

8 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder: Ergebnisse einer AOK-Sekundärdatenanalyse

Doreen Müller, Gerhard Schillinger und Hendrik Dräther

C. Günster | J. Klauber | B.-P. Robra | N. Schmacke | C. Schmuker (Hrsg.) Versorgungs-Report Früherkennung
DOI 10.32745/9783954664023-8, © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2019

Abstract

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, die sogenannten U-Untersuchungen, sind nicht nur ein Mittel zur Krankheitsvorsorge, sondern sie dienen auch der Beobachtung und Begleitung der kindlichen Entwicklung von der Geburt an bis ins Schulalter hinein. Um möglichst viele Kinder im Rahmen der U-Untersuchungen erreichen zu können, wurde in einigen Bundesländern ein Einladungs-, Erinnerungs- und Meldewesen eingeführt. In den Abrechnungsdaten der AOK aus den Jahren 2008 bis 2016 zeigt sich über die Jahre hinweg eine höher werdende Inanspruchnahmerate der U-Untersuchungen, vor allem jener für Kinder im ersten Lebensjahr (U3 bis U6) mit Teilnahmeraten von über 95%. Die Untersuchungen für ältere Kinder ab dem 24. Lebensmonat (U7 bis U9) weisen jedoch durchgängig fast 10 Prozentpunkte geringere Raten auf. Des Weiteren hat bei der Geburtenkohorte 2010 mit 72,5% ein größerer Anteil der Kinder alle in diesem Beitrag betrachteten U-Untersuchungen (U3 bis U9) vollständig wahrgenommen im Vergleich zum Geburtenjahrgang 2008 mit 68,8%, sodass auch hier eine Steigerung vermutet werden kann. Dennoch haben 3,3% der Kinder an drei oder mehr Untersuchungen nicht teilgenommen. Trotz der beobachteten Stei-

gerung der Inanspruchnahme sollte daher weiterhin darauf hingewirkt werden, alle Kinder mit diesen Untersuchungen zu erreichen.

Screening tests for infants and children, the so-called U-examinations, are not only a means of disease prevention but they also serve to monitor the child's development from birth to school age. In order to reach as many children as possible, some federal states have introduced a reporting system and send out invitations and reminders to parents. The AOK's accounting data of the years 2008 to 2016 show an increasing rate of utilisation of U-examinations over the years, especially for children in their first year of life (U3 to U6) with more than 95%. However, the rates of U-examinations for children aged 24 months and older (U7 to U9) are consistently lower by 10 percentage points. Furthermore, in the cohort born in 2010, a larger proportion of children have attended every single U-examination from U3 to U9 (72.5%) compared to the cohort born in 2008 (68.8%), so an increase can be assumed here. On the other hand, 3.3 percent of the children born in 2010 missed three or more U-examinations. Therefore, in spite of the increase in utilisation observed, efforts to facilitate the participation in U-examinations for all children should be continued.

8.1 Einführung

Seit einem guten halben Jahrhundert gehören Vorsorgeuntersuchungen für Kinder zur Regelforsorgung der gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, wo zunächst sieben Untersuchungen von der Geburt bis zum vollendeten vierten Lebensjahr vorgesehen waren (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1971). Betrachtet man auch die ehemalige DDR, so geht dort die staatlich angeordnete und auch in Betreuungseinrichtungen durchgeführte „ärztliche Beobachtung der Gesundheit und der Entwicklung der Kleinkinder bis zum 3. Lebensjahr“ sogar fast siebzig Jahre zurück (Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik 1950). Heute gehören in Deutschland zehn Vorsorgeuntersuchungen (sogenannte U-Untersuchungen) bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Im Rahmen der U-Untersuchungen werden Säuglinge und Kinder in regelmäßigen Abständen durch Kinder- oder Hausärzte auf ihre *körperliche und geistige Entwicklung* hin untersucht und die *Eltern-Kind-Interaktion* beobachtet. Das Ziel der Untersuchungen ist, Krankheiten und Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können, die Eltern zu beraten und auch Fälle von Vernachlässigung oder Misshandlung durch die Betreuungspersonen zu bemerken. Zudem ist auch die *Impfberatung* ein Bestandteil der U-Untersuchungen. Daneben hat jede U-Untersuchung eigene Schwerpunkte, die durch die Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018) vorgegeben werden. Die erhobenen Befunde werden in einem Kinderuntersuchungsheft (dem „Gelben Heft“) dokumentiert.

Mit der vorliegenden Analyse wird der Frage nachgegangen, wie umfassend diese Früherkennungsuntersuchungen die Kinder erreichen. So wird zum einen der Anteil der Kinder ermittelt, der die jeweilige U-Untersuchung wahrgenommen hat, und zum anderen die Vollständigkeit der Inanspruchnahme über alle U-Untersuchun-

gen hinweg pro Kind betrachtet. Damit kann beurteilt werden, welcher Prozentsatz der Kinder nie oder nur sehr selten an U-Untersuchungen teilnimmt und wie hoch auf der anderen Seite der Anteil der Kinder ist, die alle oder fast alle U-Untersuchungen wahrnehmen.

Da die ersten beiden Untersuchungen, U₁ und U₂, in den ersten Lebenstagen stattfinden und somit zumeist noch im Krankenhaus durchgeführt und nicht ambulant abgerechnet werden, fokussiert sich die vorliegende Analyse auf die Untersuchungen U₃ bis U₉, die für Kinder im Alter zwischen vier Wochen und sechs Jahren vorgesehen sind. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wurden diese im Jahr 2017 über 4,8 Mio. Mal abgerechnet, wie Tabelle 1 aufzeigt. Dem stehen Ausgaben in Höhe von über 205 Mio. Euro gegenüber.

Für die Inanspruchnahme je U-Untersuchung liegen mit KiGGS und dem Barmer-Arztreport bereits andere Untersuchungen zum Thema vor. Da deren Zahlen aufgrund von unterschiedlichen Methodiken nicht mit der vorliegenden Analyse vergleichbar sind, wird auf eine direkte Gegenüberstellung verzichtet. So handelt es sich bei den Zahlen zu U-Untersuchungen aus der KiGGS-Studie um einen retrospektiven Selbstbericht durch die Eltern, bei welchem das gelbe U-Heft als Erinnerungsstütze hinzugezogen werden konnte, sofern die Eltern es mitgebracht hatten (Kamtsiuris et al. 2007). Hierbei sind Verzerrungsquellen wie Erinnerungsfehler und Antworten im Rahmen sozialer Erwünschtheit möglich. Zudem nehmen an freiwilligen Studien wie KiGGS vor allem höher gebildete Personen teil (Spuling et al. 2017), die gleichzeitig häufig eine größere Gesundheitskompetenz aufweisen (Soellner u. Rudinger 2018).

Da der Arztreport der Barmer auch auf vertragsärztlichen Abrechnungszahlen basiert, ist diese Art der Verzerrung nicht zu erwarten. Es wurden jedoch in allen Arztreporten, in denen U-Untersuchungen berücksichtigt wurden, die Inanspruchnahmeraten statistisch geschätzt (Grobe et al. 2012; Grobe et al. 2017), was einen direkten Vergleich wiederum nicht erlaubt.

Tab. 1 U-Untersuchungen: Abrechnungszeiträume, -häufigkeit und Schwerpunkte der U3 bis U9 im Jahr 2017

	Zeitraum	Toleranzzeitraum	Abrechnungshäufigkeit	GKV-Ausgaben	untersuchungsspezifische Schwerpunkte
U3	4.–5. Woche	3.–8. Woche	660.195	27.878.442 €	Reflexe, Motorik, Gewicht, Organe, Hüften
U4	3.–4. Monat	2.–4½. Monat	657.815	27.782.948 €	Organe, Sinnesorgane, Wachstum, Motorik, Nervensystem
U5	6.–7. Monat	5.–8. Monat	656.015	27.705.111 €	Organe, Sinnesorgane, Wachstum, Motorik, Nervensystem
U6	10.–12. Monat	9.–14. Monat	648.901	27.406.777 €	geistige Entwicklung, Sinnesorgane, Bewegungsfähigkeit
U7	21.–24. Monat	20.–27. Monat	603.672	25.495.575 €	sprachliche Entwicklung, Feinmotorik, Körperbeherrschung
U7a	34.–36. Monat	33.–38. Monat	570.494	24.094.680 €	Erkennen von Sehstörungen und sonstigen Auffälligkeiten
U8	46.–48. Monat	43.–50. Monat	537.833	22.714.707 €	Sprache, Aussprache, Verhalten
U9	60.–64. Monat	58.–66. Monat	536.488	22.658.850 €	Motorik, Sprachentwicklung
gesamt			4.871.413	205.737.090 €	

Quellen: GKV-Frequenzstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es wurden diejenigen U-Untersuchungen berücksichtigt, die innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, aber nicht innerhalb selektivvertraglicher und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 73b u. 140a SGB V abgerechnet wurden. Eigene Berechnung. WIdO 2018. Untersuchungsspezifische Schwerpunkte entnommen aus Gemeinsamer Bundesausschuss 2017.

8.2 Inanspruchnahme der einzelnen U-Untersuchungen

8.2.1 Datenbasis

Für die Analyse der Inanspruchnahmeraten der einzelnen U-Untersuchungen wurden die anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK aus den Jahren 2008 bis 2016 aus der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V und aus Selektivverträgen nach § 73b SGB V verwendet. Für jedes AOK-versicherte Kind, das zwischen 2003 und 2016 geboren wurde, wurde der Beobachtungszeitraum jeder einzelnen U-Untersuchung zwischen 2008 und 2016 bestimmt. Für den Beobachtungszeitraum wurde der Toleranzzeitraum der U-Untersuchungen in beide Richtungen um jeweils bis zu drei Monate er-

weitert, um auch Ausnahmefälle erfassen zu können. Für den ältesten beobachteten Geburtsjahrgang 2003 floss nur die U9 in die Analysen ein, da die Beobachtungszeiträume aller vorherigen U-Untersuchungen vor dem Jahr 2008 liegen, entsprechend wurde der jüngste Geburtsjahrgang 2016 nur bis einschließlich zur U5 beobachtet. Nur die Kinder, die für den vollständigen Beobachtungszeitraum der jeweiligen U-Untersuchung bei der AOK versichert waren, wurden für die Ermittlung der Inanspruchnahmeraten dieser U-Untersuchung herangezogen. Dabei handelte es sich pro Jahrgang und U-Untersuchung um jeweils knapp 200.000 Kinder.

8.2.2 Inanspruchnahme im Zeitvergleich

Vergleicht man die Inanspruchnahmeraten der einzelnen Untersuchungen pro Geburtsjahrgang in Tabelle 2, so wird deutlich, dass in den jüngeren Geburtsjahrgängen tendenziell mehr Kinder an den U-Untersuchungen teilnehmen als Kinder aus älteren Geburtsjahrgängen. Das gilt vor allem für die Untersuchungen U3 bis U6, die während des ersten Lebensjahres durchgeführt werden. Während im Geburtsjahrgang 2008 zum Beispiel für 94,2% der Kinder eine U4 abgerechnet wurde, gilt dies für 96,3% der Kinder des Jahrgangs 2016.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Akzeptanz der U-Untersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder im Zeitverlauf zugenommen hat. Zugleich werden die Eltern heute besser als zuvor über anstehende U-Untersuchun-

gen informiert. Dieser Trend ist auch in der KiGGS-Studie zu finden, welche im Vergleich von der Basiserhebung zur Folgebefragung ebenfalls einen Anstieg der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen aufzeigt (Rattay et al. 2014).

8.2.3 Inanspruchnahme im Altersverlauf

Zudem ist in Tabelle 2 zu erkennen, dass auch innerhalb der Geburtsjahrgänge die Untersuchungen für Kinder im Alter bis zu einem Jahr, also auch hier die U3 bis U6, am häufigsten wahrgenommen werden. An den Untersuchungen für Kinder ab zwei Jahren und älter nehmen im Vergleich dazu innerhalb jedes Geburtsjahrgangs etwas weniger Kinder teil, und zwar umso weniger, je höher das Alter des

Tab. 2 Inanspruchnahme der U-Untersuchungen U3 bis U9 nach Geburtsjahrgang in %, AOK-versicherte Kinder

Geburtskohorte	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U9
2016	95,0	96,3	96,0	-	-	-	-	-
2015	94,9	96,1	96,2	96,3	-	-	-	-
2014	94,5	95,8	96,1	96,4	93,5	-	-	-
2013	94,3	95,9	96,1	96,4	94,1	89,5	-	-
2012	94,2	95,7	96,1	96,4	94,1	89,8	87,3	-
2011	94,5	95,9	96,1	96,6	94,4	89,5	88,5	87,7
2010	94,3	95,7	95,7	96,4	94,7	89,3	89,0	88,4
2009	93,6	95,1	94,6	95,3	94,1	88,7	89,1	88,9
2008	91,7	94,2	93,4	94,5	92,4	86,4	89,3	89,6
2007	-	-	91,8	93,4	91,6	82,7	88,9	89,8
2006	-	-	-	-	89,6	69,5	86,3	89,2
2005	-	-	-	-	-	-	83,5	87,3
2004	-	-	-	-	-	-	81,7	85,6
2003	-	-	-	-	-	-	-	84,2

Abrechnungsdaten der Jahre 2008 bis 2016 von Versicherten der AOK der Geburtsjahrgänge 2003 bis 2016. Kein Ausweis der Inanspruchnahmeraten, sobald der Beobachtungszeitraum für eine Untersuchung teilweise oder vollständig außerhalb des Zeitraums 2008 bis 2016 lag. Eigene Berechnungen. WiDO 2018.

Kindes ist. Während die Jahrgänge 2008 bis 2012 beispielsweise eine Teilnehmerate an der U4 (3.-4. Lebensmonat) von 94,2 (Jahrgang 2008) bis 95,7% (Jahrgang 2012) aufweisen, haben die ebenselben Jahrgänge bei der U8 (46.-48. Lebensmonat) nur noch eine Inanspruchnahme-rate von 89,3 (Jahrgang 2008) beziehungsweise 87,3% (Jahrgang 2012).

Zwei Sonderfälle in Bezug auf die Interpretation der Ergebnisse sind die U3 sowie die U7a. Die U3 hat durchgängig in allen Geburtsjahrgängen niedrigere Inanspruchnahmeraten als die U4 bis U6. Da die U3 in der 4. bis 5. Lebenswoche stattfindet, ist davon auszugehen, dass noch nicht für alle Kinder eine Krankenversicherungskarte vorliegt und die Ärzte in diesen Fällen die Untersuchung über die Krankenversicherungskarte der Eltern abrechnen. Diese Tendenz ist zum Beispiel auch im Arztreport 2017 der Barmer Ersatzkasse zu beobachten (Grobe et al. 2017), auch wenn die Vergleichbarkeit aufgrund der dort angewendeten Schätzmethode zu den hier berichteten reinen Inanspruchnahmeraten eingeschränkt ist.

Die U7a für dreijährige Kinder wurde erst im Laufe des Jahres 2008 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Der Jahrgang 2006 ist somit der erste vollständige Geburtsjahrgang, der die U7a im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung wahrnehmen konnte. Die mit jedem Jahrgang zunehmende Inanspruchnahmerate der U7a spricht für eine im Zeitverlauf zunehmende Bekanntheit und Akzeptanz der U7a. Von der Geburtskohorte 2010 sind mit 89,3% fast genauso viele zur U7a-Vorsorgeuntersuchung gegangen wie zur U8-Vorsorgeuntersuchung, die etwa ein Jahr später durchgeführt wird. Somit erreicht die U7a-Vorsorgeuntersuchung schon wenige Jahre nach ihrer Einführung eine Akzeptanz, die auf dem Niveau der später erfolgenden U8-Vorsorgeuntersuchung liegt. Im Vergleich zu den U3- bis U7-Vorsorgeuntersuchungen fallen die U7a-Inanspruchnahmeraten allerdings über alle untersuchten Jahrgangskohorten geringer aus.

8.3 Vollständigkeit der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen

8.3.1 Datenbasis

Wie schon bei der Überprüfung der Inanspruchnahme der einzelnen U-Untersuchungen wurden die anonymisierten kassenärztlichen Abrechnungsdaten der AOK aus den Jahren 2008 bis 2016 aus dem Kollektivvertrag und aus Selektivverträgen sowie die ebenfalls anonymisierten AOK-Versichertenstammdaten verwendet. Um die Vollständigkeit der Inanspruchnahme abbilden zu können, wurden zwei Kohorten im Längsschnitt betrachtet, die zwischen 2008 und 2016 die U-Untersuchungen U3 bis U9 hätten wahrnehmen können. Die U7a wurde für diese Analyse ausgeschlossen, da sie erst 2008 eingeführt wurde und daher ihre Bekanntheit und Akzeptanz bei den Sorgeberechtigten der beiden Kohorten möglicherweise unterschiedlich hoch ausfällt, was die Ergebnisse der Längsschnittanalyse verzerren würde.

Die ältere Kohorte wurde zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2008 geboren und bis einschließlich 2014 beobachtet, während die jüngere Kohorte zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2010 geboren und entsprechend bis einschließlich 2016 beobachtet wurde. In die Analysen einbezogen wurden diejenigen Kinder, die durchgängig bis zu ihrem sechsten Geburtstag bei der AOK versichert waren, was in beiden Jahrgängen etwa 140.000 Kinder betraf.

8.3.2 Ergebnisse

Bei 68,8% der 2008 geborenen Kinder (Kohorte 2008) wurden alle hier berücksichtigten U-Untersuchungen vorgenommen, wie Abbildung 1 zeigt. 19,8% der Kinder haben lediglich eine Untersuchung davon verpasst, zwei Untersuchungen verpassten 6,7% und 4,5% der Kinder verpassten drei oder mehr Untersuchungen. Bei

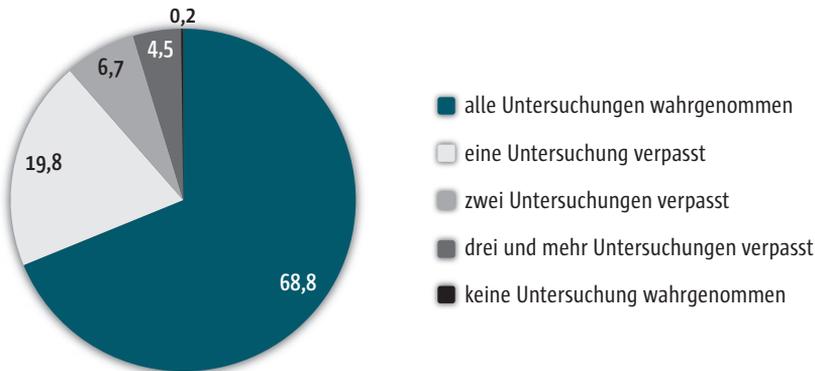


Abb. 1 Geburtsjahrgang 2008: Vollständigkeit der Inanspruchnahme U3 bis U9 (ohne U7a) in %, AOK-versicherte Kinder



Abb. 2 Geburtsjahrgang 2010: Vollständigkeit der Inanspruchnahme U3 bis U9 (ohne U7a) in %, AOK-versicherte Kinder

0,2% der Kinder war keine der U-Untersuchungen in den Abrechnungsdaten vermerkt.

Die Kohorte der in 2010 geborenen Kinder zeigt dagegen höhere Inanspruchnahmeraten. In Abbildung 2 ist zu erkennen, dass in der Geburtskohorte von 2010 von 72,5% der Kinder alle U-Untersuchungen wahrgenommen wurden, was 3,7 Prozentpunkte mehr sind im Vergleich zu den zwei Jahre älteren Kindern. Entsprechend geringer im Vergleich zur Kohorte 2008 ist der Anteil an Kindern, der eine (18,6%) beziehungsweise zwei (5,5%) U-Untersuchungen verpasst hat. Insgesamt 3,3% haben an drei oder mehr Untersuchungen nicht teilgenommen. Mit 0,2% stabil ist der Prozentsatz der Kinder, der gar keine der hier berücksichtigten U-Unter-

suchungen wahrgenommen hat. Auch in der KiGGS-Studie ist eine Zunahme im Zeitverlauf zu erkennen, was die Vollständigkeit der U-Untersuchungen zwischen den Teilnehmern der Basiserhebung und der Folgebefragungen betrifft (Rattay et al. 2014).

8.4 Fazit

Im querschnittlichen Zeitvergleich über die Jahre hinweg wird deutlich, dass jüngere Jahrgangskohorten im Trend häufiger an U-Untersuchungen teilnehmen als ältere Kohorten. Gleichzeitig sind vor allem die U-Untersuchungen für Kinder bis zu einem Jahr (U3 bis U6) mit

Inanspruchnahmeraten von etwa 95% besonders akzeptiert. Bei allen untersuchten Jahrgangskohorten fallen die Inanspruchnahmeraten ab der U7 deutlich niedriger aus: Die U-Untersuchungen für ältere Kinder weisen mit zwischen circa 85 bis 90% geringere Raten auf. Andere Untersuchungen, unter anderem der Barmer Arztreport und die KiGGS-Studie zeigen, soweit vergleichbar, ähnliche Ergebnisse. Dies könnte mit der verstärkten Information der Eltern, wie zum Beispiel im Rahmen von Erinnerungsverfahren, in Zusammenhang stehen. Trotz der beobachteten Steigerung der Inanspruchnahme sollte daher weiterhin darauf hingewirkt werden, alle Kinder mit diesen Untersuchungen zu erreichen.

In der Längsschnittanalyse der Geburtsjahrgänge 2008 und 2010 haben in der jüngeren Kohorte im Vergleich zum älteren Geburtsjahrgang etwas mehr Kinder alle U-Untersuchungen wahrgenommen. In beiden Kohorten gibt es mit 4,5 (Jahrgang 2008) beziehungsweise 3,3% (Jahrgang 2010) jedoch einen nicht geringen Anteil an Kindern, die drei oder mehr U-Untersuchungen verpasst haben, und 0,2% der Kinder haben keine einzige der in der Analyse berücksichtigten U-Untersuchungen wahrgenommen. Hier wäre zu überlegen, wie in solchen Fällen die kontinuierlichere Teilnahme an U-Untersuchungen besser ermöglicht werden könnte.

Literatur

- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1971) Bekanntmachung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres und über die Früherkennung von Krebserkrankungen. URL: http://www.kbv.de/media/sp/1971_04_28_Kinder_Neufassung_BAnz.pdf (abgerufen am 27. August 2018)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) Früherkennungsuntersuchungen im Überblick. URL: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/ueberblick/> (abgerufen am 28. September 2018)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf (abgerufen am 27. August 2018)
- Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik (1950) Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau. URL: <http://www.verfassungen.ch/de/ddr/mutterkind-gesetz50.htm> (abgerufen am 27. August 2018)
- Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2012) BARMER GEK Arztreport 2012. URL: <https://www.barmer.de/blob/37010/e5fbbbc50b2618d99b23b4579079e574/data/pdf-arztreport-2012.pdf> (abgerufen am 27. August 2018)
- Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2017) BARMER GEK Arztreport 2017. URL: <https://www.barmer.de/blob/99196/40985c83a99926e5c12eecae0a50e0ee/data/dl-barmer-arztreport-2017.pdf> (abgerufen am 27. August 2018)
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50, 836–850
- Rattay P, Starker A, Domanska O, Butschalowsky H, Gutsche J, Kamtsiuris P (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 57, 878–891
- Soellner R, Rudinger G (2018) Gesundheitskompetenz. In: Kohlmann C-W, Salewski C, Wirtz MA (Hrsg.) Psychologie in der Gesundheitsförderung. 59–71. Hogrefe Bern
- Spuling S, Wolff J, Wurm S (2017) Response shift in self-rated health after serious health events in old age. Soc Sci Med 192, 85–93



Doreen Müller

Nach Abschluss ihres Psychologiestudiums an der Freien Universität Berlin forschte sie zunächst am Deutschen Zentrum für Altersfragen zum Thema subjektive Gesundheit. Nachdem sie sich anschließend am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung mit Gesundheitsindikatoren der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten befasste, ist sie seit 2018 am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) tätig.



Dr. Gerhard Schillinger

Medizinstudium und Promotion an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Arzt im Praktikum am Zentrum für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie/Immunologie der Philipps-Universität Marburg, anschließend Postdoc am Institut für Biochemie der Universität zu Köln. Facharztausbildung zum Arzt für Neurochirurgie in der Klinik für Neurochirurgie der Universität zu Köln und der Neurochirurgischen Klinik, St.-Barbara-Klinik Hamm-Heessen.

Seit 2004 beratender Arzt beim AOK-Bundesverband, seit Juli 2009 Leiter des Stabs Medizin.



Hendrik Dräther

Studium der Angewandten Systemwissenschaften im Fachbereich Mathematik der Universität Osnabrück. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter in der wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO, Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“. Arbeitsschwerpunkte: Finanzierung des Gesundheits- und Pflegesystems und Vergütung der Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung. Seit März 2009 Leiter des Forschungsbereichs „Ambulante Analysen und Versorgung“ im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).