizipation wie auch Unterstützung innerhalb der Projektlaufzeit zu verstetigen. Zu den Akteuren gehören Leistungserbringer (Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin), Entscheidungsträger (u. a. Ministerien, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern) und Versorgungsgestalter (z. B. Berufsverbände, Forschungsinstitute, regionale Ärztenetze). In Zusammenarbeit wurde eine innovative und nachhaltige Versorgungsform für die regionale Versorgung von Frauen 50+ entwickelt, in der sowohl die Bedürfnisse der Bevölkerung als auch der Leistungserbringer berücksichtigt werden. Für die weitere Umsetzung konnten die Partizipierenden sowie weitere Interessenten gewonnen werden, die bereit sind, das Konzept aufzunehmen und auszuführen. Die Umsetzung soll von der Konsortialleitung wissenschaftlich begleitend evaluiert werden.

Das Projekt Frauen 5.0

Ziele: Analyse der aktuellen Versorgungssituation & Entwicklung eines Modellkonzepts

Beschreibung der Gesundheits- und Versorgungssituation von Frauen 50+	Perspektive der Grundversorgenden	Perspektive der Frauen 50+	Partizipative Phase
Analyse der Sekundärdaten mit statistischen und kartografischen Methoden	Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Gynäkologinnen und Gynäkologen	Leitfadengestützte Interviews mit Patientinnen	Diskussionsrunden mit Versorgungsgestaltenden
Konsortialpartner: Robert Koch-Institut	Konsortialleitung: Charité - Universitätsmedizin Berlin		

Entwicklung eines neuen Versorgungsmodells für die regionale Versorgung von Frauen 50+

Wirkung: Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen 50+ verbessern

Mittel: Verstärkte Zusammenarbeit und Kooperation von sämtlichen Gesundheitsprofessionen Förderung der Gesundheitskompetenz

Aussicht: Regionale Umsetzung des Modellkonzepts mit begleitender wissenschaftlicher Evaluation



Frauen 50+ in der Region Nordost

Im Alter von etwa 50 Jahren beginnt für Frauen eine neue Lebensphase: Die Wechseljahre gehen mit hormonellen Veränderungen einher. Während dieser Zeit endet die fertile Phase und die Beratungsbedarfe der Frauen ändern sich. Erkrankungen nehmen zu. Gesundheitliche Beschwerden können auftreten, die Anlass zur Betreuung in gynäkologischen Praxen sein können. Jedoch zeigt sich, dass Frauen ab 50 zwar häufig zu Hausärztinnen und Hausärzten gehen, in Apotheken und bei anderen Gesundheitsberufen um Rat fragen, jedoch nur selten Gynäkologinnen oder Gynäkologen aufsuchen.

Derzeit leben über 1,8 Millionen Frauen im Alter von 50 Jahren oder älter in der Region Nordost. Bereits jetzt sind im ländlichen Bereich mehr als die Hälfte aller Frauen 50 Jahre alt oder älter.

Perspektivisch sind bedingt durch den demografischen Wandel starke Zuwachsraten für die Gruppe der Hochaltrigen zu erwarten, was wiederum mit hoher Wahrscheinlichkeit zu zunehmenden Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in den spezifisch betroffenen Regionen führen wird.

Die Versorgung dieser Zielgruppe wird aufgrund der bereits jetzt knappen Kapazitäten in den Versorgungseinrichtungen, der häufig schlechten Erreichbarkeit der Praxen und durch die aufgrund des Alters zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und häufig eingeschränkten Mobilität der älteren Frauen zusätzlich erschwert.

Zur Versorgung der Frauen 50+ in der Region Nordost stehen etwa 10.000 Hausärztinnen und Hausärzte sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Verfügung. Diese Praxen verteilen sich vorrangig in kreisfreien Städten und urbanen Räumen, die eine vergleichsweise junge Bevölkerungsstruktur aufweisen. Während die Versorgungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern homogen verteilt sind, zeichnet sich Brandenburg durch eine verstärkte Agglomeration im Einzugsgebiet von Berlin aus. In der Bundeshauptstadt sind klare Zentrierungstendenzen in Richtung Stadtmitte zu erkennen.

Praxen für Gynäkologie werden nach Selbsteinschätzung der Grundversorgenden tendenziell als besser erreichbar gewertet als allgemeinmedizinische Praxen.

Darüber hinaus unterscheiden sich insbesondere die allgemeinmedizinischen Praxen in ihrer Einschätzung der Erreichbarkeit: In Berlin geben lediglich 6 % der Hausärztinnen und Hausärzte an, schlecht erreichbar zu sein und in Mecklenburg-Vorpommern sind 34 % der befragten Hausärztinnen und Hausärzte dieser Meinung.

Der demografische Wandel macht sich nicht nur in der Bevölkerungsstruktur bemerkbar – auch die Ärzteschaft ist betroffen: Ca. ein Drittel der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und für Gynäkologie in der Region Nordost sind bereits jetzt 60 Jahre alt oder älter. Die Befragung dieser Grundversorgenden zeigt, dass etwa die Hälfte der Befragten die Absicht hat, die Praxis in den nächsten zehn Jahren abzugeben.

Fünf von zehn der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte sowie drei von zehn der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen gaben an, mit dem wirtschaftlichen Ergebnis ihrer Praxis zufrieden zu sein. Mehr als die Hälfte aller in der Region niedergelassenen Grundversorgenden gaben an, ihr Budget in jedem der letzten vier Quartale überschritten zu haben.

Etwa die Hälfte der angestellten Hausärztinnen und Hausärzte und etwa zwei von fünf der angestellten Gynäkologinnen und Gynäkologen schlossen eine eigene Niederlassung in der Zukunft aus. Damit wird deutlich, wie drängend die Nachfolgesuche bereits ist und welche Versorgungsempässe daraufhin in den kommenden Jahren drohen.



Analyse der Versorgungssituation

Inanspruchnahme ambulanter Versorgung

Aktuell nehmen lediglich 60 Prozent der Frauen 50+ ambulante gynäkologische Leistungen in Anspruch – mit steigendem Alter nimmt diese Inanspruchnahme kontinuierlich ab. Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen sind insbesondere das Alter, Beschwerdefreiheit, Angst und Scham. Darüber hinaus hemmen das Fehlen einer Stammpraxis, ein Arztwechsel, die große Entfernung zur Praxis, lange Wartezeiten, Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung und Barrieren der Terminwahrnehmung die ambulante gynäkologische Inanspruchnahme.

Hier sollten Frauen verstärkt für dieses wichtige Thema sensibilisiert werden. Sie sollten ermutigt und befähigt werden, Warnsignale wahrzunehmen, um frühzeitig ärztlichen Rat einzuholen.

Hausärztliche Leistungen werden jedoch über den gesamten Lebenszyklus hinweg von mehr als 80 Prozent aller Frauen in Anspruch genommen. Beide Facharztgruppen werden von den Frauen als Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner und Anlaufstelle für Frauengesundheit angesehen und könnten eine Lotsenfunktion für ihre Patientinnen übernehmen.

Gynäkologische Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte

In hausärztlichen Praxen wird jedoch das Thema Frauengesundheit nicht systematisch angesprochen. Nur wenige Hausärztinnen und Hausärzte verfügen über Kenntnisse zur Mitversorgung der gynäkologischen Aspekte von Frauengesundheit. Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte, die gynäkologische Inhalte in ihrer Weiterbildung durchlaufen haben, sind bereits über 60 Jahre alt.

Insbesondere die Jüngeren sind offen für eine intensive Zusammenarbeit mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen und stark interessiert an einer gynäkologischen Qualifikation für die gemeinsame Versorgung von Frauen 50+.

Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsleistenden

Da die Zusammenarbeit zwischen den Facharztgruppen bisher nur gering ausgeprägt ist, gibt es aktuell noch keine koordinierte Versorgung der Frauen ab 50. Insbesondere im ländlichen Raum zeigt sich jedoch eine große Offenheit der befragten Ärztinnen und Ärzte für eine Vernetzung. Aktuell fehlen Informationen über existierende Angebote außerhalb der Praxen, die beispielsweise durch Krankenkassen oder andere Berufsgruppen offeriert werden. Auch gibt es noch keine koordinierte Zusammenarbeit der anderen Grundversorgenden und weiteren Gesundheitsprofessionen wie z. B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten.

Hier sind Vorschläge zu entwickeln, wie diese fachübergreifende Vernetzung perspektivisch gestärkt werden kann, um die Versorgungssicherheit der Frauen 50+ gewährleisten zu können. Eine Möglichkeit hierfür liefern Konzepte der Mitversorgung, die die Erweiterung erbrachter Leistungen durch Grundversorgenden begünstigen (task sharing / task expansion).

Gestaltungsmöglichkeiten

Eine hohe Zustimmung zeigt sich hinsichtlich der Einführung eines modularen Check-ups „Frauen 50+“. Mehr als 70 % der befragten Grundversorgenden stehen ihr positiv gegenüber. Um einen größeren Wirkungsgrad zu erreichen, sollten abgestimmte Tätigkeiten auch an nicht-ärztliches Praxispersonal delegiert werden, insbesondere solche, die als Vor- oder Nachbereitung ärztlicher Leistungen verstanden werden.

Auch wird die Erbringung von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen im Rahmen der interprofessionellen Kooperation begrüßt. Darüber hinaus könnte die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen durch den Einsatz von digitaler Technologie unterstützt und gefördert werden.



Grundsätze für die Versorgungsgestaltung

Ein Kerngedanke des Projektes Frauen 5.0 besteht darin, eine Verbesserung von Versorgungsabläufen durch eine passgenaue Umverteilung der Zuordnung von ambulanten Leistungen zwischen der hausärztlichen und der gynäkologischen Versorgung zu erzielen: Da für Hausärztinnen und Hausärzte die Zielgruppe der mittelalten und älteren Frauen zu den am häufigsten versorgten Patientinnen gehört, könnte eine Mitversorgung von Aspekten der Frauengesundheit durch Hausärztinnen und Hausärzte zur früheren Diagnosestellung bösartiger Erkrankungen, zu verkürzten Wartezeiten, zur besseren Vor- und Nachbetreuung stationär behandelter Patientinnen und schlussendlich zur Kostenreduzierung im Gesamtsystem führen.

Mitversorgung setzt die Verbesserung der fachlichen Kompetenzen von Hausärztinnen und Hausärzten auf gynäkologischem Gebiet voraus. Eine gynäkologische Qualifikation der Hausärztinnen und Hausärzte soll ermöglicht werden. Wichtig hierbei ist die Akzeptanz aller beteiligten Gruppen: sowohl aus Sicht der Grundversorgenden als auch aus Sicht der Frauen für ausgewählte Beratungs-, Diagnose- oder Therapieanlässe. Zuständigkeiten sind klar zu regeln. Eine weitere Basis für eine systematische und strukturierte Zusammenarbeit von allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Praxen soll der Check-up Frauen 50+ sein.

► **Strukturierte Zusammenarbeit zwischen Grundversorgenden**

Weiterhin soll die neue, niedragschwellige Versorgungsform auf einem Konzept für eine strukturierte Zusammenarbeit der beiden Facharztgruppen basieren. Ziel ist es eine ganzheitliche und umfassende Versorgung der Frauen 50+ einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention zu gewährleisten und nicht nur die Diagnostik und Therapie gynäkologischer Erkrankungen zu verbessern.

Hausärztinnen und Hausärzte sollen ihre Lotsenfunktion weiterhin behalten und zur Inanspruchnahme der gynäkologischen Versorgung motivieren. Dabei sollten Indikatoren (Red-Flags), bei denen eine Vorstellung in einer gynäkologischen Praxis notwendig ist, von den Beteiligten für die jeweilige Region erörtert werden. Auch darüber hinaus könnte die Versorgung von Frauen 50+ durch Gynäkologinnen und Gynäkologen gestärkt werden. Zudem könnten Synergien zwischen den verschiedenen Berufsgruppen geschaffen und genutzt werden, um die Gesundheit von Frauen 50+ bei sinnvollem Einsatz der Versorgungsressourcen zu verbessern.

Um die Nachhaltigkeit der Versorgungsform zu gewährleisten, sollen regionale und kommunale Strukturen (z. B. bestehende Ärztenetzwerke) genutzt werden.

► **Vernetzung der Gesundheitsberufe und Angebote für Gesundheitsinformationen**

Der Vernetzungsansatz soll über diese beiden Facharztgruppen hinausgehen und unterschiedliche Gesundheitsprofessionen wie z. B. nicht-ärztliches Praxispersonal, Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Ernährungsberaterinnen und -berater, und Apothekerinnen und Apotheker, die bereits jetzt eine wichtige Rolle bei der Versorgung von Frauen 50+ spielen, berücksichtigen. Diese sollen dazu in die Versorgung stärker eingebunden werden. Hierzu könnten Methoden und Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden. Zur weiteren Unterstützung der Zielerreichung könnte in ländlichen Regionen über eine veränderte Struktur, beispielsweise in Form von interdisziplinären Teams, nachgedacht werden, die die praxis- und fachgebietsübergreifende Koordinierung von regionalen Angeboten unterstützen.

► **Stärkung der Gesundheitskompetenzen**

Die Studie Frauen 5.0 zeigt, dass Gründe und Barrieren der Nichtinanspruchnahme gynäkologischer Leistungen sowohl auf persönliche als auch gesundheitssystemische Barrieren zurückgeführt werden können. Die Förderung der Gesundheitskompetenz von Frauen 50+ kann das Wissen über gynäkologische Erkrankungen und Möglichkeiten der Früherkennungsuntersuchung vermitteln, aber auch über Versorgungsangebote informieren, ohne dabei eine Überversorgung auszulösen und in der bedarfsgerechten Inanspruchnahme bestärken.

Versorgungsmodell: Konzept

Fachkompetenz sichern

Gegenseitige Qualifikationen zur fachübergreifenden Versorgung: Abgestimmte Schulungskonzepte für gynäkologische Qualifikation der Hausärztinnen und Hausärzte sowie für allgemeinmedizinische Qualifikation der Gynäkologinnen und Gynäkologen

Strukturierte Zusammenarbeit aller Beteiligten

- Mitversorgung und Zuständigkeiten hinsichtlich der Aspekte der Frauengesundheit für Beratung, Diagnose und Therapie regeln
- Check-up „Frauen 50+“ einsetzen und Lotsenfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte stärken
- Vernetzung zwischen den Versorgungsleistenden (sowohl Facharztgruppen untereinander als auch mit unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen) fördern
- Heterogenität der Versorgungssituation berücksichtigen
- Versorgungsgestaltende einbeziehen
- Auf regionalen Netzwerkstrukturen aufbauen
- Digitalisierungsmöglichkeiten gezielt nutzen

**Synergien nutzbar machen
Versorgungsressourcen
sinnvoll einsetzen**



**Verbesserung der Frauengesundheit
durch Optimierung der Versorgungs-
organisation und -abläufe**



Vorschlag zur Umsetzung des Modellversorgungskonzepts

Das Versorgungskonzept sieht ein Bündel koordinierter Maßnahmen in der primärärztlichen ambulanten Versorgung der Region Nordost sowie unter Berücksichtigung der Möglichkeiten der Digitalisierung vor. Bisher wurden im Projekt unter Partizipation beteiligter Akteure folgende Bausteine erarbeitet:

- ▶ **Fach- und berufsübergreifende Versorgung**
- ▶ **Kompetenzentwicklung des Gesundheitspersonals**
- ▶ **Empowerment von Frauen 50+**

► **Fach- und berufsübergreifende Versorgung**

Die Mitversorgung kann durch die Einführung eines strukturierten Check-up „Frauen 50+“, der sowohl in der allgemeinmedizinischen als auch in der gynäkologischen Praxis erbracht werden kann, ermöglicht werden. Dieser Check-up könnte aus vier Modulen bestehen, die gezielt für die Gesundheitsbedürfnisse der Frauen 50+ konzipiert wurden: (1) gynäkologisches Krebsrisiko (Motivieren zur Krebsfrüherkennung, Erinnern an die Selbstuntersuchung der Brust, Erheben des familiären gyn. Krebsrisikos und Vorbelastungen), (2) Gesundheitsförderung (Risikobewertung für Osteoporose, Gewichtsveränderungen), (3) Wohlbefinden (Inkontinenz, Wechseljahresbeschwerden, sexuelle Gesundheit, subjektive Gesundheit) und (4) Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Möglichkeiten der Finanzierung einer solchen Maßnahme sollen weiterhin partizipativ mit der Selbstverwaltung ausgearbeitet werden.

► **Kompetenzentwicklung des Gesundheitspersonals**

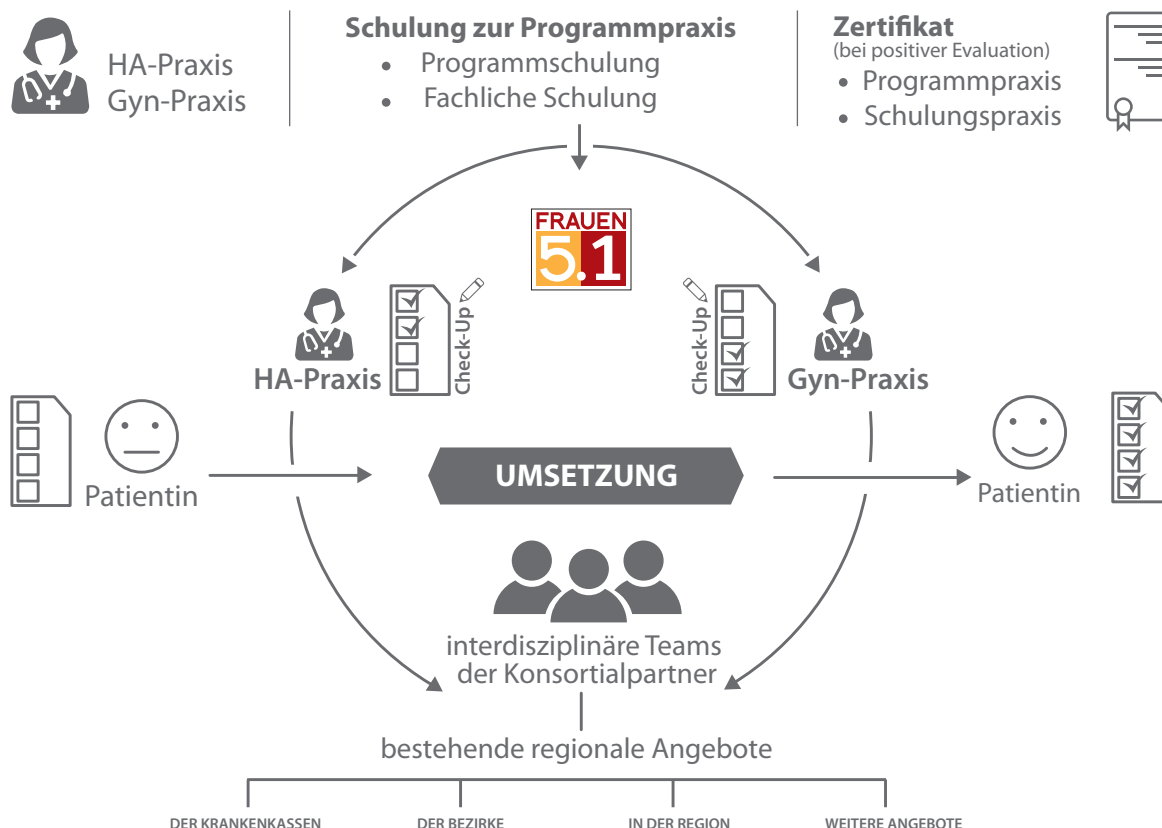
Alle interessierten Hausärztinnen und Hausärzte sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen bekommen eine einführende Schulung zu dem Programm: zum Vorgehen, zu den bereitgestellten

Materialien (Fragebögen, Dokumentationsbögen etc.) und zur Abrechnungsmodalität der Leistungen. Ergänzend erhalten Programmpraxen eine fachliche Schulung, deren Curriculum die Mitversorgung der Module des Check-ups „Frauen 50+“ abdeckt. Diese Schulung soll die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte für den Umgang mit Frauengesundheit in der Primärversorgung inkl. Kommunikation, Lösungsansätze und Anlaufstellen für Bedürfnisse der Frau 50+ qualifizieren und sensibilisieren. Auch das nicht-medizinische Praxispersonal wird diesbezüglich geschult, um auf spezifische Angebote der Kommune, von Krankenkassen sowie weitere Beratungsstellen hinweisen zu können oder Informationen an das interdisziplinäre Team weiterzuleiten.

► **Empowerment von Frauen 50+**

Die Sensibilisierung der Grundversorgenden bezüglich der Bedarfe von Frauen 50+ soll dazu beitragen, diese in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken. Weitere Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Frauen 50+ sind die Erstellung oder das Hinweisen auf bereits existierende zielgruppengerechte Gesundheitsinformationen. Diese könnten z. B. in Arztpraxen oder Apotheke ausgelegt werden bzw. digital oder online verfügbar sein.

Praxen und Patientinnen-Flow in Programm „Frauen 5.1“





Erwartete Wirkungen der neuen Versorgungsform

Es ist davon auszugehen, dass aufgrund des vorgeschlagenen Versorgungsmodells Frauen ab 50 besser erreicht werden können, da durch das konsequente Zusammenwirken der Grundversorgenden und die zusätzliche Einbindung weiterer Gesundheitsberufe vielseitige Kontaktmöglichkeiten geschaffen werden, die Frauen mittleren und höheren Alters für Gesundheitsförderung und Prävention zu Themen der Frauengesundheit sensibilisieren und sie in ihrer Gesundheitskompetenz stärken. Risiken können so früher erkannt, Krankheiten früher diagnostiziert und behandelt werden. Es sollen sinnvolle Mitversorgungsmöglichkeiten ausgewiesen und abrechenbar gemacht werden, um die Versorgungsqualität ohne zusätzliche Kosten zu steigern und durch die Einführung finanzieller Anreize die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten.

Hausärztinnen und Hausärzte sollen durch die neue Organisation der Versorgung, durch die strukturierte Kooperation mit anderen Fachgruppen, nicht-ärztlichem Personal und regionalen,

gesundheitsprofessionsübergreifenden interdisziplinären Teams entlastet werden. Eine konsequente Nutzung digitaler Anwendungen soll die Kommunikation der Mitversorgenden unterstützen, Absprachen dokumentieren und die für jede Patientin erbrachten Co-Leistungen einschließlich Selbstmedikation übersichtlich abbilden.

Durch eine bessere Vernetzung (persönlich und digital) wird eine bessere Verteilung der Aufgaben ermöglicht. Das erhöht die Attraktivität der Arztpraxen im ländlichen Raum und soll einen Beitrag dazu leisten, die Nachfolgesuche zu erleichtern und damit die medizinische Versorgung für Frauen mittleren und höheren Alters auch zukünftig zu sichern.

All dies kann dazu beitragen, Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen 50+ in der Region Nordost zu verbessern. Ausgehend von dieser Modellregion wird damit die Möglichkeit eröffnet, diese neue Versorgungsform nach positiver Evaluation auch in anderen Regionen zu etablieren.

Haftungsausschluss

Die in diesem Dokument dargestellten Informationen, Ideen und Konzepte beruhen auf Erkenntnisse des Versorgungsforschungsprojekts "Frauen 5.0" und werden von der Konsortialleitung vertreten. Diese Inhalte spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung der Charité - Universitätsmedizin, des Instituts für Allgemeinmedizin (Konsortialführung), des Robert Koch-Instituts (Konsortialpartner) oder sämtlicher Kooperationspartner des Projekts wider.

Copyright

Die Inhalte sind Eigentum der Working Group HPSR, Institut für Allgemeinmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin. Die Verwendung, Vervielfältigung, Weiterverbreitung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen zu kommerziellen Zwecken oder sonstige Verwertung ist nur im Rahmen der geltenden rechtlichen Vorschriften, insbesondere des Urheberrechtsgesetzes, zulässig.

Danksagung

Unser Dank gilt allen partizipierenden Personen und Institutionen aus Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere Teilnehmenden der Diskussionsrunden (niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen) sowie unseren Kooperationspartnern (Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und Berufsverbände der Region Nordost und unserem Konsortialpartner, dem Robert Koch-Institut (Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung) und auch den am Projekt beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie unseren Beratenden.

Förderung

Das Projekt Frauen 5.0 wurde durch Mittel des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses, 1. Förderwelle, Thema "Gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV" zwischen Juli 2017 und Februar 2020 gefördert.

Impressum

Herausgeber

Projekt Frauen 5.0
Institut für Allgemeinmedizin
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Kontakt

E-Mail: Lorena.dini@charite.de
Telefon: +49 30 450514229
Fax: +49 30 450 7 514229

Redaktion

Lorena Dini, Konsortialleitung Frauen 5.0,
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Bilder

© 2020 iStockphoto

Druck

K+L DruckenPlus GmbH
Berlin

<https://frauen50.charite.de>

Anhang zu AP1 - Katalog mit den häufigsten Beratungsergebnissen und Erkrankungen Detailmethodik und -ergebnisse zur Literaturrecherche

Inhalt:

1. Katalog mit den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen
2. Detailmethodik und -ergebnisse zur Literaturrecherche

1. Katalog mit den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen

A. Mögliche Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei 50- bis 79-jährigen Frauen (n=2.287), Selbstangaben; Datenquelle: DEGS1 (2008 – 2011)

Möglicher Anlass für eine Beratung oder Behandlung in einer gynäkologischen Praxis	Prävalenz bei Frauen ab 50 Jahren (%)
Mammografie (in den letzten 2 Jahren)	73,1
Tastuntersuchung der Brust (in den letzten 12 Monaten)	65,0
Krebsabstrich vom Gebärmutterhals (in den letzten 12 Monaten)	58,0
Letzte Regelblutung (mit 50 Jahren oder später)	47,2
Einnahme Hormonpräparat (zurzeit)	35,5
Gebärmutterentfernung (jemals)	32,7
Harninkontinenz (zurzeit)	30,8
Eierstockentfernung (jemals)	14,3
Osteoporose (jemals)	13,1
Verwendung Verhütungsmittel (zurzeit, 50-65 J.)	6,5
Gebärmuttersenkung (jemals)	5,5
Brustkrebs (jemals)	4,7
Gynäkologische Krebserkrankung (jemals)	2,9

B. Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern („Dreisteller“) bei Gynäkologinnen und Gynäkologen für Frauen ab 50 Jahren in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern), 2016 (n=1.448.162); Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Rang	ICD	Kurztext
1	N95	Klimakterische Störungen
2	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose
4	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie
6	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
7	N81	Genitalprolaps bei der Frau
8	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen
9	N76	Sonstige entzündliche Krankheiten der Vagina und Vulva
10	Z90	Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert
11	D25	Leiomyom des Uterus
12	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
13	F45	Somatoforme Störungen
14	E66	Adipositas

Rang	ICD	Kurztext
15	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen
17	UUU	
18	F32	Depressive Episode
19	Z80	Bösartige Neubildung in der Familienanamnese
20	N60	Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsendysplasie]
21	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix
22	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
23	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation
24	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
25	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus
26	Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert
27	Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung
28	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur
29	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
30	E34	Sonstige endokrine Störungen
31	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten
32	E03	Sonstige Hypothyreose
33	E11	Diabetes mellitus, Typ 2
34	E28	Ovarielle Dysfunktion
35	Z51	Sonstige medizinische Behandlung
36	F41	Andere Angststörungen
37	N90	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums
38	B37	Kandidose
39	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes
40	L29	Pruritus
41	L90	Atrophische Hautkrankheiten
42	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien
43	I83	Varizen der unteren Extremitäten
44	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri
45	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
46	N88	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri
47	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
48	N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation
49	M54	Rückenschmerzen
50	N87	Dysplasie der Cervix uteri

UUU: Ersatzcode, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Absprache mit dem DIMDI eingesetzt wird, wenn eine Befreiung von der Kodierpflicht beantragt wurde

(<http://www.kbv.de/html/1867.php>)

2. Detailmethodik und -ergebnisse zur Literaturrecherche

A. Checkliste zur durchgeführten Literaturrecherche in Anlehnung an PRISMA

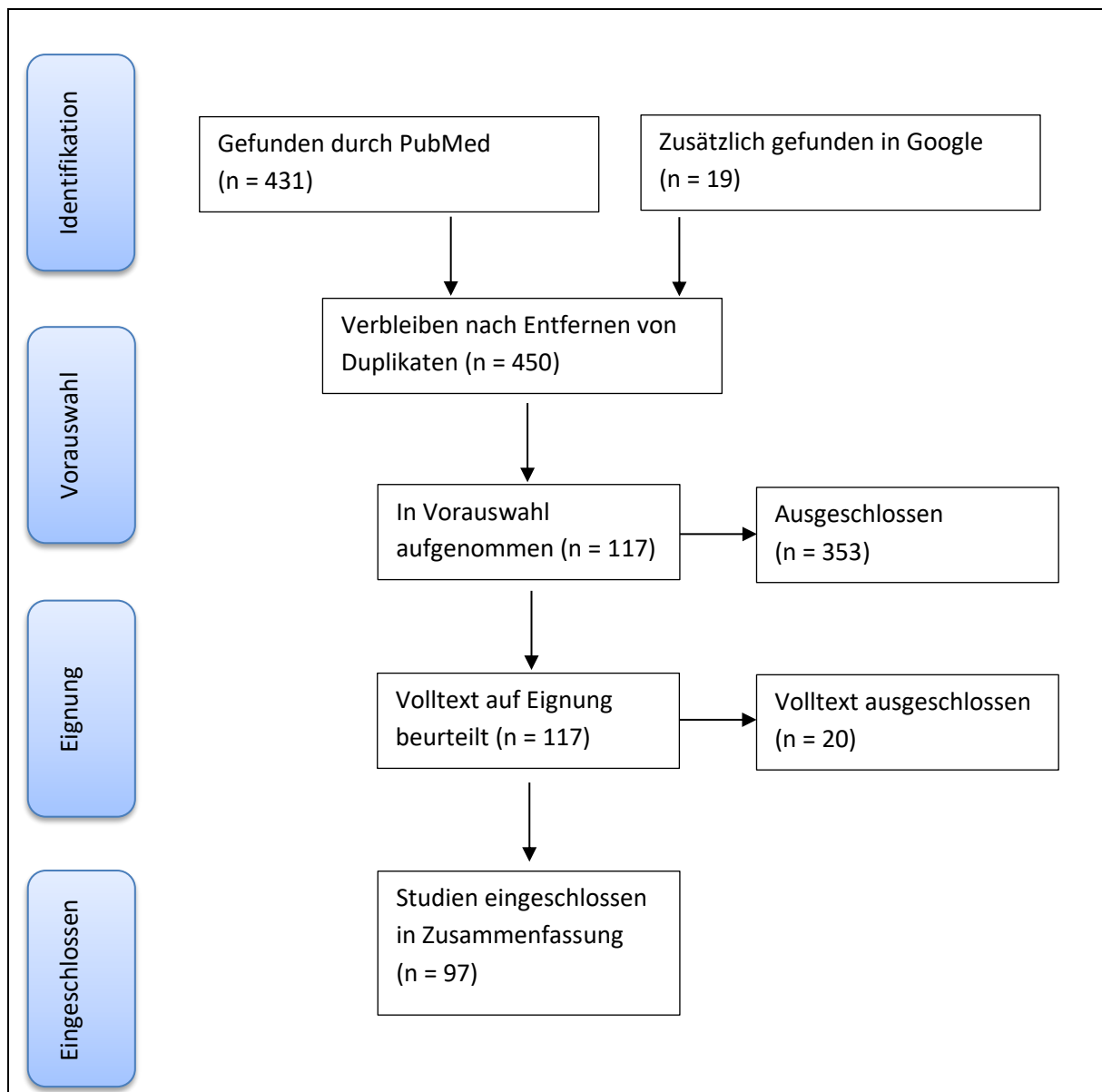
Titel		
Titel	1	Gynäkologische und allgemeinärztliche Versorgung von Frauen ab 50 Jahren.
Zusammenfassung		
Strukturierte Zusammenfassung	2	<p><u>Hintergrund:</u> Die Literaturrecherche wurde im Rahmen des Projektes „Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahre durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin (Frauen 5.0)“ durchgeführt. Ziel des Projektes ist es, die Versorgungssituation von 50-jährigen und älteren Frauen darzustellen und Möglichkeiten der Versorgungssicherstellung und -gestaltung zu identifizieren.</p> <p><u>Ziel:</u> Durchgeführt wurde die Literaturrecherche, um sich einen Überblick über die aktuelle Studienlage zum oben genannten Thema zu verschaffen.</p> <p><u>Auswahlkriterium:</u> Ausgewählt wurden Studien, die im Zusammenhang mit dem in Frauen 5.0 untersuchten Thema stehen.</p> <p><u>Datenquellen:</u> PubMed, Google</p> <p><u>Ergebnisse:</u> Von insgesamt 451 Artikeln wurden 353 Artikel ausgeschlossen. 97 Artikel sind thematisch von Relevanz (Anzahl Artikel Stand 04.07.2019).</p> <p><u>Einschränkungen und Schlussfolgerung:</u> Keine Studie wirft einen umfassenden Blick auf die Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren. Es wurden ausschließlich Studien gefunden, die Teilaspekte dieses Themas betrachten.</p>
Einleitung		
Hintergrund und Begründung der Recherche	3	Im Rahmen des demografischen Wandels und des reduzierten Zugangs zu Fachärztinnen und Fachärzten werden vor allem mittelalte, ältere und hochaltrige Frauen in ländlichen Regionen von einem Mangel an zum Beispiel gynäkologischer Versorgung betroffen sein. Vor diesem Hintergrund untersucht das Projekt „Frauen 5.0“ die Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern). Die Literaturrecherche wurde durchgeführt, damit bereits vorliegende, zentrale Erkenntnisse zur Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren in das Projekt einfließen.
Ziel	4	Ziel ist, sich einen Überblick über die aktuelle Studienlage zum oben genannten Thema zu verschaffen.
Methoden		
Auswahlkriterium	5	Thematische Übereinstimmung mit dem in Frauen 5.0 untersuchten Thema.
Informationsquelle	6	PubMed und Google (Suche zuletzt aktualisiert am 04.07.2019)
Suche	7	<p><u>PubMed:</u> Die vollständige elektronische Suchstrategie in PubMed ist in Error! Reference source not found. aufgeführt.</p> <p><u>Google:</u> Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: Versorgung AND Inanspruchnahme AND Frauen Versorgung AND Inanspruchnahme AND Gynäkologie AND Allgemeinmedizin AND Frauen Versorgung AND Inanspruchnahme AND Regionale Unterschiede Versorgung AND Inanspruchnahme AND Ärztedichte Beratungsanlässe AND Behandlungsanlässe AND Gynäkologie AND Allgemeinmedizin AND Frauen Häufige Diagnosen AND Gynäkologie AND Allgemeinmedizin AND Frauen</p>

Ergebnisse		
Auswahl der Studien	8	Es wurden 451 Artikel identifiziert, von denen nach weiterer Differenzierung 353 Artikel ausgeschlossen wurden. In die Vorauswahl sind 117 Studien eingegangen, die auf ihre Eignung geprüft wurden. Dabei haben sich 97 Artikel als thematisch relevant erwiesen. Der Ablauf ist im Error! Reference source not found. dargestellt. Ausgeschlossen wurden Studien mit Fokus auf zum Beispiel Studenten, Frauen im gebärfähigen Alter, Geburtshilfe, Wochenbett, oraler Empfängnisverhütung, Impfstoffen im gebärfähigen Alter, Notfällen, Krankenhausversorgung, sexuellen Beziehungen zwischen Patientin und Arzt.
Diskussion		
Zusammenfassung	9	Es wurden Studien gefunden, die thematisch im Zusammenhang mit Frauen 5.0 stehen und folgende Aspekte beleuchten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inanspruchnahme und Versorgung (Fokus auf Gynäkologie / Allgemeinmedizin): 21 ▪ Hormontherapie und –verordnung: 14 ▪ Wechseljahre und Menopause: 9 ▪ Brustkrebs, Brustkrebsfrüherkennung, Mammografie: 12 ▪ Gynäkologische Krebserkrankungen (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eierstöcke): 7 ▪ Screening auf Gebärmutterhalskrebs (Pap-Test): 6 ▪ Gynäkologische Betreuung durch HÄ / Internist: 6 ▪ Diagnosen in gynäkologischen / hausärztlichen Praxen: 4 ▪ Unterschiede in der Untersuchung / Behandlung hinsichtlich gynäkologischer Belange zwischen Gynäkologen und Hausärzten: 4 ▪ Einstellungen von Gynäkologen und Hausärzten hinsichtlich gynäkologischer Belange: 3 ▪ Präventive Leistungen durch Gynäkologen / Hausärzte: 4 ▪ Screening auf Darmkrebs bei Frauen: 2 ▪ Harninkontinenz: 5 ▪ Osteoporose: 2 ▪ Sexuelle Bedenken und Probleme: 3 ▪ Partnerschaftliche Gewalt: 2 ▪ Zugang zu gynäkologischen Praxen: 1
Einschränkungen	10	Keine Studie wirft einen umfassenden Blick auf die Versorgungssituation von Frauen ab 50 Jahren.
Schlussfolgerungen	11	Es wurden ausschließlich Studien gefunden, die Teilaspekte des Themas betrachten. Zukünftige Studien sollten daher die Altersgruppe der 50-jährigen und älteren Frauen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung differenzierter untersuchen.
Finanzielle Unterstützung		
Finanzielle Unterstützung	12	Das Projekt Frauen 5.0 wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/50/Versorgungsforschung-Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf

B. Vollständige elektronische Suchstrategie in PubMed

	Suchstring	Artikelanzahl
Gynecology AND Family Practice OR General Medicine	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms])	431
Limits: Age: Middle Aged: 45-64 years OR Aged:65+ years OR 80 and over: 80+ years	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])	129
Limits: Sex Female	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]))	124
Anschluss: "Contraception"[Mesh] OR "Pregnancy"[MeSH]	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])) NOT ("Contraception"[Mesh] OR "Pregnancy"[Mesh])	104
NOT "Contraception"[Mesh] NOT "Pregnancy"[Mesh] NOT "Abortion, Induced"[Mesh] NOT "Contraceptive Devices"[Mesh]	"gynecology"[MeSH Terms] AND ("family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms]) AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND (("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms]) OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])) NOT "Contraception"[Mesh] NOT "Pregnancy"[Mesh] NOT "Abortion, Induced"[Mesh] NOT "Contraceptive Devices"[Mesh]	99

C. Flussdiagramm



D. Ergebnisse

Im Folgenden sind die für das Projekt „Frauen 5.0“ thematisch relevanten Studien aus PubMed und Google gelistet. Von den Studien [1-97] stammen [1-78] aus der PubMed-Recherche, [79-97] wurden bei der Google-Suche gefunden.

1. Corbelli J, Borrero S, Bonnema R et al. (2014) Use of the Gail model and breast cancer preventive therapy among three primary care specialties. *J Womens Health (Larchmt)* 23(9):746-752
2. Grobecker C, Krack-Roberg E, Pötzsch O et al. (2013) Bevölkerung und Demographie (Kapitel 1). In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

- (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg) Datenreport 2013 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland,
<https://www.wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2013> (Stand: 17.07.2019)
3. Canzler W (2013) Räumliche Mobilität und regionale Unterschiede (Kapitel 10) In: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg) Datenreport 2013 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland,
<https://www.wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2013> (Stand: 17.07.2019)
 4. Statistisches Bundesamt (2012) Gesundheit im Alter
 5. Cohen D, Coco A (2011) Trends in the provision of preventive women's health services by family physicians. *Fam Med* 43(3):166-171
 6. Newton KM, Reed SD, Grothaus LC et al. (2010) Hormone therapy discontinuation: physician practices after the Women's Health Initiative. *Menopause* 17(4):734-740
 7. Lakey SL, Reed SD, LaCroix AZ et al. (2010) Self-reported changes in providers' hormone therapy prescribing and counseling practices after the Women's Health Initiative. *J Womens Health (Larchmt)* 19(12):2175-2181
 8. Gorey KM, Luginaah IN, Fung KY et al. (2010) Physician supply and breast cancer survival. *J Am Board Fam Med* 23(1):104-108
 9. Apostol I, Baban A, Nicula F et al. (2010) Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2. *Tumori* 96(4):545-552
 10. Spangler L, Reed SD, Nekhlyudov L et al. (2009) Provider attributes associated with hormone therapy prescribing frequency. *Menopause* 16(4):810-816
 11. Guerra CE, Sherman M, Armstrong K (2009) Diffusion of breast cancer risk assessment in primary care. *J Am Board Fam Med* 22(3):272-279
 12. Du Y, Schwarz S, Knopf H et al. (2009) Health correlates and mode of administration of hormones--are there any differences between parenteral and oral estrogen preparations? *Maturitas* 64(4):228-234
 13. Lewis BG, Halm EA, Marcus SM et al. (2008) Preventive services use among women seen by gynecologists, general medical physicians, or both. *Obstet Gynecol* 111(4):945-952
 14. Birkhauser MH, Reinecke I (2008) Current trends in hormone replacement therapy: perceptions and usage. *Climacteric* 11(3):192-200
 15. Rolnick SJ, Jackson J, Kopher R et al. (2007) Provider management of menopause after the findings of the Women's Health Initiative. *Menopause* 14(3 Pt 1):441-449
 16. Birmingham LF (2007) A reader and author respond to "Who best cares for the postmenopausal woman's comprehensive medical and health needs?". *MedGenMed* 9(4):4; author reply 4
 17. Wallace AE, MacKenzie TA, Weeks WB (2006) Women's primary care providers and breast cancer screening: who's following the guidelines? *Am J Obstet Gynecol* 194(3):744-748
 18. Holland-Barkis P, Forjuoh SN, Couchman GR et al. (2006) Primary care physicians' awareness and adherence to cervical cancer screening guidelines in Texas. *Prev Med* 42(2):140-145
 19. Hemminki E, Sevon T, Tanninen K et al. (2006) Use of private gynaecologist does not relate to better prevention outcomes - an ecological analysis from Finland. *BMC Health Serv Res* 6:27
 20. Castelo-Branco C, Ferrer J, Palacios S et al. (2006) The prescription of hormone replacement therapy in Spain: differences between general practitioners and gynaecologists. *Maturitas* 55(4):308-316
 21. Papanicolaou S, Pons ME, Hampel C et al. (2005) Medical resource utilisation and cost of care for women seeking treatment for urinary incontinence in an outpatient setting. Examples from three countries participating in the PURE study. *Maturitas* 52 Suppl 2:S35-47
 22. Legare F, Godin G, Ringa V et al. (2005) Variation in the psychosocial determinants of the intention to prescribe hormone therapy prior to the release of the Women's Health Initiative trial: a survey of general practitioners and gynaecologists in France and Quebec. *BMC Med Inform Decis Mak* 5:31
 23. Jaffee KD, Epling JW, Grant W et al. (2005) Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *J Womens Health (Larchmt)* 14(8):713-720

24. Hemminki E, Karttunen T, Hovi SL et al. (2004) The drug industry and medical practice--the case of menopausal hormone therapy in Estonia. *Soc Sci Med* 58(1):89-97
25. Haggstrom DA, Phillips KA, Liang SY et al. (2004) Variation in screening mammography and Papanicolaou smear by primary care physician specialty and gatekeeper plan (United States). *Cancer Causes Control* 15(9):883-892
26. Sitterding HA, Adera T, Shields-Fobbs E (2003) Spouse/partner violence education as a predictor of screening practices among physicians. *J Contin Educ Health Prof* 23(1):54-63
27. Morrison J, Gillespie S, MacKenzie IZ (2003) 'Two week wait' standards for suspected gynaecological malignancy. On target, but missing the point? *J Br Menopause Soc* 9(4):170-172
28. Mace JM (2003) [Working tools for hospital planning: application to the hospital of Lagny sur Marne]. *Cah Sociol Demogr Med* 43(1):115-148
29. Levy BT, Ritchie JM, Smith E et al. (2003) Physician specialty is significantly associated with hormone replacement therapy use. *Obstet Gynecol* 101(1):114-122
30. Indrekvam S, Hunskaar S (2003) Home electrical stimulation for urinary incontinence: a study of the diffusion of a new technology. *Urology* 62(4 Suppl 1):24-30
31. Gill JM, Hoffman MK (2003) Prevention and treatment of osteoporosis in primary care offices. *J Womens Health (Larchmt)* 12(5):473-480
32. Goepel M, Hoffmann JA, Piro M et al. (2002) Prevalence and physician awareness of symptoms of urinary bladder dysfunction. *Eur Urol* 41(3):234-239
33. Brooks SE, Langenberg P, Baquet CR et al. (2002) Early detection and screening for ovarian cancer: does physician specialty matter? *J Assoc Acad Minor Phys* 13(3):69-75
34. Banger M (2002) Affective syndrome during perimenopause. *Maturitas* 41 Suppl 1:S13-18
35. Olsen ME, Kalbfleisch JH (2001) Sexual abuse knowledge base among residents in family practice, obstetrics/gynecology, and pediatrics. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 14(2):89-94
36. Gallagher TC, Geling O, Comite F (2001) Use of multiple providers for regular care and women's receipt of hormone replacement therapy counseling. *Med Care* 39(10):1086-1096
37. Easton A, Husten C, Malarcher A et al. (2001) Smoking cessation counseling by primary care women physicians: Women Physicians' Health Study. *Women Health* 32(4):77-91
38. Cornfeld M, Miller S, Ross E et al. (2001) Accuracy of cancer-risk assessment in primary care practice. *J Cancer Educ* 16(4):193-198
39. Sihvo S, Ahonen R, Mikander H et al. (2000) Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. *Fam Pract* 17(2):145-149
40. Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B et al. (2000) The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 49(3):229-232
41. Mignotte H, Le Goaziou MF, Nachury LP et al. (2000) [The "Action Woman Health" program in three Lyons suburbs]. *Sante Publique* 12 Spec No:45-58
42. Kightlinger RS (2000) Welcoming the menopausal woman to your practice. *Med Econ* 77(4):148-152, 155-146
43. Garnier A, Exbrayat C, Marron J et al. (2000) [Breast, cervical and colo-rectal simultaneous mass screening program for women 50 to 69 years old in Isere]. *Sante Publique* 12 Spec No:59-69
44. Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N et al. (2000) Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *J Am Board Fam Pract* 13(6):408-414
45. Rolnick SJ, Kopher RA, Compo RB et al. (1999) Provider attitudes and self-reported behaviors related to hormone replacement therapy. *Menopause* 6(3):257-263
46. Mouchamps E, Gaspard U (1999) [Inhibition of sexual desire associated with menopause]. *Rev Med Liege* 54(5):489-494
47. Himmel W, Ittner E, Kron M et al. (1999) Comparing women's views on family and sexual problems in family and gynecological practices. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 20(3):127-135
48. Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH et al. (1999) Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 17(1):62-72

49. Salvatore AJ, Urga PA, Caprarulo L et al. (1998) [The internist and ovarian cancer]. *Medicina (B Aires)* 58(5 Pt 1):458-462
50. Mignotte H, Perol D, Fontaniere B et al. (1998) [The role of the medical corps in a mass screening program for cervical cancer. The program "Female Health Action in 3 urban districts of Lyons]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 27(5):501-507
51. Lurie N, Margolis K, McGovern PG et al. (1998) Physician self-report of comfort and skill in providing preventive care to patients of the opposite sex. *Arch Fam Med* 7(2):134-137
52. Andersson K, Pedersen AT, Mattsson LA et al. (1998) Swedish gynecologists' and general practitioners' views on the climacteric period: knowledge, attitudes and management strategies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77(9):909-916
53. Suarez-Almazor M, Homik JE, Messina D et al. (1997) Attitudes and beliefs of family physicians and gynecologists in relation to the prevention and treatment of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 12(7):1100-1107
54. McFall S, Yerkes AM, Bernard M et al. (1997) Evaluation and treatment of urinary incontinence. Report of a physician survey. *Arch Fam Med* 6(2):114-119
55. Damiano PC, Momany ET, Willard JC et al. (1997) Factors affecting primary care physician participation in Medicare. *Med Care* 35(10):1008-1019
56. Mattsson LA, Stadberg E, Milsom I (1996) Management of hormone replacement therapy: the Swedish experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 64 Suppl:S3-5
57. Marwill SL, Freund KM, Barry PP (1996) Patient factors associated with breast cancer screening among older women. *J Am Geriatr Soc* 44(10):1210-1214
58. Crosignani PG (1996) Management of hormone replacement therapy: the Italian experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 64 Suppl:S13-15
59. Bartman BA, Clancy CM, Moy E et al. (1996) Cost differences among women's primary care physicians. *Health Aff (Millwood)* 15(4):177-182
60. van Heusden AM, Merkus HM, Euser R et al. (1994) A randomized, comparative study of a single oral dose of fluconazole versus a single topical dose of clotrimazole in the treatment of vaginal candidosis among general practitioners and gynaecologists. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 55(2):123-127
61. Taplin SH, Taylor V, Montano D et al. (1994) Specialty differences and the ordering of screening mammography by primary care physicians. *J Am Board Fam Pract* 7(5):375-386
62. Njah M, Hergli R, Gloulou J et al. (1994) [Knowledge, attitude and behavior of Tunisian women apropos of gynecological cancers]. *Soz Praventivmed* 39(5):280-286
63. Wahrendorf J, Robra BP, Wiebelt H et al. (1993) Effectiveness of colorectal cancer screening: results from a population-based case-control evaluation in Saarland, Germany. *Eur J Cancer Prev* 2(3):221-227
64. Hemminki E, Topo P, Malin M et al. (1993) Physicians' views on hormone therapy around and after menopause. *Maturitas* 16(3):163-173
65. Weinberger M, Saunders AF, Samsa GP et al. (1991) Breast cancer screening in older women: practices and barriers reported by primary care physicians. *J Am Geriatr Soc* 39(1):22-29
66. Sandvik H, Hunskar S, Eriksen BC (1991) [Study and treatment of urinary incontinence in women. A case load based study by general practitioners and gynecologists]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 111(16):1957-1959
67. Borgen PI, Hayes DH, McKinnon WM et al. (1991) Patterns of utilization of mammography comparison by physician specialties in 6,000 consecutive mammograms. *Am Surg* 57(1):8-13
68. Patton DD, Bodtke S, Horner RD (1990) Patient perceptions of the need for chaperones during pelvic exams. *Fam Med* 22(3):215-218
69. Murata PJ, Kane RL (1989) Who is the family doctor? Relating primary care to family care. *J Fam Pract* 29(3):299-304
70. Teitelbaum MA, Weisman CS, Klassen AC et al. (1988) Pap testing intervals. Specialty differences in physicians' recommendations in relation to women's pap testing behavior. *Med Care* 26(6):607-618

71. Pasley BH, Standfast SJ, Katz SH (1984) Prescribing estrogen during menopause: physician survey of practices in 1974 and 1981. *Public Health Rep* 99(4):424-429
72. Burkons DM, Willson JR (1975) Is the obstetrician-gynecologist a specialist or primary physician to women? *Am J Obstet Gynecol* 121(6):808-816
73. Pauli HK, Frick V (1969) [The effect of social characteristics of female patients on the concept of gynecologists and on the attitude towards abdominal examination]. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 29(5):449-455
74. Bakun OV, Karatieieva SY, Semenenko SB et al. (2018) Obstetric and gynecological care by family doctors in ukraine: literature review. *Wiad Lek* 71(2 pt 2):398-402
75. Fidjeland HL, Brekke M, Stokstad T et al. (2018) Gynecological cancer patients' attitudes toward follow-up care after cancer treatment: Do preferences reflect patients' experience? A cross-sectional questionnaire study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 97(11):1325-1331
76. Kurt A, Kincaid HM, Curtis C et al. (2017) Factors Influencing Participation in Clinical Trials: Emergency Medicine vs. Other Specialties. *West J Emerg Med* 18(5):846-855
77. Simon AE, Uddin SFG (2017) Trends in Seeing an Obstetrician-Gynecologist Compared With a General Physician Among U.S. Women, 2000-2015. *Obstet Gynecol* 130(4):677-683
78. Jacob L, Bleicher L, Kostev K et al. (2016) Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol* 142(2):447-452
79. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR (2014) Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_40105_40106_2.pdf (Stand: 03.07.2019)
80. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR (2015) Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte): HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen. Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf (Stand: 03.07.2019)
81. Bauer J, Groneberg DA (2017) Zugang zu gynäkologischen Praxen in Deutschland – Eine Analyse der räumlichen Zugänglichkeit https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/81/VA-81-ZugangGynPrax-Bericht-V2.pdf (Stand: 03.07.2019)
82. Etgeton S (2015) Ärztedichte. Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Spotlight_Gesundheit_Thema_Aerztedichte_03-2015.pdf (Stand: 03.07.2019)
83. Grote-Westrick M, Zich K, Klemperer D et al. (2015) Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Regionale_Unterschiede_2015.pdf (Stand: 03.07.2019)
84. Heuer J (2018) Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Projekte/Zi-ADT-Panel_50_haeufigsten_Schluesselnummern.pdf (Stand: 03.07.2019)
85. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2017) Die 100 häufigsten ICD-10-Schlüssel und Kurztex te (nach Fachgruppen). https://www.kvno.de/downloads/verordnungen/100icd_17-1.pdf (Stand: 03.07.2019)
86. Kerek-Bodden H, Altenhofen L, Brenner G et al. (2010) Inanspruchnahme der Früherkennung auf Zervixkarzinom in den Jahren 2002–2004. Eine Untersuchung auf der Basis von Sekundärdaten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi),

- https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Zervixkarzinom.pdf (Stand: 03.07.2019)
87. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Anhalt (2012) Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlichen Internisten.
https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnostik/20120913_Report_Allgem_20113.pdf (Stand: 03.07.2019)
88. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Anhalt (2017) Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Allgemeinmediziner, praktischen Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlichen Internisten.
https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Content/Praxis/Verordnung/Report_Allgem_20171.pdf (Stand: 03.07.2019)
89. Nolting H-D, Zich K, Deckenbach B et al. (2011) Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung,
https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Regionale_Unterschiede.pdf (Stand: 03.07.2019)
90. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):88-94
91. 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). Bundesgesundheitsblatt 56(5-6):832-844
92. Rieser S (2005) Arzt-Inanspruchnahme: Teure Bindung. Deutsches Ärzteblatt 102(16):A-1096
93. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verändert? Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
94. Schliwen A (2015) Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich.
<https://www.peterlang.com/view/title/18714> (Stand: 03.07.2019)
95. Schmacke N (2013) Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), https://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp_schriften11.pdf (Stand: 03.07.2019)
96. Siegert M, Leidinger E, Pitzius O et al. (2009/2010) Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_09-10.pdf (Stand: 03.07.2019)
97. Weidner K, Brähler E (2004) Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung bei Frauen in Ost- und Westdeutschland. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 62(2):140-146

Anhang 1 zu AP2 – Detailmethodik und Ergebnisse zur Befragung der Leistungserbringenden

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Methodik zur Befragung der Leistungserbringenden (AP2)	2
1. Grundgesamtheit der ambulant tätigen Leistungserbringenden	2
2. Datenerhebung.....	2
3. Datenanalyse	5
4. Beteiligung an der Umfrage, Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Region	7
Detailergebnisse Befragung der Grundversorgenden	10
1. Deskriptive Angaben	10
2. Wirtschaftlichkeitsindikatoren.....	14
3. Check-up Gyn50+	17
4. Erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ.....	18
5. Vernetzung und Zusammenarbeit	21

<i>Tabelle 1: Grundgesamtheit, kontaktierte Grundversorgende, Anzahl Responder und Responserate nach Geschlecht und Bundesländern</i>	8
<i>Tabelle 2: Grundgesamtheit und Responder nach Geschlecht und Bundesländern in der Region Nordost</i>	8
<i>Tabelle 3: Gewichte für Geschlecht und Bundesland</i>	9
<i>Tabelle 4: Deskriptive Beschreibung der HÄ-Responder nach Bundesland</i>	10
<i>Tabelle 5: Deskriptive Beschreibung der Gyn-Responder nach Bundesland</i>	12
<i>Tabelle 6: Anteil ausgestellter Krankenscheine im Quartal, Niedergelassene nach Bundesland</i>	16
<i>Tabelle 7: Einflussfaktoren auf die Befürwortung einer erweiterten gynäkologischen Qualifikation</i> ...	18
<i>Tabelle 8: nHÄ Zustimmung mit Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ</i> ..	20
<i>Tabelle 9: nGyn Zustimmung mit Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ</i> ..	20
<i>Tabelle 10: Vernetzungsgrad der Niedergelassenen</i>	21
<i>Tabelle 11: Einflussfaktoren auf die Vernetzung</i>	21
<i>Tabelle 12: Einflussfaktoren auf die Form der Zusammenarbeit aller Niedergelassenen</i>	22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Zufriedenheit von nHÄ.....	14
Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Zufriedenheit von nGyn	14
Abbildung 3: Einflussfaktoren nHÄ, die in keinem Quartal (nie) das Budget überschreiten	15
Abbildung 4: Einflussfaktoren nGyn, die in keinem Quartal (nie) das Budget überschreiten	15
Abbildung 5: Einflussfaktoren auf die Ausstellung von mehr als 1.000 Krankenscheinen durch nHÄ..	16
Abbildung 6: Einflussfaktoren auf die Ausstellung von mehr als 1.000 Krankenscheinen durch nGyn	16
Abbildung 7: Regressionsbaum: Check-up Gyn50+, alle Responder.	17
Abbildung 8: Motivatoren, die für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation sprechen	18
Abbildung 9: Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ aus Sicht der nHÄ..	19
Abbildung 10: Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ aus Sicht der nGyn	19
Abbildung 11: Bewertung der Form der Zusammenarbeit, alle Niedergelassenen (häufig/immer).....	22

Methodik zur Befragung der Leistungserbringenden (AP2)

1. Grundgesamtheit der ambulant tätigen Leistungserbringenden

Als ambulant tätige Leistungserbringende wurden HÄ, d.h. niedergelassene und angestellte Fachärztinnen und Fachärzte (FÄ) für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärztinnen und Ärzte sowie niedergelassene und angestellte Gyn berücksichtigt, die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im IV. Quartal 2017 (BB) bzw. im I. Quartal 2018 (BE, MV) angemeldet waren. Diese Rohdaten wurden durch die Projektgruppe aus öffentlich zugänglichen Online-Daten der KV MV und der KV BE erhoben bzw. als Datensatz durch die KV BB zur Verfügung gestellt. Die Rohdaten wurden überprüft. Nicht zutreffende Daten (z. B. fehlerhafte Einträge, Zweitsitze, keine Teilnahme an Grundversorgung) wurden entfernt bzw. ggf. korrigiert. Daraus ergab sich die Grundgesamtheit von 5.265 HÄ und 1.031 Gyn

2. Datenerhebung

Stichprobenermittlung

Auf Grund der hohen Anzahl von HÄ wurde bei dieser Fachgruppe die Befragung einer randomisierten Stichprobe herangezogen. Die Stichprobengröße wurde basierend auf einer mindest-erwünschten Datenbasis von 10 % aller HÄ und Gyn der Region geschätzt, einer zu erwartenden Responserate von 30 % und einer Repräsentativität der Stichprobe in der Verteilung vom Versorgungsgrad der Region, von Alter und Geschlecht (geschichtete Stichprobe). Eine einfache Sampleziehung von 33,3 % der HÄ erreichte die erwünschte Stichprobengröße nicht, so dass eine zweite Sampleziehung von ebenfalls 33,3 % aller HÄ geschichtet nach Kreisen, kreisfreien Städten bzw. Bezirken sowie Geschlecht erfolgte. Damit wurde eine ausreichende Stichprobengröße erreicht, so dass auf eine mögliche Vollerhebung (dritte Sampleziehung) aus Gründen der Daten- und Kostensparsamkeit verzichtet werden konnte. Bei den Gyn erfolgte als Abweichung von der ursprünglichen Planung keine Stichprobenziehung, sondern eine Vollerhebung. Grund dafür war, dass bei einer Stichprobenziehung die Zelhäufigkeiten der einzelnen Schichtelemente so klein geworden wären, dass eine Auswertung datenschutzrechtlich bedenklich gewesen wäre.

Umfrageinstrument

Allgemeine Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens waren dabei neben theoretischen Erwägungen erfolgreich abgeschlossene Befragungen von HÄ zum Thema Delegation in MV und Nordrhein-Westfalen. Der Fragebogenentwicklung ging ein umfangreiches Literaturstudium voraus (siehe AP1). Das Umfrageinstrument wurde als zweiseitiger papierbasierter Fragebogen für jede der beiden FÄ-Gruppen gesondert konzipiert. Die fertigen Fragebögen wurden mit ausgewählten praktizierenden HÄ und Gyn sowie mit Fachvertretern der Länder pilotiert und diskutiert.

Durchführung der Umfrage und Responsemonitoring

Das Verfahren der Umfrage wurde dem Datenschutzbeauftragten und der Ethikkommission der Charité vorgelegt und durch beide Gremien genehmigt. Das Ethikvotum der Ethikkommission der Charité liegt mit der Antragsnummer EA2/031/18 vor.

Die Realisierung der Umfrage erfolgte wie geplant nach der Total Design Method. Die Umfrageunterlagen wurden zum 1. März 2018 an eine randomisierte Auswahl von 33,3 % der HÄ (Sample 1) und an alle Gyn der drei involvierten Bundesländer versandt. Neben den anonym auszufüllenden Fragebogen gehörten zu den versandten Unterlagen ein Anschreiben mit Hinweisen zur Umfrage und datenschutzrechtlichen Informationen, ein Rückumschlag zum anonymen Versand des Fragebogens und eine Antwortpostkarte für das Responsemonitoring. Die Postkarte ermöglichte den angeschriebenen HÄ und Gyn, ihre Teilnahme an der Umfrage anzuzeigen bzw. eine Nicht-Teilnahme mitzuteilen. Während der Fragebogen anonym im dafür vorgesehenen Umschlag zurückgesandt werden sollte, diente die Postkarte ausschließlich dem Monitoring der Teilnahme. Nach der Rückankunft der Unterlagen wurden Fragebogen und Postkarten strikt getrennt aufbewahrt und verarbeitet.

Nach dem oben beschriebenen Verfahren wurde aus den noch nicht kontaktierten HÄ am 12. April 2018 ebenfalls randomisiert ein zweites Sample von 33,3 % der HÄ gezogen. Diese HÄ erhielten die gleichen Unterlagen wie das 1. Sample. Die kontaktierten HÄ aus Sample 1 und die Gyn, die sich bis zum 12. April 2018 nicht im Rahmen des Responsemonitorings gemeldet hatten, wurden in eine Nacherhebung eingeschlossen. Das gleiche galt im Mai 2018 für die HÄ des Sample 2. Insgesamt wurden alle bis Mitte Juni 2018 zurückgesandten Fragebögen in die Umfrageerhebung eingeschlossen. Der Gesamtbefragungszeitraum verlief von März bis Juni 2018.

Datenerfassung und Datenmanagement

Die ausgefüllten Fragebogen wurden über die Software TeleForm eingelesen. Hierbei erfolgten erste Plausibilitätsprüfungen. So wurde z. B. nicht zugelassen, dass Buchstaben in Zahlenfelder gespeichert wurden, nicht lesbare Zeichen wurden zur manuellen Erfassung angezeigt. Die erfassten Daten wurden exportiert, gesondert für HÄ und Gyn in das Programm IBM SPSS Statistics Version 25 importiert und dort weiteren Prüfungen unterzogen. Geprüft wurden z. B. Altersangaben auch in Relation zum Zeitpunkt des Facharztwerbs oder die Zusammensetzung der Altersgruppen der Patientinnen, die in der Summe 100 % ergeben sollten. Eliminiert wurden abgefragte Angaben zur Niederlassung bei angestellten FÄ und umgekehrt. Dabei wurden die erfassten Angaben durch zwei Wissenschaftlerinnen mit den Papierfragebogen abgeglichen.

Einige Besonderheiten der Plausibilitätsprüfungen sind im Folgenden beschrieben:

- Anpassung von Single-Choice-Feldern
Wurden bei einer Auswahl von Single-Choice-Feldern mehrere Antwortalternativen angekreuzt oder wurde die Markierung zwischen zwei Alternativen gesetzt, so wurde jeweils der weniger positive Wert berücksichtigt.
- Löschung nicht plausibler Angaben bei Anteil der bei GKV versicherten Patientinnen
Bei einer sehr geringen Anzahl von Fällen war die Angabe des Anteils von GKV-Patientinnen nicht plausibel, wie z. B. 5 % GKV-Patientinnen unter allen Patientinnen, aber trotzdem 1.000 GKV-Krankenscheine. Deshalb wurden bei der Auswertung Angaben unter 50 % GKV-Patientinnen nicht berücksichtigt.
- Vervollständigung von Feldern in übergeordneten Ebenen
Wurde ein Feld einer untergeordneten Ebene angekreuzt und das dazu gehörende Feld in der Ebene darüber nicht, so wurde dies im Zuge der Plausibilitätskontrollen ergänzt (Beispiel: Wurde im Fragekomplex „Suchen Sie zurzeit eine Nachfolge? ja – nein“ die Antwortalternative „seit mehr als einem Jahr“ markiert, so wurde ggf. das fehlende Kreuz bei „ja“ ergänzt).

Akronym: Frauen 5.0
Förderkennzeichen: 01VSF16030

Als letzten Schritt der Datenaufbereitung wurden die Datensätze der HÄ und der Gyn zu einem gemeinsamen Datensatz zusammengefasst.

Anpassungen beschreibender Variablen

Eine Reihe von Variablen wurde zum Zweck der besseren Auswertbarkeit zusätzlich in Kategorien bzw. als dichotomen Variablen zusammengefasst.

Für Auswertungen wurde das Alter in die Bereiche mit einer Altersgrenze von 60 Jahren eingeteilt. Berufserfahrung und Tätigkeit in der Region wurden in Zehn-Jahres-Schritten gruppiert.

Die Regionalität wurde unter Beachtung des Datenschutzes auf Makro-, Meso- und Mikroebene, berechnet. Aus den angegebenen dreistelligen PLZ und den Kfz-Kennzeichnungen wurden der Landkreis/die kreisfreie Stadt und das Bundesland ermittelt. Eine Unterteilung in BE ergab sich aus den zweistelligen PLZ-Bereichen (10xxx: BE Mitte, 12xxx: BE Süd-Ost, 13xxx: BE Nord und 14xxx: BE Süd-West). Innerhalb der Länder BB und MV wurden Kreise aggregiert, um eine statistisch auswertbare regionale Basis zu schaffen, die eine ausreichende Zahl an Respondern in ihren einzelnen Bereichen enthält (BB Nord: Oberhavel, Ostprignitz-Ruppin, Prignitz und Uckermark; BB Ost: Frankfurt (Oder), Barnim, Dahme-Spreewald, Märkisch-Oderland, Oder-Spree; BB West: Brandenburg an der Havel, Potsdam, Havelland, Potsdam-Mittelmark, Teltow-Fläming; BB Süd: Cottbus, Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz, Spree-Neiße; MV Ost: Vorpommern-Greifswald, Vorpommern-Rügen; MV Mitte: Rostock, Landkreis Rostock, Mecklenburgische Seenplatte; MV West: Schwerin, Ludwigslust-Parchim, Nordwestmecklenburg). Zusätzlich wurden die Großstädte (mehr als 100.000 Einwohner) Berlin, Potsdam, Cottbus und Rostock zusammengefasst, um sie mit dem restlichen Gebiet der Region Nordost zu vergleichen.

Für spezielle Auswertungen erfolgten Dichotomisierungen von Datenfeldern. Das betraf den Praxistyp, den Anteil von Patientinnen 50+, die Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln, die gefühlte Arbeitsbelastung, die ausgestellten GKV-Krankenscheine und die wirtschaftliche Zufriedenheit. Zusammenfassungen mit drei Kategorien erfolgten für die Anzahl der ausgestellten GKV-Krankenscheine und die Budgetüberschreitungen im letzten Jahr.

Die durchschnittlichen Arbeitszeiten mit und ohne Patientinnenkontakt in Stunden/Woche wurden zu einer durchschnittlichen Gesamtarbeitszeit zusammengefasst. Da angegebene Werte von bis zu 130 Stunden als durchschnittliche Arbeitszeit nicht realistisch erschienen, wurde eine Winsorisierung der Angaben zur über die beiden äußeren 10 Perzentile durchgeführt.

Wurden mehrere Zeitangaben zu Wartezeiten angekreuzt, so wurde die ungünstigste Angabe in die Analyse einbezogen. Verweise an Kolleginnen/Kollegen bzw. an Notfallambulanzen wurden unabhängig von den angegebenen Wartezeiten analysiert.

Anpassungen der Outcome-Variablen

Vernetzung

Als „informell“ wurden die Angaben „informell/durch persönlichen Kontakt“ und „sonstiges“ eingestuft. Als „formal“ galt die Markierung von „in einem Ärztenetz“, „als Ambulanzärztin/-arzt“ sowie „in einem Qualitätszirkel“. Bei der Angabe sowohl von informeller als auch von formaler Vernetzung wurde diese als formal eingestuft. In einem weiteren Schritt wurde die informelle und die formale Vernetzung als „Vernetzung“ zusammengefasst.

Zusammenarbeit

Die „Form der Zusammenarbeit“ (Frage 20) und die „allgemeine Zusammenarbeit“ (Frage 22) wurden dichotomisiert. Alle Items flossen gerichtet in eine Explorative Faktorenanalyse zum Faktor „Zusammenarbeit“ ein.

Erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ

Die Grundhaltung bezüglich der HÄ und der Gyn zur erweiterten Qualifikation von HÄ wurde für Barrieren (Frage 23), Motivatoren (Frage 25) dichotomisiert. Alle Items flossen gerichtet in eine Explorative Faktorenanalyse zum Faktor „Grundeinstellung zur erweiterten Qualifikation von HÄ“ ein.

Einführung eines Check-ups Gyn50+

Es wurde die Einstellung „positiv/eher positiv“ der Einstellung „eher negativ/negativ“ gegenübergestellt.

Anlassbezogene fachübergreifende Versorgung (task-shifting/task-sharing)

Die anlassbezogene Bereitschaft der Grundversorgenden zur Mitversorgung von Frauengesundheit 50+ wurde für 28 Tätigkeiten durch HÄ und Gyn im Rahmen der Bereiche Beratung, Diagnostik und Therapie mit insgesamt 83 Sub-Items bewertet. Hierzu schätzten sie 21 Aspekte der gynäkologischen Gesundheit (Frage 25) und 11 Aspekte der allgemeinen Gesundheit ein (Frage 26).

Die einzelnen Beratungsanlässe der Mitversorgung zur gynäkologischen und zur allgemeinen Versorgung von Frauen 50+ einschließlich Krebsvorsorge und Krebsnachsorge wurden zu den Themenkomplexen (Module) Früherkennung Krebs (KF), Gesundheit und Vorsorge (GV), Regelversorgung (RV) sowie Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+ (WB) zusammengefasst.

Für die Sub-Items der Tätigkeiten wurden die Zustimmungsraten zur Mitversorgung in jeder Berufsgruppe und daraufhin der Konsens zwischen den Berufsgruppen bewertet, getrennt für Beratung, Diagnostik und Therapie.

3. Datenanalyse

Die statistischen Auswertungen erfolgten syntaxgestützt mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics Version 25. Die Software R wurde für die statistischen Analysen zur fachübergreifenden Mitversorgung und für Clusteranalysen sowie Microsoft Excel verwendet.

Folgende Subgruppen wurden analysiert:

- Alle Responder (unabhängig BL oder Beschäftigungsstatus)
- Alle Responder nach Bundesland (ohne jene die keinem Bundesland zuzuordnen waren)
- Region Nordost: entweder nach Bundesland oder für alle Responder.
- Niedergelassene: Responder mit Beschäftigungsstatus niedergelassen
- Niedergelassene nach Bundesland: Responder mit Beschäftigungsstatus niedergelassen (ohne jene die keinem Bundesland zuzuordnen waren).
- Angestellte: Responder mit Beschäftigungsstatus angestellt
- Angestellte ohne früher Niedergelassene: Responder mit Beschäftigungsstatus angestellt
- Vergleich Niedergelassene und Angestellte: alle Responder unabhängig vom BL.

Deskriptive und analytische Verfahren

Allgemein gilt, dass bei der Grundbeschreibung der Responder und bei ungewichteten Ergebnissen Häufigkeiten und Prozentangabe berichtet werden (n und der prozentuale Anteil). Bei gewichteten Analysen wird nur der prozentuale Anteil wiedergegeben. Die gewichteten Ergebnisse sind repräsentativ für die Region Nordost und die einzelnen Bundesländer.

Unterschiede zwischen kategorialen Variablen z. B. Geschlecht im Vergleich der Bundesländer wurden mittels Chi²-Tests (χ^2) - geprüft. Für den Vergleich von Mittelwerten verschiedener Gruppen kamen t -Tests für unabhängige Stichproben bzw. einfaktorielle Varianzanalysen zum Einsatz. Das verwendete Signifikanzlevel war $\alpha = 0,05$.

Weitere Berechnungen wurden je nach Art der abhängigen Variable mit linearen, logistischen, ordinalen oder multiplen Regressionen durchgeführt. Ebenfalls genutzt wurde die Darstellung von Regressionsbäumen. Für Odds Ratios (OR) wurden Konfidenzintervalle von 95 % berechnet.

Mittels einer zweistufigen Clusteranalyse wurde auf der Basis verschiedener Charakteristika eine Beschreibung unterschiedlicher Ärzteguppen ermöglicht. In einem ersten Schritt wurde eine hierarchische Clusteranalyse durchgeführt, um die Anzahl der Cluster zu ermitteln. In einem zweiten Schritt wurde schließlich für die ermittelten sechs Cluster eine k-Means-Analyse zur Interpretation der Clusterzentren.

Im Zusammenhang mit der Mitversorgung wurden für jedes Sub-Item und jede Fachgruppe Zustimmungs-Zonen (Z-Zone) berechnet. Die Zustimmungsrate wurde anhand von Tertilen farblich dargestellt: grüne = oberes Tertil, gelb = mittleres Tertil, rot = unteres Tertil. Für jedes Sub-Item wurde eine multivariable logistische Regression durchgeführt. Die Berufsgruppe wurde als unabhängige Variable (Ref = Gyn) festgelegt. Zur Kontrolle auf Kovariaten (confounders) wurden eine Anpassung für Alter, Geschlecht, Bundesland und Berufsstatus (Niedergelassene vs. Angestellte) durchgeführt und adjustierte Odds Ratios (aOR) sowie 95% CI berechnet.

Als Maß für die Konsensabweichung zwischen zwei Gruppen für eine Tätigkeit kann die Abweichung des aOR für diese Tätigkeit von dem Wert 1 interpretiert werden, die wiederum wie das Modell für die berücksichtigten Kovariablen adjustiert ist.

Um den Grad des Konsensus auf der Grundlage der aOR zu bestimmen, wurde die exponentielle Verteilung der Odds Ratios berücksichtigt. Durch visuelle Inspektion auf der \ln aOR-Skala ließen sich Konsensus-Zonen (K-Zone) definieren: Konsens-Zone (\ln aOR $> -0,4$ bis $< 0,4$), Dissens (\ln aOR $< -0,8$ und $> 0,8$) und die Zwischenzone „Unentschieden“ (\ln aOR $-0,8$ bis $-0,4$ und $0,4$ bis $0,8$), die ebenfalls farblich dargestellt wurden (grün = Konsens, rot = Dissens, gelb = unentschieden).

Gütekriterien, Berechnung der Reliabilitäten, Interne Validität

Zur Überprüfung von Befragungen werden Gütekriterien empfohlen. Genannt werden u. a. Objektivität, Reliabilität, Validität, Testökonomie, Nützlichkeit und Fairness. Da es sich bei der vorliegenden Umfrage um eine Querschnittserhebung handelt, spielen nicht alle Unter Aspekte der Gütekriterien eine Rolle.

Objektivität ist dann gegeben, wenn die Ergebnisse einer Befragung unabhängig vom Testleiter und -auswerter gemessen werden können. Die Umfrage erfolgte als anonymes Paper-Pencil-Verfahren mit identischen Informationen für alle Beteiligten ohne die Einflussnahme einer Testleiterin/eines Testleiters. Damit kann die Durchführungsobjektivität angenommen werden. Die Auswertungen mittels etablierter Software (IBM SPSS Statistics Version 25, R) nach vorher festgelegten Verfahren, wurde über eine Syntax festgehalten, und ist somit auch für andere Auswerter nachvollziehbar. Damit kann auch die Auswertungsobjektivität angenommen werden. Da es sich bei der vorliegenden Umfrage nicht um einen normierten Test handelt, spielt die Interpretationsobjektivität eine untergeordnete Rolle und wird hier nicht weiter betrachtet.

Reliabilität zeigt, wie zuverlässig das Messgerät misst. Für den Survey war dabei die innere Konsistenz des Fragekomplexes zur Beschreibung der Zusammenarbeit zu betrachten. Als Messgeräte konnten dabei die Fragenkomplexe zur Form der Zusammenarbeit sowie zu den Barrieren und Motivatoren einer erweiterten gynäkologischen Qualifikation von HÄ betrachtet werden. In Bezug auf Forschungsfragen sind Reliabilitäten dann als gut anzusehen, wenn sie einen Wert von Cronbachs $\alpha > .70$ annehmen. Ein Wertebereich zwischen $\alpha \leq .60$ und $\alpha < .70$ wird als ausreichend angenommen. Darüber hinaus soll die part-whole-korrigierte Trennschärfe nicht geringer als $r_{ix} < .30$ sein. Für „Form der Zusammenarbeit“ (nHÄ $\alpha = 0,707$; nGyn $\alpha = 0,679$) konnte die Reliabilität im Zusammenhang mit Forschungsfragen für nHÄ als gut und für nGyn als ausreichend eingeschätzt werden. Für die Barrieren (nHÄ $\alpha = 0,705$; nGyn $\alpha = 0,791$) und Motivatoren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ (nHÄ $\alpha = 0,910$ nGyn $\alpha = 0,917$) konnten alle Reliabilitäten zu diesem Fragenkomplex für Forschungsfragen als gut eingeschätzt werden.

Die weiteren Gütekriterien Testökonomie, Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Unverfälschbarkeit und Fairness wurden bei der Konstruktion des Fragebogens berücksichtigt. Die Durchführungszeit war mit 20 Minuten angemessen, die Ergebnisse waren für die Forschung notwendig und neu, es konnte keine unzumutbare physische oder psychische Belastung festgestellt werden, die Antworten waren nicht verfälschbar, und es wurden keine Gruppen diskriminiert.

Validität kann – je nach Aufgabenstellung – auf unterschiedliche Weise gemessen werden, so z. B. als interne Validität, Konstruktvalidität statistische Validität, und externe Validität. Interne Validität und Konstruktvalidität wurden vor allem durch die Anlehnung an theoretische Konstrukte, an Erfahrungen und Ergebnisse früherer Surveys sowie durch den Einbezug von Expertenmeinungen gewährleistet. Zur Gewährleistung der statistischen Validität wurde ebenfalls auf Expertenwissen zurückgegriffen. Für eine Querschnittserhebung mit teilweise explorativer Herangehensweise spielt vor allem die externe Validität eine herausragende Rolle. Diese wurde im Rahmen der Beteiligung an der Umfrage berechnet.

4. Beteiligung an der Umfrage, Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Region

Kontaktiert wurden alle 1.031 Gyn der Grundgesamtheit sowie 3.514 HÄ (67 %) der Region Nordost von denen sich in der Region Nordost $n = 861$ HÄ und $n = 528$ Gyn beteiligten, was einer Responserate in Bezug auf die kontaktierten HÄ und Gyn von 25 % bzw. 51 % entsprach (Tabelle 1).

Tabelle 1: Grundgesamtheit, kontaktierte Grundversorgende, Anzahl Responder und Responserate nach Geschlecht und Bundesländern

	Ärzterschaft und Response							
	Hausärztinnen/Hausärzte				Gynäkologinnen/Gynäkologen			
	Grundgesamtheit (N)	Kontaktierte (67 %) (n)	Responder (n)	Responserate (%)	Grundgesamtheit (N)	Kontaktierte (100 %) (n)	Responder (n)	Responserate (%)
Geschlecht								
Männlich	2.211	1.475	270	18	235	235	104	44
Weiblich	3.054	2.039	546	27	796	796	396	50
Gültig	5.265	3.514	816	23	1.031	1.031	500	48
Bundesland								
Berlin	2.509	1.670	367	22	557	557	235	42
Brandenburg	1.583	1.062	258	24	278	278	146	53
Mecklenburg-Vorpommern	1.173	782	208	27	196	196	125	64
Gültig	5.265	3.514	833	24	1.031	1.031	506	49
Region Nordost	5.265	3.514	861	25	1.031	1.031	528	51

Anmerkungen: Bei den HÄ fehlen n = 45 Werte zu Geschlecht (5,2 %) und n = 28 zum Bundesland (3,3 %). Bei den Gyn fehlen n = 28 Werte zu Geschlecht (5,3 %) und n = 22 zum Bundesland (4,2 %).

Externe Validität, Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Region Nordost

Um Ergebnisse der Responder auf die Grundgesamtheit in der Region Nordost übertragen zu können, wurde geprüft, ob die Responder repräsentativ für die Grundgesamtheit der HÄ und Gyn sind. Dabei kamen χ^2 -Tests zum Einsatz. Verglichen wurde jeweils das Verhältnis der Merkmalsausprägung Geschlecht und Bundesland innerhalb der Responder zur Gesamtzahl der Responder mit der gleichen Merkmalsausprägung innerhalb der Grundgesamtheit zur Gesamtzahl der Grundgesamtheit.

Tabelle 2: Grundgesamtheit und Responder nach Geschlecht und Bundesländern in der Region Nordost.

	Grundgesamtheit und Responder							
	Hausärztinnen/Hausärzte				Gynäkologinnen/Gynäkologen			
	Gesamt		Responder		Gesamt		Responder	
Geschlecht	N	%	n	%	N	%	n	%
Männlich	2.211	42	270	33	235	23	104	21
Weiblich	3.054	58	546	67	796	77	396	79
Gültig	5.265	100	816	100	1.031	100	500	100
Bundesland	N	%	n	%	N	%	n	%
Berlin	2.509	48	367	44	557	54	235	46
Brandenburg	1.583	30	258	31	278	27	146	29
Mecklenburg-Vorpommern	1.173	22	208	25	196	19	125	25
Gültig	5.265	100	833	100	1.031	100	506	100

Bei Betrachtung der gültigen Werte ergab sich eine signifikant höhere Beteiligung von Frauen bei den HÄ und von Gyn im Bundesland MV. Bei den HÄ waren 67 % der Responder weiblich und damit lag der Frauenanteil signifikant höher ($\chi^2: p < 0,001$) als in der Region Nordost (58 %). Der Anteil der Responder unter den Gyn lag in BE mit 46 % signifikant niedriger ($\chi^2: p = 0,003$) als in der Grundgesamtheit (54 %) und in MV lag der Anteil der Responder höher (25 % vs. 19 % Grundgesamtheit der HÄ, $\chi^2: p = 0,007$). Keine signifikanten Unterschiede waren für BB feststellbar (Tabelle 2). Zur Sicherstellung der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Region Nordost musste demnach eine Gewichtung für Geschlecht und Bundesland vorgenommen werden.

Berechnung der Gewichte

Die Gewichtung der Merkmale Bundesland und Geschlecht wurde gesondert für HÄ und Gyn berechnet. Der Wert der Gewichte ergab sich aus dem Verhältnis der Merkmalsausprägung in der Grundgesamtheit zur Grundgesamtheit geteilt durch die Merkmalsausprägung der Responder zur Gesamtanzahl der Responder (Tabelle 3). Für die $n = 118$ Einträge mit fehlenden Werten bei Geschlecht und/oder Bundesland wurde entsprechend ihrem Anteil an den Respondern ein Gewicht von 0,85 verwendet.

Tabelle 3: Gewichte für Geschlecht und Bundesland.

	Gewichte	
	Hausärztinnen/Hausärzte	Gynäkologinnen/Gynäkologen
Geschlecht		
Gewicht		
Männlich	1,305	1,096
Weiblich	0,863	0,935
Bundesland		
Gewicht		
Berlin	1,082	1,163
Brandenburg	0,971	0,935
Mecklenburg-Vorpommern	0,892	0,770

Detailergebnisse Befragung der Grundversorgenden

1. Deskriptive Angaben

Tabelle 4: Deskriptive Beschreibung der HÄ-Responder nach Bundesland

HÄ	Berlin <i>n</i> = 367	Brandenburg <i>n</i> = 258	Mecklenburg- Vorpommern <i>n</i> = 208	Region Nordost <i>n</i> = 861
Geschlecht ($\chi^2: p = 0,718$)				
Anzahl (Prozent)				
männlich	113 (32,3)	78 (32,5)	71 (35,5)	262 (33,2)
weiblich	237 (67,7)	162 (67,5)	129 (64,5)	528 (66,8)
Alter in Jahren ($F(2,825) = 3,19, p = 0,042$)				
Mittelwert (SD)	55,2 (8,7)	54,2 (9,2)	53,2 (10,0)	54,4 (9,2)
Median	55,0	55,0	53,0	55,0
Min-Max	35-84	34-79	32-85	32-85
Altersgruppen ($\chi^2: p = 0,195$)				
Anzahl (Prozent)				
bis 60 Jahre	275 (75,1)	191 (74,6)	167 (81,1)	633 (76,4)
über 60 Jahre	91 (24,9)	65 (25,4)	39 (18,9)	195 (23,6)
Art Abschluss¹				
FÄ für Allgemeinmedizin ($\chi^2: p = 0,044$)				
Anzahl (Prozent)	224 (61,0)	179 (69,4)	144 (69,2)	547 (65,7)
FÄ für Inneres ($\chi^2: p = 0,007$)				
Anzahl (Prozent)	130 (35,4)	69 (26,7)	50 (24,0)	249 (29,9)
Praktische Ärztin/Arzt ($\chi^2: p = 0,035$)				
Anzahl (Prozent)	22 (6,0)	11 (4,3)	21 (10,1)	54 (6,5)
Berufserfahrung als FÄ in Jahren ($F(2,800) = 0,38, p = 0,714$)				
Mittelwert (SD)	18,7 (10,2)	19,2 (11,7)	18,3 (11,6)	18,8 (11,0)
Median	18,0	17,0	17,0	18,0
Min-Max	1-53	1-49	1-53	1-53
Berufserfahrung als FÄ ($\chi^2: p = 0,062$)				
Anzahl (Prozent)				
0-10 Jahre	81 (23,2)	74 (29,4)	58 (28,7)	213 (26,5)
11-20 Jahre	126 (36,1)	65 (25,8)	61 (30,2)	252 (31,4)
21-30 Jahre	95 (27,2)	64 (25,4)	56 (27,7)	215 (26,8)
über 30 Jahre	47 (13,5)	49 (19,4)	27 (13,4)	123 (15,3)
Gynäkologische Tätigkeiten in Weiterbildung ($\chi^2: p = 0,003$)				
Anzahl (Prozent)				
Gesamt	97 (26,5)	102 (39,5)	67 (32,5)	266 (32,0)
1-3 Monate ²	35 (44,3)	44 (56,4)	24 (42,1)	103 (48,1)
4-6 Monate	30 (38,0)	24 (30,8)	24 (42,1)	78 (36,4)
7-12 Monate	5 (6,3)	7 (9,0)	3 (5,3)	15 (7,0)
13-24 Monate	5 (6,3)	0 (0,0)	3 (5,3)	8 (3,7)
> 24 Monate	4 (5,1)	3 (3,8)	3 (5,3)	10 (4,7)
Gefühlte Region ($\chi^2: p < 0,001$)				
Anzahl (Prozent)				
eher städtisch	322 (89,2)	81 (31,6)	72 (34,8)	475 (57,6)
eher vorstädtisch	38 (10,5)	88 (34,4)	23 (11,1)	149 (18,1)
eher ländlich	1 (0,3)	87 (34,0)	112 (54,1)	200 (24,3)
Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln ($\chi^2: p < 0,001$)				
Anzahl (Prozent)				
sehr gut	232 (63,9)	89 (35,5)	73 (35,1)	394 (47,9)
gut	111 (30,6)	96 (38,2)	63 (30,3)	270 (32,8)
weniger gut ⁴	20 (5,5)	66 (26,3)	72 (34,6)	158 (19,2)

HÄ	Berlin <i>n</i> = 367	Brandenburg <i>n</i> = 258	Mecklenburg- Vorpommern <i>n</i> = 208	Region Nordost <i>n</i> = 861
Praxisform ($X^2: p < 0,001$)				
Anzahl (Prozent)				
Einzelpraxis	159 (43,8)	150 (58,6)	125 (60,4)	434 (52,5)
Praxisgemeinschaft	68 (18,7)	27 (10,5)	22 (10,6)	117 (14,2)
BÜG/GP	92 (25,3)	53 (20,7)	41 (19,8)	186 (22,5)
MVZ	44 (12,1)	26 (10,2)	19 (9,2)	89 (10,8)
Patientinnen 50+ ($F(2,740) = 15,83, p < 0,001$)				
Mittelwert (SD)	66,9 (17,2)	74,0 (12,3)	71,3 (14,7)	70,4 (15,4)
Median	70,0	75,0	75,0	75,0
Min-Max	15-95	30-95	15-90	15-95
Betreuung von Pflegeheimen ($X^2: p < 0,001$)				
Anzahl (Prozent)	151 (53,2)	191 (88,8)	145 (87,9)	487 (73,3)
Gefühlte Arbeitsbelastung ($X^2: p = 0,798$)				
Anzahl (Prozent)				
sehr hoch	101 (27,5)	79 (30,9)	61 (29,3)	241 (29,0)
hoch	171 (46,6)	117 (45,7)	101 (48,6)	389 (46,8)
weniger hoch ³	95 (25,9)	60 (23,4)	46 (22,1)	201 (24,2)
Arbeitszeit (Stunden pro Woche)				
mit Patientinnenkontakt ($F(2,817) = 13,26, p < 0,001$)				
Mittelwert (SD)	32,0 (8,8)	35,0 (8,7)	35,5 (9,4)	33,7 (9,1)
Median	30,0	35,0	35,0	34,0
Min-Max	6-60	2-60	5-65	2-65
ohne Patientinnenkontakt ($F(2,787) = 2,51, p = 0,082$)				
Mittelwert (SD)	14,8 (10,4)	13,2 (9,6)	13,2 (10,2)	13,9 (10,1)
Median	10,0	10,0	10,0	10,0
Min-Max	0-60	0-55	1-70	0-70
gesamt ($F(2,817) = 1,76, p = 0,173$)				
Mittelwert (SD)	46,2 (13,8)	48,0 (13,1)	48,0 (15,0)	47,1 (14,1)
Median	46,5	48,0	46,0	46,5
Min-Max	6-90	4-95	5-130	4-130
Beschäftigungsstatus ($X^2: p = 0,760$)				
Anzahl (Prozent)				
niedergelassen	287 (78,2)	203 (78,7)	168 (80,8)	658 (79,0)
angestellt	80 (21,8)	55 (21,3)	40 (19,2)	175 (21,0)

Anmerkung: In der Tabelle werden die gültigen Prozentwerte ohne fehlende Werte ausgewiesen. Fehlende Werte für die einzelnen Variablen sind: Bundesland *n* = 28 (3,3 %), Geschlecht *n* = 45 (5,2 %), Alter *n* = 7 (0,8 %), Art des Abschlusses *n* = 0 (0,0 %), Berufserfahrung als Fachärztin/Facharzt *n* = 58 (6,7 %), gynäkologische Tätigkeiten in der Weiterbildung *n* = 31 (3,6 %), Arbeitsbelastung *n* = 30 (3,5 %), Arbeitszeit *n* = 13 (1,5 %), Beschäftigungsstatus *n* = 28 (3,3 %), Region *n* = 37 (4,3 %), Erreichbarkeit *n* = 39 (4,5 %), Praxisform *n* = 35 (4,1 %), Patientinnen 50+ *n* = 95 (14,0 %), Betreuung von Patientinnen in Pflegeheimen *n* = 197 (22,9 %).

¹ Mehrfachnennungen waren möglich, ² Summe aus „in einer gynäkologischen Praxis“ und „stationär“ (ohne „in einer HÄ-Praxis“, ³ angemessen, eher gering und gering, ⁴ teils/teils, schlecht und sehr schlecht.

FÄ = Fachärztin/ Facharzt, BÜG/GP = Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum.

Tabelle 5: Deskriptive Beschreibung der Gyn-Responder nach Bundesland

Gyn		Berlin <i>n</i> = 235	Brandenburg <i>n</i> = 146	Mecklenburg- Vorpommern <i>n</i> = 125	Region Nordost <i>n</i> = 528
Person	Geschlecht ($X^2: p = 0,069$)				
	Anzahl (Prozent)				
	männlich	43 (19,3)	23 (16,5)	33 (27,7)	99 (20,6)
	weiblich	180 (80,7)	116 (83,5)	86 (72,3)	382 (79,4)
	Alter in Jahren ($F(2,499) = 0,93, p = 0,394$)				
	Mittelwert (SD)	54,0 (8,7)	54,9 (8,1)	53,6 (7,7)	54,4 (8,3)
	Median	54,0	56,0	54,0	54,0
	Min-Max	39-79	35-76	36-68	35-79
	Altersgruppen ($X^2: p = 0,202$)				
	Anzahl (Prozent)				
	bis 60 Jahre	187 (80,3)	105 (72,4)	97 (78,2)	389 (77,5)
	über 60 Jahre	46 (19,7)	40 (27,6)	27 (21,8)	113 (22,5)
	Berufserfahrung als FÄ in Jahren ($F(2,488) = 4,61, p = 0,010$)				
	Mittelwert (SD)	18,5 (10,1)	21,6 (10,1)	20,4 (9,7)	20,0 (10,1)
Median	17,0	22,0	20,0	20,0	
Min-Max	0-52	1-45	1-42	0-52	
Berufserfahrung als FÄ ($X^2: p = 0,146$)					
Anzahl (Prozent)					
0-10 Jahre	56 (24,7)	25 (17,5)	23 (19,0)	104 (21,2)	
11-20 Jahre	80 (35,2)	40 (28,0)	38 (31,4)	158 (32,2)	
21-30 Jahre	62 (27,3)	47 (32,9)	40 (33,1)	149 (30,3)	
über 30 Jahre	29 (12,8)	31 (21,7)	20 (16,5)	80 (16,3)	
Allgemeinmedizinische Tätigkeiten in Weiterbildung ($X^2: p = 0,007$)					
Anzahl (Prozent)					
Gesamt	15 (6,6)	19 (13,1)	21 (17,4)	55 (11,2)	
1-3 Monate ²	7 (46,7)	5 (27,8)	5 (27,8)	17 (33,3)	
4-6 Monate	4 (26,7)	5 (27,8)	10 (55,6)	19 (37,3)	
7-12 Monate	2 (13,3)	3 (16,7)	1 (5,6)	6 (11,8)	
13-24 Monate	1 (6,7)	2 (11,1)	1 (5,6)	4 (7,8)	
> 24 Monate	1 (6,7)	3 (16,7)	1 (5,6)	5 (9,8)	
Praxis	Gefühlte Region ($X^2: p < 0,001$)				
	Anzahl (Prozent)				
	eher städtisch	213 (90,6)	60 (41,4)	54 (43,2)	327 (64,8)
	eher vorstädtisch	22 (9,4)	38 (26,2)	15 (12,0)	75 (14,9)
	eher ländlich	0 (0,0)	47 (32,4)	56 (44,8)	103 (20,4)
	Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln ($X^2: p < 0,001$)				
	Anzahl (Prozent)				
	sehr gut	176 (75,2)	61 (41,8)	60 (48,4)	297 (58,9)
	gut	47 (20,1)	57 (39,0)	38 (30,6)	142 (28,2)
	weniger gut ⁴	11 (4,7)	28 (19,2)	26 (21,0)	65 (12,9)
	Praxisform ($X^2: p < 0,001$)				
Anzahl (Prozent)					
Einzelpraxis	123 (52,3)	97 (66,4)	92 (73,6)	312 (61,7)	
Praxisgemeinschaft	25 (10,6)	9 (6,2)	10 (8,0)	44 (8,7)	
BÜG/GP	61 (26,0)	15 (10,3)	14 (11,2)	90 (17,8)	
MVZ	26 (11,1)	25 (17,1)	9 (7,2)	60 (11,9)	
Patientinnen 50+ ($F(2,460) = 12,52, p < 0,001$)					
Mittelwert (SD)	43,8 (15,4)	50,6 (13,7)	50,6 (14,3)	47,5 (15,1)	
Median	40,0	50,0	50,0	50,0	
Min-Max	5-90	20-90	17-90	5-95	

Gyn		Berlin <i>n</i> = 235	Brandenburg <i>n</i> = 146	Mecklenburg- Vorpommern <i>n</i> = 125	Region Nordost <i>n</i> = 528	
Betreuung von Pflegeheimen ($\chi^2: p < 0,001$)						
Anzahl (Prozent)		56 (26,7)	55 (43,0)	82 (68,9)	193 (42,2)	
Gefühlte Arbeitsbelastung ($\chi^2: p = 0,177$)						
Arbeitsumstände	Anzahl (Prozent)					
	sehr hoch	43 (18,3)	31 (21,5)	13 (10,5)	87 (17,3)	
	hoch	110 (46,8)	63 (43,8)	60 (48,4)	233 (46,3)	
	weniger hoch ³	82 (34,9)	50 (34,7)	51 (41,1)	183 (36,4)	
	Arbeitszeit (Stunden pro Woche)					
	mit Patientinnenkontakt ($F(2,501) = 9,21, p < 0,001$)					
	Mittelwert (SD)	30,7 (7,8)	33,0 (7,6)	34,4 (8,7)	32,3 (8,2)	
	Median	30,0	33,0	35,0	32,0	
	Min-Max	8-65	8-60	4-70	4-70	
	ohne Patientinnenkontakt ($F(2,483) = 0,47, p = 0,625$)					
Mittelwert (SD)	13,3 (11,2)	12,2 (12,4)	13,4 (12,0)	13,0 (11,8)		
Median	10,0	10,0	10,0	10,0		
Min-Max	0-60	1-70	1-50	0-70		
gesamt ($F(2,501) = 2,84, p = 0,059$)						
Mittelwert (SD)	43,5 (14,2)	44,6 (16,0)	47,4 (15,2)	44,7 (15,2)		
Median	40,0	40,0	45,0	42,0		
Min-Max	11-96	8-120	4-90	4-120		
Beschäftigungsstatus ($\chi^2: p = 0,113$)						
Anzahl (Prozent)						
niedergelassen		192 (81,7)	113 (77,4)	109 (87,2)	414 (81,8)	
angestellt		43 (18,3)	33 (22,6)	16 (12,8)	92 (18,2)	

Anmerkung: In der Tabelle werden die gültigen Prozentwerte ohne fehlende Werte ausgewiesen. Fehlende Werte für die einzelnen Variablen sind: Bundesland *n* = 22 (4,2 %), Geschlecht *n* = 47 (8,9 %), Alter *n* = 5 (0,9 %), Berufserfahrung als Fachärztin/Facharzt *n* = 17 (3,2 %), allgemeinmedizinische Tätigkeiten in der Weiterbildung *n* = 35 (6,6 %), Arbeitsbelastung *n* = 25 (4,7 %), Arbeitszeit *n* = 3 (0,6 %), Beschäftigungsstatus *n* = 22 (4,2 %), Region *n* = 23 (4,4 %), Erreichbarkeit *n* = 24 (4,5 %), Praxisform *n* = 22 (4,2 %), Patientinnen 50+ *n* = 49 (9,3 %), Betreuung von Patientinnen in Pflegeheimen *n* = 71 (13,4 %).

¹ angemessen, eher gering und gering, ² teils/teils, schlecht und sehr schlecht

FÄ = Fachärztin/Facharzt, BÜG/GP = Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

2. Wirtschaftlichkeitsindikatoren

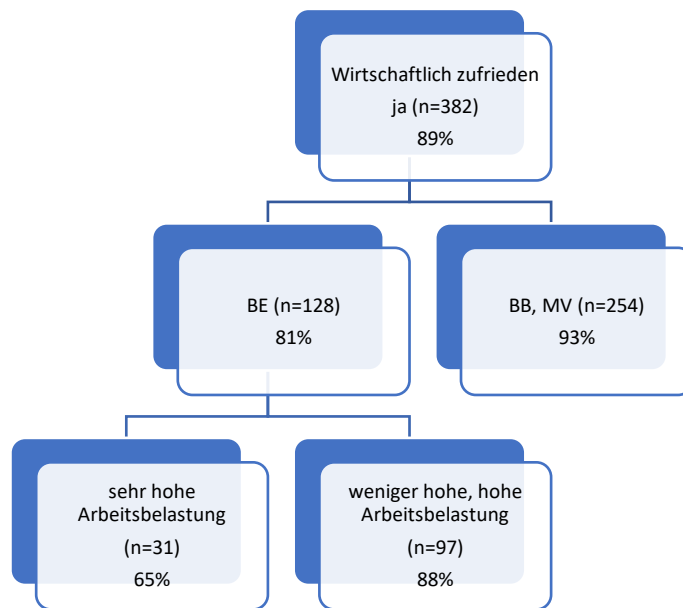


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Zufriedenheit von nHÄ

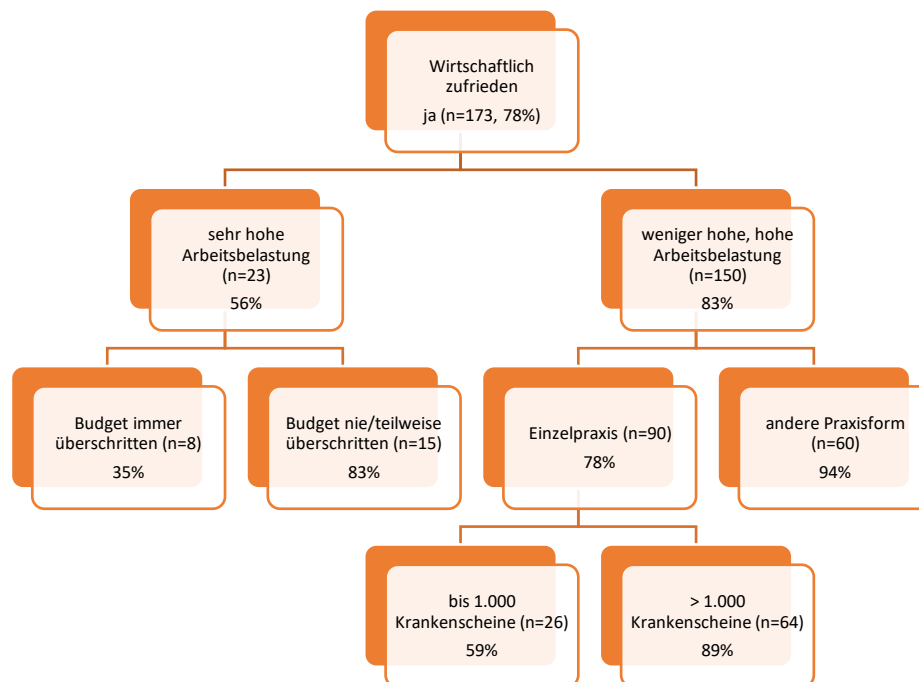


Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die wirtschaftliche Zufriedenheit von nGyn

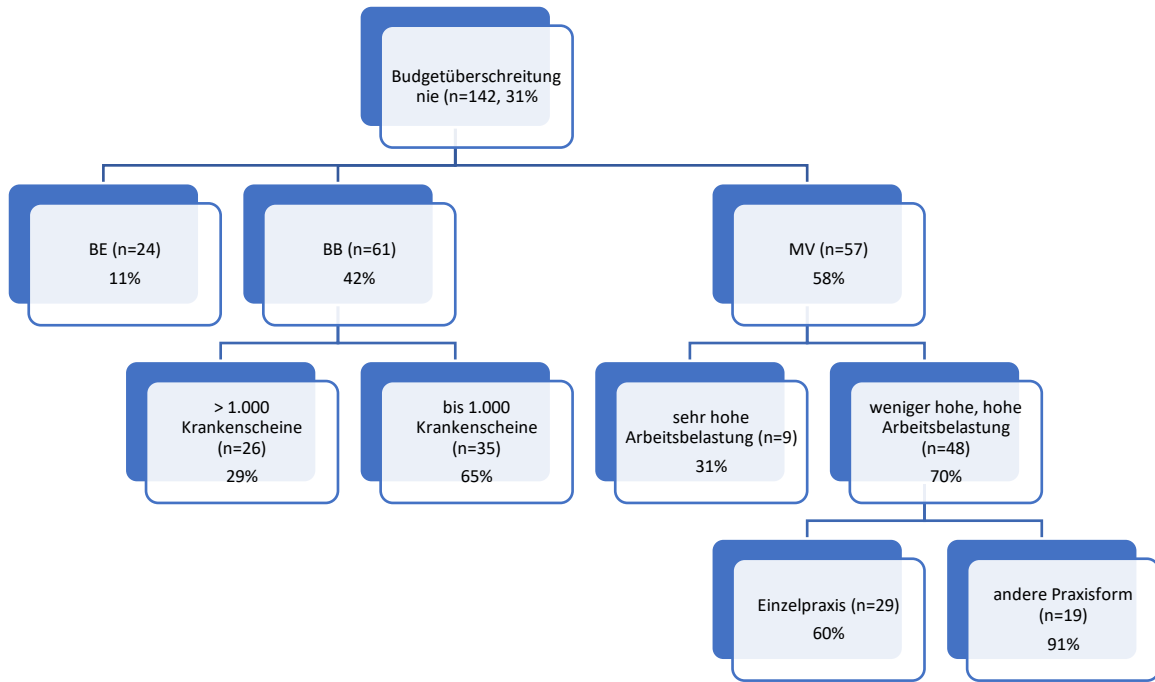


Abbildung 3: Einflussfaktoren nHÄ, die in keinem Quartal (nie) das Budget überschreiten

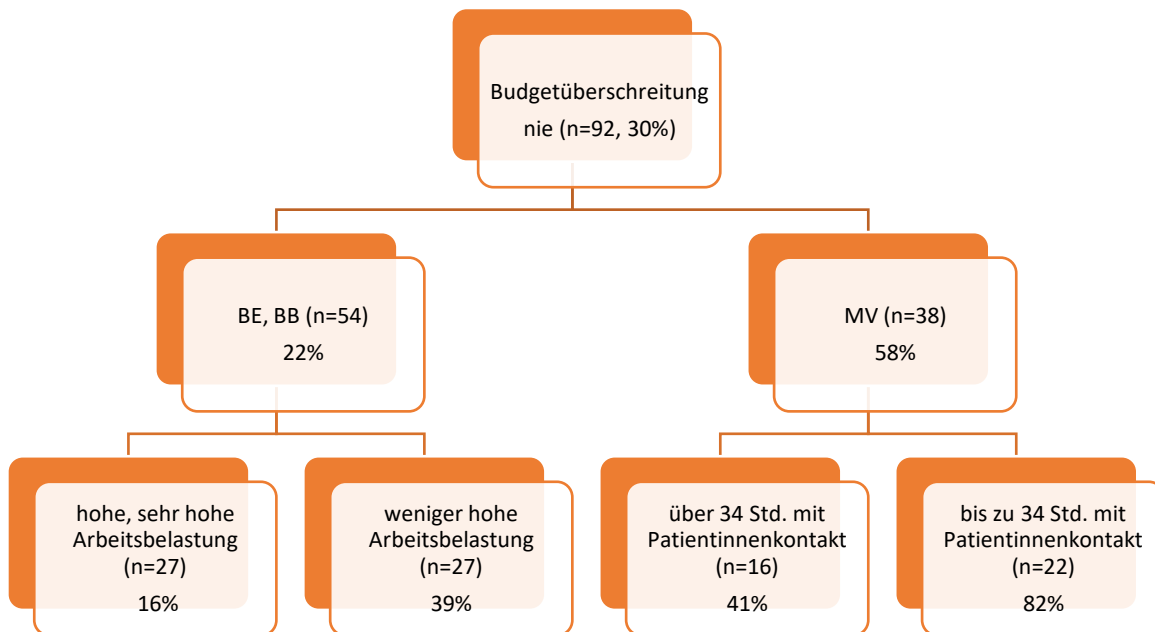


Abbildung 4: Einflussfaktoren nGyn, die in keinem Quartal (nie) das Budget überschreiten

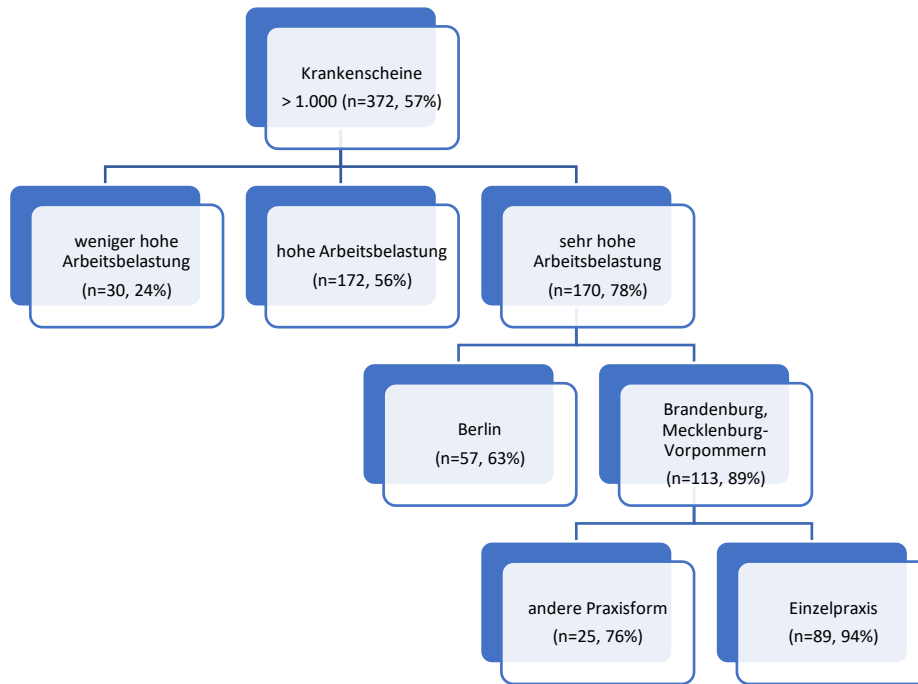


Abbildung 5: Einflussfaktoren auf die Ausstellung von mehr als 1.000 Krankenscheinen durch nHÄ

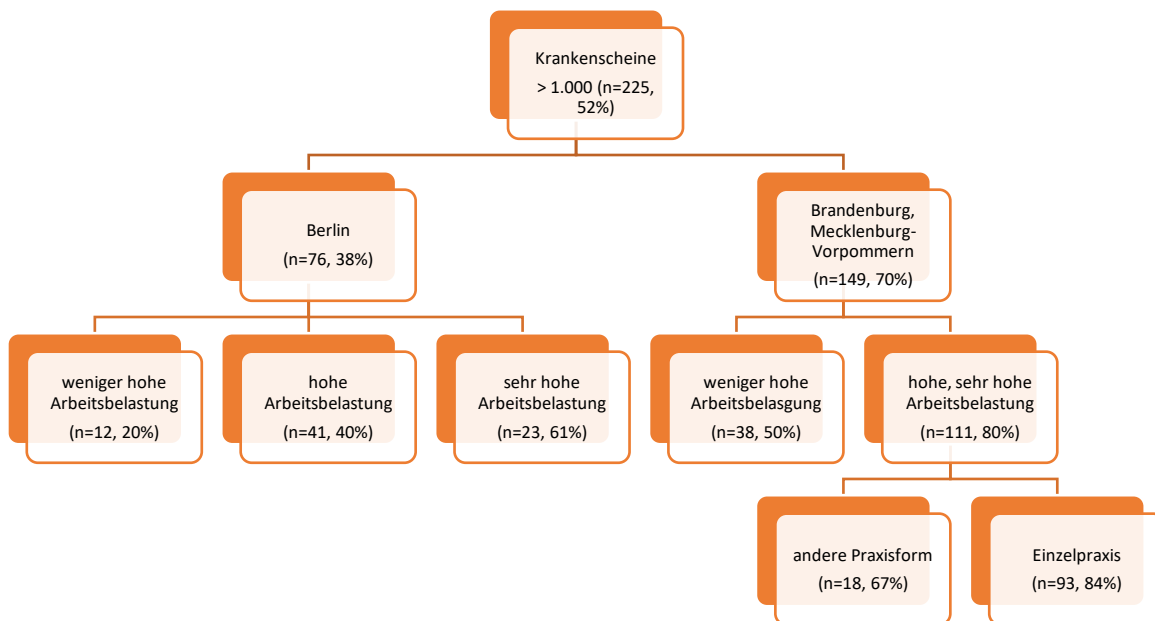


Abbildung 6: Einflussfaktoren auf die Ausstellung von mehr als 1.000 Krankenscheinen durch nGyn

	Anteil ausgestellter Krankenscheine im Quartal			
	nHÄ (n = 679)		nGyn (n = 427)	
	n	% (CI)	n	% (CI)
Bis 1.000				
Region Nordost	283	43,03 (39,15-46,91)	188	47,72 (42,82-52,62)
Berlin	158	54,91 (48,95-60,86)	115	61,98 (55,00-68,97)
Brandenburg	66	33,20 (26,48-39,93)	33	29,64 (21,13-38,14)
Mecklenburg-Vorpommern	52	32,07 (24,72-39,42)	32	30,60 (21,72-39,48)
1.001 bis 1.200				
Region Nordost	182	27,68 (24,17-31,18)	113	26,75 (22,45-31,05)
Berlin	69	24,92 (19,73-30,11)	43	22,98 (16,94-29,03)
Brandenburg	67	33,47 (26,75-40,19)	35	31,64 (22,96-40,31)
Mecklenburg-Vorpommern	40	25,01 (18,16-31,86)	32	31,00 (22,06-39,95)
Mehr als 1.200				
Region Nordost	190	29,29 (25,71-32,88)	112	25,53 (21,35-29,72)
Berlin	54	20,18 (15,29-25,06)	28	15,04 (9,89-20,18)
Brandenburg	61	33,33 (26,46-40,20)	43	38,72 (29,65-47,80)
Mecklenburg-Vorpommern	69	42,92 (35,11-50,73)	39	38,40 (28,96-47,84)

Anmerkung: nHÄ = niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte, nGyn = niedergelassene Gynäkologinnen/Gynäkologen

3. Check-up Gyn50+

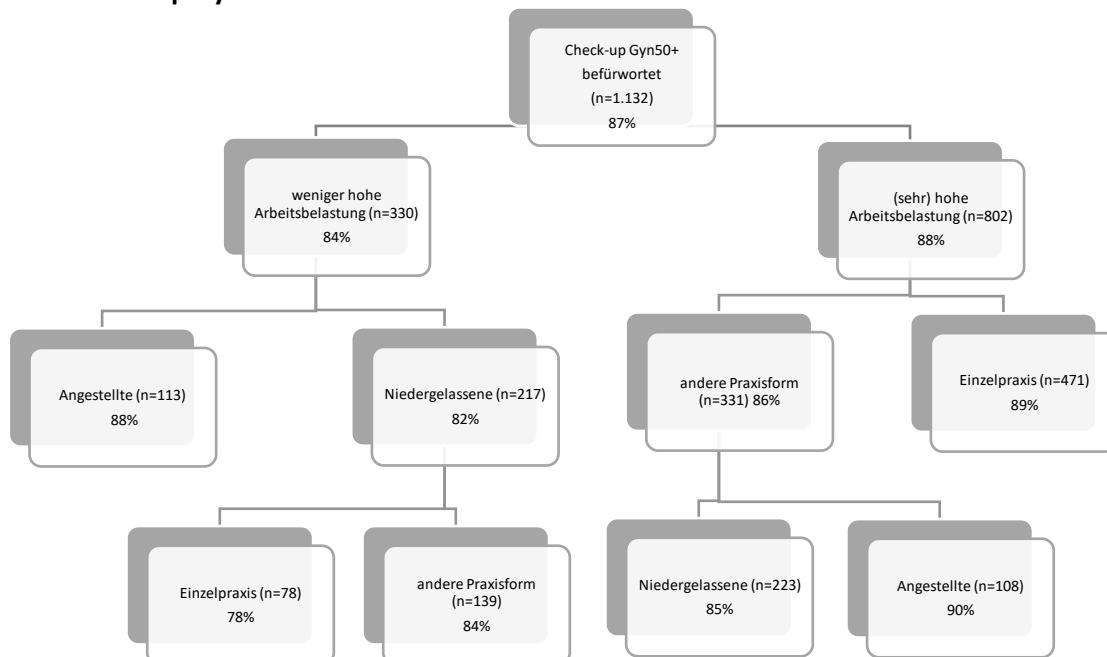
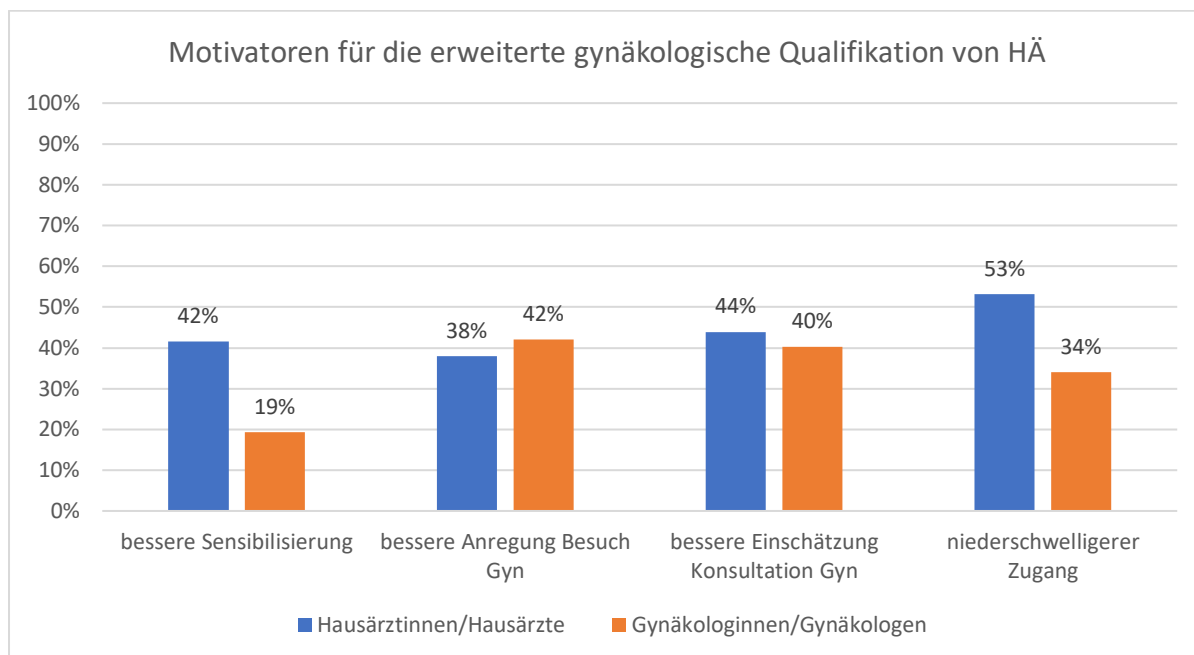


Abbildung 7: Regressionsbaum: Check-up Gyn50+, alle Responder.

4. Erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ



Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen. Angaben gewichtet.

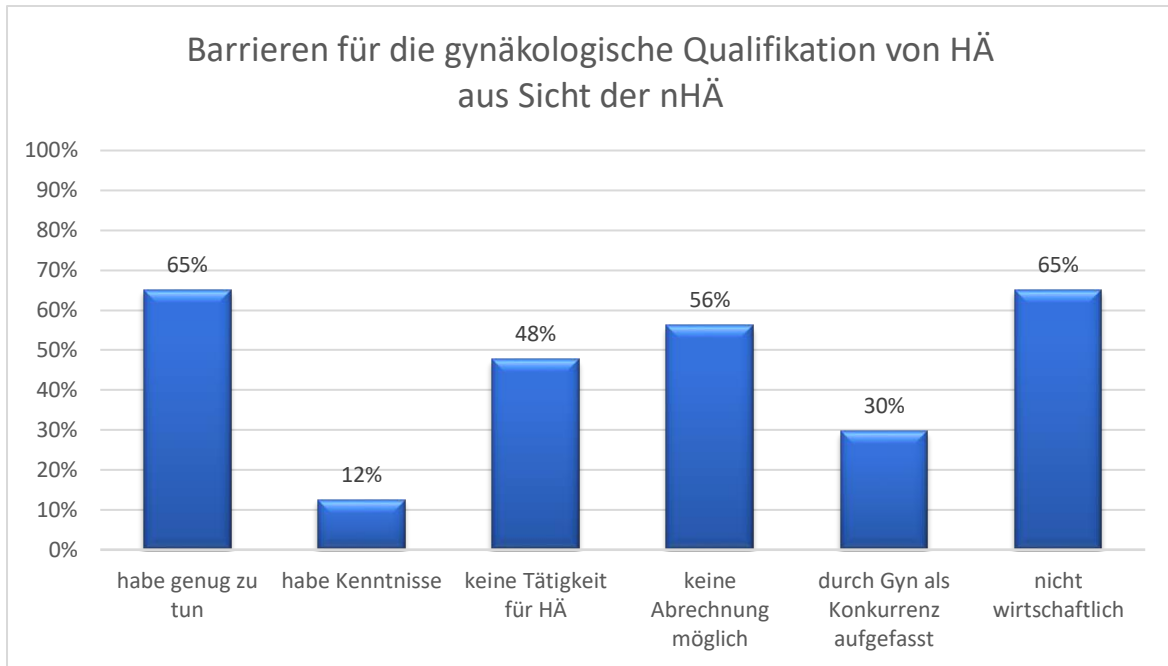
Abbildung 8: Motivatoren, die für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation sprechen

Tabelle 7: Einflussfaktoren auf die Befürwortung einer erweiterten gynäkologischen Qualifikation

	Motivatoren für die erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ			
	nHÄ		nGyn	
	OR (CI)	p aus X ²	OR (CI)	p aus X ²
Bessere Sensibilisierung für gynäkologische Bedürfnisse				
Weiblich (Ref. männlich)	0,79 (0,54-1,15)	0,215	1,85 (0,90-3,80)	0,095
Alter	0,96 (0,94-0,99)	0,002	0,99 (0,96-1,03)	0,685
Brandenburg (Ref. Berlin)	0,72 (0,47-1,11)	0,135	0,47 (0,24-0,93)	0,030
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	0,78 (0,48-1,25)	0,298	0,50 (0,24-1,05)	0,069
Besseres Anregen regelmäßiger Besuche bei Gyn¹				
Weiblich (Ref. männlich)	0,66 (0,46-0,96)	0,028	-	-
Alter	1,00 (0,98-1,02)	0,736	-	-
Brandenburg (Ref. Berlin)	0,61 (0,40-0,93)	0,022	-	-
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	0,73 (0,46-1,16)	0,181	-	-
Besseres Anregen inzidierter Besuche bei Gyn¹				
Weiblich (Ref. männlich)	0,51 (0,35-0,74)	< 0,001	-	-
Alter	0,98 (0,96-1,00)	0,090	-	-
Brandenburg (Ref. Berlin)	0,66 (0,43-1,01)	0,053	-	-
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	0,54 (0,34-0,87)	0,010	-	-
Niederschwelliger Zugang zur Frauengesundheit¹				
Weiblich (Ref. männlich)	0,63 (0,42-0,92)	0,019	-	-
Alter	0,98 (0,96-1,00)	0,115	-	-
Brandenburg (Ref. Berlin)	0,41 (0,26-0,64)	< 0,001	-	-
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	0,51 (0,31-0,83)	0,007	-	-

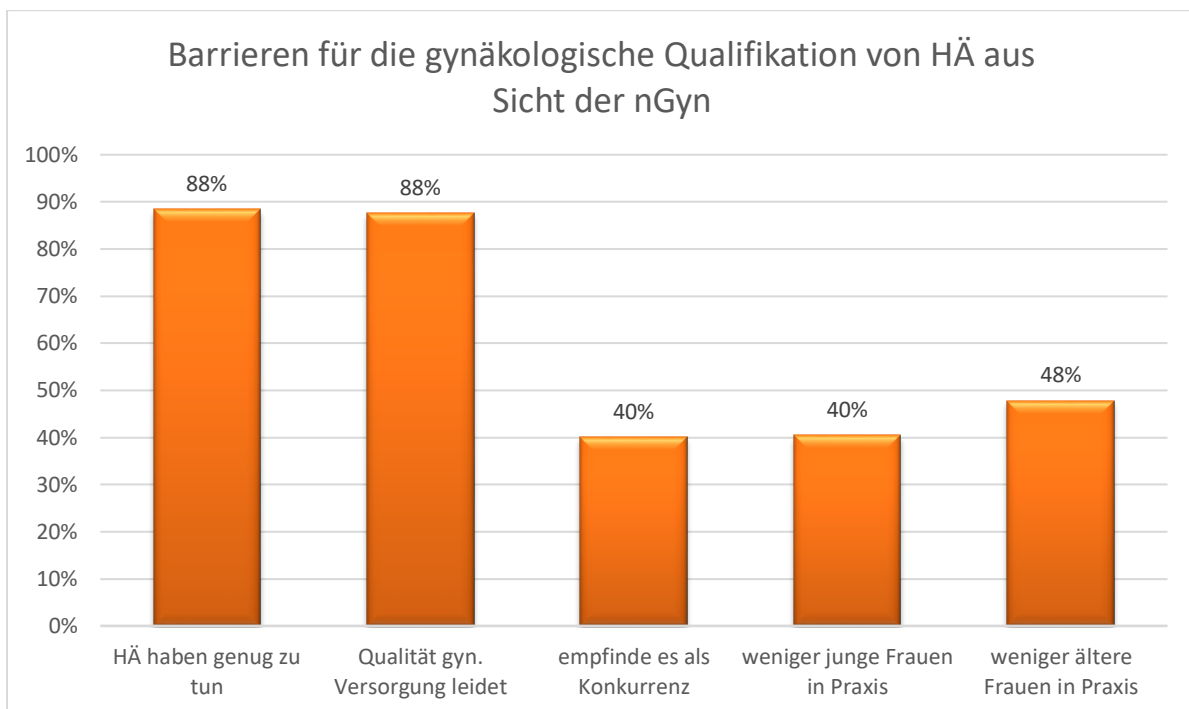
Anmerkung: OR = Odds Ratio, CI = Konfidenzintervall (95 %). Ref. = Referenz. Angaben gewichtet.

HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen.¹ Für Gyn konnten mit den angegebenen Variablen keine Einflussfaktoren ermittelt werden.



Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, nHÄ = niedergelassene HÄ, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen. Angaben gewichtet.

Abbildung 9: Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ aus Sicht der nHÄ



Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, nHÄ = niedergelassene HÄ, Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen, nGyn = niedergelassene Gyn. Angaben gewichtet.

Abbildung 10: Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ aus Sicht der nGyn

Tabelle 8: nHÄ Zustimmung mit Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ

Sicht der nHÄ	Einflussfaktoren der Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ		
	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95 %)	p aus χ^2
Habe auch sonst genug zu tun			
Weiblich (Ref. männlich)	1,24	0,83-1,85	0,300
Alter	1,02	0,99-1,04	0,232
Brandenburg (Ref. Berlin)	1,08	0,67-1,73	0,748
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	0,92	0,55-1,51	0,730
Gynäkologische Inhalte in der Weiterbildung (Ref. keine)	0,37	0,24-0,57	< 0,001
Verfüge über erforderliche Kenntnisse			
Weiblich (Ref. männlich)	0,95	0,56-1,61	0,837
Alter	1,03	1,00-1,06	0,094
Brandenburg (Ref. Berlin)	0,54	0,28-1,05	0,068
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	1,18	0,62-2,22	0,617
Gynäkologische Inhalte in der Weiterbildung (Ref. keine)	3,06	1,74-5,35	< 0,001
Keine Abrechnung möglich			
Weiblich (Ref. männlich)	1,27	0,88-1,84	0,197
Alter	0,87	0,95-0,99	0,015
Brandenburg (Ref. Berlin)	0,82	0,53-1,26	0,363
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	0,55	0,35-0,87	0,011

Anmerkung: Ref. = Referenz, HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte

Tabelle 9: nGyn Zustimmung mit Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation der HÄ

Sicht der nGyn	Barrieren für eine erweiterte gynäkologische Qualifikation von HÄ		
	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95 %)	p aus χ^2
HÄ haben auch sonst genug zu tun			
Weiblich (Ref. männlich)	0,52	0,18-1,46	0,214
Alter	0,98	0,94-1,03	0,517
Brandenburg (Ref. Berlin)	3,52	1,13-10,93	0,030
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	2,90	0,88-9,54	0,079
Befürchte weniger junge Frauen in meiner Praxis			
Weiblich (Ref. männlich)	1,32	0,77-2,26	0,320
Alter	0,97	0,94-1,00	0,046
Brandenburg (Ref. Berlin)	2,27	1,33-3,90	0,003
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	1,89	1,04-3,41	0,036
Befürchte weniger ältere Frauen in meiner Praxis			
Weiblich (Ref. männlich)	1,55	0,72-3,32	0,259
Alter	0,97	0,94-0,99	0,021
Brandenburg (Ref. Berlin)	1,83	0,83-4,03	0,133
Mecklenburg-Vorpommern (Ref. Berlin)	1,77	0,78-4,03	0,171
Wirtschaftlich zufrieden (Ref. nein)	0,40	0,18-0,86	0,020

Anmerkung: Ref. = Referenz, HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte

5. Vernetzung und Zusammenarbeit

Tabelle 10: Vernetzungsgrad der Niedergelassenen

	Vernetzungsgrad der Niedergelassenen	
	nHÄ (n = 679) n (%)	nGyn (n = 427) n (%)
Formale Vernetzung (in einem Ärztenetz, als Ambulanzärztin/-arzt, in einem Qualitätszirkel)	48 (7,2)	53 (12,6)
Informelle Vernetzung (durch persönlichen Kontakt, sonstige, ohne formale Vernetzung)	398 (59,7)	267 (63,6)
Keine Vernetzung (gar nicht)	221 (33,1)	100 (23,8)

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich. Fehlende Angaben: n = 12 (1,8 %)

Tabelle 11: Einflussfaktoren auf die Vernetzung

	Einflussfaktoren auf Vernetzung			
	nHÄ/HÄ		nGyn/Gyn	
	OR (CI)	p	OR (CI)	p
Informelle Vernetzung				
Alter	1,03 (1,00-1,05)	0,015	1,01 (0,98-1,05)	0,408
Weiblich (Ref. männlich)	1,21 (0,86-1,70)	0,272	1,71 (0,98-2,98)	0,059
Brandenburg (Ref. Berlin)	1,55 (1,04-2,32)	0,033	1,13 (0,64-2,02)	0,668
Mecklenburg- Vorpommern (Ref. Berlin)	1,56 (1,00-2,43)	0,048	2,55 (1,23-5,26)	0,011
Formale Vernetzung				
Alter	1,02 (0,98-1,06)	0,439	1,05 (1,00-1,11)	0,041
Weiblich (Ref. männlich)	1,53 (0,75-3,10)	0,239	2,15 (0,87-5,32)	0,099
Brandenburg (Ref. Berlin)	2,31 (0,98-5,42)	0,055	4,63 (1,87-11,44)	0,001
Mecklenburg- Vorpommern (Ref. Berlin)	3,35 (1,43-7,83)	0,005	8,79 (3,09-25,00)	< 0,001

Anmerkung: Ref. = Referenz, OR = Odds Ratio, CI = Konfidenzintervall (95 %). Angaben gewichtet.

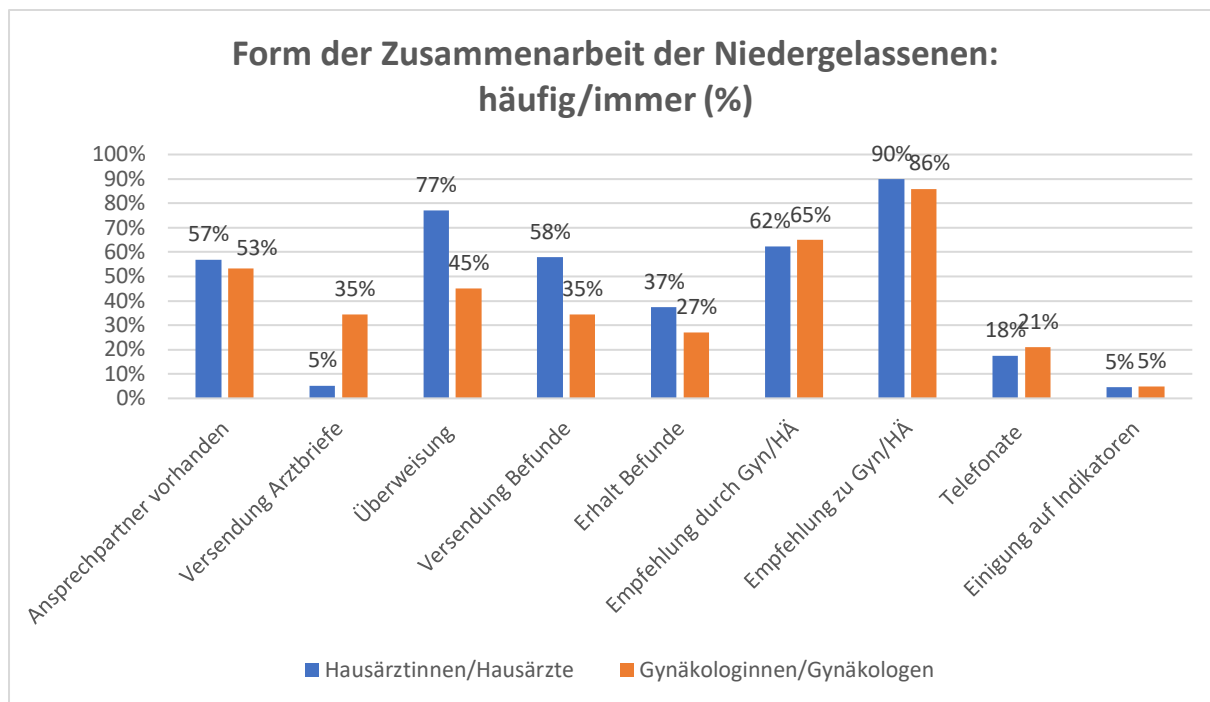


Abbildung 11: Bewertung der Form der Zusammenarbeit, alle Niedergelassenen (häufig/immer)

Tabelle 12: Einflussfaktoren auf die Form der Zusammenarbeit aller Niedergelassenen

	Einflussfaktoren auf die Form der Zusammenarbeit			
	nHÄ/HÄ		nGyn/Gyn	
	OR (CI)	p	OR (CI)	p
Ansprechpartner/in vorhanden				
Alter	1,05 (1,02-1,07)	< 0,001	1,01 (0,98-1,04)	0,705
Weiblich (Ref. männlich)	1,24 (0,84-1,83)	0,287	1,03 (0,60-1,77)	0,924
BB (Ref. Berlin)	2,50 (1,58-3,93)	< 0,001	1,60 (0,92-2,76)	0,093
MV (Ref. Berlin)	4,72 (2,81-7,94)	< 0,001	1,29 (0,73-2,30)	0,378
Vernetzung (Ref. keine Vernetzung)	10,29 (6,75-15,68)	< 0,001	8,83 (4,82-16,18)	< 0,001
Versendung von Arztbriefen¹				
Alter			1,00 (0,97-1,03)	0,879
Weiblich (Ref. männlich)			0,65 (0,38-1,11)	0,114
BB (Ref. Berlin)			2,40 (1,40-4,11)	0,001
MV (Ref. Berlin)			4,87 (2,76-8,61)	< 0,001
andere Praxisform (Ref. Einzelpraxis)			0,48 (0,28-0,84)	0,009
keine Versendung von Arztbriefen				
Alter	0,97 (0,95-0,99)	0,004	0,94 (0,89-1,00)	0,038
Weiblich (Ref. männlich)	0,93 (0,67-1,30)	0,682	1,25 (0,44-3,56)	0,680
BB (Ref. Berlin)	0,85 (0,57-1,26)	0,422	0,19 (0,04-0,84)	0,029
MV (Ref. Berlin)	0,72 (0,47-1,10)	0,125	0,23 (0,06-0,95)	0,042
andere Praxisform (Ref. Einzelpraxis)	0,69 (0,49-0,97)	0,033	2,22 (1,01-4,92)	0,048
Überweisungen bei Risikofaktoren / Erhalt von Überweisungen¹				
Alter			1,03 (0,99-1,07)	0,132
Weiblich (Ref. männlich)			1,19 (0,59-2,40)	0,636
BB (Ref. Berlin)			1,70 (0,82-3,50)	0,152
MV (Ref. Berlin)			3,31 (1,55-7,05)	0,002
wirtschaftlich zufrieden (Ref. nein)			0,55 (0,27-1,12)	0,099
Gesamtarbeitszeit			0,97 (0,94-1,01)	0,138

	Einflussfaktoren auf die Form der Zusammenarbeit			
	nHÄ/HÄ		nGyn/Gyn	
	OR (CI)	p	OR (CI)	p
Senden Befunde an Gyn/HÄ				
Alter	1,03 (1,00-1,05)	0,023	1,03 (1,00-1,06)	0,028
Weiblich (Ref. männlich)	1,63 (1,15-2,29)	0,005	1,05 (0,61-1,81)	0,855
BB (Ref. Berlin)	1,22 (0,82-1,82)	0,326	1,84 (1,08-3,15)	0,025
MV (Ref. Berlin)	1,60 (1,04-2,46)	0,033	3,70 (2,09-6,56)	< 0,001
Gesamtarbeitszeit Gyn./allgemeinmed. Inhalte in der Weiterbildung (Ref. keine)	1,03 (1,01-1,05)	0,004	1,02 (0,99-1,05)	0,177
Erhalt Befunde von Gyn/HÄ				
Alter	1,05 (1,02-1,07)	< 0,001	1,02 (0,99-1,05)	0,149
Weiblich (Ref. männlich)	0,82 (0,58-1,17)	0,282	0,97 (0,56-1,70)	0,922
BB (Ref. Berlin)	1,29 (0,85-1,96)	0,228	1,27 (0,72-2,23)	0,416
MV (Ref. Berlin)	3,86 (2,49-5,99)	< 0,001	2,02 (1,14-3,60)	0,017
Vernetzung (Ref. keine Vernetzung)	2,13 (1,45-3,14)	< 0,001	2,04 (1,10-3,70)	0,024
Empfehlung von Gyn/HÄ²				
Alter	0,97 (0,95-0,99)	0,006		
Weiblich (Ref. männlich)	1,00 (0,71-1,42)	0,981		
BB (Ref. Berlin)	0,64 (0,43-0,96)	0,032		
MV (Ref. Berlin)	1,17 (0,74-1,83)	0,503		
> 1.000 Krankenscheine/Quartal (Ref. < 1.000)	0,95 (0,67-1,36)	0,797		
Telefonate mit Gyn/HÄ				
Alter	1,08 (1,04-1,12)	< 0,001	1,00 (0,95-1,06)	0,878
Weiblich (Ref. männlich)	1,37 (0,75-2,49)	0,303	1,66 (0,59-4,67)	0,338
BB (Ref. Berlin)	2,83 (1,30-6,17)	0,009	2,86 (1,03-7,94)	0,044
MV (Ref. Berlin)	6,32 (2,94-13,61)	< 0,001	3,23 (1,22-8,54)	0,018
wirtschaftlich zufrieden (Ref. nein)	0,29 (0,13-0,64)	0,002	0,35 (0,14-0,89)	0,028
Vernetzung (Ref. keine Vernetzung)	2,54 (1,22-5,28)	0,013	15,50 (1,81- 132,74)	0,012
Einigung auf Indikatoren, bei denen Überweisung erfolgen muss				
Alter	1,07 (1,02-1,13)	0,008	1,05 (0,99-1,12)	0,133
Weiblich (Ref. männlich)	1,38 (0,59-3,21)	0,454	2,36 (0,61-9,12)	0,212
BB (Ref. Berlin)	1,30 (0,52-3,30)	0,574	1,55 (0,49-4,96)	0,459
MV (Ref. Berlin)	1,01 (0,35-2,95)	0,981	2,69 (0,88-8,21)	0,082
Vernetzung (Ref. keine Vernetzung)	3,32 (1,03-10,71)	0,044	7,28 (0,71- 74,75)	0,095

Anmerkung: OR = Odds Ratio, CI = Konfidenzintervall (95 %), Gyn = Gynäkologinnen/Gynäkologen, HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte, BB = Brandenburg, MV= Mecklenburg-Vorpommern, Ref. = Referenz. Angaben gewichtet.

¹ Für HÄ konnten mit den angegebenen Variablen keine Einflussfaktoren ermittelt werden.

² Für Gyn konnten mit den angegebenen Variablen keine Einflussfaktoren ermittelt werden.

Anhang 2 zu AP2: Katalog der für task-shifting oder task-sharing relevanten Beratungsanlässe und -ergebnisse (Intermediäres Produkt)

Inhalt

1. Vorgehen: Katalog für task-shifting-relevante Beratungsanlässe und -ergebnisse (task-shifting/task-sharing).....	2
1.1 Methodik	2
1.1.1 Zustimmung nach Modulen:	2
1.1.2 Zustimmung und Konsens zwischen den Fachgruppen	3
1.2 Ergebnisse	5
1.2.1 Zustimmung nach Modulen: Ergebnissen alle Responder	5
1.2.2 Zustimmung und Konsens zwischen den Fachgruppen nach Bereichen, alle Responder 13	
1.2.2.1 Beratung: Beratungsanlässe nach Bereichen und Aspekten der Frauengesundheit	13
1.2.2.2 Diagnostik: Beratungsanlässe nach Bereiche und Aspekte der Frauengesundheit	16
1.2.2.3 Therapie: Beratungsanlässe nach Bereichen und Aspekten der Frauengesundheit	19
<i>Tabelle 1: Module der für task-shifting relevanten Beratungsanlässe</i>	<i>2</i>
<i>Tabelle 2: Zustimmung und Konsensus der Mitversorgung, Beratung (n = 1.263)</i>	<i>15</i>
<i>Tabelle 3: Zustimmung und Konsensus der Mitversorgung, Diagnostik (n = 1263)</i>	<i>18</i>
<i>Tabelle 4: Zustimmung und Konsensus der Mitversorgung, Therapie (n = 1263)</i>	<i>20</i>
<i>Abbildung 1: Zustimmung zur Mitversorgung Modul Krebsfrüherkennung (KF), alle Responder</i>	<i>6</i>
<i>Abbildung 2: Zustimmung Modul Gesundheitsförderung und Vorsorge (GV) alle Responder ..</i>	<i>7</i>
<i>Abbildung 3: Zustimmung zur Mitversorgung Modul Regelversorgung (RV), alle Responder</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 4: Zustimmung Modul Wohlbefinden und besonderen Bedürfnissen der Frauen 50+ (WB), alle Responder</i>	<i>12</i>
<i>Abbildung 5: Zustimmung und Konsens zur anlassbezogenen fachübergreifenden Beratung von Frauen 50+</i>	<i>14</i>
<i>Abbildung 6: Zustimmung und Konsens zur anlassbezogenen fachübergreifenden Diagnostik von Frauen 50+</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 7: Zustimmung und Konsens zur anlassbezogenen fachübergreifenden Therapie von Frauen 50+</i>	<i>19</i>

1. Vorgehen: Katalog für task-shifting-relevante Beratungsanlässe und -ergebnisse (task-shifting/task-sharing)

Im Rahmen von AP2 wurde die anlassbezogene Bereitschaft zur fachübergreifenden Versorgung (task-shifting/task-sharing) der Grundversorgenden zur Mitversorgung von Frauengesundheit 50+ für 28 Tätigkeiten durch HÄ und Gyn im Rahmen der Bereiche Beratung, Diagnostik und Therapie bewertet. Hierzu schätzten sie 21 Aspekte der gynäkologischen Gesundheit (Frage 25) und 11 Aspekte der allgemeinen Gesundheit ein (Frage 26). Durch diese gestufte Einteilung wurden 83 Sub-Items mit dichotomen Antworten (ja/nein) erfasst und zur Analyse herangezogen.

1.1 Methodik

1.1.1 Zustimmung nach Modulen:

Die einzelnen Beratungsanlässe der Mitversorgung zur gynäkologischen und zur allgemeinen Versorgung von Frauen 50+ einschließlich Krebsvorsorge und Krebsnachsorge wurden zu den Themenkomplexen (Module) Früherkennung Krebs (KF), Gesundheit und Vorsorge (GV), Regelversorgung (RV) sowie Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+ (WB) zusammengefasst. Die Zusammenstellung der Themenkomplexe ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: Module der für task-shifting relevanten Beratungsanlässe

Module		Beratungsanlass
Krebsfrüherkennung (KF)	Krebsvorsorge	Tastuntersuchung der Brust
		Sonographie der Brust
		Mammographie
		Sonographie Eierstöcke/Eileiter
		PAP/Abstrich/HPV-Test
		iFOBT
Regelversorgung (RV)	Krebsnachsorge	Tastuntersuchung der Brust
		Sonographie der Brust
		Mammographie
		Sonographie Eierstöcke/Eileiter
		PAP/Abstrich/HPV-Test
		iFOBT
		Unterleibsschmerzen

Module	Beratungsanlass
	abnormale Blutungen STI (sexuell übertragbare Krankheiten) gyn. Untersuchungen: Inspektion/Palpation gyn. Untersuchungen: Kolposkopie rezidivierende Harnwegsinfekte Hypertonie Impfungen
Gesundheitsförderung und Vorsorge (GV)	sexuelle Gewalt Ernährungsberatung einschl. Adipositas Osteoporose
Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse 50+ (WB)	klimakterische Beschwerden klimakterische Beschwerden: Hormontherapie vaginaler Ausfluss: allgemein vaginaler Ausfluss: Mykosen/Kandidosen vaginaler Ausfluss: Vaginosen sexuelle Gesundheit Harninkontinenz vaginale Beschwerden Rückenschmerzen Störungen des Stoffwechsels somatoforme Störungen depressive Störungen

Anmerkung: iFOBT = immunologische fäkale Okkultbluttests, PAP = Papanicolaou, HPV = Humane Papillomviren

1.1.2 Zustimmung und Konsens zwischen den Fachgruppen

Um in einem Katalog für task-shifting die relevanten Beratungsanlässe und Ergebnisse zur Versorgung von Frauen 50+ zu erarbeiten, der als Grundlage für die Erstellung eines Leistungskatalogs dienen kann, wurden die anlassbezogene Perspektive der befragten Grundversorgenden (HÄ und Gyn) umfassend analysiert.

Die bereinigte Kopie des vollständigen Datensatzes wurde in R Studio (Version 3.5.1, 02.-07.2018) importiert. Der Datensatz in R Data-Format beinhaltet die Variablen zur Mitversorgung und die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Bundesland und Berufsstatus (Angestellter/ Selbständiger) und die Gewichtungvariable. Die Variable

„Beratung bezüglich Computertomographie/Magnetresonanztomographie“ wurde aus dem Datensatz entfernt, da die Frage in den beiden Versionen des Fragebogens inkongruent erfasst wurde. Fehlende Werte gab es nur bei soziodemographischen Variablen, da das Design des Fragenkatalogs für die Bewertung der Mitversorgung es nicht erlaubte, zwischen keiner Zustimmung und einem fehlenden Wert zu unterscheiden. In 1.389 Beobachtungen von 90 Variablen gab es 135 fehlende Werte: 73 betrafen das Geschlecht, 50 das Bundesland und 12 das Alter. Einige Fragebögen enthielten mehrere fehlende Werte. Der vollständige Datensatz enthielt 1.263 Beobachtungen zur Mitversorgung. Eine mehrfache Imputation wurde aufgrund der relativ geringen Anzahl fehlender Werte als unnötig erachtet. Bei Regressionen erfolgte nur die Verwendung vollständiger Beobachtungen.

Für die Sub-Items der Tätigkeiten wurden die Zustimmungsraten zur Mitversorgung in jeder Berufsgruppe und daraufhin der Konsens zwischen den Berufsgruppen bewertet, getrennt für Beratung, Diagnostik und Therapie.

Zustimmungs-Zonen (Z-Zone): Die Zustimmungsraten unter HÄ und Gyn wurde für jedes Sub-Item berechnet. Drei Zustimmungs-Zonen wurden für beide Fachgruppen anhand von Tertilen definiert: grüne Zustimmungs-Zone (oberes Tertil = ≥ 67 Perzentil); rote Zustimmungs-Zone (unteres Tertil = ≤ 33 . Perzentil). Zwischen diesen, die gelbe Zustimmungs-Zone (mittleres Tertil = 66. bis 34. Perzentil).

Unterschiede in Zustimmungsraten zwischen beiden Berufsgruppen wurden mit χ^2 Test berechnet, die Effektgröße mit Phi (ϕ) geschätzt und der Schwellenwert für die Signifikanz auf $p < 0,05$ festgelegt. Für jedes Sub-Item (abhängige Variable) wurde eine multivariable logistische Regression durchgeführt und grobe (crude) Odds Ratios (cOR) sowie ein 95%-Konfidenzintervall (95% CI) berechnet. Die Berufsgruppe wurde als unabhängige Variable (Ref = Gyn) festgelegt. Zur Kontrolle auf Kovariaten (confounders) wurde eine Anpassung für Alter, Geschlecht, Bundesland und Berufsstatus (Selbständige vs. Angestellte) durchgeführt und adjustierte Odds Ratios (aOR) sowie 95% CI berechnet.

Als Maß für die Konsensabweichung zwischen zwei Gruppen für eine Tätigkeit kann die Abweichung des aOR für diese Tätigkeit von dem Wert 1 interpretiert werden, die wiederum wie das Modell für die berücksichtigten Kovariablen adjustiert ist.

Um den Grad des Konsensus auf der Grundlage der aOR zu bestimmen, musste die exponentielle Verteilung der Odds Ratios berücksichtigt werden. Der natürliche Logarithmus (ln) jedes aOR wurde berechnet, die durch die Logarithmisierung transformierten aOR (ln aOR) wurden somit um den Skalenwert 0 verteilt und daraufhin in einem linearen Diagramm dargestellt.

Durch visuelle Inspektion auf der ln aOR-Skala ließen sich **Konsensus-Zonen (K-Zone)** definieren: Konsens-Zone (ln aOR $> -0,4$ bis $< 0,4$), Dissens (ln aOR $< -0,8$ und $> 0,8$) und die Zwischenzone „Unentschieden“ (ln aOR $-0,8$ bis $-0,4$ und $0,4$ bis $0,8$)

Auch hier werden die Farben Grün für Konsens, rot für Dissens und gelb für Unentschieden.

1.2 Ergebnisse

1.2.1 Zustimmung nach Modulen: Ergebnissen *alle* Responder

Die Analyse nach Modulen zeigte die höchsten Zustimmungsraten in Bezug auf eine fachübergreifende Beratung für das Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei Harninkontinenz und vaginalen Beschwerden) und das Modul „Regelversorgung“ (bei rezidivierenden Harnwegsinfekten). Unterschiedliche Zustimmungsraten bestanden bei der Beratung im Modul „Gesundheit und Vorsorge“ zur Prävention der Osteoporose, und die geringsten Zustimmungsraten wurden im Modul „Früherkennung Krebs“ (Krebsvorsorge PAP/Abstrich/HPV-Test) und bei der Krebsnachsorge im Modul „Regelversorgung“ (PAP/Abstrich/HPV-Test) erfasst.

Auch für den Bereich Diagnostik wurden die höchsten Zustimmungsraten im Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei vaginalen Beschwerden und bei Harninkontinenz) und im Modul „Regelversorgung“ (bei rezidivierenden Harnwegsinfekten) festgestellt. Hingegen fand die Diagnostik der Module „Früherkennung Krebs“ (Mammographie) und „Regelversorgung“ (Anlässen der Krebsnachsorge: Mammographie) nur sehr geringe Zustimmung.

Auch bei der Therapie gab es eine hohe Zustimmungsraten im Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei vaginalen Beschwerden und Harninkontinenz) sowie im Modul „Regelversorgung“ (bei rezidivierenden Harnwegsinfekten). Neben der Krebsnachsorge (Modul Regelversorgung) im Bereich Therapie gab es die geringste Zustimmung im Modul „Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+“ (bei Hormontherapie) und im Modul „Gesundheit und Vorsorge“ (bei sexueller Gewalt).

Die Zustimmungsraten beider Fachgruppen bezüglich der Mitversorgung wurden für folgende vier Module dargestellt (Angaben gewichtet):

- Krebsfrüherkennung, Beratung und Diagnostik (KF) in Abbildung 1,
- Gesundheitsförderung und Vorsorge (GV), Beratung, Diagnostik und ggfs. Therapie in Abbildung 2,
- Regelversorgung (RV) in Abbildung 3, Beratung, Diagnostik und ggfs. Therapie
- Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+ (WB), Beratung ggfs. Diagnostik und/oder Therapie in
- Abbildung 4.

Legende für alle Abbildungen:

- HÄ: Hausärztinnen/Hausärzte
- Gyn: Gynäkologinnen/Gynäkologen

Teil 1 Katalog task-shifting: Modul Krebsfrüherkennung

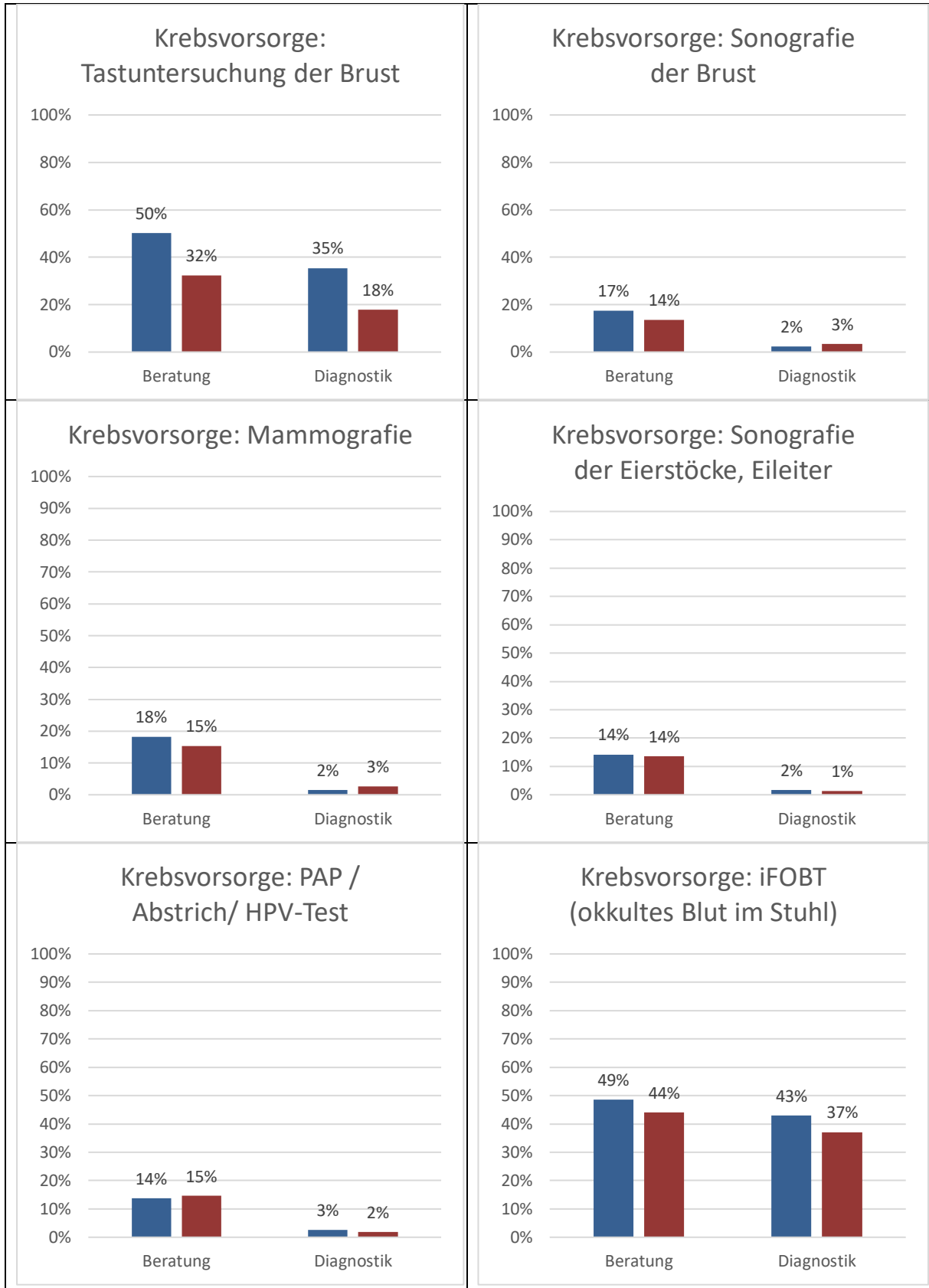


Abbildung 1: Zustimmung zur Mitversorgung Modul Krebsfrüherkennung (KF), alle Responder

Teil 1 Katalog task-shifting: Modul Gesundheitsförderung und Vorsorge

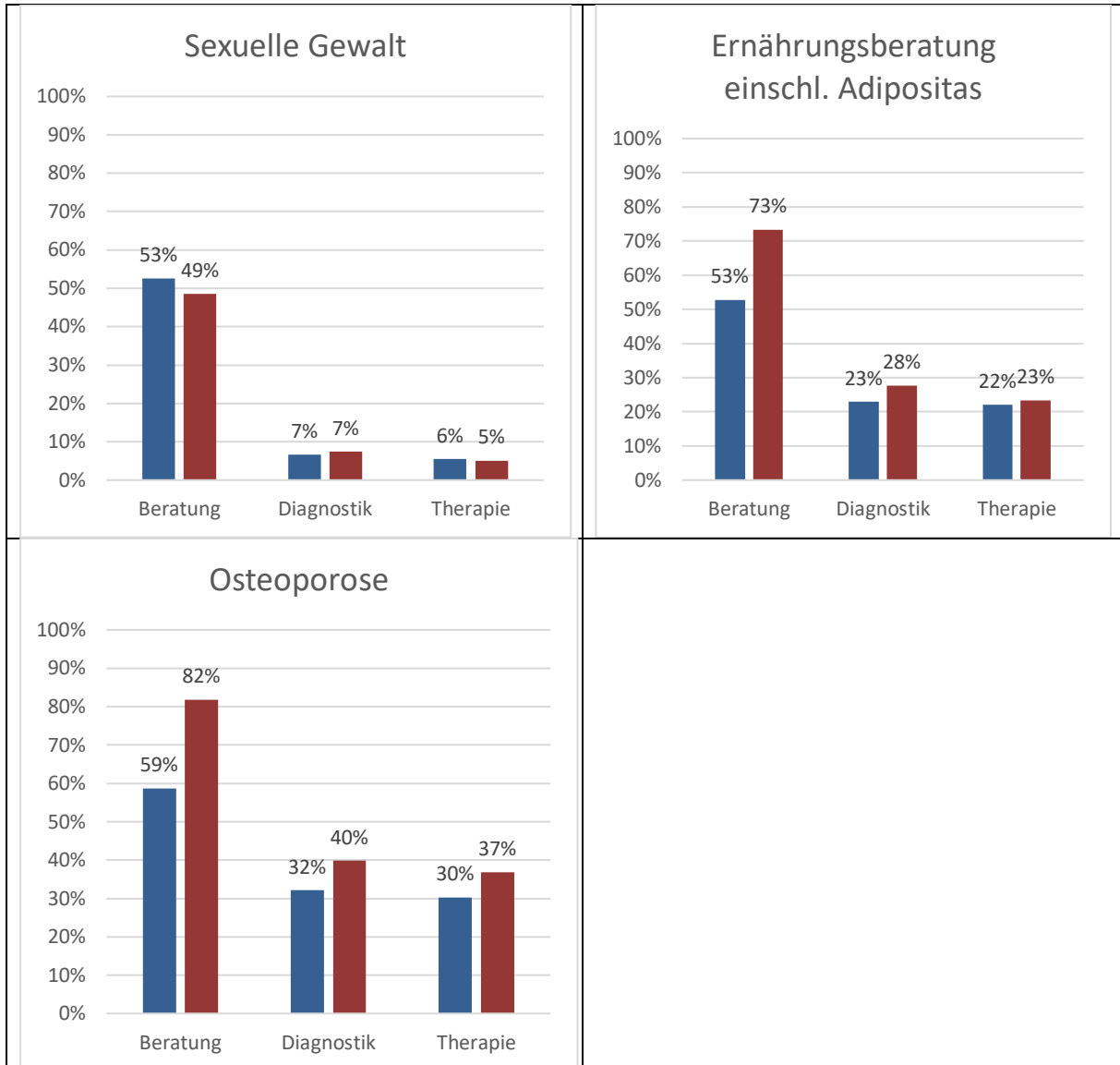
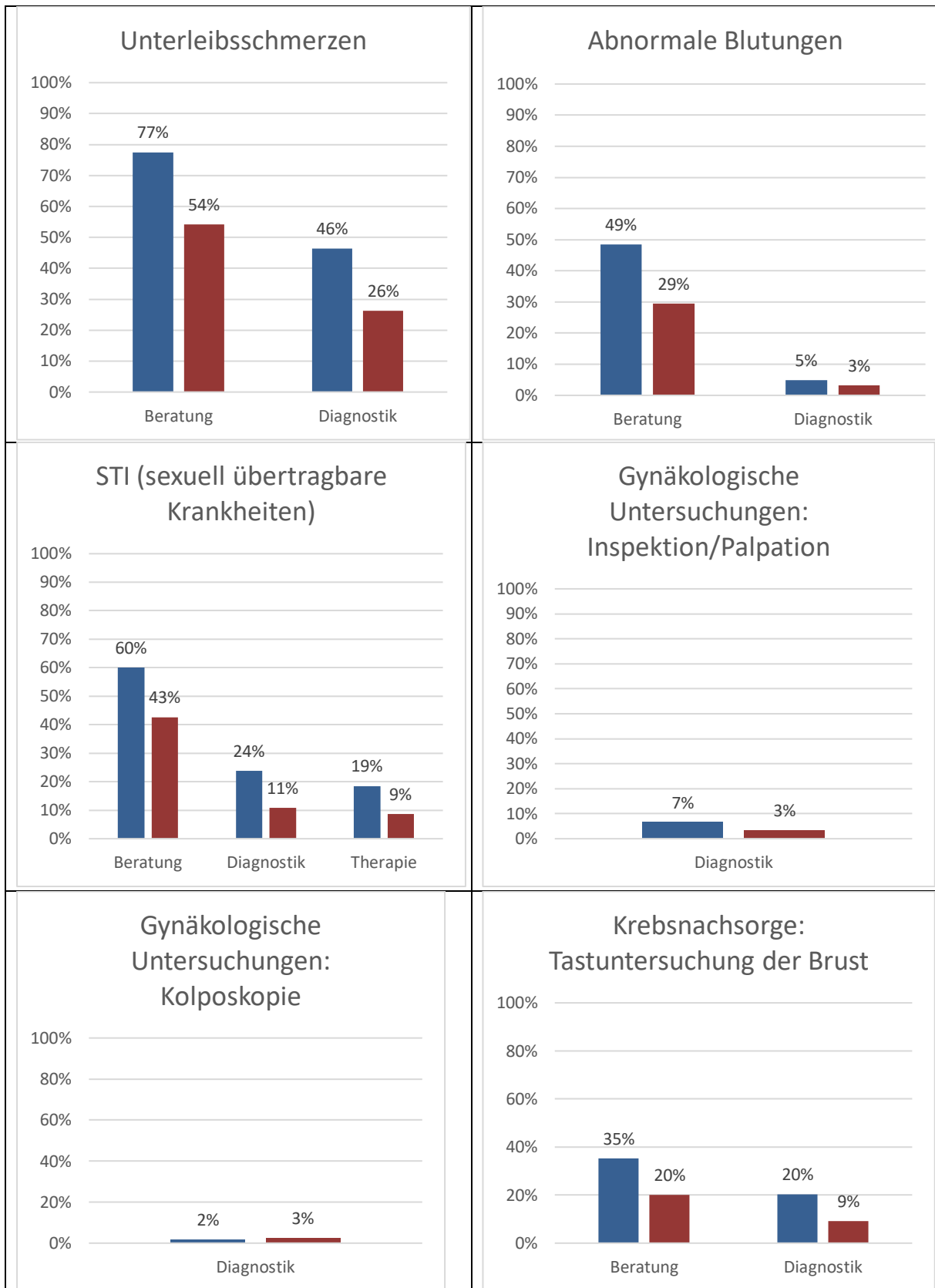
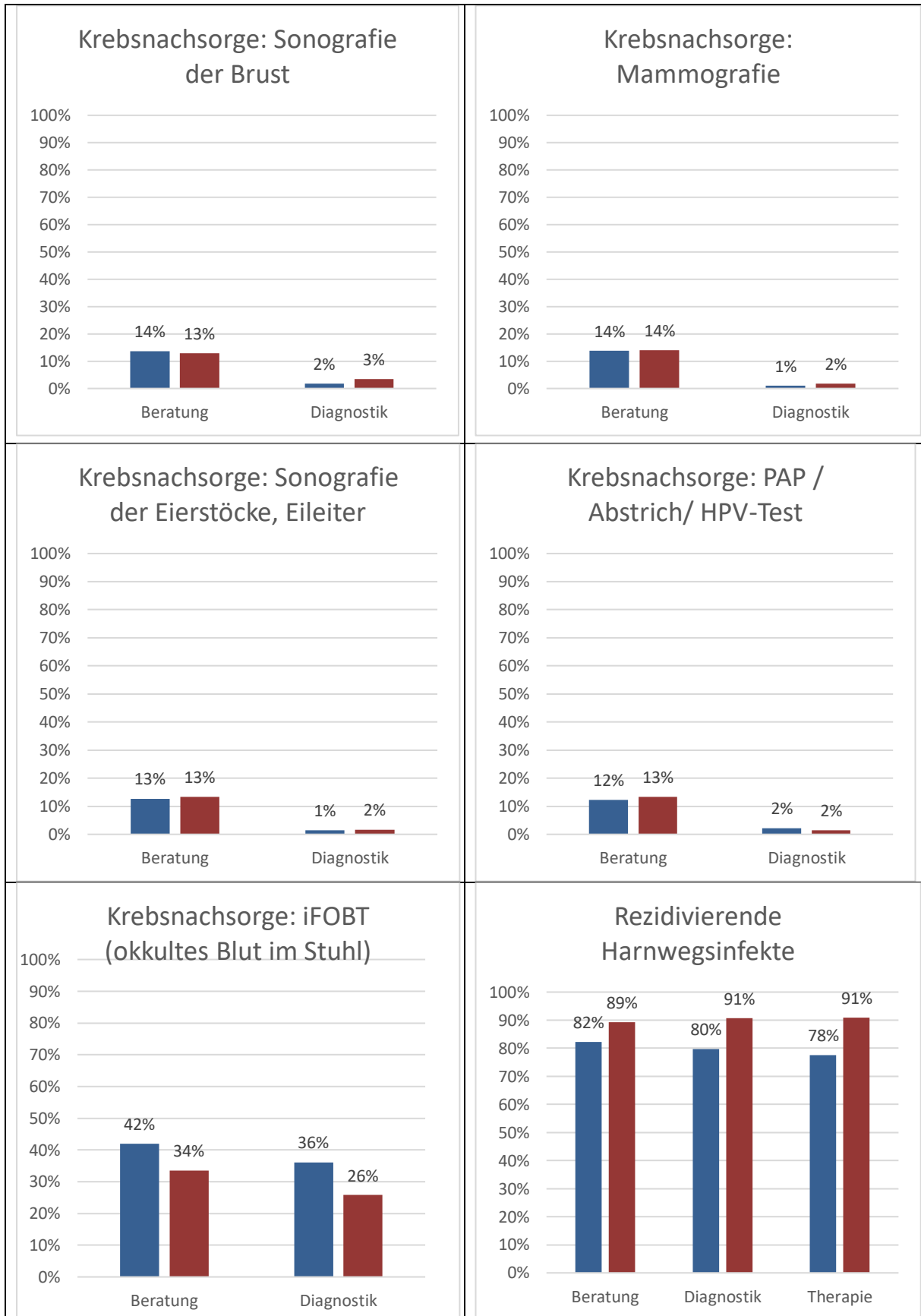


Abbildung 2: Zustimmung Modul Gesundheitsförderung und Vorsorge (GV) alle Responder

Teil 1 Katalog task-shifting: Modul Regelversorgung





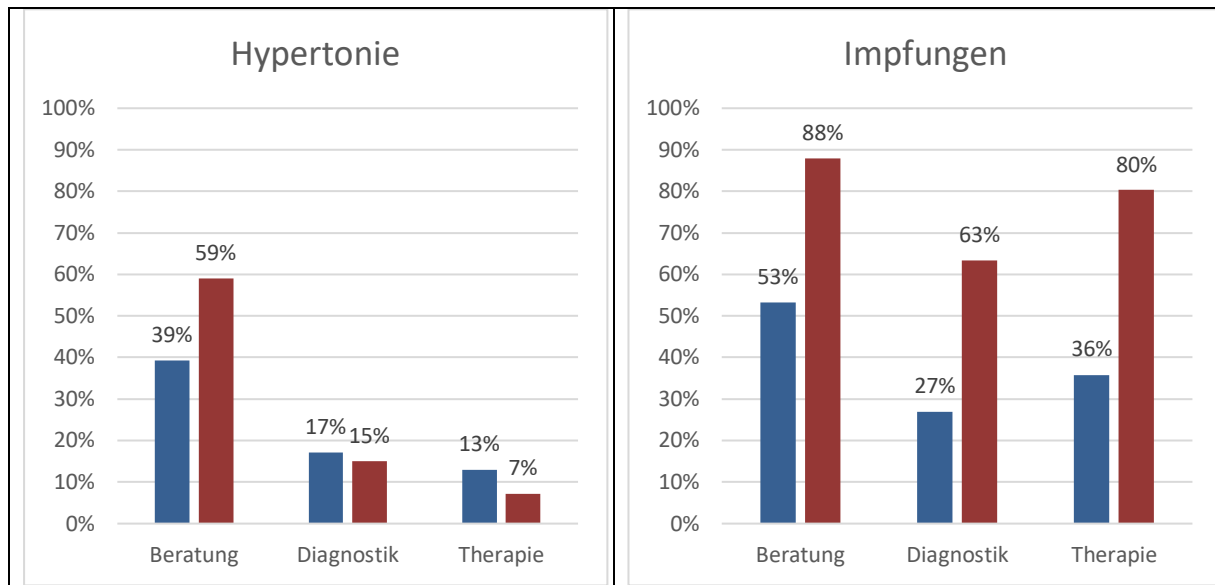


Abbildung 3: Zustimmung zur Mitversorgung Modul Regelversorgung (RV), alle Responder

Teil 1 Katalog task-shifting: Modul Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+

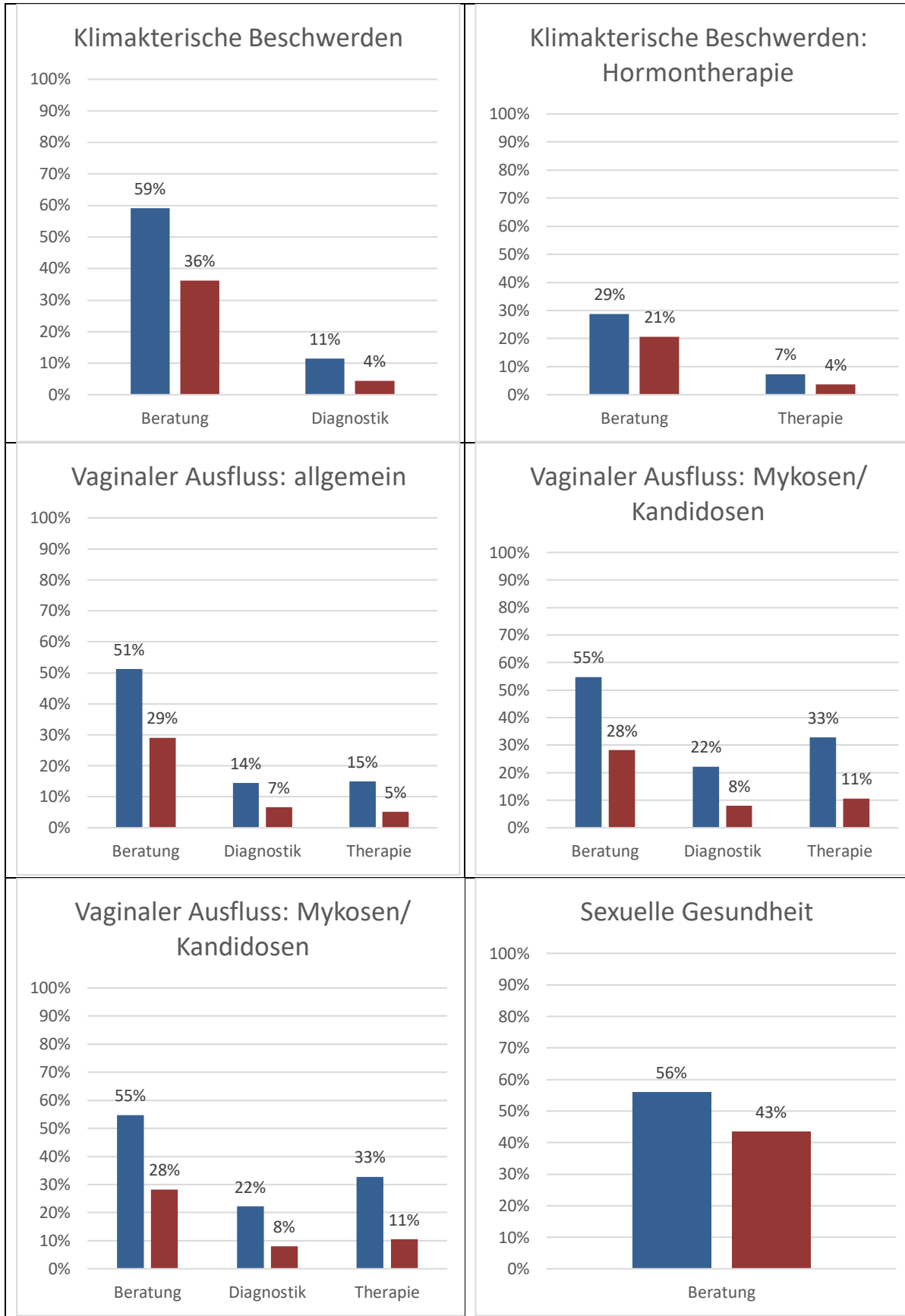




Abbildung 4: Zustimmung Modul Wohlbefinden und besonderen Bedürfnissen der Frauen 50+ (WB), alle Responder

1.2.2 Zustimmung und Konsens zwischen den Fachgruppen nach Bereichen, alle Responder

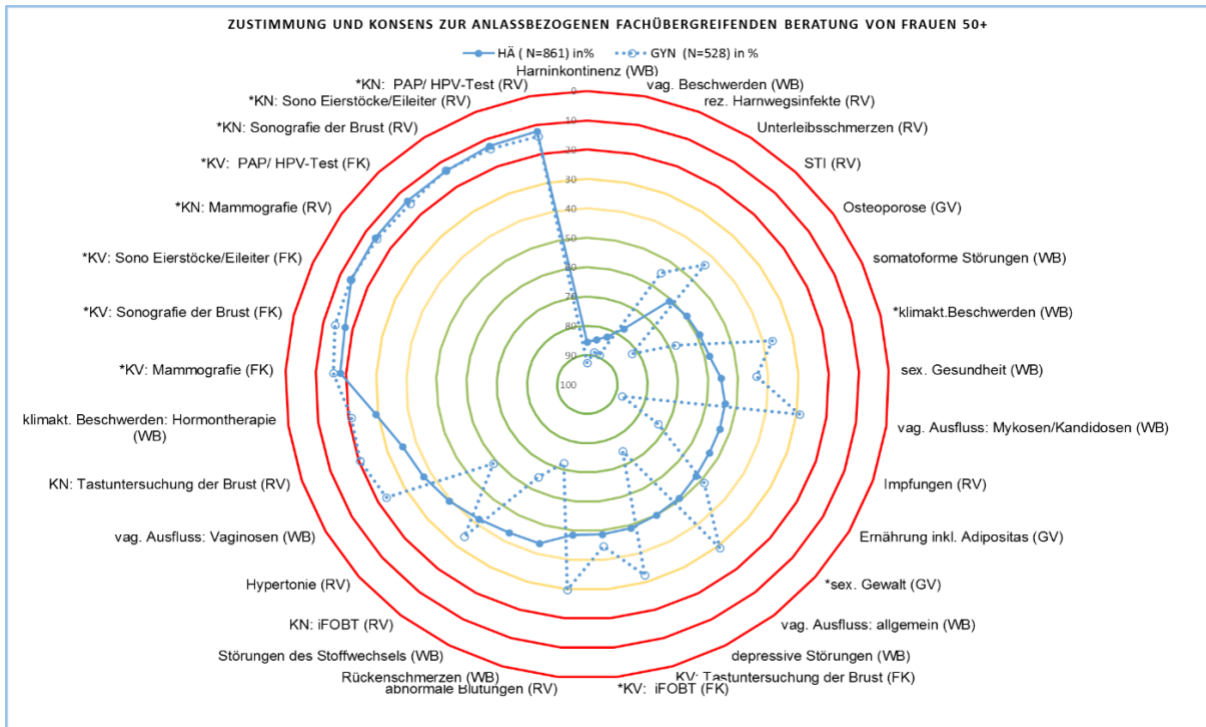
1.2.2.1 Beratung: Beratungsanlässe nach Bereichen und Aspekten der Frauengesundheit

Ein Überblick über Zustimmung und Konsens zur fachübergreifenden Beratung wird in Tabelle 2 und Abbildung 5 dargestellt.

Niedrige Zustimmung (rot Zustimmungs-Zone) fanden fünf Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der Krebsvorsorge und/oder Krebsnachsorge stehen: Die Ultraschalluntersuchung von Mamma und Ovarien zur Krebsvorsorge und -nachsorge sowie die HPV-Test-/PAP-Abstrich-Untersuchung zur Krebsnachsorge. Die Ergebnisse zeigen einen Konsens, der für den Verzicht auf eine fachübergreifende Betreuung dieser Aufgaben spricht.

Eine hohe Zustimmung (grün Zustimmungs-Zone) erreichten elf Tätigkeiten aus dem *Aspekt allgemeine Gesundheit* und fünf zum *Aspekt der gynäkologischen Gesundheit*. Die höchsten Zustimmungsraten wurden unter den *Aspekten der allgemeinen Gesundheit* für die Beratung bei Harninkontinenz, für vaginale Beschwerden und für wiederkehrende Harnwegsinfektionen erzielt. Die Beratung bei Osteoporose, somatoforme Störungen, Impfungen, depressive Störungen und Rückenschmerzen als weitere Unterpunkte dieser Z-Zone mit hoher Zustimmung im Bereich allgemeine Gesundheit fanden keinen Konsens. Sie fielen in die in Konsens-Zonen (K-Zonen) Dissens (rot) oder Unentschieden (gelb). Beratungen bei sexueller Gewalt und die Krebsvorsorge durch iFOBT waren die einzigen Anlässe allgemeiner Gesundheit die eine hohe Zustimmung und - auch Konsens fanden. Die Aspekte der gynäkologischen Gesundheit der grün Z-Zone (Beratungen bei Unterbauchschmerzen, STI und sexueller Gesundheit) zeigten die höchsten Zustimmungsraten, fanden jedoch keinen Konsens (K-Zone Dissens oder Unentschieden).

In der Fachgruppe HÄ wurde mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer fachübergreifenden Beratung in den Punkten Unterleibsschmerzen und sexueller Gesundheitsberatung innerhalb der Aspekte der gynäkologischen Gesundheit zugestimmt. Die Fachgruppe der Gyn hingegen zeigte Übereinstimmung mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit einer fachübergreifenden Beratung bei Harninkontinenz, vaginalen Beschwerden, rezidivierenden Harnwegsinfekten, Osteoporose, somatoformen Beschwerden und depressiven Störungen, auch in Bezug auf die Beratung bei Rückenschmerzen, Impfungen und Ernährung einschließlich Adipositas. Alle diese Unterpunkte sind Aspekte der allgemeinen Gesundheit. Für alle Anlässe der allgemeinen Gesundheit bevorzugten HÄ die fachübergreifende Versorgung stärker als Gyn. Die Fachgruppe Gyn war in diesem Bereich mit einer höheren Chance der Zustimmung zu fachübergreifender Beratung bei Stoffwechselstörungen und Bluthochdruck verbunden.



Anmerkungen: * = Konsens HÄ und Gyn zur Mitversorgung. KV= Krebsvorsorge, KN = Krebsnachsorge, FK = Modul Krebsfrüherkennung, GV = Modul "Gesundheit und Vorsorge", RV = Modul "Regelversorgung", WB = Modul "Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+"

Abbildung 5: Zustimmung und Konsens zur anlassbezogenen fachübergreifenden Beratung von Frauen 50+

Tabelle 2: Zustimmung und Konsensus der Mitversorgung, Beratung (n = 1.263)

Anlässe (Modul)	Aspekt	Z-Zone	K-Zone	Z-Rate HÄ(%)	Z-Rate Gyn(%)	OR(95%CI)	aOR*(95%CI)	LN (aOR)	Phi (φ) of χ2	p-Wert
Harninkontinenz (WB)	AG			85,49	92,53	0,48 (0,32-0,69)	0,43 (0,28–0,65)	-0,833	0,11	< 0,001
vag. Beschwerden (WB)	AG			84,51	88,68	0,70 (0,50-0,96)	0,62 (0,43 –0,89)	-0,476	0,06	0,04
Harnwegsinfekte, rezidivierende (RV)	AG			82,40	89,21	0,56 (0,40-0,78)	0,55 (0,38 –0,79)	-0,597	0,09	0,001
Unterleibsschmerzen (RV)	GG			77,50	54,75	2,85 (2,25-3,61)	3,10 (2,41 –4,02)	1,132	0,24	< 0,001
STI (RV)	GG			60,73	43,67	2,00 (1,60-2,49)	2,13 (1,68 –2,71)	0,756	0,17	< 0,001
Osteoporose (GV)	AG			59,67	81,89	0,33 (0,25-0,42)	0,30 (0,22 –0,39)	-1,221	0,23	< 0,001
somatoforme Störungen (WB)	AG			59,18	67,88	0,69 (0,55-0,86)	0,66 (0,52 –0,85)	-0,408	0,09	0,001
sex. Gesundheit (WB)	GG			55,75	43,82	1,62 (1,30-2,01)	1,71 (1,35 –2,17)	0,538	0,21	< 0,001
Impfungen (RV)	AG			53,54	87,91	0,16 (0,12-0,21)	0,14 (0,10 –0,20)	-1,931	0,12	< 0,001
Ernährung inkl. Adipositas (GV)	AG			53,31	73,03	0,42 (0,33-0,53)	0,42 (0,32 –0,54)	-0,870	0,24	< 0,001
sex. Gewalt (GV)	GG			52,30	48,91	1,14 (0,92-1,42)	1,18 (0,94 –1,50)	0,169	0,35	< 0,001
depressive Störungen (WB)	AG			49,97	74,55	0,34 (0,27-0,43)	0,34 (0,26 –0,44)	-1,082	0,20	< 0,001
KF: iFOBT (KF)	GG			48,66	44,70	1,18 (0,95-1,47)	1,15 (0,91 –1,46)	0,142	0,03	0,232
Rückenschmerzen (WB)	AG			43,63	72,13	0,30 (0,24-0,38)	0,26 (0,20 –0,34)	-1,336	0,21	< 0,001
klimakt. Beschwerden (WB)	GG			58,48	36,98	2,40 (1,92-3,00)	2,79 (2,18 –3,57)	1,025	0,24	< 0,001
vag. Ausfluss: Mykosen/Kandidosen (WB)	GG			53,91	28,98	2,87 (2,28-3,62)	3,33 (2,60 –4,30)	1,203	0,16	< 0,001
vag. Ausfluss: allgemein (WB)	GG			50,90	29,10	2,52 (2,01-3,18)	2,83 (2,21 –3,64)	1,039	0,04	0,163
KF: Tastuntersuchung der Brust (KF)	GG			48,98	32,44	2,00 (1,60-2,51)	2,17 (1,70 –2,78)	0,775	0,19	< 0,001
abnormale Blutungen (RV)	GG			48,57	29,69	2,24 (1,78-2,82)	2,29 (1,79 –2,94)	0,829	0,28	< 0,001
Störungen des Stoffwechsels (WB)	AG			43,30	64,44	0,42 (0,34-0,53)	0,41 (0,32 –0,52)	-0,901	0,03	< 0,001
KN: iFOBT (RV)	GG			41,75	34,15	1,38 (1,10-1,73)	1,48 (1,16 –1,89)	0,390	0,08	0,006
Hypertonie (RV)	AG			39,37	58,88	0,45 (0,36-0,57)	0,43 (0,34 –0,55)	-0,837	0,19	< 0,001
vag. Ausfluss: Vaginosen (WB)	GG			37,38	23,08	1,99 (1,56-2,55)	2,20 (1,69 –2,88)	0,788	0,15	< 0,001
KN: Tastuntersuchung der Brust (RV)	GG			35,15	20,40	2,11 (1,64-2,74)	2,22 (1,70 –2,93)	0,799	0,16	< 0,001
klimakt. Beschwerden: Hormontherapie (WB)	GG			29,14	21,08	1,54 (1,19-1,99)	1,56 (1,19 –2,06)	0,444	0,09	0,001
KF: Mammographie (KF)	GG			18,15	15,85	1,18 (0,88-1,58)	1,28 (0,94 –1,76)	0,249	0,03	0,31
KN: Mammographie (RV)	GG			13,73	14,56	0,93 (0,69-1,28)	0,98 (0,70 –1,37)	-0,023	0,05	0,113
KF: PAP/ HPV-Test (KF)	GG			13,66	14,97	0,90 (0,66-1,23)	0,94 (0,67 –1,31)	-0,066	0,00	1,000
KF: Sonographie der Brust (KF)	GG			17,48	14,04	1,30 (0,96-1,76)	1,33 (0,96 –1,85)	0,283	0,01	0,737
KF: Sono Eierstöcke/Eileiter (KF)	GG			14,04	13,96	1,01 (0,74-1,38)	1,07 (0,77 –1,50)	0,067	0,02	0,589
KN: Sonographie der Brust (RV)	GG			13,57	13,22	1,03 (0,75-1,42)	1,07 (0,76 –1,51)	0,065	0,01	0,894
KN: Sono Eierstöcke/Eileiter (RV)	GG			12,52	13,60	0,91 (0,66-1,26)	0,93 (0,66 –1,32)	-0,071	0,02	0,641
KN: PAP/ HPV-Test (RV)	GG			12,22	13,86	0,87 (0,63-1,20)	0,90 (0,64 –1,28)	-0,104	0,03	0,393

LEGENDE: Zustimmungszone (Z-Zone) hoch mittel niedrig K-Zone (Konsensus-Zone) Konsens Unterschiede Dissens

Zustimmungsrate (Z-Rate) *aOR = OR adjustiert nach Bundesland, Geschlecht, Alter, Niedergelassen/Angestellt; KF = Krebsvorsorge; KN = Krebsnachsorge
 Modul: KF = Krebsfrüherkennung, KN = Krebsnachsorge, GV = Gesundheit und Vorsorge, RV = Regelversorgung, WB = Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+
 Aspekt: GG = Frauengesundheit, AG = allgemeine Gesundheit der Frau 50+

1.2.2.2 Diagnostik: Beratungsanlässe nach Bereiche und Aspekte der Frauengesundheit

Ein Überblick über Zustimmung und Konsens zur fachübergreifenden Diagnostik wird in Tabelle 3 und Abbildung 6 dargestellt.

Alle 15 Unterpunkte, mit einer niedrigen Zustimmung (rote Z-Zone), waren Aspekte der *gynäkologischen Gesundheit*. Die niedrigsten Zustimmungsraten bestanden bei der gynäkologischen Krebsvorsorge und -nachsorge einschließlich PAP-Abstrich/HPV-Test, Mamma-Ultraschall, Mammographie und Ultraschall der Ovarien sowie die Kolposkopie (HÄ 1,7%, Gyn 2,4%). Die Diagnostik für weniger schwerwiegende Beratungsanlässe wie z. B. bei häufigem Scheidenausfluss sowie bei Menopausebeschwerden zeigte eine höhere Zustimmungsraten.

Die Diagnostik sexueller Gewalt und abnormaler Blutungen sowie der Ultraschall der Eierstöcke/Eileiter (zur Krebsvorsorge und -nachsorge), die Kolposkopie und der PAP-Abstrich/HPV-Test zur Krebsvorsorge fanden Konsens, d.h. die Einigkeit zwischen den Fachgruppen über den Verzicht auf die fachübergreifende Versorgung dieser Anlässe ist wahrscheinlich.

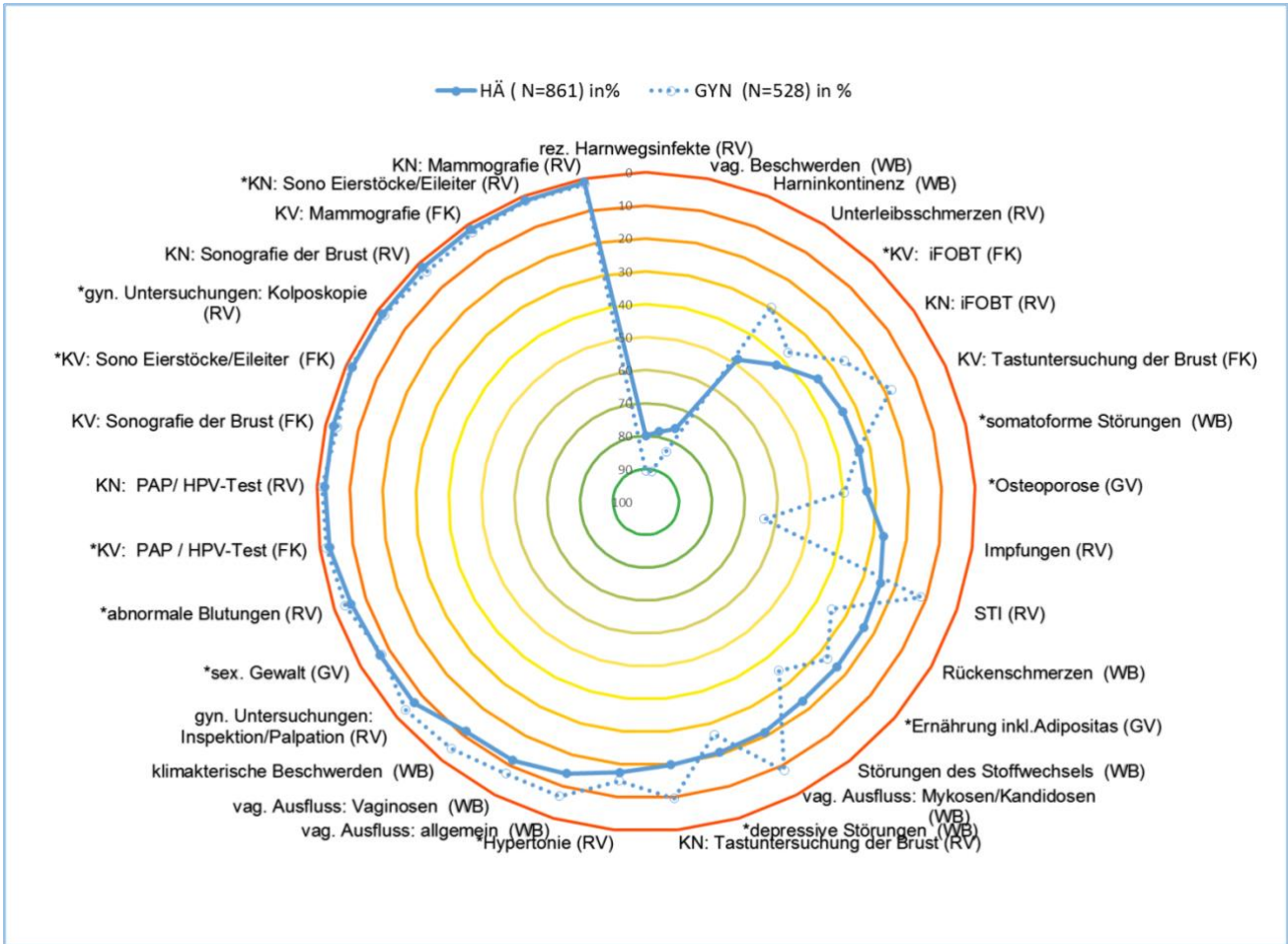
Uneinigkeit zwischen den Berufsgruppen bestand bei der Diagnostik von häufigem Scheidenausfluss, gynäkologischer Inspektion und Palpation und diagnostischen Maßnahmen bei Wechseljahresbeschwerden. In diesen Fällen sprachen sich HÄ häufiger für eine fachübergreifende Betreuung aus als Gyn (K-Zone: Dissens).

Nur drei Beratungsanlässe des Bereiches Diagnostik erreichten die höchste Zustimmung (grün Z-Zone): rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Beschwerden und Harninkontinenz. Alle drei Beratungsanlässe innerhalb der Aspekte der allgemeinen Gesundheit blieben jedoch ohne Konsens (K-Zone: Dissens), da Gyn stärker als HÄ eine fachübergreifende Diagnostik befürworteten.

Die einzige Tätigkeit des Aspektes gynäkologischer Gesundheit, die Konsensus fand (iFoB-T zur Krebsprävention), fiel in die mittlere Z-Zone mit moderaten Zustimmungsraten.

Konsens bestand für folgende Aspekte der allgemeinen Gesundheit: somatoforme Beschwerden, Osteoporose, Ernährung inkl. Adipositas und Bluthochdruck. Die Zustimmungsraten beider Fachgruppen zur fachübergreifenden Diagnostik der Hypertonie war im Vergleich zu den ersten drei Anlässen deutlich niedriger.

Dissens bestand bei Impfungen als einzige Aufgabe der allgemeinen Gesundheit: die Offenheit zur Mitversorgung der Gyn übertraf die der HÄ bei weitem. Anders war es bei der Diagnostik von Unterbauchschmerzen, Tastuntersuchung der Brust (Prävention und Nachsorge), Geschlechtskrankheiten und Scheidenausfluss (Mykose / Candidose). Hier befürworteten HÄ stärker als Gyn die fachübergreifende Versorgung.



Anmerkungen: * = Konsens HÄ und Gyn zur Mitversorgung. KV= Krebsvorsorge, KN = Krebsnachsorge, FK = Modul Krebsfrüherkennung, GV = Modul "Gesundheit und Vorsorge", RV = Modul "Regelversorgung", WB = Modul "Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+"

Abbildung 6: Zustimmung und Konsens zur anlassbezogenen fachübergreifenden Diagnostik von Frauen 50+

Tabelle 3: Zustimmung und Konsensus der Mitversorgung, Diagnostik (n = 1263)

Diagnostik (Modul)	Aspekt	Z-Zone	K-Zone	Z-Rate	Z-Rate	OR(95%CI)	aOR*(95%CI)	LN (aOR)	Phi (φ) of χ ²	p-Wert
				HÄ(%)	Gyn(%)					
Harnwegsinfekte, rezidivierende (RV)	AG			79,90	90,62	0,41 (0,29-0,57)	0,40 (0,28 – 0,58)	-0,905	0,14	<0,001
vag. Beschwerden (WB)	AG			78,28	90,52	0,38 (0,27-0,52)	0,33 (0,22 – 0,47)	-1,121	0,16	< 0,001
Harninkontinenz (WB)	AG			76,10	83,54	0,63 (0,47-0,83)	0,61 (0,45 – 0,82)	-0,500	0,09	0,001
Unterleibsschmerzen (RV)	GG			48,57	29,69	2,37 (1,87-3,00)	2,54 (1,97 – 3,28)	0,932	0,20	< 0,001
KF: iFOBT (KF)	GG			42,57	37,28	1,25 (1,00-1,56)	1,24 (0,97 – 1,57)	0,212	0,05	0,055
KN: iFOBT (RV)	GG			35,72	26,09	1,57 (1,24-2,00)	1,64 (1,27 – 2,12)	0,493	0,10	< 0,001
KF: Tastuntersuchung der Brust (KF)	GG			34,24	18,01	2,37 (1,83-3,10)	2,62 (1,98 – 3,50)	0,964	0,18	< 0,001
somatoforme Störungen (WB)	AG			33,30	33,55	0,99 (0,79-1,25)	0,94 (0,74 – 1,21)	-0,059	0,00	0,957
Osteoporose (GV)	AG			32,90	39,59	0,75 (0,60-0,94)	0,70 (0,55 – 0,89)	-0,364	0,07	0,016
Impfungen (RV)	AG			27,16	63,72	0,21 (0,17-0,27)	0,20 (0,16 – 0,26)	-1,593	0,36	< 0,001
STI (RV)	GG			24,59	11,65	2,47 (1,83-3,39)	2,53 (1,83 – 3,55)	0,930	0,16	< 0,001
Rückenschmerzen (WB)	AG			23,64	34,80	0,58 (0,46-0,74)	0,49 (0,38 – 0,63)	-0,718	0,12	< 0,001
Ernährung inkl. Adipositas (GV)	AG			23,35	27,13	0,82 (0,64-1,05)	0,84 (0,64 – 1,10)	-0,176	0,04	0,129
Störungen des Stoffwechsels (WB)	AG			23,13	34,74	0,57 (0,44-0,72)	0,57 (0,44 – 0,74)	-0,560	0,13	< 0,001
vag. Ausfluss: Mykosen/Kandidosen (WB)	GG			21,35	8,22	3,03 (2,15-4,35)	3,32 (2,31 – 4,88)	1,199	0,17	< 0,001
depressive Störungen (WB)	AG			20,74	26,38	0,73 (0,57-0,94)	0,67 (0,51 – 0,88)	-0,401	0,06	0,020
KN: Tastuntersuchung der Brust (RV)	GG			19,84	9,59	2,33 (1,68-3,29)	2,56 (1,81 – 3,68)	0,941	0,14	< 0,001
Hypertonie (RV)	AG			17,45	14,99	1,20 (0,89-1,62)	1,27 (0,92 – 1,75)	0,238	0,03	0,287
vag. Ausfluss: allgemein (WB)	GG			14,10	6,90	2,22 (1,52-3,32)	2,50 (1,66 – 3,85)	0,917	0,11	< 0,001
vag. Ausfluss: Vaginosen (WB)	GG			11,74	7,24	1,70 (1,16-2,55)	1,96 (1,30 – 3,02)	0,673	0,07	0,010
klimakt. Beschwerden (WB)	GG			11,43	4,60	2,68 (1,72-4,33)	2,68 (1,69 – 4,43)	0,987	0,12	< 0,001
gyn. Untersuchung: Inspektion/Palpation (RV)	GG			6,87	3,40	2,09 (1,25-3,70)	2,32 (1,33 – 4,27)	0,842	0,07	0,010
sex. Gewalt (GV)	GG			6,73	7,34	0,91 (0,60-1,40)	0,92 (0,59 – 1,44)	-0,085	0,01	0,724
abnormale Blutungen (RV)	GG			5,20	3,38	1,57 (0,91-2,82)	1,43 (0,79 – 2,72)	0,361	0,04	0,157
KF: PAP/ HPV-Test (KF)	GG			2,87	1,92	1,51 (0,74-3,32)	1,35 (0,63 – 3,17)	0,303	0,31	0,335
KN: PAP/ HPV-Test (RV)	GG			2,39	1,52	1,58 (0,72-3,83)	1,88 (0,08 – 5,23)	0,629	0,03	0,340
KF: Sonographie der Brust (KF)	GG			2,20	3,47	0,62 (0,32-1,21)	0,54 (0,26 – 1,12)	-0,621	0,04	0,228
KF: Sono Eierstöcke/Eileiter (KF)	GG			1,85	1,25	1,48 (0,62-3,99)	1,27 (0,51 – 3,52)	0,240	0,02	0,522
gyn. Untersuchungen: Kolposkopie (RV)	GG			1,71	2,38	0,71 (0,33-1,55)	0,74 (0,32 – 1,69)	-0,304	0,02	0,605
KN: Sonographie der Brust (RV)	GG			1,66	3,44	0,47 (0,23-0,96)	0,53 (0,24 – 1,15)	-0,628	0,06	0,046
KF: Mammographie (KF)	GG			1,55	2,78	0,55 (0,26-1,17)	0,42 (0,18 – 0,95)	-0,857	0,05	0,124
KN: Sono Eierstöcke/Eileiter (RV)	GG			1,37	1,64	0,84 (0,35-2,10)	0,70 (0,28 – 1,83)	-0,354	0,01	0,654
KN: Mammographie (RV)	GG			1,20	1,80	0,62 (0,25-1,56)	0,51 (0,19 – 1,36)	-0,671	0,02	0,476

LEGENDE: Zustimmungszone (Z-Zone) hoch mittel niedrig K-Zone (Konsensus-Zone) Konsens Unterschiede Dissens

Zustimmungsrate (Z-Rate) *aOR = OR adjustiert nach Bundesland, Geschlecht, Alter, Niedergelassen/Angestellt; KF = Krebsvorsorge; KN = Krebsnachsorge
Modul: KF = Krebsfrüherkennung, KN = Krebsnachsorge, GV = Gesundheit und Vorsorge, RV = Regelversorgung, WB = Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+
Aspekt: GG = Frauengesundheit, AG = allgemeine Gesundheit der Frau 50+

1.2.2.3 Therapie: Beratungsanlässe nach Bereichen und Aspekten der Frauengesundheit

Ein Überblick über Zustimmung und Konsens zur fachübergreifenden Therapie wird in Tabelle 4 und Abbildung 7 dargestellt.

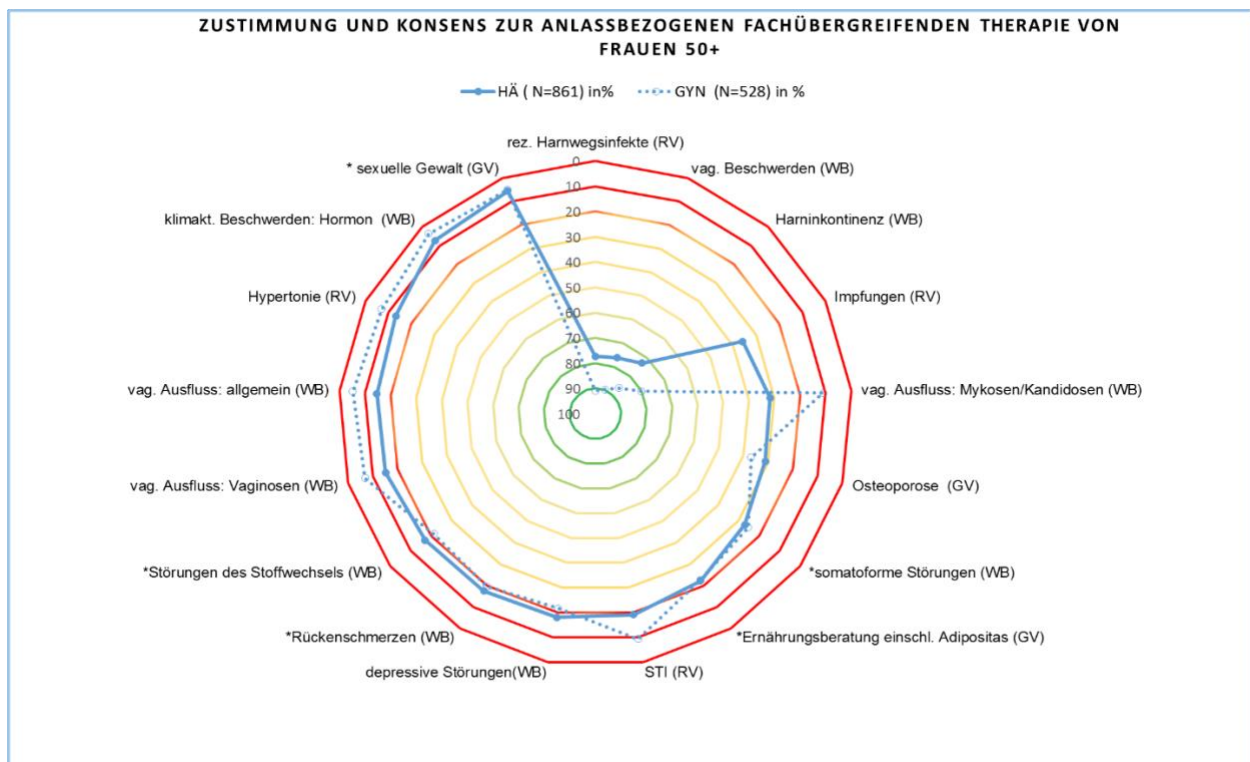
In der roten Z-Zone mit niedriger Zustimmung erscheint Bluthochdruck als einziger *Aspekt der allgemeinen Gesundheit* neben vier *Aspekten der gynäkologischen Gesundheit*: Scheidenausflusses (allgemein und vaginös bedingt), Hormontherapie bei Wechseljahresbeschwerden und die sexuelle Gewalt.

Konsens zwischen den Fachgruppen fand die Therapie bei sexueller Gewalt.

Hingegen bestand Dissens bezüglich der fachübergreifenden Therapie des vaginalen Ausflusses (häufig und vaginös bedingt) und des Bluthochdrucks.

Die Hochdruck-Therapie sowie die Therapie aller weiteren Aspekte der gynäkologischen Gesundheit wurden stärker von HÄ als von Gyn befürwortet.

Die Therapie von rezidivierenden Harnwegsinfekten, vaginale Beschwerden und Harninkontinenz (hohe Zustimmung, grün Z-Zone für beide Gruppen), die die höchsten Zustimmungsraten erreichten, wurden stärker von Gyn als von HÄ befürwortet, und somit der K-Zone Dissens zugeordnet.




Anmerkungen: * = Konsens HÄ und Gyn zur Mitversorgung. KV= Krebsvorsorge, KN = Krebsnachsorge, FK = Modul Krebsfrüherkennung, GV = Modul "Gesundheit und Vorsorge", RV = Modul "Regelversorgung", WB = Modul "Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+"

Abbildung 7: Zustimmung und Konsens zur anlassbezogenen fachübergreifenden Therapie von Frauen 50+

Tabelle 4: Zustimmung und Konsensus der Mitversorgung, Therapie (n = 1263)

Therapie (Modul)	Aspekt	Z-Zone	K-Zone	Z-Rate	Z-Rate	OR(95%CI)	aOR*(95%CI)	LN (aOR)	Phi (φ) of χ ²	p-Wert
				HÄ(%)	Gyn(%)					
Harnwegsinfekte, rezidivierende (RV)	AG	hoch	niedrig	77,31	90,85	0,34 (0,24-0,48)	0,33 (0,23 – 0,48)	-1,103	0,17	< 0,001
vaginale Beschwerden (WB)	AG			76,29	89,76	0,37 (0,26-0,50)	0,35 (0,24 – 0,49)	-1,052	0,17	< 0,001
Harninkontinenz (WB)	AG	mittel	niedrig	72,96	86,19	0,43 (0,32-0,58)	0,40 (0,29 – 0,54)	-0,920	0,16	< 0,001
Impfungen (RV)	AG			35,87	80,03	0,14 (0,11-0,18)	0,13 (0,10 – 0,17)	-2,063	0,43	< 0,001
vag. Ausfluss: Mykosen/Kandidosen (WB)	GG	mittel	Konsens	31,65	10,92	3,78 (2,79-5,19)	4,02 (2,92 – 5,62)	1,391	0,24	< 0,001
Osteoporose (GV)	AG			31,15	36,98	0,77 (0,61-0,97)	0,72 (0,56 – 0,92)	-0,330	0,06	0,028
somatoforme Störungen (WB)	AG	mittel	Konsens	27,12	25,40	1,09 (0,85-1,40)	1,10 (0,84 – 1,43)	0,091	0,02	0,510
Ernährungsberatung einschl. Adipositas (GV)	AG			22,28	22,51	0,99 (0,76-1,28)	0,99 (0,75 – 1,31)	-0,012	0,00	0,968
STI (RV)	GG	mittel	Dissens	19,16	9,43	2,28 (1,64- 3,22)	2,43 (1,70 – 3,54)	0,888	0,13	< 0,001
depressive Störungen (WB)	AG			18,13	21,61	0,80 (0,61-1,05)	0,72 (0,54 – 0,97)	-0,326	0,04	0,130
Rückenschmerzen (WB)	AG	mittel	Konsens	17,60	19,68	0,87 (0,66-1,15)	0,84 (0,62 – 1,13)	-0,179	0,03	0,384
Störungen des Stoffwechsels (WB)	AG			16,98	21,19	0,76 (0,58-1,00)	0,79 (0,59 – 1,07)	-0,234	0,05	0,057
vaginaler Ausfluss: Vaginosen (WB)	GG	niedrig	Dissens	15,15	6,83	2,44 (1,67-3,64)	2,53 (1,70 – 3,85)	0,928	0,12	< 0,001
vaginaler Ausfluss: allgemein (WB)	GG			14,58	5,18	3,13 (2,06-4,90)	3,52 (2,26 – 5,62)	1,257	0,15	< 0,001
Hypertonie (RV)	AG	niedrig	Dissens	13,28	7,12	2,00 (1,37-2,97)	2,24 (1,48 – 3,46)	0,805	0,10	< 0,001
klimakterische Beschwerden: Hormontherapie (WB)	GG			7,37	3,74	2,04 (1,24-3,52)	1,92 (1,14 – 3,40)	0,654	0,073	0,009
sexuelle Gewalt (GV)	GG	niedrig	Konsens	5,55	5,03	1,11 (0,69-1,83)	1,10 (0,66 – 1,88)	0,096	0,01	0,716

LEGENDE: Zustimmungszone (Z-Zone) hoch mittel niedrig  K-Zone (Konsensus-Zone) Konsens Unterschiede Dissens

Zustimmungsrate (Z-Rate) *aOR = OR adjustiert nach Bundesland, Geschlecht, Alter, Niedergelassen/Angestellt; KF = Krebsvorsorge; KN = Krebsnachsorge
Modul: KF = Krebsfrüherkennung, KN = Krebsnachsorge, GV = Gesundheit und Vorsorge, RV = Regelversorgung, WB = Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+
Aspekt: GG = Frauengesundheit, AG = allgemeine Gesundheit der Frau 50+

Anhang zu AP3: Detailmethodik und -ergebnisse inkl. Studieninformationen für Patientinnen

Inhalt:

1. Detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens bei der Patientinnen-Befragung (AP 3)
2. Studieninformationen für Patientinnen
3. Dokument für hausärztliche Praxen

1. Detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens bei der Patientinnen-Befragung (AP 3)

Forschungsdesign, Sampling und Rekrutierung

Wir haben ein **qualitatives Forschungsdesign** angewendet, um die Perspektive der Patientinnen zu erforschen. Dies war notwendig, um umfassende Einsichten aus erster Hand zu gewinnen und die Meinungen der Frauen über ihre gynäkologische und hausärztliche Inanspruchnahme im Kontext ihrer Lebensumstände zu ermitteln. Wichtig war uns, dass sie diese mit eigenen Worten, im Detail und ohne weitere Einschränkungen beschreiben. Dabei wollten wir neue Erkenntnisse gewinnen, die in der Literatur und/oder im Kontext des deutschen Gesundheitssystems noch nicht diskutiert wurden.

Unsere Zielsetzung war, eine möglichst heterogene Stichprobe von Frauen ab 50 Jahren zusammenzustellen, die in der Region Nordost leben, damit wir ein möglichst breites Meinungsspektrum erfassen können. Deshalb haben wir einen **Quotenplan** (Döring and Bortz, 2016) verwendet und die Patienten gezielt danach ausgewählt. **Kriterien** für die Auswahl der Befragten waren ihr Alter (Alterskategorien: 50-64 Jahre, 65-74 Jahre und 75 Jahre und älter) und das Bundesland, in dem sie lebten (mindestens zwei verschiedene Landkreise bzw. Bezirke je Bundesland). Wir strebten eine gleichmäßige Verteilung dieser Merkmale in unserer Stichprobe an. Die befragten Frauen erhielten eine Aufwandsentschädigung von 25 Euro für ihre Teilnahme.

Aufgrund des sensiblen Themas dieser Studie wurde die **Patientinnen-Rekrutierung von HÄ** während ihrer Sprechstunde oder im Wartezimmer **durchgeführt**. Es erschien uns ein geeigneter Rahmen zu sein, um über Frauengesundheit in einer vertrauensvollen Atmosphäre zu sprechen. HÄ wurden für die Rekrutierung gegenüber Gyn bevorzugt, da auch Frauen in unsere Stichprobe integriert werden sollten, die keine gynäkologischen Leistungen mehr in Anspruch nehmen. **Die HÄ wurden gezielt nach dem Standort ihrer Praxis ausgewählt**. Insgesamt haben wir 101 HÄ-Praxen kontaktiert und ihnen Hintergrundinformationen zum Forschungsprojekt "Frauen 5.0", Hinweise zur Patientenrekrutierung und Broschüren für Patientinnen mit Erklärungen zum Datenschutz sowie zur freiwilligen Teilnahme zukommen lassen (siehe Studieninformationen für Patientinnen). Zwischen März und August 2018 gewannen elf HÄ 47 Patientinnen für die Studie, **von denen wir 25 Patientinnen nach dem Quotenplan ausgewählt haben** (Tabelle 11). Die meisten Rekrutierungsärztinnen und -ärzte gehörten dem Forschungsnetz des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité an oder waren im Rahmen persönlicher Kontakte der Projektleiterin motiviert worden.

Tabelle 1: Anzahl der Interviewteilnehmerinnen nach Alter und Bundesland

Bundesland	50-64 Jahre	65-74 Jahre	75 Jahre und älter	Anzahl (n)
Berlin	3	3	3	9
Brandenburg	4	2	2	8
Mecklenburg-Vorpommern	4	1	3	8
Anzahl (n)	11	6	8	25

Beschreibung der Teilnehmerinnen

Alle befragten Frauen waren gesetzlich krankenversichert und nahmen allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch (Rekrutierungsstrategie). Die Befragten leben in verschiedenen Regionstypen der Region Nordost, d.h. in ländlichen, suburbanen und städtischen Gebieten. Was ihren Gesundheitszustand betraf, so ist die Stichprobe sehr gemischt. Einige Frauen beschrieben sich als gesund, andere waren medizinisch (vor-)belastet, z. B. mit einer Krebserkrankung, chronischen Krankheiten oder Blasenproblemen. Gleiches gilt für ihre Einstellung zur medizinischen Versorgung als Patientin. Beispielsweise geht eine Frau nach ihrer Brustkrebsbehandlung nicht mehr gerne zum Arzt, eine andere Frau sorgt sich mehr um ihre Familie als um sich selbst, und eine weitere geht aus Gewohnheit zum Arzt. Sechs der 25 befragten Frauen nahmen keine gynäkologischen Leistungen mehr in Anspruch.

Datenerhebung

Es wurden **leitfadengestützte Telefoninterviews** durchgeführt. Neben reduzierten Kosten, einem reduzierten Platzbedarf sowie einer Verminderung der Interviewer-Effekte gewährleistet das Telefoninterview im Gegensatz zu face-to-face-Interviews mehr Anonymität und Privatsphäre. Zudem wird weniger sozialer Druck auf die Befragten ausgeübt, was die Bereitschaft zur detaillierten Erzählung auf Seiten der Patientinnen erhöhen sollte. (Schulz and Ruddat, 2012; Novick, 2008) Gerade in Bezug auf das sensible Thema der gynäkologischen Versorgung waren das die ausschlaggebenden Vorteile für die Datenerhebung per Telefon. Die Nutzung eines Interviewleitfadens stellte die Vergleichbarkeit zwischen den Interviews sicher, ermöglichte aber gleichzeitig Flexibilität und Anpassungen in Abhängigkeit von der jeweiligen interviewten Person und dem Verlauf des Interviews.

Der erste **Interviewleitfaden** wurde auf Grundlage der Literaturrecherche und der Kenntnisse über das Forschungsgebiet konzipiert. Ziel der aufgenommenen Themen und Fragen war es, Antworten auf die Forschungsfragen des Projekts zu generieren. Der erste Leitfaden wurde sowohl **innerhalb des Forschungsteams als auch von Expertinnen und Experten der Fachgebiete (z. B. HÄ, Gyn) und Frauen 50+ überprüft und mehrfach iterativ optimiert**. Alle Themeneinführungen und Fragen wurden hinsichtlich ihrer Notwendigkeit, Verständlichkeit, Offenheit (wenn nicht, entweder überarbeitet oder gezielt so beibehalten), Angemessenheit, Platzierung im Ablauf, Verbindlichkeit als in jedem Interview zu stellende Frage sowie als Option für Untergruppen (z. B. Fragen, die nur Frauen gestellt wird, die gynäkologische Leistungen in Anspruch nehmen oder nicht) überarbeitet. Das Layout wurde im Hinblick auf die Benutzerfreundlichkeit für die Interviewerin diskutiert. Der Leitfaden wurde mit fünf bekannten Frauen des Forschungsteams (aber fremd für die Interviewerin) **vorab getestet**. Schließlich wurden nach den ersten geführten Interviews kleinere Anpassungen vorgenommen. Abgefragte Themen waren die Beschreibung der Region durch die Befragten, die gynäkologische und hausärztliche Versorgung der Frauen, ihr Verständnis von Frauengesundheit, ihre Zugänglichkeit zur Gynäkologie und Allgemeinmedizin, ihre Zufriedenheit und ihr Optimierungsbedarf zur (gynäkologischen)

Gesundheitsversorgung, die wahrgenommene Zusammenarbeit zwischen Gyn und HÄ, die Bereitschaft der Patientinnen, an einer Modellversorgung teilzunehmen und Kurzinformationen zu ihrer Person. Der Pretest diente ebenfalls als Interviewer-Schulung.

Die **Interviews** wurden zwischen Juni und September 2018 von einer Interviewerin durchgeführt. Zuvor wurden die Patientinnen telefonisch kontaktiert, um einen Termin für das eigentliche Interview festzulegen. Gleichzeitig wurden dabei das Projekt, der **Datenschutz und die freiwillige Teilnahme** erläutert und alle weiteren Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet. Die Interviewerin holte die Einwilligung der Patientinnen ein und nahm sie auf Tonband auf, bevor das eigentliche Interview startete und die letzten Fragen geklärt waren. Alle Telefoninterviews wurden mit einem Diktiergerät **aufgezeichnet**. Während der Interviewphase machte sich die Interviewerin Notizen, um Atmosphäre, Störungen oder dergleichen festzuhalten. Die Interviews dauerten ca. 30-60 Minuten (min. 20 Minuten; max. 64 Minuten). Während der Interviewphase sprach die Interviewerin regelmäßig über die Inhalte der zuletzt geführten Interviews mit dem Forschungsteam. So begannen bereits in der Interviewphase erste inhaltliche Debatten. Ebenfalls wurde das Interviewerverhalten reflektiert und Möglichkeiten zur Optimierung der Interviewtechniken besprochen. Nach **25 Interviews** schienen sich die Inhalte zu wiederholen. Wir nahmen das als Indikator für eine eintretende Sättigung und beendeten die Interviewphase. Im Falle der Identifizierung ungeklärter bzw. interessanter Aspekte bei der Datenanalyse hätten wir die Telefoninterviews zu einem späteren Zeitpunkt wiederaufgenommen.

Datenaufbereitung und Analyse

Von Interesse war eine Inhaltsanalyse aller erhobenen Daten. Wir haben uns aus mehreren Gründen für die **Frameworkanalyse** (Ritchie and Spencer, 1994; Gale et al., 2013) entschieden: Sie bietet klare Schritte, produziert strukturierte Ergebnisdarstellungen von zusammengefassten Daten sowie einen Überblick über die gesamten Daten, ist für mehrere Forschende und multidisziplinäre Forschungsteams geeignet und nicht alle Teammitglieder müssen Erfahrung in der qualitativen Datenanalyse haben. Darüber hinaus ermöglicht sie ein induktives und deduktives Vorgehen sowie Einzelfall- und fallübergreifende Analyse (Gale et al., 2013).

Gemäß der Frameworkanalyse wurden folgende Schritte durchgeführt: Transkription, Einarbeitung in das Interviewmaterial, Identifizierung des Frameworks, Indexierung, Charting sowie Mapping und Interpretation (Ritchie and Spencer, 1994).

Zwischen Juli und Oktober 2018 wurden **alle Interviews wortgenau transkribiert und gleichzeitig anonymisiert**. Wir verwendeten ein einfaches Transkriptionssystem (Dresing and Pehl, 2018). Zentrale Regeln waren: die wörtliche Transkription, Dialekte und dergleichen wurden ins Hochdeutsche übersetzt, Slang-Partikel wurden jedoch im Transkript beibehalten, Stottern wurde geglättet und Dopplungen ignoriert. So wurden mit möglichst geringem Aufwand die Daten für die nächsten Schritte der Frameworkanalyse aufbereitet. Die Anwendung der Frameworkanalyse (ohne Berücksichtigung der Transkriptionszeit) begann im November 2018 und endete im Mai 2019. Für die Transkription, Kodierung und Datenanalyse haben wir die qualitative Datenanalysesoftware MAXQDA 2018 (VERBI Software, 2018) verwendet.

Das **analytische Framework** wurde sowohl deduktiv als auch induktiv entwickelt. Die meisten **Codes und Kategorien** wurden bereits bei der Gestaltung des Interviewleitfadens festgelegt, z.B. Codes wie "gyn. Betreuung der Patientin", "HA-Betreuung der Patientin", "Entscheidungsgründe für Gyn", "Beratungsanlässe bei Gyn" oder "Barrieren der Terminwahrnehmung". Einige der Codes gingen jedoch direkt aus den empirischen Daten hervor, z. B. "Selbstbeschreibung und Einstellungen als Patientin", "Rolle der HÄ/des HA" und "Rolle der Gynäkologin/des Gynäkologen". Die Codes wurden in zehn Kategorien zusammengefasst: I Region, II Patientin in frauenärztlicher / hausärztlicher Betreuung, IIIa

Akronym: Frauen 5.0

Förderkennzeichen: 01VSF16030

Beschwerden, Bedarfe und Einstellungen der Patientin, III Frauengesundheit, IV Zugänglichkeit, V Zufriedenheit und Optimierungsbedarf, VI Zusammenarbeit HA und Gyn, VII Modellversorgung, VIII Kurzangaben zur Person und IX Sonstiges.

Jeder Code wurde in einem Codebuch definiert und beschrieben, welches während der Codierungsphase verwendet und gegebenenfalls überarbeitet wurde. Das entwickelte Framework wurde durch zwei Forscherinnen angewandt und die Daten entsprechend codiert, Codierungen im Datenmaterial wurden überprüft und (falls erforderlich) Textstellen umcodiert, um Konsistenz zu gewährleisten.

Literatur

Döring N and Bortz J. (2016) Stichprobenziehung. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 291-319.

Dresing T and Pehl T. (2018) *Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*, Marburg.

Gale NK, Heath G, Cameron E, et al. (2013) Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* 13.

Novick G. (2008) Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health* 31: 391-398.

Ritchie J and Spencer L. (1994) Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research. In: Bryman A and Burgess R (eds) *Analyzing qualitative data*. Routledge, London, 173-194.

Schulz M and Ruddat M. (2012) "Let's talk about sex!" Über die Eignung von Telefoninterviews in der qualitativen Sozialforschung. *FQS* 13.

2. Studieninformationen für Patientinnen

Nutzen und Risiken

Durch Ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Interview tragen Sie im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Dafür bedanken wir uns herzlich. Wenn Sie zufällig für ein Interview ausgewählt wurden und Sie an dem Interview teilgenommen haben, erhalten Sie eine **Aufwandsentschädigung in Höhe von 25,- €** (Überweisung oder Gutschein). Es sind für Sie keine Risiken durch die Teilnahme zu erwarten.

Freiwilligkeit

Ihre Teilnahme am Projekt ist selbstverständlich freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Sie können innerhalb der ersten drei Monate nach dem Interview der Weiterverarbeitung Ihrer Daten widersprechen und deren Löschung bzw. Vernichtung verlangen.

Kontakt

Tel: (030) 450 514 500 (Di & Do, 10 – 15 Uhr)
E-Mail: frauen50@charite.de

Weitere Informationen zum Projekt:
<https://frauen50.charite.de>

Datenschutz

Selbstverständlich achten wir auf die Einhaltung des Datenschutzes. Ihre Daten und Äußerungen werden von uns streng vertraulich behandelt und nur in pseudonymisierter Form, die keine Rückschlüsse auf Ihre und/oder andere Personen zulässt, aufbewahrt und verwendet. Aufgenommene Interviews werden verschriftlicht und von der durchführenden Interviewerin mit einer Nummer versehen. Aufzeichnung und Verschriftlichung werden nicht an Dritte weitergegeben, auch nicht an Ihre Praxis. Nach Abschluss des Interviews wird von der Interviewerin Ihre Telefonnummer an unsere Identitätsmanagerin weitergegeben, die sich mit Ihnen telefonisch in Verbindung setzen wird. Um Ihren Aufwand zu entschädigen, wird unsere Identitätsmanagerin nach Ihrer Adresse fragen und diese getrennt von Ihrer Telefonnummer in einer separaten Liste notieren. Ausschließlich Projektleitung und Identitätsmanagerin haben Zugriff auf die Adressliste. Nach der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren werden alle Daten vernichtet bzw. gelöscht.

Machen Sie mit!
25 € für Teilnahme!



Frauen 5.0

Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahren durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Allgemeinmedizin

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Allgemeinmedizin
Institutsleiter: Prof. Dr. med. Christoph Heintze, MPH
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Projektleitung
Dr. med. Lorena Dini, MScH
Tel.: 030 450 514 229
E-Mail: lorena.dini@charite.de



An alle Frauen über 49 Jahre

Sehr geehrte Damen,

hiermit möchten wir Ihnen unser Projekt „**Frauen 5.0** – Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahren durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Allgemeinmedizin“ vorstellen. Das Projekt wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin geleitet und vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert.

„**Frauen 5.0**“ untersucht die Zusammenarbeit von Hausärztinnen/Hausärzten und Frauenärztinnen/Frauenärzten.

Wir erarbeiten Lösungsansätze, um Ihnen und anderen Frauen auch in Zukunft eine gerechte medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Machen Sie bei „Frauen 5.0“ mit!

Sie können durch Ihre Teilnahme mithelfen, die Versorgung für Frauen über 49 Jahren zu verbessern.

Ihre persönliche Erfahrung und Ihre Meinung ist gefragt!

Voraussetzungen zur Teilnahme

Folgende Voraussetzungen gelten für eine mögliche Teilnahme an der Studie:

- Die Studie richtet sich **nur an Frauen**.
- Sie müssen **mindestens 50 Jahre alt** sein.
- Sie müssen **telefonisch erreichbar** sein (Festnetz oder Mobil).
- Sie haben diese Einladung zur Teilnahme in Ihrer Hausarztpraxis erhalten.
- Sie stimmen dem Telefoninterview zu.

Bei Interesse an einer Teilnahme, hinterlassen Sie bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt Ihre Telefonnummer, Ihr Alter und bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Weitergabe Ihrer Telefonnummer für eine erste Kontaktaufnahme durch eine Projektmitarbeiterin des Instituts.

Unter allen eingetragenen Frauen werden wir 25 Teilnehmerinnen zufällig auswählen, d.h. etwa acht Frauen aus Ihrem Bundesland. Nur diese Frauen werden angerufen und erhalten eine Aufwandsentschädigung für das Interview.

Kontaktaufnahme und Interview durch eine Projektmitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin – Charité - Universitätsmedizin Berlin

Wenn Ihre Telefonnummer ausgewählt wurde, wird eine Projektmitarbeiterin Sie in den nächsten 4 Wochen kontaktieren, um Ihnen die Studie ausführlicher vorzustellen, Ihre Fragen zu beantworten und einen Termin für ein Telefoninterview zu vereinbaren. Für das Telefoninterview sollten Sie dann zwischen **30 und 45 Minuten** einplanen.

Damit Ihre Berichte, Erfahrungen und Meinungen nicht verloren gehen, wird das Interview aufgenommen. Zu Beginn des Gesprächs werden Sie von der Interviewerin nach Ihrer Einwilligung zur Teilnahme gefragt. Nur wenn Sie zustimmen, werden Sie interviewt. Sollten Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen bzw. mit der Aufzeichnung des Interviews nicht einverstanden sein, kann das Interview leider nicht durchgeführt werden. Sie können das Gespräch jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden.

3. Dokument für hausärztliche Praxen

Liste potentieller Teilnehmerinnen für Telefon-Interviews zur Frauengesundheit im Rahmen des Projekts „Frauen 5.0“

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und Angaben in dieser Tabelle an das Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin weitergegeben werden. Die Broschüre mit Informationen dazu habe ich erhalten. Ich bin einverstanden an einer Befragung im Rahmen des Projekts „Frauen 5.0“ teilzunehmen.

	Telefonnummer/ Handynummer	Alter			Unterschrift Interessentin (Einverständnis zum obigen Absatz)
		50 - 64	65 - 74	ab 75	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Telefonnummern von Patientinnen aus der Praxis:

[Bitte Praxisstempel einfügen und per Fax: **030 450 7 514 500** oder E-Mail:
frauen50@charite.de zurücksenden]

Anhang zu AP 4: Detailmethodik und -ergebnisse zur partizipativen Erstellung des Modellkonzepts in Diskussionsrunden

Inhalt

1.1.1	Partizipation: Forschungsansätze und Strategie	1
1.1.2	Methodisches Vorgehen	5
1.1.3	Zielsetzungen und Modell zur Entwicklung der Partizipation bei Frauen 5.0	7
1.1.4	Partizipationsformate und zeitlicher Ablauf	8
1.1.5	Verlauf der Partizipation: Engage, Align, Accelerate, Account und Assess	13

Abbildung 1: Das Kontinuum der Partizipation. (Nach Chung und Lounsbury 2006, eigene Darstellung)..... 4

Abbildung 2: Kommunikative Haltung und Einflussnahme-Richtungen im Rahmen des Projekts Frauen 5.0..... 5

Abbildung 3: WHO Europe office- Action Plan Guidelines Agenda 2030 – Guide to resources to implement the SDGs..... 8

Abbildung 4: Ablauf der partizipativen Phase im Projektzeitraum 12

1.1.1 Partizipation: Forschungsansätze und Strategie

Das Projekt Frauen 5.0 ist generell und von Anfang auf den Dialog zwischen den Akteuren ausgelegt. So fanden über die gesamte Projektlaufzeit hinweg verschiedene Events zur Partizipation statt, zu denen relevante Akteure und Interessierte eingeladen wurden. Zusätzlich wurden Treffen mit einzelnen Akteuren initiiert und wahrgenommen. Zu klären ist an dieser Stelle, was genau unter Partizipation verstanden wird. Damit stellt dieses Kapitel die Fortführung des Verständnisses von Partizipation (3) dar.

Ein Blick in die Methodenliteratur verrät, dass partizipative Forschungsansätze keine Neuheit sind. Die frühen Anfänge partizipativer Forschung lassen sich bereits in den 1940er Jahren in der Aktionsforschung Kurt Lewins verorten (siehe z. B. Macaulay 2017¹). Hella von Unger (2014)² unterscheidet drei größere Ansätze der partizipativen Forschung: Aktionsforschung / Action Research, Praxisforschung und Partizipationsforschung wie auch Community-basierte partizipative Forschung (sowie als Sammelkategorie weitere Ansätze).

„Gemeinsam sind diesen Traditionen die Wurzeln in sozialen Bewegungen, die sich für eine demokratische und inklusive Gesellschaft einsetzen [...]“ (Wright 2013, S. 123³).

¹ Ann C. Macaulay (2017): Participatory research: What is the history? Has the purpose changed?. In: Family Practice, 2017, Vol. 34, No. 3, 256-258,

² Hella von Unger (2014): Partizipative Forschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

³ Michael T. Wright (2013): Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2013, Vol. 8(3), 122-131

Seit den 1980er Jahren werden partizipative Forschungsansätze in der Gesundheitsforschung in Nordamerika zunehmend gefördert (Macaulay 2017⁴), auch in Deutschland sowie international gewinnt die partizipative Forschung zunehmend an Bedeutung in der Gesundheitsforschung (Wright 2013⁵).

Zentrale Aspekte eines partizipativen Forschungsdesigns sind nach von Unger (2014) ...

- ..., dass Akteure, deren Lebens- und Arbeitswelt erforscht wird, als Co-Forschende mit Entscheidungsmacht am Forschungsprozess beteiligt werden.
- ... Befähigungs- und Ermächtigungsprozesse (Empowerment). Wesentlich sind hier das gemeinsame Voneinander-Lernen, Kompetenzentwicklung und (Selbst-)Ermächtigung sowie die einhergehende Perspektivenverschränkung in der Zusammenarbeit.
- ... die Zielsetzungen, soziale Wirklichkeit zu verstehen und zu verändern.

Ganz allgemein lässt sich damit die partizipative Forschung folgendermaßen definieren:

„Partizipative Forschung stellt den Versuch dar, einen Erkenntnisprozess zu initiieren und zu gestalten, an dem im Prinzip alle Personen und Gruppen als aktiv Entscheidende beteiligt werden, die von dem jeweiligen Thema und der Fragestellung betroffen sind.“ (Bergold 2013⁶)

Ein wichtiger Aspekt, der in der Methodenliteratur zur partizipativen Forschung behandelt wird, umfasst die Konkretisierung, was unter Partizipation verstanden wird. Hierfür wurden verschiedene Stufenmodelle entwickelt. Für einen Überblick siehe z.B. Cornwall 2008⁷, entsprechende Beispiele sind u.a. bei Chung und Lounsbury 2006⁸ und Wright et al 2010⁹ zu finden, die die unterschiedliche Bandbreite der Beteiligung von einfacher Teilnahme an Forschungsprojekten (Nicht-Partizipation) bis zur Teilhabe (Partizipation) und darüber hinaus darstellen. Innerhalb partizipativer Forschungsstrategien wird Partizipation in der Regel verstanden als Teilhabe. Das schließt aufseiten der Partizipierenden die Ausstattung mit entsprechender Macht ein, auf den Forschungsprozess einzuwirken und entspricht somit einer Beteiligung an der Forschung auf Augenhöhe.

Unsere partizipative Forschungsstrategie

Im Rahmen des Projekts Frauen 5.0 war es aufgrund der zeitlichen Begrenzung wie auch der Fragestellungen nicht möglich, das gesamte Projekt mit einem partizipativen Forschungsansatz zu gestalten. Ein erheblicher Teil der Forschungsarbeit (ca. 1,5 Jahre) war für die Beschreibung und Analyse der aktuellen Versorgungslage von Frauen 50+ vorbehalten (siehe Arbeitspakete 1-3). Für diese Zielsetzung war es unseres Erachtens auch nicht notwendig gewesen, partizipativ vorzugehen. Es ging hier darum, einen allgemeinen Überblick sowie die Meinungen und Erfahrungen der Leistungserbringenden und Patientinnen einzufangen. Die Teilnahme an den Datenerhebungen war für dieses Vorhaben ausreichend. Bei der Entwicklung der Intervention zur Verbesserung der Versorgung von Frauen 50+ (also einer Veränderung der sozialen Wirklichkeit) war es jedoch anders. Unser Anspruch war es, die Intervention so zu entwickeln, dass alle Beteiligten, die sie in der Praxis umsetzen sollen, ihre Sichtweisen, ihr Praxiswissen sowie ihre Expertise einbringen sollen und dabei

⁴ Ann C. Macaulay (2017): Participatory research: What is the history? Has the purpose changed?. In: Family Practice, 2017, Vol. 34, No. 3, 256-258

⁵ Michael T. Wright (2013): Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2013, Vol. 8(3), 122-131

⁶ Jarg B. Bergold: Partizipative Forschung und Forschungsstrategien. eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft 08/2013 vom 10.05.2013

⁷ Andrea Cornwall (2008): Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. In: Community Development Journal, Vol 43 No 3, July 2008, 269-283

⁸ Kimberly Chung and David W. Lounsbury (2006): The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming. In: Social Science & Medicine 63 (2006), 2129-2140

⁹ Wright / Block / Unger (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: M. T. Wright (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 35-52). Bern: Verlag Hans Huber.

die tatsächliche Ausgestaltung mitbestimmen können. Das ist vor allem für den Erfolg und die Nachhaltigkeit der Intervention von Bedeutung. Gleichzeitig wird damit verhindert, dass an den Akteuren und deren Bedürfnissen „vorbei geforscht“ wird bzw. eine geplante Intervention in der Praxis als irrelevant oder als störend empfunden wird.

Dafür mussten beteiligte und betroffene Akteure identifiziert werden, sie zur Partizipation motiviert werden und die konkrete Einbindung organisiert und durchgeführt werden. Im Projektverlauf mussten immer wieder Impulse zur Aufrechterhaltung der Projektbeteiligung gegeben werden. Da Partizipation als Prozess zu sehen ist, mussten dafür Kapazitäten (zeitlich, personell und finanziell) aufgebracht werden. Entscheidend war in diesem Zusammenhang, dass Vertrauen und Verantwortungsgefühl (accountability) aufzubauen waren. Das Ausmaß ist jeweils vom Kontext abhängig und in der Planungsphase nicht konkret abschätzbar. Anpassungen sind oft während der Umsetzung erforderlich.

Es waren zwei wesentliche Aufgaben von der Projektleitung zu übernehmen: Koordination der Partizipation und unter Berücksichtigung der Sichtweisen der partizipierenden Akteure das Verhandeln und Festhalten von Entscheidungen in Bezug auf das zu entwickelnde Produkt, sprich: der geplanten Intervention. Zur Koordination gehörten die Motivation und Einbindung der Partizipierenden, die Organisation der Partizipations-Events, deren Ausgestaltung (u.a. Format, Zielsetzung) und Dokumentation. Die Notwendigkeit dafür resultierte aus der Tatsache, dass die Partizipierenden selbst in anderen Berufen, Positionen oder Tätigkeiten eingebunden sind. Schließlich kam es zu Verzögerungen innerhalb des Forschungsprojekts, da es zu terminlichen Engpässen kam. Partizipations-Events wurden (a) auf einen Termin verschoben, an dem viele der Akteure Zeit hatten. Alternativ (b) wurde sich mit einzelnen Akteuren separat getroffen (Sondertreffen), um deren Teilhabe zu gewährleisten. Ebenfalls wurde der Erkenntnis- und Entscheidungsprozess von der Projektleitung gesteuert. Das beinhaltete das Zuhören und Verstehen der Sichtweisen der verschiedenen Akteure, das Vermitteln zwischen ihnen, den Input zur Situationsanalyse aus wissenschaftlicher Perspektive einzubringen und das Anpassen an die regionalen bzw. bundeslandspezifischen Rahmenbedingungen. Bei jedem Partizipations-Event wurden der aktuelle Forschungsstand sowie die aktuelle Perspektive der Akteure berichtet. Im Anschluss verständigten sich die Eventteilnehmenden und setzten die Diskussion fort. Auf einen sachlichen Austausch zwischen den Akteuren wurde geachtet. Gemeinsam erarbeitete Punkte und Entscheidungen wurde jeweils mit den Beteiligten abgestimmt. Bei Uneinigkeit wurde nach Alternativen gesucht (z. B. unterschiedliche Abrechnungsformen in den Bundesländern). Aufgrund dieses Vorgehens sprechen wir nicht von einem kompletten partizipativen Forschungsansatz, sondern von einer partizipativen Phase innerhalb des Forschungsprojekts.

Schließlich kann zusammengefasst werden, dass die Beteiligung der betroffenen und / oder beteiligten Akteure nicht die höchste Stufe der Partizipation erreicht hat. Als Orientierung sei an dieser Stelle auf das Kontinuum der Partizipation nach Chung und Lounsbury (2006)¹⁰ verwiesen (Abbildung 1), welches uns auch in den anderen Arbeitspaketen zur kritischen Reflexion des Forschungsprojekts in Bezug auf die Teilnahme bzw. Teilhabe von Akteuren diene.

¹⁰ Kimberly Chung and David W. Lounsbury (2006): The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming. In: Social Science & Medicine 63 (2006), 2129-2140

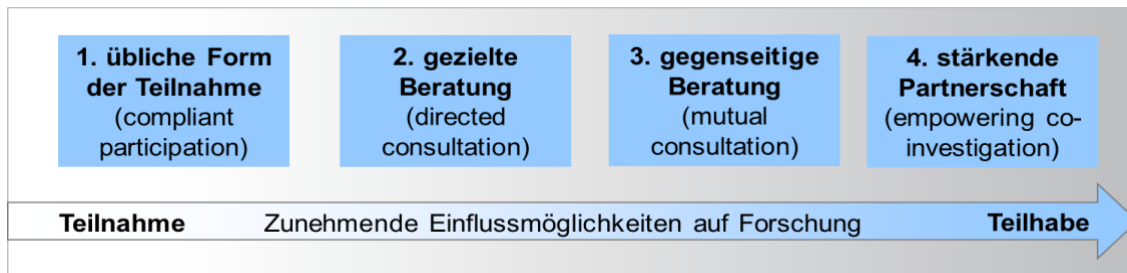


Abbildung 1: Das Kontinuum der Partizipation. (Nach Chung und Lounsbury 2006, eigene Darstellung)

Das Kontinuum erstreckt sich von einer passiven Teilnahme mit wenig Einfluss auf den Forschungsprozess durch die Partizipierenden bis zur aktiven Mitgestaltung als gleichberechtigte Partner am Forschungsprozess. Wie bereits beschrieben, ist die partizipative Forschung am rechten Ende des Kontinuums (unter viertens Abbildung 1) angesiedelt. Die vier Stufen werden von Chung und Lounsbury (2006)¹¹ sowie von von Unger (2014)¹² im Deutschen folgendermaßen beschrieben:

- 1. Übliche Form der Teilnahme.** Personen aus einer Zielgruppe werden über eine Studie, die von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler durchgeführt wird, aufgeklärt. Mit ihrem Einverständnis nehmen sie an der Studie teil, z.B. füllen sie einen Fragebogen aus oder geben ein Interview, wie innerhalb unseres Projekts in den Arbeitspaketen 2 und 3.
- 2. Gezielte Beratung.** Einzelne Personen aus der Zielgruppe (dem Forschungsfeld / der Community) werden in Hinblick auf die Studie gezielt um Rat gebeten. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler entscheiden, ob und wie sie dem Rat folgen. Beispielsweise haben wir die Fragebögen, die im Arbeitspaket 2 entwickelt wurden, von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin und Gynäkologie prüfen lassen.
- 3. Gegenseitige Beratung.** Diese beinhaltet eine länger andauernde Zusammenarbeit von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Personen aus dem Forschungsfeld, bspw. in Form eines Projektbeirats. Sie haben einen Überblick über das gesamte Projekt und werden nicht nur zu einzelnen ausgewählten Problemen befragt, sondern zu verschiedenen und umfassenden Aspekten. Die Kontrolle der Studie bleibt bei den akademisch Forschenden.
- 4. Stärkende Partnerschaft.** Darunter ist eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Personen aus dem Forschungsfeld mit geteilter Entscheidungsmacht und gemeinsamer Kontrolle zu verstehen.

Für die partizipative Phase des Projekts Frauen 5.0 lässt sich der Grad an Partizipation zwischen der dritten und vierten Stufe verorten. Die vierte konnte aufgrund der bereits genannten Einschränkungen nicht praktiziert werden. Aus diesem Vorgehen ergeben sich folgende Vorteile: Akzeptanz der geplanten Intervention, Machbarkeits- und Umsetzungsprüfungen während der Konzeptionsphase durch die beteiligten und betroffenen Akteure und damit die Gewährleistung der Nachhaltigkeit der Modellkonzeption. Wichtig war uns, eine praxisnahe Wissenschaft, die die Gesundheitspolitik entsprechend berät und die anstrebt, die Kluft zwischen Gesundheitspolitik und Versorgungsrealität zu reduzieren, im Rahmen des Forschungsprojekts zu praktizieren. Das beinhaltete den regelmäßigen Austausch von Erkenntnissen und Informationen mit den partizipierenden Akteuren. Abbildung 2 verdeutlicht unsere Position und unsere kommunikative Grundhaltung.

¹¹ Kimberly Chung and David W. Lounsbury (2006): The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming. In: Social Science & Medicine 63 (2006), 2129-2140

¹² Hella von Unger (2014): Partizipative Forschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden.



Abbildung 2: Kommunikative Haltung und Einflussnahme-Richtungen im Rahmen des Projekts Frauen 5.0

1.1.2 Methodisches Vorgehen

Zum methodischen Vorgehen der partizipativen Phase werden im Weiteren die Identifikation und Rekrutierung der Partizipierenden, ihre Beschreibung sowie die angewandten Erhebungsmethoden dargestellt.

Identifikation und Rekrutierung der Partizipierenden

Für die Entwicklung des Modellkonzepts mussten zunächst relevante Akteure identifiziert werden. Entscheidend war einerseits der regionale Bezug der Partizipierenden. Dazu gehörte zunächst die Region Nordost (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) und der nationale Kontext (Deutschland). Andererseits sollten Akteure für die Gestaltung der Modellkonzeption relevante Positionen innehaben bzw. Mitgestaltungskompetenz oder in irgendeiner Form betroffen sein (bspw. im Rahmen der Umsetzung). Von besonderem Interesse waren die Leistungserbringende (Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Allgemeinmedizin), Entscheidungsträger (u. a. Ministerien, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Gemeinsamer Bundesausschuss) und Versorgungsgestalter (z. B. Berufsverbände, Forschungsinstitute, regionale Ärztenetze). Weiterhin waren Interessierte und Patientinnen sowie Patientinnen-Vertreter wichtige Zielgruppen.

Die Rekrutierung der Partizipierenden fand schließlich über verschiedene Wege und zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Sie wurde letztendlich auch nie abgeschlossen, da sich das Projekt als stets offen präsentierte und Unterstützung sowie ernsthaftes Interesse an der Partizipation stets willkommen waren. Einladungen zur Partizipation wurden sowohl konkret an bestimmte Personen als auch allgemein, mündlich wie schriftlich kommuniziert. Dennoch etablierte sich ein „harter Kern“, dessen Mitglieder kontinuierlich partizipiert haben. Zum Teil bestand schon vor Projektbeginn Kontakte zu potenziell Partizipierenden über die Projektleitung, das Netzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité und den Konsortialpartner RobertKoch-Institut. Weiterhin wurde über verschiedene Internetseiten auf das Projekt Frauen 5.0 aufmerksam gemacht (z. B. Projekt-Homepage¹³, Instituts-Homepage der Charité¹⁴ und des Robert Koch-Instituts¹⁵, Homepage des Innovationsausschusses des G-BA¹⁶). Wir stellten fest, dass bereits zum Projektstart innerhalb einiger Akteursgruppen das Projekt diskutiert wurde. All das ermutigte zur Kontaktaufnahme (z. B. in Form von Briefen oder E-Mails) oder war Grund für die Teilnahme und rege Diskussion z. B. beim Auftaktsymposium unseres Projekts.

¹³ https://allgemeinmedizin.charite.de/forschung/projekte/frauen_50/

¹⁴ <https://allgemeinmedizin.charite.de/forschung/projekte/>

¹⁵ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geschlecht_Gesundheit/FP_Frauen_5.0.html

¹⁶ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/frauen-50-regionale-versorgung-von-frauen-ueber-49-jahren-durch-fachaerzte-und-fachaerztinnen-fuer-gynaekologie-und-fuer-allgemeinmedizin.29>

Das Auftaktsymposium stellte generell einen wichtigen Scheitelpunkt für die Partizipation dar. Hierfür wurden sowohl Teilnehmende als auch als Vortragende eingeladen, die das breite Spektrum der genannten Zielgruppen (Leistungserbringende, Entscheidungsträger, Versorgungsgestalter, Patientinnen-Vertreterinnen) abdeckten. Auf der Agenda stand die Vorstellung des Projekts, aber auch Vorträge und Impulse von eingeladenen Sprecherinnen und Sprechern. Die Veranstaltung regte zum Meinungsaustausch, aber auch zu Klarstellungen (von falsch verbreiteten Aussagen) und zur Besänftigung an. Schließlich konnten im Rahmen des Auftaktsymposiums Partizipierende rekrutiert werden bzw. die Zusammenarbeit angeregt werden. Auch bei anderen Netzwerktreffen, Konferenzen, im Rahmen persönlicher Treffen und mit Hilfe von Emails wurde die Rekrutierung fortgeführt.

Um eine hohe Teilnahmebereitschaft zu sichern, wurden die Partizipierenden in die Terminfindung einbezogen und Ferien, Urlaubzeiten und soziale Ereignisse berücksichtigt. Die Einladungen zu den Treffen bzw. Partizipations-Events erfolgte per E-Mail mit einem Anschreiben im Anhang. Interessierte hatten die Möglichkeit, verschiedene Medien (Telefon, Telefax, E-Mail, Post) zu nutzen, um ihre Teilnahme zu- oder abzusagen.

Beschreibung der Partizipierenden

Insgesamt nahmen an (über-)regionalen Treffen 20 Leistungserbringende, 27 Versorgungsgestalter, 9 Entscheidungsträger, 3 sonstige Teilnehmende und 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts (Charité und Robert Koch-Institut) teil.

Zu der Gruppe der Leistungserbringende zählten niedergelassene und angestellte Fachärztinnen und Fachärzte der Allgemeinmedizin und der Gynäkologie aus allen drei Bundesländern der Region Nordost. Die Gruppe der Versorgungsgestalter bestand primär aus Vertreterinnen und Vertretern der Berufsverbände beider Facharztgruppen auf Bundes- und Länderebene, ebenso aus Geschäftsführende und Mitarbeitende von anderen Forschungsinstituten (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, FBE Forschung Beratung Evaluation GmbH in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen) wie auch aus Geschäftsführer*innen und Mitglieder*innen von Ärztenetzwerken oder medizinischen Versorgungszentren (HaffNet, AMEOS Poliklinikum Ueckermünde, GLG GmbH, MEDIS Management GmbH, CTK-Poliklinik GmbH).

Zu den Entscheidungsträgern gehörten Vertreter*innen und Mitarbeiter*innen von Ministerien (Bundesministerium für Gesundheit und Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg), der Kassenärztlichen Vereinigung auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg), der Ärztekammer auf Bundes- und Landesebene (Bundesärztekammer, Ärztekammer Berlin) und des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Unter den sonstigen Partizipierenden waren Patientenvertreterinnen und Interessierte aus der Gesundheitsversorgung (DEGAM) vertreten.

Weitere Unterstützung im Projektverlauf erhielten wir von der Senatsverwaltung Berlin.

Das Konsortium wurde von der Steuerungsgruppe sowie externen Berater*innen unterstützt. Kennzeichnend für diese Gruppe waren die verschiedenen disziplinären Herkünfte, u. a. aus der Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Epidemiologie, Erziehungswissenschaft, Psychologie, Soziologie, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Public Health.

Methodenauswahl zur Partizipation

Aufgrund der beschriebenen Zielsetzung der Entwicklung einer Modellkonzeption zur Verbesserung der Versorgung von Frauen 50+ bei gleichzeitiger Partizipation von beteiligten oder betroffenen Akteuren, musste eine für den Forschungsgegenstand und der Zielgruppe geeignete Methode gefunden bzw. entwickelt werden.

Eine in den Sozialwissenschaften wie auch in der Markt- und Meinungsforschung häufig angewandte Methode, die gemeinsame Aushandlungsprozesse initiiert und untersucht, ist die Gruppendiskussion bzw. Fokusgruppen (Lamnek 2005¹⁷, Kühn/Koschel 2018¹⁸). Ganz allgemein handelt es sich bei der Gruppendiskussion „[...] um ein multilaterales Gespräch von Gruppenmitgliedern unter relativ kontrollierten Bedingungen [...]“ (Lamnek 2005, S. 27¹⁹). Dabei gibt es nicht nur eine Form der Gruppendiskussion, sondern verschiedene mit unterschiedlichen Erkenntnisinteressen. Zu den gängigsten Erkenntnisabsichten gehören z.B. die Untersuchung gruppeninterner Prozesse, Ermittlung von Gruppenmeinungen, Informationsermittlung, Exploration oder die Evaluation (Lamnek 2005, S. 69-78²⁰). Während wir an einigen von diesen interessiert waren (z. B. Ermittlung von Gruppenmeinungen, Informationsermittlung) und einige method(olog)ische Aspekte der Gruppendiskussion bei uns Beachtung fanden (z. B. Überlegungen zur Gruppenzusammensetzung), stimmten andere Aspekte dieser Methode nicht mit unserem Anliegen überein. Dazu gehörte hauptsächlich der Aspekt, dass Gruppendiskussionen auf Teilnahme und nicht auf Teilhabe ausgelegt sind. Unsere Teilnehmenden sollten die Modellkonzeption mitbestimmen dürfen, was über die Anhörung ihrer Meinung hinausgeht. Aus diesem Grund haben wir andere Diskussionsformate gesucht und ausgewählt. Die Gruppendiskussion als Datenerhebungsmethode haben wir nicht weiterverfolgt. Der inhaltliche Austausch der Akteure stand nichtsdestotrotz im Vordergrund, weshalb wir allgemein von Diskussionsrunden sprechen. Hierzu nutzten wir als partizipative Methoden unterschiedliche Diskussionsformate mit bewusst gewählter Gruppenzusammensetzung. Zu den Gruppenkonstellationen gehören: Einbeziehung aller identifizierter Akteursgruppen (heterogene Gruppenzusammensetzung), Einbeziehung mehrerer Akteursgruppen, z. B. mit gleichem Status, aber unterschiedlicher Fachrichtungen (heterogene Gruppenzusammensetzung) und Einbeziehung einzelner Akteursgruppen, die homogen in Bezug auf einzelne Merkmale sind (z. B. in Bezug auf die Fachrichtung, also nur HÄ oder nur Gyn). Diese unterschiedlichen Gruppenkonstellationen wurden bewusst gewählt, da antizipierte Gruppendynamiken anzunehmen war. Aus der Methodenliteratur zur Gruppendiskussion wussten wir, dass heterogene Gruppen in der Regel die Tendenz aufweisen, untereinander konträre Standpunkte darzustellen, während bei homogenen Gruppen meist Einigkeit zu relevanten Merkmalen herrscht und es eher zu Empathie kommt. So war es nicht möglich, dass eine bestimmte soziale Gruppe dominierte. Doch erst im Gruppenvergleich konnten unterschiedliche Standpunkte herausgearbeitet werden.

1.1.3 Zielsetzungen und Modell zur Entwicklung der Partizipation bei Frauen 5.0

Oberstes Ziel war es, zunächst die verschiedenen Akteure zusammenzubringen und im gemeinsamen Dialog gegenseitiges Vertrauen und Verständnis aufzubauen, damit unterschiedliche Positionen und Änderungswünsche wie auch Bedingungen für die Umsetzung geäußert werden konnten. Es gelang, unterschiedliche Sichtweisen zu harmonisieren und ein Co-Design / Co-Creation zu ermöglichen.

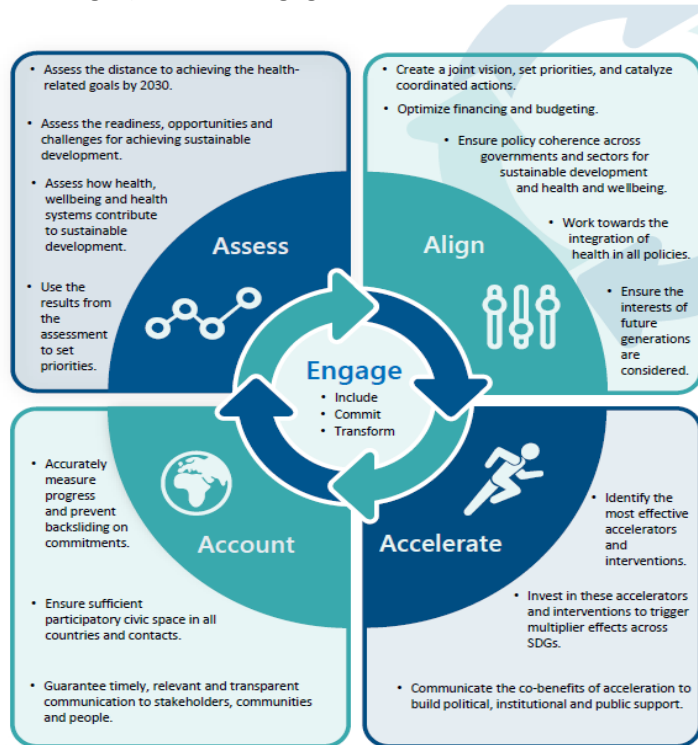
¹⁷ Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

¹⁸ Kühn, Thomas/Koschel, Kay-Volker (2018): Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

¹⁹ Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

²⁰ Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Auf dieser Grundlage wurde ein kreativer und lösungsorientierter Prozess in Gang gesetzt, dessen Ergebnis ein gemeinsam entwickeltes und von allen unterstütztes Versorgungsmodell (bottom-up statt top-down) werden sollte. Schnell stand fest, dass dieser Prozess länger andauern und sich über mehrere Termine und Monate hinziehen würde. Unser Vorhaben orientierte sich an einem theoretischen Modell, das neuerdings im Leitfaden zur Umsetzung nachhaltiger Entwicklungsziele der WHO²¹ erschienen ist. Dabei werden die Schritte Align, Accelerate, Account und Assess (Abbildung 3) für das Engagement unterschiedlicher Akteure beschrieben, die durch Inklusion und



Bindung zur Veränderung führen. In diesem Sinne haben wir die Schritte zur Zielsetzung der Verbesserung der frauengesundheitlichen Versorgung mittelalter und älterer Frauen angepasst: von einer gemeinsamen Vision zur Identifizierung konkreter Stellschrauben der Umsetzung (Align → Accelerate). Innerhalb dieser Ausarbeitungsphasen wurde der Fortschritt dokumentiert und kommuniziert (Account), wobei ein Rückgang von Zusagen und Ausfälle verhindert werden sollten. Schließlich und als vorläufiger Endpunkt bestand die Aufgabe, die entwickelte Modellkonzeption zu bewerten und Messgrößen zur Evaluation zu erarbeiten (Assess)

Abbildung 3: WHO Europe office- Action Plan Guidelines Agenda 2030 – Guide to resources to implement the SDGs

1.1.4 Partizipationsformate und zeitlicher Ablauf

Es wurden unterschiedliche partizipative Methoden mit differenzierten konkreten Zielsetzungen (orientiert am Entwicklungsprozess der Modellkonzeption) und Partizipationsgraden angewandt. Bei allen Partizipationsformaten übernahm die Konsortialleitung Dr. Lorena Dini die Moderation. Sie war bei nahezu allen Treffen anwesend und erlangte einen umfassenden Überblick über den Partizipationsprozess und seine Inhalte. Oberstes Credo war dabei, möglichst neutral zu agieren und den Partizipierenden genug Raum zur freien Äußerung zu geben. Auch abwesende Akteure wurden ggf. berücksichtigt und getroffene Entscheidungen kritisch reflektiert.

Bei allen Partizipationsformaten gab es für den Ablauf ähnliche Fragestellungen, die bei der Durchführung der partizipativen Phase beachtet wurden, ähnlich einem Leitfaden. Diskussionsleitende Punkte waren stets folgende:

²¹ WHO Europe office- Action Plan Guidelines Agenda 2030 - Guide to resources to implement the SDGs, unveröffentlicht / persönliche Kommunikation

1. Zu Beginn eines jeden Partizipationsformats wurden durch die Moderatorin die aktuellen Projektergebnisse vorgestellt und der Stand der Konzeptentwicklung aufbereitet. (→ Was bisher geschah ...)
2. Dadurch wurden die Partizipierenden zur Diskussion angeregt. Im Zentrum standen ihre Sichtweisen, Einstellungen und Wünsche. (→ Was wollen Sie / wollt ihr erreichen?)
3. Anschließend wurden Möglichkeiten zur realistischen Umsetzung im Rahmen der Regelversorgung erarbeitet oder identifiziert. (→ Wie können wir das gemeinsam realisieren?)
4. Am Ende eines jeden Treffens erfolgte eine Zusammenfassung der Diskussion und ein Fazit für den weiteren Projektverlauf durch die Moderatorin. (→ Rückblick, Fazit und Ausblick)

Bei allen Partizipationsformaten wurden keine Audiomitschnitte erstellt. Es hätte die Gesprächsbereitschaft und das Vertrauen in den Ablauf gemindert, da sich das Thema als sehr kontrovers und heikel darstellte. Stattdessen wurden Verlaufs- und Ergebnisprotokolle geschrieben, was einerseits der Dokumentation diente, andererseits für die Konzeption der Modellversorgung als ausreichend bewertet wurde.

Nicht allen Partizipierenden wurden Aufwandsentschädigungen in Höhe der laut Projektkalkulation veranschlagten Summe gezahlt, da viele verzichtet haben, allerdings waren Anreisenden mehrheitlich mit der Erstattung der Fahrkosten einverstanden.

Insgesamt muss kritisch festgehalten werden, dass der Partizipationsgrad die oberste Stufe (der stärkenden Partnerschaft) nie erreichte, auch wenn manchmal zu bestimmten Fragestellungen diese stärkende Partnerschaft beobachtet werden konnte.

Schließlich wurde das Modellkonzept innerhalb des Projektteams unter Berücksichtigung der Vorschläge und Wünsche der Partizipierenden und mit ihrem Einverständnis und einer erneuten abschließenden Konsultation durch die Konsortialleitung entwickelt.

Symposium (Auftakt und Abschluss des Projekts Frauen 5.0)

Das Format Symposium ist besonders im Wissenschaftssystem bekannt und verbreitet. Ziel ist es Expertinnen und Experten zu versammeln, auf ein Thema (z. B. Frauengesundheit 50+) zu fokussieren und den Gedankenaustausch zu fördern. In diesem Sinne präsentieren die Teilnehmenden Vorträge, liefern Impulse oder neue Erkenntnisse und Ideen. Unterschiedliche Perspektiven oder spezifische Aspekte zum Thema stehen im Zentrum der Zusammenkunft. Das Ziel eines Symposiums ist, dass die Teilnehmenden hinterher mehr wissen als vorher oder tiefgründigere Einsichten in das Thema haben. Das beinhaltet die Neuheit oder Aktualität der Informationen, an Konzepten oder Vergleichbares. Damit ist ein Symposium einer Konferenz ähnlich, findet aber in einem kleineren Rahmen statt. Auch sind sie meist zeitlich auf einen Tag begrenzt. Damit ist dieses Format ideal geeignet, um Personen, Institutionen oder Akteure, die im Bereich des Oberthemas tätig oder davon betroffen sind, zu erreichen wie auch zu involvieren. Weshalb dieses Format für den Projektauftritt und -abschluss ausgewählt wurde.

Für unser Auftaktsymposium waren die internen Ziele die Projektvorstellung, das Einfangen kritischer Äußerungen sowie die Aufbereitung des aktuellen Forschungs- und Praxisstands wie auch die kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Frauengesundheit 50+ aus verschiedenen Perspektiven. Gleichzeitig wurde aktiv das Interesse am Thema und am Projekt Frauen 5.0 sondiert sowie erste Möglichkeiten zur Involvierung relevanter Akteure gesucht. In Bezug auf die Durchführung mussten Redener*innen eingeladen und ausgewählt werden. Weiterhin wurden Gäste gezielt (persönliche

Einladung) wie auch allgemein (Ankündigung auf der Projekthomepage) eingeladen. Die Beiträge sollten möglichst die unterschiedlichen Perspektiven auf das Thema darstellen. In diesem Sinne wurde eine Agenda formuliert. Es wurde ausreichend Zeit für Nachfragen und die Diskussion der Beiträge eingeplant, was den interaktiven und partizipativen Charakter unterstreichen sollte.

Für das Abschluss Symposium waren die internen Ziele die gemeinsame Reflexion über das erarbeitete Modell, die Förderung des Austausches und das Anbahnen der Möglichkeit einer weiteren Zusammenarbeit bei der Umsetzung der Modellversorgung. Gleichzeitig wurde aktiv das Interesse an der Weiterentwicklung und Umsetzung des erarbeiteten Modellkonzepts Frauen 5.0 unter den Anwesenden eruiert sowie Möglichkeiten zur Involvierung weiterer relevanter Akteure gesucht.

Für beide Symposien wurden sowohl aufseiten der Redner*innen wie auch aufseiten der Gäste / Zuhörenden / Mitdiskutierenden darauf geachtet, dass alle relevanten Akteursgruppen (Leistungserbringende, Versorgungsgestalter, Entscheidungsträger, Patientinnen-Vertreter und Interessierte) eingeladen und vertreten waren. Wir strebten eine maximal heterogene Gruppenkonstellation an, einerseits um den Kontakt untereinander als auch persönlich herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, andererseits sollten alle ihre eigenen Standpunkte vorstellen und die der anderen kennenlernen bzw. zum Abschluss das gemeinsam Erreichte begutachten und feiern können.

Policy roundtable

Eine etablierte Methode im Bereich der partizipativen Forschung ist der „Runde Tisch“^{22,23,24}. An einem Runden Tisch diskutieren Akteure (z. B. Vertreter*innen von Interessensgruppen, Expert*innen, Vertreter*innen aus der Politik und Verwaltung) gemeinsam und gleichberechtigt ein Sachproblem und versuchen, Lösungen zu erarbeiten. Idealerweise sollten alle für das Thema relevanten Akteure anwesend sein. Das erhöht die Verbindlichkeit, da so alle Partizipierenden an der Lösungsfindung aktiv beteiligt sind. Diese Methode eignet sich zur Klärung kontrovers diskutierter Fragen mit unterschiedlichen Interessensvertreter*innen und wenn eine Lösungsfindung unabdingbar ist. Sie eignet sich jedoch nicht, wenn ein Konflikt festgefahren ist. In diesem Sinne ist der Wille zur gemeinsamen Einigung Voraussetzung für dieses Verfahren. Ziel ist somit die Konsensfindung.

Für die Durchführung von Runden Tischen gibt es kein standardisiertes Verfahren. Für ein erfolgreiches Gelingen sollten folgende Punkte beachtet werden: (1) Die Moderatorin oder der Moderator sollte sich stets neutral verhalten, (2) die Diskussion sollte protokolliert werden und (3) jede Akteursgruppe sollte (möglichst in gleicher Anzahl) vertreten sein.

Dieses Format war für unsere Zielsetzung hervorragend geeignet. Schließlich bestand Handlungsbedarf in Bezug auf die gynäkologische Versorgung mittelalter und älterer Frauen, der gemeinsam und auf Augenhöhe mit den beteiligten und betroffenen Akteuren angegangen werden sollte.

Die Gruppe der Teilnehmenden an den policy roundtables war bewusst von Heterogenität gekennzeichnet, um gegensätzliche Meinungen zu ermöglichen und somit Gruppendynamik und Interaktion zu fördern. Teilnehmende waren Entscheidungsträger und Versorgungsgestalter. Dazu zählten u. a. Vertreterinnen und Vertreter der Ärztekammer Berlin, der Bundesärztekammer, des Bundesministeriums für Gesundheit, des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

²² https://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/partizipation/download/Handbuch_Auszug_Methoden.pdf

²³ <https://www.buergergesellschaft.de/mitentscheiden/methoden-verfahren/konflikte-bearbeiten-standpunkte-integrieren/runder-tisch/>

²⁴ <https://www.partizipation.at/runder-tisch.html>

des Landes Brandenburg sowie Geschäftsführende von Ärztenetzen und MVZs wie auch Versorgungsstrukturen und regionale Verbände.

Alle policy roundtables fanden auf dem Campus Mitte der Charité – Universitätsmedizin Berlin statt. Um den Austausch zu fördern, wurde auf eine kreisförmige Sitzplatzanordnung (Konferenz Tisch) geachtet. Der Partizipationsgrad schwankte hierbei zwischen der gegenseitigen Beratung (3) und einer stärkenden Partnerschaft (4).

Fachspezifische Treffen und fachübergreifende Treffen

Geleitet von method(ologischen) Aspekten zur Gruppendiskussion entschieden wir uns, die Gruppe der Leistungserbringenden gesondert zu Wort kommen zu lassen und einzuladen. Sie sind diejenigen, die einerseits die Frauen 50+ versorgen und andererseits die potentiellen Akteure, die die Modellkonzeption in der Praxis umsetzen sollen. Das geschah im Rahmen von zwei partizipativen Diskussionsformaten: fachspezifische und fachübergreifende Treffen. Beide unterschieden sich in Bezug auf die Gruppenzusammensetzung. So waren die fachspezifischen Treffen jeweils gesondert für die ambulant tätigen HÄ und Gyn angesetzt. Hintergrund hierfür war, dass auf diesem Weg die Partizipierenden innerhalb ihrer Fachbereiche „ungehemmt“ das Thema diskutierten und so einen gemeinsamen Standpunkt in Bezug auf ihre Wünsche entwickeln konnten. Bei dem fachübergreifenden Treffen (vornehmlich für beide niedergelassenen Fachbereiche) wurden die zuvor separat verhandelten Gruppenmeinungen zusammengefasst und gegenübergestellt, um im Verlauf des Treffens und der gemeinsamen Aushandlung eine Einigung der Leistungserbringenden zu erreichen. Zu diesem Zeitpunkt stand bereits der Wunsch beider Fachbereiche nach einer Umstrukturierung der aktuellen bzw. in naher Zukunft herzustellenden gynäkologischen Versorgungssituation von Frauen 50+ fest.

Diese Treffen fanden auf dem Campus Mitte der Charité und teilweise in Meckelburg-Vorpommern (Haffnet, Ueckermünde) statt. Dabei wurde ebenfalls eine kreisförmige Sitzanordnung eingehalten. Auch bei diesen Treffen achtete die Moderatorin weiterhin darauf, sich neutral zu präsentieren. Die Themen der Diskussionspunkte ergaben sich aus den bisherigen Projektergebnissen oder wurden direkt von den Partizipierenden zur Diskussion gestellt. Es wurde lediglich um Präzisierung oder um Umsetzungswünsche bezüglich einiger Aspekte gebeten, die dann wiederum gemeinsam in der Gruppe verhandelt wurden.

Der Partizipationsgrad schwankte hier wie bei den policy roundtables zwischen (3) der gegenseitigen Beratung und (4) der stärkenden Partnerschaft.

Sondertreffen

Sondertreffen wurden mit einzelnen Vertreter*innen einer Akteursgruppe in einem der drei Bundesländer oder mit einzelnen Institutionen (z. B. Ärztenetze) gesondert durchgeführt. Hierbei wurden die teilnehmenden Akteure auf den aktuellen Stand gebracht und deren Input eingeholt. Grund hierfür war zum einem, dass diese an gemeinsamen Treffen nicht anwesend sein konnten oder dass während der Entwicklung der Modellkonzeption spezifische Punkte mit ihnen zu verhandeln waren.

Diese Sondertreffen fanden entweder auf dem Campus Mitte der Charité – Universitätsmedizin Berlin, vor Ort bei den entsprechenden Akteuren oder in dem entsprechenden Bundesland bzw. telefonisch statt. Die Treffen zeichneten sich vor allem dadurch aus, dass sie in geschützten Räumen einen individuellen Austausch ermöglichten und ungeteilte Aufmerksamkeit gesichert wurde. Für die Durchführung gab es kein standardisiertes Ablaufschema.

Auch hier kann der erreichte Partizipationsgrad zwischen gegenseitiger Beratung (3) und stärkender Partnerschaft (4) eingeordnet werden.

Zeitlicher Ablauf der partizipativen Phase

Die verschiedenen Partizipationsformate fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf statt. Die Formate wiederholten sich bewusst in Anpassung an die konkrete Zielsetzung innerhalb des Projektverlaufs. Abbildung 4 stellt den Ablauf graphisch dar.

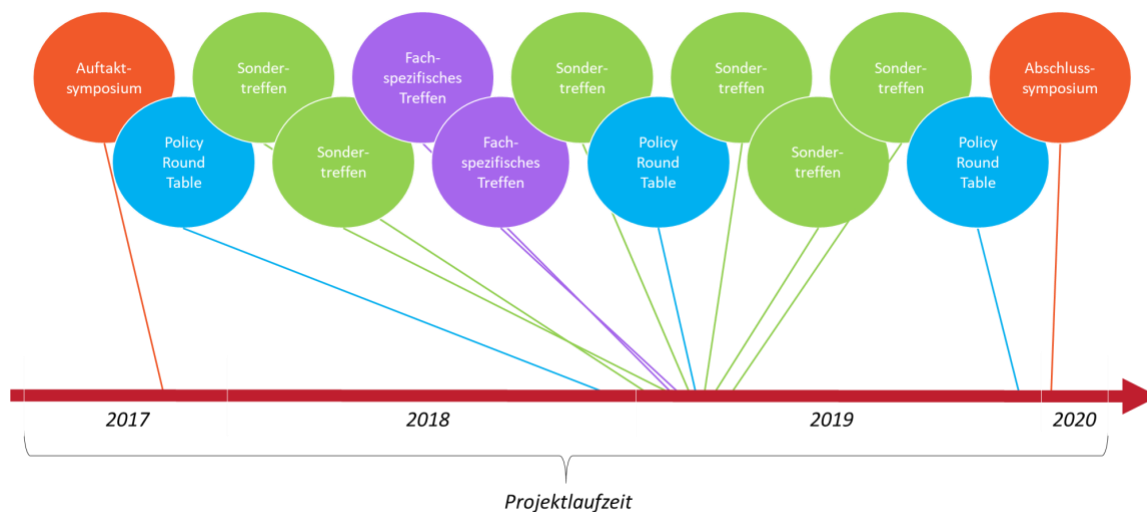


Abbildung 4: Ablauf der partizipativen Phase im Projektzeitraum

Die entscheidende Phase der Partizipation fand zwischen Dezember 2018 und März 2019 statt. Das war der Zeitraum, in dem das Grundkonzept fokussiert entwickelt, verhandelt und ausgearbeitet wurde.

Diskussionsrunden mit Leistungserbringenden und weiteren Akteuren haben in den folgenden Partizipationsformaten stattgefunden:

Auftakt-symposium, Charité Berlin, 11.10.2017, Berlin

Policy Round Table Nr. 1: 18.02.2019, Berlin

Sondertreffen Brandenburg: 14.01.2019, Berlin

Sondertreffen Fachgesellschaft Allgemeinmedizin (DEGAM, HÄ): 28.01.2019, Berlin

Fachübergreifendes Treffen Mecklenburg-Vorpommern (HÄ & Gyn): 29.01.2019, Ueckermünde

Fachspezifisches Treffen der HÄ (Region Nordost): 30.01.2019, Berlin

Fachspezifisches Treffen der Gyn (Region Nordost): 01.02.2019, Berlin

Sondertreffen Akteure Brandenburg-Nord: 05.02.2019, Berlin

Sondertreffen (Bundesverband der Frauenärzte, Gyn): 15.02.2019, Wismar

Policy Round Table Nr. 2: 18.02.2019, Berlin

Fachübergreifendes Treffen Region Nordost (HÄ & Gyn): 26.02.2019, Berlin

Sondertreffen Berlin (Gyn Landesverband Berlin): 27.02.2019, Berlin

Sondertreffen Brandenburg regionale Akteure Brandenburg: 05.03.2019, Berlin

Fachspezifisches Treffen Mecklenburg-Vorpommern (HÄ Berufsverband): 06.03.2019, Berlin
Sondertreffen Brandenburg regionale Akteure Brandenburg: 08.03.2019 (Telefonkonferenz)
Sondertreffen Mecklenburg-Vorpommern (HaffNet): 08.03.2019, Ueckermünde
Sondertreffen Mecklenburg-Vorpommern (HaffNet Konferenz): 19.03.2019, Bansin
Abschluss Symposium, 15.01.2020, Charité Berlin

Zusätzlich fanden im Berichtszeitraum Gespräche mit Vertretern von Krankenkassen (AOK Nordost, TK, BKK) am 21.01.2019, 12.02.2019 und 13.02.2019 statt; weitere Gespräche im Februar 2020 (AOK Nordost, TK, BKK, Barmer), um deren Perspektive in die Konzeption des Modellprojekts einbringen zu können.

1.1.5 Verlauf der Partizipation: Engage, Align, Accelerate, Account und Assess

Wie im Methodik-Kapitel beschrieben, wurden unterschiedliche Partizipationsformate angewandt, um die gemeinsame Konzeption für ein fachübergreifendes Versorgungsmodell zu ermöglichen und zu erarbeiten. (Zwischen-)Ergebnisse aus den Arbeitspaketen 1 bis 3 wurden je nach Zielsetzung oder Thema bei den meisten Partizipationsformaten vorgestellt und diskutiert. Einerseits, um auf Basis wissenschaftlicher Evidenz bezüglich der Versorgungssituation von Frauen 50+ eine Grundlage für die gemeinsame Kooperation zu schaffen. Andererseits dienten ausgewählte Ergebnisse auch als Stimuli, um die Diskussion in Gang zu setzen. Weiterhin wurden die wissenschaftlichen Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Leitfaden) auch von den Partizipierenden begutachtet und einzelne Aspekte auch auf deren Wunsch eingefügt oder zumindest berücksichtigt. Das erzeugte wiederum Interesse, aber auch Vertrauen unserer Arbeit gegenüber. Weiterhin wurden Ergebnisse teilweise mit den Partizipierenden interpretiert. Das hatte auch die Möglichkeit eröffnet, gemeinsam konkrete Maßnahmen oder Handlungsbedarfe ableiten zu können.

Im Zentrum der Datenaufbereitung in Bezug auf die Partizipationsformate standen aufseiten des Konsortialteams die Ausformulierung und Sortierung der Mitschriften, die während der Durchführung der Partizipationsformate angefertigt wurden. Ergebnis waren **Verlaufs- und Ergebnisprotokolle**, die von den Projektmitarbeiter*innen verfasst wurden.

Für die Analyse konzentrierten wir uns auf unterschiedliche Ebenen der Partizipationsevents:

- Sachebene / Inhalt: Was wurde von den Akteuren aus ihrer Perspektive angemerkt? Welche Wünsche und Bedingungen haben sie geäußert? Welche Lösungsvorschläge wurden entwickelt und als umsetzbar eingestuft? (**Fortschritt der Modellkonzeption / inhaltsbezogene Analyse**)
- Kritische Reflexion der Partizipation und Partizipationsformate: Konnten die Ziele (Engage, Align, Accelerate, Account, Assess) wie geplant erreicht werden? Haben die Partizipationsformate wie geplant funktioniert? Wie gestaltete sich der Partizipationsgrad? Kam es zu Dominanz oder Zurückhaltung einzelner Akteure? Wie kann die Partizipation von Akteuren unterstützt werden? (**methodische Reflexion**)

Insgesamt kann der Prozess der Entwicklung der Modellkonzeption als trichterförmig beschrieben werden: Von einem sehr offenen Austausch bis hin zu einer stärker strukturierten und enger werdenden inhaltlichen Ausgestaltung der Modellversorgung und Möglichkeiten zur Implementierung in die Regelversorgung. Die Analyse erfolgte im Wechsel zur Durchführung der Partizipationsevents. Das war auch notwendig, weil die Entwicklung der Konzeption jeweils aufbauend auf den vorherigen

Partizipationstreffen fortgeführt wurde. Dafür musste der aktuelle Stand eingefangen und den Partizipierenden mitgeteilt werden.

Zu Beginn der partizipativen Phase ging es darum, die verschiedenen Akteure zusammenzubringen und im gemeinsamen Dialog gegenseitiges Vertrauen und Verständnis aufzubauen, damit unterschiedliche Positionen und Änderungswünsche wie auch Bedingungen für die Umsetzung für eine bessere Versorgung von Frauen 50+ geäußert werden konnten. Zu nennen ist hier vor allem das Auftaktsymposium, wodurch bei relevanten Akteuren eine Sensibilisierung für das Thema erreicht werden konnte. Schließlich wurde **an einer gemeinsam erarbeiteten Vision** (ebenfalls ein Ergebnis der partizipativen Phase) **zur Identifizierung konkreter Stellschrauben der Umsetzung** (Align → Accelerate) gearbeitet. Innerhalb dieser Ausarbeitungsphasen wurde der Fortschritt dokumentiert und kommuniziert (Account). Schließlich und als vorläufiger Endpunkt bestand die Aufgabe, **die entwickelte Modellkonzeption zu bewerten und Messgrößen zur Evaluation zu erarbeiten** (Assess). Die nachfolgenden Übersichten beschreiben jeweils die einzelnen Partizipationsevents, deren Ziele und Ergebnisse. Aus Datenschutzgründen und ethischer Verantwortung den Partizipierenden gegenüber werden einige Ergebnisse übergeordnet und nicht eventspezifisch berichtet, um keinen Rückschluss auf die Teilnehmenden zu ermöglichen. Wir hoffen, dass der Prozess hin zum Modellkonzept dennoch nachvollzogen werden kann.

Schritt: ENGAGE & ALIGN

Auftaktsymposium (Kick-off): Gesundheit und Versorgung von Frauen 50+

Datum: 11.10.2017

Uhrzeit: 16.00-19.00 Uhr

Ort: Berlin, Charité Campus Mitte, CCO, Fenster zur Wissenschaft

Teilnehmende: Leistungserbringer, Entscheidungsträger, Versorgungsgestalter, sonstige Teilnehmende und Projektmitarbeiter*innen

Ziel: Engagement durch Sensibilisierung für das Thema

Inhalt/Verlauf:

- Begrüßung und Impulsvorträge (G-BA / Innovationsfonds, Ärztekammer, Zi)
- Projektvorstellung (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Robert-Koch-Institut)
- Statements am Runden Tisch (gyn. und hausärztliche Perspektive)
- Diskussion mit allen Anwesenden

Das Auftakt-Symposium fand unter dem Titel „Gesundheit und Versorgung Frauen 50+“ am Mittwoch, dem 11. Oktober 2017 im CharitéCrossOver (CCO) statt.

Nach der Begrüßung durch Prof. Christoph Heintze, MPH, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Charité, und Prof. Ulrich Frei, Ärztlicher Direktor, Charité, folgten die Impulsvorträge: Innovationen im deutschen Gesundheitswesen von Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A., Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses; Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, und Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung.

Das Thema Frauengesundheit und regionale Versorgung von Frauen und das Projektvorhaben wurden von Dr. med. Franziska Prütz und Dr. med. Lorena Dini vorgestellt.

Daraufhin folgten die Statements am Runden Tisch von Dr. med. Georg Heinrich; Prof. Dr. med. Erika Baum, und PD Dr. med. habil. Uwe Torsten.

Die darauf folgende moderierte Diskussionsrunde mit Statements und Beiträgen des Bundesverbandes der Frauenärzte e. V. und der regionalen Verbände entfaltete die erste spannende und intensive Diskussionsrunde von Vertretenden der ärztlichen Selbstverwaltung und von Berufsverbänden sowie niedergelassenen Hausärztinnen/Hausärzten und niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen, die nach einer Zusammenfassung der Diskussionspunkte und deren Einbringung in die Projektumsetzung zu einem produktiven Austausch bei dem Get-together mit Imbiss am Ende führte.

Nach dem Auftaktsymposium wurden Gespräche mit dem Bundesverband der Frauenärzte e. V. aufgenommen. Er konnte ebenso wie die Landesverbände aus Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern als neue Kooperationspartner dazugewonnen werden.

Ergebnis:

- Erwartungen an das Projekt vom Innovationsfonds / G-BA sowie die Perspektive der weiteren Akteure wurden offengelegt.
- Projektziele und Vorhaben wurden für die Teilnehmenden erörtert.
- Kritik und Vorbehalte wurden aufgenommen, Klärungsbedarfe besprochen
- Einladung zur Partizipation wurde ausgesprochen.
- Nachgespräche für die Sondierung einer möglichen Kooperation mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. wurden in Aussicht gestellt.

Sondertreffen: mit Gyn zur Abstimmung der inhaltlichen Datenerhebungen (AP 2)

Datum: 12.01.2018

Uhrzeit: 12.00-17.00 Uhr

Ort: Berlin-Zehlendorf

Teilnehmende: Vorstandsvorsitzende aller drei Bundesländer (BB, BE, MV) des Berufsverbands der Frauenärzte e. V.

Ziel: Align, Offenheit für den Austausch und Vertrauensaufbau

Inhalt:

- Präsentation und Diskussion der Fragenbögen und Anschreiben inkl. Möglichkeit der Veränderung (Teilhabe).
- Offenlegung des Vorgehens zur quantitativen Vollerhebung aller niedergelassenen Gynäkolog*innen der Region Nordost.

Ergebnis:

- Schwerpunktpraxen wurden gemeinsam ausgeschlossen.
- Einigung auf gemeinsames Ziel: Verbesserung der Patientinnenversorgung (ALIGN!)
- Befragung wurde aktiv unterstützt durch Ankündigung der Umfrage ca. eine Woche vor Beginn der Datenerhebung bei den Verbandsmitgliedern über ein offizielles

Informationsschreiben mit dem Aufruf zur Beteiligung an der Befragung (ENGAGE → commit).

- Protokosten wurden vom Projekt übernommen und finale Version des Fragebogens wurde zur letzten Prüfung an den BVF geschickt.
- Insgesamt konnte Vertrauen aufgebaut werden und die weitere Zusammenarbeit wurde vereinbart.

Schritt: ACCELERATE&ACCOUNT&ASSESS

Policy Round Table I

Datum: 14.12.2018

Uhrzeit: 16.00-19.00 Uhr

Ort: Berlin, Charité Campus Mitte, CCO, Fenster zur Wissenschaft

Teilnehmende: Leistungserbringer (Vertreter der Hausärzteverbände und der Berufsverbände der Frauenärzte), Projektmitarbeiter*innen

Ziel: Align & Accelerate, Offenheit für den Austausch und Vertrauensaufbau

Inhalt:

- Präsentation und Kommunikation der Zwischenergebnisse zu den APs 1-3
 - o Regionale Daten und Vergleich der einzelnen Bundesländer in der Region Nordost
 - o Handouts wurden ausgelegt und konnten mitgenommen werden
- Präsentation erster Gedanken zur Modellkonzeption wurden zur gemeinsamen Diskussion gestellt
- Einladung zur konkreten Ausgestaltung der Modellkonzeption wurde ausgesprochen

Ergebnis:

- Die Berufsverbände wurden aufgefordert sich untereinander (jeder Fachbereich für sich) und miteinander auszutauschen inkl. mit den KVen Kontakt aufzunehmen und sich konkret über Aspekte bestimmter Tätigkeiten, die aus ihrer Sicht eine fachübergreifende Versorgung rechtfertigen, auszutauschen

Sondertreffen: Brandenburg (ET)

Datum: 14.01.2019

Uhrzeit: 10.00-12.00 Uhr

Ort: Berlin

Teilnehmende: Entscheidungsträger aus Brandenburg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Ziel: ACCELERATE

Inhalt:

- Präsentation und Kommunikation der Zwischenergebnisse zu den APs 1-3
 - o Regionale Daten und Vergleich der einzelnen Bundesländer in der Region Nordost
 - o Handouts wurden ausgelegt und konnten mitgenommen werden

- Präsentation erster Gedanken zur Modellkonzeption wurde zur gemeinsamen Diskussion gestellt
- Einladung zur konkreten Ausgestaltung der Modellkonzeption wurde ausgesprochen

Ergebnis:

- Commitment des Ministeriums MGAS BB, weitere Kontakte zu aktivieren

Sondertreffen: Mecklenburg-Vorpommern (HÄ)

Datum: 29.01.2019

Uhrzeit: 12.00-14.00 Uhr

Ort: Ueckermünde

Teilnehmende: hausärztliche Leistungserbringer: AMEOS Poliklinikum Ueckermünde

Ziel Engage / ACCELERATE

Inhalt:

- Präsentation und Kommunikation der Zwischenergebnisse zu den APs 1-3
 - o Regionale Daten und Vergleich der einzelnen Bundesländer in der Region Nordost
 - o Handouts wurden ausgelegt und konnten mitgenommen werden
- Präsentation erster Gedanken zur Modellkonzeption wurde zur gemeinsamen Diskussion gestellt
- Einladung zur konkreten Ausgestaltung der Modellkonzeption wurde ausgesprochen

Ergebnis

- Rekrutierung zur Partizipation von HaffNet
- Präsentation bei der HaffNet (Geschäftsführung) → commit

Fachspezifisches Treffen (HÄ aus den Flächenländern)

Datum: 30.01.2019

Uhrzeit: 14.00-18.00 Uhr

Ort: Berlin

Teilnehmende: hausärztliche Leistungserbringer und Versorgungsgestalter

Ziel: Accelerate und Account: Identifikation von Lösungsansätzen anhand der Rückspiegelung der Ergebnisse der Situationsanalyse (AP 1-3) sowie Identifizierung der Pilotregionen

Inhalt:

- Präsentation und Kommunikation der Zwischenergebnisse zu den APs 1-3
 - o Regionale Daten und Vergleich der Flächenländer
 - o Handouts wurden ausgelegt und konnten mitgenommen werden
- Präsentation erster Gedanken zur Modellkonzeption wurden zur gemeinsamen Diskussion gestellt

- Ideen zur konkreten Ausgestaltung der Modellkonzeption wurden erarbeitet (z.B. nÄPp soll integriert werden und konkrete Tätigkeiten wurden identifiziert, regionale Anpassung wurde diskutiert, Umsetzungen in Bezug auf Abrechnungen wurden ebenfalls diskutiert, Folgen der Umsetzung wurden diskutiert (Aufwand, Personal, weitere Ressourcen, Absprachen in den Versorgungsgebieten wurden vorbereitet)

Ergebnis:

- No-Gos für die Modellkonzeption aus hausärztlicher Sicht (administrativer Mehraufwand, sinnvoller Einsatz des nÄPp)
- Ansatzpunkte für die Umsetzung sollten in einer verbesserten Organisation und Steuerung der Patientinnen innerhalb des ambulanten Sektors liegen
- Account: Teilnehmende sollten sich selbstständig bzw. untereinander Gedanken machen, wie das Projekt umgesetzt werden kann

Fachspezifisches Treffen (Gyn)

Datum: 01.02.2019

Uhrzeit: 15.00-18.00 Uhr

Ort: Berlin

Teilnehmende: niedergelassene gynäkologische Leistungserbringer und Versorgungsgestalter

Ziel: Accelerate und Account: Identifikation von Lösungsansätzen anhand der Rückspiegelung der Ergebnisse der Situationsanalyse (AP 1-3) sowie Identifizierung der Pilotregionen

Inhalt:

- Präsentation und Kommunikation der Zwischenergebnisse zu den APs 1-3
 - o Regionale Daten und Vergleich der Flächenländer
 - o Handouts wurden ausgelegt und konnten mitgenommen werden
- Präsentation erster Gedanken zur Modellkonzeption wurden zur gemeinsamen Diskussion gestellt
- Ideen zur konkreten Ausgestaltung der Modellkonzeption wurden erarbeitet (z.B. nÄPp soll integriert werden und konkrete Tätigkeiten wurden identifiziert, regionale Anpassung wurde diskutiert, Umsetzungen in Bezug auf Abrechnungen wurden ebenfalls diskutiert, Folgen der Umsetzung wurden erörtert (Aufwand, Personal, weitere Ressourcen, Absprachen in den Versorgungsgebieten wurden vorbereitet)

Ergebnis:

- No-Gos für die Modellkonzeption aus frauenärztlicher Sicht (Verlagerung von Tätigkeiten auf Hausärzt*innen nicht gewollt (von task-shifting → task-sharing))
- Gewollt: Bereitschaft zur fachübergreifenden Versorgung und Kooperation (Beginn: Leistungskatalogerstellung)

- Ansatzpunkte für die Umsetzung sollten in einer verbesserten Organisation und Steuerung der Patientinnen innerhalb des ambulanten Sektors liegen
- Account: Gyn sollten anhand der eigenen Praxisdaten (Zusammensetzung der Patientinnen nach Altersgruppe) überprüft und mit den von uns zur Verfügung gestellten Daten zur Versorgungsregion verglichen werden, daraufhin Rückmeldungen geben (Validierung der Sekundärdatenanalysen auf den individuellen Praxisdaten)
- Account: Konkrete Ausformulierung, wie die geplante fachübergreifende Patientinnen-Versorgung über die Praxis-Software dokumentiert werden könnte, um eine damit verbundene Abrechnung zu ermöglichen
- **Interesse an der Perspektive der Hausärzt*innen bekundet**

Sondertreffen: Berufsverband der Frauenärzte (Gyn)

Datum: 15.02.2019

Uhrzeit: 9:00-17:00 Uhr

Ort: Wismar

Teilnehmende: Vertreterinnen und Verteter vom BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e. V., Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Ziel: Abstimmung mit dem Bundesverband der Frauenärzte über die konkreten fachübergreifenden Tätigkeiten und damit verbundene Abrechnungsziffern, die für eine fachübergreifende Modellversorgung in Frage kommen.

Inhalt:

- Leistungskatalog: geltende Gesetzgebung und Rahmenbedingungen der gyn. und hausärztlichen Versorgung wurde sondiert

Ergebnis:

- Module eines geplanten Check-Ups „Gyn 50+“ wurden ausformuliert und dazugehörige konkrete Tätigkeiten beschrieben.
- Folgende Module einer fach- und berufsübergreifenden Versorgung wurden verhandelt, entwickelt und konsolidiert:
 - o (1) gynäkologisches Krebsrisiko (Motivieren zur Krebsfrüherkennung, Erinnern an die Selbstuntersuchung der Brust, Erheben des familiären gyn. Krebsrisikos und der Vorbelastungen)
 - o (2) Gesundheitsförderung (Risikobewertung für Osteoporose, Gewichtsveränderungen)
 - o (3) Wohlbefinden (vaginale Symptome, Libido, Sexualität, Inkontinenz, subjektive Gesundheit, Wechseljahresbeschwerden) und
 - o (4) Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe
- Gespräch mit den Hausärzt*innen soll das Konzept durch die allgemeinmedizinische Perspektive ergänzen.

Schritt: ACCOUNT & ACCELERATE

Policy Round Table II: Versorgungsstrukturen / Verbünde (Ärztenetze, MVZ)

Datum: 18.02.2019

Uhrzeit: 14.00-19.00 Uhr

Ort: Berlin

Teilnehmende: Versorgungsgestaltende, potentielle Konsortialpartner

Ziel: Einholen von Letters of Intent der geplanten Kooperationspartner

Inhalt: Diskussion der intermediäre Produkte AP1.2 und 3

Ergebnis: Einladung zur Beteiligung bei dem Abschluss Symposium

- 3 Pilotregionen konnten identifiziert und committed werden (MV, BB Grenze MV, Süd-BB)

Sondertreffen Ziel: Fort- und Weiterbildung (Versorgungsdienstleistende der Region)

Datum: 26.02.2019

Uhrzeit: 14.00-18.00 Uhr

Ort: Berlin

Teilnehmende: potentielle Kooperationspartner

Inhalt: Vorstellung der Ergebnisse aus AP1 und AP4

Sondierung der Relevanz des Modellkonzepts für die Versorgungsdienstleistenden der Region

Ergebnis: Bereitschaft zur Zusammenarbeit

Sondertreffen: HaffNet

Datum: 08.03.2019

Uhrzeit:

Ort: Ueckermünde

Teilnehmende:

Teilnehmende: Geschäftsführung von HaffNet

Inhalt: Vorstellung der Ergebnisse aus AP1 und AP4

Sondierung der Relevanz des Modellkonzepts für die Versorgungsdienstleistenden der Region

Ergebnis:

- Einladung zur HaffNet-Konferenz, um dort die Projektziele vorzustellen

Schritt: ACCELERATE & ALIGN

Sondertreffen: HaffNet Konferenz – fachübergreifendes Treffen

Datum: 29.03.2019

Uhrzeit: 9:00 – 14:00 Uhr

Ort: Bansin

Teilnehmende: Versorgungsgestaltende, Krankenkassen, niedergelassene der Region

Ziel: Kooperation zur gemeinsamen Entwicklung und Umsetzung

Inhalt: Vortrag zur Präsentation der Ergebnisse des Projekts Frauen 5.0

Vorschlaunterbreitung der Zusammenarbeit für die Weiterentwicklung die Projektergebnisse zur Umsetzung im Ärztenetz

Ergebnis:

- Einladung von HaffNet bei dem Abschluss Symposium deren Perspektive und Erwartungen darzustellen

Schritt: ACCOUNT & ACCELERATE

Treffen ohne Projektleitung → TAKE OFF PARTIZIPATION (Empowerment)

FACHÜBERGREIFENDES TREFFEN

Datum: Rückmeldung an Projektleitung 21.06.2019

Uhrzeit: unbekannt

Ort: MV

Teilnehmende: Berufsverbände der Frauenärzte und Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern mit der KV MV

Ziel: ACCOUNT (von der Region für die Region → regionale Umsetzung), Absprechen von Zuständigkeiten und Möglichkeiten der Ausgestaltung

Inhalt:

- Austausch zur Umsetzung der Modellversorgung

Ergebnis:

- Kommentierung des regionalen Katalogs Präzisierung der Leistungsbeschreibung hausärztlicher Versorgungsbereich und Beschreibung des Schulungsbedarfs von MFA bzw. nÄPp
- Wunsch: Schulungen sollen abseits der Universität und unabhängig von der ÄK durchgeführt werden, verantwortlich sind die Fachverbände

Schritt: ACCELERATE

7. OTC-Gipfel

Datum: 07.11.2019

Uhrzeit: 9:00 bis 17:00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Teilnehmende: Berufsverbände, Apothekerinnen und Apotheker, Krankenkassen, Fachpublikum, Presse

Ziel: ASSESS – Region Nordrhein / Westfalen-Lippe (NRW) als Vergleichsregion für die Evaluation der Umsetzung der geplanten innovativen Versorgungsform in der Region Nordost

Inhalt:

- Frauengesundheit, Impulsreferat
- Gespräche und Austausch über Möglichkeiten der Kooperation

Ergebnis:

- Anbahnung der Kooperation mit Apotheken und Krankenkassen
- Pressebeitrag und Öffentlichkeitsauftritt

Schritt: ACCOUNT & ASSESS

Abschluss Symposium

Datum: 15.01.2020

Uhrzeit:

Ort: Berlin, Charité Campus Mitte, CCO, Fenster zur Wissenschaft

Teilnehmende: Leistungserbringer, Entscheidungsträger, Versorgungsgestalter, sonstige und Projektmitarbeitenden

Ziel: finales Policy Roundtable und fachübergreifendes Treffen

Ablauf/Inhalt:

Das Abschluss Symposium des Projekts fand am 15.01.2020 im CharitéCrossOver auf dem Campus Mitte statt. Eine Pressemitteilung der Charité wurde an die Fachpresse und die Öffentlichkeit versendet. Einladungen wurden persönlich an beteiligte Stakeholder und über mehrere Verteiler versendet. Die Eröffnung und Begrüßung erfolgte durch Prof. Dr. C. Heintze, MPH, Institut für Allgemeinmedizin, Charité. Die Vorstellung des Gesamtprojekts und der Projektergebnisse wurde von Dr. L. Dini, MScIH, Konsortialleitung Frauen 5.0, Institut für Allgemeinmedizin, Charité, übernommen. Daraufhin folgten Statements zum Projekt aus der Perspektive der Länder (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Frau A. Sitsch), der Perspektive der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) (KV Berlin: Vorstandsvorsitzende Dr. M. Stennes und Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. C. Wessel), der Perspektive der Ärztekammer (Ärztekammer Berlin, PD Dr. U. Torsten) und der Perspektive der

Berufsverbände (Berufsverband der Frauenärzte e.V. Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, Herr U. Freitag und Hausärzterverband Mecklenburg-Vorpommern e.V., Herr S. Zutz). Was weitere regionale Daten zur Versorgung von Frauen 50+ beitragen, wurde aus den Daten der Krankenkassen am Beispiel der Datenanalysen der Sekundärdaten AOK Nordost (Dr. B. Kahl) vorgetragen und für die Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) (Dr. Stillfried, Geschäftsführer Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung) vorgestellt. Dem folgten die Statements zur Perspektive der Versorgungsdienstleistenden aus Mecklenburg-Vorpommern (HaffNET Management GmbH, Tomas Nadler) und aus Brandenburg: MEDIS Management GmbH, Frau M. Weber, und der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH, PD Dr. O. Vargas-Hein. Nach einer Zusammenfassung und dem Ausblick (Moderation L. Dini und C. Heintze) wurde die Perspektive der weiteren Zusammenarbeit diskutiert und beim Get-together bei Getränken und Fingerfood wurden abschließend weitere Netzwerke geknüpft.

Auf dem Abschluss Symposium wurde deutlich, dass das Interesse am Thema und der weiteren Beteiligung der Akteure und Akteurinnen sehr hoch ist und wie das Thema „Gesundheit von Frauen ab 50 Jahren“ in der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft bereits an Aufmerksamkeit gewonnen hat. Neben dem Ausbau der bestehenden Kooperationen haben sich neue Kooperationen eröffnet, die bei der Implementierung des neuen Versorgungskonzepts Berücksichtigung finden werden (Meilenstein 30).

Die Kernaspekte für einen Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting wurde im Abschluss Symposium vorgestellt. Zur finalen Abstimmung der Inhalte fand am 25.02.2020 ein Treffen mit Stakeholdern aus Brandenburg in Berlin und am 27.02.2020 ein Treffen mit Stakeholdern aus Mecklenburg-Vorpommern in Rostock statt (Meilenstein 32).

Der konzeptionelle Bericht des Modellprojekts zur Versorgung von Frauen 50+ in ländlichen Regionen wurde im Berichtszeitraum fertiggestellt (Meilenstein 33) und in der Form einer Executive Summary im Rahmen des Abschluss Symposiums in gedruckter Form unter den Anwesenden verteilt. Dieser stellt den konzeptionellen Bericht als Policy Brief zum Modellprojekt für die Versorgung mittelalter und älterer Frauen in ländlichen Regionen dar. Die Executive Summary wurde über E-Mail-Verteiler an ausgewählte Kooperationspartner versendet und auf der Projektwebseite veröffentlicht und so der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Ergebnis:

- Abstimmung der weiteren Zusammenarbeit
- Absichtserklärungen (Letters of Intent) der geplanten Kooperationspartner wurden eingeholt.

Anhang zu AP5: Leistungskatalog mit Vorschlägen zum task-shifting und Ableitung von Empfehlungsgraden für die Aufnahme in den Leistungskatalog inkl. regionaler Kataloge der Leistungserbringenden und Patientinnen-Ampel

Inhalt

1. Zustimmung-Ampel und Konsensus-Ampel, regionale Zustimmung nach Fachgruppen	2
2. Zustimmung-Ampel aus Patientinnensicht (Patientinnen-Ampel).....	6
3. Graphische Vergleichsdarstellung der regionalen Zustimmung bei HÄ und Gyn	9
4. Leistungskatalog mit Vorschlägen zu task-shifting	15
5. Empfehlungsgrade für die Aufnahme in den Leistungskatalog	19

Tabelle 1. Regionale Zustimmung zur Mitversorgung der Beratung zur Frauengesundheit für Frauen 50+..... 3

Tabelle 2. Regionale Zustimmung zur Mitversorgung der Diagnostik zur Frauengesundheit für Frauen 50+..... 4

Tabelle 3. Regionale Zustimmung zur Mitversorgung der Therapie zur Frauengesundheit für Frauen 50+..... 5

Abbildung 1: Zustimmung-Ampel aus Patientensicht (Patientinnen-Ampel) 8

Abbildung 2: Beratung: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder 11

Abbildung 3: Diagnostik: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder ... 12

Abbildung 4: Therapie: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder. 14

Vorwort

Um den Leistungskatalog mit Vorschlägen zu task-shifting/task-sharing zu erarbeiten, wurden alle Ergebnisse aus AP1 inklusive des Produktkatalogs mit den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen, aus AP2 (Anlassbezogene Mitversorgung von Frauen 50+ (Katalog der für task-shifting-/task-sharing-relevante Beratungsanlässe und Beratungsergebnisse) und AP3 zusammengetragen. Insgesamt wurden 28 Beratungsanlässe (Beratung und/oder Diagnostik und/oder Therapie) evaluiert. Alle Ergebnisse sind repräsentativ für die Region, Fachgruppen und Bundesländer und inkludieren die regionale Perspektive der Frauen.

Unter 1 werden die synthetisierten Ergebnisse aus der Perspektive der Ärzteschaft (AP2 und AP4) und unter 2 die synthetisierten Ergebnisse aus der Patientinnen-Perspektive in einem einzigen Katalog zusammenfassend dargestellt

Diese wurden in AP4 diskutiert und daraufhin synthetisiert. Daraus entstand der Leistungskatalog mit Vorschlägen zu task-shifting, welches unter 4 vorgestellt wird. Dieser Katalog ist als finales Produkt des Projekts zu verstehen. Es soll als Diskussionsgrundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers dienen und verfolgt nicht den Anspruch, diese Entscheidung abzunehmen. Um die Interpretation des Katalogs zu erleichtern, wurden Empfehlungsgrade für die Aufnahme in den Leistungskatalog formuliert.

1. Zustimmungs-Ampel und Konsensus-Ampel, regionale Zustimmung nach Fachgruppen

In der Regel waren HÄ eher bereit, Aspekte der gynäkologischen Gesundheit mitzuversorgen als Gyn, diese an HÄ abzugeben. Eine hohe Zustimmung gab es bei HÄ zum Thema Beratung bei Unterleibsschmerzen (77%), eher geringe Zustimmungsraten bei der Krebsnachsorge. Gyn waren eher bereit, Aspekte der allgemeinen Gesundheit von Frauen mit abzudecken. Viele dieser Aspekte wurden den Gyn auch von den HÄ zugetraut.

Die Beratung beider Aspekte der Frauengesundheit (allgemeine Gesundheit und gynäkologische Gesundheit) fand unter beiden Fachgruppen sehr hohe Zustimmung. Die Beratung bezüglich klimakterischer Beschwerden zeigte unter HÄ eine hohe Zustimmung (59 %) und von Gyn eine mittelmäßige Zustimmung (37 %). Die Fachgruppen waren auch unterschiedlicher Meinung, was die Durchführung von Impfungen betrifft: hohe Zustimmung von Gyn (80 %), aber geringere Zustimmung von HÄ (36 %).

Als „cut-off“ wurde der Gesamtwert für die Zustimmung bezüglich der Diagnostik des iFOBTs eingesetzt. Für die Region Nordost war dieser für HÄ 43 % und für Gyn 37 %, für BE-HÄ 44% und für BE-Gyn 40%, für BB-HÄ 37% und für BB-Gyn 35 %, für MV-HÄ 48% und für MV-Gyn 39%.

Die regionale Kataloge Ergebnisse für die Region und einzelne Bundesländer werden für Beratung, Diagnostik und Therapie werden in Tabelle 1, Tabelle 2 und Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 1. Regionale Zustimmung zur Mitversorgung der Beratung zur Frauengesundheit für Frauen 50+

Beratung Aspekte der Frauengesundheit	Nordost		BE		BB		MV	
	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn
	(n=862) %	(n=524) %	(n=398) %	(n=271) %	(n=251) %	(n=136) %	(n=188) %	(n=97) %
Harninkontinenz	86	93	85	94	84	91	88	95
vaginale Beschwerden (z. B. Juckreiz)	85	89	85	89	83	88	86	93
rezidivierende Harnwegsinfekte	82	89	83	91	81	86	86	93
Unterleibsschmerzen	78	55	78	57	74	57	82	44
somatoforme Störungen	59	68	59	71	60	63	59	70
klimakterische Beschwerden	59	37	60	41	57	38	56	26
STI (sexuell übertragbare Krankheiten)	61	44	65	50	53	39	62	33
Osteoporose	60	82	62	82	58	82	59	84
vaginaler Ausfluss: z. B. Mykosen	54	29	53	33	54	29	57	19
sexuelle Gesundheit	56	44	59	46	56	42	51	39
KF ¹ Tastuntersuchung der Brust	49	32	48	32	48	38	52	30
Ernährungsberatung inkl. Adipositas	53	73	54	73	54	67	50	80
sexuelle Gewalt	52	49	53	52	48	45	57	46
Impfungen	54	88	56	89	50	85	54	92
vaginaler Ausfluss: allgemein	51	29	54	30	45	27	55	28
abnormale Blutungen	49	30	48	31	45	29	54	27
depressive Störungen	50	75	52	78	47	68	50	75
KF ¹ iFOBT	49	45	52	47	40	44	52	41
Rückenschmerzen	44	72	42	72	46	71	44	79
Störungen des Stoffwechsels	43	65	43	65	43	63	44	66
Hypertonie	39	59	37	58	41	61	41	62
KN ² iFOBT	42	34	43	39	36	28	47	30
KN ² Tastuntersuchung der Brust	35	20	35	22	34	22	39	16
vaginaler Ausfluss: Vaginosen	37	23	38	25	34	22	41	19
Hormontherapie	29	21	31	22	24	21	30	17
KF ¹ Sonographie der Brust	18	14	15	16	19	15	20	8
KF ¹ Mammographie	18	16	17	18	19	16	19	9
KN ² Sonographie der Brust	14	13	11	16	15	12	16	9
KF ¹ Sonographie der Eierstöcke, -leiter	14	14	13	15	12	15	18	9
KN ² Mammographie	14	15	13	17	15	13	14	9
KN ² Sonographie der Eierstöcke, -leiter	13	14	11	16	12	11	16	10
KF ¹ PAP/Abstrich/HPV-Test	14	15	15	16	11	16	16	10
KN ² PAP/Abstrich/HPV-Test	12	14	12	16	14	12	12	9

¹KF = Krebsfrüherkennung; ²KN: Krebsnachsorge;

iFOBT = immunologische fäkale Okkultbluttests; PAP = Papanicolaou; HPV = Humane Papillomviren

Legende:

- Zustimmung des Beratungsanlasses > als Zustimmung für iFOBT Diagnose
(cut-off für die Region: HÄ = 43%, Gyn = 37%; cut-off für die Länder: HÄ BE = 44%, HÄ BB = 37%, HÄ MV = 48%; Gyn BE = 40%, Gyn BB = 35%, Gyn MV = 39%)
- Zustimmungswert < Zustimmungswert für iFOBT Diagnose aber über 30 %
- Zustimmung < unter 30 %
- p<0,001 Vergleich HÄ und Gyn, Chi-Quadrat Test

Tabelle 2. Regionale Zustimmung zur Mitversorgung der Diagnostik zur Frauengesundheit für Frauen 50+

Diagnostik Aspekte der Frauengesundheit	Nordost		BE		BB		MV	
	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn
	(n=862)	(n=524)	(n=398)	(n=271)	(n=251)	(n=136)	(n=188)	(n=97)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Harnwegsinfekte, rezidivierende	80	91	79	90	79	90	86	93
vaginale Beschwerden (z. B. Juckreiz)	78	91	76	90	77	91	84	94
Harninkontinenz	76	84	73	84	77	81	82	90
Unterleibsschmerzen	46	26	43	26	45	32	54	19
KF ¹ iFOBT (Test für okkultes Blut im Stuhl)	43	37	44	40	37	35	48	39
KF ¹ Tastuntersuchung der Brust	34	18	32	19	35	21	37	12
KN ² iFOBT (Test für okkultes Blut im Stuhl)	36	26	36	30	29	21	45	26
somatoforme Störungen	33	34	33	36	31	26	37	37
Osteoporose	33	40	36	38	29	39	33	45
Impfungen	27	64	31	69	22	50	28	68
Rückenschmerzen	24	35	22	31	24	38	25	43
vaginaler Ausfluss: z. B Mykosen	21	8	20	10	22	7	24	5
KN ² Tastuntersuchung der Brust	20	10	18	13	21	6	22	5
Ernährungsberatung inkl. Adipositas	23	27	24	24	24	27	23	33
Störungen des Stoffwechsels	23	35	24	37	22	28	22	36
depressive Störungen	21	26	22	27	20	24	20	29
STI (sexuell übertragbare Krankheiten)	25	12	31	17	19	6	19	5
Hypertonie	17	15	20	14	15	16	15	12
vaginaler Ausfluss: allgemein	14	7	15	9	12	6	16	4
vaginaler Ausfluss: Vaginosen	12	7	12	9	10	7	14	5
klimakterische Beschwerden	12	5	13	6	9	4	11	2
sexuelle Gewalt	7	7	6	7	5	8	9	6
gynäkologische Inspektion/Palpation	7	3	9	4	4	3	5	3
abnormale Blutungen	5	3	5	5	6	2	3	2
KF ¹ Sonographie der Brust	2	3	1	4	3	2	3	4
KN ² Sonographie der Brust	2	3	0	4	3	2	3	4
KF ¹ Sonographie der Eierstöcke, -leiter	2	1	1	1	2	1	3	2
KN ² Sonographie der Eierstöcke, -leiter	1	2	0	2	2	1	3	3
KF ¹ Mammographie	2	3	1	3	4	3	1	2
KN ² PAP/Abstrich/HPV-Test	2	2	2	2	4	0	1	2
KF ¹ PAP/Abstrich/HPV-Test	3	2	4	3	2	1	3	2
gynäkologische Kolposkopie	2	2	2	2	2	2	1	3
KN ² Mammographie	1	2	1	3	2	1	1	2

¹KF = Krebsfrüherkennung; ²KN: Krebsnachsorge;

iFOBT = immunologische fäkale Okkultbluttests; PAP = Papanicolaou; HPV = Humane Papillomviren

Legende:





	Zustimmung des Beratungsanlasses > als Zustimmung für iFOBT Diagnose (cut-off für die Region: HÄ = 43%, Gyn = 37%; cut-off für die Länder: HÄ BE = 44%, HÄ BB = 37%, HÄ MV = 48%; Gyn BE = 40%, Gyn BB = 35%, Gyn MV = 39%)
	Zustimmungswert < Zustimmungswert für iFOBT Diagnose aber über 30 %
	Zustimmung < unter 30 %
	p<0,001 Vergleich HÄ und Gyn, Chi-Quadrat Test

Tabelle 3. Regionale Zustimmung zur Mitversorgung der Therapie zur Frauengesundheit für Frauen 50+

Therapie Aspekte der Frauengesundheit	Nordost		BE		BB		MV	
	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn
	(n=862)	(n=524)	(n=398)	(n=272)	(n=251)	(n=136)	(n=189)	(n=97)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Harnwegsinfekte, rezidivierende	77	91	77	91	75	90	83	95
Harninkontinenz	73	86	70	85	73	86	82	91
vaginale Beschwerden (z. B. Juckreiz)	76	90	77	89	73	93	81	92
Impfungen	36	80	37	79	31	77	40	89
vaginaler Ausfluss, z. B. Mykosen	32	11	30	14	28	89	40	78
Osteoporose	31	37	31	37	30	35	34	39
somatoforme Störungen	27	25	27	27	26	16	29	33
Ernährungsberatung inkl. Adipositas	22	23	23	19	22	21	22	32
Rückenschmerzen	18	20	17	19	16	19	21	24
depressive Störungen	18	22	19	20	16	18	20	31
vaginaler Ausfluss: Vaginosen	15	7	15	9	13	6	18	5
vaginaler Ausfluss: allgemein	15	5	15	6	12	6	17	3
Störungen des Stoffwechsels	17	21	19	22	13	18	18	23
STI (sexuell übertragb. Krankheiten)	19	9	26	14	13	5	13	3
Hypertonie	13	7	14	7	12	7	14	6
Hormontherapie	7	4	8	5	7	2	9	3
sexuelle Gewalt	6	5	6	5	3	5	6	5

¹KF = Krebsfrüherkennung; ²KN: Krebsnachsorge;

iFOBT = immunologische fäkale Okkultbluttests; PAP = Papanicolaou; HPV = Humane Papillomviren

Legende:

- Zustimmung des Beratungsanlasses > als Zustimmung für iFOBT Diagnose
(cut-off für die Region: HÄ = 43%, Gyn = 37%; cut-off für die Länder: HÄ BE = 44%, HÄ BB = 37%, HÄ MV = 48%; Gyn BE = 40%, Gyn BB = 35%, Gyn MV = 39%)
- Zustimmungswert < Zustimmungswert für iFOBT Diagnose aber über 30 %
- Zustimmung < unter 30 %
- p<0,001 Vergleich HÄ und Gyn, Chi-Quadrat Test

2. Zustimmungs-Ampel aus Patientinnensicht (Patientinnen-Ampel)

Zum Themenbereich Modellversorgung wurden alle Patientinnen im Rahmen von AP3 dazu befragt, an wen sie sich bei bestimmten von uns vorgegebenen Anlässen wenden würden, wenn ihre Gynäkologin oder ihr Gynäkologe keine Zeit für sie hätte, sie das aber schnell abklären möchten. In einem zweiten Schritt wurde dann gefragt, ob die Hausärztin oder der Hausarzt bei entsprechender Qualifikation aus ihrer Sicht ein/e geeignete/r Ansprechpartner/in sei. Zu den abgefragten Anlässen gehörten: Unterleibsschmerzen, ungewöhnliche Blutungen, Verdacht auf sexuell übertragbare Krankheiten, vaginaler Ausfluss, Juckreiz, Ausschlag, Fragen zur sexuellen Gesundheit, Sexualität und Partnerschaft, Wechseljahresbeschwerden, Harninkontinenz, Osteoporose, sexuelle Gewalt, Krebsvor- oder Krebsnachsorge, Tastuntersuchung der Brust, Nachbesprechung der Mammographie und Wiederholungsrezepte. Diese entsprechen dem Katalog der häufigsten Beratungsanlässe und Erkrankungen (siehe AP1) und dem Katalog für task-shifting-relevante Beratungsanlässe und -ergebnisse (siehe AP2). Eine Übersicht der Antworten wurde für die Erstellung des Leistungskatalogs mit Vorschlägen zu task-shifting (AP5) erstellt und ist dort zu finden. Abbildung 1 sind in der ersten Spalte die verschiedenen Anlässe aufgeführt. Als nächstes folgt die Angabe für jede interviewte Frau, ob sie die Hausärztin oder den Hausarzt als geeignete/n Ansprechpartner/in bei entsprechender Qualifikation sieht (grün = ja, rot = nein, blau = es wurde etwas berichtet, aber keine Angabe zum HA gemacht, grau = gar keine Angabe bzw. Frage nicht gestellt). Die darauffolgende Spalte stellt quasi die Summen dar. In der letzten Spalte finden sich die Stellen, an die sich die Patientinnen wenden würden, wenn zu den vorgegebenen Anlässen ihre Frauenärztin oder ihr Frauenarzt nicht verfügbar ist.

Zu beachten ist, dass diese Übersicht erstellt wurde, um Einstellungsmuster zu erkennen. Da die Patientinnen bewusst ausgewählt wurden (qualitatives Forschungsparadigma!) und nicht zufällig, können keine quantitativen Aussagen bezüglich der Verteilung solcher Einstellungen in der Grundgesamtheit getroffen werden, nur, welche existieren.

Als aussagekräftig kann also festgehalten werden, welche Anlaufstellen gewählt werden, wenn die eigene Gynäkologin oder der eigene Gynäkologe nicht aufgesucht werden kann. Auffällig ist, dass es Beratungsanlässe gibt, bei denen dennoch die Expertise einer Frauenärztin oder eines Frauenarztes gewünscht wird. Dazu zählen Unterleibsbeschwerden, Verdacht auf sexuell übertragbare Krankheiten, Krebsvorsorge und -nachsorge und Nachbesprechung der Mammographie. Weiterhin bemerkenswert sind die Beratungsanlässe, bei denen Patientinnen zur Selbstmedikation greifen oder sich an eine Apotheke wenden. Das sind vaginaler Ausfluss, Juckreiz, Ausschlag und Wechseljahresbeschwerden. Schließlich stechen noch die Fragen / Beratungen zur sexuellen Gesundheit, Sexualität und Partnerschaft hervor, da hier auch angegeben wurde, dass sie mit niemandem besprochen werden würden.

In Bezug auf die Angaben, ob die Hausärztin oder der Hausarzt bei entsprechender Qualifikation ein/e geeignete/r Ansprechpartner/in wäre, sind sowohl die horizontale als auch die vertikale Leserichtung für die Analyse von Bedeutung. In horizontaler Richtung ist erkennbar, bei welchen Beratungsanlässen die Rolle der Hausärztin oder des Hausarztes als Ansprechpartner/in mit entsprechender Qualifikation als unkritisch (keine Gegenstimmen) bzw. als eingeschränkt (mit Gegenstimmen) akzeptiert wird. Unproblematisch ist aus Patientinnen-Sicht, wenn sich die Hausärztin oder der Hausarzt bei entsprechender Qualifikation um die Beratungsanlässe Verdacht auf sexuell übertragbare Krankheiten, Osteoporose, sexuelle Gewalt und Wiederholungsrezept kümmert. Bei allen anderen wird entweder die Expertise einer Frauenärztin oder eines Frauenarztes verlangt oder mit niemandem darüber gesprochen.

In vertikaler Leserichtung zeigen sich die Einstellungen der einzelnen Befragten. Hierbei zeigt sich, dass es Frauen gibt, die generell aufgeschlossen einer Übernahme von gynäkologischen Beratungsanlässen durch ihre Hausärztin oder durch ihren Hausarzt bei entsprechender Qualifikation gegenüberstehen. Einige Frauen äußern in Bezug auf diese gynäkologischen Beratungsanlässe häufiger Bedenken und sehen die Hausärztin oder den Hausarzt nicht als geeignete/n Ansprechpartner/in, auch nicht bei entsprechender Qualifikation. Im Interviewmaterial lassen sich bei diesen Frauen Begründungen finden, warum dies so ist. Es gibt Patientinnen, die generell keine gynäkologischen Untersuchungen beim HA machen lassen möchten (entsprechende Geräte / Stuhl seien nicht vorhanden, Scham, „Draht“ zum eigenen HA fehle). Die Themen sexuelle Gesundheit, Sexualität und Partnerschaft möchten einige Patientinnen mit niemandem besprechen, andere nur im Freundeskreis. Weiterhin wird bei einigen Themen die/der Spezialist/in verlangt: z.B. Krebsvor- und Krebsnachsorge, ungewöhnliche Blutungen. Weshalb sich bei einigen Frauen die Ablehnung fallbezogen begründen lässt.

Somit lassen sich mit dieser Darstellung, auch ohne die Verteilung in der Grundgesamtheit zu kennen, wesentliche Erkenntnisse in Bezug auf Annahme oder Ablehnung der Übernahme gynäkologischer Beratungsanlässe durch die Hausärztin oder durch den Hausarzt bei entsprechender Qualifikation erkennen.

Abbildung 1: Zustimmungs-Ampel aus Patientensicht (Patientinnen-Ampel)

Anlass	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Patientenperspektive (HA mit Quali ok?)	weitere Ansprechpartner, wenn Gyn nicht erreichbar
Unterleibsschmerzen																										2 Ablehnungen, 1 k.A. zu HA	dennoch Gyn (Akut, anderer Gyn), Notaufnahme
ungewöhnliche Blutungen																										2 Ablehnungen, 8 k.A. zu HA	Notaufnahme, dennoch Gyn (Akut, anderer Gyn)
Verdacht auf sexuell übertragbare Krankheiten																										0 Ablehnungen, 5 k.A. zu HA, 3 k.A.	Gyn, Krankenhaus, Bereitschaftsdienst
vaginaler Ausfluss, Juckreiz, Ausschlag																										2 Ablehnungen, 3 k.A. zu HA	Internet, Hausmittel, Apotheke, Gyn
Fragen / Beratung zur sex. Gesundheit, Sexualität und Partnerschaft																										5 Ablehnungen, 6 k.A. zu HA, 7 k.A.	mit keinem, keine Notwendigkeit, spezielle Beratungsstelle, Gyn (wenn er wieder Zeit hat),
Wechseljahresbeschwerden																										1 Ablehnungen, 6 k.A. zu HA	Naturheilmittel / Apotheke, Internet, selbst klarkommen, Notaufnahme nur Extremfall
Harninkontinenz																										2 Ablehnungen, 3 k.A. zu HA, 7 k.A.	Urologie, Selbsthilfe (Beckenboden, Einlagen kaufen), Krankenhaus
Osteoporose																										0 Ablehnungen, 6 k.A. zu HA, 7 k.A.	Orthopädie, Chirurgie, Krankenhaus
sexuelle Gewalt																										0 Ablehnungen, 8 k.A. zu HA, 5 k.A.	Polizei, Krankenhaus, Gyn
Krebsvorsorge / -nachsorge																										4 Ablehnungen, 5 k.A. zu HA	Gyn (Akut, anderer Gyn)
Tastuntersuchung der Brust																										4 Ablehnungen, 5 k.A. zu HA	nicht nachgefragt
Nachbesprechung Mammografie																										3 Ablehnungen, 7 k.A. zu HA, 5 k.A.	Gyn, Radiologie / vor Ort bei Mammographie
Wiederholungsrezepte																										0 Ablehnungen, 7 k.A. zu HA, 1 k.A.	bei (Gyn-)Praxis ohne beim Arzt vorstellig zu werden

Legende:

 HA bei Quali ok bzw. HA schon dazu in Anspruch genommen
 HA wird abgelehnt
 wurde nicht abgefragt bzw. k.A.
 k.A. zum HA oder keine eindeutig Antwort

3. Graphische Vergleichsdarstellung der regionalen Zustimmung bei HÄ und Gyn

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der Zustimmung zu iFOBT-Diagnostik waren nicht signifikant. Somit wird auf die bundeslandspezifische Auswertung im Weiteren verzichtet und ein Vorschlag für einen gesamten Leistungskatalog für die Region gemacht.

Die anlassbezogene prozentuale Zustimmung von HÄ und Gyn wird für alle Grundversorgenden der Region, unabhängig von der Angabe eines Bundeslandes oder ihres Berufsstatus für die gesamte Region Nordost separat für die Bereiche Beratung, Diagnostik und Therapie gegenübergestellt.

Da der iFOBT (in der Krebsvorsorge eingeführte immunologische fäkale Okkultbluttests zur Feststellung von okkultem Blut im Stuhl) kurz vor der Befragung in der Regelversorgung eingeführt wurde, wurde der Wert der Zustimmung einer Fachgruppe mit der iFOBT-Diagnostik als Cut-off für die Bewertung einer Empfehlung der Fachgruppe zur Mitversorgung ausgewählt.

Basierend auf dem Vergleich der Zustimmungsraten beider Fachgruppen werden entsprechend der Übereinstimmungen die Tätigkeiten für die Bereiche Beratung, Diagnostik und Therapie bewertet. Als „cut-off“ wurde der Gesamtwert für HÄ 43 % und für Gyn 37 % festgelegt.

Um den Grad der Zustimmung für die Mitversorgung für alle erfassten Beratungsanlässe im Bereich Beratung (bzw. Diagnostik oder Therapie) zu bewerten, wurde die Zustimmungsraten jeder Fachgruppe für einen bestimmten Beratungsanlass mit der Zustimmungsraten der gleichen Fachgruppe mit dem iFOBT verglichen.

Es werden Empfehlungen zur Mitversorgung für die Beratung, Diagnostik oder Therapie einer bestimmten Tätigkeit „sehr hoher“, „hoher“, „eher kritischer“, „nur wenige“ niedriger Zustimmung formuliert..

Die Einteilung der Empfehlung zur Mitversorgung einzelner Beratungsanlässe wurde wie folgt klassifiziert:

- Aspekte mit sehr hoher Zustimmung und Übereinstimmung: mindestens 80% der HÄ oder mindestens 80% der Gyn stimmen diesem Aspekt zu (bei Therapie: 75%)
- Aspekte mit hoher Zustimmung: sowohl die Zustimmung der HÄ als auch der Gyn liegen zwischen dem iFOBT und 80% (bei Therapie zwischen 50 und 75%)
- Aspekte mit mittlerer Zustimmung: Zustimmung der HÄ oder Zustimmung der Gyn liegt zwischen 20% und dem iFOBT (bei Therapie zwischen 20 und 50%)
- Aspekte mit sehr geringer Zustimmung: Zustimmung der HÄ und der Gyn liegen unter 20%

Die graphische Darstellung wird in Abbildung 2, Abbildung 3 und Abbildung 4.

Erläuterung zum Verständnis der Graphiken:

- Die Zustimmungswerte der HÄ steigen entlang der x-Achse, die Zustimmungswerte der Gyn steigen entlang der y-Achse.
- Eine hohe Übereinstimmung beider Fachgruppen zieht eine Positionierung in der Nähe der Hauptdiagonale nach sich. Beratungsanlässe, die oberhalb der Hauptdiagonalen liegen, werden von Gyn stärker als von HÄ befürwortet und Beratungsanlässe, die unterhalb der Hauptdiagonale liegen, werden stärker von HÄ als von Gyn befürwortet.

Daraufhin wurden alle Beratungsanlässe alphabetisch sortiert und die Perspektive der Grundversorgenden und der Patientinnen kontrastiert um den finalen Leistungskatalog zu erstellen. Legenden und Interpretationshilfen erläutern die Bedeutung der Farbcodes und bieten eine Unterstützung für die Ableitung der Entscheidung. Es werden Empfehlungen abgeleitet und Empfehlungsgrade

Es werden Vorschläge für die Aufnahme für die Beratung, Diagnostik oder Therapie einer bestimmten Tätigkeit in einem Leistungskatalog zur Mitversorgung der Frauengesundheit 50+ als mit „sehr hoher“, „hoher“ „eher kritischer“ „nur wenige“ niedriger Zustimmung formuliert. Es wurden Hinweise zur Ableitung von Empfehlungen zur Mitversorgung für Beratung, Diagnostik und Therapie erarbeitet.

Der finale Leistungskatalog für die gesamte Region mit den alphabetisch sortierten 28 Beratungsanlässen, bei dem die Perspektive der Grundversorgenden und der Patientinnen kontrastiert wird, werden in 4 **Leistungskatalog mit Vorschlägen zu task-shifting** dargestellt.

Die Legenden zum Leistungskatalog (Zustimmungs-Ampel und Interpretationshilfen) erläutern die Bedeutung der Farbcodes und bieten eine Unterstützung für die Ableitung der Entscheidung.

Empfehlungsgrade für die Aufnahme in den Leistungskatalog werden anhand der Qualität der Empfehlung, die sich aus der Interpretation der Farbkombinationen ableiten lässt auf einer 5er Skala (1: hoch bis 5 niedrig) eingeordnet.

Dieser Leistungskatalog soll als Diskussionsgrundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers dienen.

Beratung

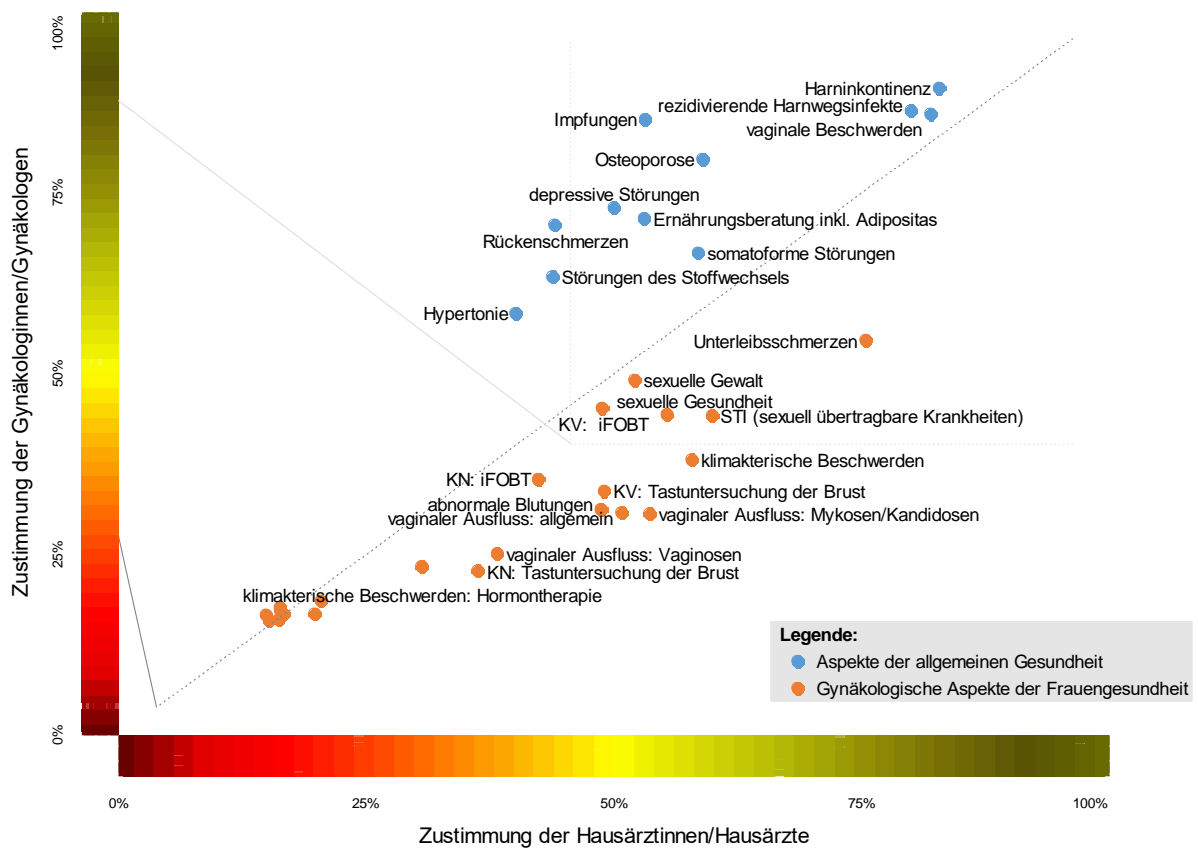


Abbildung 2: Beratung: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder

Beratung: Empfehlungen zu Mitversorgung (beide Fachgruppen)

mit sehr hoher Zustimmung:

- rezidivierende Harnwegsinfekte
- Harninkontinenz
- vaginale Beschwerden

mit hoher Zustimmung:

- iFOBT als Krebsvorsorge
- Osteoporose
- Ernährungsberatung inkl. Adipositas
- sexuelle Gewalt
- Unterleibsschmerzen
- STI (sexuell übertragbare Krankheiten)
- Impfungen
- somatoforme Störungen
- sexuelle Gesundheit
- depressive Störungen

eher kritisch:

- Tastuntersuchung der Brust, Krebsvorsorge oder Nachsorge
- iFOBT als Krebsnachsorge
- abnormale Blutungen
- Hypertonie

- klimakterische Beschwerden
- vaginaler Ausfluss: Mykosen/Kandidosen, allgemein oder Vaginosen
- Rückenschmerzen
- Störungen des Stoffwechsels
- klimakterische Beschwerden: Hormontherapie

sehr wenige HÄ oder Gyn akzeptieren:

- Als Krebsvorsorge oder Krebsnachsorge
 - o Mammographie
 - o Sonographie der Brust
 - o Sonographie Eierstöcke/Eileiter
 - o PAP/Abstrich/HPV-Test

Diagnostik

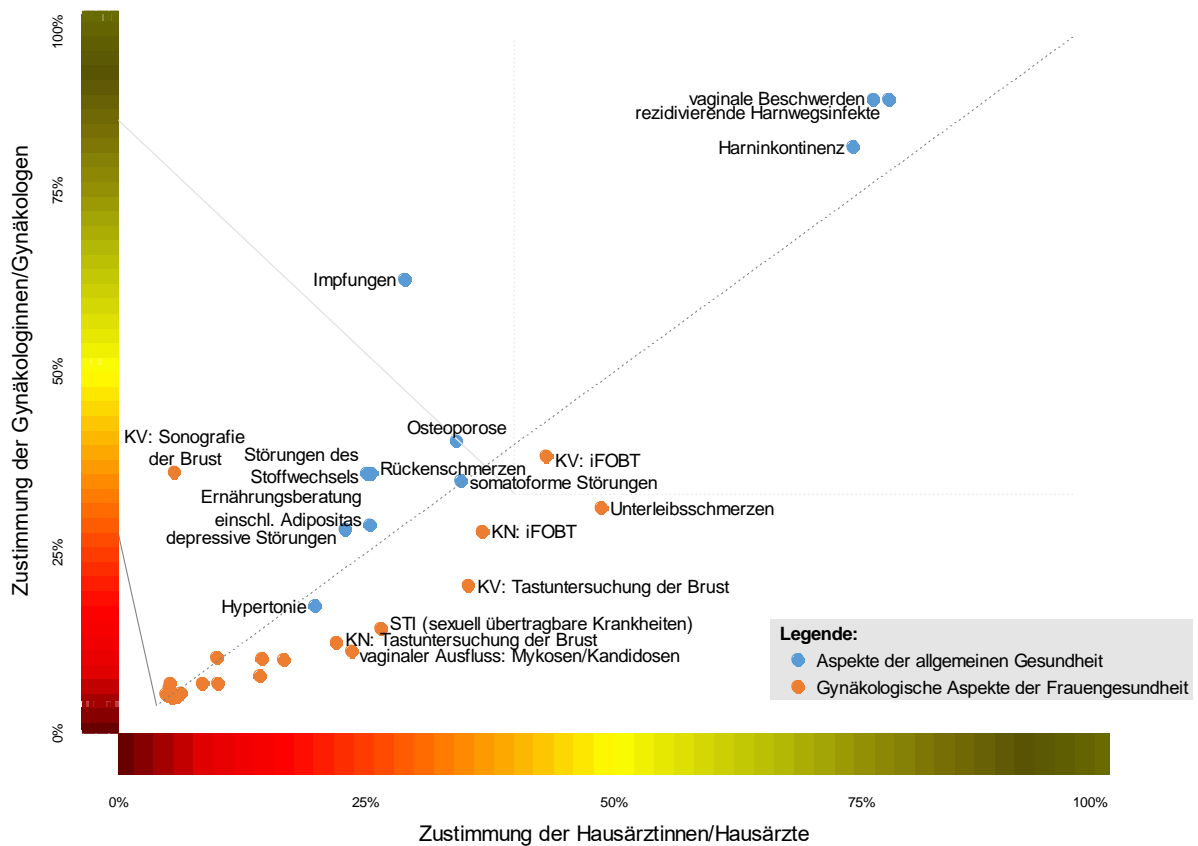


Abbildung 3: Diagnostik: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder

Diagnostik: Empfehlungen zu Mitversorgung (beide Fachgruppen)

mit sehr hoher Zustimmung:

- rezidivierende Harnwegsinfekte
- vaginale Beschwerden
- Harninkontinenz

mit hoher Zustimmung:

- Krebsvorsorge, iFOBT

eher kritisch:

- Tastuntersuchung der Brust als Krebsvorsorge
- Sonographie der Brust als Krebsvorsorge
- iFOBT als Krebsnachsorge
- Osteoporose
- Ernährungsberatung einschl. Adipositas
- Unterleibsschmerzen
- Impfungen: [hohe Zustimmung bei den Gyn, geringe Zustimmung bei den HÄ]
- STI (sexuell übertragbare Krankheiten)
- somatoforme Störungen
- Rückenschmerzen
- Störungen des Stoffwechsels
- vaginaler Ausfluss: Mykosen/Kandidosen
- depressive Störungen

sehr wenige HÄ oder Gyn akzeptieren

- Als Krebsvorsorge oder Krebsnachsorge
 - o PAP/Abstrich/HPV-Test,
 - o Sonographie Eierstöcke/Eileiter
 - o Mammographie
- Als Krebsnachsorge
 - o Tastuntersuchung der Brust,
 - o Sonographie Eierstöcke/Eileiter,
- sexuelle Gewalt
- Hypertonie
- gyn. Untersuchungen: Inspektion/Palpation
- abnormale Blutungen
- gyn. Untersuchungen: Kolposkopie
- vaginaler Ausfluss: allgemein, Vaginosen,
- klimakterische Beschwerden

Therapie

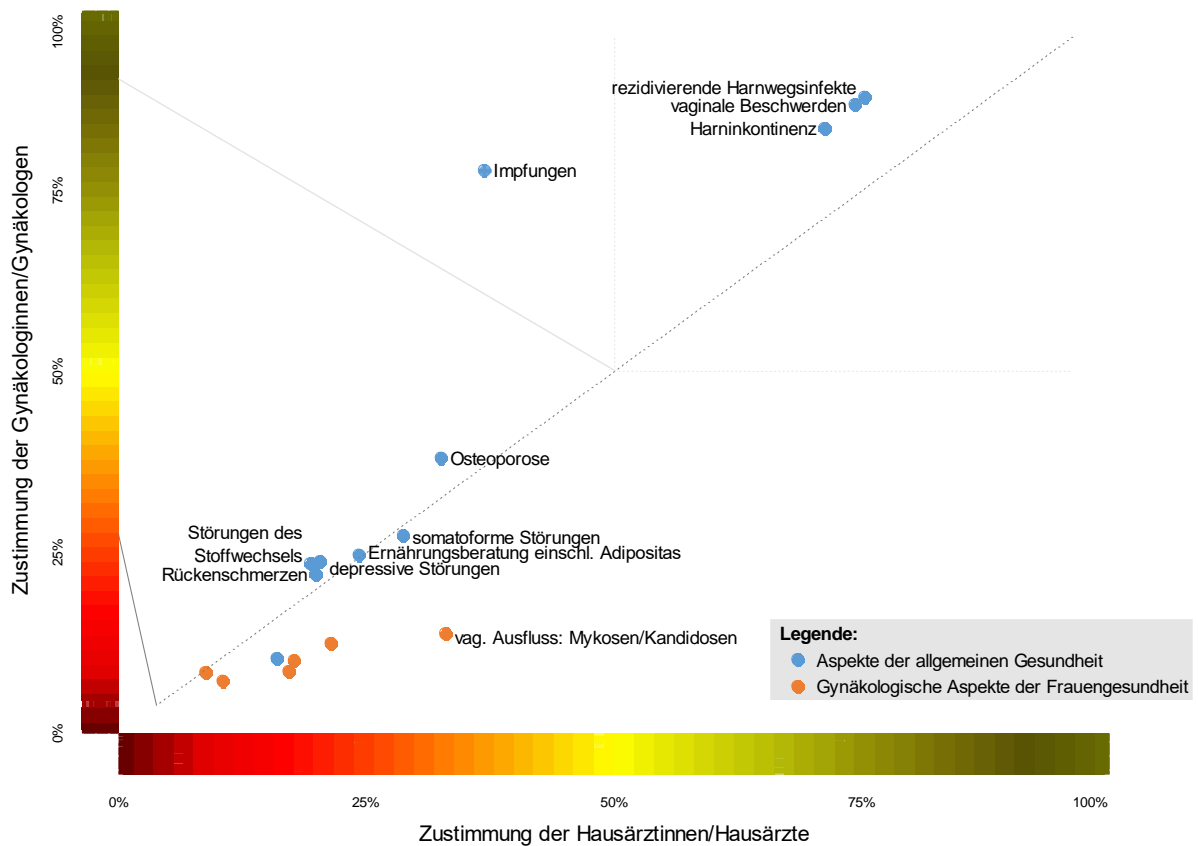


Abbildung 4: Therapie: Vergleich der Zustimmung zur Mitversorgung durch die Responder.

Therapie: Empfehlungen zu Mitversorgung (beide Fachgruppen)

mit sehr hoher Zustimmung:

- rezidivierende Harnwegsinfekte
- vaginale Beschwerden
- Harninkontinenz

mit hoher Zustimmung (teilweise):

- Impfungen [sehr hohe Zustimmung bei Gyn, geringere Zustimmung bei HÄ]

eher kritisch:

- Osteoporose
- somatoforme Störungen
- Ernährungsberatung einschl. Adipositas
- depressive Störungen
- Störungen des Stoffwechsels
- Rückenschmerzen
- vaginaler Ausfluss: Mykosen/Kandidosen.

sehr wenige HÄ oder Gyn akzeptieren

- sexuelle Gewalt
- STI
- Hypertonie
- vaginaler Ausfluss: Vaginosen, allgemein
- Hormontherapie bei klimakterischen Beschwerden

4. Leistungskatalog mit Vorschlägen zu task-shifting

Modul	Frauengesundheit		Perspektiven						Zonen der Zustimmung und des Konsenses unter den Fachgruppen						Patientinnen-Perspektive		
	Aspekt	Beratungsanlass	Grundversorgende HÄ n=862 Gyn (n=524)						Beratung		Diagnostik		Therapie		Patientengerechte Abfrage		
			Beratung		Diagnostik		Therapie		Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	n Zusage	n Absage	Bemerkung
			HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn									
%	%	%	%	%	%												
RV	GG	abnormale Blutungen ^a	49	30	5	3			mittel	Dissens	niedrig	Konsens			15 von 25	2 von 25	*
WB	AG	depressive Störungen ^a	50	75	21	26	18	22	hoch	Dissens	mittel	Unterschiede	mittel	Konsens			
GV	AG	Ernährungsberatung inkl. Adipositas ^a	53	73	23	27	22	23	hoch	Dissens	mittel	Konsens	mittel	Konsens			
RV	GG	gynäkologische Inspektion/Palpation			7	3					niedrig	Dissens					
RV	AG	gynäkologische Untersuchungen, Kolposkopie			2	2					niedrig	Konsens					
WB	AG	Harninkontinenz ^{a,c}	86	93	76	84	73	86	hoch	Dissens	hoch	Unterschiede	hoch	Dissens	15 von 18	2 von 18	*
RV	AG	Harnwegsinfekte, rezidivierende ^{a,b,c}	82	89	80	91	77	91	hoch	Unterschiede	hoch	Dissens	hoch	Dissens			
RV	AG	Hypertonie ^{a,c}	39	59	17	15	13	7	mittel	Dissens	mittel	Konsens	niedrig	Dissens			
RV	AG	Impfungen ^{a,b,c}	54	88	27	64	36	80	hoch	Dissens	mittel	Dissens	mittel	Dissens			
KF	GG	KF ¹ iFOBT (Test für okkultes Blut im Stuhl) ^a	49	45	43	37			hoch	Konsens	mittel	Konsens			16 von 25	4 von 25	*
		KF ¹ Mammographie	18	16	2	3			mittel	Konsens	niedrig	Dissens					
		KF ¹ PAP/Abstrich/HPV-Test	14	15	3	2			mittel	Konsens	niedrig	Konsens					

Modul	Frauengesundheit		Perspektiven						Zonen der Zustimmung und des Konsenses unter den Fachgruppen						Patientinnen-Perspektive			
	Aspekt	Beratungsanlass	Grundversorgende HÄ n=862 Gyn (n=524)						Beratung		Diagnostik		Therapie		Patientengerechte Abfrage			
			Beratung		Diagnostik		Therapie		Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	n Zusage	n Absage	Bemerkung	
			HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn										
%	%	%	%	%	%													
		KF ¹ Sonographie der Brust	18	14	2	3			niedrig	Konsens	niedrig	Unterschiede						
		KF ¹ Sonographie der Eierstöcke, -leiter	14	14	2	1			niedrig	Konsens	niedrig	Konsens			16 von 25	4 von 25	*	
		KF ¹ Tastuntersuchung der Brust ^{a,b}	49	32	34	18			mittel	Unterschiede	mittel	Dissens						
WB	GG	klimakterische Beschwerden ^{a,b}	59	37	12	5			mittel	Dissens	niedrig	Dissens			18 von 25	1 von 25	*	
		Hormontherapie bei klimakterische Beschwerden ^{a,c}	29	21			7	4	mittel	Unterschiede			niedrig	Unterschiede	18 von 25	1 von 25	*	
RV	GG	KN ² iFOBT (Test für okkultes Blut im Stuhl)	42	34	36	26			mittel	Unterschiede	mittel	Unterschiede			16 von 25	4 von 25	*	
		KN ² Mammographie	14	15	1	2			mittel	Konsens	niedrig	Unterschiede			10 von 20	3 von 20	*	
		KN ² PAP/Abstrich/HPV-Test	12	14	2	2			niedrig	Konsens	niedrig	Unterschiede			16 von 25	4 von 25	*	
		KN ² Sonographie der Brust	14	13	2	3			niedrig	Konsens	niedrig	Unterschiede						
		KN ² Sonographie der Eierstöcke, -leiter	13	14	1	2			niedrig	Konsens	niedrig	Konsens						
		KN ² Tastuntersuchung der Brust ^{a,b}	35	20	20	10			mittel	Unterschiede	mittel	Dissens						
GV	AG	Osteoporose ^a	60	82	33	40	31	37	hoch	Dissens	mittel	Konsens	mittel	Konsens	12 von 18	0 von 18		
WB	AG	Rückenschmerzen ^{a,b}	44	72	24	35	18	20	hoch	Dissens	mittel	Unterschiede	mittel	Konsens				

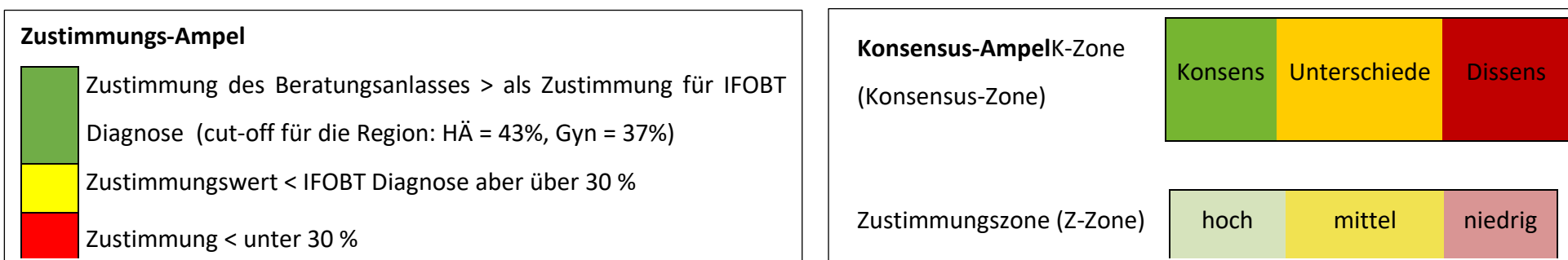
Modul	Frauengesundheit		Perspektiven						Zonen der Zustimmung und des Konsenses unter den Fachgruppen						Patientinnen-Perspektive		
	Aspekt	Beratungsanlass	Grundversorgende HÄ n=862 Gyn (n=524)						Beratung		Diagnostik		Therapie		Patientengerechte Abfrage		
			Beratung		Diagnostik		Therapie		Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	Z-Zone	K-Zone	n Zusage	n Absage	Bemerkung
			HÄ	Gyn	HÄ	Gyn	HÄ	Gyn									
		%	%	%	%	%	%										
WB	GG	sexuelle Gesundheit ^a	56	44					hoch	Unterschiede					7 von 18	5 von 18	*
GV	GG	sexuelle Gewalt	52	49	7	7	6	5	hoch	Unterschiede	niedrig	Konsens	niedrig	Konsens	12 von 20	0 von 20	*
WB	AG	somatoforme Störungen ^a	59	68	33	34	27	25	hoch	Unterschied	mittel	Konsens	mittel	Konsens			
RV	GG	STI (sexuell übertragbare Krankheiten) ^{a,b}	61	44	25	12	19	9	hoch	Unterschiede	mittel	Dissens	mittel	Dissens	17 von 22	0 von 22	*
WB	AG	Störungen des Stoffwechsels ^{a,b}	43	65	23	35	17	21	mittel	Dissens	mittel	Unterschiede	mittel	Konsens			
RV	GG	Unterleibsschmerzen ^{a,b}	78	55	46	26			hoch	Dissens	mittel	Dissens			22 von 25	2 von 25	*
WB	GG	vaginale Beschwerden (z. B. Juckreiz) ^{b,c}	85	89					hoch	Unterschiede	hoch	Dissens	hoch	Dissens	20 von 25	2 von 25	*
		vaginaler Ausfluss: allgemein ^{a,c}	51	29	14	7	32	11	mittel	Dissens	niedrig	Dissens	niedrig	Dissens			
		vaginaler Ausfluss: Vaginosen ^{a,c}	37	23	12	7	15	5	mittel	Unterschiede	niedrig	Unterschiede	niedrig	Dissens			
		vaginaler Ausfluss: z. B. Mykosen ^{a,b,c}	54	29	21	8	15	7	mittel	Dissens	mittel	Dissens	mittel	Dissens			
Modul übergreifend		Zusammenarbeit,- Wiederholungsrezept												17 von 24	0 von 24		

Vergleich HÄ und Gyn, Chi-Quadrat Test $p < 0,001$ ^a Beratung ^b Diagnostik ^c Therapie





Legende:

Modul: KF = Krebsvorsorge, KN = Krebsnachsorge, GV = Gesundheit und Vorsorge, RV = Regelversorgung, WB = Wohlbefinden und besondere Bedürfnisse der Frauen 50+

Aspekt der Frauengesundheit: GG = gynäkologische Gesundheit, AG = allgemeine Gesundheit der Frau 50+



Patientinnen-Perspektive

	Keine Einwände aus Patientinnen-Sicht bei direkter Abfrage
	Es gibt bei einigen Patientinnen Einwände
	Einige Patientinnen wünschen sich hier Expertise von Gyn, wünschen * keine gyn. Untersuchungen beim HA oder sprechen generell nicht gerne darüber (siehe 5.5.2)
	Wurde nicht abgefragt

5. Empfehlungsgrade für die Aufnahme in den Leistungskatalog

Interpretation der Farbcodes am Beispiel des Vergleichs der Zustimmungsraten für HÄ und Gyn für einen Vorschlag zu möglichen Empfehlungen für die Aufnahme in den Leistungskatalog aus der Sicht der Fachgruppen:

HÄ	Gyn	Interpretation	Empfehlung	Empfehlungsgrad
		HÄ wollen nicht abgeben/annehmen und Gyn wollen es nicht abnehmen/abgeben	niedrig	5
		HÄ wollen nicht abgeben oder nicht annehmen, aber Gyn würden es unter Bedingungen annehmen/abgeben		4
		HÄ wollen es abnehmen/abgeben aber Gyn nicht abgeben/abnehmen	Diskussionsbedarf	4
		HÄ wollen es nicht nehmen/abgeben aber Gyn wollen es abgeben/abnehmen	Diskussionsbedarf	4
		HÄ würden es unter Bedingungen nehmen/geben aber Gyn wollen nicht abgeben/annehmen	Diskussionsbedarf	4
		HÄ würden unter Bedingungen nehmen/abgeben und Gyn würden es unter Bedingungen abgeben/annehmen	Bedingungen klären	3
		HÄ wollen es abgeben/nehmen aber Gyn würden es unter Bedingungen annehmen/abgeben	Verhandlungspotential	2
		HÄ würden unter Bedingungen nehmen/abgeben und Gyn wollen es abgeben/annehmen		2
		HÄ wollen abnehmen/abgeben und Gyn wollen abgeben/abnehmen	hoch	1