

Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006

Preventive Health Examination in German General Practice – a Secondary Analysis of Data from 1996 to 2006

Johannes Hauswaldt¹, Ulrike Junius-Walker¹, Markus Kersting¹, Eva Hummers-Pradier¹

Hintergrund und Methode:

Um die Häufigkeit der durchgeführten Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Absatz (1) SGB V bei den Anspruchsberechtigten der GKV seit 1996 zu ermitteln, wurden hausärztliche Behandlungs- und Abrechnungsdaten, gewonnen über die Behandlungsdatenschnittstelle (BDT-Schnittstelle) der Praxissoftware, retrospektiv untersucht.

Ergebnisse:

Von 199.981 Anspruchsberechtigten in 124 hausärztlichen Praxen wurden 27.126 Patienten (13,6 %) zwischen 1996 und 2006 mindestens einmal einer Gesundheitsuntersuchung („Check ab 35“) unterzogen. Die jährlichen Untersuchungsraten lagen zwischen 7 % und knapp 30 % der anspruchsberechtigten Patienten.

Männer wurden häufiger als Frauen untersucht. Die Gruppe der 55- bis 64-Jährigen wurde am häufigsten untersucht, gefolgt von den 45- bis 54-Jährigen und den 65- bis 74-Jährigen.

Der Anteil Gesundheitsuntersucher an den Anspruchsberechtigten streute zwischen den hausärztlichen Praxen in weitem Maße. Ein Einfluss von Praxischarakteristika (Einzel- versus Gemeinschaftspraxis, ländlich versus städtisch, Praxisgröße) war zwar zu sichern, jedoch marginal. Eine Zunahme des „Check ab 35“ ist seit 2004 zu beobachten.

Schlussfolgerungen:

Die ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit, erreicht in hausärztlichen Praxen zwischen 1996 und 2006 weniger die weiblichen Patienten und nicht die jüngeren Altersgruppen, wie es aus Public-Health-Sichtweise wünschenswert wäre.

Schlüsselwörter: Gesundheitsuntersuchung, Früherkennung von Krankheiten, hausärztliche Praxen, BDT-Schnittstelle, Versorgungsforschung

Background:

This retrospective observational study presents the utilisation of preventive health examinations by members of the Statutory Health Insurance, as all are entitled from the age of 35 years onward, according to article 25 of the German Social Code Book Five.

Methods:

Data from family medicines' electronic patient records were extracted via the mandatory software BDT-interface, and anonymized.

Results:

Of 199,981 entitled from 124 practices, a total of 27,126 patients (13.6 %) were medically examined in this way at least once between 1996 and 2006. The annual check up rate ranged from 7 % to nearly 30 % of entitled patients. Male patients were examined more frequently than female patients, also most frequently the age group of 55 to 64 years, followed by the age groups of 45 to 54 years and of 65 to 74 years.

The ratio of examined patients varied widely between the practices. Since 2004, the frequency of preventive health examinations has increased. Effects from practice characteristics (single-handed versus group practice, rural versus urban location, and practice size) were significant but of marginal influence.

Conclusions:

The preventive health examination according to the German Social Code Book Five delivered by general practices between 1996 and 2006, does not reach female patients or younger age groups as desired from a Public Health point of view.

Keywords: preventive health examination, family medicine, BDT software interface, health services research

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
Peer reviewed article eingereicht: 15.05.2009, akzeptiert: 09.08.2009
DOI 10.3238/zfa.2009.0416

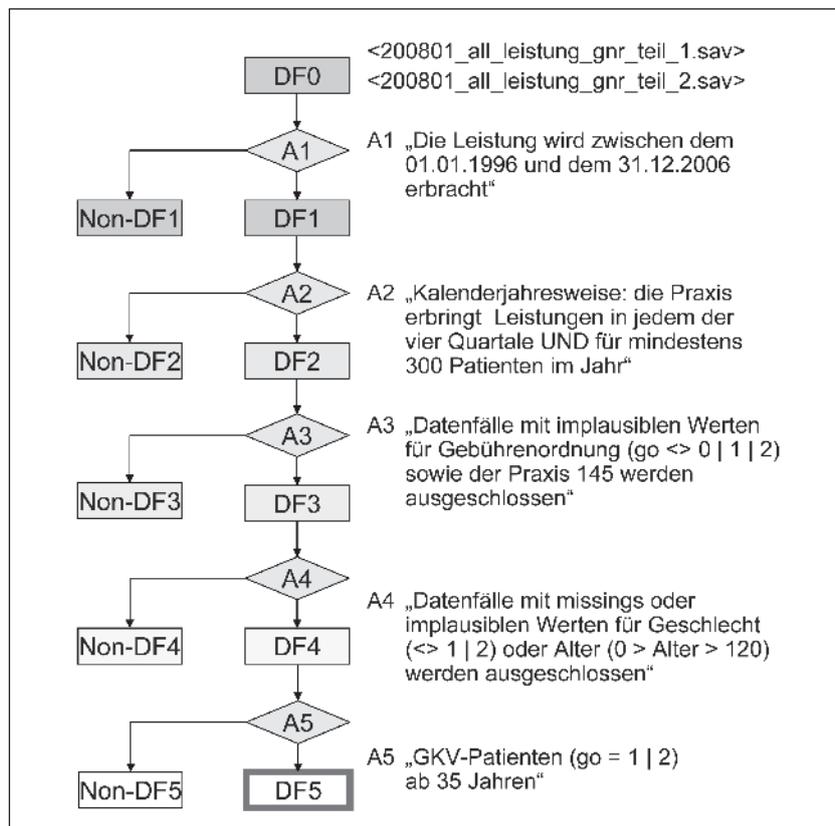


Abbildung 1 Einschluss- und Ausschlussprozeduren.

	Ausgangsdaten	Auswertungsdaten	
		DF5 Gesamt	DF5 Teil Patienten
Datenfälle	17.995.147	9.435.703	282.619
Praxen	155	124	4
Praxisjahre	1.804	348	44
Patienten	472.775	199.981	853
Patientenjahre	1.052.312	385.879	9.383

Tabelle 1 Ausgangs- und Auswertungsdaten.

Einführung und Fragestellung

Die ärztliche Gesundheitsuntersuchung nach § 25, Absatz (1) Sozialgesetzbuch 5 (SGB V), auch „Check ab 35“ genannt, ist seit der Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Januar 1996 eine präventive Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Früherkennung von Krankheiten. Über die Häufigkeit ihrer tatsächlichen Durchführung seither lassen sich nur

wenige und dabei weit auseinandergehende Angaben finden.

Die nachfolgende retrospektive Beobachtungsstudie untersucht Behandlungs-, Betreuungs- und Abrechnungsdaten von Patienten aus deutschen Hausarztpraxen, gewonnen über die Behandlungsdaten-Transfer-Schnittstelle (BDT-Schnittstelle), nach Häufigkeit von Durchführung und Abrechnung der Gesundheitsuntersuchung, und bezieht die Ergebnisse auf charakteristische Parameter von Patienten und Praxen.

Methodik

Ausgangsdaten sind die im Januar 2008 im Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover vorliegenden, anonymisierten und aufbereiteten Patientendaten, die über die BDT-Schnittstelle von 155 hausärztlichen Praxen über insgesamt 472.775 Patienten, davon 53,6 % weiblich, gewonnen wurden. Eine Beschreibung der BDT-Schnittstelle, der Datengewinnung über sie aus der Praxissoftware, sowie der so erfassten Datenfelder und -inhalte findet sich andernorts [1–4].

Der untersuchte Zeitraum wurde vom 1. Januar 1996 (Einführung des EBM 96) bis 31. Dezember 2006 (Erhebungsende) begrenzt, wobei naturgemäß die meisten Praxen nicht für alle Patienten über die gesamte Zeitspanne Daten lieferten.

In die Untersuchung eingeschlossen wurde eine Praxis in je einem Kalenderjahr nur dann, wenn sie für jedes der vier Quartale dieses Kalenderjahres und für mindestens 300 Patienten in diesem Jahr Leistungen erbracht und abgerechnet hatte.

Bei ungültigen oder implausiblen Variablenausprägungen wurden die zugehörigen Datenfälle ausgeschlossen (siehe Abbildung 1). Mitlaufend wurden aus- gegen eingeschlossene Datenfälle bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten verglichen.

Die so aufgefundenen Abrechnungsdaten wurden auf das Vorliegen der Gebührenordnungsposition (GOP) 160 oder 162, für den EBM 1996, bzw. der GOP 01 732, für den EBM 2000plus ab 1. April 2005, geprüft und mittels einer Indexvariablen als gesundheitsuntersucht gekennzeichnet (Zähler, Numerator).

Als Anspruchsberechtigte für eine Gesundheitsuntersuchung (Nenner, Denominator) wurden diejenigen Patienten und ihre Leistungsdaten ausgewählt, die (1) gesetzlich krankenversichert (BMÄ- bzw. E-GO), und (2) zum Zeitpunkt der jeweiligen Leistungserbringung 35 Jahre oder älter waren. Jahresweise wurden diejenigen Patienten mit ihren Leistungsdaten ausgeschlossen, bei denen im jeweils vorangegangenen Kalenderjahr eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt worden war, entsprechend der Bestimmung, dass eine Gesundheitsuntersuchung erst

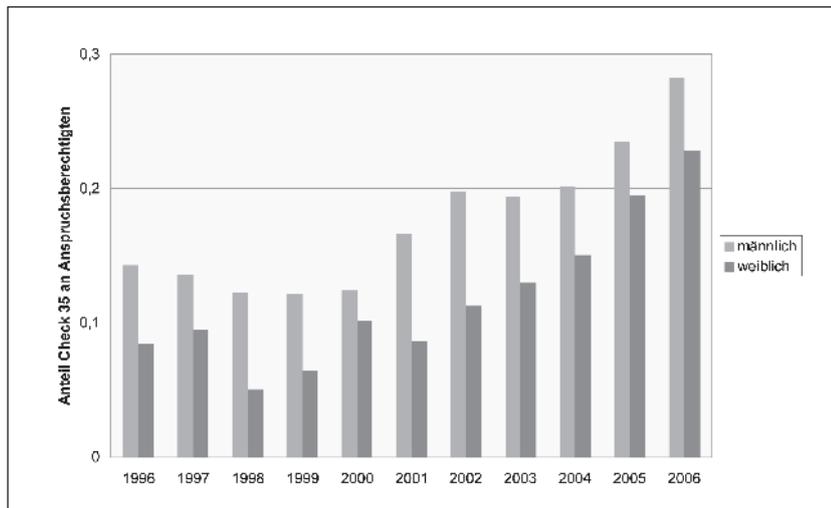


Abbildung 2 Check35-Rate, Stichprobe Teil (853 Patienten über 11 Jahre).

nach zwei Jahren („überrächstes Kalenderjahr“) erneut durchgeführt werden darf.

Weil aus den Auswertungsdaten für das erste in der Reihe dokumentierter Kalenderjahre jeweils eines Patienten die Anspruchsberechtigung derart nicht rekonstruiert werden konnte, wurden zwei Schätzungen für Anspruchsberechtigung (A für „angenommen als anspruchsberechtigt“, also der maximal mögliche Wert, und B für „angenommen als nicht anspruchsberechtigt“, minimaler Wert) untersucht. Für 1996 sowie für Patientenjahre mit vorhandener Gesundheitsuntersuchung wiederum wurde die Anspruchsberechtigung angenommen (siehe Abbildung 1).

Geschlecht des Patienten	Leistungsjahr	Anzahl Check 35	Anzahl Anspruchsberechtigt A	Anzahl Anspruchsberechtigt B	Check 35 Rate A	Check 35 Rate B
Männlich	1996	739	7.498	7.498	0,099	0,099
	1997	783	7.623	4.272	0,103	0,183
	1998	819	8.678	5.355	0,094	0,153
	1999	1.059	9.583	6.289	0,111	0,168
	2000	1.366	10.922	7.228	0,125	0,189
	2001	3.609	30.507	10.257	0,118	0,352
	2002	5.360	48.507	22.569	0,110	0,237
	2003	1.305	12.580	6.660	0,104	0,196
	2004	939	6.612	4.610	0,142	0,204
	2005	974	6.392	4.554	0,152	0,214
	2006	685	5.691	3.850	0,120	0,178
Weiblich	1996	714	10.053	10.053	0,071	0,071
	1997	838	10.657	6.036	0,079	0,139
	1998	937	12.776	7.514	0,073	0,125
	1999	1.307	13.759	9.087	0,095	0,144
	2000	1.570	15.324	10.229	0,102	0,153
	2001	3.226	40.620	13.012	0,079	0,248
	2002	5.198	65.799	30.698	0,079	0,169
	2003	1.247	17.242	8.849	0,072	0,141
	2004	1.206	9.034	6.433	0,133	0,187
	2005	1.180	8.693	6.215	0,136	0,190
	2006	871	7.778	5.390	0,112	0,162

Tabelle 2 Häufigkeiten von Gesundheitsuntersuchten, Anspruchsberechtigten und Check35-Raten, Stichprobe Gesamt.

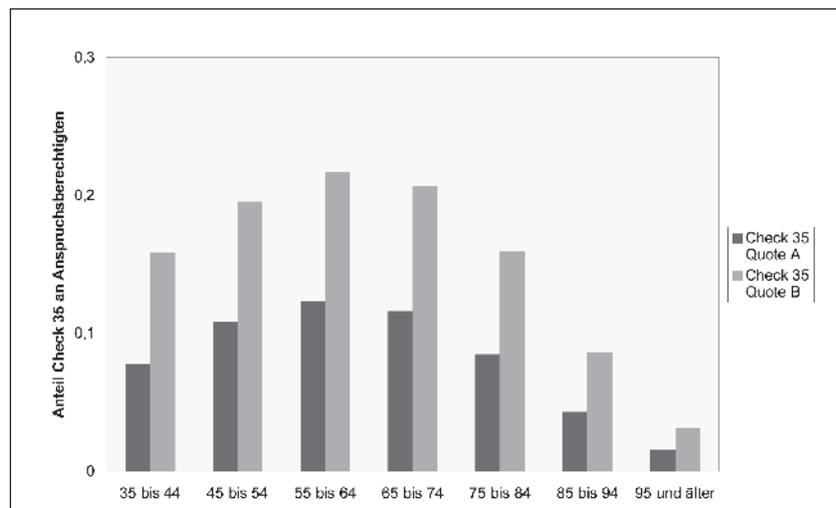


Abbildung 3 Check35-Quote in Altersgruppen, Stichprobe Gesamt.

Mitte des jeweiligen Kalenderjahres angesetzt.

Mittels logistischer Regression wurde der Einfluss der Prädiktoren „Geschlecht des Patienten“ und „Altersdekade“ (zum Zeitpunkt der Leistungserbringung) sowie von „Praxistyp“ (Einzel- versus Gemeinschaftspraxis), „Praxislage“ (ländlich bis großstädtisch, in vier Abstufungen) und „Praxisgröße“ (aus Jahrespatientenzahl der Praxis, in drei gleichgroßen Abstufungen) auf die abhängige bivariate Variable „Gesundheitsuntersuchung des Patienten“ (nein = 0, ja = 1) berechnet und als Odds Ratio mit 99 %-Konfidenzintervall dargestellt.

		Odds Ratio	99%-Konfidenzintervall	
			untere Grenze	obere Grenze
Patient Geschlecht	männlich	1,35	1,31	1,39
Patient Altersgruppe	35 bis 44 Jahre	0,74	0,72	0,77
	45 bis 54 Jahre	1,14	1,10	1,18
	55 bis 64 Jahre	1,36	1,31	1,41
	65 bis 74 Jahre	1,24	1,20	1,29
	75 bis 84 Jahre	0,84	0,80	0,88
	85 bis 94 Jahre	0,41	0,37	0,46
	95 Jahre und älter	0,15	0,08	0,27
Praxislage	ländlich	0,98	0,92	1,05
	Kleinstadt	1,02	0,99	1,06
	Großstadt peripher	1,26	1,22	1,31
	Großstadt zentral	0,78	0,75	0,81
Praxistyp	Einzelpraxis	1,27	1,23	1,31
Praxisgröße	Klein	0,73	0,70	0,76
	Mittelgroß	1,38	1,34	1,42
	Groß	0,89	0,86	0,92

Tabelle 3 Prädiktoren für Gesundheitsuntersuchung.

Die derart gewonnenen Auswertungsdaten bildeten die untersuchte Gesamtstichprobe. Aus ihr wurde zusätzlich eine Teilstichprobe gezogen bestehend aus den Patienten, die Datenfälle über den gesamten betrachteten Zeitraum

1996 bis 2006 beisteuerten (Tabelle 1). Datenaggregation erfolgte auf der Ebene der einzelnen anonymisierten Patienten und Leistungsjahre und auf der anonymisierten Praxen. Als Alter des Patienten wurde das Patientenalter zur

Die Berechnungen wurden mittels SPSS Version 16.0.2 für Windows durchgeführt.

Die Leitlinie „GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ [5] wurde berücksichtigt.

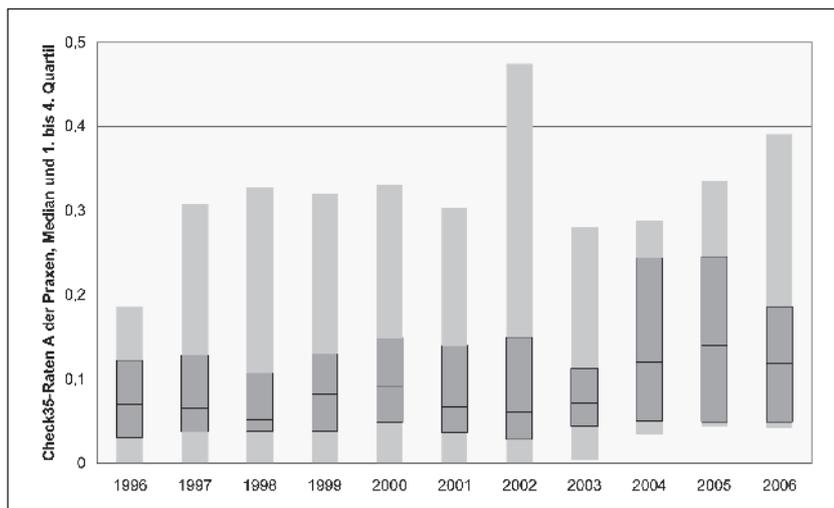


Abbildung 4 Check35-Raten A der Praxen, Median und 1. bis 4. Quartil, Stichprobe Gesamt.

Ergebnisse

Behandlungs- und Leistungsdaten von 199.981 anspruchsberechtigten GKV-Patienten, 35 Jahre oder älter, davon 114.502 weiblich (57,3 %), aus 124 hausärztlichen Praxen zwischen 1996 bis 2006 erfüllten die angeführten Auswahlkriterien. Unter diesen fand sich die Durchführung und Abrechnung einer Gesundheitsuntersuchung (GOP 160 oder 162 bzw. 01 732 des EBM) mindestens einmal im Gesamtzeitraum bei 27.126 Patienten (13,6 %). 853 Patienten trugen Daten für alle elf Leistungsjahre bei.

Die gefundenen Häufigkeiten von Gesundheitsuntersuchten und Anspruchsberechtigten von 1996 bis 2006 sind Tabelle 2 zu entnehmen. Die Rate gesundheitsuntersuchter Patienten variierte dementsprechend über die untersuchten Jahre. Für die Gesamtstichprobe lag die jährliche Check35-Rate zwischen 7 % und 35 % der anspruchsberechtigten Patienten, für die Teilstichprobe der 853 Patienten über 11 Jahre zwischen 8 % und 25 %. Hier findet sich auch eine Zunahme der jährlichen Rate von 1996 bis 2006.

Auch in den einzelnen Altersgruppen fielen die Ergebnisse für den Anteil von präventiv untersuchten Patienten unterschiedlich aus. Der Anteil Gesundheitsuntersuchter lag bei den 55- bis 64-Jährigen am höchsten (Abbildung 3). Bevorzugt die 45- bis 74-Jährigen wurden in dieser Weise untersucht, dies zeigt auch der Vergleich des Anteils Ge-

sundheitsuntersuchter einer Altersgruppe mit dem Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtzahl Anspruchsberechtigter.

Männliches Geschlecht des Patienten sowie seine Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe erwiesen sich in unterschiedlicher Weise als signifikante Prädiktoren für die Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung. Auch Praxistyp (datenliefernde Praxen N = 120), Praxislage (N = 98), und Praxisgröße (N = 124) waren in Modellierungen mittels logistischer Regression signifikant prädiktiv – ihr quantitativer Einfluss blieb jedoch gering (Tabelle 3).

Zwischen den Praxen variierte die jährliche Rate der Durchführung und Abrechnung der Gesundheitsuntersuchung beträchtlich, von null bis zu fünfunddreißig Prozent. In mittelgroßen Praxen wurden Gesundheitsuntersuchungen relativ häufiger als in kleinen oder in großen Praxen durchgeführt. Eine Entwicklung über die untersuchten Jahre hinweg ist nicht sicher zu erkennen, allenfalls ist eine tendenzielle Zunahme des medianen Anteils jährlich Gesundheitsuntersuchter seit 2004 zu beobachten (Abbildung 4).

Diskussion

In den untersuchten 124 hausärztlichen Praxen belief sich unter den 199.981 Anspruchsberechtigten der Anteil derer, die zwischen 1996 und 2006 tatsächlich mindestens einmal einer ärztlichen Ge-

sundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 25 Absatz (1) SGB V unterzogen wurden, auf 13,6 %.

Die jährlichen Check35-Raten lagen sowohl in unserer Gesamtstichprobe wie auch in der über 11 Jahre vollständigen Teilstichprobe von 853 Patienten zwischen 7 % und 35 % der Anspruchsberechtigten. Wird noch berücksichtigt, dass ein erheblicher Teil aller Anspruchsberechtigten nicht erfasst wurde, nämlich diejenigen Gesetzlich Krankenversicherten, die während eines Leistungsjahres eine Hausarztpraxis überhaupt nicht aufsuchen, die sogenannte „zero contact group“ [6], mit deren Zahl sich der Nenner (Denominator) insbesondere in den Altersgruppen von 35 bis 55 Jahren noch erhöht, sind die gefundenen Werte deutlich verschieden von denen, die andernorts angeführt wurden: 2003 berichteten zwischen 25 % und knapp 60 % der Befragten, an einem Gesundheits-Check-up teilgenommen zu haben [7]; in 2007 hatten insgesamt 51 % der befragten Männer und 49 % der Frauen eine Check-up-Teilnahme in den letzten zwei Jahren angegeben, mit Ausnahme der Personen in der jüngsten Altersgruppe (35–39 Jahre) lagen hier die Teilnahmeraten in allen anderen Gruppen über 40 % und überschritten teilweise den Wert von 60 % [8]. Aus kassenärztlichen Abrechnungsdaten fand Altenhofen für 2004 in verschiedenen Altersgruppen zwischen 10 % und 23 % Teilnehmer an Gesundheitsuntersuchungen [9], und für 2006 mit 2007 schätzte er eine kalkulatorische Teilnahmerate (über zwei Jahre) auf 38 %: „...die Nachfrage nach GU-Leistungen wird tatsächlich seit Jahren unterschätzt. Die Ursache dafür ist, dass überwiegend nur die jährlichen Teilnahmeraten zur Kenntnis genommen werden, die GU kann aber nur jedes zweite Jahr in Anspruch genommen werden. Somit muss man eigentlich immer kumulative Raten (über zwei Jahre) zugrunde legen.

Beispiel:

Die Zahl abgerechneter GU in 2006 beträgt etwa 8,5 Mio., im folgenden Jahr waren es 9 Mio., macht insgesamt 17,5 Mio. GU in 2006 bis 2007. Die Zahl gesetzlich Krankenversicherter im Zielalter der GU (35 und älter) beträgt ca. 44,4 Mio. Legt man diese Zahl als Nenner der

Summe der in 2006 und 2007 abgerechneten Leistungen zugrunde, so kommt man auf eine kalkulatorische Teilnehmerate von 39,4%. Selbst wenn man mögliche Sterbefälle und im zweiten Jahr (2007) neu in das Anspruchsberechtigtenalter eintretende Personen mit berücksichtigen will, dürfte die Teilnahme in der Nähe von 38% liegen“ [10].

Die Problematik des Vergleichs von Ergebnissen aus verschiedenen Erhebungsverfahren (telefonische Gesundheitssurveys versus Primärdaten aus vertragsärztlicher Abrechnung) wurde bereits bei [7] und [8] diskutiert, einen Eindruck von der Ungenauigkeit beider Quellenarten findet sich bei Sönnichsen [11].

Bei männlichen Praxisbesuchern wurde häufiger ein „Check ab 35“ durchgeführt als bei weiblichen, obwohl regelkonform der Anteil weiblicher Patienten sowohl in unserer Ausgangsstichprobe als auch in den Auswertungsdaten überwog.

Für die Altersdekade der 35- bis 44-jährigen Anspruchsberechtigten fand sich ein vergleichsweise niedriger Anteil Gesundheitsuntersuchter. Dies ist unerwartet: Wenn der „Check ab 35“ konsequent nach präventionslogischen Gesichtspunkten ausgeführt würde, sollte ein hoher Anteil Gesundheitsuntersuchter in den ersten Altersdekaden von einem steten Abfall des Anteils Gesundheitsuntersuchter an der Gesamtzahl der Anspruchsberechtigten über alle Altersdekaden hinweg gefolgt werden. Dem entspricht jedoch nicht die Beobachtung in unserer Stichprobe, hier fand sich vielmehr eine anteilige Häufung von Gesundheitsuntersuchten in den mittleren Altersdekaden: Anspruchsberechtigte zwischen 45 und 74 Jahren kamen am häufigsten in den Genuss eines „Check ab 35“, und von diesen wiederum besonders die 55- bis 64-Jährigen. Ein ähnliches Ergebnis findet sich auch bei [7] und [8]. Die Gründe hierfür, neben den präventionslogischen, können aus Beobachtung des Praxisalltags nur vermutet werden: Gesundheitsuntersuchungen in der Hausarztpraxis werden mit der Intention einer patientenindividuellen Bestandsaufnahme durchgeführt, in Sinne eines Verlaufs- oder Zwischenresümeees; ihre Ergebnisse werden Ausgangspunkt von erörternden und beratenden Arzt-Patienten-Gesprächen, die hochgradig pa-

Dr. med. Johannes Hauswaldt, MPH ...



- Studium der Humanmedizin in Bochum, Aachen und Göttingen; Approbation und Promotion 1979
- Weiterbildung Chirurgie, Geburtshilfe, Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- 1983 bis 1986 Entwicklungshelfer in Kilimatinde/Tansania
- 1988 Facharzt für Allgemeinmedizin
- Seit 1993 niedergelassen in mittelgroßer hausärztlicher Vertragspraxis in Braunschweig, in Gemeinschaft mit Ehefrau Dr. med. Ellen Hauswaldt, Fachärztin für Allgemeinmedizin

• Seit 1999 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der MHH, wissenschaftlicher Mitarbeiter seit 2005

- 2. Professionalisierungskurs der DEGAM 2001 bis 2003. Ergänzungsstudiengang „Öffentliches Gesundheitswesen und Bevölkerungsmedizin“ der MHH 2004 bis 2008, Abschluss „Magister Public Health (MPH)“

Interessen:

- Kommunikation und Partizipative Entscheidungsfindung in der Arzt-Patienten-Begegnung
- Intuitive und ganzheitliche Elemente im ärztlichen Denken und Handeln

tientenindividualisiert und -angepasst, auch individuell-zukunftsgerichtet und sekundär bzw. tertiär präventiv sind. Diese Vermutung mag mit der These von Othman und Mitarbeitern [12] korrespondieren, dass von den veranlassenden Vertragsärzten „die bevölkerungsrelevante (public health) Dimension der GU [Gesundheitsuntersuchung; JH]... ausgeblendet“ wird.

Bei Patienten hohen und sehr hohen Alters fiel der Anteil Gesundheitsuntersuchter schnell ab, hier mögen präventionslogische und individualperspektivische Wertschätzung langfristig vorbeugender Untersuchungen zusammenfallen.

Ebenfalls aus unserer Stichprobe lassen sich beträchtliche Unterschiede zwischen den Praxen erkennen, ob überhaupt und in welchem Umfang bei den Anspruchsberechtigten Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt wurden. Praxistyp als Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, ländliche oder städtische Praxislage, und Praxisgröße nach Jahrespatientenzahl hatten einen zwar sicher feststellbaren, jedoch unwesentlichen Einfluss. Der aufgefundene hohe Anteil von Praxen mit geringer Anzahl Gesundheitsuntersuchter mag in einer „passiven Ablehnung“ [12] der Gesundheitsuntersuchung begründet sein, die umso erstaunlicher wäre, als die Honorierung der Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 SGB V zusätzlich und außerhalb von Praxisbudgets erfolgt. Eher doch, neben den von [11] genannten patientenseitigen Gründen für eine Teil-

nahme bzw. Nichtteilnahme an der Gesundheitsuntersuchung, die auch einfach Unkenntnis von dieser Untersuchungsmöglichkeit umfassen [13], bedürfen die in den Bedingungen der einzelnen Praxen und ihren Besonderheiten liegende Gründe für die erheblichen Unterschiede noch weiterer Untersuchung. Erst ab 2004 ließ sich hier eine relative Zunahme der Gesundheitsuntersuchung feststellen.

Als Limitierungen unserer Untersuchung sind kleine Anzahl und Auswahl („convenience sample“) der untersuchten Praxen anzusehen. Deshalb können auch die eingeschlossenen Patienten nicht als repräsentativ für die Klientel aller bundesdeutschen Hausarztpraxen oder gar für die gesetzlich Krankenversicherten insgesamt gelten. Auch die in Bezug auf die Fragestellung eingeschränkte Qualität der Primärdaten muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, die eine umfangreiche und weit differenzierte Aufarbeitung der Ausgangsdaten erforderlich machte, bevor Auswertungsdaten erreicht wurden, die für die sekundäre Datenanalyse geeignet waren (siehe dazu [5]); deshalb verringerte sich die Zahl der für die Auswertungsdaten brauchbaren Datenfälle auf weniger als zwei Prozent der Ausgangsdaten, die Anzahl der aussagekräftigen Patienten auf unter zwei Promille. Wenn also auch weiterhin der Wert hausärztlicher Betreuungs- und Abrechnungsdaten, gewonnen über die BDT-Schnittstelle, für Fragen der Versorgungsforschung außer Zweifel steht, ist

doch eine aktive Qualitätsverbesserung der Primärdaten für Zwecke der Versorgungsforschung „flussaufwärts“ anzustreben.

Absolute Häufigkeit und relativer Anteil der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach SGB V haben in bundesdeutschen Hausarztpraxen noch nicht die aus Public-Health-Gesichtspunkten wünschenswerte Höhe in allen anspruchsberechtigten Ge-

schlechts- und in den jüngeren Altersgruppen erreicht. Über die geeignete Einbindung bevölkerungsrelevanter Präventionsleistungen in den Versorgungsalltag von individualbetreuend und kurativ ausgerichteten Hausarztpraxen in Deutschland sowie deren Vergütung muss also weiter nachgedacht werden.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Johannes Hauswaldt,
MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule
Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail:
Hauswaldt.Johannes@mh-hannover.de

Literatur

- Himmel W, Hummers-Pradier E, Kochen MM, MedViP-Gruppe. Medizinische Versorgung in der hausärztlichen Praxis – Ein neuer Forschungsansatz. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 2006; 49: 151–159
- Heidenreich R, Himmel W, Boeckmann H et al. EDV-Erfassung von Routinedaten in hausärztlichen Praxen: ein Telefon-Survey. Z Ärztl Fortbild Qualitäts-sich 2005; 99: 573–580
- Hummers-Pradier E, Simmenroth-Nayda A, Scheidt-Nave C et al. Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten: Sind Behandlungsdatenträger-(BDT-)Exporte geeignet? Gesundheitswesen, 2003; 65: 109–114
- Kersting M, Gierschmann A, Hauswaldt J, Hummers-Pradier E. Routinedaten aus hausärztlichen Arztinformationssystemen – Export, Analyse und Aufbereitung für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen, eingereicht Juni 2009
- Ihle P, Swart E. GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung. Gesundheitswesen, 2008 Jan; 70(1): 54–60
- Schlaud M (ed.) Comparison and Harmonisation of Denominator Data for Primary Care Research in Countries of the European Community. IOS Press: Amsterdam, 1999
- Bergmann E, Kalklösch M, Tiemann F. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2005; 48: 1365–1373
- Streich W. Ist die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wirklich zu gering? Z Allg Med 2009; 85: 284–289
- Altenhofen L. Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten. 2005. http://www.zi-berlin.de/k_frueh_prog/downloads/Akzeptanz_KFU_GU_FOBT.pdf (Extrahiert 26. Juli 2009)
- Abholz HH, Altenhofen L, Persönliche Mitteilung. 3. Juni 2009
- Sönnichsen AC, Sperling T, Donner-Banzhoff N, Baum E. Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. Z Allg Med 2007; 83: 355–358
- Othman C, Wollny A, Abholz HH, Altner, A. Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. Z Allg Med 2008; 84: 280–285
- Mensing M. Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe. 2005. http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen_0506.pdf (Extrahiert 26. Juli 2009)