

**Bericht des Hauptverbandes der österreichischen  
Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für  
Gesundheit, Familie und Jugend sowie an das  
Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz  
gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2007**



**Vorsorgeuntersuchung Neu**



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

## Impressum

Dieser Bericht wurde im Juli 2008 von der Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH verfasst.

**AutorInnen:** DI Andreas Kvas  
DI Gregor Kvas  
Mag. Hubert Langmann  
Dr<sup>in</sup>. Ursula Reichenpfader, MPH (Wissenschaftliche Leitung)  
Mag. Dr. Markus Schweiger  
Mag<sup>a</sup>. (FH) Ines Spath-Dreyer  
Dr<sup>in</sup>. Karin Tropper  
Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

### Kontakt:

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH  
Mag.<sup>a</sup> (FH) Ines Spath-Dreyer  
Haideggerweg 40  
8044 Graz  
Tel. 0316 391101 707 oder 0316 330 382  
Fax. 0316 391101 717  
E-Mail. [ines.spath-dreyer@ifgp.at](mailto:ines.spath-dreyer@ifgp.at)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu .....</b>	<b>6</b>
1.1	Hintergrund .....	6
1.2	Schwerpunkte der Evaluierung 2007/ 2008.....	9
1.2.1	Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Identifikation von problematischem Alkoholkonsum in der Primärversorgung.....	9
1.2.2	TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität .....	10
1.2.3	NichtteilnehmerInnenanalyse.....	12
1.2.4	Ad-Hoc Analyse mittels OLAP-Datenwürfel.....	13
1.2.5	FOKO – Schnittstelle.....	13
1.2.6	Weitere Aktivitäten .....	14
1.2.7	Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ .....	14
1.2.8	Evaluationsprüfung Vorsorgekoloskopie: Anforderungen und Umsetzungsoptionen 15	
<b>2.</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h ASVG .....</b>	<b>18</b>
2.1	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen .....	18
2.1.1	Frequenz 2007 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern und Alter.....	19
2.1.2	Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2006-2007 .....	23
2.1.3	Frequenz 2007 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen.....	27
2.1.4	Verlauf der Anzahl der Basisuntersuchungen 2000-2007 .....	28
2.1.5	Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen .....	32
2.2	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen.....	34
2.3	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 .....	35
2.4	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind.....	37

<b>2.5</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen.....</b>	<b>37</b>
<b>2.6</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.....</b>	<b>39</b>
2.6.1	Darstellung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung.....	39
2.6.2	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb.....	40
2.6.3	Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention.....	42
2.6.4	Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung ....	43

### Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Pretests und Hauptbefragung. ....	11
Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2007. ....	19
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2007. ....	20
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2007. ....	21
Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2007. ....	22
Tabelle 6: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2006-2007. ....	23
Tabelle 7: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe in Prozentpunkten, nach Bundesländern (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2006-2007. ....	24
Tabelle 8: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2006-2007. ....	25
Tabelle 9: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2006-2007. ....	26
Tabelle 10: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2007. ....	27
Tabelle 11: Absolute Anzahl der Basisuntersuchungen 2000 – 2007 (alle KV-Träger).....	28
Tabelle 12: Relative Differenz der Anzahl der Basisuntersuchungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger). ....	29
Tabelle 13: Absolute Differenz der Anzahl der Basisuntersuchungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). ....	30
Tabelle 14: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Basisuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Basisuntersuchungen von 2006-2007 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). ....	31
Tabelle 15: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen - Gesamtkosten für das Jahr 2007, nach KV-Trägern.....	36
Abbildung 1: Anzahl der Basisuntersuchungen 2000 – 2007 (alle KV-Träger). ....	28
Abbildung 2: Relative Differenz der Anzahl der Basisuntersuchungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). ....	29

# 1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu

## 1.1 Hintergrund

Gemäß § 447h ASVG ist dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) sowie dem Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK) jährlich ein Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzulegen. 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 die systematisch erhobenen und standardisiert dokumentierten Befunde des Untersuchungsprogramms einen zentralen Bestandteil der Datengrundlage der Evaluierung dar.

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. Durch zwei Bescheide der Datenschutzkommission im Mai 2006 wurde schließlich 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 Vertragspartnern auf freiwilliger Basis zur Verfügung.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bietet im Rahmen des eSV-Portals eine Applikation zur elektronischen Übermittlung von folgenden Dokumentationsblättern/Befundblättern an:

- Allgemeines Befundblatt der VU
- Dokumentationsblatt PAP-Abstrich
- Dokumentationsblatt Mammographie
- Befundblatt Koloskopie (Produktionsbetrieb mit 30. Oktober 2007)

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Im HVB werden die Datenbestände für die jeweiligen Empfänger (Sozialversicherungsträger, auswertende Stellen) entsprechend aufbereitet, pseudonymisiert, wiederum verschlüsselt und weitergeleitet.

Trotz des bestehenden Gesamtvertrages und der positiven Bescheide der Datenschutzkommission war die ÖÄK weiterhin nicht bereit, der Datenübermittlung zur VU Neu in der oben beschriebenen Form zuzustimmen. Seitens der ÖÄK wurde zuletzt die Bedingung gestellt, die Verschlüsselung der Vorsorgeuntersuchungsdaten bereits vor Übermittlung der Daten an den HVB durchzuführen.

Dieser Forderung der ÖÄK wurde seitens des HVB entsprochen und eine EDV-technische Variante entwickelt, bei welcher die Verschlüsselung der Vorsorgeuntersuchungsdaten bereits auf der GINA-Box (Gesundheits-Infomations-Netz-Adapter) und damit in der Ordination des Vertragspartners erfolgt.

Vorgesehen ist, nach Überprüfung des VU-Dokumentationsblatts auf Korrektheit und Vollständigkeit, über die GINA-Box die administrativen Daten von den medizinischen Daten zu trennen und anschließend die medizinischen Daten für die auswertende Stelle zu verschlüsseln. Ab diesem Zeitpunkt kann kein unberechtigtes System mehr auf die unverschlüsselten medizinischen Daten zurückgreifen. Die Erfordernisse für die Pseudonymisierung konnten somit direkt auf der GINA-Box des Vertragspartners realisiert werden.

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. Die auswertende Stelle entschlüsselt die medizinischen Daten und kann ab diesem Zeitpunkt auf diese mit pseudonymisierten Personenbezug zurückgreifen. Das Dokumentationsblattannahme-Service wird so aufgebaut, dass es in Zukunft auch für weitere Dokumentationsblätter nutzbar ist.

Im April dieses Jahres erfolgte seitens der ÖÄK eine schriftliche Absichtserklärung („Commitment“), in der in Aussicht gestellt wurde, ab Oktober 2008 alle Befundblätter (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) für Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 1. Juli 2008 durchgeführt wurden, vertragskonform elektronisch zu übermitteln.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Im Juli 2008 erfolgte schließlich die gesamtvertragliche Vereinbarung zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der ÖÄK und dem HVB mittels Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 9. März 2005 über die Vorsorgeuntersuchungen (VU-GV). Dabei wurde dem §22 des VU-GV ein Zusatz angefügt, welcher die verpflichtende elektronische Übermittlung der Befunddaten für alle Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 1. Juli 2008 durchgeführt wurden, festhält. Erfolgt trotz gesamtvertraglicher Verpflichtung keine derartige elektronische Übermittlung, werden die Krankenversicherungsträger ab 1. April 2009 bis auf weiteres den Betrag von 3,- Euro vom Honorar für die (Vorsorge-)Untersuchung einbehalten.

Somit ist ab Oktober 2008 erstmals mit der österreichweiten Übermittlung elektronischer Befunddaten zu rechnen. Weiters wurde 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 2007/ 2008

#### 1.2.1 Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Identifikation von problematischem Alkoholkonsum in der Primärversorgung

Vor dem Hintergrund der berichteten Akzeptanzprobleme beim Einsatz des so genannten Alkoholfragebogens AUDIT-GMAT (die österreichische Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)) in der VU Neu wurde vom Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) eine Recherche zu internationalen Erfahrungen mit Maßnahmen der Identifikation von problematischem Alkoholkonsum und der Anwendung von Screening-Instrumenten in der Primärversorgung durchgeführt. Basierend auf einer Internetrecherche und Dokumentenanalyse wurden ausgewählte europäische Kontaktpersonen zu dieser Thematik schriftlich befragt und die Ergebnisse in einem Bericht an den HVB weitergeleitet.

Soweit Informationen zur Akzeptanz von Alkoholkurzintervention im Primärversorgungsbereich verfügbar waren, kann davon ausgegangen werden, dass sowohl PatientInnen als auch Leistungserbringer der Alkoholkurzintervention positiv oder neutral gegenüber stehen. Hinsichtlich verwendeter Screening-Instrumente verhält es sich so, dass der AUDIT in der Langversion (zehn Items) in mindestens 15 der 19 Länder zum Einsatz kommt. In 13 dieser 15 Länder können die die Intervention durchführenden Berufsgruppen (z.B. ÄrztInnen, Krankenschwestern und -pfleger, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc.) aus verschiedenen Instrumenten (jeweils inklusive AUDIT) wählen. Nur in zwei Ländern wird ausschließlich der AUDIT eingesetzt. Die Länge des AUDIT mit zehn Items bzw. Kritik an dessen Praktikabilität stellt das entscheidende Akzeptanzproblem dar, dem in der Regel damit begegnet wird, dass den Leistungserbringern eine Wahlmöglichkeit betreffend des Screening-Instruments eingeräumt wird. Kürzere Versionen des AUDIT bzw. andere kürzere Instrumente finden als Alternativen Anwendung. Es gibt Hinweise, dass PatientInnen alkoholbezogene Fragen besser akzeptieren, wenn diese in einen allgemeinen Gesundheitsfragebogen integriert sind. In 17 der 19 Länder wurde - in unterschiedlichem Ausmaß - ein spezifisches Schulungsprogramm für Alkoholkurzintervention entwickelt und wurden Schulungen bereits durchgeführt. Es liegen Hinweise vor, dass ÄrztInnen mitunter schwer zur Teilnahme an diesen Schulungen zu motivieren sind. Gleichzeitig erfahren die Schulungen unter den TeilnehmerInnen generell eine hohe Akzeptanz.

Die Analyse zeigt, dass Prozesse wie die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien und Schulungsprogrammen, die Entwicklung, Adaptierung bzw. Validierung von Screening-Instrumenten sowie die Evaluierung deren Akzeptanz aufwendig sind und entsprechende Investitionen und Zeit benötigen.

### 1.2.2 TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität

Die Erfassung der TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der VU Neu erfolgte mit einem eigens zu diesem Zweck vom Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB (seit 1.3.2008 Institut für Gesundheitsförderung und Prävention) entwickelten Fragebogen.

Nach Durchführung von Pretests an 1 000 Versicherten der VAEB mit einer Rücklaufquote von 37.8 % erfolgte basierend auf den Auswertungsergebnissen eine Revision des Fragebogens im Hinblick auf höhere Reliabilitäten durch Selektion und Verbesserung nicht hinreichend geeigneter Fragen und es wurden weitere Skalen in das Befragungsinstrument integriert. Der revidierte Fragebogen deckt folgende Bereiche (Auszug) ab: Ablauf, Inhalte und Rahmenbedingungen der VU Neu, Motivation für die Teilnahme, Zufriedenheit, Beratung zu Risiken und Nutzen von spezifischen Untersuchungen (Koloskopie, PAP-Abstrich, Mammographie und PSA-Test), Information und Kommunikation, subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit, gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung und soziodemographische Merkmale. Im Oktober 2007 wurde der Fragebogen österreichweit an insgesamt 25 651 TeilnehmerInnen der VU Neu verschickt (geschlechtsproportional stratifizierte Zufallsstichprobe von ca. 2 000 Personen pro teilnehmenden Sozialversicherungsträger mit einer Gleichverteilung bezüglich Altersklassen). Die Abwicklung des Druckauftrages und des Versandes erfolgte in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse. Mit dem Einscannen der Fragebögen wurde Statistik Austria beauftragt; die Auswertung der Daten und die Berichterlegung erfolgt durch das VU Neu Team. Die Netto-Rücklaufquote betrug mit Ende November 2007 28.4 % (7 287 Personen, 59 % Frauen und 41 % Männer, Alter: Mittelwert = 54 Jahre, Standardabweichung = 16 Jahre).

In Tabelle 1 sind die wesentlichen Informationen bezüglich Durchführung und Stichprobe der Pretests und Hauptuntersuchung zusammengefasst.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 1: Pretests und Hauptbefragung.

	<b>Pretests</b>	<b>Hauptbefragung</b>
<b>Methode</b>	Österreichweite schriftlich-postalische Befragung (kein Aviso, keine Nachfassaktion)	Österreichweite schriftlich-postalische Befragung (kein Aviso, keine Nachfassaktion)
<b>Itemanzahl</b>	Pretest-Kurz: 94 Items Pretest-Lang: 113 Items	137 Items
<b>Befragungszeitraum</b>	Juli 2007	Oktober u. November 2007
<b>Population</b>	Versicherte der VAEB, für die im 1. Quartal 2007 im Rahmen der VU Neu ein allgemeines Untersuchungsprogramm abgerechnet wurde	Versicherte von 13 Sozialversicherungsträgern, für die im 4. Quartal 2006 oder 1. Quartal 2007 im Rahmen der VU Neu ein allgemeines Untersuchungsprogramm abgerechnet wurde
<b>Stichprobe</b>	n = 1 000 Pretest-Kurz: Zufallsstichprobe von 500 Versicherten (V.) Pretest-Lang: Zufallsstichprobe von 500 V.	n = 25 651 Zufallsstichprobe, je Träger geschlechtsproportional bzw. nach Altersgruppen (10-Jahresbänder) gleichverteilt
<b>Rücklauf</b>	37.8% (n = 378) 41% Frauen, 59% Männer Alter: M = 61 Jahre, SD = 13, Range: 23 – 87 Jahre	28.4% (n = 7 287) 59% Frauen, 41% Männer Alter: M = 54 Jahre, SD = 16, Range: 18 – 95 Jahre

Die Ergebnisse zeigen, dass die VU Neu von den BefragungsteilnehmerInnen im Allgemeinen positiv beurteilt wird. Dies spiegelt sich vor allem in hohen Zufriedenheitswerten mit dem Ablauf der VU und den durchführenden ÄrztInnen wider.

Für die Inanspruchnahme der VU sind in erster Linie präventive Gründe ausschlaggebend. Die Einladung durch die eigene Sozialversicherung jedoch stellt kein bedeutendes Teilnahmemotiv dar.

Ein Screening nach Tabak- und problematischem Alkoholkonsum wird für alle Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr empfohlen. Knapp die Hälfte der TeilnehmerInnen (47 %) berichtet, dass das Thema Rauchen von der Ärztin/ dem Arzt eingebracht wurde. Dass das Thema Rauchen bei der VU angesprochen werden sollte, wird von fast drei Viertel (72 %) befürwortet. Die Hälfte der BefragungsteilnehmerInnen gibt an, den AUDIT-Alkoholfragebogen erhalten zu haben und bei über einem Drittel (38 %) hat auch ein Gespräch zum Thema Alkohol stattgefunden. Wie beim Rauchen befürwortet die Mehrheit der TeilnehmerInnen (67 %), dass die Ärztin/ der Arzt das Thema Alkoholkonsum bei der VU ansprechen sollte.

Mit der Mehrheit der TeilnehmerInnen (86 %) wurde ein Abschlussgespräch geführt, wobei über die Hälfte (56 %) jener 6 342 Personen, die die Frage nach dem Stattfinden eines Abschlussgespräches bejahten, angeben, dass dieses zwischen 6 bis 15 Minuten gedauert hat. Bei den Angaben zu den spezifischen Untersuchungen (Koloskopie, PAP-Abstrich, Mammographie und PSA-Test) fällt auf, dass über den Nutzen der jeweiligen Untersuchungen

deutlich häufiger aufgeklärt wird, als über die Risiken, die mit diesen Untersuchungen einhergehen.

Etwa je ein Drittel der TeilnehmerInnen berichtet, dass sie sich mehr Information zu den folgenden Themen gewünscht hätten: eigener Gesundheitszustand (31 %), Untersuchungsergebnisse (31 %), gesunde Lebensführung (26 %) und Umgang mit Belastungen im Alltag (33 %). Eine genauere Analyse des Antwortverhaltens der Befragten zeigt, dass 15 % gerne zu allen vier Themen mehr Informationen erhalten hätten.

Eine detaillierte Darstellung der deskriptiven Ergebnisse erfolgte in einem eigenen Bericht. An den inferenzstatistischen Analysen wird gearbeitet, wobei insbesondere die Bedeutung einzelner Skalen und soziodemographischer Variablen wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status für die Zufriedenheit mit der VU Neu untersucht wird. Die offenen Kommentare der BefragungsteilnehmerInnen zur VU Neu und dem Fragebogen werden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

### **1.2.3 NichtteilnehmerInnenanalyse**

Im November des Vorjahres wurde mit den Arbeiten zur Analyse der Nicht-Teilnahme (Verweigereranalyse) begonnen. Gegenstand dieser Analyse sind jene Personen, welche trotz Anspruchsberechtigung nicht an der Vorsorgeuntersuchung teilnehmen. Für diese Gruppe sollen Faktoren ausfindig gemacht werden, die für die Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung ausschlaggebend sind. Da es zu dieser speziellen Fragestellung bisher wenige einschlägige Studien gibt, ist es erforderlich, ein eigenes Untersuchungsinstrument zu entwickeln, um eine diesem Kontext gerechte Erhebung bei den Nicht-TeilnehmerInnen durchführen zu können.

In einem ersten Schritt wurde dazu eine Literaturrecherche durchgeführt und das identifizierte Material systematisch aufgearbeitet und analysiert. Ergänzend wurde eine Analyse des Datensatzes der von der Statistik Austria durchgeführten österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 vorgenommen. Im März wurden zudem zwei Fokusgruppen-Diskussionen durchgeführt, welche dabei helfen sollten, die aufgestellten Hypothesen für die Entwicklung des Instrumentes zu überprüfen. Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurde das Untersuchungsinstrument zur Befragung der NichtteilnehmerInnenanalyse entwickelt. Als Methode für die Befragung wurde CATI (computer assisted telephone interview) festgelegt. Die österreichweite Befragung findet im Juli 2008 statt und der Bericht wird im November vorliegen.

### 1.2.4 Ad-Hoc Analyse mittels OLAP-Datenwürfel

Im Rahmen des BIG (Business Intelligence im Gesundheitswesen)-Informationssystems des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde mittels des ALEA-Datenbanksystems ein generischer OLAP-Datenwürfel definiert und installiert. Dieser soll die pseudonymisierten Daten all jener Personen, die das allgemeine Untersuchungsprogramm im Rahmen der VU Neu in Anspruch genommen haben, speichern. Seine Dimensionen bilden neben den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht und Alter sämtliche Untersuchungsparameter und Maßnahmen des Untersuchungsprogramms gemäß des Dokumentationsblatts (Befundblatt) ab.

Bislang wurde die Strukturinformation des OLAP-Würfels vom damaligen Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB (WiZe), jetzt IfGP, definiert und seitens BIG implementiert. Eine Qualitätssicherung des Würfels wurde vom WiZe bereits durchgeführt.

Mit dem Import der Befunddaten und einer entsprechenden Testphase werden die ersten Ad-Hoc-Analysen sowie auch die Erstellung spezifischer Themenwürfel im Rahmen der Evaluierung der VU Neu möglich sein. Damit wurden die erforderlichen Rahmenbedingungen zur zeitnahen und regelmäßigen Auswertung der Daten entwickelt.

### 1.2.5 FOKO – Schnittstelle

Eine weitere elektronische Datenquelle, die zur Evaluierung der VU Neu herangezogen werden soll, stellt die standardisierte Schnittstelle FOKO (**FO**lge**KO**sten) des FOKO-Competence Centers der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse dar. Diese wurde ursprünglich zur Folgekostenrechnung der SV-Träger hinsichtlich ausgewählter abgerechneter Leistungen (u.a. Anzahl und Kosten von Behandlungen im niedergelassenen Bereich, verordnete Arzneimittel) entwickelt. Erste Analysen im Zuge der Evaluierung betreffend die Eignung dieses Instruments zur Kostenbewertung der Vorsorgeuntersuchung Neu hinsichtlich von Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind, sind mit dem Bericht „FOKO-Potential Ermittlung“ im Dezember 2007 abgeschlossen worden. Für weitere Ausführungen siehe Abschnitt 2.4.

Die oben beschriebenen Vorarbeiten zur Erkundung der Qualität und Aussagekraft weiterer vorhandener Datenquellen - im Wesentlichen Routinedaten der Versorgung – sollen dabei ergänzend zu den Daten der Befunde der Vorsorgeuntersuchung Neu eine Gesamtbewertung des Nutzens der VU Neu ermöglichen. Derartige Analysen wurden für Fragestellungen im Zusammenhang mit Prävention bisher in Österreich nicht durchgeführt.

### 1.2.6 Weitere Aktivitäten

Mehrere Fokusgruppen mit ÄrztInnen wurden durchgeführt. Ziel dieser moderierten Gruppendiskussionen war es, mit den PraktikerInnen deren Erfahrungen, Ansichten und Erwartungen im Zusammenhang mit dem Einsatz des Alkoholfragebogens sowie den Materialien zu Anamnese und Dokumentation (Befundblatt, Anamnesebogen, Risiko-Scores) zu diskutieren. Weitere Themen waren die Akzeptanz bzw. Zufriedenheit der ÄrztInnen mit der Ärzdebroschüre und dem Arztmanual sowie die Bereiche Lebensstilberatung und Nutzen-Risiko-Kommunikation zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

Zur Disseminierung der Projektergebnisse wurden in der ersten Jahreshälfte mehrere Beiträge bei wissenschaftlichen Konferenzen eingereicht und präsentiert:

- Für den internationalen Kongress „Auf dem Weg zur Gesundheitsgesellschaft“ vom 27. bis 29. März 2008 in Bad Gleichenberg wurde der Beitrag zur PatientInnenbefragung mit dem Titel „Vorsorgeuntersuchung Neu in Österreich: TeilnehmerInnenzufriedenheit und Aufklärung über Risiken und Nutzen von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung“ als Vortrag angenommen. Ebenfalls bei diesem Kongress wurde ein Beitrag zur Analyse der Nicht-Teilnahme (Verweigereranalyse) mit dem Titel „Individuelle Gesundheitsarbeit und Prävention: Zur Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen am Beispiel Österreich“ als Poster angenommen.
- Für die 8. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie vom 24. bis 26. April 2008 wurde folgender Beitrag zur PatientInnenbefragung mit dem Titel „Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu: Motivation, Einstellungen und Zufriedenheit der TeilnehmerInnen“ als Posterbeitrag angenommen.
- Ein weiterer Beitrag zur TeilnehmerInnenbefragung mit dem Titel „Aspects of Shared Decision Making and Risk Communication during the Periodic Health Examination in Austria“ wurde für den Kongress „European Conference of the Society for Medical Decision Making“ vom 1. bis 4. Juni 2008 in Engelsberg, Schweiz als Posterbeitrag angenommen.
- Für die Konferenz der European Public Health Association (EUPHA) vom 6. bis 8. November 2008 in Lissabon, Portugal wurde ein Beitrag zur TeilnehmerInnenbefragung mit dem Titel „Physician cancer screening discussions – receipt of information about risks and benefits from the perspective of periodic health examination participants in Austria“ als Vortrag angenommen.

### 1.2.7 Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“

Wie bereits im vorjährigen Bericht erwähnt, wurde mit dem Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“, welches gemeinsam vom HVB und der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) geplant, gesteuert, koordiniert und evaluiert wird,

ein Zeichen zur Erhöhung und Sicherung der Qualität des gesamten Leistungspaketes Koloskopie gesetzt.

Eine Zertifizierungs-Richtlinie mit den Anforderungs- und Durchführungskriterien der Vorsorgekoloskopien wurde entwickelt und auf der Homepage der ÖGGH veröffentlicht und es wurde die Zertifizierungsstelle bei der ÖGGH eingerichtet. Alle niedergelassenen InternistInnen und ChirurgInnen sowie Spitalsambulanzen, die Vorsorgekoloskopien durchführen und bereit sind, die von der ÖGGH publizierten Qualitätskriterien zu erfüllen, können um ein Qualitätszertifikat ansuchen. Stichprobenkontrollen der Bilddokumentation zu den Koloskopien sowie zur Überprüfung der Dokumentationsqualität werden von der ÖGGH durchgeführt.

Alle Teilnehmer sind laut Zertifizierungsrichtlinie verpflichtet, die entsprechenden Nachweise über die jährliche Hygieneüberprüfung an die ÖGGH zu übermitteln. Die ÖGGH überprüft die eingehenden Unterlagen auf Vollständigkeit und Inhalt; bei Mängel ist der Zertifizierungsrichtlinie gemäß vorzugehen. Die Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP) wird von der ÖGGH beauftragt, eine Liste der geeigneten Hygieneinstitute zur Verfügung zu stellen, welche auf der ÖGGH Homepage veröffentlicht wird. Der teilnehmende Arzt soll eines dieser Hygieneinstitute beauftragen. Seit 1. Mai 08 werden die Teilnehmer aufgefordert, Nachweise über die jährliche Hygieneüberprüfung an die ÖGGH zu übermitteln.

Seit November 2007 werden die Dokumentationen der Vorsorgekoloskopien der teilnehmenden koloskopierenden Stellen gesammelt und durch die ÖGGH ausgewertet. Mit Ende Juli 2008 hatten sich 261 von insgesamt 487 endoskopierenden Stellen in Österreich zur Projektteilnahme angemeldet. Mit Stand Juli 2008 wurden von 65 koloskopierenden Stellen Befunddaten übermittelt.

### **1.2.8 Evaluationsprüfung Vorsorgekoloskopie: Anforderungen und Umsetzungsoptionen**

Eine Evaluierbarkeitsprüfung („evaluability assessment“) zur Evaluation der VU-Koloskopie wurde durchgeführt. Eine solche Evaluierbarkeitsprüfung stellt eine Analyse im Vorfeld einer geplanten Evaluation dar, um abzuschätzen, ob und inwieweit diese mit verlässlichen, glaubwürdigen Ergebnissen durchführbar ist. Dabei werden kritische Anforderungen an eine Evaluierung analysiert und die jeweiligen lokalen Durchführungsbedingungen dargestellt.

Beispiele aus zahlreichen nationalen Programmen zeigen, dass neben der systematischen Programmorganisation vor allem eine standardisierte Dokumentation sowie strukturierte Systeme zur Erfassung und Nachverfolgung für eine Evaluation zwingend erforderlich sind, um

die Programmziele der Krebsfrüherkennung zu überprüfen und zu bewerten. Verlässliche Aussagen zur Wirksamkeit erfordern zudem die Nutzung flächendeckender, bevölkerungsbezogener Krebsregister.

Aktuell sind für die Evaluation der VU-Koloskopien in Österreich einige - opportunistische Screening-Ansätze oftmals kennzeichnende - nachteilige Bedingungen gegeben. So existieren bislang keine verbindlichen Qualitätskriterien, österreichweit keine einheitliche, systematisch überprüfte Dokumentation sowie auch keine expliziten Programmziele.

Gemessen an den kritischen Anforderungen zur Implementierung, Qualitätssicherung und Evaluation von Screening-Programmen sowie den geschilderten Bedingungen der Darmkrebsvorsorge in Österreich, ist derzeit eine Evaluation dieser opportunistischen Screening-Aktivitäten *österreichweit* nur bedingt aussagekräftig. Das bedeutet, dass gegenwärtig das genaue Ausmaß von Nutzen und Schaden durch die VU-Koloskopie nicht beurteilbar ist.

Unter Berücksichtigung internationaler Empfehlungen sowie der Anforderungen an die Evaluation von Screening-Programmen wäre vor einer flächendeckenden Durchführung die Implementierung und Evaluation in einer Modellregion empfehlenswert. Aufgrund der unterschiedlichen Qualität der Krebsregistrierung sollte dies vorzugsweise in einem Bundesland mit einem bereits etablierten sowie internationalen Vorgaben entsprechenden Krebsregister umgesetzt werden.

Unabhängig von der Auswahl einer solchen Modellregion sollte jedoch **jedenfalls österreichweit für alle VU-Koloskopien verpflichtend** eine standardisierte, elektronische Dokumentation eingesetzt werden. Dazu könnte das elektronische Befundblatt, welches von den TeilnehmerInnen des Projektes „Qualitätssicherung Darmkrebsvorsorge“ bereits seit Jänner 2008 genutzt wird, verwendet werden. Somit könnte auch bereits bestehende Infrastruktur für die Abwicklung und Übermittlung der elektronischen Dokumentation sowie Pseudonymisierung der Befunddaten genutzt werden.

In Bezug auf die (elektronische) Dokumentation der VU-Koloskopie wäre es notwendig, die Bestimmungen in den zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Vertragspartnern abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen zur VU-Koloskopie dahingehend zu präzisieren, ein einheitliches Befundformular zu verwenden. Dieses standardisierte Befundblatt sowie die elektronische Befundübermittlung müsste von allen Trägern und für alle Vertragspartner als verpflichtend vorgegeben werden.



## Vorsorgeuntersuchung Neu

Zur einer Verbesserung der Aussagekraft der Evaluation führen würden weiters die Festlegung eines standardisierten Zugangsmodus zur VU-Koloskopie, eine kurze standardisierte TeilnehmerInnenanamnese, systematische Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Zulassung zur bzw. Aufrechterhaltung der Untersuchungsbewilligung sowie die Entwicklung von evidenzbasiertem Informationsmaterial für eine strukturierte ärztliche Beratung vor der Entscheidungsfindung. Zur Auswertung der Befunddokumentationen sollten für den Abgleich mit Datensätzen der regionalen Krebsregister bzw. der zentralen Krebsregistrierung (Statistik Austria) personenbezogene Angaben zum Screeningstatus verfügbar sein. Begleitend sollten Befragungen der TeilnehmerInnen durchgeführt werden, um Informationen zu Zugangsmöglichkeiten, Wartezeiten, Zufriedenheit mit dem Ablauf und der Untersuchung sowie den Motiven für die Teilnahme zu erhalten. Auch Personen, die bisher keine Vorsorgekoloskopie in Anspruch genommen haben, sollten über deren Gründe für die Nichteilnahme befragt werden.

## 2. Evaluierung gemäß § 447h ASVG

### 2.1 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 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (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 VU-Anspruchsberechtigten. Die vom HVB für die anteilmäßigen Berechnungen verwendete Bezugsgröße stellt die Durchschnittsbevölkerung des Jahres 2007 nach Geschlecht, Alter und Bundesland dar (Statistik Austria, 2007).

Die in den Tabellen der Frequenzen betreffend 2006 und 2007 bei den Basisuntersuchungen<sup>1</sup> und gynäkologischen Untersuchungen grün markierten Ziffern stellen jeweils den höchsten absoluten bzw. anteiligen Wert innerhalb der betreffenden Spalte dar. Die in den Tabellen der vergleichenden Darstellung der Basisuntersuchungen 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.

---

<sup>1</sup> Korrekter wäre es statt des Begriffs „Basisuntersuchungen“ den Ausdruck „allgemeines Untersuchungsprogramm“ zu verwenden (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/2005))

## Vorsorgeuntersuchung Neu

### 2.1.1 Frequenz 2007 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern und Alter

Die Frequenzstatistik der Vorsorgeuntersuchung für das Jahr 2007 stellt sich auf Bundesländerebene wie folgt dar:

Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2007.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			davon Basisuntersuchungen			Gynäkologische Untersuchungen
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	936.963	384.803	552.160	821.655	384.803	436.852	115.308
Wien	175.257	79.565	95.692	171.333	79.565	91.768	3.924
Niederösterreich	79.216	41.894	37.322	78.226	41.894	36.332	990
Burgenland	45.476	20.030	25.446	43.868	20.030	23.838	1.608
Oberösterreich	130.499	62.953	67.546	128.278	62.953	65.325	2.221
Steiermark	124.890	56.508	68.382	122.401	56.508	65.893	2.489
Kärnten	90.856	31.902	58.954	74.171	31.902	42.269	16.685
Salzburg	60.018	26.485	33.533	57.794	26.485	31.309	2.224
Tirol	155.212	46.192	109.020	102.639	46.192	56.447	52.573
Vorarlberg	75.539	19.274	56.265	42.945	19.274	23.671	32.594

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 821.655 Basisuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon in Wien. Geschlechtsspezifisch betrachtet ergibt sich ein analoges Bild. Der zweite und dritte Rang bei den Männern werden von Oberösterreich und der Steiermark eingenommen. Bei den Frauen sind diese Plätze zugunsten der Steiermark vertauscht. Vergleicht man die Inanspruchnahme nach Absolutzahlen zwischen den Geschlechtern, so wiesen Frauen um 52.049 mehr Basisuntersuchungen auf als die Männer im gleichen Zeitraum.

Die meisten gynäkologischen Untersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung wurden nach Absolutzahlen im Jahr 2007, wie auch schon 2006, im Bundesland Tirol durchgeführt, gefolgt mit deutlichem Abstand von Vorarlberg und Kärnten.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2007.

Bundesland	davon Basisuntersuchungen			Gynäkologische Untersuchungen
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	12,2	11,9	12,5	3,3
Wien	12,4	12,3	12,6	0,5
Niederösterreich	6,1	6,7	5,5	0,1
Burgenland	18,9	17,8	20,0	1,3
Oberösterreich	11,4	11,6	11,3	0,4
Steiermark	12,4	11,9	12,9	0,5
Kärnten	16,3	14,6	17,8	7,0
Salzburg	13,6	13,1	14,1	1,0
Tirol	18,3	17,1	19,5	18,2
Vorarlberg	15,0	13,8	16,2	22,3

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die anteilmäßigen Berechnungen stellt die geschlechtsspezifische Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes ab 18 Jahren (Zielgruppe) dar. In der Darstellung der anteilmäßigen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern waren – im Gegensatz zu 2006 – bezogen auf die Zielbevölkerung die Anteile in Burgenland 2007 am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol, welches im Vorjahr noch führend war, und Kärnten. Dieses Rangfolgenmuster gilt für beide Geschlechter gleich. Die bei weitem niedrigste anteilmäßige Inanspruchnahme zeigte – wie auch im Jahr 2006 – die Bevölkerung in Niederösterreich.

Bezogen auf die Zielbevölkerung war der Anteil der gynäkologischen Untersuchungen im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung in Vorarlberg, gefolgt von Tirol und Kärnten, am größten. Ähnlich wie bereits 2006, bewegen sich, mit Ausnahme Kärntens, die Teilnahmeraten der übrigen Bundesländer in einem Bereich von 0,1 bis 1,3%.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2007.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			davon Basisuntersuchungen			Gynäkologische Untersuchungen
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	936.963	384.803	552.160	821.655	384.803	436.852	115.308
18-24	52.809	19.157	33.652	43.867	19.157	24.710	8.942
25-29	64.686	23.047	41.639	53.863	23.047	30.816	10.823
30-34	74.261	28.827	45.434	63.397	28.827	34.570	10.864
35-39	92.824	37.719	55.105	80.322	37.719	42.603	12.502
40-44	105.660	45.411	60.249	<b>93.117</b>	<b>45.411</b>	<b>47.706</b>	<b>12.543</b>
45-49	101.342	44.060	57.282	89.758	44.060	45.698	11.584
50-54	91.624	39.697	51.927	81.659	39.697	41.962	9.965
55-59	85.268	36.552	48.716	75.683	36.552	39.131	9.585
60-64	78.166	33.216	44.950	69.170	33.216	35.954	8.996
65-69	76.100	33.414	42.686	68.741	33.414	35.327	7.359
70-74	47.037	19.063	27.974	41.772	19.063	22.709	5.265
75 und älter	67.186	24.640	42.546	60.306	24.640	35.666	6.880

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

In Tabelle 4 werden die 2007 österreichweit in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen nach Altersklassen aufgeschlüsselt beschrieben. Nach Absolutzahlen der Basisuntersuchung betrachtet entfielen auf die Gruppe der 40-44jährigen gefolgt von den 45-49jährigen die meisten Vorsorgeuntersuchungen. An dritter Stelle rangiert die Altersgruppe der 50-54jährigen. Im Vergleich zu 2006 hat es in der Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen nach Altersgruppen bei der Altersklasse mit den geringsten Absolutzahlen eine Verschiebung gegeben. Während im Jahr 2006 noch die wenigsten Vorsorgeuntersuchungen auf die Gruppe der 18-24jährigen entfielen, so wiesen im Jahr 2007 nun die 70-74jährigen die geringste Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen auf.

Bei den gynäkologischen Untersuchungen zeigte sich, ähnlich wie bereits im Jahr 2006, die größte Häufung in der Altersgruppe der 40-44jährigen – dicht gefolgt von Frauen zwischen 35 und 39 Jahren. Die geringste Anzahl an gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen, wie auch im Jahr 2006, wies die Altersgruppe der Frauen zwischen 70 und 74 Jahren auf.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2007.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die Prozent-Berechnungen in Tabelle 5 stellt die geschlechtsspezifische Bevölkerung ab 18 Jahren dar. Die höchste Teilnehmerate wiesen im Jahr 2007 Angehörige der Zielgruppe der 60-64jährigen auf, gefolgt von den 55-59jährigen sowie den 50-54jährigen. Ähnlich wie bereits im Jahr 2006 nimmt dabei die Teilnahme mit steigendem Alter stetig zu, um dann ab der Altersgruppe der 70-74jährigen einen geringen bzw. ab dem Alter von über 75 Jahren einen starken Rückgang aufzuweisen. Verglichen mit dem Jahr 2006 ist die Differenz der Teilnehmeraten zwischen den ersten beiden Altersgruppen analog markant bei rund vier Prozentpunkten.

Ähnlich wie auch 2006 liegen in der geschlechtsspezifischen Betrachtung die Teilnehmeraten bei den Frauen bis inklusive der Altersgruppe der 55-59jährigen stets über jenen der Männer. Danach liegt in der Altersgruppe der 60-64jährigen annähernd gleich starke Inanspruchnahme vor, bevor ab der Altersgruppe der über 65jährigen die Teilnehmeraten der Männer jene der Frauen überragen. Die Inanspruchnahme der Basisuntersuchungen 2007 fiel - mit rund 16% bei beiden Geschlechtern gleichermaßen ausgeprägt - in der Altersgruppe der 60-64jährigen am stärksten aus.

Bei den Basisuntersuchungen 2007 war der Unterschied zwischen den Geschlechtern mit 3,1 Prozentpunkten in der Altersgruppe der 25-29jährigen am größten.

Das bestehende Angebot der gynäkologischen Untersuchungen wurde 2007 von der Altersgruppe der 25-29jährigen Frauen, relativ gesehen, am häufigsten wahrgenommen. Wie

auch schon im Jahr 2006 zeigten Frauen ab 75 Jahre die geringsten Raten an gynäkologischen Untersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung.

### 2.1.2 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2006-2007

Tabelle 6: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2006-2007.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			davon Basisuntersuchungen			Gynäkologische Untersuchungen
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	+33.316	+17.547	+15.769	+30.285	+17.547	+12.738	+3.031
Wien	+16.824	+7.936	+8.888	+17.185	+7.936	+9.249	-361
Niederösterreich	-31	+2.595	-2.626	+360	+2.595	-2.235	-391
Burgenland	+5.282	+2.262	+3.020	+4.668	+2.262	+2.406	+614
Oberösterreich	+1.493	+1.098	+395	+1.937	+1.098	+839	-444
Steiermark	-1.776	-57	-1.719	-1.282	-57	-1.225	-494
Kärnten	+2.947	+882	+2.065	+1.363	+882	+481	+1.584
Salzburg	+2.844	+1.406	+1.438	+3.189	+1.406	+1.783	-345
Tirol	+4.222	+915	+3.307	+1.639	+915	+724	+2.583
Vorarlberg	+1.511	+510	+1.001	+1.226	+510	+716	+285

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die beiden Vergleichsjahre 2006 und 2007 nach Absolutzahlen der Untersuchungen insgesamt, so zeigt sich, dass die Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen bei beiden Geschlechtern, mit Ausnahme von Steiermark und Niederösterreich, gestiegen ist (Tabelle 6). Auch bei den Basisuntersuchungen konnte im Vergleich der Jahre 2006 und 2007 ein Anstieg beobachtet werden. Betrachtet man alleine die Basisuntersuchungen, so weist das Bundesland Wien die im Jahresvergleich größte Gesamtzunahme auf. Das einzige Bundesland, welches bei den Basisuntersuchungen im Jahresvergleich bei beiden Geschlechtern eine Abnahme aufweist, ist die Steiermark. Aus den vorliegenden Daten können jedoch keine unmittelbaren Rückschlüsse auf mögliche Ursachen der beobachteten Phänomene abgeleitet werden.

Nach Wien zeigt das Bundesland Burgenland den größten zahlenmäßigen Zuwachs, dicht gefolgt von Salzburg. Auch die übrigen Bundesländer weisen im Vergleich zu 2006 einen zahlenmäßigen Zuwachs auf, mit Ausnahme der schon oben erwähnten Steiermark, wo ein Rückgang der Basisuntersuchungen zu verzeichnen war.

Für Männer und Frauen getrennt betrachtet, zeigt sich ein ähnliches Bild im Bundesländervergleich. In Wien ist sowohl bei den Männern als auch den Frauen die größte

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Zunahme an Basisuntersuchungen zu verzeichnen. Bei den Männern ereigneten sich nach Wien die zahlenmäßig größten Zuwächse in Niederösterreich gefolgt von Burgenland. Bei den Frauen an zweiter Stelle liegt das Bundesland Burgenland gefolgt von den ebenfalls an Absolutzahlen vermehrten Basisuntersuchungen in Salzburg. Bei den Männern zeigte lediglich das Bundesland Steiermark einen Rückgang an Basisuntersuchungen. Der größte Rückgang an Basisuntersuchungen bei Frauen findet sich im Bundesland Niederösterreich gefolgt von der Steiermark.

Die gynäkologischen Untersuchungen im Vorsorgeprogramm gegenüber 2006 erfuhren absolut gesehen im Jahr 2007 ihren größten Anstieg in Tirol, gefolgt von Kärnten und in einigem Abstand vom Burgenland und Vorarlberg. Die übrigen Bundesländer weisen jedoch Verluste in Absolutzahlen auf, wobei man in der Steiermark gegenüber 2006 den größten Rückgang verzeichnete.

Tabelle 7: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe in Prozentpunkten, nach Bundesländern (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2006-2007.

Bundesland	davon Basisuntersuchungen			Gynäkologische Untersuchungen
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	+0,4	+0,5	+0,3	+0,1
Wien	+1,1	+1,2	+1,2	-0,1
Niederösterreich	+0,0	+0,3	-0,4	-0,1
Burgenland	+1,9	+1,9	+1,9	+0,5
Oberösterreich	+0,1	+0,1	+0,1	-0,1
Steiermark	-0,2	-0,1	-0,3	-0,1
Kärnten	+0,3	+0,3	+0,2	+0,6
Salzburg	+0,7	+0,7	+0,7	-0,2
Tirol	+0,1	+0,2	+0,1	+0,8
Vorarlberg	+0,3	+0,2	+0,3	+0,1

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe von 2006 und 2007 wird in Tabelle 7 dargestellt. Sämtliche Bundesländer, mit Ausnahme von Niederösterreich und der Steiermark, verzeichnen gegenüber 2006 Zuwächse der Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern. Einzig die Steiermark weist für Männer und Frauen Rückgänge auf. Der größte Zuwachs ist mit 1,9 Prozentpunkten für das Burgenland erkennbar, der größte Rückgang mit -0,2 Prozentpunkten für die Steiermark. Auch geschlechtsspezifisch betrachtet ergibt sich ein ähnliches Bild. Burgenland weist den stärksten Zuwachs der Teilnahmeraten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf. In der Steiermark fällt der Rückgang bei den Frauen etwas stärker aus als bei den Männern. Den stärksten Rückgang bei den Frauen zeigt das Bundesland Niederösterreich, wobei dieser durch den Zuwachs bei den Männern insgesamt



## Vorsorgeuntersuchung Neu

kompensiert wird. Insgesamt beträgt gegenüber 2006 die Zunahme der Inanspruchnahme 0,4 Prozentpunkte.

Tabelle 8: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2006-2007.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			davon Basisuntersuchungen			Gynäkologische Untersuchungen
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
<b>insgesamt</b>	<b>+33.316</b>	<b>+17.547</b>	<b>+15.769</b>	<b>+30.285</b>	<b>+17.547</b>	<b>+12.738</b>	<b>+3.031</b>
18-24	+4.849	+2.349	+2.500	+4.612	+2.349	+2.263	+237
25-29	+4.502	+1.866	+2.636	+4.175	+1.866	<b>+2.309</b>	+327
30-34	+1.114	+681	+433	+891	+681	+210	+223
35-39	+1.086	+284	+802	+699	+284	+415	+387
40-44	+3.350	+1.858	+1.492	+3.107	+1.858	+1.249	+243
45-49	+5.271	+2.797	+2.474	+4.736	+2.797	+1.939	<b>+535</b>
50-54	+5.873	+3.352	+2.521	<b>+5.628</b>	<b>+3.352</b>	+2.276	+245
55-59	+980	+935	+45	+836	+935	<b>-99</b>	+144
60-64	+375	+350	+25	+391	+350	+41	<b>-16</b>
65-69	+3.024	+1.848	+1.176	+2.972	+1.848	+1.124	+52
70-74	+998	+381	+617	+798	+381	+417	+200
75 und älter	+1.894	+846	+1.048	+1.440	+846	+594	+454

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Vergleicht man die in Tabelle 8 dargestellten Absolutzahlen nach Alter der ProbandInnen so zeigt sich, dass die Häufigkeiten der für beide Geschlechter zusammen betrachteten Untersuchungszahlen in allen Altersgruppen ohne Ausnahme gestiegen sind. In der Altersgruppe der 50-54jährigen sind die Vorsorgeuntersuchungen (entspricht der Basisuntersuchung) im Vergleich zum Vorjahr am stärksten gestiegen, gefolgt von den 45-49jährigen und 18-24jährigen. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigen die Männer, die in allen Altersgruppen gegenüber dem Vorjahr mehr Untersuchungen aufweisen, in der Altersgruppe der 50-54jährigen den größten Anstieg an Basisuntersuchungen, wogegen dies bei den Frauen in der Altersgruppe der 25-29jährigen der Fall ist. Der einzige Rückgang kann bei den Frauen in der Altersgruppe der 55-59jährigen ausgemacht werden. Was die gynäkologischen Untersuchungen betrifft, so zeigen alle Altersgruppen, mit Ausnahme der 60-64jährigen, Zuwächse im Vergleich zu 2006.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 9: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2006-2007.

Altersgruppe	davon Basisuntersuchungen			Gynäkologische Untersuchungen
	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	+0,4	+0,5	+0,3	+0,1
18-24	<b>+0,7</b>	+0,6	<b>+0,6</b>	+0,1
25-29	+0,5	+0,5	<b>+0,6</b>	+0,0
30-34	+0,5	+0,6	+0,4	<b>+0,2</b>
35-39	+0,4	+0,4	+0,5	<b>+0,2</b>
40-44	+0,4	+0,5	+0,3	+0,0
45-49	+0,3	+0,4	+0,2	+0,1
50-54	+0,5	<b>+0,8</b>	+0,3	-0,1
55-59	+0,4	+0,5	+0,1	+0,1
60-64	+0,2	+0,1	+0,1	+0,0
65-69	<b>-0,3</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,2</b>
70-74	+0,5	+0,4	+0,5	<b>+0,2</b>
75 und älter	+0,1	+0,1	+0,1	+0,1

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Gegenüberstellung der Teilnahmeraten von 2006 und 2007 zeigt, dass in der Altersgruppe der 18-24jährigen der Zuwachs der Teilnahmeraten mit +0,7 Prozentpunkten insgesamt am größten ist. Die einzige Altersgruppe, die eine Abnahme der Inanspruchnahme aufweist, ist mit -0,3 Prozentpunkten die der 65-69jährigen. Eine Abnahme in dieser Altersgruppe kann sowohl für die Männer als auch für die Frauen beobachtet werden. Die restlichen Altersgruppen verzeichnen bei beiden Geschlechtern eine Zunahme der Teilnahmeraten im Vergleich zum Vorjahr. Bei den Männern entfällt die stärkste Zunahme der Inanspruchnahme auf die Gruppe der 50-54jährigen, gefolgt von jener der 18-24jährigen und der 30-34jährigen, die idente Zuwachsraten aufweisen. Bei den Frauen erfolgt bei den 18-24jährigen und 25-29jährigen mit jeweils +0,6 Prozentpunkten der stärkste Zuwachs, dicht gefolgt von den 35-39jährigen und 70-74jährigen mit jeweils +0,5 Prozentpunkten.

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.

### 2.1.3 Frequenz 2007 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen

Die Frequenzstatistik der Vorsorgeuntersuchung für das Jahr 2007 stellt sich hinsichtlich einer Gliederung nach Untersuchungsstellen wie in Tabelle 10 dar.

Tabelle 10: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2007.

Untersuchungsstelle	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Basisuntersuchungen			Gynäko- logische Unters.
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Alle Untersuchungsstellen	936.963	384.803	552.160	821.655	384.803	436.852	115.308
Vertragsärzte insgesamt	843.844	336.003	507.841	733.889	336.003	397.886	109.955
Ärzte für Allgemeinmedizin	635.433	288.421	347.012	626.272	288.421	337.851	9.161
Fachärzte insgesamt	208.411	47.582	160.829	107.617	47.582	60.035	100.794
Lungenheilkunde	779	361	418	779	361	418	0
Chirurgie	1.114	522	592	1.114	522	592	0
Frauenheilkunde	100.794	0	100.794	0	0	0	100.794
Interne Medizin	105.724	46.699	59.025	105.724	46.699	59.025	0
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung	34.502	18.211	16.291	31.432	18.211	13.221	3.070
Sonstige Untersuchungsstellen	58.617	30.589	28.028	56.334	30.589	25.745	2.283

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die größte Anzahl an verzeichneten Basisuntersuchungen ist insgesamt – für Frauen und für Männer gleichsam - bei den niedergelassenen VertragsärztInnen zu beobachten. Der Rest der Untersuchungen verteilt sich auf sonstige Untersuchungsstellen sowie eigene Einrichtungen der Sozialversicherungen. Innerhalb der Gruppe der niedergelassenen VertragsärztInnen wird die überwiegende Mehrzahl der Basisuntersuchungen für beide Geschlechter, und damit auch insgesamt, durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin erbracht. Von dieser Gruppe werden somit bezogen auf alle Untersuchungsstellen 76,2 % der Basisuntersuchungen durchgeführt. Dahinter rangieren die FachärztInnen, wobei unter diesen die FachärztInnen für Innere Medizin am stärksten vertreten sind.

Bei den gynäkologischen Untersuchungen entfällt die überwiegende Mehrheit auf die FachärztInnen für Frauenheilkunde. Eine vergleichsweise geringere Anzahl der gynäkologischen Untersuchungen im Rahmen der VU wird von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin durchgeführt. Sämtliche der in der Tabelle als Basisuntersuchungen ausgewiesenen Zahlen der Fachrichtung Chirurgie entfallen jedoch auf VU-Koloskopien.

### 2.1.4 Verlauf der Anzahl der Basisuntersuchungen 2000-2007

Im Folgenden sei auf eine Verlaufsdarstellung der verzeichneten Anzahl der Basisuntersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung der Jahre 2000 bis 2007 verwiesen.

Tabelle 11: Absolute Anzahl der Basisuntersuchungen 2000 – 2007 (alle KV-Träger).

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Österreich</b>	<b>653.472</b>	<b>709.350</b>	<b>748.332</b>	<b>786.315</b>	<b>813.782</b>	<b>775.723</b>	<b>791.370</b>	<b>821.655</b>
Wien	102.149	112.207	123.038	133.314	<b>142.427</b>	<b>137.713</b>	<b>154.148</b>	<b>171.333</b>
Niederösterreich	60.255	69.319	72.299	78.209	78.833	74.669	77.866	78.226
Burgenland	35.171	37.180	39.061	40.463	42.276	40.177	39.200	43.868
Oberösterreich	107.874	117.579	121.155	128.064	134.387	126.042	126.341	128.278
Steiermark	<b>113.030</b>	<b>123.635</b>	<b>129.184</b>	<b>134.317</b>	132.444	126.067	123.683	122.401
Kärnten	64.937	69.330	72.112	73.786	76.474	75.305	72.808	74.171
Salzburg	48.810	50.863	53.696	55.241	56.785	52.747	54.605	57.794
Tirol	82.799	88.537	96.125	99.836	103.493	96.484	101.000	102.639
Vorarlberg	38.447	40.700	41.662	43.085	46.663	46.519	41.719	42.945

Betrachtet man in Abbildung 1 die grafische Darstellung der Absolutzahlen aus Tabelle 11, so zeigt sich eine stetige Zunahme der Zahl der Basisuntersuchungen bis zumindest 2004. Dies gilt für fast alle Bundesländer gleich. Lediglich das Bundesland Steiermark wies bereits von 2003 auf das Jahr 2004 einen Rückgang um -1,4% auf 132.444 Basisuntersuchungen (siehe Tabelle 12) auf. Auch weisen die Bundesländer nach 2005 unterschiedliche Veränderungen im Jahresvergleich auf. Dabei trägt das Bundesland Wien mit der deutlichsten Zunahme in Absolutzahlen sicherlich entscheidend zur Gesamtzunahme an VU-Basisuntersuchungen bei.

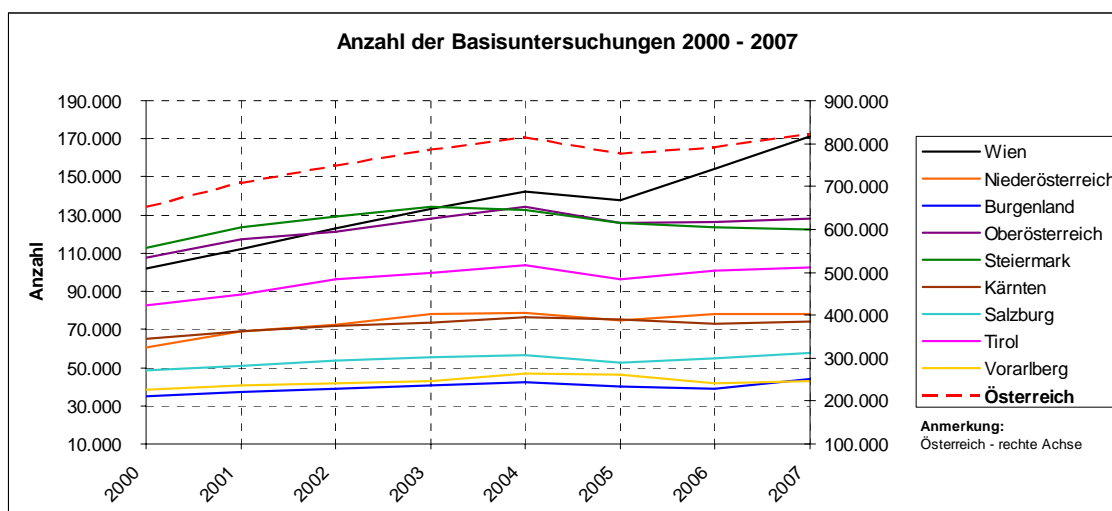


Abbildung 1: Anzahl der Basisuntersuchungen 2000 – 2007 (alle KV-Träger).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Eine weitere Betrachtung des Verlaufs bis 2004 erfolgt in Abbildung 2 mit der Darstellung der relativen Differenzen der Absolutzahlen (Tabelle 12) 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. Dieser Sachverhalt spiegelt sich grafisch ebenfalls in der stetigen Abflachung der Steigung der einzelnen Verlaufskurven in Abbildung 1 wider.

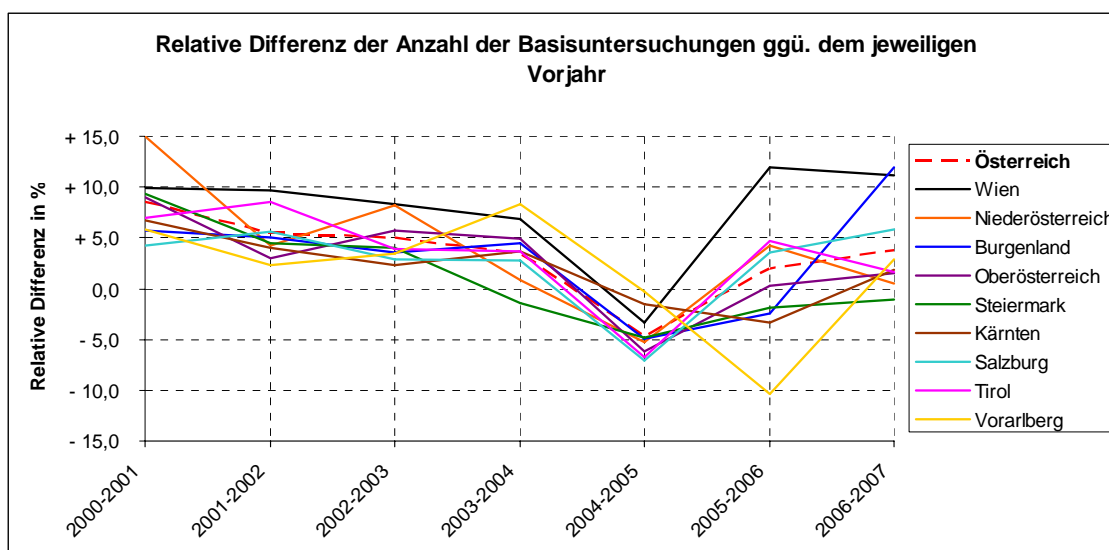


Abbildung 2: Relative Differenz der Anzahl der Basisuntersuchungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).

Tabelle 12: Relative Differenz der Anzahl der Basisuntersuchungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger).

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Österreich	+8,6	+5,5	+5,1	+3,5	-4,7	+2,0	+3,8
Wien	+9,8	+9,7	+8,3	+6,8	-3,3	+11,9	+11,2
Niederösterreich	+15,0	+4,3	+8,2	+0,8	-5,3	+4,3	+0,5
Burgenland	+5,7	+5,1	+3,6	+4,5	-5,0	-2,4	+11,9
Oberösterreich	+9,0	+3,0	+5,7	+4,9	-6,2	+0,2	+1,5
Steiermark	+9,4	+4,5	+4,0	-1,4	-4,8	-1,9	-1,0
Kärnten	+6,8	+4,0	+2,3	+3,6	-1,5	-3,3	+1,9
Salzburg	+4,2	+5,6	+2,9	+2,8	-7,1	+3,5	+5,8
Tirol	+6,9	+8,6	+3,9	+3,7	-6,8	+4,7	+1,6
Vorarlberg	+5,9	+2,4	+3,4	+8,3	-0,3	-10,3	+2,9

Im Jahr 2005 ergibt sich damit im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt wie bundesländerspezifisch eine Abnahme der Anzahl der Basisuntersuchungen im Rahmen der

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Vorsorgeuntersuchung. In der Darstellung der absoluten Differenzen in Tabelle 13 kann im Bundesland Oberösterreich mit -8.345 Untersuchungen das größte Minus beobachtet werden. Relativ gesehen verbucht das Bundesland Salzburg mit -7,1% den größten Rückgang an absolut verzeichneten Basisuntersuchungen.

Tabelle 13: Absolute Differenz der Anzahl der Basisuntersuchungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Österreich	+55.878	+38.982	+37.983	+27.467	- 38.059	+15.647	+30.285
Wien	+10.058	<b>+10.831</b>	<b>+10.276</b>	<b>+9.113</b>	- 4.714	<b>+16.435</b>	<b>+17.185</b>
Niederösterreich	+9.064	+2.980	+5.910	+624	- 4.164	+3.197	+360
Burgenland	+2.009	+1.881	+1.402	+1.813	- 2.099	- 977	+4.668
Oberösterreich	+9.705	+3.576	+6.909	+6.323	<b>- 8.345</b>	+299	+1.937
Steiermark	<b>+10.605</b>	+5.549	+5.133	<b>- 1.873</b>	- 6.377	- 2.384	<b>- 1.282</b>
Kärnten	+4.393	+2.782	+1.674	+2.688	- 1.169	- 2.497	+1.363
Salzburg	+2.053	+2.833	+1.545	+1.544	- 4.038	+1.858	+3.189
Tirol	+5.738	+7.588	+3.711	+3.657	- 7.009	+4.516	+1.639
Vorarlberg	+2.253	+962	+1.423	+3.578	- 144	<b>- 4.800</b>	+1.226

Der Zuwachs des Vergleichszeitraums 2005/2006 wird mit 2006/2007 fortgesetzt. Die Darstellung in Abbildung 2 zeigt einen deutlichen Anstieg der Vorsorgeuntersuchungen. Insgesamt kann 2007, im Vergleich zu 2006, ein Zuwachs von +3,8 Prozent der Untersuchungen ausgemacht werden. Ein erheblicher Anteil dieser Steigerung geht dabei zurück auf die Zuwächse in Burgenland und Wien mit einem Plus von +11,9% bzw. 11,2% gegenüber dem Vorjahr. Wien verzeichnet den größten absoluten Zuwachs von +17.185 gefolgt vom Burgenland mit +4.668 Basisuntersuchungen. Sämtliche Bundesländer zeigen im Vergleich zum Vorjahr Zunahmen an Basisuntersuchungen auf, mit Ausnahme der Steiermark. Jene Bundesländer die im Verhältnis zum Vorjahresvergleich (2005-2006) am stärksten zulegen konnten, waren Burgenland, von -2,4% auf +11,9%, und Vorarlberg, von -10,3% auf +2,9% (Tabelle 12).

Für sämtliche der bisherigen Betrachtungen wurden die Untersuchungszahlen jeweils zweier Jahresfolgen berücksichtigt. Für Aussagen hinsichtlich eines möglichen Trends müssten jedoch in jedem Fall noch längere Beobachtungszeiträume herangezogen werden. In der folgenden Tabelle (Tabelle 14) wird daher der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Basisuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2004 dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 und 2007 gegenübergestellt. Für einen methodisch solideren Vergleich dieser Werte zwischen „VU alt“ und VU Neu sollten aber jedenfalls Daten mehrerer aufeinanderfolgender Jahre (mindestens drei) der VU Neu vorliegen, sodass frühestens im Jahr 2009 eine erste –

## Vorsorgeuntersuchung Neu

vorsichtige - Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen kann.

Tabelle 14: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Basisuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Basisuntersuchungen von 2006-2007 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%).

Bundesland	Ø(2000-2004)	Ø (2006-2007)	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2007) [absolute Differenz]	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2007) [relative Differenz %]
Österreich	742.250	806.513	+64.262	+8,7
Wien	122.627	<b>162.741</b>	<b>+40.114</b>	<b>+32,7</b>
Niederösterreich	71.783	78.046	+6.263	+8,7
Burgenland	38.830	41.534	+2.704	+7,0
Oberösterreich	121.812	127.310	+5.498	+4,5
Steiermark	<b>126.522</b>	123.042	<b>- 3.480</b>	<b>- 2,8</b>
Kärnten	71.328	73.490	+2.162	+3,0
Salzburg	53.079	56.200	+3.121	+5,9
Tirol	94.158	101.820	+7.662	+8,1
Vorarlberg	42.111	42.332	+221	+0,5

Mit dem vorliegenden Datenmaterial lässt sich insgesamt für Österreich im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Basisuntersuchungen von 2006 und 2007 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten. Relativ gesehen beträgt dieser Zuwachs dabei insgesamt +8,7%. Der überwiegende Anteil an dieser Entwicklung geht dabei auf Zuwächse im Bundesland Wien zurück, das mit einer durchschnittlichen Zunahme von 40.114 Untersuchungen, bzw. einem Plus von +32,7%, sowohl absolut als auch relativ den größten Zuwachs verzeichnen kann. Hinsichtlich der relativen Differenz rangieren hinter Wien die Bundesländer Niederösterreich (+8,7%) und Tirol (+8,1%) an zweiter bzw. dritter Stelle. Wie bereits in der Verlaufsbeobachtung weist auch in diesem Zusammenhang die Steiermark eine negative Veränderung auf. Bei dem Vergleich der relativen Veränderung des Durchschnitts von VU 2006 und 2007 mit dem Durchschnitt der „VU alt“ weist sie absolut (-3.480) wie relativ gesehen (-2,8%) das größte Minus unter den Bundesländern aus.

### 2.1.5 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr **2007** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen – wie auch schon im Jahr 2006 – auf die Altersgruppe der 40-44jährigen zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen, was auch dem demografisch hohen Anteil dieser Altersgruppe innerhalb der österreichischen Wohnbevölkerung entspricht. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2007 die Gruppe der 60-64jährigen.

Nach Absolutzahlen betrachtet entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen medizinischen Untersuchungsprogramms (Basisuntersuchungen) auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2007 die anteilmäßige Inanspruchnahme der Frauen mit 12,5% etwas über jener der Männer mit 11,9%.

Nach Absolutzahlen betrachtet, wies Wien auch im Jahr 2007 die meisten Basisuntersuchungen auf, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Nach der relativen Inanspruchnahme betrachtet, entfielen jedoch die höchsten Anteile auf das Bundesland Burgenland, gefolgt von Tirol und Kärnten. Deutlich abgeschlagen von den übrigen Bundesländern zeigt sich die niedrigste anteilige Inanspruchnahme im Bundesland Niederösterreich.

Betrachtet man die Basisuntersuchungen nach Untersuchungsstellen, so wurden im Jahr 2007 die meisten Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt. Davon entfiel der größte Anteil auf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, gefolgt von niedergelassenen FachärztInnen für Innere Medizin.

Erst mit dem vorliegenden Bericht stehen zum ersten Mal Daten der Vorsorgeuntersuchung aus einem Zeitraum von zwei Folgejahren (2006 und 2007) zur Verfügung, in dem in allen Bundesländern einheitlich die Vorsorgeuntersuchung Neu durchgeführt wurde. Die im Jahr 2005 registrierten Vorsorgeuntersuchungen setzten sich nämlich aus jenen des vorherigen Untersuchungsprogramms und jenen des schrittweise im Laufe des Jahres 2005 eingeführten neuen Untersuchungsprogramms der VU zusammen. Betrachtet man die beiden Vergleichsjahre 2006 und 2007 nach Absolutzahlen der Untersuchungen insgesamt, so zeigt sich, dass die Häufigkeit bei beiden Geschlechtern gestiegen ist (Tabelle 6). Auch bei den gynäkologischen Untersuchungen konnte eine Zunahme beobachtet werden. Betrachtet man alleine die Basisuntersuchungen, so weist das Bundesland Wien die im Jahresvergleich die größte Gesamtzunahme auf. Der größte Rückgang bei den Basisuntersuchungen im Jahresvergleich zeigte sich im Bundesland Steiermark. Ebenso entfällt der größte Rückgang



der relativen Inanspruchnahme auf dieses Bundesland. 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 zeigen sich somit nach dem Rückgang der Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2005 für die Frequenzen 2007 wieder eindeutig positive Veränderungen, welche sich bereits bei den Frequenzzahlen 2006 abgezeichnet hatten. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten konnten Zuwächse verzeichnet werden. Wenngleich die vorliegenden Untersuchungszahlen mit dieser Zunahme für 2006 und 2007 noch keine klare Trendwende verkörpern, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Untersuchungszahlen mit diesen Zuwächsen stabilisiert haben. Es ist naheliegend, dass nach der im Jahr 2005 erfolgten Systemumstellung der inzwischen erhöhte Bekanntheitsgrad der neuen Vorsorgeuntersuchung in der Bevölkerung dazu beigetragen hat.

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

Beginnend mit Jänner 2008 wurde erstmals österreichweit das VU-eigene Einladungssystem (VU-Call/Recall-System) implementiert, mit welchem insbesondere jene Personen zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden sollen, die diese Untersuchung bislang nicht in Anspruch genommen haben, davon jedoch einen großen Nutzen erzielen könnten. Auf Basis einer strategischen VU-Kampagnenplanung wird dabei im Vorfeld jedes Kampagnenversandtermins pro Träger eine spezifische Zielgruppendefinition erarbeitet. Diese können die Träger für ihre Versicherten übernehmen oder aber eine eigene Zielgruppe definieren und einladen. Im Jahr 2008 wurden an drei Versandterminen (2. Jänner, 1. April und 1. Juli 2008) gezielte briefliche Einladungen zur VU Neu versandt.

### **2.3 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 offen gelassen. So bleibt es mit der gegebenen Formulierung unklar, welche Messgrößen bei den erwähnten Auswirkungen berücksichtigt werden sollen. In Betracht kommt dabei in erster Linie die Darstellung der Inanspruchnahme (als Anteile an der Zielbevölkerung der VU im definierten Zeitraum) gegenüber einem Vergleichszeitraum der „alten“ Vorsorgeuntersuchung. Die ebenfalls vage Formulierung der „Änderungen des Untersuchungsprogramms“ erschwert eine zielgerichtete Analyse. Völlig unklar bleibt worauf sich eine Kosten-Nutzen-Bewertung beziehen soll.

Eine direkte Nutzen-Bewertung der VU Neu als Gesamtprogramm unter Ableitung etwaiger Gesundheitseffekte aus den bestehenden VU-Daten ist nicht zulässig. Rückschlüsse durch die Verknüpfung gesundheitsrelevanter Endpunkte (oder auch zwischenzeitlicher Ergebnisparameter) der VU-Kohorte und neu in die VU aufgenommene 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 verschiedenen 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 – zum jetzigen Zeitpunkt nicht gegebenen – Verfügbarkeit elektronischer Befunddaten der VU Neu, wären noch zusätzliche Daten zur Abbildung der klinisch bzw. gesundheitlich relevanten Effektmaße erforderlich. Grundsätzlich bestehen dabei Zweifel, inwieweit versorgungsbezogene Daten in der aktuellen Form (z.B. Daten der Krankenversicherungsträger zum Leistungsgeschehen) für Fragen der Outcome-Forschung herangezogen werden können. Ebenfalls nicht absehbar ist es zum derzeitigen Zeitpunkt, wann für derartige Fragestellungen notwendige *bevölkerungsbezogene* Datenquellen (z.B. Krankheitsregister, Bevölkerungsbefragungen) in guter Qualität in Österreich verfügbar sein werden. Mangels geeigneter Primärstudien zur VU müsste eine – sehr aufwändige – reine Modellierungsstudie

## Vorsorgeuntersuchung Neu

durchgeführt werden, deren Validierung ohne Heranziehung österreichspezifischer epidemiologischer bzw. bevölkerungsbezogener Daten vermutlich für die Entscheidungsträger in Österreich auch wenig aussagekräftig wäre.

Vor allem jedoch erfordert eine „Kosten-Nutzen-Bewertung“ der Vorsorgeuntersuchung die Entwicklung eines soliden Wirkmodells. Um also zu einer Schätzung der Effekte der „Intervention Vorsorgeuntersuchung“ zu gelangen, müsste so ein Modell alle relevanten Wirkfaktoren gültig abbilden. Aufgrund des sehr komplexen Geschehens in der VU Neu (d.h. Maßnahmenbündel bzw. Mix aus multidimensionalen Interventionen) und vielfältiger außerhalb der VU wirksamer Einflussfaktoren auf die Gesundheit (z.B. Arbeitswelt, Umwelt) sowie der langen Latenzzeiten der präventiven Effekte, muss 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 Methodik der Bewertung des gesundheitlichen Nutzens in Geldeinheiten höchst umstritten.

Im Anschluss findet sich eine Aufstellung der trägerspezifischen Kosten der Vorsorge(Gesundenuntersuchung) im Jahr 2007 (siehe Tabelle 15 ).

Tabelle 15: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen - Gesamtkosten für das Jahr 2007, nach KV-Trägern

KV-Träger	Kosten
WGKK	9.757.902
BGKK	2.097.066
KGKK	6.406.780
NGKK	4.943.939
OÖGKK	9.250.937
SGKK	3.741.342
STGKK	7.590.110
TGKK	8.253.287
VGKK	3.630.526
VAEB	2.350.434
BKK	547.744
SVA	4.899.319
SVB	2.236.556
BVA	5.636.365
<b>gesamt</b>	<b>€71.342.307,00</b>

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juli 2008

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

Zur Prüfung der Datenqualität bzw. des Potentials des Standardprodukts FOKO hinsichtlich einer Kosten- wie auch Nutzenbewertung der Vorsorgeuntersuchung Neu bezüglich Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind, wurde das FOKO-Competence Center der OÖ-Gebietskrankenkasse im Jahr 2007 durch das damalige Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB, jetzt IfGP, mit der Ziehung eines Testsamples beauftragt. Erste Ergebnisse diesbezüglich liegen mit dem im Dezember 2007 verfassten Bericht „FOKO-Potential Ermittlung“ auf.

Basierend auf diesen Ergebnissen werden bis dato entsprechende Software-Prozeduren entwickelt, welche für weitere Analyseschritte erforderlich sind. Wie im Bericht „FOKO-Potential Ermittlung“ angeführt, ist dies nötig, da dem Evaluationsteam zur Datenauswertung über die FOKO-Schnittstelle keine Applikationen mit entsprechendem GUI (Graphical User Interface) zur Verfügung stehen.

Eng verknüpft mit der angesprochenen Software-Entwicklung steht die Recherche der teilweise datenbankinternen Codes zur Identifikation entsprechender VU Neu-Leistungen. Diese Erhebungen sind abgeschlossen und die vorliegenden Daten werden zur vorläufigen Komplettierung der Analyse-Prozeduren implementiert.

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

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. Trotz der grundsätzlichen Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchung auf die „asymptomatische (gesunde) Allgemeinbevölkerung“, könnten ausgewählte Messgrößen für spezielle Fragestellungen *innerhalb einer VU-Kohorte* analysiert werden. Dazu müssten basierend einerseits auf aktuellen bevölkerungsbezogenen Daten sowie andererseits unter Berücksichtigung vorliegender gesundheitswissenschaftlicher Zusammenhänge definierte Risikoprofile abgeleitet bzw. entwickelt werden.

Eine besondere methodische Herausforderung stellt dabei die Datenverfügbarkeit und Datenqualität in Österreich dar. So kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur über wenige ausgewählte Merkmale (z.B. Rezeptgebührenbefreiung) mittels Sekundärdatenanalyse

(Folgekostenrechnung/ FOKO) eine gewisse Differenzierung des sozioökonomischen Hintergrunds dargestellt werden. Davon ausgehend könnten weitere Längsschnitt-Betrachtungen derart identifizierter Risikogruppen (d.h. Rezeptgebührenbefreiung als Surrogat-Indikator für sozioökonomische Benachteiligung) in Bezug auf die Inanspruchnahme weiterer Früherkennungsuntersuchungen (z.B. PAP-Abstrich, Mammografie, Koloskopie) durchgeführt werden.

Eine gezielte Evaluierung könnte weiters ausgehend von Gruppen mit bestimmten klinischen Befundkonstellationen erfolgen. Dabei könnten etwa in einer Querschnitt-Betrachtung Gruppen mit definierten Risikofaktor-Bündeln (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen) hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen deskriptiv dargestellt werden. 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 aber noch abklärungsbedürftige Verdachtsbefunde handelt.

Abschließend könnte in diesem Zusammenhang auch eine Auswertung zur Inanspruchnahme der VU gemäß der bei den unterschiedlichen Kampagnen des Call/ Recall-Systems gewählten Zielgruppen erfolgen. Zukünftige Einladungen sollen dabei auch Zielkriterien für Gruppen, welche aufgrund eines besonderen Risikomerkmals verstärkt von der Vorsorgeuntersuchung profitieren, berücksichtigen. Überlegungen zu diesen Kriterien sollten sich dabei an sozialepidemiologischen Erkenntnissen orientieren. Dabei sollten Gruppen mit erhöhtem Bedarf für präventive Interventionen identifiziert werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehen jedoch noch erhebliche Mängel, Routinedaten zur Identifikation von Risikogruppen heran zu ziehen.

Für sämtliche der hier skizzierten Auswertungsansätze sind die **elektronischen Befunddaten** der VU jedoch eine **unabdingbare Voraussetzung**.

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

Entsprechend der Prioritätensetzung der Sozialversicherung im Bereich der Gesundheitsförderung für 2007 und 2008 wurde aufbauend auf den bisherigen Initiativen der Sozialversicherung die Gesundheitsförderung in den Lebensumwelten forciert. Der Ausbau der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung stellt dabei auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2007 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb des Rauchertelefons sowie mit Weiterführung der Nichtraucherkampagne „Nichtrauchen macht reich!“ von Seiten der Sozialversicherung wichtige Initiativen gesetzt. Die Evaluierung der Nichtraucherkampagne und der etablierten Schulservicestellen als ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung, sowie die Weiterbildung von MitarbeiterInnen im Bereich der Gesundheitsförderung, stellen weitere Schwerpunkte im Rahmen der vom Hauptverband koordinierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 447h ASVG dar.

#### **2.6.1 Darstellung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung**

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

Aufbauend auf der gesicherten Erkenntnis, dass der Lebensraum Schule einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen leisten kann, wurde das Kooperationsprojekt „gesunde Schule“ ins Leben gerufen. Im Einzelnen werden mit dem Projekt „gesunde Schule“, basierend auf dem Commitment des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur, des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger folgende Ziele verfolgt:

1. Aufbau einer Organisationsstruktur zur schulischen Gesundheitsförderung in Österreich
2. Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur schulischen Gesundheitsförderung
3. Entwicklung eines Ablaufmodells zur Definition von Zielen für den Bereich der schulischen Gesundheitsförderung
4. Generierung eines bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Dienstleisterpools für Schulen zum Themenfeld Gesundheitsförderung
5. Entwicklung eines Modellprojektes zur Neugestaltung der Gesundheitsbetreuung in Schulen
6. Entwicklung und Erprobung von Qualitätssicherungsinstrumenten (Commitment – Urkunde, Gütekriterien) für die schulische Gesundheitsförderung

### 7. Entwicklung eines Instrumentes zur Messung der gesundheitlichen Ergebnisse von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung

Ausgangspunkt der Überlegungen ist es, Gesundheit im Rahmen von Organisationsentwicklung mitzudenken. Auf Basis dieser konzeptionellen Überlegungen sollen im Rahmen des zweijährigen Projektes Entscheidungsgrundlagen für die inhaltliche Ausgestaltung einer nachhaltig wirksamen nationalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen entwickelt werden, sowie erste Umsetzungsschritte gesetzt werden.

Darüber hinaus wurden die mittlerweile 8 Schulservicestellen der Krankenversicherungsträger bei der Umsetzung von konkreten Maßnahmen und Projekten an Schulen finanziell in pauschalierter Form gefördert. Die Inhalte, die von den SchülerInnen und LehrerInnen mit Unterstützung der Servicestellen im Rahmen von Projekten aufgearbeitet wurden, reichen von Ernährung und Bewegung, über Tabak, Alkohol bis hin zu psychosozialen Themen. Mit der Übernahme der Kosten für die Produktion des in Auftrag gegebenen Leitfadens zum Thema Ernährung konnte mit Beginn des Schuljahres 2007/2008 ein weiteres Tool für Schulen zur Verfügung gestellt werden. Der „Ernährungsfächer“ bietet eine Unterstützung für SchülerInnen und LehrerInnen bei der Umsetzung von nachhaltigen Ernährungsprojekten und zeigt Möglichkeiten auf, wie das Thema kreativ und gesundheitsförderlich im Lebensraum Schule gelebt werden kann.

### 2.6.2 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb

#### Pilotprojekte für jüngere und ältere ArbeitnehmerInnen

Im Mittelpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung standen bisher meist die Zielgruppe der 30- bis 50-jährigen Beschäftigten. Um diese Lücke zu schließen, wurden im Rahmen der Mittelverwendung § 447h ASVG im Auftrag des Hauptverbandes Pilotprojekte initiiert, die bislang weniger beachtete Zielgruppen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung – jüngere und ältere ArbeitnehmerInnen – in den Fokus nehmen.

Mit dem Pilotprojekt „Erfahrungsvorsprung“, mit dem Fokus „ältere ArbeitnehmerInnen“, das von der VAEB, durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, der WGKK und StGKK umgesetzt wird, sollen Perspektiven entwickelt werden mit Beschäftigten, die bis zur Pension gesund und leistungsfähig sein wollen, mit Führungskräften in Unternehmen, die eine alter(n)sgerechte Personalentwicklung anstreben sowie mit Unternehmen, die sich rechtzeitig dem demografischen Wandel stellen wollen, um einen Wettbewerbsvorteil zu erzielen.

Im Pilotprojekt „U21“ steht betriebliche Gesundheitsförderung für junge ArbeitnehmerInnen im Mittelpunkt. Das Modellprojekt wird von der OÖGKK, der NÖGKK und SGKK in Kooperation mit dem FGÖ umgesetzt, und baut auf theoretischen und praktischen Grundlagen der betrieblichen



Gesundheitsförderung auf. Bestehende Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung werden adaptiert und innovativ weiter entwickelt. Ziele des Projektes sind die Integration von betrieblicher Gesundheitsförderung in die Lehrlingsausbildung und Personalentwicklung der teilnehmenden Unternehmen, Erprobung von neuen Instrumenten und Zugängen für die Zielgruppe, Erhebung, Auswertung und Vergleich von Daten.

Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus diesen beiden Pilotprojekten werden in entsprechenden Leitfäden für Betriebe gebündelt, damit zukünftig weitere Unternehmen profitieren können, und betriebliche Gesundheitsförderung für und mit jüngeren sowie älteren ArbeitnehmerInnen breiter umgesetzt werden kann. Die Erkenntnisse aus den beiden Pilotprojekten werden Anfang 2009 allen Unternehmen in Form einer Broschüre zur Verfügung stehen.

### **Stressprävention**

Daten aus einem von der Europäischen Kommission herausgegebenen Leitfaden zu Stress am Arbeitsplatz zeigen, dass über die Hälfte der ArbeitnehmerInnen laut eigenen Angaben unter erheblichem Druck stehen. Aufgrund der enormen gesundheitlichen Belastung durch Stress und fehlender Angebote, speziell für kleinere Unternehmen, wurde vom Hauptverband mit Mitteln nach § 447h ASVG die Entwicklung eines Schulungskonzepts für Führungskräfte zum Thema Stress beauftragt. Im Rahmen der Schulung werden die UnternehmerInnen und Führungskräfte kleinerer Betriebe zu Gesundheitsförderung und Stressprävention im Betrieb befähigt, um eigenständig entsprechende Maßnahmen zur Stressprävention zu setzen zu können. Das Seminarangebot wurde über das Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung Unternehmen österreichweit zur Verfügung gestellt.

### **Fehlzeitenreport 2008**

Angesichts der wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Maxime des „active aging“ und der Verlängerung der Lebensarbeitszeit kommt einem besseren Verständnis der Faktoren, die sich ungünstig auf die Gesundheit der Erwerbspersonen auswirken, einer Untersuchung der Auswirkungen von Krankheit auf die Erwerbskarriere bzw. auf die Übergänge zwischen Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Ruhestand sowie der Darstellung von Optionen für eine Verringerung der Fehlzeiten besondere Bedeutung zu. Im Fehlzeitenreport 2008, einem Kooperationsprojekt zwischen dem Hauptverband, der AUVA, der WKÖ und der AK, wurde das WIFO beauftragt Analysen, die einen Beitrag zu diesen drei Themenbereichen liefern können, durchzuführen. Aufbauend auf dem ersten Fehlzeitenreport, der dem deutschen Beispiel folgt, wird der Fehlzeitenreport 2008 zweigliedrig konzipiert: Das erste, allgemeine Modul der Studie besteht aus einer breit angelegten und aktualisierten Übersicht des Krankenstandgeschehens. Das zweite Modul des Fehlzeitenreports 2008 soll die Folgen von Krankheit auf die Erwerbskarriere der Beschäftigten, die österreichische Fehlzeiten im internationalen Vergleich und Ansätze zur Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz beleuchten. Der Fehlzeitenreport

soll nicht nur einen Beitrag zum besseren Verständnis des Krankenstandsgeschehens leisten, sondern vor allem die gesundheitspolitische Diskussion fördern und Wege zur Implementierung von Maßnahmen aufzeigen. Der Bericht wird voraussichtlich im Herbst 2008 vorliegen.

### **Lebensstilbezogene Maßnahmen**

Für die Verbreitung lebensstilbezogener Standardangebote der Sozialversicherung zu den Themen Bewegung und Ernährung, wurden die Angebote „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“, „Gestalten & Bewegen“ sowie „Gemeinsam gut Essen“ aus den Mitteln nach § 447h ASVG finanziell bezuschusst. Darüber hinaus wurde der Infotag des Österreichischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung, der 2007 in Wien stattfand, finanziell gefördert.

### **2.6.3 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. Ein erster Evaluierungsbericht des Rauchertelefons sowie der Jahresbericht 2007 liegen den Kooperationspartnern (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 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.

Im Rahmen der Mittelverwendung § 447h ASVG wurde die Kampagne „Nichtrauchen macht reich“ eine österreichweite Nichtraucherkampagne für Jugendliche 2007 weitergeführt. Die Kampagne setzte am finanziellen Aspekt des Rauchens an. Ziel war die Sensibilisierung von Jugendlichen für das Thema Nichtrauchen. Zu diesem Zweck wurde mit der Online-Plattform „www.tabakfrei.at“ ein jugendadäquates Medium geschaffen, auf der Jugendliche neben Informationen zum Thema Rauchen auch Gewinnspiele und andere attraktive Angebote vorfinden. Zur Bewerbung von „www.tabakfrei.at“ wurden u.a. Werbeplakate an Schulen, Radiospots, FreeCards sowie Bannerwerbung im Internet eingesetzt. Zielgruppe der Kampagne waren Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren, in erster Linie SchülerInnen. Die Kampagne wurde vom Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB (seit 1.3.2008 Institut für Gesundheitsförderung und Prävention) evaluiert. Der Ergebnisbericht der Evaluation liegt seit Abschluss der Kampagne mit Dezember 2007 vor.

Mit der Entwicklung und Durchführung einer MultiplikatorInnenschulung zur betrieblichen Tabakprävention, die umfassend in ein Gesamtkonzept der betrieblichen Gesundheitsförderung

eingebettet ist, wurde überdies ein weiterer wichtiger Schritt in der Tabakprävention gesetzt. Ziel des Moduls ist das Thema Tabakprävention im Rahmen der laufenden Betrieblichen Gesundheitsförderung in Betrieben – vorzugsweise im Rahmen der innerbetrieblichen Gesundheitszirkelarbeit – qualitätsgesichert bearbeiten zu können. Die Inhalte der einzelnen Bausteine des Moduls vermittelt der Zielgruppe (interne oder externe BGF-Akteure) das Handwerkzeug für die Erarbeitung einer individuellen betrieblichen Tabakpräventionsstrategie.

### **2.6.4 Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung**

Die im Zuge des Innovationsprojekts „Gesundheitsförderung und Prävention“ bei den Gebietskrankenkassen eingerichteten Schulservicestellen wurden im Rahmen der Mittelverwendung § 447h ASVG 2007 im Auftrag des Hauptverbandes vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie evaluiert. Nach knapp dreijährigem Bestehen wurde die Effektivität der Schulservicestellen in Bezug auf die gesteckten Ziele überprüft, sowie Schwachstellen und Entwicklungspotenziale aufgezeigt. Die Evaluierungsergebnisse zeigen einerseits, dass die Schulservicestellen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der schulischen Gesundheitsförderung leisten konnten, andererseits noch ungenützte Potentiale zur Verbesserung bestehen. Hierbei wurde zentral auf das Projekt „gesunde Schule“ verwiesen.

Überdies wurde im Rahmen Mittelverwendung § 447h ASVG eine Weiterbildungsmaßnahme für die MitarbeiterInnen der Schulservicestellen organisiert. Inhalte der Weiterbildung waren, unter Einbindung eines international erfahrenen Experten:

- Social Marketing im Setting Schule
- Erreichbarkeit der Zielgruppe (LehrerInnen, SchülerInnen, DirektorInnen)
- Zielgruppengerechte Aufbereitung des Themas
- Evaluation von Gesundheitsförderung in Schulen.