

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

Laura Krause<sup>1</sup>, Lorena Dini<sup>2</sup>, Franziska Prütz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

<sup>2</sup> 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 Zellabstrich 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](http://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 DEGS<sub>1</sub> 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 DEGS<sub>1</sub> sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [14, 15]. In DEGS<sub>1</sub> 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 DEGS<sub>1</sub>-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 DEGS<sub>1</sub>-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.

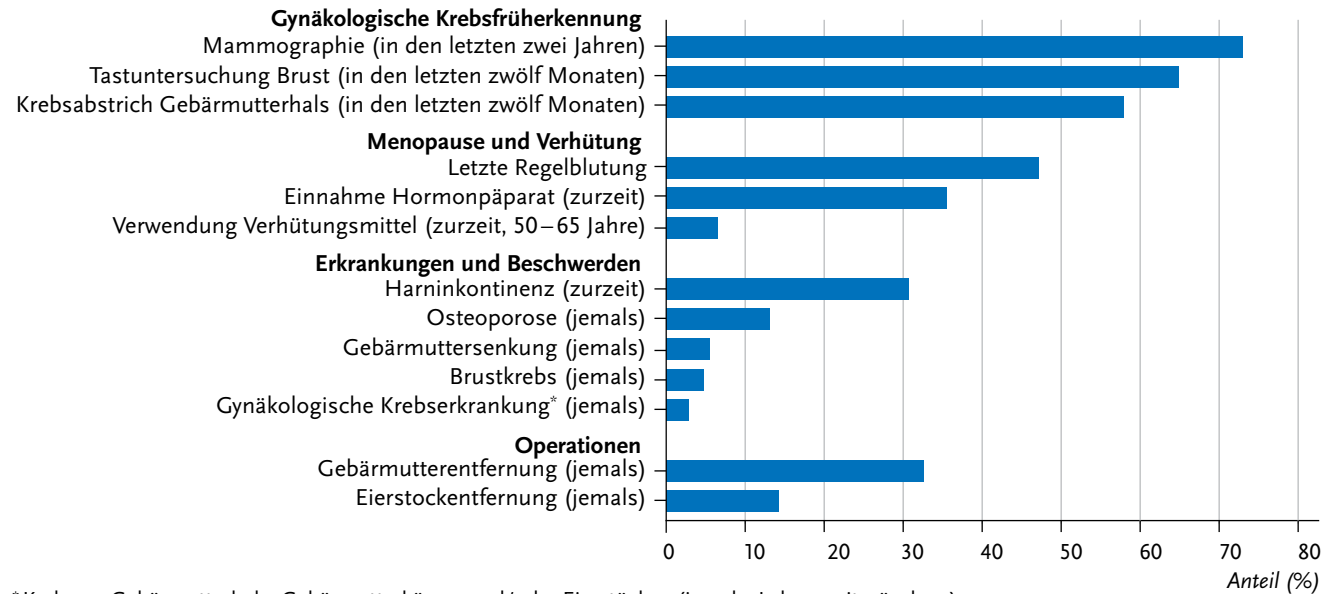
Darüber hinaus können Erkrankungen oder die Betreuung nach gynäkologischen Operationen dazu führen, dass Frauen eine gynäkologische Praxis aufsuchen: 30,8 % der Frauen hatte zum Befragungszeitpunkt eine Harninkontinenz, bei rund einem Drittel (32,7 %) war die Gebärmutter

**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
<b>Erkrankungen</b>						
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 %
<b>Operationen</b>						
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-

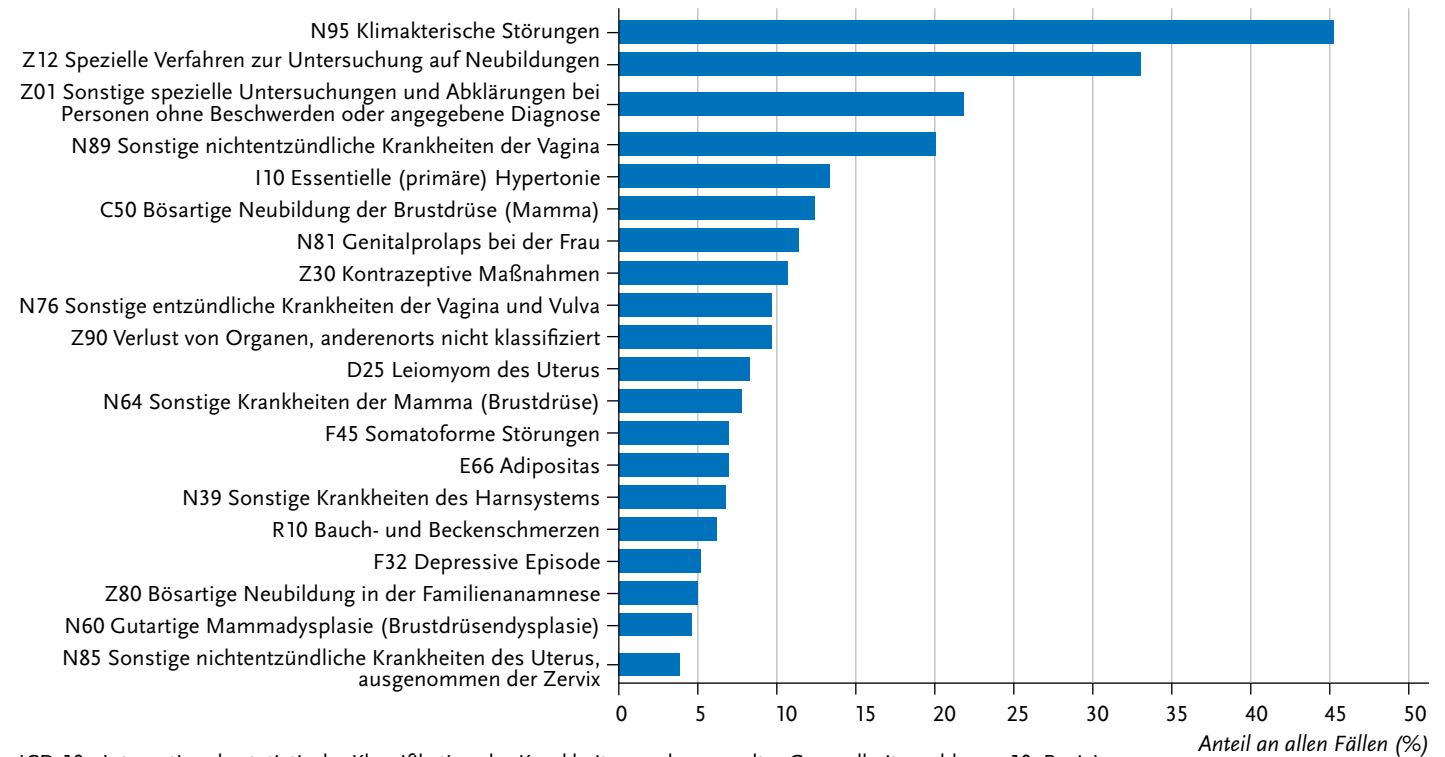
forme Störungen (F45) und depressive Episoden (F32) sowie unspezifische Diagnosen (Z01, Z12, Z90).

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 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 Gebärmutterosenkung 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](mailto: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](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

DEGS<sub>1</sub> 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 DEGS<sub>1</sub> unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (No. EA2/047/08). Die Teilnahme an DEGS<sub>1</sub> 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](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](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](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](http://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](http://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](http://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](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://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