

## PS140

### Teilnahme an Gesundheitsuntersuchung ungenügend?

W. Streich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf

Einleitung: Immer wieder wird öffentlich beklagt, dass die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung und Krebsfrüherkennung – trotz Werbung der Krankenkassen und anderer Akteure – ungenügend sei. Vor diesem Hintergrund unternahm die Bundesregierung in 2006/2007 einen (allerdings gescheiterten) Versuch, das Teilnahmeverhalten der Bevölkerung mit einer Malusregelung zu forcieren. Daten aus Bevölkerungsfragungen ermöglichen es, die Grundannahme einer zu niedrigen Beteiligung zu relativieren.

Methoden: Sekundäranalyse einer telefonischen Befragung (CATI) von zufällig ausgewählten Personen ab 18 Jahren in Nordrhein-Westfalen (Response-Rate 29%). 922 Männer und 1084 Frauen haben über 100 Fragen zu ihrer Gesundheit und ausgewählten Aspekten ihres Gesundheitsverhaltens (u. a. Teilnahme an Vorsorge-Untersuchungen, Kontakte zu niedergelassenen Ärzten) beantwortet. Die Erhebung wurde im Dezember 2007 im Auftrag des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit (LIGA) NRW durchgeführt.

Ergebnisse: 51% der Männer und 49% der Frauen haben eine Check-up-Teilnahme in den letzten zwei Jahren angegeben. Mit Ausnahme der Altersgruppe ‚35-39 Jahre‘ liegen die Teilnahmeraten zwischen 40 und 60% teilweise sogar darüber. 94% der Frauen und 81% der Männer gaben desweiteren an, während der letzten zwölf Monate einen Arzt aufgesucht zu haben. Entsprechend hoch fallen Angaben zur Durchführung einer Blutdruckmessung innerhalb der letzten zwölf Monate aus: je nach Alter und Geschlecht 68-96%.

Diskussion: Die ermittelten Teilnahmeraten stimmen weitgehend mit Ergebnissen bundesweiter Befragungen des Robert Koch-Instituts überein. Die niedrigeren Raten der Statistik des ZI (2004: 17%) werden nicht bestätigt. Viele Arztbesuche mit Untersuchungen werden von Patienten als Check-up erlebt, was sie ungeachtet der Form ihrer Abrechnung de facto i. w. S. wohl auch sind.

Schlussfolgerungen: Bei hoher Versorgungsdichte im ambulanten Bereich wird in der internationalen Literatur empfohlen, in Bezug auf kardiovaskuläre Risiken nicht unbedingt auf ein gesondertes, systematisches Screening zu setzen, sondern ein opportunistisches Screening vorzuziehen: Patienten, die wegen anderer Behandlungsanlässe in die Praxis kommen, sollen gezielt auf das kardiovaskuläre Risiko angesprochen werden.

## PS141

### „Ein sehr weites Feld“: Konzepte von Hausärzten bei Schwindel

S. Schweitzer<sup>1</sup>, G. Theile<sup>1</sup>, E. Hummers-Pradier<sup>1</sup>, C. Kruschinski<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Einleitung: Das Symptom Schwindel ist durch eine Vielfalt möglicher Ursachen und teils mangelnde therapeutische Optionen gekennzeichnet. Ziel der Untersuchung war es, individuelle Krankheitsvorstellungen und Vorgehensweisen („Konzepte“) von Hausärzten bezüglich Schwindel zu ermitteln.

Methoden: N=16 Hausärztinnen und Hausärzte (je n=8, Altersmittelwert 48 Jahre [33 bis 62], mittlere Dauer der Niederlassung 12 Jahre [1 bis 23]) wurden in semistrukturierten Interviews befragt. Diese wurden wortwörtlich transkribiert und von zwei der Autoren unabhängig voneinander nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring) ausgewertet. Die vergebenen Codes wurden diskutiert, konsentiert und in einem induktiven Prozess unter Kategoriennamen zusammengefasst.

Ergebnisse: Schwindel wurde von der Mehrheit der Ärzte als anspruchsvoll und schwer fassbar bezeichnet, so dass eher eine „reflektierende“ Praxis z.B. anhand von Diagnosebausteinen sichtbar wurde. Bei vielen war der Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe (AGV) handlungsbestimmend. Schwindel wurde oft als multifaktorielles Problem des alten Menschen durch nachlassende Sinnesfunktionen, Komorbidität und/oder zentrale Durchblutungsstörungen (Konzept Altersschwindel) und in diesem Zusammenhang eher als therapieresistent wahrgenommen. Zusätzlich wurde Schwindel allgemein unterteilt in kreislaufbedingt (meist Blutdruck, Herzrhythmusstörungen) oder psychosomatisch sowie in Ursachen aus dem neurologischen (bei letzteren meist im Sinne eines Ausschlusses von AGV) oder HNO-ärztlichen Bereich. Spezifische Einzelursachen wie benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel oder andere (z.B. Halswirbelsäule) wurden mit unterschiedlicher Häufigkeit von einzelnen Ärzten fokussiert. Behandlungsmöglichkeiten wurden sehr kontrovers beurteilt, patientenzentrierte Ansätze waren eher von untergeordneter Bedeutung.

Diskussion: Die Sortierung der Ärzte entsprach Untersuchungen zur Epidemiologie von Schwindel im hausärztlichen Versorgungsbereich, d.h. neben spezialärztlichen Einzelursachen gab es einen großen Bereich anderer, schlechter klassifizierbarer Konzepte. Trotz den Ärzten bekannter, mangelnder Evidenz standen Behandlungsversuche mit Medikamenten im Vordergrund.

Schlussfolgerungen: Die Untersuchung bekräftigt die Notwendigkeit einer allgemeinärztlichen Leitlinie, die in besonderer Weise ein Augenmerk auf sinnvolle Entscheidungsalgorithmen zum Ausschluss von AGV und auch patientenzentrierte Ansätze z.B. bei Altersschwindel legen sollte.

## PS142

### Inzidenz von Herpes zoster (HZ) in Deutschland

J. Schiffner<sup>1</sup>, S. Jow<sup>1</sup>, I. Köster<sup>2</sup>, M. Lillie<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sanofi Pasteur MSD, Leimen; <sup>2</sup>PMV Forschungsgruppe, Köln;

<sup>3</sup>Ärztin für Dermatologie und Venerologie, Hamburg

Einleitung: Herpes zoster (HZ) ist eine neurokutane Erkrankung, die durch die Reaktivierung des Varizella Zoster Virus (VZV) hervorgerufen wird. Die Erstinfektion mit dem VZV erfolgt meist im Kindesalter in Form von Windpocken. Eine Reaktivierung der Viren führt in der Regel zu einer Gürtelrose. Diese kann in jedem Lebensalter auftreten. Menschen ab 50 sind besonders betroffen.

Die häufigste Komplikation des HZ ist die postherpetische Neuralgie (PHN), ein andauernder und teils wiederkehrender Schmerz, der Monate oder Jahre anhalten kann.

Daten zur Inzidenz der beiden Krankheitsbilder in Deutschland fehlen derzeit. Ziel dieser retrospektiven Studie war es, diese Daten zu erfassen.

Methoden: Basierend auf Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen / KV Hessen (Referenzjahr 2004) wurden alle Versicherten im Alter ab 50 selektiert und Patienten mit HZ an-

hand ihrer ICD-Codierung (B02; G53.0) identifiziert. Die Identifikation der PHN erfolgte darüber hinaus durch eine Validierung mittels einer a priori festgelegten Liste spezifischer Arzneimittel zur Schmerzbehandlung. PHN wurde weiter anhand Persistenz des Schmerzes nach HZ Diagnose aufgeschlüsselt.

Die Inzidenz wurde ermittelt in Bezug auf die Stichprobe, sowie stratifiziert nach Geschlecht, Alter (5-Jahresschritte), Gesamtpopulation und immunkompetente Population. Patienten wurden dabei als immuninkompetent definiert, wenn sie eine der folgenden Diagnosen hatten: Neubildungen, Immundefekte, Transplantation oder HIV.

Zur Berechnung der Inzidenzen erfolgte eine direkte Standardisierung auf die deutsche Wohnbevölkerung (Stichtag 31.12.2004)

Ergebnisse: Die Stichprobe umfasste 120.339 Personen (56,1% Frauen), 11% davon immuninkompetent. Die Inzidenz von HZ betrug bei immuninkompetenten Patienten 9,1 pro 1000 Personennjahre (PJ). In der Gesamtpopulation 9,4 pro 1000 PJ. Die Inzidenz stieg mit zunehmendem Alter an und betrug für Immunkompetente 6,7 (50-54 Jahre) bis 12,7 pro 1000 PJ (80 Jahre und älter), Frauen waren häufiger betroffen als Männer (10,8 versus 7,2 pro 1000 PJ).

Übertragen auf Deutschland bedeutet dies, dass jährlich über 300.000 Menschen ab 50 Jahren an HZ erkranken.

Diskussion: Erstmals wurde die Inzidenz des HZ und der PHN auf Basis einer großen Stichprobe von gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland erfasst.

Schlussfolgerung: Ein Drittel aller Menschen über 50 Jahre erkranken im Laufe ihres weiteren Lebens an Herpes zoster.

## PS143

### Ressourcenverbrauch und Kosten von Herpes zoster (HZ) und postherpetischer Neuralgie (PHN) in Deutschland

J. Schiffner<sup>1</sup>, B. Ultsch<sup>1</sup>, I. Köster<sup>2</sup>, M. Lillie<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sanofi Pasteur MSD, Leimen; <sup>2</sup>PMV forschungsgruppe, Köln;

<sup>3</sup>Ärztin für Dermatologie und Venerologie, Hamburg

Einleitung: Herpes zoster (HZ) ist eine neurokutane Erkrankung, die durch Reaktivierung des Varizella Zoster Virus (VZV) hervorgerufen wird. Die Erstinfektion mit dem VZV erfolgt meist im Kindesalter in Form von Windpocken. Eine Reaktivierung der Viren führt in der Regel zu einer Gürtelrose, wobei Menschen ab 50 Jahren besonders betroffen sind. Die häufigste Komplikation des HZ ist die postherpetische Neuralgie (PHN), ein andauernder oder wiederkehrender Schmerz, der Monate bis Jahre anhalten kann. Ziel dieser retrospektiven Studie war, für Deutschland gültige Daten zum Ressourcenverbrauch der beiden Krankheitsbilder zu erfassen.

Methoden: Basierend auf Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen (Referenzjahr 2004) wurden alle Patienten mit HZ ab 50 Jahren anhand ihrer ICD-Codierung (B02; G53.0) selektiert. Die Identifikation der PHN erfolgte zusätzlich mittels einer Liste spezifischer Arzneimittel. Die Kosten eines Falles wurden erhoben durch den Vergleich der Ausgaben im Zeitraum ein Jahr vor und nach der Diagnosestellung. Der Ressourcenverbrauch wurde nach Versorgungsbereichen getrennt ermittelt, Subgruppenanalysen erfolgten stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Immunkompetenz (z.B. kein HIV). In einer multivariaten Analyse wurde zudem der Effekt der Subgruppen-Kriterien überprüft. Absolute Zahlen basieren auf

einer direkten Standardisierung auf die deutsche Wohnbevölkerung (Stichtag 31.12.2004). Die Daten werden für immunkompetente Patienten nach Krankenkassen (GKV) und sozialer Perspektive (SP) getrennt dargestellt.

Ergebnisse: Die durchschnittlichen Gesamtkosten (SP) einer Behandlung pro HZ-Patienten (n=1020) betragen 593€ und unterscheiden sich signifikant zwischen Patienten mit (n=103) und ohne PHN (n=917) (1763€ versus 466€). 40% der Gesamtkosten eines HZ sind durch Arbeitsunfähigkeiten (AU) verursacht, in der Gruppe der 50-59jährigen 70%. Aus GKV-Sicht entfallen 29,4% der Kosten auf die medikamentöse Behandlung und 44,5% auf die stationäre Behandlung. Bei den über 80jährigen betragen die stationären Kosten 63,6% der Gesamtkosten in dieser Gruppe.

Diskussion: Da Selbstmedikation und Privatrezepte nicht berücksichtigt werden, kann man von einer Unterschätzung der Kosten ausgehen. Auch bedingt durch den demographischen Wandel werden die Kosten eher noch zunehmen.

Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, dass HZ und PHN in Bezug auf Ressourcenverbrauch von Bedeutung für das gesamte Gesundheitssystem sind. Insbesondere die PHN ist mit hohen Kosten verbunden.

## PS144

### Innovative Umsetzungsstrategien zur Implementierung der Leitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ in einem Medizinischen Versorgungszentrum und in Individualpraxen

V. Braun<sup>1</sup>, Chr. Heintze<sup>1</sup>, V. Rufer<sup>1</sup>, J. Welke<sup>1</sup>, L. Dini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Allgemeinmedizin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Einleitung: Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (HI) werden vorrangig von Hausärzten betreut. Eine Optimierung der Versorgungssituation könnte durch den gezielten Einsatz einer Herzinsuffizienz-Leitlinie erreicht werden, deren Einfluss auf tatsächliche Verhaltensänderungen der Ärzte jedoch ohne Anbindung an weitere Instrumente des Qualitätsmanagements nur als begrenzt eingeschätzt wird.

Methoden: In einer prospektiven Beobachtungsstudie über neun Monate wurden 11 niedergelassene Hausärzte und 10 Allgemeinärzte eines MVZ verglichen. Beide Hausärztkollektive wurden gebeten, unselektioniert Patienten mit Herzinsuffizienz für die Studie zu rekrutieren. Nach der Ist-Zustands-Analyse erfolgte eine Intervention über 12 Monate durch Installation eines Erinnerungssystems in allen Praxiscomputern, wodurch die Studienärzte an die leitliniengestützte Herzinsuffizienz-Behandlung erinnert wurden.

Ergebnisse: Die Datenerhebung erfolgte von September 2006 bis Mai 2008. Im Rahmen der Präinterventionsphase zur Beobachtung des Baseline-Status wurden 241 herzinsuffiziente Patienten eingeschlossen (137 in Individualpraxen und 104 im MVZ). Echokardiographie als die wichtigste nichtinvasive Maßnahme zur Dokumentation einer kardialen Insuffizienz wurde von den Hausärzten im MVZ mit 94,6 % signifikant häufiger als in den Individualpraxen mit 79,9% durchgeführt (p=0,001). Die medikamentöse Therapie war defizitär.

Diskussion: Die Behandlungsquote mit Diuretika, ACE-Hemmern und Betablockern lag jeweils deutlich über dem Europäischen Durchschnitt (Cleland 2002). Trotzdem konnte die Hypothese einer nicht ausreichenden Leitlinienadhärenz durch die Baseline-Erhebung bestätigt werden. Es bestanden unabhängig vom Setting (Individualpraxen oder MVZ) Defizite in