

**Bericht des Hauptverbandes der österreichischen  
Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für  
Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit,  
Soziales und Konsumentenschutz  
gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2010**



**Vorsorgeuntersuchung Neu**



**DIE SOZIALVERSICHERUNG**  
**Ihr Partner für GESUNDHEIT, SICHERHEIT und PENSION**

## Impressum

### Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH

Haideggerweg 40

8044 Graz

UID-Nr.: ATU 63975513

Tel: +43 (0) 50 / 2350 DW 37932

Fax: +43 (0) 50 / 2350 DW 77900

E-Mail. [ines.spath-dreyer@ifgp.at](mailto:ines.spath-dreyer@ifgp.at)

### AutorInnen

DI Andreas Kvas

DI Gregor Kvas

Mag. Hubert Langmann

Dr.<sup>in</sup> Gerlinde Malli

Dr. Jürgen Soffried, MPH

Mag.<sup>a</sup> (FH) Ines Spath-Dreyer

Dr.<sup>in</sup> Karin Tropper

Mag.<sup>a</sup> (FH) Elisabeth Fasching (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

DI Gerald Brunner (Wiener Gebietskrankenkasse)

Graz, August 2011



### Inhaltsverzeichnis

<b>Management Summary .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu .....</b>	<b>15</b>
1.1 Hintergrund .....	15
1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2010/ 2011.....	17
1.2.1 VU Neu-Datenbank .....	17
1.2.2 FOKO - Schnittstelle.....	20
1.2.3 TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität .....	21
1.2.4 ÄrztInnenbefragung.....	26
1.2.5 VU-Änderungsbedarf.....	30
1.2.6 Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ .....	31
<b>1.3 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen .....</b>	<b>34</b>
1.3.1 Frequenz 2010 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern .....	35
1.3.2 Frequenz 2010 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter .....	37
1.3.3 Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2010 .....	39
1.3.4 Frequenz 2010 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen.....	41
1.3.5 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2009-2010 .....	42
1.3.6 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2010.....	46
1.3.7 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen .....	51
<b>1.4 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen .....</b>	<b>53</b>
<b>1.5 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 2 ASVG: Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre .....</b>	<b>54</b>
<b>1.6 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind.....</b>	<b>57</b>
1.6.1 Einleitung.....	57
1.6.2 Methode .....	57
1.6.3 Ergebnisse .....	59

1.6.4	Schlussfolgerungen.....	64
<b>1.7</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen .....</b>	<b>67</b>
1.7.1	Ausgangssituation .....	67
1.7.2	Limitierungen aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU -Befunddaten .....	68
1.7.3	Ergebnisse aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten.....	70
1.7.4	Schlussfolgerungen.....	76
<b>1.8</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.....</b>	<b>78</b>
1.8.1	<b>Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule .....</b>	<b>78</b>
1.8.2	<b>Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb.....</b>	<b>79</b>
1.8.3	<b>Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention .....</b>	<b>82</b>
1.8.4	<b>Maßnahmen im Bereich Ernährung – Projekt „Richtig Essen von Anfang an“</b>	<b>83</b>
1.8.5	<b>Strategieentwicklung für den Bereich Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung.....</b>	<b>83</b>
1.8.6	<b>Soziale Ungleichheit .....</b>	<b>83</b>
1.8.7	<b>Health Literacy Studie.....</b>	<b>84</b>
1.8.8	<b>Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung .....</b>	<b>84</b>
	<b>Literatur.....</b>	<b>86</b>

### Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenschau – Konsum medizinischer Leistungen.....	11
Tabelle 2: Anzahl Datensätze aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm nach Versionsnummer und Service .....	19
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2010. ....	35
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2010. ....	36
Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2010. ....	37
Tabelle 6: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2010. ....	38
Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2010.....	40
Tabelle 8: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2010. ....	41
Tabelle 9: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2010. ....	41
Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2009-2010.....	42
Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2009-2010.....	43
Tabelle 12: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2009-2010. ....	44
Tabelle 13: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2009-2010. ....	45
Tabelle 14: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2010 (alle KV-Träger). ....	46
Tabelle 15: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger).....	48
Tabelle 16: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).....	49
Tabelle 17: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000- 2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006- 2010 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.....	50

Tabelle 18: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2010, nach KV-Trägern.....	56
Tabelle 19: Zusammenschau – Konsum medizinischer Leistungen.....	60
Abbildung 1: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Daten. ....	18
Abbildung 2: Populationspyramide Männer, 2010. ....	39
Abbildung 3: Populationspyramide Frauen, 2010. ....	40
Abbildung 4: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2010 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.....	47
Abbildung 5: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). Legende. W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008. ....	48
Abbildung 6: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007). ....	59
Abbildung 7: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007). ....	60
Abbildung 8: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Alter. ....	62
Abbildung 9: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach erfolgtem PAP-Abstrich vor VU Teilnahme. ....	62
Abbildung 10: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Alter. ....	63
Abbildung 11: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Mammographie vor VU Teilnahme. ....	63
Abbildung 12: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Alter. ....	64
Abbildung 13: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten (N = 61.504), 2009. ....	70
Abbildung 14: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Hypertonie (N = 74.160), 2009. ....	71
Abbildung 15: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Diabetes (N = 21.571), 2009. ....	72
Abbildung 16: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Diabetes (N = 7.812), 2009. ....	72
Abbildung 17: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit (Prä)adipositas (N = 100.827), 2009. ....	73
Abbildung 18: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern mit (Prä)adipositas (N = 103.753); 2009. ....	73

Abbildung 19: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem BIRADS Befund (N = 54.669), 2009. ....	74
Abbildung 20: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem PAP Befund (N = 109.583), 2009. ....	74
Abbildung 21: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.517), 2009. ....	75
Abbildung 22: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.248), 2009. ....	75
Abbildung 23: AUDIT Verwendung und Risikoverteilung (N = 345.496), 2009. ....	76

### Management Summary

Bestimmte Fragestellungen im Zusammenhang mit der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) sind gemäß § 447h (4) ASVG durch die Ziffern dieses Paragraphen vom Gesetzgeber formuliert.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Absatzes ist wie folgt<sup>1</sup>:

„(4) Der Hauptverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. die zahlenmäßige Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie eine Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen,
2. eine Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie einer Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre,
3. die Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind,
4. eine gezielte Evaluierung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen nach spezifischen Risikogruppen,
5. die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.“

Folgend wird eine Übersicht über die in diesem Bericht diesbezüglich dargestellten Ergebnisse angeführt.

#### **§ 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge-(Gesunden)untersuchungen**

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 854.413 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon nach Absolutzahlen in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark.

---

<sup>1</sup> Entnommen dem BGBl. I Nr. 84/2009, § 447h

Anteilmäßig war die Inanspruchnahme im Burgenland am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Kärnten.

Nach Absolutzahlen betrachtet entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2010 die Inanspruchnahme der Frauen mit 12,9% um knapp einen Prozentpunkt über jener der Männer mit 12,0%. Das führt zu einer österreichweiten Inanspruchnahme von 12,5 %.

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen auf die 45-49jährigen, wie auch im Vorjahr, zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2010 – wie auch 2009 – die Gruppe der 60-64jährigen.

Zusammenfassend kann sich der positive Trend der letzten Jahre, nach den rückläufigen Frequenzen im Jahr 2009, im Jahr 2010 erneut fortsetzen. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten – mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg – konnten wieder Anstiege der Inanspruchnahme verzeichnet werden. Insgesamt kann 2010 im Vergleich zu 2009 eine Zuwachsrate von +1,8 Prozent der Untersuchungen des allgemeinen Programms ausgemacht werden.

### **§ 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen**

Das „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS) wurde geschaffen, damit Personen, welche definierte Risikofaktoren aufweisen und somit von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung besonders profitieren können, identifiziert und anschließend mittels einer zielgruppenadäquaten Ansprache zur Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden können. Bis dato sind mehr als 200.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate liegt derzeit bei 7,4%. Seit Beginn 2011 wird der bisher einzige zur Verfügung stehende Kommunikationskanal „Einladebrief“ um neue Kommunikationskanäle bzw. zielgruppenspezifische Marketingmaßnahmen ergänzt. Der Fokus liegt hierbei auf der Implementierung von regionalen und überregionalen Kooperationen mit Projektpartnern, welche direkt mit den jeweiligen Zielgruppen in Kontakt stehen und so einen niederschweligen Zugang zu Informationen über die Vorsorgeuntersuchung ermöglichen.

### **§ 447h (4) Ziffer 2 ASVG: Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre**

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung mehrere Begrifflichkeiten eingeführt, jedoch nähere Ausführungen unterlassen. So bleibt es mit der gegebenen Formulierung der „Auswirkungen der Änderungen“ offen, welche Messgrößen bei den erwähnten Auswirkungen berücksichtigt werden sollen. In Betracht kommt dabei in erster Linie die mögliche Änderung der VU-Inanspruchnahme an sich. Hierfür wird der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2010 („VU neu“) gegenübergestellt. Damit kann eine vorsichtige Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen: Trotz des Rückganges im Jahr 2009 lässt sich insgesamt für Österreich weiterhin im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2010 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2008 im Bundesland Wien mitgeprägt wird.

Die Erstellung einer „Kosten-Nutzen-Bewertung“ im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung stellt eine beträchtliche methodische Herausforderung dar. Diese Art von gesundheitsökonomischer Bewertung betrachtet den Wert der eingesetzten Ressourcen und der dadurch produzierten Ergebnisse (Outcomes). Trotz der Verfügbarkeit elektronischer Befunddaten der VU Neu, sind noch zusätzliche Daten zur Abbildung der klinisch bzw. gesundheitlich relevanten Effektmaße erforderlich. Seitens HVB und IfGP wird diesbezüglich seit Mitte 2010 an der Umsetzung einer pseudonymisierten Verknüpfung zwischen Krankenversicherungsdaten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet.

Erste trägerübergreifende Analysen betreffend eine spezifische VU-Population, die den Nutzen aus der Perspektive der VU-ProbandInnen über allenfalls unterdurchschnittliche Ausmaße an verzeichneten Krankenhaus-Aufenthalten bzw. Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgreifen, werden ebenfalls vor dem Hintergrund der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG im entsprechenden Abschnitt dargestellt. Aus Sicht der Kostenträger, der österreichischen Sozialversicherung, werden in diesem Zusammenhang Auswertungen betreffend verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarzt-Kosten angeführt. Weiterführende und robustere Evaluierungen diesbezüglich sollen ebenso über die oben angesprochene pseudonymisierte Verknüpfung von Datenbeständen der Krankenversicherung bzw. der elektronischen Befunddaten umgesetzt werden.

### § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind

Für diese Fragestellung richten sich die Analysen unter anderem auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU Neu (allgemeines Untersuchungsprogramm) innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums. Dabei wurde die Gesamtheit aller VU-TeilnehmerInnen des ersten Quartals 2007 hinsichtlich ausgewählter abgerechneter Leistungsdaten betreffend den Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme betrachtet.

Seit November 2010 liegen die Ergebnisse des ersten trägerübergreifenden FOKO(FOLgeKOSTen)-Gesamtberichtes vor. Diese basieren auf den Daten der FOKO-Schnittstelle der neun Gebietskrankenkassen sowie der vier bundesweiten Sondersversicherungsträger (VAEB, BVA, SVA, SVB). Eine Zusammenschau ist mit Tabelle 1 gegeben.

Tabelle 1: Zusammenschau – Konsum medizinischer Leistungen.

	VU-Wert (roh)	VU-Wert (altersstand.)	Ref.-Wert (gew.)	Relative Differenz
Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kontakten	11,2	10,9	8,0	<b>+36,3 %</b>
Mittlere Vertragsarzt-Kosten	242,72 €	236,21 €	181,34 €	<b>+30,3 %</b>
Mittlere Anzahl an KH-Tagen	1,5	1,5	1,7	-11,8 %
Mittlere „Krankenhaus-Kosten“	285,42 €	291,82 €	295,49 €	-1,2 %
Mittlere Anzahl eingelöster Heilmittel	12,6	12,1	10,6	+14,2 %
Mittlere Kosten eingelöster Heilmittel	230,06 €	216,18 €	245,27 €	-11,9 %
Mittlere Anzahl an AU-Fällen	0,76	0,82	0,79	+3,8 %
Mittlere Anzahl an AU-Tagen	8,26	8,08	9,03	-10,5 %

Anmerkung. Kosten exkl. USt. Relative Differenz: VU-Wert (altersstand.) zu Ref.-Wert (gew.).

Die Auswertungen betreffend die Vertragsarzt-Kontakte (+36,3 %) sowie Vertragsarzt-Kosten (+30,3 %) sprechen für eine gegenüber dem österreichweiten Benchmark (Durchschnitt aller SV-Versicherten) überdurchschnittliche Leistungs-Abrechnung bei den VU-TeilnehmerInnen. Die weiteren Auswertungen zeigten keine derart auffälligen Abweichungen zu den österreichweiten Vergleichsdaten. Die grundsätzliche Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchung auf die „asymptomatische (gesunde) Allgemeinbevölkerung“ würde im Zusammenhang zu den verordneten Heilmitteln eine klarere Kostendifferenz zugunsten der VU-TeilnehmerInnen erwarten lassen.

Insgesamt scheinen die erwarteten Effekte der VU hinsichtlich der über FOKO-Daten allein analysierten gesundheits- sowie kostenbezogenen Outcomes, deskriptiv und österreichweit betrachtet, vorerst nicht erkennbar.

In diesem Zusammenhang ist die Limitierung einer möglichen mittels FOKO-Daten allein nicht kontrollierbaren Korrelation zwischen Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen anzuführen. Aus diesem Grund wird seitens HVB und IfGP seit Mitte 2010 an der Umsetzung einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Damit soll erstmals eine nach dem Gesundheitsprofil der VU-TeilnehmerInnen korrigierte Analyse betreffend deren Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen möglich werden um somit allenfalls vorhandene Effekte der Intervention VU Neu besser sichtbar zu machen.

Zusätzlich zur eben skizzierten Outcome-Evaluierung wurde die Inanspruchnahme spezifischer Screening-Programme zur Krebsfrüherkennung analysiert. Diese umfassen den PAP-Abstrich, die Mammographie sowie den PSA-Test. Eine repräsentative Analyse betreffend Koloskopie war mittels der zur Verfügung stehenden FOKO-Daten nicht möglich.

Auffallend erschien die durchwegs hohe Prävalenz an durchgeführten Screenings ab VU-Inanspruchnahme in den höheren Altersgruppen über dem 70. Lebensjahr. Betreffend PAP-Abstrich gilt dies für etwa 28 % der 71-80-Jährigen und für noch etwa 12 % der über 80-Jährigen. Die wissenschaftlichen Grundlagen zur VU Neu empfehlen dagegen dieses Screening für Frauen zwischen 19 und 69 Jahren. Eine Mammographie wurde für ungefähr 30 % der 71-80-Jährigen und für etwa 15 % der über 80-Jährigen abgerechnet. Die wissenschaftlichen Grundlagen empfehlen dagegen dieses Screening ausschließlich für Frauen zwischen 40 und 70 Jahren.

Auch die Screening-Intervalle beim PAP-Abstrich und der Mammographie widersprechen den Vorgaben der wissenschaftlichen Grundlagen. Bei etwa 57 % der Frauen, welche vor der VU-Teilnahme bereits einen PAP-Abstrich gemacht haben, wurde dieser nach der VU wiederholt. Laut wissenschaftlichen Grundlagen gelten als geeignetes Routine-Intervall drei Jahre. Bei etwa 22 % der Frauen mit einer bereits vor der VU-Teilnahme durchgeführten Mammographie, wurde auch danach wiederum eine abgerechnet. Die wissenschaftlichen Grundlagen empfehlen dabei ausnahmslos ein Routine-Intervall von zwei Jahren.

Im Rahmen der VU Neu ist lediglich eine strukturierte Beratung bzw. Aufklärung über den PSA-Test auf Wunsch der/des ProbandIn vorgesehen. Vor diesem Hintergrund und der laut wissenschaftlicher Grundlagen gegebenen Evidenzlage, welche den Einsatz des PSA-Screenings in bevölkerungsbasierten Programmen nicht rechtfertigt, erscheint die Prävalenz der Inanspruchnahme mit etwa 40 % auffällig hoch.

### **§ 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen**

Eine gezielte Evaluierung kann mit den vorliegenden Daten nur deskriptiv erfolgen. So können innerhalb der VU-Population Gruppen mit bestimmten klinischen Befundkonstellationen bzw. mit definierten Risikofaktor-Bündeln (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen bzw. definierten kardiovaskulären Globalrisiko-Klassen) in einer Querschnitt-Betrachtung hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen dargestellt werden. Eine erste Querschnitt-Analyse liegt mit der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten im Jahr 2010 vor.

Gemäß § 16 VU-GV wurde die Evaluierung der vorliegenden pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung (ausschließlich) gemeinsam zwischen ÖÄK und HVB durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam durchgeführt. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Möglichkeiten definierte das gemeinsame Evaluierungsteam vor allem vor dem Hintergrund der Ziffer 4 des § 447h (4) ASVG einen „VU-Kernindikatorensatz“ hinsichtlich der Versorgung spezifischer Risikogruppen. Dieser Indikatorensatz berücksichtigt jene Indikatoren, welche aus den VU-Befunddaten des allgemeinen Programms darstellbar sind und orientiert sich außerdem an den Vorsorgezielen der VU Neu. Basierend auf dem definierten Indikatorensatz erfolgten mit Mai 2010 die ersten deskriptiven Analysen der pseudonymisierten VU-Befunddaten durch das IfGP.

Die Ergebnisse der ausgewählten Versorgungsindikatoren zeigen einen Optimierungsbedarf in der Dokumentationsqualität hinsichtlich der bei der VU angeratenen (Lebensstil-)Maßnahmen auf. Beispielhaft angeführt sei die im Rahmen der VU dokumentierte Versorgung von TeilnehmerInnen mit Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten, für welche in rund 20 % der Fälle keine weiterführenden Maßnahmen angegeben wurden. Bei VU TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Hypertonie traf dies in rund 45 % der Fälle zu. Analoge Ergebnisse ließen sich auch betreffend die dokumentierte Versorgung von VU TeilnehmerInnen mit Krankheitsbildern wie Diabetes oder (Prä)adipositas erkennen. Weitere Auffälligkeiten zeigten sich beim dokumentierten Überweisungsverhalten bzgl. spezifischer Krebsfrüherkennungsprogramme. So wurde jeweils bei rund einem Viertel der TeilnehmerInnen über 70 Jahre entgegen der Zielgruppendefinition lt. den wissenschaftlichen Grundlagen zur VU eine Überweisung zur Mammographie bzw. zum Zervixkarzinom Screening dokumentiert.

Auf Basis der bestehenden Limitierungen bzgl. Datenqualität und Datenverknüpfungen (z.B. Abbildung des bereits bestehenden Versorgungsgrades bisher nicht möglich), der methodischen Rahmenbedingungen und den dargestellten Ergebnissen wurden daher im Projektabschlussbericht seitens des gemeinsamen Evaluierungsteams Empfehlungen abgegeben, um zukünftig dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 447h (4) ASVG im höheren Maße

nachkommen zu können. Diese Empfehlungen wurden im Rahmen eines vom HVB in Auftrag gegebenen Projekts mit dem Titel „VU-Befundblattanpassung“ im Jahr 2011 aufgegriffen.

### **§ 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-) finanziert wurden**

Im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurde für die Jahre 2009 bis 2013 die Schwerpunktsetzung Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung von der Trägerkonferenz verabschiedet, die die Basis für die Maßnahmen 2010 in diesem Bereich darstellt. Neben dem Lebensraum Betrieb und dem Lebensraum Schule werden Orte der Langzeitbetreuung, die Zielgruppe der SeniorInnen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention 2010 abgearbeitet. Als übergreifende Maßnahmen wurden im Jahr 2010 Projekte zu den Themen gesundheitliche Ungleichheit und Capacity Building umgesetzt.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung stellt die schulische und betriebliche Gesundheitsförderung auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2010 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb und die Erhöhung der Inanspruchnahme des Rauchertelefons sowie mit Maßnahmen der Qualitätssicherung der Raucherentwöhnung Schwerpunkte gesetzt. Als Teil des Nationalen Aktionsplans Ernährung wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und vorbereitende Maßnahmen für den österreichweiten Roll-Out von Ernährungsberatung für Schwangere ab 2011 gesetzt. Im Bereich Capacity Building wurde eine Charta für Public Health erstellt, als freiwillige Selbstverpflichtung der SV sich zukünftig an den Prinzipien der Public Health zu orientieren, die Ausbildungen von MitarbeiterInnen im Bereich Public Health und Gesundheitsmanagement gefördert sowie der wissenschaftliche Beirat weitergeführt.

# 1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu

## 1.1 Hintergrund

Die im Rahmen der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) zu beantwortenden Fragestellungen sind gemäß § 447h (4) ASVG durch die Ziffern dieses Paragraphen vom Gesetzgeber formuliert.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Absatzes ist wie folgt<sup>2</sup>:

„(4) Der Hauptverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. die zahlenmäßige Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie eine Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen,
2. eine Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie einer Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre,
3. die Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind,
4. eine gezielte Evaluierung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen nach spezifischen Risikogruppen,
5. die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.“

Inhalt, Umfang und Aussagekraft dieses Berichts sind dabei wesentlich auch an die Verfügbarkeit und Qualität der zugrunde liegenden Daten gebunden. Im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu stellen systematisch erhobene und standardisiert dokumentierte elektronische Befunddaten des Untersuchungsprogramms eine wesentliche Datengrundlage der Evaluierung dar.

---

<sup>2</sup> Entnommen dem BGBl. I Nr. 84/2009, § 447h

## Vorsorgeuntersuchung Neu

In der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Vorsorgeuntersuchung vom 9. März 2005 zwischen der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) wurde die Abwicklung der elektronischen Dokumentation und Übermittlung festgelegt. Die gesamtvertragliche Vereinbarung sieht vor, dass die Vorsorgeuntersuchung ab Einführung der e-card Infrastruktur (Anmerkung: ist erfolgt) vom Vertragsarzt verpflichtend elektronisch abzuwickeln ist. Die elektronische Dokumentation der durchgeführten Untersuchungen erfolgt über die Sozialversicherung. Durch zwei Bescheide der Datenschutzkommission im Mai 2006 wurde die elektronische Übermittlung sowie Aufbereitung und Pseudonymisierung der Daten geregelt. (Bescheide der Datenschutzkommission vom 8. Mai 2006, GZ BKA-K600.000-021/0003-DVR/2006, BKA-K600.000-022/0003-DVR/2006).

Nach Einrichtung der Pseudonymisierungsstelle im HVB gemäß § 84a Abs. 5 ASVG steht seit 17. Jänner 2007 die elektronische Abwicklung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) den Vertragsärzten zur Verfügung.

Der zusätzlich gestellten Forderung der ÖÄK, die Verschlüsselung der Vorsorgeuntersuchung bereits vor Übermittlung der Daten an den HVB durchzuführen, wurde seitens des HVB durch die Entwicklung einer EDV-technischen Variante entsprochen, bei der die Verschlüsselung bereits auf der GINA-Box (Gesundheits-Informationen-Netz-Adapter) und damit in der Ordination des Vertragspartners erfolgt.

Nach Überprüfung des VU-Dokumentationsblatts auf Korrektheit und Vollständigkeit werden über die GINA-Box die administrativen Daten von den medizinischen Daten getrennt. Die administrativen Daten werden zur Abrechnung an die SV-Träger weitergeleitet, die verschlüsselten medizinischen Daten gelangen direkt zum Pseudonymisierungsservice, wo der Personenbezug durch ein Pseudonym ersetzt wird und die danach wiederum verschlüsselten, sowie pseudonymisierten Daten an die auswertende Stelle weitergeleitet werden.

Neben dem Service über die GINA-Box gibt es noch eine weitere Möglichkeit der elektronischen Erfassung und Übertragung der VU Neu Daten, diese erfolgt über eine Web-Applikation des eSV-Portals des Hauptverbandes.

Die rechtliche Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation besteht wie bereits oben ausgeführt nach § 22 des VU Gesamtvertrages ab Einführung der e-card Infrastruktur. Die Sozialversicherung hat mit dem Release 8b die Verschlüsselung der Vorsorgeuntersuchungsdaten auf der GINA, somit in der Arztordination umgesetzt. Dem § 22 des VU-GV wurde mittels Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der ÖÄK und dem HVB vom 9. März 2005 über die Vorsorgeuntersuchungen (VU-GV) im Juni 2008 der Absatz 11 angefügt. Darin ist festgehalten,

dass ab Oktober 2008 alle Befundblätter (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) für Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 1. Juli 2008 durchgeführt wurden, vertragskonform elektronisch übermittelt werden. Liefert der Vertragsarzt trotz gesamtvertraglicher Verpflichtung die Befundblätter für Vorsorgeuntersuchungen ab 1. April 2009 nicht elektronisch, werden die Krankenversicherungsträger unbeschadet der rechtlichen Verpflichtung zur elektronischen Lieferung bis auf weiteres den Betrag von 3,-- Euro vom Honorar für die (Vorsorge-) Untersuchung einbehalten. Weiters wurde mittels § 16 VU-GV vereinbart, dass die Evaluierung der pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2010 ausschließlich gemeinsam zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam erfolgt.

## 1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2010/ 2011

### 1.2.1 VU Neu-Datenbank

Die Möglichkeiten und die Aussagekraft der Evaluation sind wesentlich an die Verfügbarkeit und Qualität der zugrunde liegenden Daten gebunden. Im Zusammenhang mit der VU Neu stellen systematisch erhobene und standardisiert dokumentierte elektronische Befunddaten eine wesentliche Datengrundlage der Evaluierung dar.

#### Elektronische Datenübermittlung

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur elektronischen Datenübermittlung und Datenverarbeitung bzw. Bereitstellung zu Evaluierungszwecken sind im einführenden Kapitel 1.1 ausführlich dargestellt.

Für die elektronische Erfassung der Daten stehen zwei Services zur Verfügung. Zum einen das elektronische Sozialversicherung (eSV)-Portal des HVB und zum anderen das Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS) der SVC GmbH. Beide Dienste basieren auf der vom Hauptverband definierten standardisierten Datenschnittstelle, womit eine einheitliche Datenübertragung gewährleistet ist. Für beide Dienste gilt, dass die vom Arzt übermittelten Daten in administrative, zur Abrechnung für die Träger, und verschlüsselte medizinische Daten getrennt werden. Die verschlüsselten medizinischen Daten (inkl. Personenbezug) werden zum Pseudonymisierungsservice weitergeleitet, wo der Personenbezug durch ein Pseudonym ersetzt wird. Diese Daten werden den auswertenden Stellen zur Verfügung gestellt, welche die medizinischen Daten entschlüsseln und damit Zugriff auf die pseudonymisierten medizinischen Daten haben (siehe Abbildung 1).

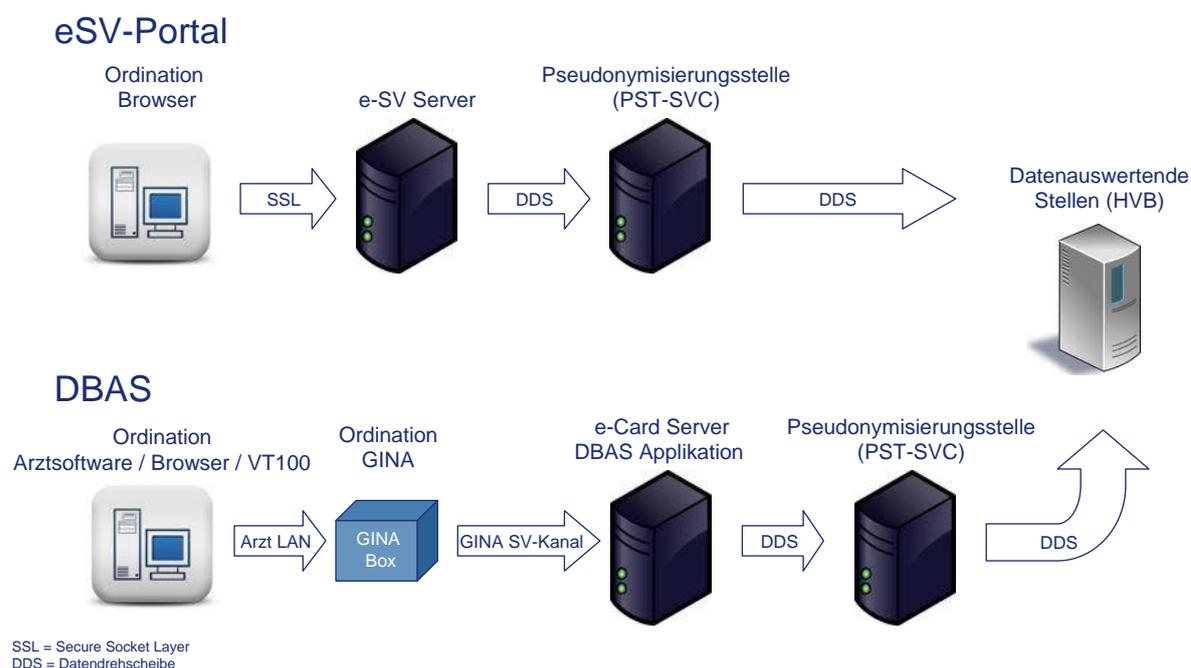


Abbildung 1: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Daten.

Legende. Pseudonymisierungsstelle (PST), Datendrehscheibe (DDS), Secure Socket Layer (SSL).

### OLAP-Datenwürfel

Um den Zugriff zu den pseudonymisierten Daten zu ermöglichen, wurde eine entsprechende Client-Server Architektur definiert. Mit dem Programm MS Excel 2007 kann auf einer virtuellen Maschine der ITSV GmbH am HVB auf die in einem sogenannten OLAP (Online Analytical Processing) Datenwürfel aufbereiteten pseudonymisierten VU-Befunddaten zugegriffen werden. Die Dimensionen des OLAP Datenwürfels bilden neben den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht und Alter sämtliche Untersuchungsparameter und Maßnahmen des Untersuchungsprogramms gemäß des Dokumentationsblatts (Befundblatt) ab.

Auf Basis der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom Juli 2008 (§ 16 VU-GV) wurden die pseudonymisierten VU-Befunddaten von der ÖÄK und dem HVB durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2010 auf aggregierter Ebene in einer Querschnitt-Analyse evaluiert (siehe Kapitel 1.7). Die Vorgehensweise der gemeinsamen Evaluierung wurde in einem zwischen dem HVB und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der österreichischen Ärztekammer verfassten Arbeitsauftrag festgehalten.

Die von der ITSV GmbH aktuell im OLAP Würfel geladenen pseudonymisierten medizinischen Daten zum allgemeinen Untersuchungsprogramm setzen sich betreffend Übertragungsservice und Versionsnummer des jeweils geltenden XML-Schemas gemäß Tabelle 2 zusammen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 2: Anzahl Datensätze aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm nach Versionsnummer und Service

UJAHR	DBAS		DBAS Erg.	ESV					ESV Erg.	Ges.erg		
	3.0	3.1		2.0	2.1	2.2	3.0	3.1				
2001				1	1				1	3	3	
2002				1						1	1	
2003				1						1	1	
2005	8		8	3	1			14	1	19	27	
2006	272	222	494	1	1	22	11	165		200	694	
2007	277	2.163	2.440	233	14	892	661	298		2.098	4.538	
2008	3.954	7.319	11.273		689	8.984	210	5.474	1	15.358	26.631	
2009	26.264	345.142	371.406	277	8	8.604		15.423	1.307	25.619	397.025	
2010		627.995	627.995		10			28.848	5.253	34.111	662.106	
n.z.	3		3	2						2	5	
<b>Ges.erg.</b>	<b>3</b>	<b>30.775</b>	<b>982.841</b>	<b>1.013.619</b>	<b>526</b>	<b>716</b>	<b>18.503</b>	<b>882</b>	<b>50.222</b>	<b>6.563</b>	<b>77.412</b>	<b>1.091.031</b>

Anmerkungen. UJAHR = Untersuchungsjahr, DBAS = Dokumentationsblattannahme-Service, ESV = eSV-Portal, Erg. = Ergebnis, Ges.erg = Gesamtergebnis, n.z. = nicht zugeordnet.

### QS – Elektronische Datenübermittlung

Das IfGP hat hinsichtlich der Qualitätssicherung der pseudonymisierten VU Befunddaten einen Endbericht vorgelegt, der die Ergebnisse der Datenprüfung auf Plausibilität, fehlende Einträge und Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Abbildung der Datenstruktur darstellt. Grundsätzlich kann durchaus von einer guten Qualität der gemeldeten Befunddaten gesprochen werden. Es konnte aber auch Verbesserungspotenzial gezeigt werden. In Zusammenarbeit mit Alpha ITC bzw. der IT-SV und dem HVB wurden daraufhin Maßnahmen erarbeitet, die zur Sicherung bzw. Verbesserung der Datenqualität der VU-DB führen sollen. Die Maßnahmen gliedern sich in Bereiche wie einer standardisierten Überprüfung der eingehenden Daten (Monitoring), Anpassung der Datenstruktur sowie Implementierung von Plausibilitätsprüfungen zur Identifizierung klinisch nicht plausibler Werte.

### 1.2.2 FOKO - Schnittstelle

Im Rahmen der Evaluierung der VU Neu gemäß § 447h (4) ASVG gilt es unter anderem, mehreren Ziffern dieses Paragraphen Rechnung zu tragen. Ziffer 2 („Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie eine Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre“), Ziffer 3 („Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind“), sowie Ziffer 4 („gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen“) sollen unter anderem mittels der FOKO (FOlgeKOsten)-Schnittstelle als elektronische Datenquelle abgedeckt werden.

Im Jahr 2010 wurde mit März ein Zwischenbericht der Analyse-Ergebnisse auf Basis der FOKO-Schnittstellen-Daten eines – aufgrund der führenden Datenqualität – ausgewählten Trägers fertiggestellt. Im Anschluss wurden aufgrund der unterschiedlichen trägerspezifischen Form sowie Qualität der Datenspeicherung die Daten der anderen Träger für die weiteren Analysen aufbereitet. Diese sind schließlich in einen Gesamtbericht eingeflossen, welcher seit November 2010 dem HVB vorliegt und die Analyseschwerpunkte in einem österreichweiten Gesamtblick darstellt.

Der angesprochene Zwischenbericht sowie der Gesamtbericht skizzieren – unter anderem – Ergebnisse betreffend die oben angeführte Ziffer 2 sowie Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG. Die Analysen richten sich dabei auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU Neu – Allgemeines medizinisches Programm – innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums. Außerdem werden Auswertungen betreffend die Abrechnung spezifischer Untersuchungsprogramme, welche in den Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen definiert sind, dargestellt. Diese umfassen die Durchführung eines PAP-Abstriches, einer Mammographie sowie einer Koloskopie. Genaueres dazu sowie die entsprechenden Ergebnisse werden im Kapitel 1.6 beschrieben.

Um gegebenen Problemstellungen, wie einer möglichen Korrelation zwischen Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ein Zusammenhang welcher mittels FOKO-Daten allein nicht kontrollierbar ist, besser begegnen zu können, wird seitens HVB und IfGP seit Mitte 2010 an der Umsetzung einer pseudonymisierten Zusammenführung von FOKO-Daten mit elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Damit soll unter anderem erstmals eine nach dem Gesundheitsprofil der VU-TeilnehmerInnen korrigierte Analyse betreffend deren Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen möglich werden sowie die weitere und adäquate Versorgung von in der VU erkannten Risikopersonen als mögliche Outcome-Bewertung der VU betrachtet werden.

### 1.2.3 TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität

Zur Erfassung der TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der VU Neu wurde 2010 die dritte österreichweite postalische Befragung durchgeführt. Bereiche, die auch 2007 und 2009 (teils in unterschiedlichem Ausmaß) berücksichtigt wurden, umfassen unter anderem Organisations- und Prozessmerkmale (z.B. Untersuchungsstelle, Arzt-Patienten-Interaktion, Blutdruckmessung, Abschlussgespräch, Erhalt des Befundblattes und des Alkoholfragebogens AUDIT, Beratung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen). Weiters wurde sowohl direkt nach der Zufriedenheit mit spezifischen Aspekten der Vorsorgeuntersuchung als auch nach der Zufriedenheit mit dieser im Allgemeinen gefragt. Ergänzend wurden personenbezogene Merkmale wie z.B. Häufigkeit der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung, Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, Lebensstilparameter (z.B. Rauchverhalten) und soziodemografische Faktoren erfasst. Neue Schwerpunkte bei der Befragung 2010 bildeten die Einschätzung des Nutzens der Vorsorgeuntersuchung und das psychosoziale Informationsbedürfnis.

Für die Befragung 2010 wurde von der SVC GmbH (Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., 1020 Wien) eine Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit jener 142.697 Personen von allen neun Gebietskrankenkassen und von vier Sonderversicherungsträgern (BVA, SVA, SVB, VAEB) gezogen, für die zwischen 11. Jänner und 8. März 2010 im Rahmen der VU Neu ein allgemeines Untersuchungsprogramm abgerechnet wurde. Die Generierung des Stichprobensamples erfolgte träger- und geschlechtsproportional und wurde gleichverteilt nach sechs Altersgruppen durchgeführt. Von den im April 2010 angeschriebenen 11.915 Personen (Bruttostichprobe, exklusive neutraler Ausfälle) retournierten 4.080 Personen einen ausgefüllten Fragebogen, was einem Nettorücklauf von 34 % entspricht.

Der verwendete Fragebogen umfasst insgesamt 112 Items, die den folgenden Bereichen zugeordnet werden können:

- **Rahmenbedingungen der Vorsorgeuntersuchung**
  - Ort (Praxis versus Untersuchungsstelle)
  - Bundesland, in dem die Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde
- **Durchführende/r Ärztin/ Arzt**
  - Profession der Ärztin/ des Arztes
  - Bekanntheit der Ärztin/ des Arztes seitens der TeilnehmerInnen aufgrund vorangegangener Arztbesuche
  - „Arzt des Vertrauens“

- **Organisations- und Prozessmerkmale**
  - Meinung zum Ablauf der Vorsorgeuntersuchung
  - Meinung zur Ärztin/ zum Arzt
  - Patientenaktivierung durch die Ärztin/ den Arzt
  - Blutdruckmessung
  - Beratung zu gesundheitsrelevanten Themen
  - Erhalt des Alkoholfragebogens AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
  - Abschlussgespräch
  - Befundblatt
  - Besprechung des Befundblattes
  - Aussagen zum eigenen Verhalten („Aktives Informationsverhalten des Patienten“)
  - Beurteilung des Umfangs der Vorsorgeuntersuchung
  - Informationsbedürfnis
- **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen** (Personen ab 50 Jahren)
  - Hämoccult-Test
  - Vorsorge-Koloskopie (inklusive Beratung zu Nutzen und Risiken)
- **Zufriedenheit**
  - Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Vorsorgeuntersuchung
  - Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung im Allgemeinen
  - Vergleich zu Erwartungen
  - Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen
- **Offene Anmerkungen zur Vorsorgeuntersuchung**
- **TeilnehmerInnenmerkmale**

(Ergänzende Fragen, die sich nicht direkt auf die evaluierte Vorsorgeuntersuchung beziehen)

  - Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Teilnahme an Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchungen
  - Gesundheitszustand
  - Zufriedenheit mit der Gesundheit
  - Gesundheitssorgen
  - Zigarettenkonsum
  - Partizipationspräferenz
  - Einschätzung des Nutzens der Vorsorgeuntersuchung
  - Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung
  - Gewicht und Körpergröße
  - Soziodemografische Merkmale (Geschlecht, Alter, Familienstand, höchste abgeschlossene Ausbildung, Beruf, Beschäftigungsausmaß, Einkommen)

### ▪ Fragen zum Fragebogen

- Verständlichkeit
- Akzeptanz bezüglich Länge
- Unterstützung beim Ausfüllen
- Für das Ausfüllen benötigte Zeit

Der Großteil der BefragungsteilnehmerInnen ließ die Vorsorgeuntersuchung bei niedergelassenen ÄrztInnen (91 %) durchführen und davon überwiegend bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. Die meisten Personen (88 %) kannten die VU-Ärztin/ den VU-Arzt bereits aufgrund vorangegangener Arztbesuche und für den Großteil (82 %) ist diese Ärztin/ dieser Arzt auch der „Arzt des Vertrauens“.

Für 12 % war die mittels Fragebogen evaluierte Vorsorgeuntersuchung gleichzeitig die erste und für 13 % die zweite Inanspruchnahme dieses medizinischen Angebots. Die große Mehrheit hat davor bereits zwei- bis fünfmal (42 %) oder öfter als fünfmal (33 %) an einer Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchung teilgenommen. Ein hoher Prozentsatz der BefragungsteilnehmerInnen lässt sich als regelmäßige VU-TeilnehmerInnen charakterisieren: Knapp drei Viertel führen an, diese jährlich (50 %) oder alle zwei Jahre in Anspruch (24 %) zu nehmen. Neben der Häufigkeit nimmt auch die Regelmäßigkeit der Teilnahme mit dem Alter deutlich zu.

Der Nutzen der Vorsorgeuntersuchung (2010) wird von den meisten TeilnehmerInnen hoch eingeschätzt. Am häufigsten wird den beiden Aussagen, dass die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung der frühzeitigen Erkennung und damit Behandlung von Krankheiten hilft (95 %) und dass die Teilnahme Sicherheit gibt, gesund zu sein (95 %), (eher) zugestimmt.

Eine Zielsetzung der Befragung war es, Bereiche im Zusammenhang mit der inhaltlichen Ausrichtung der ärztlichen Beratung zu beleuchten und einen Überblick zu erhalten, welche Themen in diesem Zusammenhang aktuell berücksichtigt werden. Am häufigsten wird (von den acht abgefragten Themen) mit 83 % das Bewegungsverhalten angesprochen, gefolgt von den Themen Körpergewicht (79 %), gesunde Ernährung (75 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko (74 %), Rauchen (69 %), Alkohol (68 %), Umgang mit Belastungen im Alltag (59 %) und Zahn- bzw. Mundhygiene oder Parodontalerkrankungen (49 %). Dabei ist die Anzahl der angesprochenen Themen mit der Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung korreliert: Je mehr gesundheitsrelevante Inhalte von der Ärztin/ dem Arzt thematisiert werden, desto zufriedener zeigen sich die TeilnehmerInnen.

Zur Erfassung des Informationsbedürfnisses (2010) wurde gefragt, zu welchen Themen man sich bei rückblickender Betrachtung mehr Informationen gewünscht hätte. 54 % der BefragungsteilnehmerInnen bejahen dies bei mindestens einem der zehn vorgegebenen

Themenbereichen. Am häufigsten wird angeführt, dass man sich mehr Information zum Thema Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung (z.B. Mammographie, Koloskopie, PSA-Test) gewünscht hätte (39 % der BefragungsteilnehmerInnen). Es folgen die Themen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (36 %), Umgang mit Belastungen im Alltag (32 %), eigener Gesundheitszustand (28 %), Erreichung oder Beibehaltung eines gesunden Körpergewichts (27 %), Untersuchungsergebnisse der Vorsorgeuntersuchung (26 %), Gesunde Ernährung (25 %), Bewegungsverhalten (körperliche Aktivität) (21 %), Rauchen (5 %) und Alkohol (5 %).

Um dem Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung, der als Modell der Arzt-Patient-Kommunikation bei medizinischen Entscheidungen zunehmend an Bedeutung gewinnt, zu berücksichtigen, wurden entsprechende Items in den Fragebogen integriert. In Bezug auf die Beratung zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung Koloskopie zeigen die Ergebnisse, dass aus Sicht der BefragungsteilnehmerInnen häufiger über den mit der Untersuchung einhergehenden Nutzen im Vergleich zu dem damit verbundenen Risiko aufgeklärt wird und somit von den TeilnehmerInnen auch häufiger angeführt wird, über die Vor- als über die Nachteile der Vorsorge-Koloskopie Bescheid zu wissen.

Für die Vorsorgeuntersuchung Neu wird das Screening nach problematischem Alkoholkonsum bei allen VU-TeilnehmerInnen empfohlen. Hierfür können die Ergebnisse des von der Teilnehmerin/ dem Teilnehmer selbst ausgefüllten Fragebogens AUDIT-GMAT (Alcohol Use Disorders Identification Test, „Alkoholfragebogen“) als Grundlage für ein Gespräch herangezogen werden. Insgesamt 42 % der BefragungsteilnehmerInnen berichten, den Alkoholfragebogen erhalten zu haben. Mit mehr als der Hälfte (54 %) dieser Personen wurden die getätigten Angaben auch besprochen.

Bezüglich Screening nach erhöhtem Blutdruck bei allen VU-TeilnehmerInnen wird empfohlen, den Mittelwert von zwei Messungen im Sitzen zu verwenden. Eine Blutdruckmessung wurde bei nahezu allen BefragungsteilnehmerInnen (98 %) durchgeführt, wobei 66 % dieser Personen angeben, dass der Blutdruck einmal, und 34 %, dass er mindestens zweimal erhoben wurde.

Mit 92 % der BefragungsteilnehmerInnen wurde ein Abschlussgespräch geführt, 8 % erhielten keines. Der Großteil der Personen, die ein solches Gespräch hatten, stuft die Dauer des selbigen als passend ein (89 %) und war mit dem Gespräch (sehr) zufrieden (93 %). Bei jenen 8 %, mit denen kein Abschlussgespräch geführt wurde, ist dieser Umstand mit einer deutlich geringeren Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung korreliert.

Insgesamt 77 % der BefragungsteilnehmerInnen wurde ein Befundblatt ausgehändigt oder sie haben angegeben, dass dieses an eine andere Person (z.B. Hausarzt) übermittelt werden soll; 23 % erhielten keines. Mit 88 % der BefragungsteilnehmerInnen wurde das Befundblatt ausführ-

lich (55 %) oder zumindest kurz (33 %) besprochen, mit 12 % fand dahingehend kein Gespräch statt. Wie beim Abschlussgespräch zeigt sich auch hier ein deutlicher Zusammenhang mit der Zufriedenheit, wobei insbesondere Personen, die ein ausführliches Gespräch erhielten, mit der Vorsorgeuntersuchung sehr zufrieden sind.

Die große Mehrzahl der VU-TeilnehmerInnen zeigt sich mit dieser medizinischen Vorsorgeleistung zufrieden. So führen bei der Beurteilung unterschiedlicher Aspekte der Vorsorgeuntersuchung je ca. neun von zehn Personen an, damit zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, wobei die ÄrztInnen die positivste Beurteilung erhalten. Weiters geben 93 % der BefragungsteilnehmerInnen an, alles in allem mit der Vorsorgeuntersuchung zufrieden oder sehr zufrieden gewesen zu sein.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse dieser Befragung, dass die Vorsorgeuntersuchung aus Sicht der VU-TeilnehmerInnen im Großen und Ganzen positiv zu beurteilen ist.

Eine über diese Zusammenfassung hinausgehende Darstellung der Befragung von 2010 ist Gegenstand des Modulberichts „TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu 2010“.

### 1.2.4 ÄrztInnenbefragung

Im Rahmen der Evaluation der Vorsorgeuntersuchung wurden zur Erfassung der ärztlichen Perspektive zwei quantitative Befragungen durchgeführt: Im Jahr 2009 eine Telefonbefragung von 500 ÄrztInnen, im Jahr 2010 eine Online-Befragung, an der sich 1663 ÄrztInnen beteiligten. Für die zweite ÄrztInnenbefragung 2010 wurde ein „Befragungsinstrument zur Erfassung der Akzeptanz und Praktikabilität der VU Neu aus ärztlicher Perspektive“ entwickelt. Um eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Befragungen zu gewährleisten, wurden z.T. Items des Befragungsinstrumentes für die erste Ärztebefragung 2009 übernommen. Der 2010 verwendete Fragebogen setzt aber auch neue Schwerpunkte und beinhaltet folgende Themen:

- Form der Dokumentation
- Wissenschaftliches Begleitmaterial
- Risikotafeln
- Alkohol-Kurzintervention
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
- Lebensstilberatung
- VU-Schulungsmaßnahmen
- Zufriedenheit mit der VU Neu

Einen Schwerpunkt des Fragebogens 2010 bilden Fragen zum wissenschaftlichen Begleitmaterial. Unter Berücksichtigung internationaler Studien wurden außerdem Items zu den Barrieren der Alkohol-Kurzintervention und zu Motivationsaspekten, die möglicherweise eine häufigere Alkoholberatung begünstigen, aufgenommen. Neben einer stärkeren Gewichtung der erwähnten Themen wurde dem Modell der informierten Entscheidungsfindung im Rahmen der Risikokommunikation von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mehr Raum gewidmet. Neu in das Instrument aufgenommen wurden zudem Fragen zu potenziellen Barrieren ärztlicher Präventionstätigkeit und zur Einschätzung der Wirksamkeit der Lebensstilberatung, ebenso wie zu den Möglichkeiten, angewiesene Maßnahmen (Empfehlungen, Überweisungen etc.) nachzuverfolgen.

Die zweite ÄrztInnenbefragung wurde im Zeitraum vom 25.05.2010 bis 08.08.2010 als Online-Befragung durchgeführt. Es wurden 6.419 ÄrztInnen mit VU-Vertrag zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Das bereinigte Sample beträgt 6.307 ÄrztInnen. Von ihnen haben sich 1.663 Personen, das sind 26,4 %, an der Befragung beteiligt. 1.451 (23,0 %) ÄrztInnen haben den Fragebogen beendet. 28,6 % davon sind Frauen. Bei einem Durchschnittsalter von 51 Jahren reicht die Altersspanne von 25 bis 73 Jahren (SD = 7.7, n = 1.441). Die Ärztinnen sind durchschnittlich um vier Jahre jünger als ihre männlichen Kollegen. Der Großteil der befragten

## Vorsorgeuntersuchung Neu

ÄrztInnen (80,5 %) ist im Fach der Allgemeinmedizin ausgebildet. Zwei Drittel der Befragten (68,0 %) nehmen regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil, 94,6 % ordinieren in einer Einzelpraxis. Drei Viertel der Befragten sind als VertragsärztInnen tätig. Durchschnittlich sind die ÄrztInnen seit 17 Jahren niedergelassen und führen seit 16 Jahren Vorsorgeuntersuchungen durch. Im Durchschnitt werden von ihnen 47 Vorsorgeuntersuchungen in einem Quartal durchgeführt.

Seit Einführung der e-card Infrastruktur sind die ÄrztInnen laut VU Gesamtvertrag dazu verpflichtet, die Dokumentation in elektronischer Form abzuwickeln und die VU-Befunddaten elektronisch zu übermitteln. Immerhin 19,1 % der Befragten geben an, nach wie vor ausschließlich auf Papier zu dokumentieren. 37,6 % geben an, sowohl elektronisch als auch auf Papier zu dokumentieren und 43,3 % dokumentieren ausschließlich elektronisch. Vergleicht man diese Ergebnisse mit jenen aus dem Jahr 2009, zeigt sich, dass der Anteil an ÄrztInnen, die nur auf Papier dokumentieren, von 48 % auf 19 % gesunken ist.

Von jenen, die elektronisch dokumentieren, geben 61,3 % an, dass sich die Dokumentationsarbeit durch diese Form für sie vereinfacht hat. Auch mehr als die Hälfte stimmt dem Statement zu, dass die elektronische Dokumentation mit weniger Zeitaufwand verbunden ist. Insgesamt stellen drei Viertel eine Verbesserung der Dokumentationsqualität durch die elektronische Variante fest.

Als wissenschaftliches Begleitmaterial stehen den ÄrztInnen einerseits die „Ärzt Broschüre“, die auf ca. 50 Seiten die wichtigsten Ziele und Inhalte der Vorsorgeuntersuchung Neu präsentiert, und andererseits die „wissenschaftlichen Grundlagen“ (ca. 200 Seiten) zur Verfügung. Insgesamt 43,4 % der Befragten meinen, dass die „Ärzt Broschüre“ für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung nicht brauchbar ist. 28,5 % verwenden dieses Handbuch immer wieder, um bestimmte Themen nachzuschlagen und weniger als ein Viertel, nämlich 22,8 % geben an, gerne mit der „Ärzt Broschüre“ zu arbeiten. 28,8 % arbeiten gerne mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“. Für 43,9 % waren die „wissenschaftlichen Grundlagen“ als Einführungslektüre nützlich. Mit 21,6 % eher gering ist der Anteil jener ÄrztInnen, welche die „wissenschaftlichen Grundlagen“ immer wieder verwenden, um bestimmte Themen nachzuschlagen. Entsprechend finden 43,5 % der Befragten dieses Handbuch nicht brauchbar für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung.

Die ÄrztInnen wurden auch gebeten, anzugeben, welche Eigenschaften wissenschaftliches Begleitmaterial aufweisen sollte, damit sie dieses gerne nutzen würden. Mit 92,3 % am häufigsten wurde die Eigenschaft der wissenschaftlichen Aktualität als relevant genannt, mit 66,6 % am seltensten das Merkmal der Verknüpfung mit dem VU-Datenblattsystem. Den

ÄrztInnen sind vor allem auch eine kurze und sachliche Darstellung der Inhalte (92,1 %) sowie ergänzende Kurzfassungen bzw. Checklisten wichtig (84,1 %).

Zur Visualisierung des kardiovaskulären Risikos stehen zwei grafische Risikotafeln (New Zealand Risk Scale und AHA Risk Calculator) zur Verfügung. Die AnwenderInnen der Risikotafeln (nur 8,9 % verwenden diese nie) wurden nach ihren Erfahrungen mit den Instrumenten gefragt: Für insgesamt 63,9 % trifft es zu, dass mithilfe der Tafeln die Effizienz der Beratung gesteigert wird. Für gut ein Drittel (35,0 %) allerdings trifft es auch zu, dass mit Risikotafeln zu arbeiten, als zu zeitaufwändig erscheint. 57,2 % meinen zwar, die Beratung mittels Risikotafeln motiviere die PatientInnen zu einer Verhaltensänderung, immerhin 29,6 % finden aber die Tafeln als nicht brauchbar.

Zur Alkohol-Kurzintervention im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung wird den ÄrztInnen der Alkoholfragebogen AUDIT-GMAT empfohlen. 27,6 % der Befragten geben an, den Alkoholfragebogen immer, also bei jeder Vorsorgeuntersuchung, zu verwenden. In etwa gleich viele, nämlich 29,2 %, verwenden den Fragebogen nie. 9,0 % verwenden ihn oft, 12,6 % manchmal und 21,5 % selten. Jene ÄrztInnen, die den Alkoholfragebogen verwenden, wurden gefragt, ob sie mit dessen Hilfe bereits ProblemtrinkerInnen identifizieren konnten. Für insgesamt 18,7 % trifft dies zu bzw. eher zu. Für nur 27,8 % aller ÄrztInnen trifft es zu, dass mit dem Alkoholfragebogen das Thema Alkoholkonsum sinnvoll abgefragt wird. 58,0 % der Befragten sind der Meinung, der Fragebogen gefährde aufgrund stigmatisierender Fragen die Beziehung zu den PatientInnen, und für beinahe drei Viertel (73,9 %) der ÄrztInnen stellt der AUDIT-GMAT ein Screening-Instrument dar, das als nicht brauchbar eingeschätzt wird.

Internationale Studien weisen darauf hin, dass in der ärztlichen Praxis wenig Zeit für Alkohol-Kurzinterventionen aufgebracht wird. Es werden unterschiedliche Gründe dafür angeführt. Mit einigen dieser Statements wurden die ÄrztInnen dieser Studie konfrontiert. Die höchste Zustimmung mit 81,4 % erreicht das Argument der unangemessenen Honorierung. Mit 19,7 % am seltensten wird dem Statement „ÄrztInnen sehen die Durchführung von Alkohol-Kurzinterventionen nicht als ihre Aufgabe“ zugestimmt. Sowohl den Barrieren „geeignete Screening-Instrumente“, „mangelnde Schulung“ als auch „verärgerte Reaktion der PatientInnen auf die Konfrontation mit Fragen zu ihrem Alkoholkonsum“ wird von jeweils mehr als 50,0 % der Befragten zugestimmt. Schließlich wurden den ÄrztInnen Vorschläge unterbreitet, die sie persönlich dazu motivieren könnten, öfter eine Alkohol-Kurzintervention durchzuführen. Insgesamt betrachtet, erhalten diese Vorschläge (z.B. angemessene zeitliche Ressourcen, Angebote für weiterführende Therapien oder Schulungsangebote) mit durchschnittlich 81,7 % eine sehr hohe Zustimmung.

Bei kontroversiellen Screeningverfahren zur Krebsfrüherkennung wird von den ÄrztInnen erwartet, der Zielgruppe eine umfassende und ausgewogene Aufklärung zu bieten. Dafür wird

die Umsetzung des Modells der informierten Entscheidungsfindung vorgeschlagen. Für 19,8 % der Befragten trifft es zu, dass ihnen die Zeit für ein solches Aufklärungsgespräch fehlt. Dass eine umfassende, auch die Risiken thematisierende Aufklärung den PatientInnen zugemutet werden kann, befürworten insgesamt 97,8 %. Nur insgesamt 13,9 % hingegen sind der Meinung, dass eine vollständige Aufklärung die PatientInnen von der Inanspruchnahme einer Untersuchung abschrecken könnte. 39,0 % geben an, dass sie gute Entscheidungshilfen für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen kennen, die sie ihren PatientInnen empfehlen. Ein Drittel (32,7 %) meint, dass ein ausführliches Aufklärungsgespräch von den meisten PatientInnen nicht gewünscht wird, da sie sich von ihrem Arzt eindeutige Empfehlungen erwarten. Interessanterweise überzeugen beinahe alle, nämlich 97,3 % der befragten ÄrztInnen ihre PatientInnen dann von der Wirksamkeit einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung, wenn sie selbst davon überzeugt sind.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass vor allem eine unzureichende Honorierung als Barriere der ärztlichen Lebensstilberatung gesehen wird (77,9 %). Etwas mehr als die Hälfte (54,3 %) meint, dass ihre Beratungen keine Veränderungen des Gesundheitsverhaltens bei ihren PatientInnen bewirken. Sogar 68,1 % sind der Meinung, dass Patienten ohne Beschwerden oder Symptome nur selten ihren Ratschlag befolgen. Insgesamt 55,8 % geben allerdings auch an, dass die meisten ihrer PatientInnen versuchen, ihren Lebensstil zu ändern, wenn sie diese dazu auffordern.

Für ÄrztInnen, die mit Beginn der VU Neu in ein Vertragsverhältnis genommen werden, besteht die Pflicht, eine Schulung zu den Inhalten der Vorsorgeuntersuchung zu besuchen. Allerdings halten beinahe drei Viertel der ÄrztInnen (73,4 %) aufgrund ihrer Erfahrungen und Kompetenzen eine zusätzliche Schulung für die Vorsorgeuntersuchung nicht für notwendig. In etwa ebenso viele (72,1 %) empfinden eine Schulung als nicht notwendig, da sie sich die Inhalte im Selbststudium erarbeiten können. Wieder ca. drei Viertel (73,8 %) halten Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger und fast alle Befragten, nämlich 91,2 % fühlen sich für die Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung ausreichend geschult.

Knapp die Hälfte der ÄrztInnen äußert Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung im Allgemeinen. Hohe Zufriedenheitswerte dominieren vor allem hinsichtlich der Inhalte der Vorsorgeuntersuchung: So etwa sind 70,1 % mit der Schwerpunktsetzung auf die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen zufrieden. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen liegt die Unzufriedenheit bei der Honorierung der VU Neu mit 40,2 % am höchsten und in Bezug auf die Materialien sticht die vergleichsweise hohe Unzufriedenheit mit dem Alkoholfragebogen ins Auge: 56,5 % sind unzufrieden bzw. sehr unzufrieden mit diesem Instrument. Insgesamt aber finden 81,2 % der befragten ÄrztInnen, dass die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form eine sinnvolle Versorgungsleistung darstellt.

Methode und Ergebnisse der 2010 durchgeführten ÄrztInnenbefragung sind Gegenstand des Modulberichtes „Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung Neu 2010“, der im Oktober 2010 fertiggestellt wurde.

### 1.2.5 VU-Änderungsbedarf

Der sozialversicherungsinterne Abschlussbericht „Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu“ wurde den Trägern Anfang 2011 übermittelt und stellte die Ausgangsbasis für das Folgeprojekt „VU Änderungsbedarf“ dar. Gegenstand des Abschlussberichts ist der Überblick über das Gesamtprojekt, die Darstellung spezifischer Fragestellungen der Evaluation und den damit verbundenen methodischen Herausforderungen und Limitierungen. Die Ergebnisse der Evaluierung werden präsentiert und diskutiert und ein Ausblick geboten. Zielsetzung des vom HVB beauftragten Folgeprojektes „VU-Änderungsbedarf“ war es die Ergebnisse und Empfehlungen aus diesem Bericht trägerübergreifend zu reflektieren und Vorschläge zur Verbesserung der Situation in definierten Handlungsfeldern (Inhalte der VU, gesetzliche & vertragliche Regelungen, Versicherteninformation, ÄrztInnenschulung und Informierte Entscheidungsfindung) zu generieren. Dieser Auftrag wurde von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus fünf Trägern, dem HVB und dem IfGP, im Zeitraum April bis Juni 2011 umgesetzt. Eine Feedbackschleife mit allen Trägern im Rahmen des VU-Workshops am 18. Mai 2011 stellte sicher, dass jene Träger, welche nicht Teil der Arbeitsgruppe waren, die Möglichkeit zur Partizipation hatten. Das Feedback und die zusätzlichen Vorschläge der Träger aus diesem wurden von der Arbeitsgruppe in den Maßnahmenkatalog eingearbeitet. Ende Juni 2011 wurden dem HVB die Empfehlungen dieser Arbeitsgruppe zu notwendigen Änderungen in der VU vorgelegt, die in weiterer Folge sozialversicherungsinterne Gremien zur Beschlussfassung durchlaufen sollten. Zum Zeitpunkt der Berichtlegung war dieser Prozess noch im Gange und es lagen noch keine abschließenden Ergebnisse vor.

### 1.2.6 Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“

Im Jahr 2007 startete das Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“, welches gemeinsam vom HVB und der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) geplant, gesteuert, koordiniert und evaluiert wird (inhaltliche Ausführungen sind im Bericht des Jahres 2007 enthalten). Aufgrund der positiven Evaluierungsergebnisse wurde das Projekt bereits zweimal verlängert, wodurch die Laufzeit der Zertifikate bis 2013 verlängert werden kann.

Die Teilnehmerzahl im seit 01.01.2009 laufenden Fortsetzungsprojekt liegt zum Stichtag 01.01.2011 bei 228 endoskopierenden Stellen, dies entspricht circa 50% aller endoskopierenden Stellen in Österreich. Das Monitoring der durchgeführten Koloskopien erfolgt anhand der übermittelten Befundblätter. Rund 2/3 der Probanden stimmen der Übermittlung der Befunddaten zu. Im Jahr 2010 wurden von den zertifizierten Untersuchungsstellen Befundblätter von 20.245 Personen übermittelt (2009: 18.055 Personen, 2008: 13.179 Personen). Durchschnittlich wurden 2010 mehr als 100 Befunde pro aktivem Teilnehmer übermittelt. Aufgrund von fehlender Datenübermittlung wurden im Jänner 2011 10 Teilnehmer vom Projekt ausgeschlossen, womit sich eine Reduktion der Teilnehmer auf 217 ergab. Hierbei handelt es sich um 134 Ärzte im niedergelassenen Bereich und 83 KA-Ambulanzen.

Ebenfalls erfolgte zum Stichtag 01.01.2011 auf Basis der bis dahin übermittelten Daten eine erste statistische Auswertung für durchgeführte Vorsorgekoloskopien in Österreich. Ein Vergleich mit Daten aus Deutschland wies bezüglich der Auffindung von Karzinomen (Österreich 0,6%, Deutschland 0,8%), dem Auftreten von Komplikationen (Österreich 0,3%, Deutschland 0,3%), der Zökumerreichsrate (Österreich 95,6%, Deutschland 98,7%), hinsichtlich der Prämedikationsrate (Österreich 86,7%, Deutschland 86,4%) und der Auffindung von advanced adenomas (Österreich 6,3%, Deutschland 6,6%) ähnliche Zahlen für beide Länder auf. Es sei aber darauf hingewiesen, dass in Deutschland die Registrierung jeder Vorsorgekoloskopie verpflichtend ist und dadurch nur bedingt Vergleiche vorgenommen werden können.

Das seit 2009 erweiterte Benchmarkingsystem wurde auch im Jahr 2010 nochmals erweitert. Neben dem umfassenden Benchmarkingbericht wurde eine zusätzliche Auswertung erstellt, die einen Vergleich der Zertifikatsperioden 2008-2009 und 2010-2011 österreichweit und teilnehmerspezifisch zulässt. Somit erhalten die Teilnehmer die Möglichkeit, ihre Verbesserungen hinsichtlich der Qualität der Vorsorgekoloskopien im Laufe der Zertifikatsperioden selbst zu monitoren. Die Feedbackberichte werden den Teilnehmern halbjährlich per Post zugesandt, ein österreichweiter Überblick kann jederzeit aktuell auf der Zertifikatshomepage abgerufen werden.

Die Evaluation der gewonnenen Daten erlaubt Untersuchungen von Fragen der Screeningforschung mit dem Ziel der Transparenzsteigerung in der Vorsorgemedizin. Neben dem Gewinn von wissenschaftlichen Erkenntnissen soll durch die Qualitätssicherung und Outcomemessung das Vertrauen in die Screeningkoloskopie gestärkt und die PatientInnenakzeptanz erhöht werden.

### **Erfüllung der Qualitätskriterien**

Die Evaluierung der Befunddaten zeigt, dass die vorgegebenen Qualitätskriterien bezüglich Zökumerreichsraten, Komplikationsraten und Hygiene erfüllt werden.

Die Überprüfung der Daten- und Eingabequalität erfolgt bei jeder/m ProjektteilnehmerIn einmal pro Jahr im Zuge einer Stichprobenziehung, bei welcher ein Vergleich der Dokumentation mit Originalbefunden (inklusive Histologie und Bilddokumentation des Zoekums) gemacht wird.

Bei 85 % der Teilnehmer konnte die Stichprobenziehung nach Einlangen und Begutachtung der erforderlichen Dokumente positiv abgeschlossen werden. Bei 10% der Teilnehmer war eine Anforderung weiterer Befunde notwendig. Bei 5% der Teilnehmer konnte aufgrund zu geringer Datenübermittlung noch keine Stichprobenziehung durchgeführt werden. Bisher musste kein Teilnehmer aufgrund unzureichender Datenqualität ausgeschlossen werden.

### **Jährliche Hygieneüberprüfung**

Die Überprüfung der Hygienevoraussetzungen ist ein weiterer wichtiger Qualitätsindikator, um eine effektive und vor allem sichere Darmkrebsvorsorge zu gewährleisten. Die Überprüfung umfasst die einmal jährliche hygienisch- mikrobiologische Kontrolle der Endoskope, der endoskopischen Zusatzinstrumente sowie der chemisch thermischen Desinfektionseinrichtung. Werden relevante Hygienemängel festgestellt, hat umgehend (nach entsprechenden Sanierungsmaßnahmen, innerhalb von 4 Wochen) eine neuerliche Überprüfung zu erfolgen.

Im Zertifikatszeitraum 2010 mussten 110 Teilnehmer Hygienekontrollen durchführen. Die angeforderte Hygienequalität wurde von unseren Teilnehmern zu 96% erbracht. Die Mängel bei 4% der Teilnehmer wurden nach Urgenz der ÖGGH behoben. Dadurch haben bei der nachfolgenden Überprüfung alle Teilnehmer die Hygienekontrolle bestanden.

Die Befunddatenübermittlung konnte aufgrund des Ausbaues der elektronischen Datenübermittlung im Jahr 2010 weiter gesteigert werden. Mit dem Release 11b (November 2010) wurde eine weitere Adaptierung der e-card Applikation Dokumentationsblattannahmeservice (DBAS) Koloskopiebefund durchgeführt und damit eine weitere Möglichkeit zur elektronischen Datenübermittlung im Rahmen des Qualitätsprojektes realisiert. Diese Anwendung im e-card System steht nur Teilnehmern des Qualitätsprojektes zur

Verfügung und garantiert eine einfachere Handhabung der Datenübermittlung, einen geringeren Zeitaufwand in der Administration und mehr Transparenz in der Analyse der Befunddaten.

### Publikationen

Im Jahr 2010 wurde das Projekt bei folgenden Veranstaltungen vorgestellt:

- 13. Gastroenterologisches Wintertreffen Galtür, März 2010
- DDW New Orleans, Mai 2010
- „43. ÖGGH-Jahrestagung“, Ried, Juni 2010
- United European Gastroenterology Week / World Congress of Gastroenterology 2010, Oktober 2010, Barcelona/ Spanien
- Wiener Krebstag, März 2010
- Artikel in der „Kleinen Zeitung“ 17.01.10: Ao. Univ. Prof. Dr. Ferlitsch
- Artikel in der „Krone“ 06.03.10: Doz. Dr. Weiss
- Artikel in der „Ärztekrone“ 17.05.2010: Prof. Dr. Friedrich Renner

### Leitlinie „Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie“

Eine ausführliche Leitlinie für die „Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie“ wurde von der ÖGGH entwickelt und zur Anerkennung als Bundesqualitätsleit- oder -richtlinie im Bundesministerium für Gesundheit eingereicht. Diese Leitlinie wurde nach dem aktuellsten Stand der Forschung erstellt und enthält die neuesten, wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zur Kolonkarzinomprävention.

Aufgrund der positiven Evaluierungsergebnisse des Qualitätsprojektes soll anhand dieser Leitlinie eine österreichweite Implementierung von bereits erfolgreich erprobten Qualitätsstandards in der Vorsorgekoloskopie vorangetrieben werden.

### 1.3 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen

Die diesen Darstellungen zugrunde liegenden Daten wurden von den einzelnen Krankenversicherungsträgern an den HVB in Form von Standardstatistiken übermittelt.

Der im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu anspruchsberechtigte Personenkreis (Zielgruppe) umfasst Versicherte und deren Angehörige sowie Nichtversicherte (sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und für sie nicht bereits aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung ein Leistungsanspruch besteht) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Der im Folgenden – vor allem in den Tabellenüberschriften – verwendete Begriff der Zielgruppe entspricht diesem Kreis der Anspruchsberechtigten. Die vom HVB für die anteilmäßigen Berechnungen verwendete Bezugsgröße stellt die Durchschnittsbevölkerung des Jahres 2010 ab dem 18. Lebensjahr nach Geschlecht, Alter und Bundesland dar (Statistik Austria, 2010).

Die in den Frequenzdarstellungen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen<sup>3</sup> grün markierten Ziffern stellen jeweils den höchsten absoluten bzw. anteiligen Wert innerhalb der betreffenden Spalte dar. Die in den Tabellen der vergleichenden Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen blau markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte die größte absolute bzw. anteilmäßige Zunahme gegenüber dem Vergleichszeitraum dar. Die rot markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte den größten absoluten bzw. anteilmäßigen Rückgang gegenüber dem Vergleichszeitraum dar.

Die Frequenzen bzgl. der gynäkologischen Untersuchungen<sup>4</sup> resultieren laut Hauptverband aus unterschiedlichen Verrechnungsmethoden der einzelnen Krankenversicherungsträger, womit eine Interpretation der Häufigkeiten bzw. ein bundeslandspezifischer Vergleich nicht sinnvoll möglich ist. Dies gilt ebenfalls für die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt, in welche die Zahlen der gynäkologischen Untersuchungen eingehen. Somit werden die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt bzw. der gynäkologischen Untersuchungen zwar im Bericht angeführt, da diese neben den allgemeinen

---

<sup>3</sup> Der in diesem Bericht im Text verwendete Begriff der „allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen“ bezieht sich auf das „allgemeine Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005)), vormals als „Basisuntersuchungen“ bezeichnet.

<sup>4</sup> Der im Text verwendete Begriff der gynäkologischen Untersuchungen bezieht sich auf das „gynäkologische Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005))

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Vorsorgeuntersuchungen ebenfalls gemeldete Abrechnungsdaten darstellen, jedoch wird von einer Diskussion dieser Häufigkeiten abgesehen.

Problematisch stellen sich ebenfalls die Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien in den Jahren 2006 bis 2008 dar. Laut Hauptverband ist es in diesem Zeitraum zu Doppelerfassungen gekommen. Somit ist für das Bundesland Wien eine Interpretation des Verlaufes der gemeldeten Frequenzen im genannten Zeitraum nicht sinnvoll möglich. Um dennoch Aussagen betreffend die Entwicklung der allgemeinen Untersuchungen in Wien bzw. für Österreich treffen zu können, wird für den genannten Zeitraum eine lineare Fortschreibung der Wiener Teilnehmezahlen vorgenommen. Diese generiert sich über eine lineare Ausgleichsrechnung auf Basis der validen Daten der Jahre 2000 bis 2005. Zusätzlich wird die Entwicklung in Österreich auch unter Ausschluss der Wiener Frequenzen betrachtet.

### 1.3.1 Frequenz 2010 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2010 stellt sich auf Bundesländerebene wie folgt dar:

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2010.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	<b>994.373</b>	<b>396.279</b>	<b>598.094</b>	<b>854.413</b>	<b>396.279</b>	<b>458.134</b>	<b>139.960</b>
Wien	201.556	79.625	121.931	<b>173.686</b>	<b>79.625</b>	<b>94.061</b>	27.870
Niederösterreich	80.112	40.030	40.082	79.526	40.030	39.496	586
Burgenland	53.826	22.303	31.523	48.960	22.303	26.657	4.866
Oberösterreich	141.784	68.727	73.057	139.809	68.727	71.082	1.975
Steiermark	126.765	57.205	69.560	124.619	57.205	67.414	2.146
Kärnten	90.939	33.175	57.764	77.493	33.175	44.318	13.446
Salzburg	56.308	25.648	30.660	55.626	25.648	29.978	682
Tirol	162.899	48.153	114.746	107.390	48.153	59.237	55.509
Vorarlberg	80.184	21.413	58.771	47.304	21.413	25.891	32.880

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 854.413 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Wien nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, danach folgen, wie auch im Vorjahr, Oberösterreich und die Steiermark. Vergleicht man die Inanspruchnahme nach Absolutzahlen zwischen den Geschlechtern, so wiesen Frauen um 61.855 mehr allgemeine Vorsorgeuntersuchungen auf als die Männer im gleichen Zeitraum.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2010.

Bundesland	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	<b>12,5</b>	<b>12,0</b>	<b>12,9</b>	<b>3,9</b>
Wien	12,3	11,9	12,6	3,7
Niederösterreich	6,1	6,3	5,8	0,1
Burgenland	<b>20,7</b>	<b>19,4</b>	<b>21,8</b>	4,0
Oberösterreich	12,3	12,4	12,2	0,3
Steiermark	12,4	11,8	13,0	0,4
Kärnten	16,8	15,0	18,5	5,6
Salzburg	13,0	12,5	13,4	0,3
Tirol	18,8	17,4	20,1	18,8
Vorarlberg	16,2	15,0	17,3	22,0

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die anteilmäßigen Berechnungen stellt die durchschnittliche geschlechtsspezifische Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes ab 18 Jahren (Zielgruppe) des Jahres 2010 dar. In der Darstellung der anteilmäßigen Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern waren die Anteile – wie in den drei Jahren davor – in Burgenland am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Kärnten (Tabelle 4). Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Burgenland nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, auf den Rängen zwei und drei folgen jeweils Tirol und Kärnten bzw. bei den Männer ex aequo mit Kärnten auch Vorarlberg. Die bei weitem niedrigste anteilmäßige Inanspruchnahme zeigte – wie bereits in den Jahren 2007 bis 2009 – die Bevölkerung in Niederösterreich. In diesem Bundesland zeigt sich, wie auch nach Absolutzahlen (Tabelle 3), eine Umkehrung der Nutzung der Vorsorgeuntersuchung mit einem Überhang der männlichen Zielgruppe.

### 1.3.2 Frequenz 2010 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter

Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2010.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
	M + F	Männer	Frauen	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
<b>insgesamt</b>	<b>994.373</b>	<b>396.279</b>	<b>598.094</b>	<b>854.413</b>	<b>396.279</b>	<b>458.134</b>	<b>139.960</b>
18-24	60.847	20.514	40.333	48.392	20.514	27.878	12.455
25-29	70.568	23.913	46.655	56.001	23.913	32.088	14.567
30-34	74.640	27.674	46.966	61.333	27.674	33.659	13.307
35-39	87.685	33.164	54.521	73.025	33.164	39.861	14.660
40-44	106.774	43.482	63.292	91.346	43.482	47.864	15.428
45-49	110.895	46.591	64.304	<b>96.115</b>	<b>46.591</b>	<b>49.524</b>	14.780
50-54	100.340	42.919	57.421	88.521	42.919	45.602	11.819
55-59	88.290	36.695	51.595	77.484	36.695	40.789	10.806
60-64	85.185	35.665	49.520	74.700	35.665	39.035	10.485
65-69	72.000	30.318	41.682	63.933	30.318	33.615	8.067
70-74	60.296	25.148	35.148	53.787	25.148	28.639	6.509
75 und älter	76.853	30.196	46.657	69.776	30.196	39.580	7.077

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Eine altersspezifische Aufschlüsselung der im Jahr 2010 österreichweit in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen liefert die Tabelle 5. Betrachtet nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen entfielen die meisten Untersuchungen, wie im Vorjahr, auf die Gruppe der 45-49jährigen, gefolgt von der Gruppe der 40-44jährigen und der 50-54jährigen. Die geringste Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen weist, wie schon im letzten Jahr, die jüngste Gruppe der 18-24jährigen auf. In den Jahren zuvor war es die Gruppe der 70-74jährigen, auf die in Absolutwerten am wenigsten Vorsorgeuntersuchungen entfielen, was sich aber mit der geringen Besetzungshäufigkeit dieser Altersgruppe in der Populationspyramide für Männer und Frauen in Österreich (18+) erklären lässt (s. 1.3.3). Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt dieselbe Reihenfolge.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 6: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2010.

Altersgruppe	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	<b>12,5</b>	<b>12,0</b>	<b>12,9</b>	<b>3,9</b>
18-24	6,7	5,6	7,8	3,5
25-29	10,0	8,6	11,5	5,2
30-34	11,6	10,4	12,8	5,0
35-39	12,3	11,3	13,3	4,9
40-44	13,1	12,3	13,8	4,5
45-49	13,6	13,1	14,2	4,2
50-54	14,6	14,2	15,0	3,9
55-59	15,6	15,1	16,1	4,3
60-64	<b>16,2</b>	<b>16,0</b>	<b>16,4</b>	4,4
65-69	14,4	14,6	14,3	3,4
70-74	14,8	15,1	14,5	3,3
75 und älter	10,4	12,5	9,2	1,6

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die Prozentberechnungen in Tabelle 6 stellt die geschlechtsspezifische Bevölkerung ab 18 Jahren dar. Die höchste Teilnehmerate an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2010 weist die Gruppe der 60-64jährigen auf, gefolgt von den 55-59jährigen und den 70-74jährigen. Eine analoge Reihenfolge zeigte sich auch im Vorjahr 2009.

Es lässt sich ein Anstieg der Teilnahme mit steigendem Alter bis zur Gruppe der 60-64jährigen erkennen, danach kommt es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme, welcher nach einem leichten Anstieg der Teilnehmerate bei den 70-74jährigen, ab dem Alter von über 75 Jahren stark ausfällt. Ein analoges Bild konnte auch im Vorjahr beobachtet werden.

Die niedrigste Teilnehmerate weist die Altersgruppe der 18-24jährigen auf, die um knapp 50 % unter jener des österreichweiten Schnitts liegt. Die Differenz der Teilnehmeraten insgesamt zwischen den ersten beiden Altersgruppen ist verglichen mit den Vorjahren analog auffallend bei knapp drei bis vier Prozentpunkten.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung liefert folgendes Bild: Wie bereits in den vergangenen Jahren beobachtet, liegt die Teilnehmerate der Frauen bis einschließlich der Gruppe der 60-64jährigen über jener der Männer und ab der Altersgruppe der 65-69jährigen übersteigt die Teilnehmerate der Männer jene der Frauen. Die höchste Teilnehmerate im Jahr 2010 weist bei den Frauen und bei den Männern die Altersgruppe der 60-64jährigen auf.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war mit 3,3 Prozentpunkten in der Altersgruppe der über 75jährigen am größten.

### 1.3.3 Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2010

Die Altersverteilung der österreichischen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (Statistik Austria, 2010) wird jener der VU TeilnehmerInnen in Form von Populationspyramiden, getrennt nach Geschlecht, gegenübergestellt.

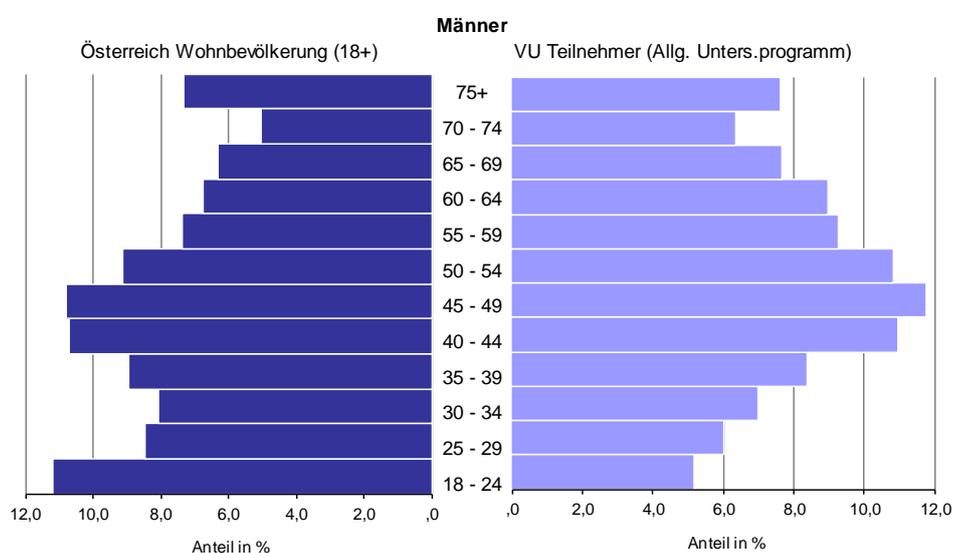


Abbildung 2: Populationspyramide Männer, 2010.

Eine starke Unterrepräsentierung zeigen, wie auch im Vorjahr, die männlichen VU Teilnehmer bei den 18-29jährigen, wobei diese in der Gruppe der 18-24jährigen am markantesten ausfällt (Abbildung 2). Die 30-39jährigen zeigen sich leicht unterrepräsentiert. Eine leichte bis mittlere Überrepräsentierung der VU-Teilnehmer lässt sich in den übrigen Alterskategorien erkennen (siehe auch Tabelle 7). Die in Tabelle 7 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Chi-Quadrat Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der männlichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmern zu einem statistisch signifikanten Unterschied ( $\chi^2$  (df = 11, n = 3.963) = 252,1;  $p \leq .001$ ), der sich aber nur bei den jungen Teilnehmern (18-29jährige) auch als praktisch relevant zeigt.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2010.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmer in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	205	442,7	-237,7
25-29	239	335,4	-96,4
30-34	277	319,2	-42,2
35-39	332	353,7	-21,7
40-44	435	423,6	11,4
45-49	466	427,2	38,8
50-54	429	361,8	67,2
55-59	367	292,6	74,4
60-64	357	268,0	89,0
65-69	303	249,9	53,1
70-74	251	199,6	51,4
75 und älter	302	289,3	12,7

Betrachtet man die Altersverteilung der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr und jener der VU Teilnehmerinnen, lässt sich anhand der in Abbildung 3 dargestellten Populationspyramide, wie auch im Vorjahr, eine auffallende Unterrepräsentierung der VU Teilnehmerinnen bei den 18-24 sowie den über 75jährigen erkennen. Leicht bis mittel überrepräsentiert zeigen sich die 35-74jährigen.

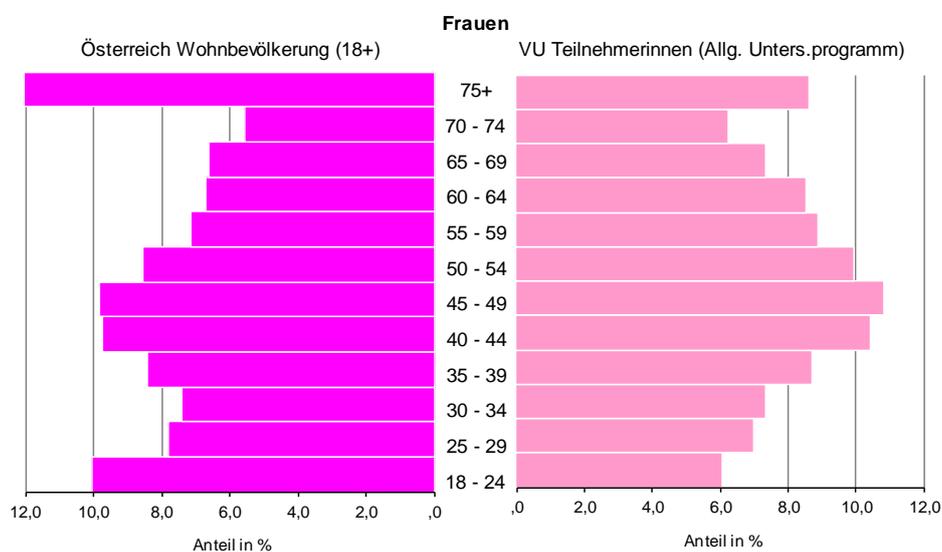


Abbildung 3: Populationspyramide Frauen, 2010.

Die in Tabelle 8 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Chi-Quadrat Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmerinnen zu einem statistisch signifikanten Unterschied ( $\chi^2$  (df = 11, n = 4.582) = 189,4;  $p \leq .001$ ), der sich aber nur bei den jungen (18-29jährige) und ältesten Teilnehmerinnen (75+) auch als praktisch relevant zeigt.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 8: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2010.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmerinnen in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	279	460,9	-181,9
25-29	321	358,3	-37,3
30-34	337	339,8	-2,8
35-39	399	385,5	13,5
40-44	479	446,9	32,1
45-49	495	449,6	45,4
50-54	456	391,1	64,9
55-59	408	327,6	80,4
60-64	390	307,3	82,7
65-69	336	303,1	32,9
70-74	286	255,2	30,8
75+	396	556,6	-160,6

Die angeführten Ergebnisse spiegeln sich für beide Geschlechter im Verhältnis der entsprechenden Teilnahmeraten der Alterskategorien gegenüber dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt in obiger Tabelle 6 wider.

### 1.3.4 Frequenz 2010 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2010 stellt sich hinsichtlich einer Gliederung nach Untersuchungsstellen wie in Tabelle 9 dar.

Tabelle 9: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2010.

Untersuchungsstelle	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäko- logisches Untersuchungs- programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Alle Untersuchungsstellen	994.373	396.279	598.094	854.413	396.279	458.134	139.960
VertragsärztInnen insgesamt	919.221	355.482	563.739	782.980	355.482	427.498	136.241
Arzt/ÄrztIn für Allgemeinmedizin	677.497	305.764	371.733	670.732	305.764	364.968	6.765
FachärztInnen insgesamt	241.724	49.718	192.006	112.248	49.718	62.530	129.476
Lungenheilkunde	328	165	163	328	165	163	0
Frauenheilkunde	129.476	0	129.476	0	0	0	129.476
Interne Medizin	111.920	49.553	62.367	111.920	49.553	62.367	0
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung	34.683	17.674	17.009	32.077	17.674	14.403	2.606
Sonstige Untersuchungsstellen	40.469	23.123	17.346	39.356	23.123	16.233	1.113

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Die größte Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen ist insgesamt – für Frauen und für Männer gleichsam – bei den niedergelassenen VertragsärztInnen zu beobachten. Der Rest der Vorsorgeuntersuchungen verteilt sich auf sonstige Untersuchungsstellen sowie eigene Einrichtungen der Sozialversicherungen. Innerhalb der Gruppe der niedergelassenen VertragsärztInnen wird die überwiegende Mehrzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen für beide Geschlechter durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin erbracht. Von dieser Gruppe werden im Jahr 2010 bezogen auf alle Untersuchungsstellen 78,5 % der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Dahinter rangieren die FachärztInnen, wobei unter diesen die FachärztInnen für Innere Medizin am stärksten vertreten sind.

### 1.3.5 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2009-2010

Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2009-2010.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	+23.178	+7.675	+15.503	+15.053	+7.675	+7.378	+8.125
Wien	+14.936	+2.600	+12.336	+5.123	+2.600	<b>+2.523</b>	+9.813
Niederösterreich	-1.261	-1.548	+287	-989	<b>-1.548</b>	+559	-272
Burgenland	+2.167	+629	+1.538	+1.522	+629	+893	+645
Oberösterreich	+5.724	+3.703	+2.021	<b>+5.769</b>	<b>+3.703</b>	+2.066	-45
Steiermark	+1.835	+1.237	+598	+1.961	+1.237	+724	-126
Kärnten	+2	+302	-300	+785	+302	+483	-783
Salzburg	-3.773	-1.064	-2.709	<b>-2.582</b>	-1.064	<b>-1.518</b>	-1.191
Tirol	+2.686	+1.371	+1.315	+2.863	+1.371	+1.492	-177
Vorarlberg	+862	+445	+417	+601	+445	+156	+261

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die beiden Vergleichsjahre 2009 und 2010 nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, so zeigt sich, dass die Häufigkeit der Untersuchungen bei allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, gestiegen ist (Tabelle 10). Dies führte zu einem österreichweiten Zuwachs an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Den stärksten Zuwachs zeigt das Bundesland Oberösterreich, gefolgt von Wien und Tirol. Der stärkste Rückgang zeigt sich in Salzburg, dem einzigen Bundesland, wo die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen sowohl bei den Männern als auch den Frauen im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen sind. Aus den vorliegenden Daten können jedoch keinerlei Rückschlüsse auf mögliche Ursachen der beobachteten Phänomene abgeleitet werden.

Für Männer und Frauen getrennt betrachtet, zeigt sich im Bundesländervergleich ein ähnliches Bild. Bei den Männern ist in Oberösterreich die größte Zunahme an allgemeinen

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Vorsorgeuntersuchungen zu verzeichnen, gefolgt von Wien und Tirol. Bei den Frauen ereigneten sich nach Wien die zahlenmäßig größten Zuwächse in Oberösterreich und Tirol. Ein Rückgang an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen konnte bei den Männern in den Bundesländern Niederösterreich und Salzburg und bei den Frauen lediglich in Salzburg beobachtet werden.

Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2009-2010.

Bundesland	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	+0,2	+0,1	+0,1	+0,2
Wien	+0,3	+0,2	+0,2	+1,3
Niederösterreich	-0,1	-0,3	+0,0	+0,0
Burgenland	<b>+0,6</b>	+0,4	<b>+0,6</b>	+0,5
Oberösterreich	+0,5	<b>+0,6</b>	+0,3	+0,0
Steiermark	+0,1	+0,2	+0,0	+0,0
Kärnten	+0,1	+0,1	+0,2	-0,3
Salzburg	<b>-0,6</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,8</b>	-0,5
Tirol	+0,4	+0,3	+0,4	-0,2
Vorarlberg	+0,1	+0,2	+0,0	+0,0

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe von 2009 und 2010 wird in Tabelle 11 dargestellt. Sämtliche Bundesländer verzeichnen gegenüber 2009 Anstiege der Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg. Der größte Anstieg ist mit 0,6 Prozentpunkten für Burgenland erkennbar, gefolgt von den Bundesländern Oberösterreich und Tirol. Der stärkste Rückgang zeigt sich in Salzburg mit -0,6 Prozentpunkten. Geschlechtsspezifisch betrachtet, weist lediglich das Bundesland Salzburg sowohl bei den Männern als auch den Frauen einen Rückgang der Teilnahmerate auf. Bei den Männern ist in Oberösterreich die größte Zunahme an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen mit einem Plus von 0,6 Prozentpunkten zu verzeichnen, gefolgt von Burgenland und Tirol. Die Frauen zeigten die größten Zuwächse im Burgenland, gefolgt von Tirol und Oberösterreich. Österreichweit zeigt sich ein Anstieg der Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogramms im Jahr 2010 gegenüber 2009 mit +0,2 Prozentpunkten.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 12: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2009-2010.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	+23.178	+7.675	+15.503	+15.053	+7.675	+7.378	+8.125
18-24	+3.824	+349	+3.475	+1.157	+349	+808	+2.667
25-29	+1.357	+184	+1.173	-168	+184	-352	+1.525
30-34	-110	-289	+179	-576	-289	-287	+466
35-39	-773	-1.109	+336	-1.378	-1.109	-269	+605
40-44	+2.025	+242	+1.783	+1.140	+242	+898	+885
45-49	+4.945	+1.733	+3.212	+3.905	+1.733	+2.172	+1.040
50-54	+4.077	+2.121	+1.956	+3.826	+2.121	+1.705	+251
55-59	+2.529	+1.027	+1.502	+2.371	+1.027	+1.344	+158
60-64	+4.313	+1.983	+2.330	+3.637	+1.983	+1.654	+676
65-69	-4.905	-2.445	-2.460	<b>-5.034</b>	<b>-2.445</b>	<b>-2.589</b>	+129
70-74	+5.716	+2.962	+2.754	<b>+5.797</b>	<b>+2.962</b>	<b>+2.835</b>	-81
75 und älter	+180	+917	-737	+376	+917	-541	-196

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die in Tabelle 12 dargestellten Absolutzahlen nach Alter der TeilnehmerInnen, so zeigt sich, dass die Untersuchungszahlen betreffend das allgemeine Untersuchungsprogramm insgesamt sowie geschlechtsspezifisch am stärksten bei den 70-74jährigen angestiegen sind. In der Altersgruppe der 65-69jährigen sind dabei die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei den Männern als auch den Frauen am stärksten gesunken.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 13: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2009-2010.

Altersgruppe	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	+0,2	+0,1	+0,1	+0,2
18-24	+0,2	+0,1	+0,2	+0,7
25-29	<b>-0,1</b>	+0,1	<b>-0,3</b>	+0,5
30-34	+0,0	<b>-0,1</b>	+0,0	+0,2
35-39	+0,2	+0,1	+0,3	+0,4
40-44	<b>+0,4</b>	+0,3	<b>+0,4</b>	+0,3
45-49	+0,2	+0,2	+0,3	+0,2
50-54	+0,1	+0,1	+0,0	-0,1
55-59	+0,3	+0,3	+0,3	+0,0
60-64	<b>+0,4</b>	<b>+0,5</b>	+0,3	+0,2
65-69	<b>-0,1</b>	<b>-0,1</b>	-0,1	+0,3
70-74	<b>-0,1</b>	<b>-0,1</b>	-0,2	-0,5
75 und älter	+0,0	+0,1	-0,1	+0,0

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Gegenüberstellung der Teilnahmeraten von 2009 und 2010 zeigt, dass die Gruppe der 70-74jährigen, die nach den Absolutzahlen in Tabelle 12 noch den stärksten Zuwachs an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen aufwies, hinsichtlich der Teilnahmeraten, gemeinsam mit den 25-29 und 65-69jährigen, rückläufige Werte aufweisen. Der Anstieg der Teilnahmeraten ist in den Altersgruppen der 40-44jährigen sowie der 60-64jährigen am größten. Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich folgendes Bild: Bei den Männern zeigt sich bei den 30-34 sowie bei den 65-74jährigen und den 70-74 jährigen ein Rückgang der Teilnahmeraten. Der stärkste Zuwachs lässt sich bei den 60-64jährigen Männern erkennen. Die Frauen zeigen bei den 25-29jährigen mit -0,3 Prozentpunkten den stärksten Rückgang, wobei die 40-44jährigen mit +0,4 Prozentpunkten den größten Anstieg betreffend die Teilnahmerate aufweisen.

Besonders sei jedoch darauf hingewiesen, dass Darstellungen des Verlaufes von Untersuchungszahlen bzw. Teilnahmeraten *bisher* lediglich Querschnittsvergleiche darstellen. Erst mit Einführung der elektronischen Befunddokumentation der VU Neu wird es möglich sein, Personen über mehrere Jahre – in pseudonymisierter Form – zu verfolgen. Mit diesen Längsschnittbetrachtungen können dann bei wiederholter Inanspruchnahme der VU Aussagen über die entsprechenden Intervalle zwischen den Vorsorgeuntersuchungen getroffen werden sowie die jeweiligen Gesundheitsprofile der VU-TeilnehmerInnen verfolgt werden.

### 1.3.6 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2010

Im Folgenden sei auf eine Verlaufsdarstellung der verzeichneten Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2010 verwiesen (Tabelle 14). Auch bei allen folgenden vergleichenden Darstellungen werden ausschließlich die Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms betrachtet.

Tabelle 14: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2010 (alle KV-Träger).

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Österreich	653.472	709.350	748.332	786.315	813.782	775.723	791.370	821.655	871.691	839.360	854.413
Österreich (W fortgeschr.)							790.239	811.303	857.740		
Österreich (exkl. W)	551.323	597.143	625.294	653.001	671.355	638.010	637.222	650.322	688.794	670.797	680.727
Wien	102.149	112.207	123.038	133.314	142.427	137.713	154.148	171.333	182.897	168.563	173.686
Wien (fortgeschr.)							153.017	160.981	168.946		
Niederöst.	60.255	69.319	72.299	78.209	78.833	74.669	77.866	78.226	82.262	80.515	79.526
Burgenland	35.171	37.180	39.061	40.463	42.276	40.177	39.200	43.868	47.380	47.438	48.960
Oberöst.	107.874	117.579	121.155	128.064	134.387	126.042	126.341	128.278	137.937	134.040	139.809
Steiermark	113.030	123.635	129.184	134.317	132.444	126.067	123.683	122.401	126.606	122.658	124.619
Kärnten	64.937	69.330	72.112	73.786	76.474	75.305	72.808	74.171	78.294	76.708	77.493
Salzburg	48.810	50.863	53.696	55.241	56.785	52.747	54.605	57.794	58.795	58.208	55.626
Tirol	82.799	88.537	96.125	99.836	103.493	96.484	101.000	102.639	109.002	104.527	107.390
Vorarlberg	38.447	40.700	41.662	43.085	46.663	46.519	41.719	42.945	48.518	46.703	47.304

Legende: W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 - 2008, Niederöst. = Niederösterreich, Oberöst. = Oberösterreich.

Betrachtet man in Abbildung 4 die grafische Darstellung der Absolutzahlen aus Tabelle 14, so zeigt sich eine stetige Zunahme der Zahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen von 2000 bis 2004. Im Jahr 2005 sind die Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern rückläufig. Von 2005 bis 2008 ist ein flacher bis leicht steigender Verlauf der Kurven erkennbar. Der allgemeine positive Trend kann sich im Jahr 2009 nicht fortsetzen. Die Ausnahme stellt Burgenland dar, welches als einziges Bundesland einen Zuwachs an Absolutzahlen im Vergleich zu 2008 verzeichnet. Problematisch stellen sich die Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien in den Jahren 2006 bis 2008 dar. Laut Hauptverband ist es in diesem Zeitraum zu Doppelerfassungen gekommen. Somit ist für das Bundesland Wien eine Interpretation des Verlaufes der gemeldeten Frequenzen im genannten Zeitraum nicht sinnvoll möglich. Mit Hilfe einer linearen Fortschreibung der Daten für Wien von 2006 bis 2008 kann aber eine vorsichtige Interpretation vorgenommen werden, wonach im Vergleich von 2008 zu 2009 ebenfalls ein Rückgang der Teilnehmerszahlen in Wien zu erkennen ist. Dies führt

## Vorsorgeuntersuchung Neu

betreffend die angepassten österreichweiten Zahlen ebenfalls zu einem, wenn auch gegenüber den gemeldeten Frequenzen abgeschwächten, „Knick“ des Kurvenverlaufs von 2008 auf 2009. Weiters zeigt sich ein weitgehend paralleler Trendverlauf der Teilnahmezahlen von Österreich exklusive der gemeldeten Wien-Frequenzen zu jenen von Österreich mit den angepassten Wiener Teilnahmezahlen. Ab dem Jahr 2009 ist erneut ein positiver Aufwärtstrend bei allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, erkennbar.

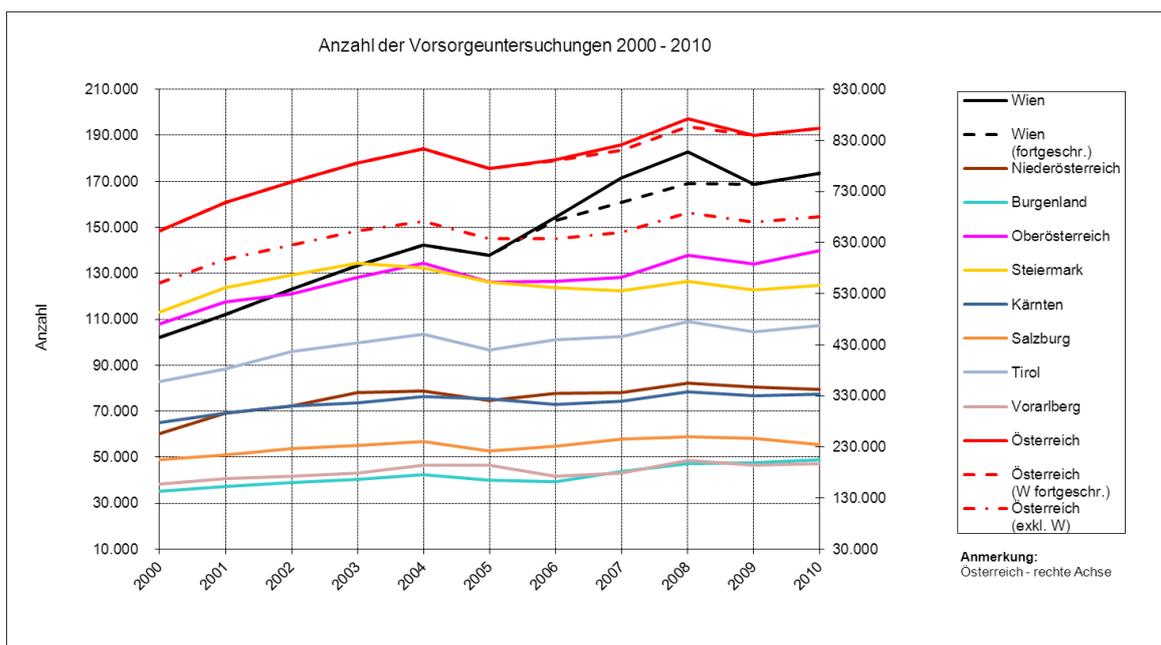


Abbildung 4: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2010 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.

Eine weitere Betrachtung des Verlaufs bis 2004 erfolgt in Abbildung 5 mit der Darstellung der relativen Differenzen der Absolutzahlen (Tabelle 15) jeweils im Vergleich zum Vorjahr. Der Knick im Jahr 2005 ist hier als die Folge eines sich bereits seit Jahren abzeichnenden Trends erkennbar. In den einzelnen Bundesländern - mit Ausnahme der Steiermark - ist bis 2004 ein relativer Zuwachs gegenüber den Vergleichsjahren gegeben. Dieser wird jedoch über die Jahre stets geringer, bis er schließlich im Jahr 2005 in Richtung eines Rückgangs umschlägt. Mit dem Jahr 2006 kommt es bei allen Bundesländern, in Vorarlberg und Kärnten ein Jahr später, zu einer Trendumkehr. Im Jahr 2009 scheint dieser Aufwärtstrend unterbrochen und es lässt sich ein Knick in der Verlaufskurve erkennen. Dies gilt auch für die österreichweiten Teilnahmezahlen unter Berücksichtigung einer linearen Fortschreibung der Frequenzen von Wien bzw. für die Frequenzen von Österreich unter Ausschluss der Wiener Zahlen, jedoch in abgeschwächter Form. D.h. der Rückgang der Teilnahmefrequenzen fällt nach einer Anpassung der gemeldeten Frequenzen um 1,6 bzw. 1,1 Prozentpunkte geringer aus (Tabelle 15). Mit dem Jahr 2010 kommt es in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich

## Vorsorgeuntersuchung Neu

und Salzburg, wie bereits oben erwähnt, erneut zu einem Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen.

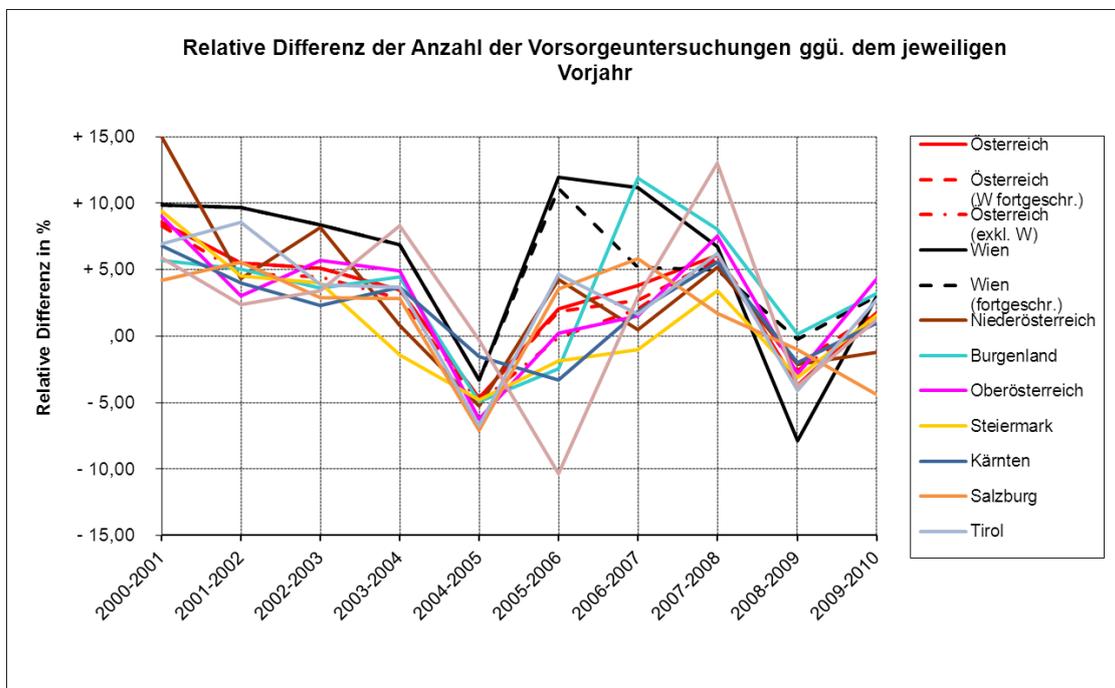


Abbildung 5: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). Legende: W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008.

Tabelle 15: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger).

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Österreich						+2,0	+3,8	+6,1	-3,7	+1,8
Österreich (W fortgeschr.)	+8,6	+5,5	+5,1	+3,5	-4,7	+1,9	+2,7	+5,7	-2,1	
Österreich (exkl. W)	+8,3	+4,7	+4,4	+2,8	-5,0	-0,1	+2,1	+5,9	-2,6	
Wien						+11,9	+11,2	+6,7	-7,8	+3,0
Wien (fortgeschr.)	+9,8	<b>+9,7</b>	<b>+8,3</b>	+6,8	-3,3	+11,1	+5,2	+5,0	-0,2	
Niederösterreich	<b>+15,0</b>	+4,3	+8,2	+0,8	-5,3	+4,3	+0,5	+5,2	-2,1	-1,2
Burgenland	+5,7	+5,1	+3,6	+4,5	-5,0	-2,4	<b>+11,9</b>	+8,0	<b>+0,1</b>	+3,2
Oberösterreich	+9,0	+3,0	+5,7	+4,9	-6,2	+0,2	+1,5	+7,5	-2,8	<b>+4,3</b>
Steiermark	+9,4	+4,5	+4,0	<b>-1,4</b>	-4,8	-1,9	<b>-1,0</b>	+3,4	-3,1	+1,6
Kärnten	+6,8	+4,0	+2,3	+3,6	-1,5	-3,3	+1,9	+5,6	-2,0	+1,0
Salzburg	+4,2	+5,6	+2,9	+2,8	<b>-7,1</b>	+3,5	+5,8	+1,7	-1,0	-4,4
Tirol	+6,9	+8,6	+3,9	+3,7	-6,8	+4,7	+1,6	+6,2	-4,1	+2,7
Vorarlberg	+5,9	+2,4	+3,4	<b>+8,3</b>	-0,3	<b>-10,3</b>	+2,9	<b>+13,0</b>	-3,7	+1,3

Legende: fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Für den Zeitraum von 2000 bis 2009 zeigt sich im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt erstmals seit 2005 wieder eine Abnahme der Anzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Dies ist einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Burgenland, und andererseits auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen. Diese Entwicklung zeigt sich ebenfalls bei Anwendung einer linearen Fortschreibung der Wiener Teilnehmezahlen für den Zeitraum von 2006 bis 2008, die in die österreichweiten Frequenzen einfließen, wie auch bei Ausschluss der gemeldeten Frequenzen von Wien, jedoch in abgeschwächter Form, die sich relativ mit rund 40 % weniger Rückgang darstellt. Im Jahr 2010 ist die absolute Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen österreichweit und in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, erneut gestiegen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Österreich						+15.647	+30.285	+50.036	-32.331	+15.053
Österreich (W fortgeschr.)	+55.878	+38.982	+37.983	+27.467	- 38.059	+14.516	+21.064	+46.437	-18.380	
Österreich (exkl. W)	+45.820	+28.151	+27.707	+18.354	- 33.345	-788	+13.100	+38.472	-17.997	+9.930
Wien						+16.435	+17.185	+11.564	-14.334	+5.123
Wien (fortgeschr.)	+10.058	<b>+10.831</b>	<b>+10.276</b>	<b>+9.113</b>	- 4.714	+ 15.304	+ 7.964	+ 7.965	- 383	
Niederöst.	+9.064	+2.980	+5.910	+624	- 4.164	+3.197	+360	+4.036	-1.747	-989
Burgenland	+2.009	+1.881	+1.402	+1.813	- 2.099	-977	+4.668	+3.512	<b>+58</b>	+1.522
Oberöst.	+9.705	+3.576	+6.909	+6.323	<b>- 8.345</b>	+299	+1.937	+9.659	-3.897	<b>+5.769</b>
Steiermark	<b>+10.605</b>	+5.549	+5.133	<b>- 1.873</b>	- 6.377	-2.384	<b>-1.282</b>	+4.205	-3.948	+1.961
Kärnten	+4.393	+2.782	+1.674	+2.688	- 1.169	-2.497	+1.363	+4.123	-1.586	+785
Salzburg	+2.053	+2.833	+1.545	+1.544	- 4.038	+1.858	+3.189	+1.001	-587	<b>-2.582</b>
Tirol	+5.738	+7.588	+3.711	+3.657	- 7.009	+4.516	+1.639	+6.363	-4.475	+2.863
Vorarlberg	+2.253	+962	+1.423	+3.578	- 144	<b>-4.800</b>	+1.226	+5.573	-1.815	+601

Legende: W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, Niederöst. = Niederösterreich, Oberöst. = Oberösterreich.

Insgesamt kann 2010 im Vergleich zu 2009 eine Zuwachsrate von +1,8 Prozent der Untersuchungen ausgemacht werden. Unter den Bundesländern verzeichnet Oberösterreich mit +5.769 allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen den größten Anstieg, gefolgt von Wien mit +5.123 und Tirol mit +2.863 Vorsorgeuntersuchungen (Tabelle 16). Einen Rückgang zeigen die Bundesländer Niederösterreich mit -989 und Salzburg mit -2.582 Untersuchungen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Für sämtliche der bisherigen Betrachtungen wurden die Untersuchungszahlen des allgemeinen Untersuchungsprogramms jeweils zweier Jahresfolgen berücksichtigt. Für weitere Aussagen hinsichtlich eines möglichen Trends wird daher in Tabelle 17 der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2010 gegenübergestellt. Damit soll eine vorsichtige Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen.

Tabelle 17: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2010 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.

Bundesland	Ø(2000-2004)	Ø (2006-2010)	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2010) [absolute Differenz]	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2010) [relative Differenz %]
Österreich	742.250	835.698	+93.448	+12,6
Österreich (W fortgeschr.)	742.250	830.611	+88.361	+11,9
Österreich (exkl. W)	619.623	665.572	+45.949	+7,4
Wien	122.627	170.125	+47.498	+38,7
Wien (fortgeschr.)	122.627	165.039	+42.412	+34,6
Niederösterreich	71.783	79.679	+7.896	+11,0
Burgenland	38.830	45.369	+6.539	+16,8
Oberösterreich	121.812	133.281	+11.469	+9,4
Steiermark	126.522	123.993	- 2.529	- 2,0
Kärnten	71.328	75.895	+4.567	+6,4
Salzburg	53.079	57.006	+3.927	+7,4
Tirol	94.158	104.912	+10.754	+11,4
Vorarlberg	42.111	45.438	+3.326	+7,9

Mit dem vorliegenden Datenmaterial lässt sich trotz des Rückganges im Jahr 2009, der sich teilweise über die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien erklären lässt, insgesamt für Österreich im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2010 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2009 im Bundesland Wien mitgeprägt wird. Relativ gesehen beträgt dieser Zuwachs dabei insgesamt +12,6%. Hinsichtlich der relativen Differenz rangieren hinter Burgenland (+16,8%) die Bundesländer Tirol (+11,4%) und Niederösterreich (+11,0%) an zweiter und dritter Stelle. Bei dem Vergleich des Durchschnitts der Inanspruchnahme einer VU von 2006 bis 2010 mit dem Durchschnitt der „VU alt“ weist die Steiermark absolut (-2.529) wie relativ gesehen (-2,0%) das einzige Minus unter den Bundesländern auf. Ein analoges Ergebnis zeigt sich bei Verwendung einer linearen Fortschreibung für die Wiener Teilnahmezahlen betreffend den Zeitraum von

2006 bis 2008. Auch bei Ausschluss der Wiener Frequenzen zeigt sich österreichweit ein positiver Trend der VU Teilnehmezahlen im Zeitraum von 2006 bis 2010 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004.

### 1.3.7 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr **2010** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen auf die 45-49jährigen, wie auch im Vorjahr, zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2010 – wie auch 2009 – die Gruppe der 60-64jährigen. Vergleicht man die Altersverteilung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr mit jener der VU-TeilnehmerInnen, zeigt sich bei den Männern analog zum Vorjahr die größte Unterrepräsentierung bei den 18-24jährigen und bei den Frauen bei den 18-24jährigen wie auch über 75jährigen.

Nach Absolutzahlen betrachtet entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2010 die anteilmäßige Inanspruchnahme der Frauen mit 12,9% um knapp einen Prozentpunkt über jener der Männer mit 12,0%. Das führt zu einer österreichweiten Inanspruchnahme von 12,5 %.

Nach Absolutzahlen betrachtet, wies Wien im Jahr 2010, wie auch im Vorjahr, die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Nach der relativen Inanspruchnahme betrachtet, zeigt sich – wie bereits 2009 – folgendes Bild: Die höchsten Anteile entfallen auf das Bundesland Burgenland (20,7 %), gefolgt von Tirol (18,8 %) und Kärnten (16,8 %). Deutlich abgeschlagen von den übrigen Bundesländern zeigt sich auch 2010 die niedrigste anteilige Inanspruchnahme im Bundesland Niederösterreich (6,1 %).

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen, so wurden im Jahr 2010 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms, wie auch in den Jahren zuvor, in Absolutzahlen von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt. Davon entfiel der größte Anteil auf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, gefolgt von niedergelassenen FachärztInnen für Innere Medizin.

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen (allgemeines Untersuchungsprogramm), so weisen im Jahr 2010 alle Bundesländer, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, im Vergleich zu 2009 einen zahlenmäßigen Anstieg an TeilnehmerInnen des allgemeinen

Untersuchungsprogramms auf. Bundesländerweit gesehen, ergibt sich über beide Beobachtungszeiträume das bereits bekannte West-Ost-Gefälle, wobei das Burgenland bei der relativen Inanspruchnahme eine positive Ausnahme darstellt.

Zusammenfassend kann sich der positive Trend der letzten Jahre, nach den rückläufigen Frequenzen im Jahr 2009, die einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern – mit Ausnahme von Burgenland – aber andererseits auch auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen waren, im Jahr 2010 erneut fortsetzen. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten – mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg – konnten wieder Anstiege der Inanspruchnahme verzeichnet werden. Wird anstatt der gemeldeten VU Teilnahmezahlen von Wien eine lineare Fortschreibung der Wiener Frequenzen für den Zeitraum von 2006 bis 2008, wo es zu Doppelmeldungen kam, herangezogen, konnten analoge Ergebnisse gezeigt werden.

Trotz des Rückganges im Jahr 2009 lässt sich insgesamt für Österreich weiterhin im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2010 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2008 im Bundesland Wien mitgeprägt wird. Bei Anwendung einer linearen Fortschreibung von Wiener Teilnahmezahlen für den genannten Zeitraum, in dem es zu Doppelerfassungen kam, lässt sich ein analoger positiver Trend erkennen. Dies gilt in gleicher Weise für die positive Entwicklung der VU Frequenzen in Österreich unter Ausschluss der gemeldeten Wiener Teilnahmezahlen.

### **1.4 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen**

Das „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS) wurde geschaffen, damit Personen, welche die definierten Risikofaktoren erfüllen und somit von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung besonders profitieren können, identifiziert und anschließend mittels einer zielgruppenadäquaten Ansprache zur Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden können. Der Betrieb erfolgt unter der Federführung der Wiener Gebietskrankenkasse in Form einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen-, Vorarlberger-, Niederösterreichischen-, Kärntner- und Steiermärkischen Gebietskrankenkasse mit Unterstützung durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.

Das Kampagnenmanagement, die Erstellung der Zielgruppendefinitionen und -selektionen, die anschließende Umsetzung der Einladekampagnen im April und Oktober jedes Jahres, der Roll Out von zusätzlichen Kommunikationskanälen sowie die Evaluierung wird durch ein interdisziplinäres Expertenteam aus den Bereichen Public Health, Datenbanken, Informationstechnologie, Marketing sowie Projektmanagement gewährleistet.

Bis dato sind mehr als 200.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate liegt derzeit bei 7,4%.

Auf Basis der bisherigen Erfahrungen werden regelmäßig neue Maßnahmen und Services mittels Pilotprojekten getestet und anschließend evaluiert, um den Response bzw. die Qualität der Einladekampagnen zu erhöhen. Seit Beginn des laufenden Jahres wird der einzige zur Verfügung stehende Kommunikationskanal „Einladebrief“ um neue Kommunikationskanäle bzw. zielgruppenspezifische Marketingmaßnahmen ergänzt. Der Fokus liegt hierbei auf der Implementierung von regionalen und überregionalen Kooperationen mit Projektpartnern, welche direkt mit den jeweiligen Zielgruppen in Kontakt stehen und so einen niederschweligen Zugang zu Informationen über die Vorsorgeuntersuchung ermöglichen. Die Entwicklung eines neuen Corporate Designs für die Vorsorgeuntersuchung sowie die Erstellung von Machbarkeitsanalysen zu Ehrenamtlichen- und Multiplikator/innensystemen unterstützen diese Entwicklung.

### **1.5 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 2 ASVG: Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre**

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung mehrere Begrifflichkeiten eingeführt, jedoch nähere Ausführungen unterlassen. So bleibt es mit der gegebenen Formulierung der „Auswirkungen der Änderungen“ offen, welche Messgrößen bei den erwähnten Auswirkungen berücksichtigt werden sollen. In Betracht kommt dabei in erster Linie die mögliche Änderung der VU-Inanspruchnahme an sich. So könnten dabei Anteile der Personen mit VU-Inanspruchnahme bezogen auf die Zielbevölkerung der VU in einem definierten Zeitraum gegenüber der Inanspruchnahme der „alten“ Vorsorgeuntersuchung in einem Vergleichszeitraum gegenüber gestellt werden. Zum Teil liegen Ergebnisse in dieser Richtung bereits mit den Darstellungen im Kapitel 1.3.6 vor. Auch könnte dabei auf Änderungen in Bezug auf sogenannte „intermediäre“ Ergebnisgrößen (Surrogat-Messgrößen) abgezielt werden, wo etwa die Neuentdeckungsraten bestimmter Erkrankungen in einem Vorher-Nachher-Vergleich gegenüber gestellt werden könnten. Leider sind diesbezüglich, vor allem betreffend die „VU alt“, keine adäquaten Daten zur Abbildung des dafür notwendigen Gesundheitsprofils der VU-TeilnehmerInnen vorhanden.

Ebenfalls nicht näher definiert bleiben die Begrifflichkeiten „Nutzen“ und „Kosten“. So fehlt nicht nur die Bezugsebene zum Nutzen, also etwa die Perspektive der PatientInnen, Kostenträger, Gesellschaft, sondern auch die spezifischen Endpunkte in Bezug auf diesen Nutzen. Ebenfalls keine Festlegung erfolgt, welche Art der Kosten – direkte oder indirekte Kosten, Folgekosten oder Opportunitätskosten – betrachtet werden sollen. Die Identifizierung von bisher nicht bekannter bzw. nicht medizinisch versorgter, jedenfalls jedoch interventionsrelevanter, Gesundheitsprobleme im Rahmen der VU-Evaluierung stellt eine methodische Herausforderung dar. Einerseits, weil keine standardisierte VU-Folgedokumentation vorgesehen ist, andererseits aber auch, weil die Verrechnungsdaten (Folgekostendaten) zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine eindeutige Abbildung des Morbiditätsgeschehens zulassen. Idealerweise müssten dazu klinische Diagnoseinformationen, vor allem im niedergelassenen Bereich, verfügbar sein. Derzeit sind solche versorgungsepidemiologischen Fragestellungen nur sehr eingeschränkt und mit großem Aufwand bearbeitbar.

Eine direkte Nutzen-Bewertung der VU Neu als Gesamtprogramm unter Ableitung etwaiger Gesundheitseffekte aus den bestehenden, längsschnittlich verfolgten VU-Daten ist aufgrund des Designs als Beobachtung einer selbst-selektierten Gruppe (VU-Population) methodisch

nicht zulässig. Rückschlüsse aufgrund der Beobachtung gesundheitsrelevanter Endpunkte (oder auch intermediärer Ergebnisparameter) innerhalb der VU-Kohorte im zeitlichen Zusammenhang mit neu in die VU aufgenommenen Untersuchungsverfahren oder Maßnahmen sind ebenfalls nicht zulässig. Selbst wenn für die TeilnehmerInnen der „alten VU“ vergleichbare (elektronische) Daten verfügbar wären, kann keinesfalls durch diese Gegenüberstellung eine Aussage über die Zuordnung etwaiger „Änderungen“ im Zusammenhang mit Inhalten der unterschiedlichen Untersuchungsprogramme getroffen werden.

Die Erstellung einer „Kosten-Nutzen-Bewertung“ im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung stellt aus den folgenden Gründen eine beträchtliche methodische Herausforderung dar. Diese Art von gesundheitsökonomischer Bewertung betrachtet den Wert der eingesetzten Ressourcen und der dadurch produzierten Ergebnisse (Outcomes). Auch im Falle der Verfügbarkeit elektronischer Befunddaten der VU Neu, sind noch zusätzliche Daten zur Abbildung der klinisch bzw. gesundheitlich relevanten Effektmaße erforderlich. Grundsätzlich muss dabei geprüft werden, inwieweit versorgungsbezogene Daten in der aktuellen Form (z.B. Daten der Krankenversicherungsträger zum Leistungsgeschehen) in pseudonymisierter Form mit den ebenfalls pseudonymisierten VU-Befunddaten verknüpfbar sind. Dabei müssen sowohl die technischen, als auch die datenschutzrechtlichen Aspekte berücksichtigt werden.

Wie bereits im Kapitel 1.2.2 angeführt, wird seitens HVB und IfGP seit Mitte 2010 an der Umsetzung einer pseudonymisierten Verknüpfung zwischen Krankenversicherungsdaten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. In diesem Zusammenhang soll auch versucht werden, zumindest eingeschränkte Aussagen über die oben angesprochene Identifizierung von bisher nicht bekannten bzw. nicht medizinisch versorgten Gesundheitsproblemen im Rahmen der VU Neu zu generieren sowie Aussagen zur VU als Auslöser für indizierte Folgebehandlungen bei Risikoprofilen.

Erste trägerübergreifende Analysen betreffend eine spezifische VU-Population, die den Nutzen aus der Perspektive der VU-ProbandInnen über allenfalls unterdurchschnittliche Ausmaße an verzeichneten Krankenhaus-Aufenthalten bzw. Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgreifen, werden ebenfalls vor dem Hintergrund der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG in Kapitel 1.6 dargestellt. Aus Sicht der Kostenträger, der österreichischen Sozialversicherung, werden in diesem Zusammenhang ebenso Auswertungen betreffend verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarzt-Kosten angeführt. Weiterführende und robustere Evaluierungen diesbezüglich sollen ebenfalls über die oben angesprochene pseudonymisierte Verknüpfung von Datenbeständen der Krankenversicherung bzw. der elektronischen Befunddaten umgesetzt werden.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Nicht absehbar bleibt zum derzeitigen Zeitpunkt, wann für derartige Fragestellungen auch notwendige bevölkerungsbezogene Datenquellen (z.B. Krankheitsregister, Bevölkerungsbefragungen) in guter Qualität in Österreich verfügbar sein werden.

Vor allem jedoch würde eine umfassende „Kosten-Nutzen-Bewertung“ der Vorsorgeuntersuchung die Entwicklung eines soliden Wirkmodells erfordern. Um also zu einer Schätzung der Effekte der „Intervention Vorsorgeuntersuchung“ zu gelangen, müsste ein derartiges Modell alle relevanten Wirkfaktoren gültig abbilden. Aufgrund des sehr komplexen Geschehens in der VU Neu als Maßnahmenbündel von multidimensionalen Interventionen und vielfältiger, außerhalb der VU wirksamen Einflussfaktoren auf die Gesundheit (z.B. Arbeitswelt, Umwelt) sowie der langen Latenzzeiten der präventiven Effekte, kann die Entwicklung eines derartigen Wirkmodells als grundsätzlich problematisch erachtet werden. Der Zeitraum von nur drei Jahren zur Beobachtung möglicher Effekte erscheint vor dem Hintergrund der mit zeitlicher Verzögerung eintretenden Wirkungen sicherlich zu knapp bemessen. Nicht zuletzt ist auch die Methode der Bewertung des gesundheitlichen Nutzens in Geldeinheiten höchst umstritten.

Im Anschluss findet sich eine Aufstellung der trägerspezifischen Kosten der Vorsorge(Gesundenuntersuchung) im Jahr 2010 (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2010, nach KV-Trägern

<b>KV-Träger</b>	<b>Kosten 2010</b>
WGKK	16.016.574
BGKK	3.274.110
KGKK	6.418.003
NGKK	5.805.232
OÖGKK	10.407.845
SGKK	3.943.706
STGKK	8.159.084
TGKK	8.533.637
VGKK	4.718.894
VAEB	2.468.374
BKK	564.543
SVA	5.174.583
SVB	2.689.974
BVA	6.322.425
<b>gesamt</b>	<b>84.496.984</b>

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juli 2011

### **1.6 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind**

#### **1.6.1 Einleitung**

Für diese Fragestellung richten sich die Analysen unter anderem auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU Neu – Allgemeines medizinisches Programm – innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums.

Die diesbezüglichen Ergebnisse des im Kapitel 1.2.2 angesprochenen FOKO-Zwischenberichts wurden bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2010 angeführt und werden aus diesem Grund hier nicht mehr gesondert dargestellt. Zudem entsprechen die Ergebnisse den zugehörigen Analysen des im November 2010 dem HVB vorgelegten trägerübergreifenden FOKO-Gesamtberichts. Dieser erweitert die Ergebnisse des Zwischenberichts neben der trägerübergreifenden Analyse um die Differenzierung der Vertragsarzt-Besuche nach Allgemein-Medizinern und Fachärzten sowie um die Auswertung der entsprechenden Vertragsarzt-Kosten. Außerdem wurde im Rahmen der Erstellung des Gesamtberichts betreffend die Abrechnung spezifischer Untersuchungsprogramme – wie PAP-Abstrich und Mammographie – keine wie im Zwischenbericht einfache Auswertung sondern eine faktorspezifische Analyse vorgenommen.

Folgend werden ausgewählte Ergebnisse des FOKO-Gesamtberichts angeführt. Hinsichtlich einer detaillierten und umfangreichen Darstellung der Auswertungen sowie der eingesetzten Methode sei auf den FOKO-Gesamtbericht selbst verwiesen.

#### **1.6.2 Methode**

Die untersuchte Population setzt sich aus allen VU-TeilnehmerInnen zusammen, die im ersten Quartal 2007 eine VU Neu (Allgemeines medizinisches Programm) in Anspruch genommen haben. Die im Nachgang zur VU in einem Beobachtungszeitraum von neun Monaten abgerechneten Leistungsdaten wurden analysiert.

Als österreichweite Vergleichspopulation wurden alle SV-Versicherten gewählt. Zur Berechnung entsprechender Referenzwerte wurden Kennzahlen aus dem „Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008“ – kurz „SHSV 2008“ – (HVB, 2008) des Hauptverbandes entnommen. Zusätzlich zum „SHSV 2008“ wurden als Datenquellen für die Vergleichsrechnung die LIVE (Leistungsinformation für Versicherte)-Statistik sowie Bereiche der e-Card Statistik des HVB verwendet. Zur Steigerung der Vergleichbarkeit der Daten mit den Werten der VU-TeilnehmerInnen – die österreichweiten Referenzwerte stellen Jahresmittel dar

– wurden die berechneten Referenzwerte gewichtet und eine Altersstandardisierung der VU-Daten vorgenommen.

Die in diesem Vergleichssetting ausgewerteten Outcome-Parameter definieren den einleitend angesprochenen versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen, welche ab VU-Teilnahme innerhalb eines Beobachtungszeitraums von neun Monaten in Anspruch genommen wurden und setzten sich wie folgt zusammen:

- Mittlere Anzahl an KH-Tagen und KH-Kosten
- Mittlere Anzahl und Kosten eingelöster Heilmittel
- Mittlere Anzahl an Krankenstandsfällen und Krankenstandstagen
- Mittlere Anzahl an Besuchen bei Vertragsärzten
- Mittlere Vertragsarztkosten

Im Rahmen der Evaluierung der VU Neu gemäß Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG wurde zusätzlich zur eben angesprochenen Outcome-Evaluierung die Inanspruchnahme spezifischer Untersuchungsprogramme – definiert gemäß § 6 (1) der „Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU“ – analysiert.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Paragraphen sowie Absatzes ist folgend angeführt<sup>5</sup>:

„§ 6. (1) Der sachliche Umfang der Vorsorgeuntersuchungen ergibt sich wie folgt:

- a) Ein allgemeines Untersuchungsprogramm (Anlage 1)
- b) Eine spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP-Abstrich)
- c) Eine spezifische Untersuchung auf Mammakarzinom (Mammographie)
- d) Eine spezifische Untersuchung auf Kolon-Karzinom (Koloskopie)
- e) Eine spezifische Vorgehensweise bei Wunsch des Probanden auf Abklärung Prostatakarzinom“

Als elektronische Datenquelle wurden, wie im Kapitel 1.2.2 bereits angesprochen, die SV-Abrechnungsdaten gemäß der FOKO (FOLgeKOSTen)-Schnittstelle herangezogen. Die hier dargestellten Ergebnisse des trägerübergreifenden Gesamtberichts basieren auf den Daten der FOKO-Schnittstelle der neun Gebietskrankenkassen sowie der vier bundesweiten Sonderversicherungsträger (VAEB, BVA, SVA, SVB).

---

<sup>5</sup> Entnommen den „Amtlichen Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherung“, Verlautbarung Nr.: 58 Jahr: 2005

### 1.6.3 Ergebnisse

#### Datenumfang

Von den trägerweiten 190.737 VU-TeilnehmerInnen des ersten Quartals 2007 konnten 175.818 für die Analysen herangezogen werden. Dies entspricht einer Einschlussquote von 92,2 %.

Betreffend soziodemografische Personenmerkmale bilden die Frauen einen Anteil von 53 %, die Männer von 47 %. Das Durchschnittsalter beträgt dabei 50,8 Jahre. Geschlechtsspezifisch ergibt sich bei den Frauen ein Mittel von 50,9 Jahren und bei den Männern ein Durchschnittswert von 50,8 Jahren.

#### Konsum medizinischer Leistungen

Durchschnittlich wurden 11,2 Vertragsarzt-Kontakte pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Altersstandardisiert ergab dies einen Wert von 10,9. Der Vergleich dieses Durchschnitts mit dem gewichteten Referenzwert von mittleren 8,0 Arzt-Patientenkontakten lt. e-Card Statistik hinsichtlich der österreichischen Gesamtbevölkerung ergibt eine relative Differenz von +36,3 % und damit um über ein Drittel des Vergleichswerts mehr an Arztbesuchen im Beobachtungszeitraum. Die Zerlegung der Vertragsarzt-Kontakte in die Komponenten „Praktiker“, „Facharzt (exkl. Zahnarzt)“ sowie „Zahnarzt“ ergab relativ gesehen den größten Abstand zum entsprechenden Vergleichswert bei den Facharzt-Besuchen. Die VU-ProbandInnen liegen dabei mit einem rohen Mittel von 3,9 bzw. einem altersstandardisierten Schnitt von 3,7 Kontakten pro Kopf fast doppelt so hoch wie die entsprechende Referenz mit 2,0. Siehe dazu Abbildung 6.

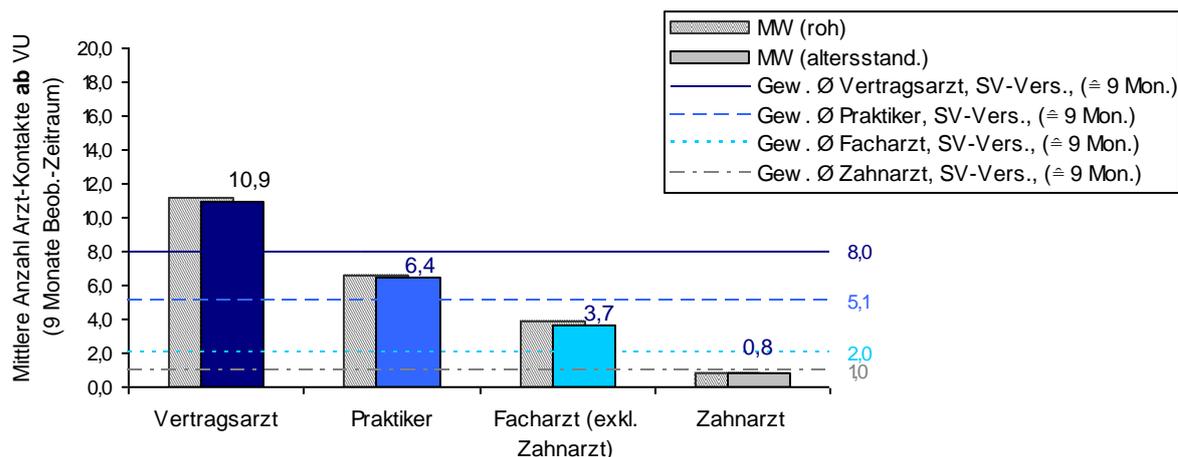


Abbildung 6: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007).

Anmerkung. Facharzt exkl. Zahnarzt. (n = 91.416).

Analog verhält es sich bei der Betrachtung der Vertragsarzt-Kosten. Durchschnittlich wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 242,72 € (exkl. UST) an verursachten

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Vertragsarzt-Kosten pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Der Vergleich des altersstandardisierten Werts von 236,21 € mit dem gewichteten Referenzwert gemäß LIVE-Statistik von 181,34 € ergibt einen Unterschied von +30,3 %. Wie bei der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte hat wiederum der Facharzt-Bereich den stärksten Einfluss auf die beobachtete Abweichung. Betreffend Facharztkosten liegen die VU-ProbandInnen mit rohen mittleren 140,54 € um +41,7 % bzw. mit dem altersstandardisierten Wert von 133,52 € um +34,6 % über dem Referenzwert (99,19 €). Siehe dazu Abbildung 7.

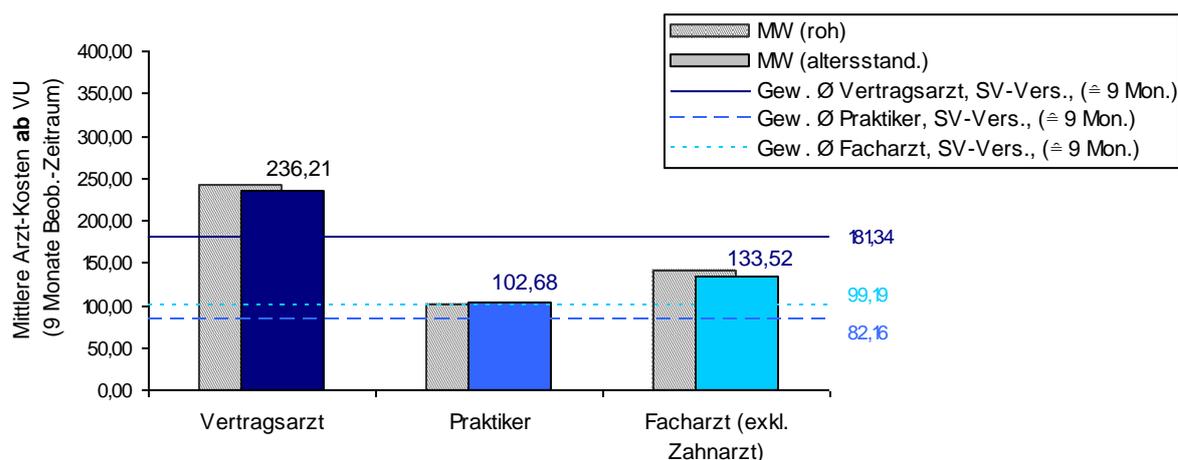


Abbildung 7: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007).

Anmerkung. Facharzt exkl. Zahnarzt. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 147.096).

Eine tabellarische Zusammenschau der Inanspruchnahme dieser und weiterer analysierter Leistungen wird mit folgender Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Zusammenschau – Konsum medizinischer Leistungen.

	VU-Wert (roh)	VU-Wert (altersstand.)	Ref.-Wert (gew.)	Relative Differenz
Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kontakten	11,2	10,9	8,0	+36,3 %
Mittlere Vertragsarzt-Kosten	242,72 €	236,21 €	181,34 €	+30,3 %
Mittlere Anzahl an KH-Tagen	1,5	1,5	1,7	-11,8 %
Mittlere „Krankenhaus-Kosten“	285,42 €	291,82 €	295,49 €	-1,2 %
Mittlere Anzahl eingelöster Heilmittel	12,6	12,1	10,6	+14,2 %
Mittlere Kosten eingelöster Heilmittel	230,06 €	216,18 €	245,27 €	-11,9 %
Mittlere Anzahl an AU-Fällen	0,76	0,82	0,79	+3,8 %
Mittlere Anzahl an AU-Tagen	8,26	8,08	9,03	-10,5 %

Anmerkung. Kosten exkl. USt. Relative Differenz: VU-Wert (altersstand.) zu Ref.-Wert (gew.).

Durchschnittlich wurden 1,5 KH-Tage pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Dem identen altersstandardisierten Wert steht eine Referenz von 1,7 Tagen gegenüber. Die auf einem Tagsatz basierenden mittleren Krankenhauskosten verhalten sich analog zu den Statistiken der KH-Tage. Der alterstandardisierte Durchschnitt der VU-TeilnehmerInnen liegt mit 291,82 € fast gleich auf mit dem österreichweiten Referenzwert von 295,49 €.

Betreffend Heilmittelverordnungen verzeichnen VU-TeilnehmerInnen mit einem altersbereinigten Wert von 12,1 Packungen pro Kopf eine etwas höhere Anzahl als beim Vergleichswert von 10,6. Die verursachten Heilmittelkosten betragen altersstandardisiert 216,18 €, der entsprechend gewichtete Referenzwert errechnet sich zu 245,27 €, was einer relativen Differenz von -11,9 % entspricht.

Die analysierten Krankenstandsfälle liegen mit 0,82 Fällen pro Kopf fast deckungsgleich mit dem Vergleichswert von 0,79 Fällen. Analog dazu verzeichnen die VU-ProbandInnen mit 8,08 nur einen knappen Tag weniger an Krankenstandstagen als der österreichweite Gesamtschnitt von 9,03 Tagen.

### **Inanspruchnahme spezifischer Untersuchungsprogramme**

Für 0,1 % der VU-Teilnehmerinnen wurde ein VU-PAP-Abstrich abgerechnet. Für 36,9 % ist ab VU-Inanspruchnahme ein kurativer PAP-Abstrich verzeichnet, 4,3 % haben einen Abstrich im Rahmen des gynäkologischen Programms erhalten und für 60,2 % der VU-Probandinnen sind keine Abrechnungsdaten in FOKO betreffend einen PAP-Abstrich vorhanden. Die Gliederung nach Altersgruppen zeigt einen mit dem Alter leichten aber stetigen Rückgang des Anteils mit (kurativem) PAP-Abstrich. Die 18- bis 30-Jährigen liegen bei 44,5 %, die 71- bis 80-Jährigen bei 23,8 % und die über 80-Jährigen noch bei 11,2 %. Frauen mit einem Abstrich vor der beobachteten VU weisen auch nach dieser mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von 53,7 % einen PAP-Abstrich auf. Siehe dazu Abbildung 8 und Abbildung 9.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

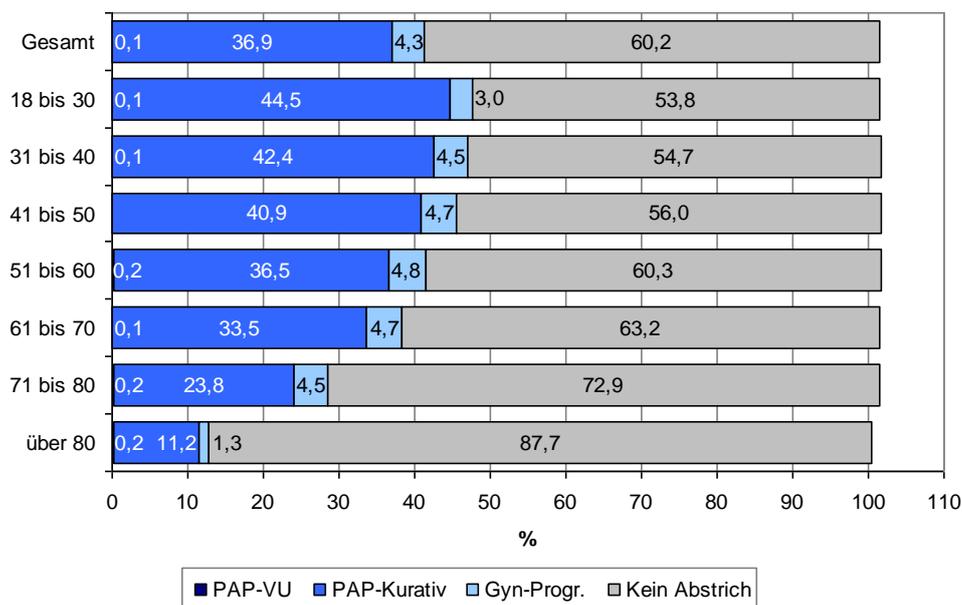


Abbildung 8: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Zeitraum: 9 Monate. Geschlecht: Weiblich. (n = 47.395).

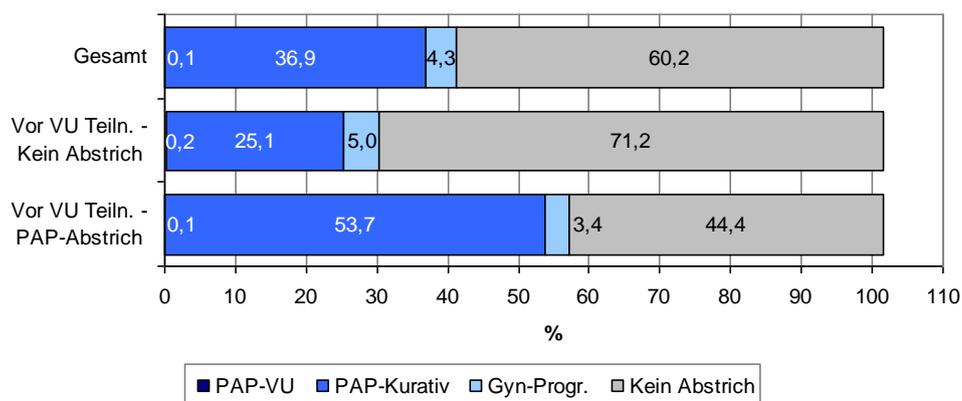


Abbildung 9: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach erfolgtem PAP-Abstrich vor VU Teilnahme.

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Geschlecht: Weiblich. (n = 47.395).

Für 4,6 % der VU-Teilnehmerinnen ab dem 40. Lebensjahr wurde eine Mammographie als Vorsorgeuntersuchung abgerechnet. Für 28,8 % ist ab VU-Inanspruchnahme eine kurative Mammographie verzeichnet und bei 66,9 % ist keine Mammographie-Abrechnung vorhanden. Die Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen sowie der 61- bis 70-Jährigen weisen mit jeweils etwa 31 % die höchsten Anteile mit einer (kurativen) Mammographie auf. Die 40- bis 50-Jährigen sowie die 71- bis 80-Jährigen liegen mit 28,4 % bzw. 25,4 % etwas darunter. Erst bei den über 80-Jährigen wird bei einem vergleichsweise geringen Anteil von 13,4 % eine (kurative) Mammographie verrechnet. Über ein Fünftel der Frauen (21,1 %), welche vor der VU-

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Teilnahme bereits eine Mammographie gemacht haben, weist danach wiederum eine (kurative) Mammographie auf. Siehe dazu Abbildung 10 und Abbildung 11.

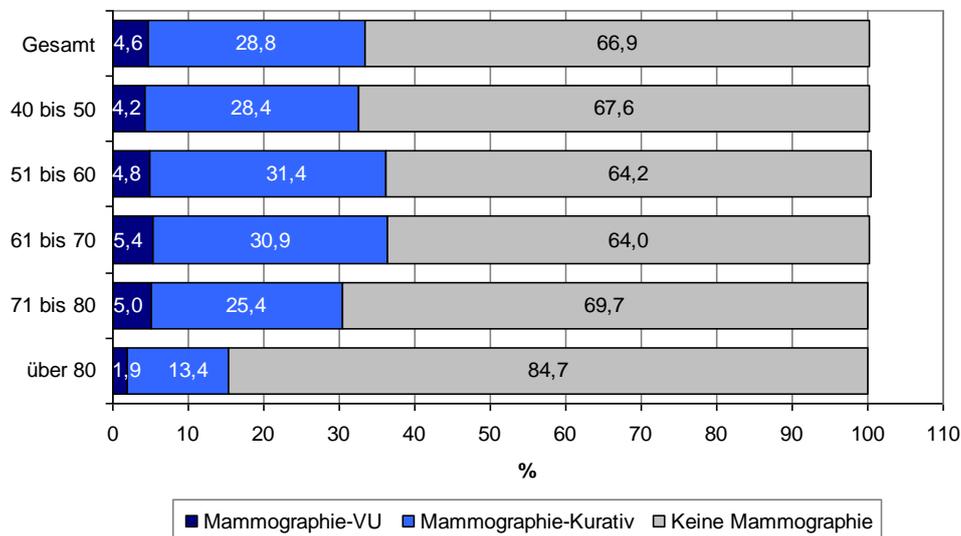


Abbildung 10: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Zeitraum: 9 Monate. Geschlecht: Weiblich. Alter: 40+. (n = 34.489).

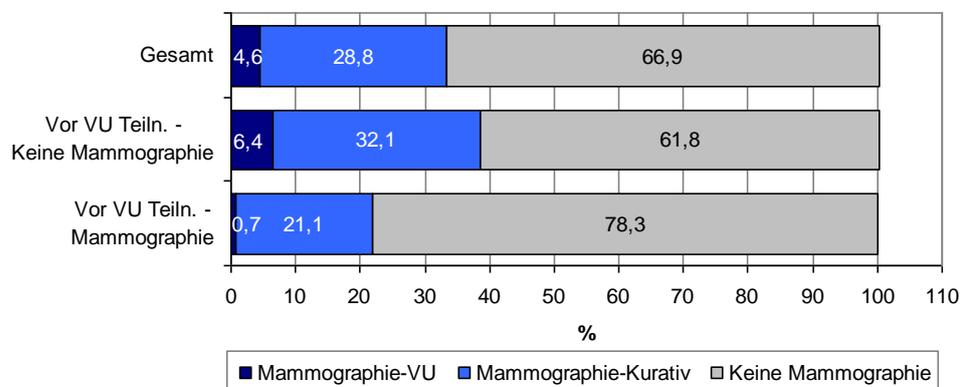


Abbildung 11: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Mammographie vor VU Teilnahme.

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Geschlecht: Weiblich. Alter: 40+. (n = 34.489).

Betreffend die Inanspruchnahme einer Koloskopie war keine repräsentative Analyse möglich. Dies begründet sich in der Anspruchsberechtigung ab dem 50. Lebensjahr bei zehn Jahresintervallen, dem eine Datenarchivierung in FOKO von zumeist acht Quartalen sowie eine Nichterfassung des Leistungsspektrums aus dem KH-stationärem/ambulatem Bereich gegenübersteht.

Für 7,8 % der ab 50 jährigen VU-Teilnehmer wurde ein PSA-Test als Vorsorgemaßnahme durchgeführt. Für 33,8 % ist ab VU-Inanspruchnahme die entsprechende kurative Leistung abgerechnet worden. Damit ist für etwa 40 % ein PSA-Test gemacht worden. Diese Prozentsatz-Größe hält sich über die Altersgruppen hinweg bis inklusive der über 80-jährigen VU-Teilnehmer. Ob ein Jahr vor der VU-Teilnahme bereits eine PSA-Untersuchung gemacht wurde oder nicht, hat im Gesamtdurchschnitt keinen relevanten Einfluss auf die Durchführung einer weiteren danach. Siehe Abbildung 12.

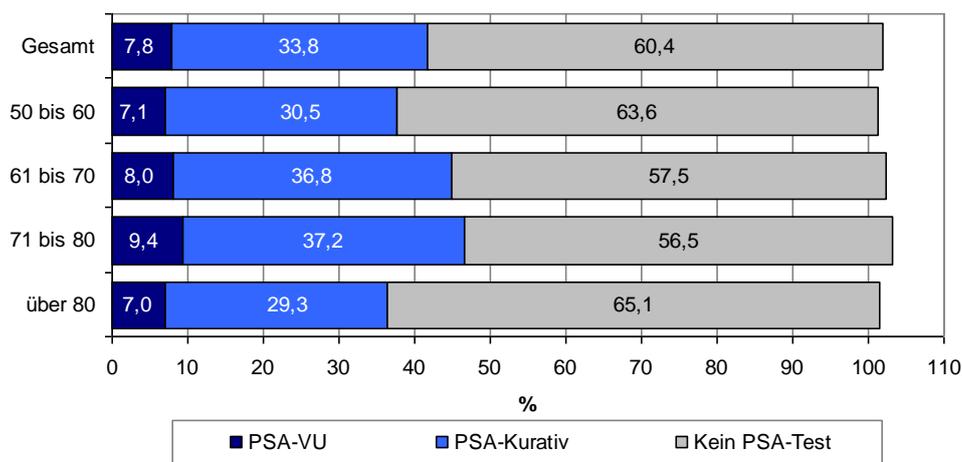


Abbildung 12: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Zeitraum: 9 Monate. Geschlecht: Männlich. Alter: 50+. (n = 22.659).

### 1.6.4 Schlussfolgerungen

#### Konsum medizinischer Leistungen

Die Auswertungen betreffend die Vertragsarzt-Kontakte (+36,3 %) sowie Vertragsarzt-Kosten (+30,3 %) sprechen für einen gegenüber den österreichweiten Daten überdurchschnittliche Leistungs-Abrechnung hinsichtlich der VU-TeilnehmerInnen. Die weiteren Auswertungen zeigten keine derart auffälligen Abweichungen zu den österreichweiten Benchmarks. Die grundsätzliche Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchung auf die „asymptomatische (gesunde) Allgemeinbevölkerung“ würde im Zusammenhang zu den verordneten Heilmitteln eine klarere Kostendifferenz zugunsten der VU-TeilnehmerInnen erwarten lassen.

Insgesamt scheinen die erwarteten Effekte der VU hinsichtlich der über FOKO-Daten allein analysierten gesundheits- sowie kostenbezogenen Outcomes, deskriptiv und österreichweit betrachtet, vorerst nicht erkennbar.

In diesem Zusammenhang ist die Limitierung einer möglichen mittels FOKO-Daten allein nicht kontrollierbaren Korrelation zwischen Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme

medizinischer Leistungen anzuführen. Wie bereits in Kapitel 1.2.2 erwähnt, wird unter anderem aus diesem Grund seitens HVB und IfGP seit Mitte 2010 an der Umsetzung einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Damit soll erstmals eine nach dem Gesundheitsprofil der VU-TeilnehmerInnen korrigierte Analyse betreffend deren Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen möglich werden um somit allenfalls vorhandene Effekte der Intervention VU Neu besser sichtbar zu machen.

### **Inanspruchnahme spezifischer Untersuchungsprogramme**

Die Ergebnisse der Analyse der vor dem Hintergrund der Vorsorgeuntersuchung durchgeführten Krebs-Früherkennungsverfahren (PAP-Abstrich, Mammographie) weisen vehement auf eine Vermischung mit entsprechenden kurativen Leistungspositionen im Abrechnungsprozess hin. Dies erschwert eine Bewertung des Umfangs dieser eingesetzten Krebs-Früherkennungsmaßnahmen erheblich.

Auffallend erscheint ebenso die durchwegs hohe Prävalenz an durchgeführten Screenings ab VU-Inanspruchnahme in den höheren Altersgruppen über dem 70. Lebensjahr. Betreffend PAP-Abstrich gilt dies für etwa 28 % der 71-80-Jährigen und für noch etwa 12 % der über 80-Jährigen. Die wissenschaftlichen Grundlagen zur VU Neu empfehlen dagegen dieses Screening für Frauen zwischen 19 und 69 Jahren. Eine Mammographie wurde für ungefähr 30 % der 71-80-Jährigen und für etwa 15 % der über 80-Jährigen abgerechnet. Die wissenschaftlichen Grundlagen empfehlen dagegen dieses Screening ausschließlich für Frauen zwischen 40 und 70 Jahren.

Auch die Screening-Intervalle beim PAP-Abstrich und der Mammographie widersprechen den Vorgaben der wissenschaftlichen Grundlagen. Bei etwa 57 % der Frauen, welche vor der VU-Teilnahme bereits einen PAP-Abstrich gemacht haben, wurde dieser nach der VU wiederholt. Laut wissenschaftlichen Grundlagen gelten als geeignetes Routine-Intervall drei Jahre – wenn zuvor mindestens zwei bis maximal drei initiale Abstriche in einem Ein-Jahres-Abstand unauffällige Befunde erbracht haben. Bei etwa 22 % der Frauen mit einer bereits vor der VU-Teilnahme durchgeführten Mammographie, wurde auch danach wiederum eine abgerechnet. Die wissenschaftlichen Grundlagen empfehlen dabei ausnahmslos ein Routine-Intervall von zwei Jahren.

Nach den Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen (RVU) wird betreffend einen PSA-Test gemäß § 6 (1) lit. e) lediglich eine strukturierte Beratung – auf Wunsch der/des ProbandIn – hinsichtlich der Früherkennung eines Prostatakarzinoms formuliert. Vor dem Hintergrund dieser allein bestehenden Beratungsoption und der laut wissenschaftlicher Grundlagen gegebenen Evidenzlage, welche den Einsatz des PSA-

Screenings in bevölkerungsbasierten Programmen nicht rechtfertigt, erscheint die Prävalenz der Inanspruchnahme mit etwa 40 % auffällig hoch.

Die soeben angeführten Diskussionspunkte wurden im Rahmen eines vom HVB in Auftrag gegebenen Projekts mit dem Titel „VU Änderungsbedarf“ aufgenommen, siehe 1.2.5.

### 1.7 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen

#### 1.7.1 Ausgangssituation

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung keine eindeutigen Begrifflichkeiten formuliert. So bleibt es unklar, welche Risikomerkmale bzw. welche spezifischen Risikogruppen in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden sollten. Auch ist die grundsätzliche Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchung auf die „asymptomatische (gesunde) Allgemeinbevölkerung“ gerichtet. Dennoch kann die Formulierung auch ausgelegt werden, indem ausgewählte Messgrößen für spezielle Fragestellungen innerhalb der VU-Population analysiert werden.

Eine gezielte Evaluierung kann mit den vorliegenden Daten jedoch nur deskriptiv erfolgen. So können *innerhalb der VU-Population* Gruppen mit bestimmten klinischen Befundkonstellationen bzw. mit definierten Risikofaktor-Bündeln (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen bzw. definierten kardiovaskulären Globalrisiko-Klassen) in einer Querschnitt-Betrachtung hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen dargestellt werden. Ausgewählte Ergebnisse der ersten Querschnitt-Analyse sind unten folgend im Kapitel 1.7.3 angeführt.

Auch die Längsschnitt-Beobachtung derart umschriebener Gruppen hinsichtlich der Veränderung modifizierbarer Risikofaktoren über einen längeren Zeitraum (drei bis fünf Jahre) sollte angestrebt werden. Dabei sollte jedoch immer mit berücksichtigt werden, dass es sich bei vielen der bei der VU festgestellten Befunde um Momentaufnahmen mit teilweise großer individueller Variabilität oder um noch abklärungsbedürftige Verdachtsbefunde handelt. Ebenfalls zu berücksichtigen ist die nicht validierbare bzw. nicht bekannte Güte der Datenkodierung bei der VU selbst. So müsste etwa geprüft werden, inwieweit bestimmte Risiko-Klassifizierungen tatsächlich korrekt erfolgen.

Aufgrund der gegebenen Relevanz hinsichtlich spezifischer Analysen mittels einer Verknüpfung von VU-Befunddaten und Abrechnungsdaten der Krankenversicherung, welche zur Abbildung des nachfolgenden Leistungsgeschehens dienen, wird seitens HVB und IfGP seit Mitte 2010 an der Umsetzung einer solchen Verknüpfung von pseudonymisierten FOKO-Daten mit den pseudonymisierten elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Über diesen Zugang soll vor dem Hintergrund der Fragestellung in Ziffer 4 des § 447h (4) eine Evaluierung differenzierter Versorgungsaspekte betreffend spezifische Risikogruppen der VU-Population möglich werden.

Für die hier skizzierten Auswertungsansätze sind qualitativ gute elektronische VU-Befunddaten eine unabdingbare Voraussetzung. Um Aussagen zu treffen, welche für die Gesamtheit der VU-Population gültig sind, müssten diese elektronischen Befunddaten von allen untersuchten VU-TeilnehmerInnen bzw. in einer für die Gesamtheit aller VU-Befunde repräsentativen Form verfügbar sein.

Wie bereits eingangs im Bericht erwähnt, wurde mit § 22 (11) des Gesamtvertrages über die Vorsorgeuntersuchungen (VU-GV) die pseudonymisierte elektronische Übermittlung der VU-Befunddaten geregelt. Demgemäß werden ab Oktober 2008 alle Befundblätter (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) für Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 1. Juli 2008 durchgeführt wurden, vertragskonform elektronisch übermittelt. Für die VertragsärztInnen wurde ein Übergangszeitraum bis 1. April 2009 festgelegt. Eine flächendeckende elektronische Übermittlung wurde mit Ende des 1. Halbjahres 2009 erreicht.

Gemäß § 16 VU-GV wurde aufgrund dessen die Evaluierung der vorliegenden pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung (ausschließlich) gemeinsam zwischen ÖÄK und HVB durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam durchgeführt. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Möglichkeiten definierte das gemeinsame Evaluierungsteam vor allem vor dem Hintergrund der Ziffer 4 des § 447h (4) ASVG einen „VU-Kernindikatorensatz“ hinsichtlich der Versorgung spezifischer Risikogruppen. Dieser Indikatorensatz berücksichtigt jene Indikatoren, welche aus den VU-Befunddaten des allgemeinen Programms darstellbar sind und orientiert sich außerdem an den Vorsorgezielen der VU Neu. Basierend auf dem definierten Indikatorensatz erfolgten mit Mai 2010 die ersten deskriptiven Analysen der pseudonymisierten VU-Befunddaten durch das IfGP. Folgend werden die Limitierungen und ausgewählte Ergebnisse der gemeinsamen Evaluierung dieser Indikatoren betreffend die elektronisch übermittelten Befunddaten der VU-TeilnehmerInnen des Jahres 2009 dargestellt.

### **1.7.2 Limitierungen aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU - Befunddaten**

Im Rahmen der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten bestehen einerseits **methodische Einschränkungen**, andererseits ergeben sich Limitierungen aufgrund von Mängeln bei der **Datenqualität** und **Datenverknüpfungen**.

Die methodischen Einschränkungen begründen sich dadurch, dass die Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten in einem nicht-experimentellen, nicht-randomisierten Setting stattfindet. Nicht-randomisierte Beobachtungsstudien unterliegen grundsätzlich den

vielfältigen Gefahren eines Bias, d.h. einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse auf ganz verschiedenen Ebenen (Chow & Liu, 2004). Es ist daher entsprechend dem Lehrbuch für Routinedaten im Gesundheitswesen (Swart & Ihle, 2005), vorzugehen.

Mögliche Verzerrungen auf TeilnehmerInnenseite:

- Es nehmen eher gesundheitsbewusste und auch objektiv gesündere Personen an der VU teil.
- Es nehmen eher gebildete und einkommensstarke Gruppen an der VU teil.
- VU TeilnehmerInnen sind stärker um ihre Gesundheit besorgt bzw. haben mehr Angst vor Krankheiten als Nicht-TeilnehmerInnen.
- VU TeilnehmerInnen werden durch verschiedene Einladesysteme unterschiedlich erreicht und motiviert an einer VU teilzunehmen.
- VU TeilnehmerInnen haben einen Erinnerungsbias beim Ausfüllen des Anamnesebogens.

Mögliche Verzerrungen auf Untersucherseite:

- ein Informationsbias bei der Erhebung von Alkohol- und Tabakkonsum,
- ein Informations- bzw. Interviewbias durch Unterschiede in der non-verbale und verbalen Kommunikation,
- ein Erhebungsbias durch unterschiedliche Standards und Umweltbedingungen bei der klinischen Untersuchung und Erhebung physiologischer Parameter,
- ein Messbias durch unzureichend geeichte Messinstrumente (z.B. Blutdruckmessgerät),
- ein Messbias durch zu strikte Kategorisierung. So können zum Beispiel nicht erfasste Abstufungen beim Bluthochdruck, Cholesterin aber auch beim Rauch- und Bewegungsverhalten zu einer Unter- oder Überschätzung dieser Parameter führen.

Aufgrund der Vielfalt der erhobenen Parameter, der großen Komplexität des Maßnahmenbündels, vielfältiger, außerhalb der VU wirksamer Einflussfaktoren und nicht zuletzt langen Latenzzeiten bis zu einer tatsächlichen Messbarkeit von präventiven Effekten können in einem ersten Schritt nur Auffälligkeiten und daraus abgeleitete Hypothesen und Fragestellungen generiert werden.

Eine weitere Limitierung ist die **Datenqualität**. Aufgrund der Vielzahl an Untersuchern ist davon auszugehen, dass auch die Qualität (z.B. Messgenauigkeit, Erfassung) der erhobenen Werte

eine große Variabilität aufweist. So lässt z.B. der häufige Eintrag „keine Maßnahme“ bei weiter abklärungs- oder therapiebedürftigen Befunden (siehe folgend Kapitel 1.7.3) auf ein Problem mit der Datenqualität schließen. Dass dies in erster Linie auf eine Ablehnung des Patienten zurückzuführen ist, lassen die Auswertungen der Themenkomplexe, bei denen diese Möglichkeit gegeben ist, unwahrscheinlich erscheinen. Damit müssen hier immer die individuelle Variabilität und individuell bedeutenden Kontextfaktoren mitberücksichtigt werden. Letztere gehen aber ebenfalls bei einer bevölkerungsbezogenen Auswertung verloren bzw. werden unscharf. So kann derzeit etwa eine bereits bestehende Versorgung der Probandin bzw. des Probanden nicht dokumentiert werden, was die Angabe von „Keine Maßnahme“ unter anderem erklären könnte.

### 1.7.3 Ergebnisse aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten

Knapp ein Fünftel (17,8 %; Absolutwert: 61.504) der VU TeilnehmerInnen gab im Untersuchungsjahr 2009 an, blutdrucksenkende Medikamente einzunehmen, womit eine bestehende Hypertonie bei knapp einem Fünftel der VU TeilnehmerInnen angenommen werden kann. Bei zwei Drittel dieser Fälle wurde eine Weiterführung der Therapie dokumentiert (siehe Abbildung 13), d.h. bei rund 12 % (Absolutwert: 40.869) der VU TeilnehmerInnen wurden die Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten und eine Weiterführung der Therapie angegeben, bei rund 4 % (Absolutwert: 12.337) der VU TeilnehmerInnen wurde eine Hypertonie angegeben und keine Maßnahme dokumentiert.

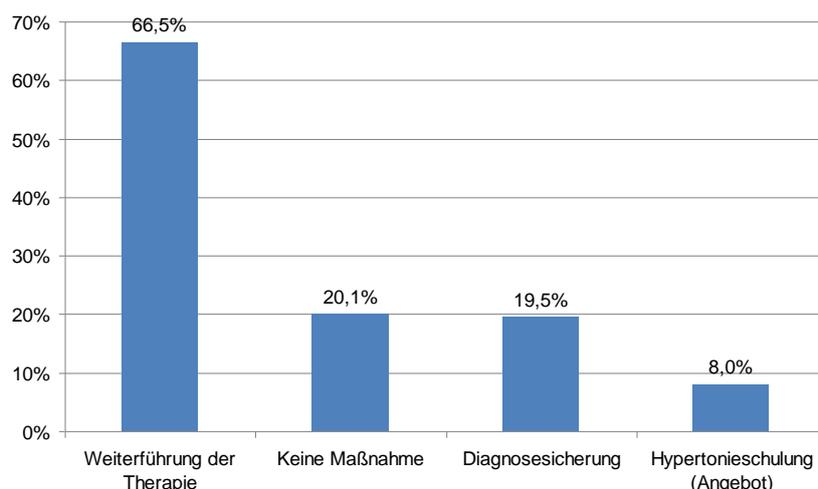


Abbildung 13: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten (N = 61.504), 2009.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Bei rund einem Fünftel der Untersuchungen (21,5 %; Absolutwert: 74.160) wurde der Verdacht auf Hypertonie festgestellt und in rund 43 % Prozent dieser Fälle eine Diagnosesicherung angegeben (siehe Abbildung 14). D.h. bei rund 9 % (Absolutwert: 31.843) der VU Untersuchungen wurden der Verdacht auf Hypertonie und eine Diagnosesicherung dokumentiert, in rund 10% (Absolutwert: 33.211) wurde keine Maßnahme angeführt.

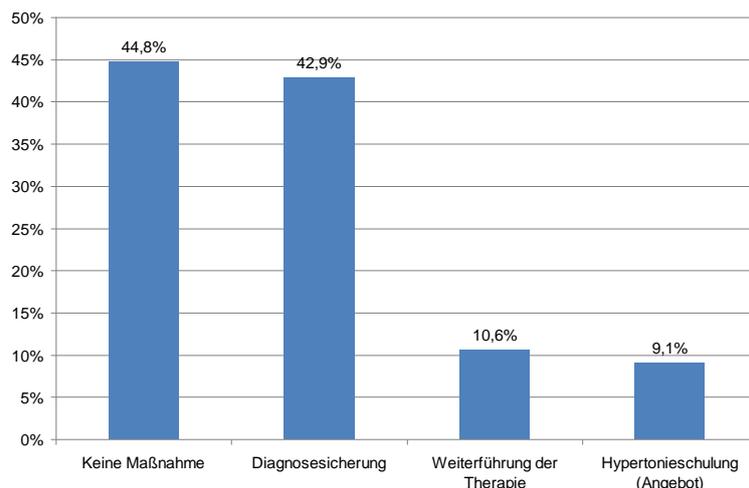


Abbildung 14: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Hypertonie (N = 74.160), 2009.

Bei den VU-TeilnehmerInnen bis 40 mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko (0,3%; Absolutwert: 255) wurde in 62 % der Fälle ein Gespräch und bei 41 % eine Lifestyleintervention dokumentiert. Bei den über 40jährigen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko (30,4%; Absolutwert: 77.798) wurde in 58 % der Fälle ein Gespräch und bei 21 % eine Lifestyleintervention angegeben.

Männer zeigten bzgl. eines erhöhten kardiovaskulären Risikos höhere Prävalenzraten als Frauen. Als mögliche Einflussfaktoren neben dem Geschlecht ließen sich Unterschiede bei den BMI- und Cholesterinwerten erkennen.

Bei rund 6 % (Absolutwert: 21.571) der VU TeilnehmerInnen bestand ein manifester Diabetes mellitus. In rund 50 % dieser Fälle wurde eine Weiterführung der Therapie dokumentiert (siehe Abbildung 15), d.h. bei rund 3 % (Absolutwert: 11.121) der Untersuchungen wurden ein manifester Diabetes mellitus und als Maßnahme eine Weiterführung der Therapie angegeben und bei den übrigen 3 % nicht (Absolutwert: 10.450).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

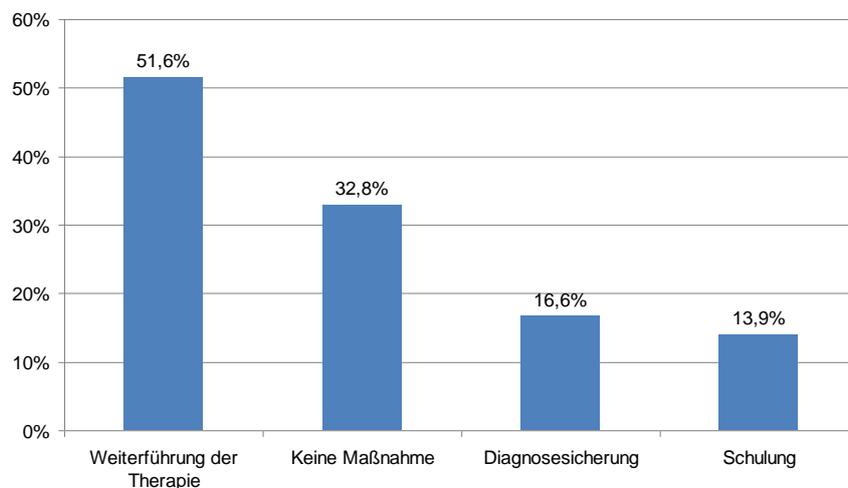


Abbildung 15: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Diabetes (N = 21.571), 2009.

Bei rund 2 % (Absolutwert: 7.812) der Untersuchungen wurde der Verdacht auf Diabetes gestellt und in gut der Hälfte der Fälle eine Diagnosesicherung angegeben (siehe Abbildung 16). Bei einem auffallend hohen Prozentsatz (rund ein Viertel) der DiabetikerInnen zwischen 40 und 60 Jahren wurden Risikofaktoren wie eine Tabaksucht oder ein erhöhter Blutdruck wie auch eine Hypercholesterinämie oder keinerlei körperliche Bewegung dokumentiert.

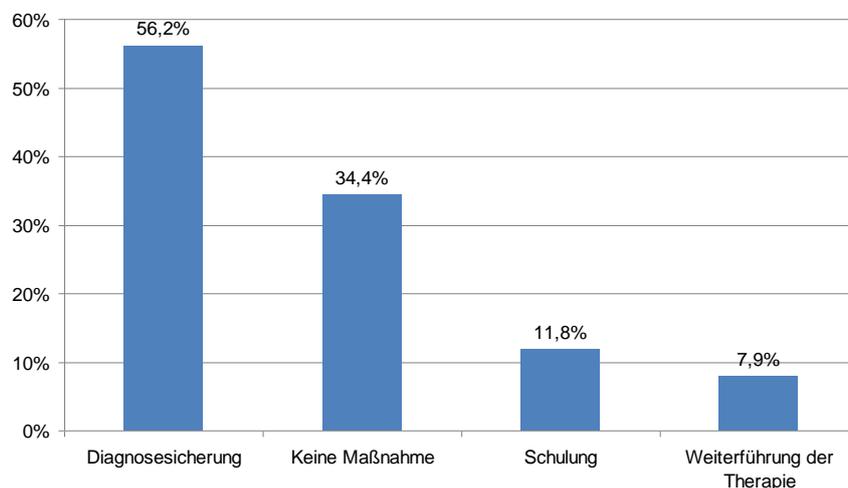


Abbildung 16: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Diabetes (N = 7.812), 2009.

Hinsichtlich der Reduktion von Übergewicht wurde bei jungen Frauen und Männern (18 bis 30 Jahre) mit (Prä)adipositas, d.h. mit einem BMI-Wert  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  (18-30jährige Frauen: über ein Viertel; 18-30jährige Männer: über ein Drittel), in 40 % der Fälle keinerlei Maßnahme angegeben (siehe Abbildung 17 und Abbildung 18). D.h. bei über 10 % der jungen Frauen (Absolutwert: 2.789) und Männer (Absolutwert: 3.003) wurden im Rahmen der

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Vorsorgeuntersuchung eine (Prä)adipositas festgestellt und keine Maßnahme (Bewegungs- und oder Ernährungsberatung) dokumentiert.

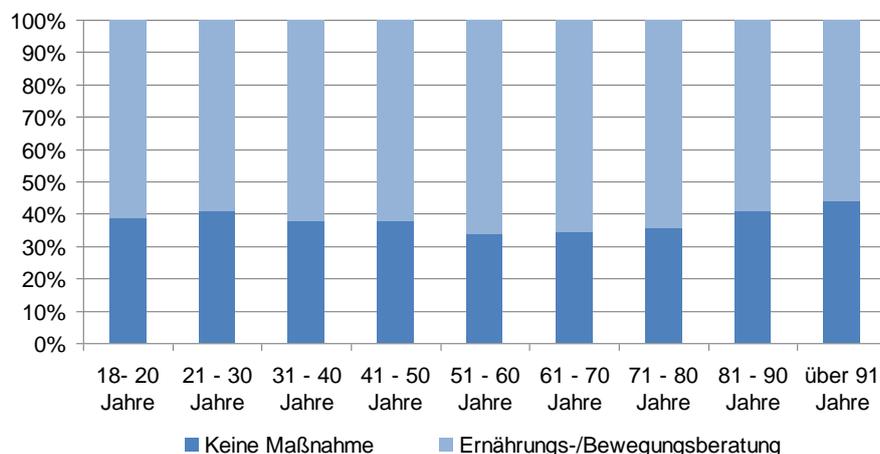


Abbildung 17: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit (Prä)adipositas (N = 100.827), 2009.

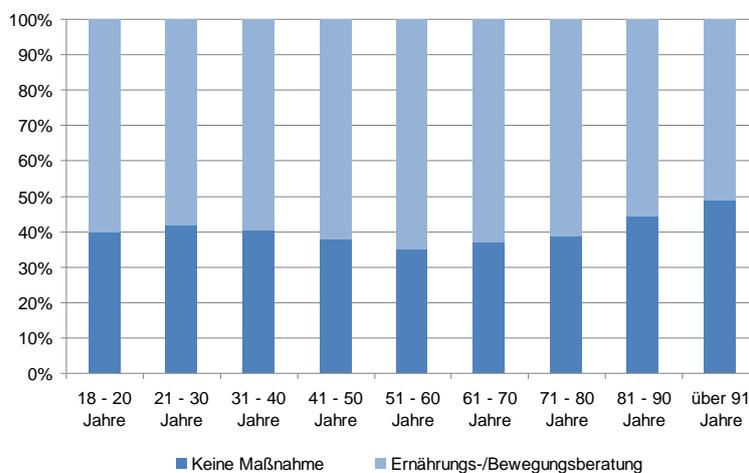


Abbildung 18: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern mit (Prä)adipositas (N = 103.753); 2009.

Bei einem hohen Prozentsatz (rund ein Viertel; Absolutwert: 7.057) von Frauen über 70 wurde entgegen der Zielgruppendefinition lt. den wissenschaftlichen Grundlagen zur VU eine Überweisung zur Mammographie dokumentiert. Bei über der Hälfte der 40-70jährigen Frauen (Absolutwert: 54.669) wurde ein fehlender BIRADS Befund angegeben und bei zwei Drittel (Absolutwert: 35.540) dieser Fälle keine Überweisung zum Radiologen (siehe Abbildung 19). D.h. bei einem Drittel der 40-70jährigen VU Probandinnen wurden ein fehlender BIRADS und keine Überweisung zum Radiologen dokumentiert. Der Grad der angegebenen Beratung und Aufklärung vor einer Vorsorge-Mammographie lag bei rund 42%.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

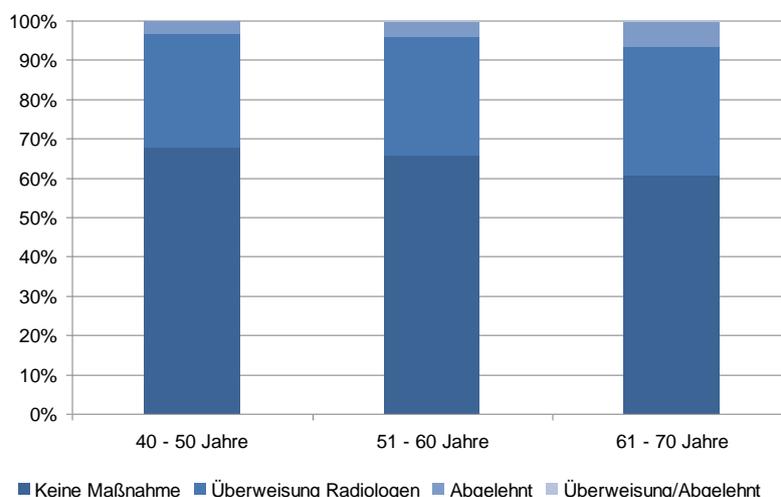


Abbildung 19: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem BIRADS Befund (N = 54.669), 2009.

Bei rund einem Viertel (Absolutwert: 6.726) der Teilnehmerinnen über 70 wurde entgegen der Zielgruppendefinition lt. den wissenschaftlichen Grundlagen zur VU eine Überweisung zum Zervixkarzinom Screening dokumentiert. Bei zwei Drittel (Absolutwert: 90.440) der 20-70jährigen Frauen wurde ein fehlender PAP Befund und bei rund drei Viertel (Absolutwert: 64.993) dieser Fälle keine Überweisung dokumentiert. D.h. bei knapp der Hälfte der 20-70jährigen VU Probandinnen wurde ein fehlender PAP Befund und keine Überweisung zum Gynäkologen angegeben. Eine ärztliche Beratung bzgl. Screening nach Zervixkarzinom wurde bei 35 % der Teilnehmerinnen dokumentiert.

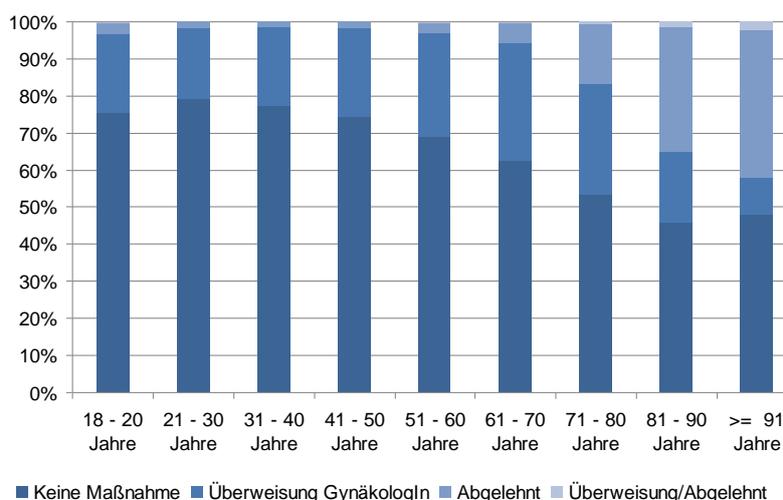


Abbildung 20: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem PAP Befund (N = 109.583), 2009.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Für rund zwei bis drei Prozent (Absolutwert Frauen: 2.517; Absolutwert Männer: 2.248) der VU TeilnehmerInnen 50+ wurde ein auffälliger Vorbefund hinsichtlich okkulten Blutes im Stuhl dokumentiert. Bei zwei Drittel dieser Fälle wurde keine Überweisung angegeben (siehe Abbildung 21 und Abbildung 22). D.h. bei ein bis zwei Prozent der Untersuchungen (Absolutwert Frauen: 1.792; Absolutwert Männer: 1.611) wurde ein auffälliger Vorbefund ohne Überweisung dokumentiert. Bei 64 % der VU TeilnehmerInnen 50+ wurde eine ärztliche Beratung über die Vorsorge-Koloskopie angeführt.

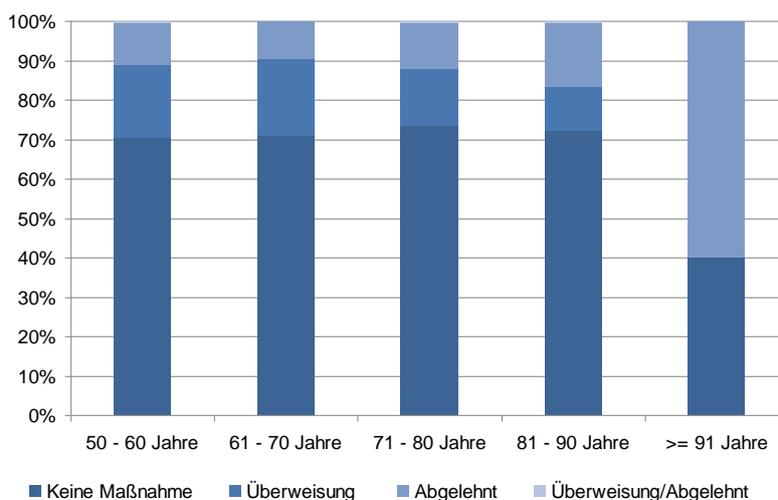


Abbildung 21: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.517), 2009.

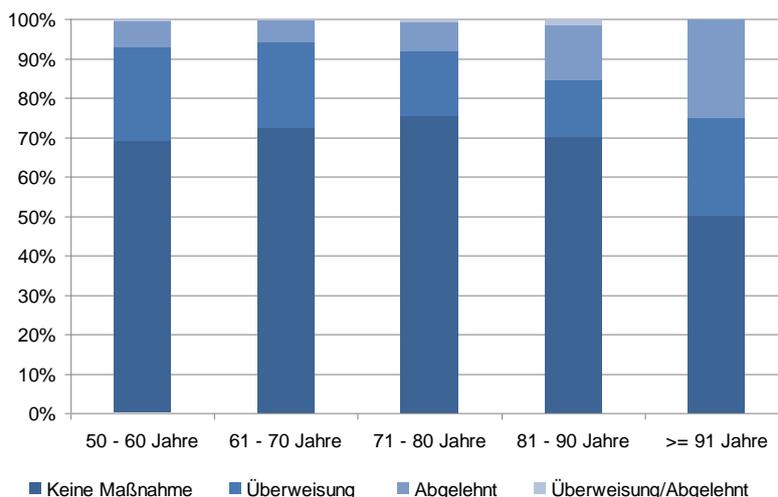


Abbildung 22: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.248), 2009.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Der Alkoholfragebogen wurde in rund der Hälfte (52,5%; Absolutwert: 181.375) der Untersuchungen eingesetzt, wobei ein erhöhtes Risiko bei weniger als einem Prozent festgestellt wurde (siehe Abbildung 23). Auch der Anteil der Personen mit einem mittleren Risiko (ca. 2-3%) bleibt unter den Erwartungen bzw. der Prävalenz in anderen Erhebungen zum Risikofaktor Alkohol (Statistik Austria, 2007).

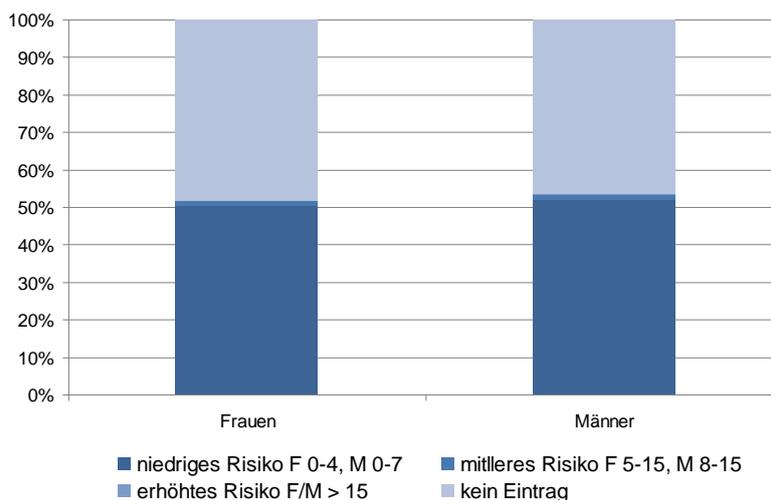


Abbildung 23: AUDIT Verwendung und Risikoverteilung (N = 345.496), 2009.

### 1.7.4 Schlussfolgerungen

Die oben beschriebenen Ergebnisse der ausgewählten Versorgungsindikatoren zeigen einen Optimierungsbedarf in der Dokumentationsqualität hinsichtlich der bei der VU angeratenen (Lebensstil-)Maßnahmen auf. Auf Basis der bestehenden Limitierungen bzgl. Datenqualität und Datenverknüpfungen, der methodischen Rahmenbedingungen und den dargestellten Ergebnissen wurden daher im Projektabschlussbericht seitens des gemeinsamen Evaluierungsteams Empfehlungen abgegeben, um zukünftig dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 447h (4) ASVG im höheren Maße nachkommen zu können.

Diese Empfehlungen wurden im Rahmen eines vom HVB in Auftrag gegebenen Projekts mit dem Titel „VU-Befundblattanpassung“ aufgegriffen. Mit der Weiterentwicklung des VU Befundblattes sollen folgende Ziele verfolgt und erreicht werden:

1. Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit für die VU Ärzte (Usability),
2. Verbesserung der Dokumentationsqualität im Sinne der Evaluierbarkeit und
3. Update nach EBM Kriterien.

Um die oben genannten Ziele zu erreichen, wurden in Workshops eines interdisziplinären Arbeitsteams, das vom Hauptverband koordiniert wird und die Beteiligung der Gesundheit

Österreich GmbH, des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention und der SVC GmbH umfasst, Umsetzungsvorschläge erarbeitet. Diese Umsetzungsvorschläge sollen mit der Ärztekammer akkordiert und finalisiert werden. Das adaptierte Befundblatt wird im Rahmen einer Testphase, in der VU ÄrztInnen Änderungsvorschläge einbringen können, evaluiert und für die Einmeldung in der SVC GmbH finalisiert.

### **1.8 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden**

Im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurde für die Jahre 2009 bis 2013 die Schwerpunktsetzung Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung von der Trägerkonferenz verabschiedet, die die Basis für die Maßnahmen 2010 in diesem Bereich darstellt. Neben dem Lebensraum Betrieb und dem Lebensraum Schule werden Orte der Langzeitbetreuung, die Zielgruppe der SeniorInnen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention 2010 abgearbeitet. Als übergreifende Maßnahmen wurden im Jahr 2010 Projekte zu den Themen gesundheitliche Ungleichheit und Capacity Building umgesetzt.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung stellt die schulische und betriebliche Gesundheitsförderung auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2010 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb und die Erhöhung der Inanspruchnahme des Rauchertelefons sowie mit Maßnahmen der Qualitätssicherung der Raucherentwöhnung Schwerpunkte gesetzt. Als Teil des Nationalen Aktionsplans Ernährung wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und vorbereitende Maßnahmen für den österreichweiten Roll-Out von Ernährungsberatung für Schwangere ab 2011 gesetzt. Im Bereich Capacity building wurde eine Charta für Public Health erstellt, als freiwillige Selbstverpflichtung der SV sich zukünftig an den Prinzipien der Public Health zu orientieren, die Ausbildungen von MitarbeiterInnen im Bereich Public Health und Gesundheitsmanagement gefördert sowie der wissenschaftliche Beirat weitergeführt.

#### **1.8.1 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule**

2009 wurde das gemeinsame Strategieprojekt GESUNDE SCHULE des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossen. Auf Basis der Projektergebnisse wurden in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur sowie dem Bundesministerium für Gesundheit 2010 gezielte Initiativen gesetzt. Die Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten, Informationsfoldern für Schulen zum Thema Gesundheit und Schule, sowie zu Ernährung im Kontext der Schule wurden entwickelt und den Schulen zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus wurden die mittlerweile acht Servicestellen für Schulen der Krankenversicherungsträger bei der Umsetzung von konkreten Maßnahmen und Projekten an Schulen finanziell in pauschalierter Form gefördert.

Als konkretes und neues Unterstützungsangebot der Servicestellen Schule wurde 2010 eine Erstinformation für Schulen und Interessierte zur Schulischen Gesundheitsförderung entwickelt. Die Erstinformation ist unter [www.sozialversicherung.at/schule](http://www.sozialversicherung.at/schule) downloadbar oder bei den Servicestellen zu beziehen.

### **1.8.2 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb**

#### **Fehlzeitenreport 2010**

Mit dem Fehlzeitenreport 2010 wurde die 2008 begonnene Berichtsreihe zum Thema Gesundheit und Arbeitswelt fortgesetzt. Neben einer Standardauswertung der Fehlzeiten nach Regionen und Branchen wurde im Rahmen des Schwerpunktthemas 2010 das Thema Krankenstände und Pensionierungen näher analysiert.

Die Veröffentlichung des Fehlzeitenreports 2010 ist für Herbst 2011 geplant. Nach Präsentation des Fehlzeitenreports wird dieser unter [www.hauptverband.at/fokoop](http://www.hauptverband.at/fokoop) zum Download zur Verfügung stehen.

#### **Gesundheitskampagne „Gesund von der Arbeit – Gesund in der Arbeit“**

Im Rahmen der 2009 begonnenen Gesundheitskampagne „Gesund von der Arbeit – Gesund in der Arbeit“ die von VertreterInnen der ArbeitnehmerInnen initiiert wurde, beteiligte sich der Hauptverband im Rahmen der Mittelverwendung §447h ASVG sowohl finanziell als auch durch eine fachliche Unterstützung unter Einbeziehung des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung.

#### Die Ziele der Kampagne sind:

- Bewusstsein bei BetriebsrätInnen und JugendvertrauensrätInnen zum Thema Gesundheit und Arbeit schärfen.
- Spezielle Gesundheits- und Unfallgefahren, die vom Beginn bis zum Ende des Arbeitslebens auftreten können, zielgruppenspezifisch aufzeigen.
- Vor- aber auch die Nachteile neuer Arbeitszeitformen wissenschaftlich untersuchen und daraus die notwendigen Konsequenzen ziehen.

Das Thema Arbeit und Gesundheit wird im Rahmen der Kampagne über BetriebsrätInnen an die Beschäftigten herangetragen. Einerseits werden die gültigen Bestimmungen des Gesundheitsschutzes bei ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen verstärkt ins Bewusstsein

gerufen. Andererseits werden weitergehende und nachhaltige Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf der betrieblichen Ebene angeregt.

Die Evaluierung der Gesamtkampagne hat gezeigt, dass im Bereich der BGF wichtige Impulse im Bereich der ArbeitnehmerInnenvertreter gesetzt werden konnten. An einer nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit und Arbeit wird 2011 weitergearbeitet.

### **Strategieprojekt BGF in Klein- und Kleinstunternehmen**

Um den Gedanken der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Unternehmenssegment der Klein- und Kleinstunternehmen (3 bis 50 MitarbeiterInnen) zu verbreiten, wurde im Jahr 2009 im Rahmen des Projektes „Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstunternehmen“ ein Strategiekonzept für dieses Unternehmenssegment entwickelt. Dabei wurden u.a. auch die Ziele verfolgt, Handlungsoptionen darzustellen, sowie Empfehlungen für eine zukünftige Positionierung der Sozialversicherung zu formulieren.

Auf diese Handlungsoptionen und Empfehlungen aufbauend, wurden 2010 erste vorbereitende Schritte für eine breitere Umsetzung gesetzt. Dabei wurde(n):

- das Grundmodell der betrieblichen Beratung und Betreuung für die Zielgruppe der Klein- und Kleinstunternehmen weiter verbreitert und angepasst (ähnlich des Modellprojektes NÖ Gebietskrankenkasse-Regionenprojekt).
- Schulung von Sozialversicherungs-MitarbeiterInnen zum Kennenlernen des Grundmodells der betrieblichen Beratung und Betreuung für Klein- und Kleinstunternehmen umgesetzt.
- Erfahrungen im Feld gesammelt, um gegebenenfalls das Modell zu optimieren.

Die pilothafte Umsetzung in den Betrieben und die Evaluierung werden voraussichtlich Ende 2011 abgeschlossen sein.

### **Projektstudie zur Nutzung von Unternehmensnetzwerken für BGF**

Ein deutlicher Trend hin zu Netzwerken ist kennzeichnend für unsere Zeit. Durch die Globalisierung der vergangenen Jahrzehnte sind globale Märkte entstanden, was u.a. dazu geführt hat, dass heute weniger einzelne Nationalstaaten miteinander in wirtschaftlicher Konkurrenz stehen, sondern vielmehr regionale Wirtschaftsräume. Nach dem Motto „wo die Großen fusionieren, müssen die Kleinen kooperieren“ wird die Beteiligung an Netzwerken und Kooperationen gerade für kleine und mittlere Unternehmen immer wichtiger. Unternehmen vernetzen sich, um Synergien zu nutzen, den gegenseitigen Austausch zu fördern sowie die Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen. Die Förderung von Unternehmensnetzwerken ist daher auch

ein verbreitetes und wichtiges Instrument der österreichischen Technologie- und Wirtschaftspolitik.

Im Rahmen einer Projektstudie haben sich unter der Projektleitung des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) mehrere Sozialversicherungsträger (KGKK, NÖGKK, OÖGKK, TGKK, VAEB, WGKK) mit der Frage beschäftigt, wie solche bestehenden Unternehmensnetzwerke für die Verbreitung von Betrieblicher Gesundheitsförderung genutzt werden könn(t)en.

Auf Basis der Studienergebnisse können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Es gibt in Österreich zahlreiche Vernetzungen zwischen Unternehmen in Form von strukturierten Unternehmensnetzwerken.
- Viele Unternehmens-Netzwerke besitzen etablierte Zusammenarbeits- und Kommunikationsstrukturen (z.B. Netzwerk-Medien, Vernetzungsaktivitäten, Weiterbildungsangebote etc.), die prinzipiell dazu geeignet sind, neue Themen wie etwa BGF in ein Netzwerk und an die Betriebe zu bringen.
- Gesundheitsförderung wird allerdings nicht als Aufgabe des Netzwerkmanagements gesehen. Ein Interesse an BGF setzt voraus, dass der Nutzen sowohl für das Netzwerk als auch für die Betriebe klar ersichtlich sein muss. Dass BGF-Projekte in Netzwerken umgesetzt werden können, zeigen recherchierte Praxisbeispiele deutlich auf.
- Unternehmens-Netzwerke unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht nicht von Einzel-Unternehmen, insbesondere was Ansprache, Akquisition, Interessen, Erwartungen oder Heterogenität betrifft. Wie bei Einzel-Unternehmen kann mit Unternehmens-Netzwerken vor allem dann gut zusammengearbeitet werden, wenn die Netzwerkverantwortlichen ein persönliches Interesse an dem Thema haben und in diesem Sinne als wichtige MultiplikatorInnen genutzt werden können.

Aus den vorliegenden Ergebnissen und Schlussfolgerungen wurden für die Sozialversicherungsträger Empfehlungen für die weitere Arbeit abgeleitet. Die Studie ist unter [www.netzwerk-bgf.at](http://www.netzwerk-bgf.at) abrufbar.

### **Entwicklung von Kennzahlen für die BGF**

Kennzahlen erfüllen für die Führungskräfte und das Management von Unternehmen eine wichtige Funktion hinsichtlich Planung, Steuerung und Kontrolle von Unternehmensaktivitäten. Ausgehend vom Europäischen Gesundheitserhebungssystem bis hin zur arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung lässt sich eine große Zahl von „BGF-Indikatoren“ identifizieren, die als Ausgangspunkt für betriebliche Erhebungen und späteres Monitoring im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsberichterstattung (BGBE) herangezogen werden können. Im Rahmen der Mittelverwendung nach §447h ASVG 2010 wurde für das Setting Betrieb das Ziel

vereinbart, ein Konzept zum Thema Kennzahlen für Betriebe in Österreich zu entwickeln und umzusetzen.

Zielsetzung des Projekts ist, unter Einbindung von Betrieben (d.h. Controller, Personalisten bzw. Betriebliche Gesundheitsverantwortliche) sowie ExpertInnen aus der BGF-Praxis und Wissenschaft geeignete absolute und relative Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in österreichischen Betrieben zu definieren. Die Kennzahlen sollten nach Maßgabe auch für eine spätere nationale arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung herangezogen werden können. Am Ende des Projekts werden Empfehlungen für Kennzahlen für Betriebliche Gesundheitsförderung, deren Einsatz und deren Abbildung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung sowie zu weiteren (Umsetzungs)aktivitäten abgegeben. Die Kennzahlen sollen möglichst einfach zu erheben, praktikabel im Einsatz sein und bestimmte Kerngrößen unabhängig von der Betriebsgröße umfassen. Alle anderen Kennzahlen sollen nach Maßgabe für möglichst viele unterschiedliche Betriebsgrößen geeignet sein. Dies vor dem Hintergrund, dass die Erhebung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung vor allem für KMUs eine Herausforderung darstellen könnte. Darüber hinaus sollen die Kennzahlen Aussagen über den Einfluss der BGF insbesondere auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen ermöglichen.

Projektergebnisse werden voraussichtlich Ende 2011 vorliegen.

### **Lebensphasenorientierung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

Die 2009 begonnene Entwicklung von Beratungstools für Betriebe zu Fragen des demographischen Wandels und der Integration von unterschiedlichen Altersgruppen im Rahmen der BGF wurde 2010 im Rahmen eines breiteren Rollouts fortgesetzt.

### **1.8.3 Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention**

Mit Unterstützung aus Mitteln nach § 447h ASVG konnte die Weiterführung des Rauchertelefons in Österreich abgesichert werden. Der Dienst bietet neben der psychologischen Beratung von RaucherInnen und Angehörigen die Bereitstellung von Information zur Tabakentwöhnung sowie Vermittlung von Beratungsstellen in Österreich. Evaluierungsberichte des Rauchertelefons sowie die Jahresberichte liegen den Kooperationspartnern (Bundesministerium für Gesundheit, Ländern und Krankenversicherungsträgern) vor. Die Evaluierungsergebnisse zeigen, dass mit dem Rauchertelefon ein gemeinsamer und wichtiger Schritt in der Tabakprävention gesetzt werden konnte. Informationen zum Rauchertelefon sind auch über die Homepage [www.rauchertelefon.at](http://www.rauchertelefon.at) zugänglich. Des Weiteren wurde im Rahmen der Mittelverwendung § 447h ASVG die Entwicklung eines abgestimmten Curriculums für RaucherberaterInnen und –entwöhnerInnen beauftragt.

### **1.8.4 Maßnahmen im Bereich Ernährung – Projekt „Richtig Essen von Anfang an“**

Das von Bundesministerium für Gesundheit, AGES und Hauptverband 2008 initiierte Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ wurde 2010 weitergeführt. Basierend auf einem umfassenden Maßnahmenkatalog für Österreich, welcher gesundheitsfördernde Elemente stärkt und gesundheitsschädliche Elemente im Bereich Ernährung zurückdrängt, wurde auf nationaler und regionaler Ebene an der Umsetzung und Weiterführung einzelner Maßnahmen gearbeitet. Die Projektergebnisse sind unter [www.richtigessenvonanfangan.at](http://www.richtigessenvonanfangan.at) abrufbar.

### **1.8.5 Strategieentwicklung für den Bereich Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung**

2010 wurden die organisatorischen, finanziellen und inhaltlichen Grundlagen für ein Pilotprojekt zum Thema Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege und -betreuung geschaffen. Das Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ wird vom Hauptverband, der Wiener Gesundheitsförderung, und dem Fonds Gesundes Österreich finanziert und organisiert und vom Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research wissenschaftlich begleitet. Durchgeführt wird „Gesundheit hat kein Alter“ ab Jänner 2011 in drei SeniorInnenwohnhäusern des Kuratoriums Wiener-Pensionistenwohnhäuser. Geplant ist eine 24-monatige Projektlaufzeit, in der die Lebens- und Arbeitswelt SeniorInnenwohnhaus erforscht und gesundheitsförderlich gestaltet werden soll. Für die BewohnerInnen ist u.a. konkret eine Interventionsstudie geplant, die auf die Förderung von Mobilität und Autonomie abzielt.

### **1.8.6 Soziale Ungleichheit**

Mit dem Projekt „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wurden Empfehlungen für das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention für die Sozialversicherung erarbeitet und ein Sensibilisierungsprozess eingeleitet. Metaziel des Projektes war es, dass die gesundheitliche Chancengleichheit zukünftig als wesentliches Qualitätskriterium in der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Sozialversicherung berücksichtigt wird. Mit dem Projekt konnte eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheitliche Ungleichheit/Gesundheitliche Chancengleichheit in der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention angestoßen werden, und Wege und Möglichkeiten zur Bearbeitung/Berücksichtigung des Themas „gesundheitliche Chancengleichheit“ im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Sozialversicherungsträger aufgezeigt werden.

### 1.8.7 Health Literacy Studie

Im Rahmen der Health Literacy Survey Europe konnte durch eine Beteiligung im Rahmen der Mittelverwendung nach §447h ASVG die Stichprobe der 15-Jährigen derart ausgeweitet werden, dass repräsentative Aussagen für diese Zielgruppe getroffen werden können.

Zielsetzungen der Studie sind:

- Etablierung von 'health literacy' (HL) (Gesundheitskompetenz) als wichtige Messgröße und beeinflussbare Gesundheitsdeterminante in Europa
- Weiterentwicklung des HL-Konzepts und des HL-Messinstruments und Vergleich von HL-Messungen in verschiedenen europäischen Ländern.
- Bearbeitung der sozialen und politischen Implikationen von HL.
- Operationalisierung von HL in verschiedenen nationalen Kontexten.

Die Studie, die unter anderem von der FGÖ/GÖG mitfinanziert wird, wird Ende 2011 vorliegen und grundlegende Erkenntnisse in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher bringen.

### 1.8.8 Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung

#### Capacity Building

Für die Umsetzung einer gesundheitsorientierten Politik braucht es im Vorfeld den Aufbau entsprechender Kapazitäten. Capacity Building für Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health in der österreichischen Sozialversicherung“ stellt die konsequente Fortsetzung einer Reihe von bisher gesetzten Maßnahmen dar, wie beispielsweise Qualifizierungsmaßnahmen.

Der Aufbau von Kapazität verfolgt drei übergeordnete Ziele:

- die Schaffung von **Infrastruktur**, die es ermöglicht, Strategien und Maßnahmen zu entwickeln und auch umzusetzen,
- die Sicherstellung von **Nachhaltigkeit**,
- und die Entwicklung von **Problemlösungskompetenz**.

In Fortführung der bisherigen Initiativen wurde im Sinne eines umfassenden Capacity Buildings 2010 eine Public Health Charta der Sozialversicherung erstellt, die im Rahmen einer

Trägerkonferenz 2010 einstimmig beschlossen wurde und zukünftig als Orientierung für das Handeln der Sozialversicherung im Bereich Public Health dienen soll.

### **Weiterbildungsoffensive Public Health und Gesundheitsmanagement**

In Weiterführung der Maßnahmen zur Weiterbildung im Sinne der Qualitätsentwicklung wurde 2010 die Teilnahme an Public Health Lehrgängen und Ausbildungen im Bereich Gesundheitsmanagement für MitarbeiterInnen der Sozialversicherung gefördert. Durch die anteilige Förderung aus Mitteln nach § 447h ASVG konnte die Anzahl der Public Health ExpertInnen in der Sozialversicherung weiter erhöht werden.

### Literatur

- Chow, S-C.; Liu, JP. (2004). *Design and Analysis of Clinical Trials. Concepts and Methodologies*. (2nd ed.). U.S.: Wiley-Interscience.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2011). *Abschlussbericht Projekt Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu*. Graz: Herausgeber.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2010). *Gemeinsame Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten der VU nach § 16 VU-GV*. Graz: Herausgeber.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2010). *TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu 2010*. Graz: Herausgeber.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2010). *Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung 2010*. Graz: Herausgeber.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2010). *Gesamtbericht FOKO-Statistische Analyse*. Graz: Herausgeber.
- Statistik Austria (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Herausgeber.
- Statistik Austria (2010). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. Download vom 11. Juli 2011 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html)
- Swart, E.; Ihle, P. (2005). *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber.