Bericht des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2025



Impressum

Herausgeber
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Haideggerweg 40
8044 Graz
UID-Nr.: ATU 63975513
Tel: +43 (0) 50 / 2350 DW 37908
Fax: +43 (0) 50 / 2350 DW 77900
E-Mail. hubert.langmann@ifgp.at

Autor*innen
Mag. Hubert Langmann, MPH (IfGP)
DI Andreas Kvas (IfGP)
DI Gregor Kvas (IfGP)
Stephanie Stürzenbecher, BA MA (Dachverband der Sozialversicherungsträger)
Mag. Natascha Warzecha-Glajcar, LL.B. (WU) (Österreichische Gesundheitskasse)
Prim. Ao. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie ÖGGH)

Graz, Oktober 2026

Inhaltsverzeichnis

Management Summary 7

1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu 12

1.1 Hintergrund 12

1.2 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen . 13

1.2.1 VU-Teilnehmer*innen 2025 14
1.2.2 Frequenz 2025– Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern 15
1.2.3 Frequenz 2025 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter 17
1.2.4 Altersverteilung der österreichischen Wohnbevölkerung und VU-Teilnehmer*innen 2025 19
1.2.5 Frequenz 2025 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen 22
1.2.6 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2024-2025 23
1.2.7 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2025 27
1.2.8 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen 42

1.3 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen 44

1.4 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 45

1.5 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind 48

1.6 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen 49

1.7 Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ 50

1.8 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Dachverband (teil-) finanziert wurden 58

1.8.1 Richtig Essen von Anfang an 59

1.8.2 Bewegt im Park 60
1.8.3 Psychosoziale Gesundheit 61
1.8.4 Kampagne "Lust auf Reden" 63
1.8.5 Gesundheitskompetenz 63
1.8.6 Digitalisierung 65
1.8.7 Gesundheit & Klima 65
1.8.8 Ältere Menschen 66
1.8.9 Vulnerable Gruppen 67
1.8.10 Gemeinden, soziale Gruppen & Vereine 67
1.8.11 Primärversorgung 68
1.8.12 Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen 69
1.8.13 Arbeitsplatz/Betrieb 70

Literatur 72

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2025. 15
Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2025. 16
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2025. 17
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2025. 18
Tabelle 5: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2025. 20
Tabelle 6: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2025. ... 21
Tabelle 7: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2025. 22
Tabelle 8: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2024-2025. 23
Tabelle 9: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2024-2025. 24
Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der VU Teilnehmer*innen (alle KV-Träger), 2024-2025. 25
Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der VU Teilnehmer*innen, 2024-2025. 25
Tabelle 12: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2025 (alle KV-Träger). 28
Tabelle 13: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2000 – 2025 (alle KV-Träger). 31
Tabelle 14: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger). 34
Tabelle 15: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). 36
Tabelle 16: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2025 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm. 38

Tabelle 17: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in den Zeiträumen 2006-2010, 2011-2015, 2016-2020 und 2021-2025 („VU Neu“) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm. 39
Tabelle 18: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2025, nach KV-Trägern. 47

Abbildung 1: VU-Teilnehmer*innen nach Geschlecht, 2025 14
Abbildung 2: VU-Teilnehmer*innen nach Alterskategorien, 2025. 15
Abbildung 3: Populationspyramide Männer, 2025. 19
Abbildung 4: Populationspyramide Frauen, 2025. 20
Abbildung 5: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2025 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien. 29
Abbildung 6: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2000 – 2025 (alle KV-Träger). 32
Abbildung 7: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). Legende. W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008. 33
Abbildung 9: Gesamtrahmen der Gesundheitsförderungsstrategie (Quelle und Darstellung: GÖG; aus Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2024, S. 7). 59

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[1]:

„(4) Der Dachverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention 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 für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Dachverband (teil-)finanziert wurden.“

Im Folgenden wird auf jene Ziffern eingegangen, zu denen es im Berichtszeitraum neue Ergebnisse zu berichten gibt.

[1] Entnommen dem BGBl. I Nr. 100/2020, § 447h

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

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 1.495.354 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon nach Absolutzahlen in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Anteilsmäßig war die Inanspruchnahme in Kärnten am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Burgenland.

Nach Absolutzahlen betrachtet, entfielen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet, lag 2025 die Inanspruchnahme der Frauen mit 20,7 % um mehr als zwei Prozentpunkte über jener der Männer mit 18,5 %. Das führte zu einer österreichweiten Inanspruchnahme von 19,6 %.

Betrachtet nach Altersgruppen entfielen auf die Gruppe der 75-Jährigen und älteren Teilnehmer*innen zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppen mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung waren im Jahr 2025 die Gruppen der 60- bis 64-Jährigen sowie 65- bis 69-Jährigen.

Zusammenfassend konnte sich der positive Trend der letzten Jahre, nach den rückläufigen Frequenzen im Jahr 2009, die auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern – mit Ausnahme von Burgenland – und auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen waren, sowie dem 2020 wahrscheinlich durch die Maßnahmen der Bundesregierung zur Bekämpfung der Corona-Pandemie und der Absage der Novemberkampagne des „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall Systems“ verursachtem Einbruch, 2025 erneut fortsetzen. Im Vergleich zu 2024 zeigte sich 2025 in allen neun Bundesländern ein Anstieg der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms.

§ 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 erfüllen und somit von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung besonders profitieren können, identifiziert und mittels zielgruppenadäquater Ansprache zu einer Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden können. Bis dato (Stand: Juni 2026) sind 1.277.815 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate ist mit 8,79 Prozent leicht gestiegen. Von den 2025 insgesamt durchgeführten 1.495.354 Vorsorgeuntersuchungen wurden 90.870 Vorsorgeuntersuchungen durch das VU-Einladesystem induziert. Das sind 6,08 Prozent der Gesamtanzahl an Vorsorgeuntersuchungen. Seit 2012 wird der einzige zur Verfügung stehende Kommunikationskanal „Einladebrief“ um neue zielgruppenspezifische

Marketingmaßnahmen ergänzt. Im Jahr 2025 erfolgte eine Adaptierung der Infomaterialien aufgrund der Herabsetzung des Alters für die VU-Koloskopie auf 45 Jahre. Im September 2025 gab es eine österreichweite Radiokampagne, wo ein 20-sekündiger Radiospot an den Gesundheits-Check erinnerte und auf die Wichtigkeit der Vorsorge aufmerksam machte. Mittels Banner (animiert und statisch) wurde vor dem Sommer, im Herbst und vor dem Winter über den Gesundheits-Check informiert. Begleitend zu den Aussendungen der Einladebriefe gab es eine Cross-Media-Kampagne, welche den Fokus auf die Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund legte. Informationen sind über die Webseite www.vorsorgeuntersuchung.at online verfügbar. Seit 1. Juli 2011 ist die kostenlose Serviceline 0800 501 522 implementiert und das ganze Jahr in Betrieb.

§ 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Dachverband (teil-) finanziert wurden

Der strategische Rahmen für die 2024 gesetzten Maßnahmen im Rahmen der Mittelverwendung nach §447h (4) Ziffer 5 ASVG folgt den Festlegungen in der Gesundheitsförderungsstrategie im Kontext des Bundeszielsteuerungsvertrags sowie den daraus abgeleiteten Zielen und Maßnahmenplänen in der Balanced Scorecard der Sozialversicherung. Neben dem Lebensraum Betrieb und dem Lebensraum Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, die seit 2005 bedeutende Interventionsfelder der Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung sind, wurde die Zielgruppe der Senior*innen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit, Public Health und Gesundheitskompetenz abgearbeitet. Am Schwerpunkt Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung wurde weitergearbeitet. Die Schwerpunkte Gesundheitsförderung und Erwerbsarbeitslosigkeit sowie Gesundheit und Klima wurden neu aufgenommen.

Im Bereich Ernährung und Bewegung wurden die Kooperationsprogramme „Richtig Essen von Anfang an“ (REVAN) und „Bewegt im Park“ fortgeführt. Bei REVAN standen die Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung, die Aktualisierung wissenschaftlich fundierter Ernährungsempfehlungen sowie die Entwicklung verständlicher und chancengerechter Informationsangebote im Mittelpunkt. Ergänzend wurden Evaluationsmaßnahmen durchgeführt. Mit dem kostenlosen Bewegungsangebot „Bewegt im Park“ konnten 2025 insgesamt 134.314 Teilnahmen verzeichnet und damit ein neuer Teilnahmerekord erreicht werden.

Im Schwerpunkt psychosoziale Gesundheit und Suchtprävention wurden Maßnahmen zur Tabak-, Nikotin- und Alkoholprävention sowie zur Krisenintervention und Suizidprävention umgesetzt. Die Qualitätssicherung der Tabak- und Nikotinentwöhnung wurde fortgeführt und der Betrieb des Rauchfrei Telefons finanziell unterstützt. Mit dem E-Learning „Minimalintervention Nikotin“ (MINI)

wurde ein niederschwelliges Schulungsangebot für Gesundheitsfachpersonen entwickelt. In der Alkoholprävention wurden das Online-Selbsthilfeprogramm „alkcoach.at“ evaluiert, die fünfte Österreichische Dialogwoche Alkohol durchgeführt und die Integration der Alkoholprävention in Angebote für ältere Menschen vorangetrieben. Darüber hinaus wurden Kriseninterventionsangebote für junge Erwachsene gestärkt und die Kampagne „Lust auf Reden“ mit dem Schwerpunkt sexuelle Gesundheit im Alter fortgesetzt.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Stärkung der individuellen und organisationalen Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz-Coachings für Versicherte wurden durch die Qualifizierung weiterer Multiplikator*innen ausgeweitet und die Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe hinsichtlich Qualitätssicherung, Evaluation und nachhaltiger Verankerung weiterentwickelt. Zudem wurden alle 30 Gesundheitsinformationen des Angebots „Gute.Gesundheit“ grafisch neugestaltet, die Broschüre „Meine Entscheidung. Meine Gesundheit“ überarbeitet und Zahngesundheitszentren bei der Entwicklung gesundheitskompetenter Angebote unterstützt. Darüber hinaus beteiligte sich der Dachverband am internationalen Health Literacy Survey. Im Bereich Digitalisierung wurden trägerübergreifende Qualitätskriterien für digitale Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote finalisiert.

Für die Zielgruppe älterer Menschen wurden die gemeinsamen strategischen Aktivitäten der Sozialversicherung fortgesetzt. Im Bereich der psychosozialen Gesundheit wurden Angebote zum Thema gesunder Schlaf umgesetzt und die Entwicklung geschlechtergerechter Gesundheitsangebote vorangetrieben. Das Kooperationsprojekt „Dialog gesund und aktiv altern“ konzentrierte sich auf die Förderung eines positiven Altersbildes, Workshops zu Altersdiskriminierung und die Entwicklung eines Angebots zur Prävention von Einsamkeit. Für erwerbsarbeitslose Menschen wurde ein Umsetzungskonzept entwickelt und die Pilotierung des Programms „AktivA“ vorbereitet. Auf kommunaler Ebene wurden Bürgermeisterinnen und Amtsleiterinnen als Multiplikator*innen angesprochen. Zudem wurde die Gesundheitsförderung im Setting Sportverein weiterentwickelt und die Grundlage für ein standardisiertes Evaluationsinstrument geschaffen.

Im Bereich der Primärversorgung wurde an der Verankerung von Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten (PVE) weitergearbeitet. Dazu wurden die praktische Umsetzbarkeit entsprechender Standards analysiert und ein Konzept für deren Integration in den Begleitprozess der ÖGK entwickelt. Darüber hinaus wurde das Curriculum für Gesundheitsförderungs- und Gesundheitskompetenz-Beauftragte pilotiert, eine Trainer*innenausbildung konzipiert und das Schulungsangebot zur Datenkompetenz weiterentwickelt.

Im Setting Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen wurden zahlreiche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen sowie zur Gesundheit von Pädagog*innen und weiteren Beschäftigten umgesetzt. Die trägerübergreifende Zusammenarbeit erfolgte insbesondere über das Netzwerk „Gesunde und sichere Schule“. Zentrale Aktivitäten umfassten die Fortführung der Schulbefragungen, die Koordination von „feelok.at“ sowie die Erstellung wissenschaftlich fundierter Informationsmaterialien zu Gesundheits- und Medienkompetenz, Bewegung, Ernährung, Beziehungsarbeit und Konfliktmanagement. Weitere Maßnahmen betrafen die Gesundheitsförderung in elementarpädagogischen Bildungseinrichtungen. Der jährlich stattfindende „Dialog Gesunde Schule“ widmete sich 2025 insbesondere der Lehrerinnengesundheit. Ergänzend wurden Fachrecherchen und Newsletter zu aktuellen Herausforderungen im Setting Schule erstellt.

Im Lebensraum Betrieb standen die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung bestehender Instrumente und Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Vordergrund. Im Netzwerk BGF wurden fremdsprachige Versionen des Kombi AG-Fragebogens fertiggestellt, Datenanalysen durchgeführt und die Broschüre „BGF-Maßnahmen, die wirken“ erarbeitet. Zudem wurde mit der Überarbeitung von Leitfäden zur psychischen Gesundheit begonnen. Maßnahmen zur Multiplikator*innenqualifizierung und zum Übergangsmanagement wurden weitergeführt und die Pilotierung des Programms „Ready.steady.Gesunder Arbeitsplatz“ abgeschlossen. Auf strategischer Ebene wurde die Nationale Strategie Gesundheit im Betrieb neu ausgerichtet und die Erarbeitung eines neuen Strategiepapiers vereinbart. Der Fehlzeitenreport 2025 widmete sich dem Thema Langzeitkrankenstände.

Im Querschnittsthema Gesundheit und Klima wurden die Ergebnisse des von der Gesundheit Österreich GmbH und dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention erarbeiteten Konzepts „Klima und Gesundheit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention“ vorgestellt. Darüber hinaus beteiligte sich der Dachverband am Klima-Gesundheitsnetzwerk der GÖG, um die Vernetzung relevanter Akteur*innen sowie den Wissens- und Kapazitätsaufbau zu Klimaresilienz und klimaspezifischer Gesundheitskompetenz zu stärken.

Insgesamt lag der Schwerpunkt der Maßnahmen 2025 auf der Fortführung etablierter Angebote, deren Qualitätssicherung und Weiterentwicklung sowie der strukturellen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Lebenswelten. Ergänzend wurden neue Handlungsfelder erschlossen, trägerübergreifende Kooperationen gestärkt und Grundlagen für zukünftige Maßnahmen geschaffen.

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[2]:

„(4) Der Dachverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention 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 für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Dachverband (teil-)finanziert wurden.“

Inhalt, Umfang und Aussagekraft dieses Berichts sind dabei wesentlich von den im Berichtszeitraum erfolgten Aktivitäten und der Verfügbarkeit und Qualität der zugrunde liegenden Daten abhängig.

[2] Entnommen dem BGBl. I Nr. 100/2020, § 447h

1.2 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 Dachverband in Form von Standardstatistiken übermittelt.

Der im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu anspruchsberechtigte Personenkreis (Zielgruppe) umfasst Versicherte und deren Angehörige sowie Nichtversicherte[3] (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 Dachverband für die anteilsmäßigen Berechnungen verwendete Bezugsgröße stellt die Durchschnittsbevölkerung des Jahres 2025 ab dem 18. Lebensjahr nach Geschlecht, Alter und Bundesland dar (Statistik Austria, 2026).

Die in den Frequenzdarstellungen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen[4] 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. anteilsmäßige Zunahme gegenüber dem Vergleichszeitraum dar. Die rot markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte den größten absoluten bzw. anteilsmäßigen Rückgang gegenüber dem Vergleichszeitraum dar.

Die Frequenzen bzgl. der gynäkologischen Untersuchungen[5] resultieren laut Dachverband 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

[3] Nichtversicherte Teilnehmer*innen werden seitens des Dachverbandes bei den VU Frequenzen ausgeklammert. Dies ist bei einem Anteil von rund 0,2 Promille am allgemeinen Untersuchungsprogramm vernachlässigbar.

[4] 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.

[5] 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))

Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt bzw. der gynäkologischen Untersuchungen zwar im Bericht angeführt, da diese neben den allgemeinen 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. In diesem Zeitraum ist es 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 über die Entwicklung der allgemeinen Untersuchungen in Wien bzw. für Österreich treffen zu können, wird für den genannten Zeitraum eine lineare Fortschreibung der Wiener Teilnahmezahlen 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.

1.2.1 VU-Teilnehmer*innen 2025

Die Verteilung der VU-Teilnehmer*innen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) im Jahr 2025 nach Männern (N = 687.350) und Frauen (N = 808.004) wird in Abbildung 1 dargestellt (N_{gesamt} = 1.495.354). Es konnten mehr weibliche als männliche VU-Teilnehmer*innen beobachtet werden.

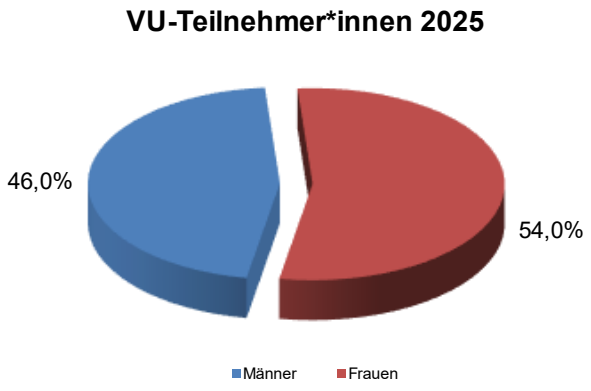


Abbildung 1: VU-Teilnehmer*innen nach Geschlecht, 2025

Die Altersverteilung der VU-Teilnehmer*innen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) im Jahr 2025 wird in Abbildung 2 angeführt. Das Durchschnittsalter, berechnet nach klassierten Daten (Klassenmitten in Jahren: 21, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57, 62, 67, 72, 80), betrug 51,3 Jahre (SD = 17,3 N = 1.495.354). Bei Männern lag das Durchschnittsalter bei 51,4 Jahren (SD = 17,1; N = 687.350) und bei Frauen bei 51,2 Jahren (SD = 17,5; N = 808.004).

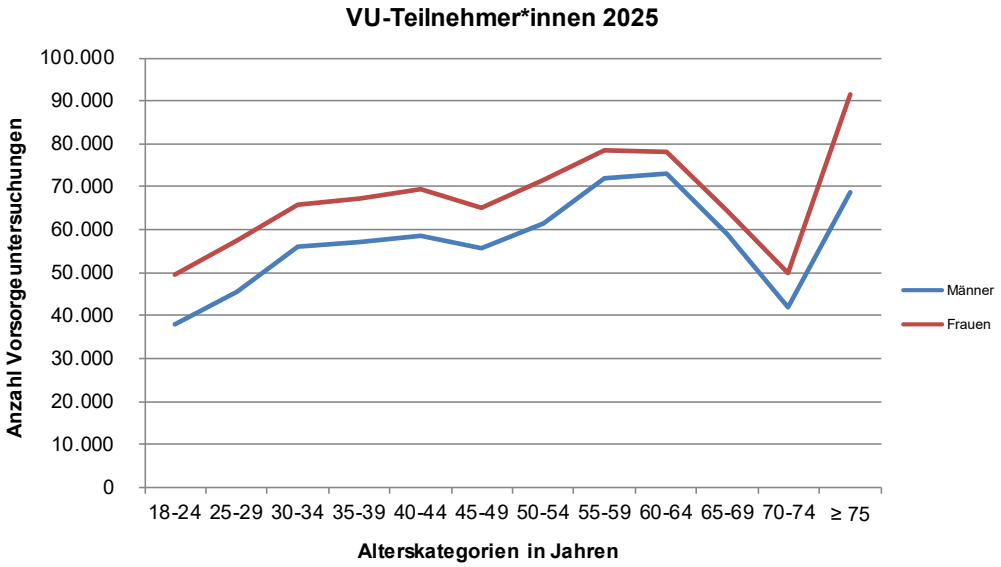


Abbildung 2: VU-Teilnehmer*innen nach Alterskategorien, 2025.

1.2.2 Frequenz 2025– Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2025 stellt sich auf Bundesländerebene wie folgt dar:

Tabelle 1: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2025.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			davon			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungs-programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	**1.836.500**	**687.350**	**1.149.150**	**1.495.354**	**687.350**	**808.004**	**341.146**
Wien	522.412	181.608	340.804	**402.964**	**181.608**	**221.356**	119.448
Niederösterreich	149.185	69.763	79.422	146.539	69.763	76.776	2.646
Burgenland	81.189	28.518	52.671	61.709	28.518	33.191	19.480
Oberösterreich	245.379	113.827	131.552	241.280	113.827	127.453	4.099
Steiermark	239.027	79.891	159.136	178.555	79.891	98.664	60.472
Kärnten	168.245	67.894	100.351	143.100	67.894	75.206	25.145
Salzburg	109.016	48.478	60.538	108.805	48.478	60.327	211
Tirol	234.623	73.459	161.164	159.413	73.459	85.954	75.210
Vorarlberg	87.424	23.912	63.512	52.989	23.912	29.077	34.435

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 1.495.354 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigte sich ein analoges Bild, das Bundesland Wien nahm sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, danach folgten, wie auch

im Vorjahr, Oberösterreich und die Steiermark. Vergleicht man die Inanspruchnahme nach Absolutzahlen zwischen den Geschlechtern, so wiesen Frauen im Jahr 2025 um 120.654 mehr allgemeine Vorsorgeuntersuchungen auf als die Männer im gleichen Zeitraum.

Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2025.

Bundesland	**Allg. Untersuchungsprogramm**			**Gynäkologisches Untersuchungs-programm**
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	**19,6**	**18,5**	**20,7**	**8,7**
Wien	23,9	22,3	25,5	13,8
Niederösterreich	10,3	10,0	10,5	0,4
Burgenland	24,3	23,2	25,3	14,9
Oberösterreich	19,2	18,3	20,0	0,6
Steiermark	16,7	15,3	18,1	11,1
Kärnten	**29,8**	**29,2**	**30,4**	10,2
Salzburg	22,9	21,1	24,7	0,1
Tirol	24,7	23,3	26,1	22,8
Vorarlberg	15,8	14,5	17,1	20,3

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Die Grundgesamtheit für die anteilsmäßigen Berechnungen stellt die durchschnittliche geschlechtsspezifische Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes ab 18 Jahren (Zielgruppe) des Jahres 2025 dar. Im Jahr 2025 nahmen 19,6 % der Österreicher*innen eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Anteilsmäßig gingen in Österreich mit 20,7 % mehr Frauen zu einer Vorsorgeuntersuchung als Männer mit einer Teilnahmequote von 18,5 % (Tabelle 2).

Bei Betrachtung der anteilsmäßigen Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern zeigte Kärnten die höchste Teilnahmerate, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Burgenland. Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigte sich ein ähnliches Bild. Das Bundesland Kärnten nahm bei den Männern und Frauen den ersten Platz ein, auf den Rängen zwei und drei folgten bei den Männern Tirol und Burgenland, bei den Frauen Tirol und Wien. Die bei weitem niedrigste anteilsmäßige Inanspruchnahme zeigte – wie bereits seit mehr als 25 Jahren – die Bevölkerung in Niederösterreich (Tabelle 2).

1.2.3 **Frequenz 2025 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter**

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2025.

Bundesland	**Untersuchungen insgesamt**			**davon**			
				Allg. Untersuchungsprogramm			**Gynäkologisches Untersuchungs-programm**
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	**1.836.500**	**687.350**	**1.149.150**	**1.495.354**	**687.350**	**808.004**	**341.146**
18-24	111.002	37.938	73.064	87.423	37.938	49.485	23.579
25-29	132.565	45.667	86.898	103.039	45.667	57.372	29.526
30-34	151.979	56.116	95.862	121.841	56.116	65.724	30.138
35-39	152.737	57.051	95.686	124.404	57.051	67.353	28.333
40-44	158.131	58.566	99.565	128.156	58.566	69.590	29.975
45-49	153.662	55.549	98.113	120.634	55.549	65.085	33.028
50-54	167.017	61.444	105.573	132.943	61.444	71.499	34.074
55-59	186.193	72.002	114.191	150.391	72.002	78.389	35.802
60-64	185.785	73.217	112.568	151.277	**73.217**	78.060	34.508
65-69	150.380	59.021	91.359	123.315	59.021	64.294	27.065
70-74	108.836	41.990	66.846	91.793	41.990	49.803	17.043
75 und älter	178.212	68.789	109.424	**160.137**	68.789	**91.349**	18.075

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Eine altersspezifische Aufschlüsselung der im Jahr 2025 österreichweit in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen liefert die Tabelle 3. Betrachtet nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen entfielen die meisten Untersuchungen auf die Gruppe der 75-jährigen und älteren Teilnehmer*innen, gefolgt von den 60- bis 64-Jährigen und den 55- bis 59-Jährigen. Die geringste Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen wies, wie schon in früheren Jahren, die jüngste Gruppe der 18- bis 24-Jährigen auf. Bei den Männern entfielen die meisten Untersuchungen auf die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen. Danach folgen die Gruppen der 55- bis 59-Jährigen und der 75-jährigen und älteren Teilnehmer. Bei den Frauen entfielen die meisten Untersuchungen auf die Gruppe der 75-jährigen und älteren Teilnehmerinnen, gefolgt von der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen und der 60- bis 64-Jährigen.

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2025.

Altersgruppe	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungs-programm
	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	**19,6**	**18,5**	**20,7**	**8,7**
18-24	12,8	10,8	14,9	7,1
25-29	18,0	15,4	20,6	10,6
30-34	19,2	17,2	21,3	9,8
35-39	19,5	17,6	21,5	9,0
40-44	20,2	18,4	22,1	9,5
45-49	20,8	19,2	22,4	11,3
50-54	21,4	20,1	22,6	10,8
55-59	21,4	20,6	22,2	10,1
60-64	**22,3**	21,8	**22,7**	10,0
65-69	**22,3**	**22,3**	22,3	9,4
70-74	21,7	21,6	21,8	7,5
75 und älter	17,6	18,5	17,0	3,4

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Die Grundgesamtheit für die Prozentberechnungen in Tabelle 4 stellt die geschlechtsspezifische österreichische Bevölkerung ab 18 Jahren dar. Die höchste Teilnahmerate an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2025 wiesen ex aequo die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen und die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen auf.

Mit dem Alter ließ sich stetig ein Anstieg der Teilnahme bis zur Gruppe der 65- bis 69-Jährigen erkennen, danach kam es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme, welcher ab dem Alter von über 75 Jahren stärker ausfiel. Ein ähnliches Bild konnte auch im Vorjahr beobachtet werden.

Die niedrigste Teilnahmerate wies die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen auf, die rund 35 % unter jener des österreichweiten Schnitts lag. Die große Differenz der Teilnahmeraten zwischen den ersten beiden Altersgruppen war, verglichen mit den Vorjahren, analog auffallend bei rund fünf Prozentpunkten.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung lieferte folgendes Bild: Die Teilnahmerate der Frauen lag bis einschließlich der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen über jener der Männer. Ab der Altersgruppe der 75-jährigen und älteren Teilnehmenden kehrte sich dieser Trend um und die Teilnahmerate der Männer überstieg jene der Frauen. Die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen zeigte dabei gleich hohe Teilnahmeraten. Die höchste Teilnahmerate wies bei den Frauen die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen auf, dicht gefolgt von der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen. Bei den Männern war dies die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen, dicht gefolgt von den 60- bis 64-Jährigen.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war mit 5,2 Prozentpunkten, wie im Vorjahr, in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen am größten.

1.2.4 Altersverteilung der österreichischen Wohnbevölkerung und VU-Teilnehmer*innen 2025

Die Altersverteilung der österreichischen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (Statistik Austria, 2026) wird jener der VU Teilnehmer*innen in Form von Populationspyramiden, getrennt nach Geschlecht, gegenübergestellt.

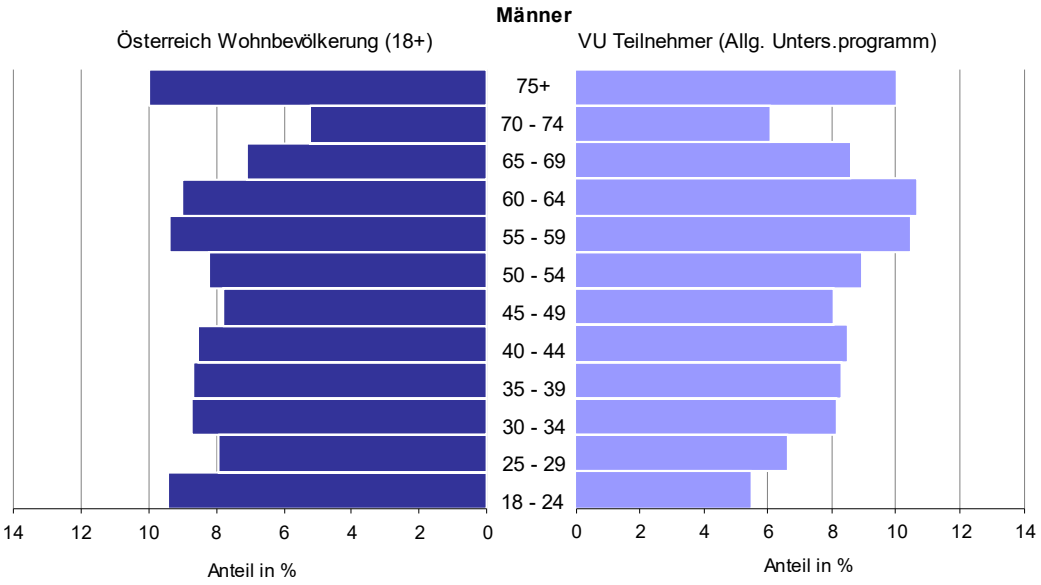


Abbildung 3: Populationspyramide Männer, 2025.

Eine starke Unterrepräsentierung zeigten, wie auch im Vorjahr, die männlichen VU Teilnehmer bei den 18- bis 34-Jährigen, wobei diese in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen am stärksten ausfiel (Abbildung 3). Eine leichte bis mittlere Überrepräsentierung der VU-Teilnehmer ließ sich in den Alterskategorien der 50- bis 74-Jährigen erkennen (siehe auch Tabelle 5). Die restlichen Alterskategorien zeigten eine analoge Verteilung zur männlichen österr. Wohnbevölkerung. Die in Tabelle 5 angeführten Abweichungen (Residuen) 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 (X^2 (df = 11, n = 6.873) = 196,3; $p \leq .001$), der sich betreffend eine Unterrepräsentation aber nur bei den jungen Teilnehmern (18- bis 29-Jährige) auch als praktisch relevant zeigte. Betreffend Überrepräsentation betrifft dies die 50- bis 74-Jährigen.

Tabelle 5: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2025.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmer in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	379	648,2	-269,2
25-29	457	545,7	-88,7
30-34	561	600,7	-39,7
35-39	571	596,8	-25,8
40-44	586	586,3	-0,3
45-49	555	534,4	20,6
50-54	614	563,7	50,3
55-59	720	644,1	75,9
60-64	732	618,5	113,5
65-69	590	488,9	101,1
70-74	420	359,0	61,0
75 und älter	688	686,6	1,4

Betrachtet man die Altersverteilung der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr und jener der VU Teilnehmerinnen, ließ sich anhand der in Abbildung 4 dargestellten Populationspyramide, wie auch im Vorjahr, eine auffallende Unterrepräsentierung der VU Teilnehmerinnen bei den 18- bis 24-Jährigen erkennen. Dies gilt auch für die über 75-Jährigen. Eine Überrepräsentierung zeigte sich bei den 45- bis 69-Jährigen. Die übrigen Alterskategorien der VU Teilnehmerinnen wiesen einen repräsentativen Anteilswert auf.

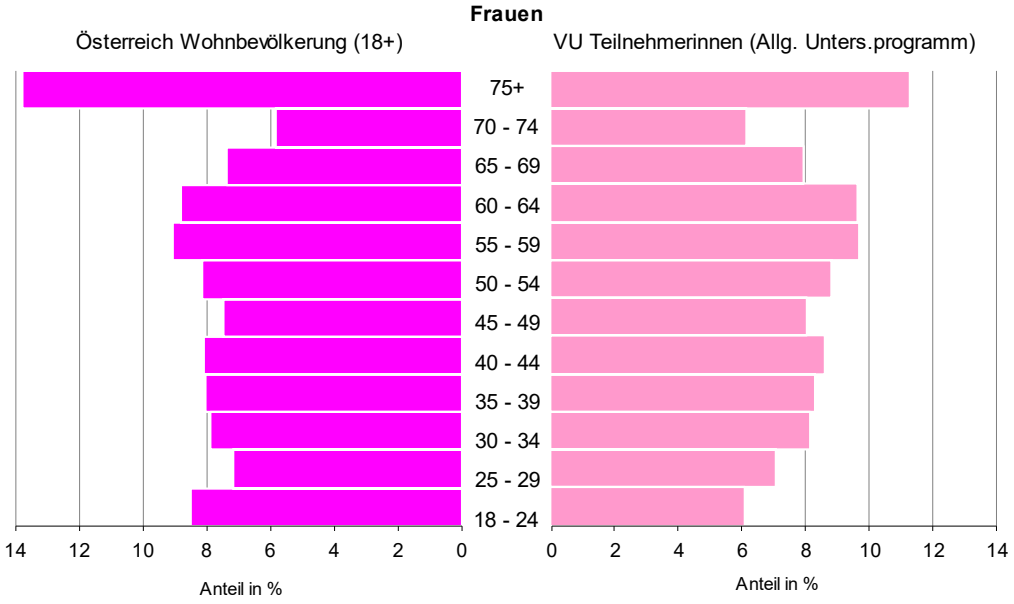


Abbildung 4: Populationspyramide Frauen, 2025.

Die in Tabelle 6 angeführten Abweichungen (Residuen) 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 (X^2 (df = 11, n = 8.081) = 117,9; p ≤ .001), der sich betreffend eine Unterrepräsentation aber nur bei den jüngsten (18- bis 24-Jährigen) und den ältesten (über 75-Jährige) Teilnehmerinnen auch als praktisch relevant zeigte. Betreffend Überrepräsentation betrifft dies die 45- bis 69-Jährigen.

Tabelle 6: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2025.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmerinnen in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	495	685,3	-190,3
25-29	574	576,0	-2,0
30-34	657	637,6	19,4
35-39	674	648,8	25,2
40-44	696	653,2	42,8
45-49	651	602,6	48,4
50-54	715	655,6	59,4
55-59	784	731,6	52,4
60-64	781	711,2	69,8
65-69	643	595,6	47,4
70-74	498	471,8	26,2
75+	913	1111,7	-198,7

Die angeführten Ergebnisse spiegeln sich für beide Geschlechter im Verhältnis der entsprechenden Teilnahmeraten der Alterskategorien gegenüber der jeweiligen Gesamt-Teilnahmerate in obiger Tabelle 4 wider.

1.2.5 **Frequenz 2025 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen**

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2025 stellt sich hinsichtlich einer Gliederung nach Untersuchungsstellen wie in Tabelle 7 dar.

Tabelle 7: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2025.

Untersuchungsstelle	Untersuchungen insgesamt			davon			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Alle Untersuchungsstellen	**1.836.500**	**687.350**	**1.149.150**	**1.495.354**	**687.350**	**808.004**	**341.146**
Vertragsärzt*innen insg.	1.739.696	656.879	1.082.817	1.444.943	656.879	788.064	294.753
Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	1.265.765	573.132	692.633	1.258.636	573.132	685.504	7.129
Fachärzt*innen insgesamt	473.931	83.747	390.184	186.307	83.747	102.560	287.624
Lungenkrankheiten	180	65	115	180	65	115	-
Chirurgie	2.700	1.268	1.432	2.700	1.268	1.432	-
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	287.629	-	287.629	5	-	5	287.624
Innere Medizin	183.422	82.414	101.008	183.422	82.414	101.008	-
Urologie	-	-	-	-	-	-	-
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung	7.665	4.216	3.449	7.643	4.216	3.427	22
Sonstige Untersuchungsstellen	89.139	26.255	62.884	42.768	26.255	16.513	46.371

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines, insg. = insgesamt.

Die größte Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2025 war insgesamt – für Frauen und für Männer gleichsam – bei den niedergelassenen Vertragsärzt*innen zu beobachten. Der Rest der Vorsorgeuntersuchungen verteilte sich auf sonstige Untersuchungsstellen sowie eigene Einrichtungen der Sozialversicherungen. Innerhalb der Gruppe der niedergelassenen Vertragsärzt*innen wurde die überwiegende Mehrzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen für beide Geschlechter durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin erbracht. Von dieser Gruppe wurden im Jahr 2025 bezogen auf alle Untersuchungsstellen 84,2 % der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Dahinter rangierten die Fachärzt*innen, wobei unter diesen die Fachärzt*innen für Innere Medizin am stärksten vertreten waren.

1.2.6 **Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2024-2025**

Tabelle 8: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2024-2025.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			davon			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungs-programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	**133.368**	**37.628**	**95.740**	**85.493**	**37.628**	**47.865**	**47.875**
Wien	35.446	14.699	20.747	**32.972**	**14.699**	**18.273**	2.474
Niederösterreich	14.698	6.124	8.574	14.240	6.124	8.116	458
Burgenland	872	204	668	678	204	474	194
Oberösterreich	-5.655	6.458	-12.113	13.698	6.458	7.240	-19.353
Steiermark	64.510	792	63.718	5.074	792	4.282	59.436
Kärnten	676	1.226	-550	2.030	1.226	804	-1.354
Salzburg	6.708	2.906	3.802	6.788	2.906	3.882	-80
Tirol	14.936	4.726	10.210	8.601	4.726	3.875	6.335
Vorarlberg	1.177	493	684	1.412	493	919	-235

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Betrachtet man die beiden Vergleichsjahre 2024 und 2025 nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, so zeigte sich, dass die Häufigkeit der Untersuchungen in allen Bundesländern gestiegen ist (Tabelle 8). Aufgrund des Anstiegs in allen Bundesländern zeigt sich insgesamt und absolut betrachtet, dass mehr Österreicher*innen im Jahr 2025 eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben als im Jahr davor. Der Anstieg um 85.493 Untersuchungen von 2024 auf 2025 ist vor allem auf den Anstieg in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Oberösterreich zurückzuführen. Der größte Anstieg ist in Wien zu verzeichnen.

Für Männer und Frauen getrennt betrachtet, zeigte sich im Bundesländervergleich folgendes Bild. Den stärksten Anstieg beim allgemeinen Untersuchungsprogramm wiesen Männer und Frauen im Bundesland Wien auf. Der größte geschlechtsspezifische Unterschied bei der Veränderung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung zeigte sich ebenfalls im Bundesland Wien, wo sich bei den Frauen ein Anstieg um 18.273 Untersuchungen zeigte, während die Anzahl an Untersuchungen bei den Männern um 14.699 anstieg. Insgesamt nahmen im Jahr 2025 37.628 mehr Männer und 47.865 mehr Frauen eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch als noch im Jahr 2024 (Tabelle 8).

Tabelle 9: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2024-2025.

Bundesland	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	**1,0**	**1,0**	**1,1**	**1,2**
Wien	**1,7**	**1,7**	**1,9**	0,2
Niederösterreich	1,0	0,8	1,1	0,1
Burgenland	0,3	0,2	0,3	0,1
Oberösterreich	1,1	1,0	1,1	-3,0
Steiermark	0,4	0,2	0,7	10,9
Kärnten	0,4	0,5	0,3	-0,6
Salzburg	1,3	1,2	1,5	0,0
Tirol	1,2	1,5	1,1	1,8
Vorarlberg	0,3	0,3	0,4	-0,3

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Die Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe von 2024 und 2025 wird in Tabelle 9 dargestellt. Hinsichtlich der Inanspruchnahmerate der Zielgruppe lässt sich in allen Bundesländern ein Anstieg aufzeigen. Geschlechtsspezifisch zeigt sich für Männer und Frauen der größte Anstieg im Bundesland Wien. Österreichweit stieg die Inanspruchnahme durch die Zielgruppe um 1,0 Prozentpunkte, wobei bei den Männern die Inanspruchnahmerate um 1,0 Prozentpunkte und bei den Frauen um 1,1 Prozentpunkte stieg (Tabelle 9).

Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der VU Teilnehmer*innen (alle KV-Träger), 2024-2025.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			davon			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungs-programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	**133.368**	**37.628**	**95.740**	**85.493**	**37.628**	**47.865**	**47.875**
18-24	4.088	1.530	2.558	4.501	1.530	2.971	-413
25-29	6.299	2.706	3.593	6.176	2.706	3.470	123
30-34	8.138	3.867	4.270	8.073	3.867	4.205	65
35-39	10.642	4.350	6.292	10.029	4.350	5.679	613
40-44	9.747	4.251	5.496	8.856	4.251	4.605	891
45-49	12.992	2.951	10.041	6.783	2.951	3.832	6.209
50-54	8.720	404	8.316	2.345	404	1.941	6.375
55-59	11.725	1.489	10.236	3.760	1.489	2.271	7.965
60-64	18.672	4.401	14.271	9.306	4.401	4.905	9.366
65-69	17.207	4.892	12.315	9.460	**4.892**	4.568	7.747
70-74	9.711	2.614	7.097	5.950	2.614	3.336	3.761
75 und älter	15.426	4.173	11.254	**10.253**	4.173	**6.081**	5.173

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Betrachtet man die in Tabelle 10 dargestellten Absolutzahlen, so zeigt sich, dass die Untersuchungszahlen am meisten bei Personen der Altersgruppe der 75-Jährigen und älter (10.253) angestiegen sind. Dies gilt auch für die Frauen (6.081). Bei den Männern ist dies die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen (4.892).

Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der VU Teilnehmer*innen, 2024-2025.

Altersgruppe	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungs-programm
	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	**1,0**	**1,0**	**1,1**	**1,2**
18-24	0,7	0,5	0,8	-0,1
25-29	**1,4**	1,1	1,5	0,2
30-34	**1,4**	**1,3**	1,5	0,1
35-39	**1,4**	1,2	**1,7**	0,1
40-44	1,1	1,1	1,2	0,2
45-49	1,2	1,0	1,4	2,2
50-54	1,0	0,7	1,2	2,2
55-59	0,8	0,7	0,9	2,3
60-64	0,9	0,8	0,9	2,6
65-69	0,9	0,9	0,8	2,4
70-74	1,0	0,9	1,0	1,5
75 und älter	0,8	0,8	0,9	0,9

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Gegenüberstellung der Teilnahmeraten bezogen auf die Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre (Tabelle 11) von 2024 und 2025 nach Altersklassen zeigte, dass die Gruppen der 25- bis 29-Jährigen, 30- bis 34-Jährigen und 35- bis 39-Jährigen mit jeweils 1,4 Prozentpunkten den größten Anstieg der Teilnahmerate aufwiesen. Geschlechtsspezifisch zeigte sich bei den Männern der größte Anstieg der Inanspruchnahmerate in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen (1,3 Prozentpunkte) und bei den Frauen in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen (1,7 Prozentpunkte) (Tabelle 11).

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Darstellungen des Verlaufes von Untersuchungszahlen bzw. Teilnahmeraten *bisher* lediglich Querschnittsvergleiche darstellen. Seit Einführung der elektronischen Befunddokumentation der VU Neu ist es erstmals möglich, Personen über mehrere Jahre – in pseudonymisierter Form – zu verfolgen. Mit diesen Längsschnittbetrachtungen könnten dann bei wiederholter Inanspruchnahme der VU Aussagen über die entsprechenden Intervalle zwischen den Vorsorgeuntersuchungen getroffen werden sowie die jeweiligen Gesundheitsprofile der VU-Teilnehmer*innen verfolgt werden.

1.2.7 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2025

Im Folgenden sei auf eine Verlaufsdarstellung der verzeichneten Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2025 verwiesen (Tabelle 12). Auch bei allen folgenden vergleichenden Darstellungen werden ausschließlich die Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms betrachtet.

Betrachtet man in Abbildung 5 die grafische Darstellung der Absolutzahlen aus Tabelle 12, so zeigt sich eine stetige Zunahme der Zahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen von 2000 bis 2004. Im Jahr 2005 waren die Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern rückläufig. Von 2005 bis 2008 war ein flacher bis leicht steigender Verlauf der Kurven erkennbar. Der allgemeine positive Trend konnte sich im Jahr 2009 nicht fortsetzen. Die Ausnahme stellte das Burgenland dar, welches als einziges Bundesland einen Zuwachs in den Absolutzahlen im Vergleich zu 2008 verzeichnete. Problematisch stellten sich die Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien in den Jahren 2006 bis 2008 dar. In diesem Zeitraum ist es 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 konnte aber eine vorsichtige Interpretation vorgenommen werden, wonach im Vergleich von 2008 zu 2009 ebenfalls ein Rückgang der Teilnahmezahlen in Wien zu erkennen war. Dies führte bei den angepassten österreichweiten Zahlen ebenfalls zu einem, wenn auch gegenüber den gemeldeten Frequenzen abgeschwächten, „Knick“ des Kurvenverlaufs von 2008 auf 2009. Weiters zeigte 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 war erneut ein positiver Aufwärtstrend bei allen Bundesländern erkennbar, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, wobei die Frequenzen in Salzburg im Jahr 2011 wieder anstiegen und jene in Niederösterreich nur leicht zurückgingen. Im Jahr 2012 konnte der positive Trend der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Burgenland und Vorarlberg, fortgesetzt werden. Im Jahr 2013 zeigte sich die Vorsorgeuntersuchung in 6 von 9 Bundesländern als rückläufig bzw. stagnierend. 2014 zeigte sich eine positive Entwicklung in allen Bundesländern, die sich 2015 in 4 Bundesländern fortsetzte. Im Jahr 2016 konnte erneut ein Anstieg der Absolutzahlen in allen Bundesländern beobachtet werden. Für das Jahr 2017 lässt sich für 5 Bundesländer und für 2018 für sieben Bundesländer ein Anstieg der Absolutzahlen aufzeigen. Oberösterreich und Vorarlberg weisen 2018, wie auch schon 2017, erneut rückläufige Inanspruchnahmezahlen auf. Im Jahr 2019 konnte erneut ein Anstieg der Absolutzahlen in allen Bundesländern beobachtet werden.

Tabelle 12: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2025 (alle KV-Träger).

Bdsld.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Österr.	653.472	709.350	748.332	786.315	813.782	775.723	791.370	821.655	871.691	839.360	854.413	884.589	925.688
Österr. *(W fortg.)*							*790.239*	*811.303*	*857.740*				
Österr. *(exkl. W)*	551.323	597.143	625.294	653.001	671.355	638.010	637.222	650.322	688.794	670.797	680.727	703.049	733.371
W	102.149	112.207	123.038	133.314	**142.427**	**137.713**	154.148	171.333	182.897	**168.563**	**173.686**	**181.540**	**192.317**
W *(fortg.)*							*153.017*	*160.981*	*168.946*				
NÖ	60.255	69.319	72.299	78.209	78.833	74.669	77.866	78.226	82.262	80.515	79.526	79.516	88.330
Bgld.	35.171	37.180	39.061	40.463	42.276	40.177	39.200	43.868	47.380	47.438	48.960	50.385	49.692
OÖ	107.874	117.579	121.155	128.064	134.387	126.042	126.341	128.278	137.937	134.040	139.809	144.204	150.631
Stmk.	**113.030**	**123.635**	**129.184**	**134.317**	132.444	126.067	123.683	122.401	126.606	122.658	124.619	129.832	136.306
Ktn.	64.937	69.330	72.112	73.786	76.474	75.305	72.808	74.171	78.294	76.708	77.493	82.433	86.033
Sbg.	48.810	50.863	53.696	55.241	56.785	52.747	54.605	57.794	58.795	58.208	55.626	58.329	60.439
T	82.799	88.537	96.125	99.836	103.493	96.484	101.000	102.639	109.002	104.527	107.390	109.038	115.273
Vbg.	38.447	40.700	41.662	43.085	46.663	46.519	41.719	42.945	48.518	46.703	47.304	49.312	46.667

Bdsld.	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Österr.	931.032	950.940	949.707	990.273	998.977	1.021.263	1.081.161	947.187	1.119.407	1.148.427	1.319.229	1.409.861	1.495.354
Österr. *(W fortg.)*													
Österr. *(exkl. W)*	733.306	751.699	748.795	775.480	774.468	785.207	824.790	726.437	847.472	865.223	992.311	1.039.869	1.092.390
W	**197.726**	**199.241**	**200.912**	**214.793**	**224.509**	**236.056**	**256.371**	**220.750**	**271.935**	**283.204**	**326.918**	**369.992**	**402.964**
W *(fortg.)*													
NÖ	81.848	82.865	82.310	85.879	90.895	95.089	100.630	83.980	100.751	101.431	125.823	132.299	146.539
Bgld.	49.237	49.322	49.266	52.317	52.442	54.270	54.656	45.499	51.616	52.263	61.048	61.031	61.709
OÖ	150.619	155.391	152.535	152.688	148.139	146.508	154.782	135.129	161.406	185.697	216.651	227.582	241.280
Stmk.	131.840	138.290	137.336	143.671	139.994	141.309	146.853	124.396	150.824	147.776	166.793	173.481	178.555
Ktn.	95.313	97.154	99.320	106.724	108.546	111.076	118.345	108.321	123.565	118.767	132.137	141.070	143.100
Sbg.	60.078	61.081	62.389	65.089	66.836	68.973	74.984	69.452	82.977	81.824	95.149	102.017	108.805
T	118.419	119.244	119.404	122.623	121.471	121.983	126.970	119.493	131.350	132.951	145.093	150.812	159.413
Vbg.	45.952	48.352	46.235	46.489	46.145	45.999	47.570	40.167	44.983	44.514	49.617	51.577	52.989

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgld. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

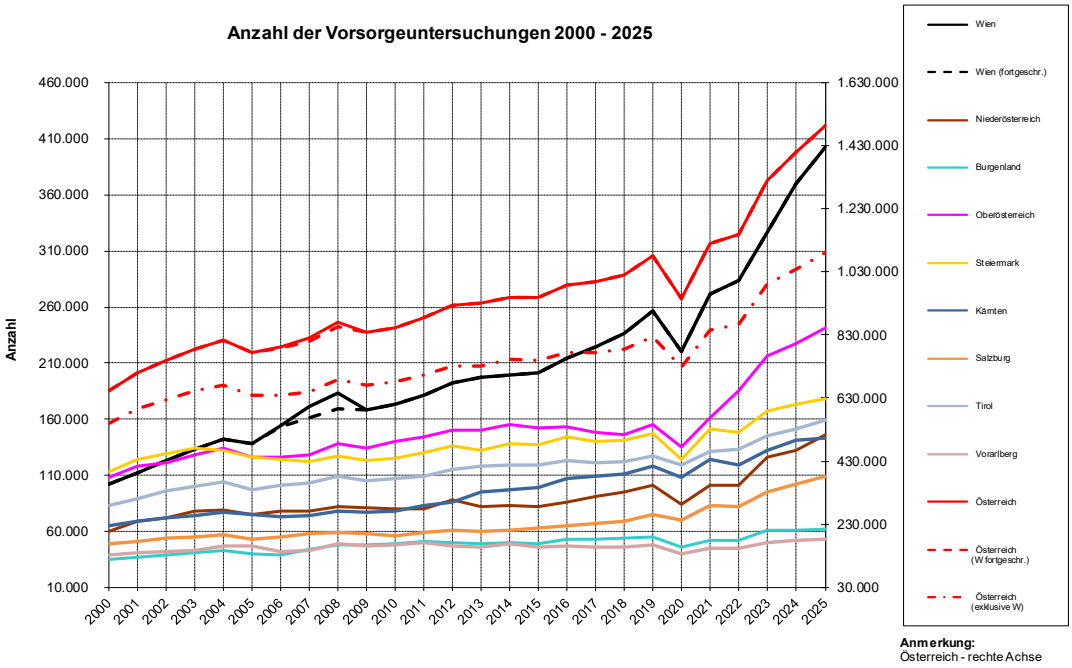


Abbildung 5: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2025 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.

Für das Jahr 2020 zeigt sich ein Rückgang der Inanspruchnahme des Allgemeinen Untersuchungsprogrammes in allen neun Bundesländern. Im Gegensatz dazu, lässt sich für das Jahr 2021 in allen neun Bundesländern ein Anstieg hinsichtlich der Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogrammes zeigen. Im Jahr 2022 konnten fünf Bundesländer (in absteigender Reihenfolge der Absolutzahlen: Wien, Oberösterreich, Niederösterreich, Tirol und Burgenland) erneut einen Anstieg bei den Absolutzahlen verzeichnen. Für das Jahr 2023 kann erneut, wie zuletzt im Jahr 2021, ein Anstieg hinsichtlich der Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogrammes für alle neun Bundesländern gezeigt werden. Dieser Trend setzte sich auch 2024 und 2025 fort, wo 2024 in acht von neun Bundesländern (mit Ausnahme des Burgenlands) und 2025 in allen neun Bundesländern die Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogramms anstieg.

In Tabelle 13 sind die Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen bezogen auf die Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) nach Bundesländern für die Jahre 2000 bis 2025 dargestellt. Es konnte eine stetige Zunahme von 2000 bis 2004 bei allen Bundesländern beobachtet werden. Im Jahr 2005 zeigten sich die Teilnahmeraten in allen Bundesländern als rückläufig. Ab dem Jahr 2006 stiegen die Raten, wenn auch nicht in allen Bundesländern, erneut an. Dieser positive Trend wurde im Jahr 2009 unterbrochen, um sich im folgendem Jahr 2010 erneut bis in das Jahr 2012 fortzusetzen (Ausnahmen im Jahr 2012 stellten Kärnten und Vorarlberg dar). Im Jahr 2013 konnte der positive Trend nur noch in den Bundesländern Wien,

Kärnten und Tirol fortgesetzt werden, während die übrigen Länder rückläufige bis stagnierende Teilnahmequoten zeigten. Im Jahr 2014 lag die Teilnahmerate in sechs der neun Bundesländer über der der vorjährigen Jahre, wobei die Zuwächse (auf niedrigem Niveau) allesamt ähnlich hoch ausfielen. 2015 lag die Teilnahmerate lediglich in zwei Bundesländern (Kärnten, Salzburg) über dem vorherigen Jahr; wobei gesamt betrachtet die Unterschiede von 2015 zu 2014 gering ausfielen. Im Jahr 2016 konnte in sieben Bundesländern ein Anstieg der Teilnahmerate im Vergleich zu 2015 verzeichnet werden. Für 2017 lässt sich ein weiterer Anstieg für fünf und für 2018 für sechs von neun Bundesländern aufzeigen.

Die höchsten Teilnahmeraten zeigten in den letzten fünf Jahren Kärnten, wo jede/ jeder vierte sowie Burgenland und Tirol, wo jede fünfte Österreicherin/ jeder fünfte Österreicher eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nahm (Tabelle 13, Abbildung 6). Für 2019 konnte ein Anstieg der Teilnahmeraten in acht von neun Bundesländern beobachtet werden. Die Inanspruchnahmerate im Burgenland stagnierte (trotz Anstieg der absoluten Zahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen in diesem Bundesland). Im Jahr 2020 kann ein Rückgang der Inanspruchnahmeraten für alle Bundesländer bezogen auf das Allgemeine Untersuchungsprogramm gezeigt werden. Für das Jahr 2021 konnte ein Anstieg für alle Bundesländer verzeichnet werden. Die Inanspruchnahmeraten für das Jahr 2022 stiegen in drei Bundesländern (in absteigender Reihenfolge der Inanspruchnahmerate: Tirol, Wien und Oberösterreich). Im Jahr 2023 konnte wieder ein Anstieg der Inanspruchnahmerate in allen neun Bundesländern beobachtet werden. Dies gilt auch für das Jahr 2024 mit Ausnahme des Burgenlands, wo die Teilnahmerate stagnierte.

Für das Jahr 2025 kam es erneut zu einem Anstieg der Inanspruchnahme in allen neun Bundesländern. In fünf Bundesländern (in absteigender Reihenfolge der Inanspruchnahmerate: Kärnten, Tirol, Burgenland, Wien, Salzburg) nahm bezogen auf die Zielpopulation mehr als jede*r fünfte Österreicher*in eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch.

Tabelle 13: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2000 – 2025 (alle KV-Träger).

Bdsld.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Österr.	10,3	11,1	11,6	12,1	12,4	11,7	11,9	12,2	12,9	12,3	12,5	12,9	13,4	13,3	13,5	13,3	13,7	13,7	14,0	14,7	12,8	15,1	15,3	17,5	18,6	19,6
Österr. *(W fortg.)*							*11,9*	*12,1*	*12,7*																	
Österr. *(exkl. W)*	10,9	11,7	12,1	12,6	12,9	12,1	12,0	12,2	12,8	12,4	12,5	13,0	13,4	13,3	13,5	13,3	13,6	13,6	13,7	14,3	12,5	14,6	14,8	16,8	17,5	18,4
W	8,0	8,7	9,4	10,1	10,7	10,2	11,3	12,4	13,2	12,0	12,3	12,7	13,4	13,6	13,5	13,3	14,0	14,4	15,1	16,2	13,9	17,1	17,5	19,8	22,3	23,9
W (*fortg.*)							*11,2*	*11,7*	*12,2*																	
NÖ	5,0	5,7	5,9	6,3	6,3	5,9	6,1	6,1	6,4	6,2	6,1	6,0	6,7	6,1	6,2	6,1	6,3	6,6	6,9	7,2	6,0	7,2	7,2	8,9	9,3	10,3
Bgld.	15,8	16,6	17,3	17,9	18,6	17,6	17,0	**18,9**	**20,3**	**20,1**	**20,7**	**21,1**	**20,8**	20,5	20,4	20,3	21,4	21,4	22,1	22,1	18,3	20,7	20,7	24,1	24,1	24,3
OÖ	10,1	11,0	11,2	11,8	12,3	11,4	11,4	11,5	12,2	11,8	12,3	12,6	13,1	13,0	13,3	12,9	12,8	12,3	12,1	12,7	11,0	13,1	15,0	17,3	18,2	19,2
Stmk.	12,0	13,0	13,5	14,0	13,7	12,9	12,6	12,4	12,8	12,3	12,4	12,9	13,5	13,0	13,6	13,4	13,9	13,5	13,6	14,1	11,9	14,4	14,0	15,7	16,3	16,7
Ktn.	14,6	15,6	16,1	16,5	17,0	16,7	16,1	16,3	17,1	16,7	16,8	19,6	18,7	**20,6**	**20,9**	**21,3**	**22,8**	**23,1**	**23,7**	**25,2**	**23,0**	**26,1**	**25,0**	**27,6**	**29,5**	**29,8**
Sbg.	12,2	12,6	13,2	13,5	13,8	12,7	13,0	13,7	13,9	13,6	13,0	13,5	14,0	13,8	13,9	14,0	14,5	14,8	15,1	16,3	15,0	17,9	17,5	20,2	21,7	22,9
T	**15,9**	**16,9**	**18,1**	**18,7**	**19,2**	**17,7**	**18,3**	18,4	19,4	18,4	18,8	18,9	19,8	20,1	20,0	19,8	20,0	19,7	19,7	20,3	19,0	20,9	21,0	22,7	23,6	24,7
Vbg.	14,4	15,1	15,3	15,7	16,8	16,6	14,7	15,0	16,9	16,1	16,2	16,7	15,7	15,4	16,0	15,1	14,9	14,7	14,5	14,8	12,4	13,9	13,6	15,0	15,5	15,8

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgld. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

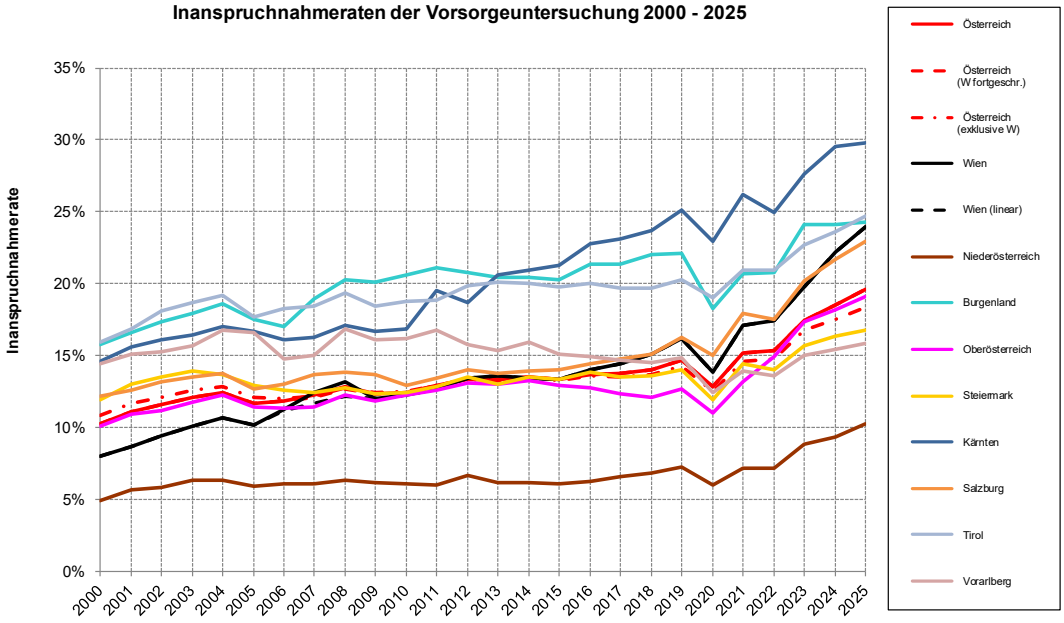


Abbildung 6: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2000 – 2025 (alle KV-Träger).

Eine weitere Betrachtung des Verlaufs der VU-Teilnahmezahlen erfolgt in Abbildung 7 mit der Darstellung der relativen Differenzen der Absolutzahlen (Tabelle 14) 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 - war bis 2004 ein relativer Zuwachs gegenüber den Vergleichsjahren gegeben. Dieser wurde jedoch über die Jahre stets geringer, bis er schließlich im Jahr 2005 in Richtung eines Rückgangs umschlug. Mit dem Jahr 2006 kam es bei allen Bundesländern, in Vorarlberg und Kärnten ein Jahr später, zu einer Trendumkehr. Im Jahr 2009 schien dieser Aufwärtstrend unterbrochen und es ließ sich ein Knick in der Verlaufskurve erkennen. Dies galt 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 fiel nach einer Anpassung der gemeldeten Frequenzen um 1,6 bzw. 1,1 Prozentpunkte geringer aus (Tabelle 14). Im Jahr 2010 kam es in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, erneut zu einem Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Der positive Anstieg hielt auch im Jahr 2011 bei allen Bundesländern an, nur in Niederösterreich gingen die Frequenzen leicht zurück. Der positive Trend setzte sich in Österreich im Jahr 2012 weiterhin fort, mit Ausnahme der Rückläufe im Burgenland und in Vorarlberg. Während 2013 nur noch Wien, Kärnten und Tirol positive relative Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr zeigten, war 2014 in allen Bundesländern eine positive

Veränderung festzustellen. Demgegenüber zeigten sich 2015 noch in vier Bundesländern positive Veränderungen und in fünf Bundesländern rückläufige Zahlen.

Für das Jahr 2016 konnte wiederum ein Anstieg der relativen Differenzen der Absolutzahlen, jeweils im Vergleich zum Vorjahr, für alle Bundesländer verzeichnet werden. Dieser Trend setzte sich 2017 in fünf Bundesländern fort, wogegen sich für Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Vorarlberg ein Rückgang der relativen Differenzen der Absolutzahlen aufzeigen lässt (Tabelle 14). Im Jahr 2018 konnte für sieben Bundesländer ein Anstieg der relativen Differenzen der Absolutzahlen, jeweils im Vergleich zum Vorjahr, aufgezeigt werden. Für Oberösterreich und Vorarlberg lässt sich 2018 hingegen erneut ein Rückgang der relativen Differenzen der Absolutzahlen darstellen, der aber schwächer ausfällt. Für das Jahr 2019 lässt sich für alle Bundesländer ein Anstieg der relativen Differenzen der Absolutzahlen, jeweils im Vergleich zum Vorjahr, aufzeigen. Im Jahr 2020 kommt es zu einem Abfall der relativen Differenzen der Absolutzahlen in allen Bundesländern. Für das Jahr 2021 lässt sich hingegen wieder für alle Bundesländer ein Anstieg der relativen Differenzen der Absolutzahlen, jeweils im Vergleich zum Vorjahr, aufzeigen. Im Jahr 2022 setzte sich ein Anstieg der relativen Differenzen der Absolutzahlen im Vergleich zum Vorjahr in fünf Bundesländern (Oberösterreich, Wien, Burgenland, Tirol, Niederösterreich) fort. Für Kärnten, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg lässt sich ein Rückgang aufzeigen. Für das Jahr 2023 lässt sich wieder für alle Bundesländer ein Anstieg der relativen Differenzen der Absolutzahlen, jeweils im Vergleich zum Vorjahr, darstellen. Im Jahr 2024 kam es in acht von neun Bundesländern (mit Ausnahme des Burgenlands) und 2025 in allen Bundesländern erneut zu einem Anstieg der relativen Differenzen der Absolutzahlen, der aber schwächer ausfällt.

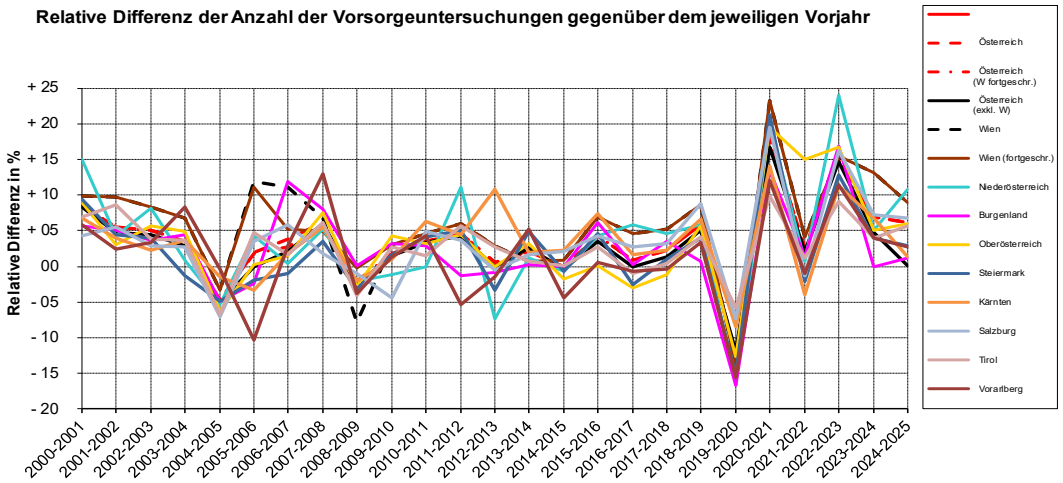


Abbildung 7: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). Legende. W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008.

Tabelle 14: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger).

Bdsld.	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Österr.	+ 8,6	+ 5,5	+ 5,1	+ 3,5	- 4,7	+ 2,0	+ 3,8	+ 6,1	- 3,7	+ 1,8	+ 3,5	+ 4,7	+ 0,6	+ 2,1	- 0,1	+ 4,3	+ 0,9	+ 2,2	+ 5,9	- 12,4	+ 18,2	+ 2,6	+14,9	+6,9	+ 6,1
Österr. *(W fortg.)*						*+ 1,9*	*+ 2,7*	*+ 5,7*	*- 2,1*																
Österr. *(exkl. W)*	+ 8,3	+ 4,7	+ 4,4	+ 2,8	- 5,0	- 0,1	+ 2,1	+ 5,9	- 2,6	+ 1,5	+ 3,3	+ 4,3	0,0	+ 2,5	- 0,4	+ 3,6	- 0,1	+ 1,4	+ 5,0	- 11,9	+ 16,7	+ 2,1	+14,7	+4,8	+ 0,1
W	+ 9,8	**+ 9,7**	**+ 8,3**	+ 6,8	-3,3	+ 11,9	+ 11,2	+ 6,7	- 7,8	+ 3,0	+ 4,5	+ 5,9	+ 2,8	+ 0,8	+ 0,8	+ 6,9	+ 4,5	**+ 5,1**	+ 8,6	- 13,9	**+ 23,2**	+ 4,1	+15,4	**+13,2**	+ 8,9
W (fortg.)						*+ 11,1*	*+ 5,2*	*+ 5,0*	*- 0,2*																
NÖ	**+ 15,0**	+ 4,3	+ 8,2	+ 0,8	- 5,3	+ 4,3	+ 0,5	+ 5,2	- 2,1	- 1,2	**0,0**	**+ 11,1**	**- 7,3**	+ 1,2	- 0,7	+ 4,3	**+ 5,8**	+ 4,6	+ 5,8	- 16,5	+ 20,0	+ 0,7	**+24,0**	+5,1	**+ 10,8**
Bgld.	+ 5,7	+ 5,1	+ 3,6	+ 4,5	- 5,0	- 2,4	**+ 11,9**	+ 8,0	**+ 0,1**	+ 3,2	+ 2,9	- 1,4	-0,9	+ 0,2	- 0,1	+ 6,2	+ 0,2	+ 3,5	+ 0,7	**- 16,8**	+ 13,4	+ 1,3	+16,8	0,0	+ 1,1
OÖ	+ 9,0	+ 3,0	+ 5,7	+ 4,9	- 6,2	+ 0,2	+ 1,5	+ 7,5	- 2,8	**+ 4,3**	+ 3,1	+ 4,5	0,0	+ 3,2	- 1,8	+ 0,1	**- 3,0**	**- 1,1**	+ 5,7	- 12,7	+ 19,5	**+ 15,1**	+16,7	+5,0	+ 6,0
Stmk.	+ 9,4	+ 4,5	+ 4,0	**- 1,4**	- 4,8	- 1,9	**- 1,0**	+ 3,4	- 3,1	+ 1,6	+ 4,2	+ 5,0	- 3,3	+ 4,9	- 0,7	+ 4,6	- 2,6	+ 0,9	+ 3,9	- 15,3	+ 21,3	- 2,0	+12,9	+4,0	+ 2,9
Ktn.	+ 6,8	+ 4,0	+ 2,3	+ 3,6	- 1,5	- 3,3	+ 1,9	+ 5,6	- 2,0	+ 1,0	**+ 6,4**	+ 4,4	**+ 10,8**	+ 1,9	**+ 2,2**	**+ 7,5**	+ 1,7	+ 2,3	+ 6,5	- 8,5	+ 14,1	**- 3,9**	+11,3	+6,8	+ 1,4
Sbg.	+ 4,2	+ 5,6	+ 2,9	+ 2,8	**- 7,1**	+ 3,5	+ 5,8	+ 1,7	- 1,0	**- 4,4**	+ 4,9	+ 3,6	- 0,6	+ 1,7	+ 2,1	+ 4,3	+ 2,7	+ 3,2	**+ 8,7**	- 7,4	+ 19,5	- 1,4	+16,3	+7,2	+ 6,7
T	+ 6,9	+ 8,6	+ 3,9	+ 3,7	- 6,8	+ 4,7	+ 1,6	+ 6,2	- 4,1	+ 2,7	+ 1,5	+ 5,7	+ 2,7	+ 0,7	+ 0,1	+ 2,7	- 0,9	+ 0,4	+ 4,1	- 5,9	+ 9,9	+ 1,2	+9,1	+3,9	+ 5,7
Vbg.	+ 5,9	+ 2,4	+ 3,4	**+ 8,3**	- 0,3	**- 10,3**	+ 2,9	**+ 13,0**	- 3,7	+ 1,3	+ 4,2	**- 5,4**	- 1,5	**+ 5,2**	**- 4,4**	+ 0,5	- 0,7	- 0,3	+ 3,4	- 15,6	+ 12,0	- 1,0	+11,5	+4,0	+ 2,7

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgld. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

In Absolutzahlen betrachtet (Tabelle 15), zeigte sich im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt erstmals seit 2005 wieder eine Abnahme 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 zeigte sich ebenfalls bei Anwendung einer linearen Fortschreibung der Wiener Teilnahmezahlen 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 darstellte.

Im Jahr 2010 ist die absolute Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen österreichweit und in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, erneut gestiegen. Auch im Jahr 2011 konnte ein Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen in allen Bundesländern beobachtet werden, mit Ausnahme eines leichten Rückgangs in Niederösterreich. Im Jahr 2012 setzte sich der positive Trend weiter fort, mit Ausnahme der Rückgänge im Burgenland und in Vorarlberg, wobei in Wien und in Niederösterreich der stärkste Anstieg an VU-Teilnahmezahlen der letzten 10 Jahre verzeichnet werden konnte. Während im Jahr 2013 nur drei Bundesländer positive absolute Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr zeigten, war für 2014 (wieder) eine positive Veränderung in allen neun Bundesländern festzustellen, die sich 2015 lediglich in vier Bundesländern fortsetzte. Im Jahr 2016 konnte erneut ein Anstieg in den Absolutzahlen in allen Bundesländern beobachtet werden. Dieser Trend setzte sich 2017 in fünf Bundesländern fort. Für Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Vorarlberg konnte ein Rückgang der absoluten Differenzen der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen gegenüber dem Vorjahr beobachtet werden (Tabelle 15). Im Jahr 2018 kam es in den Bundesländern Oberösterreich und Vorarlberg erneut zu einem Rückgang der absoluten Differenzen der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen gegenüber dem Vorjahr. Für die anderen Bundesländer war ein Anstieg der absoluten Differenzen zu verzeichnen. Für das Jahr 2019 lässt sich für alle neun Bundesländer ein Anstieg der absoluten Differenzen aufzeigen. Im Jahr 2020 kommt es in allen Bundesländern zu einem Rückgang der absoluten Differenzen gegenüber dem Vorjahr. Demgegenüber kommt es im Jahr 2021 wieder zu einem Anstieg der absoluten Differenzen in allen Bundesländern. Für das Jahr 2022 lässt sich in den Bundesländern Kärnten, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg ein Rückgang der absoluten Differenzen der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen gegenüber dem Vorjahr aufzeigen. Für die anderen Bundesländer war ein Anstieg der absoluten Differenzen zu verzeichnen. Für das Jahr 2023 lässt sich für alle neun Bundesländer ein Anstieg der absoluten Differenzen aufzeigen. Im Jahr 2024 (mit Ausnahme des Burgenlands) und 2025 zeigen sich für alle Bundesländer positive Differenzen, die aber geringer gegenüber 2023 ausfallen.

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

Bdsld.	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Österr.	+ 55.878	+ 38.982	+ 37.983	+ 27.467	- 38.059	+ 15.647	+ 30.285	+ 50.036	- 32.331	+ 15.053	+ 30.176	+ 41.099	+ 5.344	+ 19.908	- 1.233	+40.566	+8.704	+ 22.286	+59.898	-133.974	+172.220	+29.020	+170.802	+ 90.632	+ 85.493
Österr. *(W fortg.)*						*+ 14.516*	*+ 21.064*	*+ 46.437*	*- 18.380*																
Österr. *(exkl. W)*	+ 45.820	+ 28.151	+ 27.707	+ 18.354	- 33.345	- 788	+ 13.100	+ 38.472	- 17.997	+ 9.930	+ 22.322	+ 30.322	- 65	+ 18.393	- 2.904	+ 26.685	-1.012	+ 10.739	+39.583	- 98.353	+121.035	+17.751	+127.088	+ 47.558	+ 52.521
W	+ 10.058	**+ 10.831**	**+ 10.276**	**+ 9.113**	- 4.714	+ 16.435	+ 17.185	+ 11.564	- 14.334	+ 5.123	**+ 7.854**	**+ 10.777**	+ 5.409	+ 1.515	+ 1.671	**+ 13.881**	**+ 9.716**	**+ 11.547**	**+ 20.315**	**-35.621**	**+ 51.885**	+ 11.269	**+ 43.714**	**+ 43.074**	**+ 32.972**
W (fortg.)						*+ 15.304*	*+ 7.964*	*+ 7.965*	*- 383*																
NÖ	+ 9.064	+ 2.980	+ 5.910	+ 624	- 4.164	+ 3.197	+ 360	+ 4.036	- 1.747	- 989	**- 10**	+ 8.814	**- 6.482**	+ 1.017	- 555	+ 3.569	+ 5.016	+ 4.194	+ 5.541	-16.650	+ 16.771	+ 680	+ 24.392	+ 6.476	+ 14.240
Bgld.	+ 2.009	+ 1.881	+ 1.402	+ 1.813	- 2.099	- 977	+ 4.668	+ 3.512	**+ 58**	+ 1.522	+ 1.425	- 693	- 455	+ 85	- 56	+ 3.051	+ 125	+ 1.828	+ 386	-9.157	+ 6.117	+ 647	+ 8.785	**- 17**	+ 678
OÖ	+ 9.705	+ 3.576	+ 6.909	+ 6.323	**- 8.345**	+ 299	+ 1.937	+ 9.659	- 3.897	**+ 5.769**	+ 4.395	+ 6.427	- 12	+ 4.772	**- 2.856**	+ 153	**- 4.549**	**- 1.631**	+ 8.274	-19.653	+ 26.277	**+ 24.291**	+ 30.954	+ 10.931	+ 13.698
Stmk.	**+ 10.605**	+ 5.549	+ 5.133	**- 1.873**	- 6.377	- 2.384	**- 1.282**	+ 4.205	- 3.948	+ 1.961	+ 5.213	+ 6.474	- 4.466	**+ 6.450**	- 954	+ 6.335	- 3.677	+ 1.315	+ 5.544	-22.457	+ 26.428	- 3.048	+ 19.017	+ 6.688	+ 5.074
Ktn.	+ 4.393	+ 2.782	+ 1.674	+ 2.688	- 1.169	- 2.497	+ 1.363	+ 4.123	- 1.586	+ 785	+ 4.940	+ 3.600	**+ 9.280**	+ 1.841	**+ 2.166**	+ 7.404	+ 1.822	+ 2.530	+ 7.269	-10.024	+ 15.244	**- 4.798**	+ 13.370	+ 8.933	+ 2.030
Sbg.	+ 2.053	+ 2.833	+ 1.545	+ 1.544	- 4.038	+ 1.858	+ 3.189	+ 1.001	- 587	**- 2.582**	+ 2.703	+ 2.110	- 361	+ 1.003	+ 1.308	+ 2.700	+ 1.747	+ 2.137	+ 6.011	-5.532	+ 13.525	- 1.153	+ 13.325	+ 6.868	+ 6.788
T	+ 5.738	+ 7.588	+ 3.711	+ 3.657	- 7.009	+ 4.516	+ 1.639	+ 6.363	- 4.475	+ 2.863	+ 1.648	+ 6.235	+ 3.146	+ 825	+ 160	+ 3.219	- 1.152	+ 512	+ 4.987	-7.477	+ 11.857	+ 1.601	+ 12.142	+ 5.719	+ 8.601
Vbg.	+ 2.253	+ 962	+ 1.423	+ 3.578	- 144	**- 4.800**	+ 1.226	+ 5.573	- 1.815	+ 601	+ 2.008	**- 2.645**	- 715	+ 2.400	- 2.117	+ 254	- 344	- 146	+ 1.571	-7.403	+ 4.816	- 469	+ 5.103	+ 1.960	+ 1.412

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgld. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

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 16 der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2025 gegenübergestellt. Damit soll eine vorsichtige Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen.

Zusätzlich wird der Beobachtungszeitraum in die folgenden fünf Fünfjahresperioden unterteilt: 2000 bis 2004, 2006 bis 2010, 2011 bis 2015, 2016 bis 2020 und 2021 bis 2025. Durch die Ermittlung des jeweiligen Jahresdurchschnittswertes dieser Perioden wird die Ableitung einer (ebenfalls vorsichtigen) Aussage über eine Gesamttendenz möglich.

Tabelle 16: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2025 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.

Bundesland	Ø(2000-2004)	Ø(2006-2025)	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2025) [absolute Differenz]	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2025) [relative Differenz %]
Österreich	**742.250**	979.374	237.124	31,9
Österreich *(W fortgeschr.)*	**742.250**	978.871	236.621	31,9
Österreich *(exkl. W)*	**619.623**	**754.698**	**135.075**	**21,8**
Wien	122.627	224.676	102.049	83,2
Wien (fortgeschr.)	122.627	224.173	101.546	82,8
Niederösterreich	71.783	90.168	18.385	25,6
Burgenland	38.830	49.004	10.174	26,2
Oberösterreich	121.812	**153.396**	**31.584**	25,9
Steiermark	**126.522**	134.099	7.577	6,0
Kärnten	71.328	99.074	27.746	**38,9**
Salzburg	53.079	67.398	14.319	27,0
Tirol	94.158	117.126	22.968	24,4
Vorarlberg	42.111	44.433	2.321	5,5

Legende: fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Mit dem vorliegenden Datenmaterial ließ sich für Österreich im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2025 („VU neu“) 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. Relativ gesehen, betrug dieser Zuwachs insgesamt 31,9 %. Unter Verwendung einer linearen Fortschreibung für die VU-Teilnahmezahlen in Wien der Jahre 2006 bis 2008 ließ sich weiterhin eine Zuwachsrate von 31,9 % erkennen. Auch bei Ausschluss der Wiener Frequenzen zeigte sich österreichweit ein positiver Trend der VU Teilnahmezahlen im Zeitraum von 2006 bis 2025 von rund 21,8 % gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004.

Im Vergleich der Teilnahmezahlen an den beiden Programmen zur Vorsorgeuntersuchung (2000 bis 2004 bzw. 2006 bis 2025) rangierten nach den relativen Differenzen, bei nicht Berücksichtigung von Wien, hinter Kärnten (+38,9 %) die Bundesländer Salzburg (+27,0 %) an zweiter und Burgenland (+26,2 %) an dritter Stelle.

Die Unterteilung der vorliegenden Daten in fünf fünfjährige Beobachtungszeiträume (Periode 1 bis 5) zeigt folgendes Bild (Tabelle 17).

Tabelle 17: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in den Zeiträumen 2006-2010, 2011-2015, 2016-2020 und 2021-2025 („VU Neu“) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.

	Ø Periode 1 (‚VU alt‘)	**Ø Periode 2 (‚VU neu‘)**	**Absolute Differenz: Ø Periode 1 zu Ø Periode 2**	**Relative Differenz: Ø Periode 1 zu Ø Periode 2**	**Ø Periode 3 (‚VU neu‘)**	**Absolute Differenz: Ø Periode 2 zu Ø Periode 3**	**Relative Differenz: Ø Periode 2 zu Ø Periode 3**	**Ø Periode 4 (‚VU neu‘)**	**Absolute Differenz: Ø Periode 3 zu Ø Periode 4**	**Relative Differenz: Ø Periode 3 zu Ø Periode 4**
Bundes-land	**Ø(2000-2004)**	**Ø(2006-2010)**	**Ø(2000-2004)-Ø(2006-2010) [absolute Differenz]**	**Ø(2000-2004)-Ø(2006-2010) [relative Differenz %]**	**Ø(2011-2015)**	**Ø(2006-2010)-Ø(2011-2015) [absolute Differenz]**	**Ø(2006-2010)-Ø(2011-2015) [relative Differenz %]**	**Ø(2016-2020)**	**Ø(2011-2015)-Ø(2016-2020) [absolute Differenz]**	**Ø(2011-2015)-Ø(2016-2020) [relative Differenz %]**
Österr.	**742.250**	*835.698*	*+ 93.448*	*+ 12,6*	**928.391**	*+ 92.693*	*+ 11,1*	**1.007.772**	**+ 79.381**	**+ 8,6**
Österr. *(W fortg.)*	**742.250**	*830.611*	*+ 88.361*	*+ 11,9*	**928.391**	*+ 97.780*	*+ 11,8*	**1.007.772**	**+ 79.381**	**+ 8,6**
Österr. *(exkl. W)*	**619.623**	**665.572**	**+ 45.949**	**+ 7,4**	**734.044**	**+ 68.472**	**+ 10,3**	**777.276**	**+ 43.232**	**+ 5,9**
W	122.627	*170.125*	*+ 47.498*	*+ 38,7*	**194.347**	*+ 24.222*	*+ 14,2*	**230.496**	**+ 36.149**	+ 18,6
W (fortg.)	122.627	*165.039*	*+ 42.412*	*+ 34,6*	**194.347**	*+ 29.309*	*+ 17,8*	**230.496**	**+ 36.149**	+ 18,6
NÖ	71.783	79.679	+ 7.896	+ 11,0	82.974	+ 3.295	+ 4,1	91.295	+ 8.321	+ 10,0
Bgld.	38.830	45.369	+ 6.539	**+ 16,8**	49.580	+ 4.211	+ 9,3	51.837	+ 2.256	+ 4,6
OÖ	121.812	**133.281**	**+ 11.469**	+ 9,4	150.676	**+ 17.395**	+ 13,1	147.449	**- 3.227**	- 2,1
Stmk.	**126.522**	123.993	**- 2.529**	**- 2,0**	134.721	+ 10.727	+ 8,7	139.245	+ 4.524	+ 3,4
Ktn.	71.328	75.895	+ 4.567	+ 6,4	92.051	+ 16.156	**+ 21,3**	110.602	+ 18.552	**+ 20,2**
Sbg.	53.079	57.006	+ 3.927	+ 7,4	60.463	+ 3.458	+ 6,1	69.067	+ 8.604	+ 14,2
T	94.158	104.912	+ 10.754	+ 11,4	116.276	+ 11.364	+ 10,8	122.508	+ 6.232	+ 5,4
Vbg.	42.111	45.438	+ 3.326	+ 7,9	47.304	+ 1.866	+ 4,1	45.274	- 2.030	**- 4,3**

Legende: fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Fortsetzung Tabelle 17.

Bundes-land	Ø Periode 5 (‚VU neu') Ø(2021-2025)	Absolute Differenz: Ø Periode 4 zu Ø Periode 5 Ø(2016-2020)-Ø(2021-2025) [absolute Differenz]	Relative Differenz: Ø Periode 4 zu Ø Periode 5 Ø(2016-2020)-Ø(2021-2025) [relative Differenz %]
Österr.	**1.298.456**	**+ 290.683**	**+ 28,8**
Österr. *(W fortg.)*	**1.298.456**	**+ 290.683**	**+ 28,8**
Österr. *(exkl. W)*	**967.453**	**+ 190.177**	**+ 24,5**
W	**331.003**	**+ 100.507**	**+ 43,6**
W (fortg.)	**331.003**	**+ 100.507**	**+ 43,6**
NÖ	121.369	+ 30.074	+ 32,9
Bgld.	57.533	+ 5.697	+ 11,0
OÖ	206.523	+ 59.074	+ 40,1
Stmk.	163.486	+ 24.241	+ 17,4
Ktn.	131.728	+ 21.125	+ 19,1
Sbg.	94.154	+ 25.088	+ 36,3
T	143.924	+ 21.416	+ 17,5
Vbg.	48.736	+ 3.462	+ 7,6

Legende: fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Während in der ersten Periode (2000 – 2004) die durchschnittlich meisten Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr in der Steiermark zu verzeichnen waren, geht dieser Rang in der zweiten Periode (2006 – 2010) an Oberösterreich. In der dritten Periode (2011 – 2015) fanden die durchschnittlich meisten Vorsorgeuntersuchungen im Bundesland Wien statt (wobei in dieser Periode für Wien wieder vollständige Daten vorliegen), ebenso in der vierten Periode (2016 – 2020). Das höchste absolute Wachstum im Vergleich zur Vorperiode verzeichnet Oberösterreich; sowohl im Vergleich von Periode 2 zu Periode 1, als auch im Vergleich von Periode 3 zu Periode 2. In der Periode 4 wird dieser Rang betreffend das höchste absolute Wachstum im Vergleich zur Vorperiode von Wien übernommen (wobei in beiden Perioden für Wien wieder vollständige Daten vorliegen). Relativ gesehen verzeichnet das Burgenland das höchste Wachstum im Vergleich von Periode 2 zu Periode 1 und Kärnten im Vergleich von Periode 3 zu Periode 2 und im Vergleich von Periode 4 zu Periode 3. Gesamt betrachtet zeigt sich von Periode 3 zu Periode 2 österreichweit (exklusive Wien) ein Zuwachs von 10,3 %, wobei dieser Zuwachs in den Bundesländern unterschiedlich stark ausfiel (von +4,1% bis +21,3%). Im Vergleich der Periode 4 mit der Periode 3 ergibt sich österreichweit (inklusive Wien) ein Zuwachs von 8,6 %, wobei die Variation zwischen den Bundesländern von Zuwachs bis Rückgang reicht (von +20,2% bis - 4,3%). Der Vergleich der Periode 5 mit der Periode 4 zeigt österreichweit (inklusive Wien) einen Zuwachs von 28,8 %. Das ist mehr als doppelt so hoch als der höchste Zuwachs bei den vorangegangenen Periodenvergleichen. Alle Bundesländer weisen gegenüber der Vorperiode einen Zuwachs an Vorsorgeuntersuchungen auf. Den höchsten Zuwachs verzeichnet absolut und relativ das Bundesland Wien (+43,6%), gefolgt von Oberösterreich (+40,1%) und Salzburg (+36,3%). Den geringsten Zuwachs weist das Bundesland Vorarlberg (+ 7,6%) auf.

1.2.8 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr **2025** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Nach Absolutzahlen betrachtet, entfielen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet, lag 2025 die anteilsmäßige Inanspruchnahme der Frauen mit 20,7 % um mehr als zwei Prozentpunkte über jener der Männer mit 18,5 %. Das führte zu einer österreichweiten Inanspruchnahme, bezogen auf die Zielgruppe der österreichischen Bevölkerung ab 18 Jahre, von 19,6 %. Dies entsprach 1.495.354 allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen und ist gleichbedeutend einem Anstieg von 85.493 allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen gegenüber dem Vorjahr.

Betrachtet nach Altersgruppen entfielen auf die Gruppe der über 75-jährigen und älteren Teilnehmer*innen zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppen mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung waren im Jahr 2025 die Gruppen der 60- bis 64-Jährigen sowie der 65- bis 69-Jährigen. Vergleicht man die Altersverteilung von Österreich (Personen ab dem 18. Lebensjahr) mit jener der VU-Teilnehmer*innen, zeigte sich bei den Männern und Frauen (analog zu vergangenen Jahren) die größte Unterrepräsentierung bei den 18- bis 24-Jährigen, bei den Frauen traf dies zusätzlich auf die über 75-Jährigen zu.

Nach Bundesländern betrachtet, wies Wien im Jahr 2025, wie auch in den fünfzehn Jahren zuvor, die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Die relative Inanspruchnahme zeigte folgendes Bild: Die höchsten Anteile entfielen, wie schon in Vorjahren, auf das Bundesland Kärnten (29,8 %), gefolgt von Tirol (24,7 %) und Burgenland (24,3 %). Deutlich abgeschlagen von den übrigen Bundesländern zeigt sich auch 2025, wie in den Jahren zuvor, das Bundesland Niederösterreich mit der niedrigsten anteiligen Inanspruchnahme von 10,3 %.

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen, so wurden im Jahr 2025 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms, wie auch in den Jahren zuvor, in Absolutzahlen von niedergelassenen Ärzt*innen durchgeführt. Davon entfiel der größte Anteil auf Ärzt*innen für Allgemeinmedizin, gefolgt von niedergelassenen Fachärzt*innen für Innere Medizin.

Im Vergleich zu 2024 zeigte sich 2025 in allen neun Bundesländern ein Anstieg der zahlenmäßigen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich nach dem Rückgang der Frequenzen im Jahr 2009, der auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern - mit Ausnahme des Burgenlands - und auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen war, und nach dem Einbruch im Jahr 2020, der vermutlich auf die Maßnahmen der Bundesregierung zur Bekämpfung der Corona-Pandemie und auf die Absage der November-Kampagne des „Call/Recall-Systems“ der Vorsorgeuntersuchung zurückzuführen war, der positive Trend der letzten Jahre im Jahr 2025 wieder fortgesetzt hat.

Bei Betrachtung der Teilnahmeraten (bezogen auf die Zielgruppe der Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) ließen sich im Jahr 2025 in allen neun Bundesländern höhere Werte beobachten.

Trotz der österreichweiten Rückgänge im Jahr 2009 ließ sich insgesamt für Österreich im Schnitt weiterhin ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2025 („VU neu“) 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. Eine Unterteilung des Beobachtungszeitraums 2000 bis 2025 in fünf Fünfjahresperioden (2000-2004; 2006-2010, 2011-2015, 2016-2020, 2021-2025) zeigt in jeder Periode ein Wachstum gegenüber der vorhergehenden Periode, auch wenn dieses Wachstum zwischen den Perioden streut. Der österreichweite relative Zuwachs beim letzten Periodenvergleich ist mehr als doppelt so hoch als der höchste Zuwachs bei den vorangegangenen Periodenvergleichen.

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

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 850.000 Einladebriefe zur Vorsorgeuntersuchung an Personen, die bestimmten vorab definierten Risikogruppen angehören und damit besonders von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung profitieren, versandt. 497.143 davon entfallen auf die Frühjahrskampagne, 352.857 auf die Aussendung im Herbst.

Das Kampagnenmanagement, die Erstellung der Zielgruppendefinitionen und -selektionen, die anschließende Umsetzung der Einladekampagnen im März bzw. 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 (Stand: Juni 2026) sind 1.277.815 Versicherte der definierten Risikogruppen einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate ist mit 8,79 Prozent leicht gestiegen.

Im Jahr 2025 wurden österreichweit insgesamt 1.495.354 Vorsorgeuntersuchungen allgemeines Untersuchungsprogramm durchgeführt. Davon wurden 90.870 Vorsorgeuntersuchungen durch das VU-Einladesystem induziert. Das sind 6,08 Prozent der Gesamtanzahl an Vorsorgeuntersuchungen allgemeines Untersuchungsprogramm. Bezogen auf die 850.000 Einladebriefe liegt die einladungsinduzierte Erfolgsrate bei 10,69 Prozent.

Die kostenlose Serviceline 0800 501 522 (in Betrieb seit 1. Juli 2011) bietet ein hervorragendes Service. Nachgefragt werden u. a. Informationen zum Ablauf einer Vorsorgeuntersuchung sowie direkte Terminvereinbarungen durch die Serviceline.

Im Jahr 2025 erfolgte eine Adaptierung der Infomaterialien aufgrund der Herabsetzung des Alters für die VU-Koloskopie auf 45 Jahre. Im September 2025 gab es eine österreichweite Radiokampagne, wo ein 20-sekündiger Radiospot an den Gesundheits-Check erinnerte und auf die Wichtigkeit der Vorsorge aufmerksam machte. Mittels Banner (animiert und statisch) wurde vor dem Sommer, im Herbst und vor dem Winter über den Gesundheits-Check informiert. Begleitend zu den Aussendungen der Einladebriefe gab es eine Cross-Media-Kampagne, welche den Fokus auf die Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund legte. Informationen sind über die Webseite www.vorsorgeuntersuchung.at online verfügbar.

1.4 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 gegenübergestellt werden. Zum Teil liegen Ergebnisse in dieser Richtung bereits mit den Darstellungen im Kapitel 1.2.7 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 gegenübergestellt werden könnten. Leider sind diesbezüglich, vor allem betreffend die „VU alt“, keine adäquaten Daten zur Abbildung des dafür notwendigen Gesundheitsprofils der VU-Teilnehmer*innen vorhanden.

Ebenfalls nicht näher definiert bleiben die Begrifflichkeiten „Nutzen“ und „Kosten“. So fehlt nicht nur die Bezugsebene zum Nutzen, also etwa die Perspektive der Patient*innen, 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 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. So kann es zum Beispiel zu einem Selektionsbias, das heißt einer systematischen Abweichung der VU-Teilnehmer*innen von der Gesamtbevölkerung bzw. Nicht-VU-

Teilnehmer*innen, kommen. Auch bekannt als Healthy-Screenee-Effekt konnte in mehreren Studien herausgefunden werden, dass gesunde, gut gebildete, gut situierte, gesundheitsbewusste Menschen häufiger zum Screening gehen als Menschen mit geringem Einkommen, gesundheitlichen und sozialen Problemen und wenig Gesundheitsbewusstsein (vgl. Raffle & Gray, 2009).

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 Teilnehmer*innen 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.

Von Juni 2010 bis August 2012 wurde an der Umsetzung und Auswertung einer pseudonymisierten Verknüpfung zwischen Krankenversicherungsdaten (FOKO-Schnittstelle) und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Der Nutzen aus der Perspektive der VU-Proband*innen wurde durch die Indikatoren Krankenhausaufenthalt bzw. Arbeitsunfähigkeit abgebildet. Die Kostenseite wurde über verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarztkosten betrachtet. Daneben wurde über diese Verknüpfung versucht, zumindest eingeschränkte Aussagen über die Identifizierung von bisher nicht bekannten bzw. nicht medizinisch versorgten Gesundheitsproblemen im Rahmen der VU Neu zu generieren. Konkret wurde der Anteil an potenziellen Neuentdeckungen von Zervix-, Mamma-, Kolorektal-, Prostata-Karzinomen sowie Melanomen durch die VU errechnet. Für Ergebnisse und Ausführungen sei auf den beim Dachverband der Sozialversicherungsträger aufliegenden Abschlussbericht „*FOKO-Verknüpfung*“ aus dem Jahr 2012 verwiesen.

Generell sei angemerkt, dass für eine umfassende „Kosten-Nutzen-Bewertung“ der Vorsorgeuntersuchung die Entwicklung eines soliden Wirkmodells erforderlich ist. 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(Gesunden)untersuchung im Jahr 2025 (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2025, nach KV-Trägern.

KV-Träger	Kosten 2025
ÖGK	196.649.380,46
SVA der Selbständigen - gewerbliche Wirtschaft	30.133.350,59
SVA der Selbständigen - Landwirtschaft	6.120.761,4
VA öffentlich Bedienstete, Eisenbahnen und Bergbau	26.802.284,45
Gesamt	**259.705.776,9**

Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger, August 2026

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

Die Analysen für diese Fragestellung richten sich auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in Folge einer VU-Inanspruchnahme. Im Berichtszeitraum 2023 wurden keine weiterführenden Analysen zu dieser Fragestellung durchgeführt und an dieser Stelle sei daher auf den Bericht § 447h des Vorjahres bzw. den beim Dachverband der Sozialversicherungsträger aufliegenden Projektbericht „*FOKO-Verknüpfung*“ aus dem Jahr 2012 verwiesen. Gegenstand dieses Berichtes war die Evaluierung des versorgungsrelevanten Konsums medizinischer Leistungen (Krankenhausaufenthaltstage/-Fälle, Heilmittelanzahl/-Kosten, Krankenstandstage/-Fälle und Vertragsarztkontakte/-Kosten) bei Personen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko für den Zeitraum von sechs Monaten vor Inanspruchnahme der VU Neu.

1.6 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. 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-Kreislauferkrankungen bzw. definierten kardiovaskulären Globalrisiko-Klassen) in einer Querschnitt-Betrachtung hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen dargestellt werden. Erste Ergebnisse dazu liegen seit 2010 vor. An dieser Stelle sei auf den zugrundeliegenden Abschlussbericht *„Gemeinsame Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten der VU nach § 16 VU-GV"* aus dem Jahr 2010 verwiesen.

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 mitberücksichtigt 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.

Um das einer VU nachfolgende Leistungsgeschehen abzubilden, wurde von Juni 2010 bis August 2012 an der Umsetzung und Auswertung einer Verknüpfung von pseudonymisierten FOKO-Daten mit den pseudonymisierten elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Über diesen Zugang wurde eine Evaluierung differenzierter Versorgungsaspekte von spezifischen Risikogruppen der VU-Population möglich. Für Ergebnisse und Ausführungen sei auf den beim Dachverband der Sozialversicherungsträger aufliegenden Abschlussbericht *„FOKO-Verknüpfung"* aus dem Jahr 2012 verwiesen.

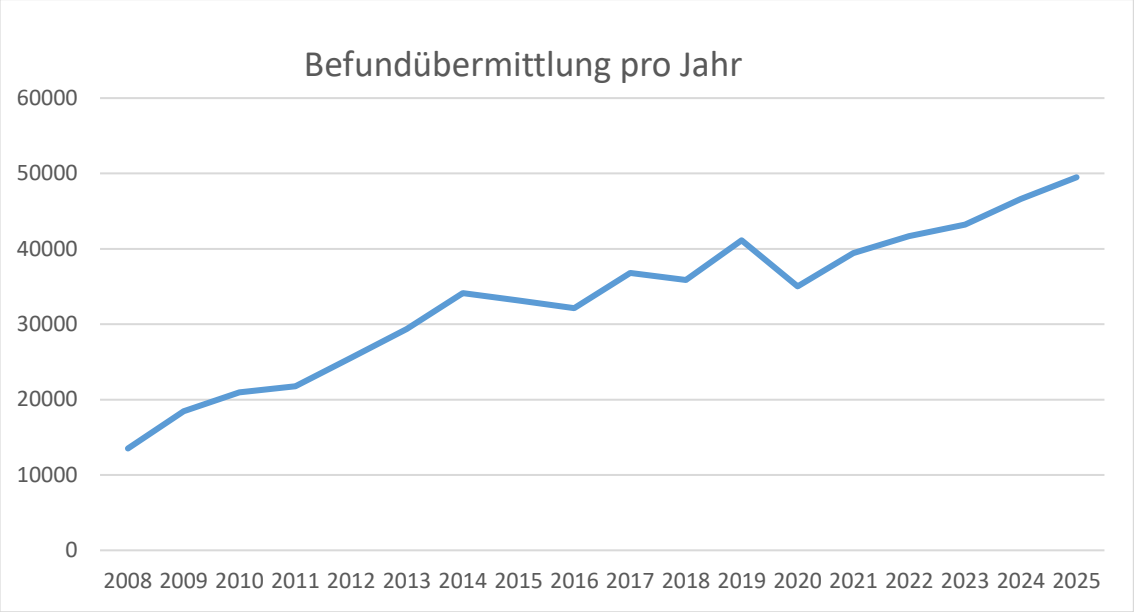
1.7 Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“

Im Jahr 2007 startete das Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“, welches gemeinsam vom Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) und der österreichischen Krebshilfe geplant, gesteuert, koordiniert und evaluiert wird. Aufgrund der positiven Evaluierungsergebnisse wurde das Projekt bereits achtmal verlängert, wodurch die Laufzeit der Zertifikate bis 2027 gesichert ist.

Seit der Einführung der Vorsorgekoloskopie in Österreich sinken sowohl die Neuerkrankungsraten (4.904 im Jahr 2007 vs. 4.769 im Jahr 2024) als auch die Sterblichkeit (2.210 im Jahr 2007 vs. 2.073 im Jahr 2024) an Dickdarmkrebs. Die aktuelle Leitlinie der EU-Kommission unterstreicht, dass eine selten durchgeführte, aber hochwertige Vorsorgekoloskopie mehr für die Darmkrebsvorsorge bringt, als häufige Koloskopien mit niedrigen Qualitätsstandards. In Österreich erfolgt jedoch die Qualitätssicherung trotzdem weiterhin in den meisten Bundesländern (mit Ausnahme von Vorarlberg und Burgenland) auf freiwilliger Teilnahme. Sowohl die ÖGGH als auch die Krebshilfe empfehlen die Vorsorgekoloskopie auf ihrer Homepage ausschließlich bei Ärzt*innen, die das „Zertifikat Darmkrebsvorsorge“ führen. Durch die Einführung eines organisierten Screeningprogramms könnte die Effektivität der Darmkrebsvorsorge weiter verbessert werden.

Die Teilnehmer*innenzahl liegt mit Stichtag 31.12.2025 bei 211 endoskopierenden Stellen (vs. 217 in der Periode 2007-2009, 217 in der Periode 2010-2011, 223 in der Periode 2012-2013, 218 in der Periode 2014-2015, 211 in der Periode 2016-2017, 226 in der Periode 2018-2019, 237 in der Periode 2020-2021, 2017 in der Periode 2022-2023, 204 in der Periode 2024-2025), davon sind 73,46% im niedergelassenen Bereich tätig, 23,70 % in Krankenhäusern und 2,84% in Ambulatorien.

Die Übermittlung der Befunddaten, ein wesentliches Qualitätselement, dient der Qualitätssteuerung durch Monitoring und Benchmarking. Ein österreichweiter Überblick über die Benchmarking-Berichte kann jederzeit aktuell auf der Zertifikatshomepage (www.vorsorgekoloskopie.at) abgerufen werden.



Im Jahr 2025 wurden von den zertifizierten Untersuchungsstellen Befundblätter von 49.496 Patient*innen (Stand 02.01.2026) übermittelt. Das entspricht einem Anstieg von 2.871 Befunden (6,16%) im Vergleich zum Vorjahr, was dazu führte, dass ein neuer Höchstwert erreicht wurde. Der Abfall von knapp 15% im Jahr 2020 ist den Maßnahmen der Corona-Krise zuzuschreiben. Die Auswirkungen waren auch 2021 noch wahrnehmbar, jedoch sieht man hier eine leichte Erholung. (2024: 46.625, 2023: 43.235, 2022: 41.696, 2021: 39.432, 2020: 35.039, 2019: 41.134; 2018: 35.876, 2017: 36.812, 2016: 32.115, 2015: 33.131, 2014: 34.142, 2013: 29.382, 2012: 25.538, 2011: 21.767 Personen, 2010: 20.955 Personen, 2009: 18.457 Personen, 2008: 13.511 Personen). Der Rückgang im Jahr 2016 und 2018 lässt sich auf das Befundübermittlungsproblem seitens eSV und GINA zurückführen.

Jährliche Hygieneüberprüfung

Die Überprüfung der Hygienevorrausetzungen ist ein weiterer wichtiger Qualitätsindikator, um eine effektive und vor allem sichere Darmkrebsvorsorge zu gewährleisten. Die Überprüfung umfasst eine jährliche hygienisch- mikrobiologische Kontrolle der Endoskope, der endoskopischen Zusatzinstrumente sowie der chemisch thermischen Desinfektionseinrichtung. Werden relevante Hygienemängel festgestellt, haben diese umgehend behoben zu werden, und eine neuerliche Überprüfung zu erfolgen.

Im Zertifikatszeitraum 2025 mussten 147 Teilnehmer*innen eine Hygienekontrolle durchführen lassen. 135 Teilnehmer*innen (91,8%) konnten diese Überprüfung positiv abschließen. 1 Teilnehmer musste die Folgeuntersuchung im ersten Quartal 2026 vereinbaren und durfte diese nachreichen.

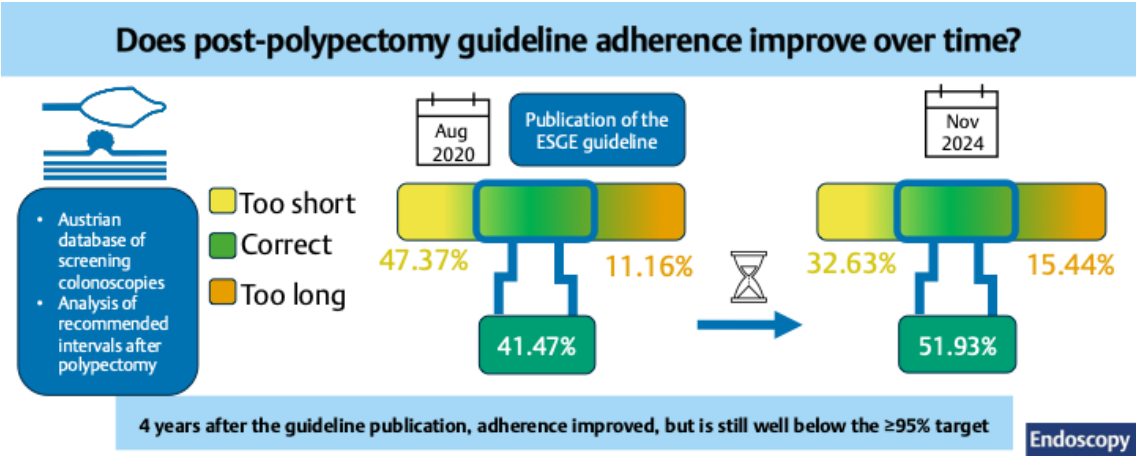
Time trends in post-polypectomy surveillance guideline adherence: analysis of over 90 000 colonoscopies with polypectomy

Die Adhärenz zu Leitlinienempfehlungen für die Post-Polypektomie-Überwachung ist bekanntermaßen unzureichend. Diese retrospektive Kohortenstudie untersuchte die Entwicklung der Einhaltung der aktualisierten ESGE-Leitlinie von 2020 im österreichischen Qualitätssicherungsprogramm für Vorsorgekoloskopien, stratifiziert nach Polypenhistologie.

In die Analyse wurden 59.052 Koloskopien mit Polypektomie aus dem Zeitraum August 2020 bis November 2024 eingeschlossen, die von 342 Endoskopikern durchgeführt wurden. Mittels stückweiser linearer Regression und gemischten logistischen Regressionsmodellen wurden zeitliche Trends sowie Einflussfaktoren auf die Leitlinienadhärenz analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Adhärenz bei Hochrisikopolypen von 41,5 % im Jahr 2020 auf 51,9 % im Jahr 2024 anstieg, was einer Verbesserung von 49 % entspricht (95%-KI 19–86 %). Den stärksten Zuwachs verzeichneten Adenome (38,4 % auf 51,2 %), während die Adhärenz bei serratierten Polypen kaum zunahm (52,4 % auf 54,3 %). Bei Niedrigrisikopolypen war die Leitlinienadhärenz mit lediglich 1,6 % im Jahr 2020 besonders gering, stieg jedoch auf 14,9 % bis 2024 an. Eine höhere Adenom-Detektionsrate der Endoskopiker war mit einer leicht verbesserten Leitlinieneinhaltung assoziiert (OR 1,01; 95%-KI 1,00–1,03), während Fachrichtung und Patientencharakteristika keinen signifikanten Einfluss zeigten.

Trotz messbarer Fortschritte nach der Leitlinienaktualisierung bleibt die Adhärenz weit unter dem angestrebten Zielwert von ≥95 %, was auf einen erheblichen Verbesserungsbedarf in der klinischen Praxis hinweist.



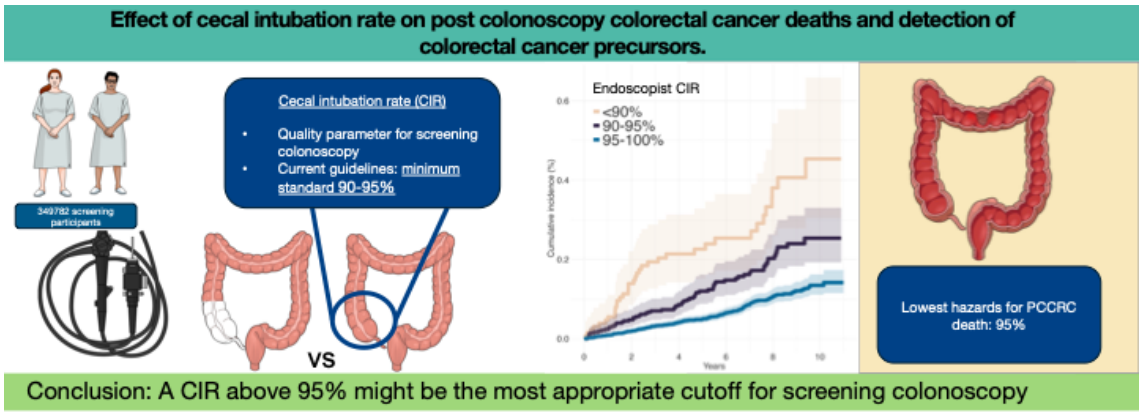
Effect of Cecal Intubation Rate on Post Colonoscopy Colorectal Cancer Deaths and Detection of Colorectal Cancer Precursors.

Die vollständige Koloskopie mit Zökumintubation gilt als wichtiger Qualitätsparameter in der Vorsorgekoloskopie. Bislang fehlten jedoch Langzeitdaten zur optimalen Schwellenwertdefinition der Zökumintubationsrate (ZIR). Diese retrospektive Kohortenstudie untersuchte den Zusammenhang zwischen der ZIR von Endoskopikern und der Detektion von Adenomen sowie proximalen serratierten Polypen, sowie der Mortalität durch Post-Koloskopie-kolorektales Karzinom (PCCRC).

In die Analyse wurden 349.782 Teilnehmer des österreichischen Qualitätssicherungsprogramms für Vorsorgekoloskopien (2012–2022) eingeschlossen. Mittels Datenverlinkung mit dem österreichischen Sterberegister wurden PCCRC-Todesfälle identifiziert. Zur Auswertung kamen logistische Regressionsmodelle sowie Ereigniszeitanalysen.

Die Ergebnisse zeigen, dass jeder Prozentpunkt Anstieg der ZIR die Wahrscheinlichkeit einer Adenom-Detektion um einen Prozentpunkt erhöht (OR 1,01; 95%-KI 1,0–1,01; p<0,001), während die Detektionswahrscheinlichkeit proximaler serratierter Polypen um drei Prozentpunkte steigt (OR 1,03; 95%-KI 1,01–1,04; p<0,001). Endoskopiker mit einer ZIR von 95–100 % wiesen im Vergleich zu jenen mit einer ZIR unter 90 % bzw. zwischen 90–95% ein signifikant niedrigeres Risiko für PCCRC-bedingte Todesfälle auf (HR 0,44; 95%-KI 0,33–0,59; p<0,001).

Die Studie belegt, dass die ZIR des Endoskopikers eng mit der Detektionsfähigkeit von Vorläuferläsionen und der PCCRC-Mortalität assoziiert ist. Ein Zielwert von über 95% erscheint daher als allgemeingültiger Qualitätsstandard für die Vorsorgekoloskopie empfehlenswert.



Das Projekt wurde 2025 national sowie international vielfach vorgestellt.

Vorträge

Jasmin Zessner-Spitzenberg: JUGA Meets Europe – ERCP and EUS training, Session Chair, Internationales Endoskopiesymposium Düsseldorf, 07.02.2025

Zessner-Spitzenberg, J.: ORF ON: „Darmkrebsprävention“ am Wiener Vorsorgetag des Comprehensive Cancer Center, 15.02.2025

Monika Ferlitsch: PGC: Lower GI - Quality in Colonoscopy and Polyp Evaluation, Session Chair 02.04.2025, ESGE Days 2025, Barcelona

Monika Ferlitsch: ESD - Everything you want to, Session Chair, 03.04.2025, ESGE Days 2025, Barcelona

Monika Ferlitsch: Live Demonstrations from University Hospital Ramón y Cajal. IRYCIS. Madrid. (Session 1), Session Chair, 04.04.2025, ESGE Days 2025, Barcelona

Monika Ferlitsch: Tips and Tricks session LGI: How to avoid interval colorectal cancer, Session Chair, 04.04.2025, ESGE Days 2025, Barcelona

Monika Ferlitsch: Tips and Tricks session Core: "Make it better" - How to run a QI project, 04.04.2025, ESGE Days 2025, Barcelona

Monika Ferlitsch: Interventional colonoscopy from resection to beyond!, Session Chair 04.04.2025, ESGE Days 2025, Barcelona

Zessner-Spitzenberg J: ESGE Webinar Gastric and Pancreatic Cancer Awareness: ESGE Activities, 19.11.2025

Ferlitsch M: Practice Changing: Neue Empfehlungen 2025, Endoskopie, ÖGGH Jahrestagung, 12.06.2025

Publikationen

<u>Originalarbeiten</u>

1: Jahn B, Sroczynski G, Santamaria J, Rochau U, Siebert S, Mühlberger N, Puntscher S, Ferlitsch M, Hackl M, Tilg H, Renner F, Gschwantler M, Schiller-Fruehwirth I, Fischer T, Bachler H, Fröschl B, Dietscher C, Schernhammer E, Gartlehner G, Siebert U; Austrian Colorectal Cancer Screening Model (ACRCSM) Group and the Austrian National Committee for Cancer Screening (ANCCS). Evidence-based decision analysis guiding clinical guidelines for an organized population-based screening for colorectal cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2026 Feb;80: 102045. doi: 10.1016/j.bpg.2025.102045. Epub 2025 Aug 8. PMID: 41724538.

2: Karstensen JG, Ahmed W, Anderloni A, Domagk D, Facciorusso A, Hollenbach M, Kalaitzakis E, Poley JW, Ribeiro S, Seicean A, Tarantino I, Ferlitsch M. Performance measures for endoscopic ultrasound: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality

Improvement Initiative - Update 2025. Endoscopy. 2026 Jan;58(1):91-101. doi: 10.1055/a-2716-7763. Epub 2025 Nov 12. PMID: 41224207.

3: Zessner-Spitzenberg J, Penz D, Waldmann E, Bognar F, Unger S, Selinger T, Demschik A, Trauner M, Ferlitsch M. Time trends in post-polypectomy surveillance guideline adherence: analysis of over 90 000 colonoscopies with polypectomy. Endoscopy. 2026 Mar;58(3):233-241. doi: 10.1055/a-2701-7611. Epub 2025 Oct 10. PMID: 41072464; PMCID: PMC13077560.

4: Areia M, Esposito G, Leclercq P, Romańczyk M, Zessner-Spitzenberg J, Delgado Guillena PG, Monged A, Honrubia López R, Uchima H, Ruiz Ballesteros EJ, Panarese A, Reis de Oliveira LA, Afify S, Bisschops R, Ferlitsch M; External Voting Panel. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative - Update 2025. Endoscopy. 2025 Nov;57(11):1268-1297. doi: 10.1055/a-2674-4912. Epub 2025 Sep 11. PMID: 40934951.

5: Esposito G, Areia M, Ching HL, Afify S, Guillena PGD, López RH, Leclercq P, Monged A, Panarese A, Reis De Oliveira LA, Romańczyk M, Ballesteros EJR, Uchima HI, Zessner-Spitzenberg J, Eross B, Hopper A, Lux T, McGettigan N, Oguntoye OO, Tai FWD, Gralnek IM, Hassan C, Bisschops R, Ferlitsch M; External voting panel. STAndardization of Reports (the STAR project) Upper gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. Endoscopy. 2025 Nov;57(11):1298-1308. doi: 10.1055/a-2652-8941. Epub 2025 Aug 20. PMID: 40834875.

6: Zessner-Spitzenberg J, Ferlitsch M. Quality parameters of colorectal polypectomy. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2025 Jun;76: 102028. doi: 10.1016/j.bpg.2025.102028. Epub 2025 Jun 14. PMID: 40610182.

7: Johnson G, Webster G, Papaefthymiou A, Teles de Campos S, Czakó L, Schlag C, Hollenbach M, Anderloni A, Ahmed W, Boskoski I, Ellrichmann M, Gkolfakis P, Hritz I, Hucl T, Kylänpää L, Manno M, Poley JW, Vila JJ, Tham TC, Ferlitsch M. Quality standards and curriculum for training in cholangiopancreatoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy. 2025 Sep;57(9):1056-1069. doi: 10.1055/a-2619-8434. Epub 2025 Jun 30. PMID: 40588224.

8: Zessner-Spitzenberg J, Waldmann E, Rockenbauer LM, Demschik A, Klinger A, Penz D, Trauner M, Ferlitsch M. Effect of Cecal Intubation Rate on Post Colonoscopy Colorectal Cancer Deaths and Detection of Colorectal Cancer Precursors. Clin Gastroenterol Hepatol. 2026 Jun;24(6):1720-1728.e4. doi: 10.1016/j.cgh.2025.01.035. Epub 2025 May 21. PMID: 40409734.

9: Jahn B, Bundo M, Arvandi M, Schaffner M, Todorovic J, Sroczynski G, Knudsen A, Fischer T, Schiller-Fruehwirth I, Öfner D, Renner F, Jonas M, Kuchin I, Kruse J, Santamaria J, Ferlitsch M, Siebert U. One in three adenomas could be missed by white-light colonoscopy - findings from a systematic review and meta- analysis. BMC Gastroenterol. 2025 Mar 13;25(1):170. doi: 10.1186/s12876-025-03679-4. PMID: 40082770; PMCID: PMC11908064.

10: Esposito G, Dilaghi E, Costa-Santos C, Ligato I, Annibale B, Dinis-Ribeiro M, Areia M; GRACE Investigators. Correction: The Gastroscopy RAte of Cleanliness Evaluation (GRACE) Scale: an international reliability and validation study. Endoscopy. 2025 Apr;57(4):C2. doi: 10.1055/a-2545-0228. Epub 2025 Feb 26. Erratum for: Endoscopy. 2025 Apr;57(4):312-320. doi: 10.1055/a-2422-0856. PMID: 40010401.

11: Sidhu R, Shiha MG, Carretero C, Koulaouzidis A, Dray X, Mussetto A, Keuchel M, Spada C, Despott EJ, Chetcuti Zammit S, McNamara D, Rondonotti E, Sabino J, Ferlitsch M; External Voting Panel. Performance measures for small-bowel endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative - Update 2025. Endoscopy. 2025 Apr;57(4):366-389. doi: 10.1055/a-2522-1995. Epub 2025 Feb 5. PMID: 39909070.

12: Hinterberger AK, Mayer S, Jiricka L, Waldmann EA, Zessner-Spitzenberg J, Majcher B, Rockenbauer LM, Trauner MH, Ferlitsch M. Adequate bowel preparation of patients undergoing screening colonoscopy: Does educational status matter? A retrospective data analysis. Wien Klin Wochenschr. 2025 Sep;137(17-18):557-562. doi: 10.1007/s00508-024-02468-5. Epub 2024 Dec 10. PMID: 39656244; PMCID: PMC12446085.

13: Esposito G, Dilaghi E, Costa-Santos C, Ligato I, Annibale B, Dinis-Ribeiro M, Areia M; GRACE Investigators. The Gastroscopy RAte of Cleanliness Evaluation (GRACE) Scale: an international reliability and validation study. Endoscopy. 2025 Apr;57(4):312-320. doi: 10.1055/a-2422-0856. Epub 2024 Sep 25. Erratum in: Endoscopy. 2025 Apr;57(4):C2. doi: 10.1055/a-2545-0228. PMID: 39321961.

Posterpräsentationen

Tumour locations and survival of patients with screen-detected and post-colonoscopy colorectal cancer Jasmin Zessner-Spitzenberg (Austria), Elisabeth Waldmann (Austria), Lisa-Maria Rockenbauer (Austria), Alexandra Demschik (Austria), Daniela Penz (Austria), Michael Trauner (Austria), Monika Ferlitsch (Austria), ESGE Days 2025

Complication Rates of Non-Anesthesiologist-administered sedation compared to no sedation in Screening ColonoscopiesDaniela Penz (Austria), Jasmin Zessner-Spitzenberg (Austria), Elisabeth Waldmann (Austria), Arno Asaturi (Austria), Michael Trauner (Austria), Monika Ferlitsch (Austria), ESGE Days 2025

J Zessner-Spitzenberg, D. Penz, E. Waldmann, A. Demschik, B. Majcher, M. Trauner, M. Ferlitsch: “Time trends in post-polypectomy surveillance guideline adherence: analysis of over 90,000 colonoscopies with polypectomy” ÖGGH Jahrestagung 2025

The immune profiles of high-risk colorectal cancer precursors depend on colorectal cancer screening starting age and sex: Jasmin Zessner-Spitzenberg, Florian Bognar, Polina Kalinina, Thomas Sorz, Barbara Neudert, Gerda Egger, Michael Trauner1, Renate Kain3, Monika, Ferlitsch1,2,4, Elisabeth Waldmann, ÖGGH Jahrestagung 2025

Zessner-Spitzenberg J, Ferlitsch M. Quality parameters of colorectal polypectomy. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2025 Jun; 76:102028. doi: 10.1016/j.bpg.2025.102028. Epub 2025 Jun 14. PMID: 40610182.

Zessner-Spitzenberg J, Waldmann E, Rockenbauer LM, Demschik A, Klinger A, Penz D, Trauner M, Ferlitsch M. Effect of Cecal Intubation Rate on Post Colonoscopy Colorectal Cancer Deaths and Detection of Colorectal Cancer Precursors. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025 May 21: S1542-3565(25)00291-5. doi: 10.1016/j.cgh.2025.01.035. Epub ahead of print. PMID: 40409734.

Mitwirkung bei Seminaren, Consensuskonferenzen und Sonstige

Waldmann E.: Mitglied des Qaulity Improvment Committee (QIC) der European Society for Gastrointestinal endoscopy, working group: lower gi
Waldmann E.: „Colorectal polypectomy and endoscopy mucosal resection (EMR”: European Society for Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline (unpublished)
Waldmann E. “Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative” group leader der section pre-procedure (unpublished)
Zessner-Spitzenberg J: Mitglied des Quality Improvment Committee (QIC) der European Society for Gastrointestinal endoscopy, working groups: upper gi, sedation
Zessner-Spitzenberg J: Mitglied des Public Advocacy Committee (PAC) der European Society for Gastrointestinal endoscopy
Zessner-Spitzenberg J: “Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative” guideline coauthor (unpublished)

Forschungsprojekte

Waldmann E.: Molecular profile of high-risk colorectal adenomas in young patients – a step towards personalized screening“

1.8 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Dachverband (teil-) finanziert wurden

Der strategische Rahmen für die 2025 gesetzten Maßnahmen im Zuge der Mittelverwendung nach § 447h (4) Ziffer 5 ASVG folgt den Festlegungen in der Gesundheitsförderungsstrategie im Kontext des Bundeszielsteuerungsvertrags sowie den daraus abgeleiteten Zielen und Maßnahmenplänen in der Balanced Scorecard der Sozialversicherung. Neben dem Lebensraum Betrieb, dem Lebensraum Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen und dem Bereich Vereinen wurde die Zielgruppe der Älteren Menschen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Suchtprävention und Gesundheitskompetenz 2025 abgearbeitet.

Lebensraumbezogene Maßnahmen in Bildungseinrichtungen und Betrieb stellen auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2025 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabak- und Nikotinprävention wurden, mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb des Rauchfrei Telefons, Maßnahmen der Qualitätssicherung der Tabak- und Nikotinprävention gesetzt. Als Teil des Nationalen Aktionsplans Ernährung wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und der AGES das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und Maßnahmen für die erweiterte Zielgruppe der 4- bis 10-Jährigen umgesetzt.

Im Bereich der Gesundheitskompetenz wurden Maßnahmen gesetzt, die einen wichtigen Beitrag im Kontext der Gesundheitsziele und der aktuellen Gesundheitsreform darstellen. Der „Dialog gesund und aktiv altern“ mit Schwerpunkt Schaffung eines positiven Altersbildes wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und dem Fonds Gesundes Österreich umgesetzt. Darüber hinaus wurde auch 2025 am Schwerpunkt Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung weitergearbeitet.

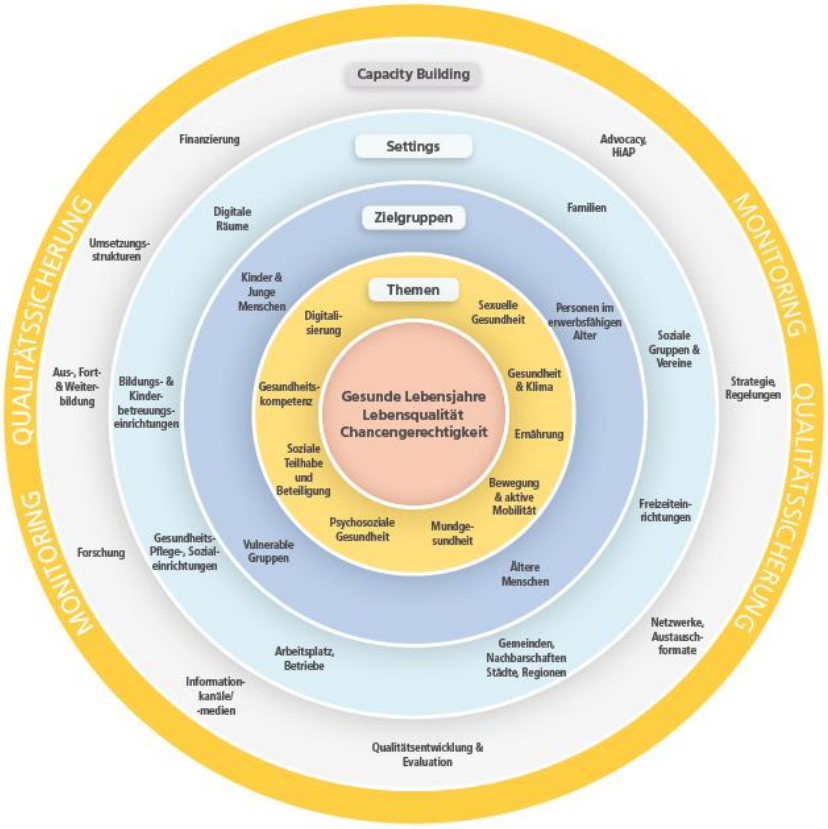


Abbildung 8: Gesamtrahmen der Gesundheitsförderungsstrategie (Quelle und Darstellung: GÖG; aus Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), 2024, S. 7).

1.8.1 **Richtig Essen von Anfang an**

Die seit 2008 bestehende Kooperation zwischen Dachverband der Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der AGES „Richtig Essen von Anfang an“ (REVAN) wurde 2025 weitergeführt. Basierend auf einem umfassenden Maßnahmenkatalog für Österreich, welcher gesundheitsfördernde Elemente stärkt und gesundheitsschädliche Elemente im Bereich Ernährung zurückdrängt, wurde auf nationaler und gemeinsam mit der ÖGK auf regionaler Ebene an der Umsetzung und Weiterführung folgender Maßnahmen gearbeitet:

- Optimierung der Gemeinschaftsverpflegung in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen
- Erarbeitung von wissenschaftlich fundierten und leicht verständlichen Informationen für Eltern (Factsheet) und Fachkräfte (Expert*innenversion)
- Update der Beikostempfehlungen auf Basis der aktuellen Evidenz zu Allergieprävention

- Finalisierung der Expert:innendokumente (Lang- und Kurzfassung) „Ernährung in der Schwangerschaft“ und „Ernährung in der Stillzeit“
- Finalisierung der Eltern-Factsheets zu Ernährung in der Schwangerschaft und Ernährung in der Stillzeit
- Fokusgruppe (Expert:innen) zum neuen Methodenleitfaden „Gestaltung von chancengerechten Informationsangeboten“
- Entwicklung eines Evaluations- und Auswertekonzepts speziell für REVAN-Angebote zur Erreichung von benachteiligten Personengruppen
- Evaluation der REVAN-Workshops der ÖGK
- REVAN-Homepage: Konzeption und Erstellung eines Downloadbereichs
- Kooperation mit der FGÖ-Initiative „Kinder essen gesund“

Aktuelle Ergebnisse sind unter www.richtigessenvonanfangan.at abrufbar.

1.8.2 **Bewegt im Park**

Im Bereich Bewegung findet das Projekt „Bewegt im Park“ seit 2016 statt. „Bewegt im Park“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Bundesministerium für Wohnen, Kunst, Kultur, Medien und Sport, dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse, der Wiener Gesundheitsförderung, Städten und Gemeinden, sowie der Sportdachverbände ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION. Dank der Kooperation mit SOÖ und ÖBSV finden in zahlreichen Gemeinden auch Inklusionskurse statt.
Im Rahmen von „Bewegt im Park“ werden jährlich in den Sommermonaten Juni bis September Bewegungseinheiten von qualifizierten Kursleiter*innen an öffentlichen Standorten kostenlos angeboten. Ziele sind die Schaffung eines zugänglichen Bewegungsangebots im öffentlichen Raum, einer gesundheitsfördernden Maßnahme für die Lebenswelten Stadt und Gemeinde, die Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz und die stärkere Erreichung von bewegungsinaktiven Personen und jenen, die bisher nicht von GFP-Maßnahmen im Bereich Bewegung erreicht werden konnten. Strategisch will das Projekt einen Beitrag zum Gesundheitsziel 8 „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“ leisten, sowie die Kooperation mit dem organisierten Sport fördern. Ebenso geht es um die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommen und Lebensumständen.
Das Projekt wird jährlich evaluiert. Die Evaluationsergebnisse bestätigen, dass „Bewegt im Park“ von der Bevölkerung sehr gut angenommen und geschätzt wird. Die Zahl der teilnehmenden Personen konnte über die Jahre hinweg kontinuierlich gesteigert werden: Im ersten Jahr 2016 nahmen an den 121 Kursen rund 13.984 Bewegungsneugierige teil. In der darauffolgenden Saison 2017 konnten mit 212 Kursen bereits 26.383 Teilnehmende erreicht werden. 2018

bewegte das Projekt mit 454 Kursen rund 63.353 Personen. Im Jahr 2019 ließen sich schließlich mehr als 67.465 Menschen unterschiedlichen Alters von mehr als 463 Kursangeboten zu gemeinsamer Bewegung im Freien motivieren. 2020 bis 2022 kletterte die Zahl der Teilnehmenden auf 100.775 Personen in 715 Kursen österreichweit. 2023 konnten 115.076 Personen mit 714 Kursen erreicht werden und 2025 konnte ein TeilnehmerInnen Rekord mit 134.314 Personen bei gleichbleibender Anzahl an Kursen erreicht werden. Nähere Infos zum Projekt „Bewegt im Park“ unter: www.bewegt-im-park.at

1.8.3 Psychosoziale Gesundheit

1.8.3.1 Tabak- und Nikotin

- **Umsetzung gemeinsam definierter Maßnahmen entlang der SV Strategie Tabak- und Nikotin; Qualitätssicherung**

Inhaltliche Schwerpunkte im Bereich der Suchtprävention stellten Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Tabak- und Nikotinentwöhnung dar. In diesem Zusammenhang wurde u.a. das Minimal Data Set (MDS) weitergeführt, anhand dessen die Angebote zur Tabak- und Nikotinentwöhnung seit 2011 kontinuierlich evaluiert werden. Mithilfe des MDS stehen vergleichbare Daten der Angebote zur Tabak- und Nikotinentwöhnung der verschiedenen SV-Träger zur Verfügung. Aufgrund dessen, dass bereits kurze Interventionen nachweislich zur Erhöhung der Abstinenzrate beitragen und einen wichtigen Ansatz darstellen, um Nikotinabhängigkeit flächendeckend zu adressieren, lag 2025 der Fokus darauf die Kompetenzen der Gesundheitsberufe in diesem Bereich gezielt zu stärken. Um die Inhalte aufgrund der begrenzten Zeitressourcen in Gesundheitseinrichtungen (z.B. Zahnambulatorien, Gesundheitszentren, Primärversorgungseinheiten) kompakt und klar strukturiert sowohl zeit- als auch ortsunabhängig vermitteln zu können wurde vom Dachverband der Sozialversicherungsträger in Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern und der Sucht- und Drogenkoordination Wien das E-Learning „Minimalintervention Nikotin“ (MINI) entwickelt. Das E-Learning soll behandelnde Gesundheitsfachpersonen, die regelmäßig mit Raucher*innen und Konsument*innen von Nikotinprodukten in Kontakt stehen dazu motivieren, im Arbeitsalltag eine sehr kurze, aber effektive Intervention anzubieten. Dabei steht der direkte, zeitsparende und niederschwellige Einsatz der Minimalintervention im Vordergrund. Ziel ist nicht die Ausbildung von Expert*innen, sondern die Befähigung zur einfachen Ansprache, Empfehlung und Weiterverweisung. Im Sinne der Vernetzung und des fachlichen Austauschs wurden zwei Vernetzungstreffen für Expertinnen und Experten in der Tabak-/Nikotinprävention und -entwöhnung veranstaltet sowie wurde die trägerübergreifende Arbeitsgruppe fortgeführt.

- Betrieb des Rauchfrei Telefons

Mit Unterstützung aus Mitteln nach § 447h ASVG konnte die Basisfinanzierung des Rauchfrei Telefons in Österreich abgesichert werden. Der Dienst bietet neben der psychologischen

Beratung von Raucher*innen und Angehörigen, die Bereitstellung von Informationen zur Tabak- und Nikotinentwöhnung sowie Vermittlung von Beratungsstellen in Österreich an. Evaluierungsberichte des Rauchfrei Telefons sowie die Jahresberichte liegen den Kooperationspartner*innen des Rauchfrei Telefons vor. Informationen zum Rauchfrei Telefon sind auch über die Homepage www.rauchfrei.at zugänglich.

1.8.3.2 Alkohol

- **Umsetzung gemeinsam definierter Maßnahmen entlang der SV-Strategie Alkohol; Qualitätssicherung**

Im Bereich Alkoholprävention wurde 2025 das Online-Selbsthilfeprogramm „alkcoach.at“ evaluiert sowie fand die Österreichische Dialogwoche Alkohol bereits zum 5. Mal statt. Von 5. bis 11. Mai gab es - erstmals unter dem Motto „Weniger Alkohol, mehr vom Leben“ - in ganz Österreich zahlreiche Veranstaltungen, Vorträge und Aktionen. Um die Alkoholprävention in bestehenden SV-Strukturen stärker zu verankern lag 2025 der Schwerpunkt darauf das Thema in zielgruppenspezifische Präventionsangebote für Senior*innen zu integrieren. Dies erfolgte in Zusammenarbeit zwischen der SV-AG „Alkoholprävention“ und der SV-Initiative „Gesundes Älterwerden“. Darüber hinaus wurde eine IST-Analyse durchgeführt, um Bedarfe und Interessen der SV-Träger zu erheben und folglich Ziele und nächste Schritte für die trägerübergreifende Weiterarbeit sowie für einen SV-internen Kompetenzaufbau zum Thema Alkoholprävention ableiten zu können. Zur sukzessiven Umsetzung der SV-Strategie Alkoholprävention wurde die trägerübergreifende Arbeitsgruppe weitergeführt.

1.8.3.3 Suizidprävention/ Kriseninterventionen

- **Umsetzung des Jahresthemas in Zusammenarbeit mit dem Kriseninterventionszentrum**

2025 wurde in Zusammenarbeit mit dem Kriseninterventionszentrum (KIZ) Wien, das Angebot an Krisenintervention verstärkt für junge Erwachsene (bis 27 Jahre), um sie in ihrer Fähigkeit der Bewältigung von Krisensituationen zu unterstützen. Präventiv dienten die Projektmaßnahmen einer nachhaltigen Gesundheitsförderung und Verhinderung der Entstehung von psychischen Erkrankungen, Suizidalität und Suiziden, Gewalt, Einsamkeit, Wohnungslosigkeit, sozialer Ausgrenzung und der Entstehung von Armut.
Voraussetzung dafür ist ausreichende und rasch verfügbare Krisenintervention. Die Erreichbarkeit (inklusive Bekanntheit) von Kriseninterventionsangeboten für junge Menschen wurde mit dem Projekt erhöht. Jugendliche an der Schwelle zum Erwachsenwerden wurden ebenfalls im Sinne mittelbar wirksamer Prävention mit Angeboten der Krisenintervention vertraut gemacht und ihnen wurden Zugänge zu den Programmen vermittelt. Der Projektendbericht liegt dem Dachverband vor, und wird im Bedarfsfall gerne zur Verfügung gestellt.

1.8.4 **Kampagne "Lust auf Reden"**

2025 wurde die Kampagne „Lust auf Reden“ mit dem Schwerpunkt „Sexuelle Gesundheit im Alter“ weitergeführt. 2025 bestand die Kampagne wieder aus klassischen Maßnahmen, um die Allgemeinbevölkerung zu erreichen: Broschüren, Plakate sowie Wartezimmer-TV-Spots wurden eingesetzt, um Informationen zu STD und HIV zu verbreiten und um Personen anzusprechen, die für Angebote der Gesundheitsförderung schwer greifbar sind. Fortbildungen für Gesundheitspersonal, Behandler*innen und Mitarbeiter*innen von Sozialeinrichtungen stellen den zweiten großen Schwerpunkt der Kampagne dar. Dazu gehören nicht nur Updates und Informationen zu sexuell übertragbaren Krankheiten, sondern auch gute Gesprächsqualität und das Reden über sexuelle Gesundheit mit Patient*innen und Klient*innen. Vulnerable Zielgruppen werden ebenso eingebunden: Über das Angebot für Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter*innen in Sozialeinrichtungen werden Inhalte für die Zielgruppen Migrant*innen, Suchtkranke Menschen, junge und ältere Menschen an Multiplikator*innen weitergegeben. Durch den Schwerpunkt Alter wurden 2025 vermehrt Mitarbeiter*innen von Pflegeeinrichtungen miteinbezogen. Der Schwerpunkt Alter hat gezeigt, dass es wenig Informationen, aber auch wenig Netzwerke gibt, um diese Thematik aufzugreifen. Aus diesem Grund wurden Workshops mit Pflegefachkräften, aber auch älteren Menschen (z.B. in Pensionist*innenclubs) durchgeführt, um die inhaltliche Ausrichtung der Kampagne für diese Zielgruppe zu verbessern.

1.8.5 **Gesundheitskompetenz**

2025 wurden die Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und des Gesundheitssystems weitergeführt.
Ansatzpunkte auf individueller Ebene waren die weitere Ausrollung der Gesundheitskompetenz-Coachings durch Schulung neuer Multiplikator*innen, die Weiterentwicklung der Kommunikationstrainings und die Überarbeitung der Broschüre „Meine Entscheidung. Meine Gesundheit“.
Auf Ebene des Systems wurden im Rahmen des trägerübergreifenden Projekts die Zahngesundheitszentren bzw. Zahnambulatorien der BVAEB und ÖGK zu verschiedenen Themen unterstützt, wie die Aufbereitung von interaktiven, digitalen Anwendungen, eine Empfehlung von Sofortübersetzungstools und ein Maßnahmenkatalog für den Tag der Zahngesundheit.

Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe.
Im Rahmen der Kooperation mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurden mit Unterstützung des Dachverbands sechs verschiedene Formate entwickelt – der Impulsworkshop

„Herausfordernde Patientengespräche“ sowie 5 mehrteilige Trainings für Gesundheitsberufe in den Settings Krankenhaus, Rehabilitation, Onkologie, Primärversorgung und Apotheke.
Im Jahr 2025 lagen die Schwerpunkte weiterhin auf

- Kapazitätsaufbau (Umsetzung neuer Trainerlehrgang)
- Qualitätssicherung (Einschulung auf neue Module, Fortbildungsangebote für Trainer)
- Evaluation
- Verankerung (im Rahmen von Vernetzungsveranstaltungen) und
- Kommunikation.

Alle Informationen zum Thema Gesundheitskompetenz finden sich unter:
www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz

1.8.5.1 Informationsangebot „Gute.Gesundheit“

In Kooperation mit der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) wurde ein laiengerechtes, qualitätsgesichertes, webbasiertes Informationsangebot für die Bevölkerung mit dem Fokus auf Selbstbehandlung/Laienversorgung etabliert, um Patient*innen in ihrer Rolle als Koproduzent*innen ihrer Gesundheit zu stärken.
2025 wurden alle 30 Gesundheitsinformationen grafisch neugestaltet, die Factsheets als Download zur Verfügung gestellt und die Platzierung auf der DV-Website optimiert.

Die Ergebnisse sind abrufbar unter:

https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.862773&portal=svportal.

1.8.5.2 SV Buchreihe

Die Buchreihe „Gesund werden. Gesund bleiben“ soll die Bevölkerung über verschiedene Krankheiten aufklären und trägt dazu bei, das Wissen über Krankheiten bei Betroffenen sowie Angehörigen zu verbessern.
Die Bücher aus der Serie „Gesund werden. Gesund bleiben“ wurden von namhaften Expertinnen und Experten verfasst und sind zugleich in einer leicht verständlichen Sprache geschrieben, damit auch von Laien schwierige medizinische Zusammenhänge verständlich erfasst werden können.

Weitere Informationen sind hier zu finden:
https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844513&portal=svportal

1.8.5.3 Health Literacy Survey (Beitrag zur Studie HLS24)

Der Dachverband der SV-Träger beteiligte sich 2025 bei der Finanzierung des Health Literacy Survey (Gesundheitskompetenz-Messung). Diese Erhebung findet im Rahmen des internationalen WHO-M-POHL Netzwerks statt und schließt an zwei bereits abgeschlossene Erhebungen an (HLS-EU, 2011 und HLS19-AT). Ergebnisse werden ab Mitte 2026 erwartet.

1.8.6 Digitalisierung

- **Strategieentwicklung; Finalisierung der Kriterien für digitale Produkte im Bereich GFP**

Die Kriterien für digitale Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurden finalisiert und den SV-Trägern im Rahmen der Arbeitsgruppe „Digitalisierung in der GFP“ vorgestellt. Der Bericht inkl. den ausgearbeiteten Kriterien wurde allen SV-Trägern zur Verfügung gestellt. Bericht wie Ergebnispräsentation umfassen Handlungsfelder für übergreifende Förderkriterien für digitale GFP-Angebote, den rechtlichen Rahmen für die Zertifizierung von digitalen GFP-Angeboten und ein Kapitel zur Europäischen Datenschutzverordnung und welche Implikationen diese für die Kriterien und die Zertifizierung durch die österreichische Sozialversicherung u.a. aufweist.

1.8.7 Gesundheit & Klima

Den Entwicklungen des Klimas und den damit einhergehenden Auswirkungen auf die Gesundheit ist auch die österreichische Bevölkerung zunehmend ausgesetzt. Dies erfordert ein Umdenken und schafft neue Handlungsfelder im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Besonders die Stärkung der klimaspezifischen Gesundheitskompetenz spielt hierbei eine zentrale Rolle, um gesundheitlichen Herausforderungen nachhaltig zu begegnen. In diesem Zusammenhang wurde 2024 von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) ein Konzept zum Thema „Klima und Gesundheit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention“ erarbeitet. Der Abschlussbericht der die Ergebnisse der Literaturrecherche, der Fokusgruppen sowie die Handlungsempfehlungen zusammenfasst wurde 2025 im Rahmen eines gemeinsamen Workshops vorgestellt. Darüber hinaus beteiligt sich der Dachverband seit 2025 aktiv am Klima-Gesundheitsnetzwerk der GÖG, das Initiativen, Angebote und Akteur:innen aus den Bereichen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Klimawandelanpassung von Bund, Ländern und Sozialversicherung vernetzt. Zudem werden durch das Netzwerk Wissen, fachliche Unterstützung und Expertise, Informationen, Schulungsmodule sowie Tools für den Kapazitätsaufbau zu Klimaresilienz und Gesundheit zur Verfügung gestellt.

1.8.8 Ältere Menschen

1.8.8.1 Gemeinsam definierte Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für und mit älteren Menschen umsetzen

2020 startete ein trägerübergreifender Strategieprozess mit Vertreter:innen aller Sozialversicherungsträger (mit Ausnahme der AUVA), um bestehende Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) für und mit älteren Menschen zu bündeln und gemeinsame Handlungsfelder zu identifizieren. 2022 wurden Ziele und Maßnahmen formuliert und in ein Strategiepapier und Commitment überführt, das 2024 von der Sozialversicherung unterzeichnet wurde.

Die Inhalte des Strategiepapiers werden laufend gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern konkretisiert und durch regelmäßige Strategietreffen sowie ein laufendes Monitoring begleitet.

2024 wurde die dreiteilige Modulreihe zur psychosozialen Gesundheit mit dem Schwerpunktthema „Gesunder Schlaf – Tipps und Strategien für erholsamen Schlaf ab der Lebensmitte“ unter wissenschaftlicher Begleitung der Universität Salzburg für die Personengruppe der älteren Menschen entwickelt und seit 2025 laufend im Präsenz- als auch Onlineformat umgesetzt. Ein weiterer Schwerpunkt lag 2025 auf der Stärkung der Kommunikationskompetenz der Sozialversicherungs-Mitarbeiter:innen. Zum neuen Thema „Geschlechterkompetenz und Gesundheit im Alter“ wurden eine Online-Recherche und Expert:innen-Gespräche durchgeführt. Ergänzend absolvierte eine Vertreterin der SV-Initiative den „Train-the-Trainer-Lehrgang Geschlechtersensibles Gesundheitssystem 2025“ der GÖG.

1.8.8.2 Fortführung "Dialog gesund und aktiv altern"

Im Jahr 2025 wurde der im Jahr 2016 initiierte „Dialog gesund und aktiv altern" als gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungen sowie des Fonds Gesundes Österreich weitergeführt. Der Schwerpunkt dieses Kooperationsprojekts lag 2025 auf der operativen Umsetzung des neu erarbeiteten Rahmenarbeitsprogramms 2025–2028. Im Mittelpunkt standen die Verbreitung eines positiven und vielfältigen Alter(n)sbildes, die Umsetzung von Workshops zu den Themen „Gute Texte & Bilder" sowie „Ageism und Digital Ageism" mit rund 245 Teilnehmenden, sowie die Konzeption des neuen Vertiefungsmoduls „Einsamkeit begegnen" in Kooperation mit der Plattform gegen Einsamkeit. Erstmals wurden zudem zwei Workshop-Einheiten im Rahmen der Freiwilligenkonferenz Wien umgesetzt. Die bundesländerübergreifende Online-Austauschrunde auf Landesebene wurde zum dritten Mal durchgeführt und die Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung (KoZuG) weiter vertieft. Ergänzend wurden Recherchen zu digitaler Gesundheits- und Alltagskompetenz im Alter als Grundlage für künftige Schwerpunkte durchgeführt.

Die Ergebnisse des Dialogs sind unter
https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.859098&portal=svportal bzw. der neuen Dialog-Homepage zu entnehmen: https://dialog-altern.at/
abrufbar.

1.8.9 Vulnerable Gruppen

1.8.9.1 Gesundheitsförderung für erwerbslose Menschen

2024 wurde die spezifische Situation von erwerbsarbeitslosen Menschen aus der Perspektive der Gesundheitsförderung umfassend betrachtet, Evidenz zu wirksamen und potenziell übertragbaren Interventionen aufbereitet und empirisches Wissen zur Arbeit mit Menschen, die von Erwerbsarbeitslosigkeit betroffen sind, zusammengetragen. Auf Basis dieser Analysen wurde 2025 von der GÖG gemeinsam mit dem ÖSB Consulting (Fit2work) ein Umsetzungskonzept erarbeitet, die Pilotierung vorbereitet (Online-Schulung von 2 Trainer:innen für das in Deutschland entwickelte AktivA-Programm) und beim FGÖ zwecks Förderung eingereicht.
Das Umsetzungs- und Evaluationskonzept wurde mit dem Projektbeirat (DVSV, BMASGPK, ÖGK, PV, AMS, AMSEL sowie GÖG und ÖSB Consulting) diskutiert.

1.8.10 Gemeinden, soziale Gruppen & Vereine

1.8.10.1 Kooperation FGÖ Bürgermeister:innenseminare

Im Rahmen der Kooperation mit dem FGÖ und dem Gemeindebund finden Seminare zur Stärkung und Verbesserung der körperlichen und mentalen Gesundheit von BürgermeisterInnen und AmtsleiterInnen statt. Diese Seminare werden genutzt, um einerseits die persönliche Gesundheit dieser Zielgruppe zu stärken und andererseits über die Angebote der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu informieren. AmtsleiterInnen und BürgermeisterInnen sind wichtige MultiplikatorInnen und können Angebote zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung weiter in die Gemeinden tragen.

1.8.10.2 Soziale Gruppen & Vereine

Die ÖGK hat in Oberösterreich seit dem Jahr 2020 insgesamt 27 Fußballvereine zum Thema Gesundheitsförderung in Form eines umfassenden, Setting orientierten Ansatzes beraten und betreut. Im Jahr 2025 hat es erste vergleichbare Projekte auch bei Vereinen in Salzburg und der Steiermark gegeben. Ziel ist es, dieses Angebot mittelfristig Vereinen in ganz Österreich anbieten zu können. Dabei soll das Setting „Verein“, neben den bereits bestehenden Settings wie beispielsweise „Schule“ und „Betrieb“, gleichwertig etabliert werden. In diesem Zusammenhang

sollte neben dem bereits bestehenden Konzept zur Prozessbegleitung von Gesundheitsförderungsprojekten bei Fußballvereinen, 2026 auch ein spezifisch für dieses Setting konzipiertes Erhebungsinstrument zur Ist-Analyse und Evaluation entwickelt werden.
Im Jahr 2025 wurden daher die in den vergangenen Jahren betreuten Vereine qualitativ befragt, um die nachhaltige Wirkung sowie Erwartungen und Verbesserungsvorschläge in Zusammenhang mit dem bestehenden Konzept der Prozessbegleitung zu erheben. So soll die Zielgruppe partizipativ in die Entwicklung eines Befragungsinstruments für dieses neue Setting der Gesundheitsförderung eingebunden werden. Die qualitative Erhebung deckte neben den bereits bekannten Wirkdimensionen „Ausstattung & Umgebung“, „Persönliche Gesundheit“, „Gutes Miteinander“ sowie „Interne Abläufe“ die beiden weiteren Dimensionen „Gesellschaftliche Wirkung & Umfeld“ sowie „Nachhaltigkeit & Lernen“ auf. Zusätzlich wurden aus dem Bereich „Interne Abläufe“ die Dimensionen „Verantwortung & Steuerung“ sowie „Kommunikation“ herausgelöst. Die damit einhergehenden Wirkmechanismen und daraus abgeleiteten Items wurden formuliert. Die im Rahmen dieser Studie identifizierten Wirkdimensionen und Items bilden die Grundlage für die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens zur Unterstützung der Prozessbegleitung von „Verein in Form“.

1.8.11 Primärversorgung

1.8.11.1 GFP und GK in PVE etablieren

2025 analysierte das IfGP die Realisierbarkeit der Umsetzung der Standards für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der betrieblichen Praxis von PVEs und entwickelte ein Konzept zur Integration der Standards in den Begleitprozess der ÖGK. Die Anforderungen über PVEs hinausgehender Einrichtungen der Primärversorgung (z.B. Einzelordinationen) wurden dabei ebenso berücksichtigt.

1.8.11.2 Ausbildung zur GFP/GK-Beauftragten in PVE

Das im Jahr 2024 von Styria vitalis mit der ÖGK entwickelte Curriculum für Ansprechpersonen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz in PVE wurde 2025 pilotiert sowie die Konzeption und Umsetzung einer Trainer:innenausbildung entwickelt.

1.8.11.3 Datenkompetenz für PVE

Die seit 2023 entwickelte Schulungsunterlage wurde aufgrund von Rückmeldungen und Anwendungserfahrungen 2025 überarbeitet und die Schulung in zwei Formaten durchgeführt (Einführung und Fortgeschrittene).

1.8.12 Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen

Für die Gesundheitsförderung und Prävention sind die Lern- und Arbeitsräume Bildungseinrichtungen ein zentrales Setting, um wichtige Zielgruppen zu erreichen. Kinder, Jugendliche, aber auch Pädagog*innen, Leiter*innen, Schulärzt*innen und Schulpsycholog*innen gehören neben weiteren Beschäftigten in der Organisation Schule zu den zentralen Zielgruppen der Maßnahmen. Die Sozialversicherung organisiert sich bundesweit und trägerübergreifend über das „Netzwerk gesunde und sichere Schule“. In diesem Rahmen werden alle Projekte, die aus dem Fond 447h finanziert werden, trägerübergreifend geplant und abgestimmt. Das Netzwerk fördert den inhaltlichen Austausch und die Kooperation.

1.8.12.1 Dialog Gesunde Schule

Jedes Jahr findet der DIALOG in einem anderen Bundesland statt und schafft eine Plattform für Austausch und Vernetzung zwischen der Sozialversicherung und den wichtigsten Akteur*innen im Setting Schule. Die Veranstaltung bietet der Sozialversicherung wertvolle Einblicke in die Lebens-, Lern- und Arbeitswelt Schule und stärkt die schulische Gesundheitsförderung. Unser Schwerpunktthema 2025 war die Lehrer*innengesundheit. Unsere Keynotespeakerin sowie Workshopleiter*innen führten durch Themen wie Resilienz und Selbstfürsorge im Schulalltag, Gesunder Schlaf, körperliche Aktivität und mentale Gesundheit sowie Psychohygiene im Schulalltag.

1.8.12.2 SV Strategie Schule umsetzen

2025 wurden zahlreiche Unterstützungstätigkeiten für das Netzwerk „Gesunde und sichere Schule“ beauftragt und umgesetzt. Dazu gehören die Begleitung der Netzwerktreffen durch inhaltliche Workshops („Medienkompetenz im Setting Schule“; „Herausforderungen der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule“), sowie die Gestaltung von Informationsmaterialien, in die wissenschaftliche Rechercheergebnisse einfließen. Dazu gehören Themen wie Beziehungsarbeit und Konfliktmanagement im Setting Schule, Gesundheitskompetenz für die Zielgruppe Elementarpädagog*innen, Medienkompetenz, Ernährung und Gesundheitsförderung für Pädagog*innen.
Weitere, langjährige Projekte wie „Schulbefragungen“, ein zentraler Baustein in der Ist-Analyse für Schulen im Rahmen der Schulbegleitung der SV-Träger, wurden weitergeführt. Weitere Projekte wie die österreichweite Koordination der Webseite „feelok.at“ sowie die Gestaltung von Videos zu Gesundheitskompetenz für Pädagog*innen und der Druck von Schulmaterialien zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Schüler*innen wurden finanziert und inhaltlich koordiniert.

1.8.12.3 Newsletter, Recherche, Veranstaltungen

2025 wurden zwei Newsletter mit den jeweiligen Themenschwerpunkten „Klima und Gesundheit“ sowie „Erfolgreiche Elternarbeit bei Entwicklungs- und Verhaltensstörungen“ veröffentlicht. Beim Thema „Klima und Gesundheit“ wurden die Grundlagen der Anpassung an den Klimawandel erläutert. Zentral ist bei dieser Thematik die Kommunikation mit Schüler*innen: Die Aufklärung über Gesundheitsrisiken des Klimawandels sollte mit positiv behafteten Handlungsfeldern verbunden werden. Dies verhindert, dass junge Menschen in sogenannte „Klimaangst“ verfallen. Der zweite Themenschwerpunkt bezieht sich auf den Schwerpunkt „Verhaltensstörungen“ aus dem Jahr 2024. Beim ersten Artikel wurden die klinisch-psychologischen Definitionen von Verhaltensstörungen erläutert sowie der Weg zur klinisch-psychologischen Diagnostik. Wichtig bei diesem Thema: Personen die nötige Gesundheitskompetenz mitgeben, damit sie mit ihren Zweifeln zu den richtigen Expert*innen finden. Im zweiten Teil wurde die Thematik auf das Setting Schule und vor allem auf die Kommunikation mit Eltern beschränkt. Neben den Themenschwerpunkten konnten die Partner*innen des Netzwerks ihre Angebote für das Setting Schule verbreiten.

Zu den Recherchen, die 2025 durchgeführt wurden, gehört der Themenschwerpunkt „Bewegung bei jungen Menschen“. Es wurde recherchiert, weshalb bei vielen Jugendlichen trotz sportlicher Betätigung in der Kindheit in der Jugend immer weniger Sport, vor allem in der Schule und im Sportunterricht, betrieben wird. Aus dem Recherchebericht geht hervor, dass das Selbstbewusstsein über den eigenen Körper sowie Vertrauen in dessen sportliche Fähigkeit eine zentrale Rolle spielen. Geschlechterspezifische Ergebnisse runden diese Erkenntnis ab: Mädchen sind von mangelndem Vertrauen in die eigenen sportlichen Fähigkeiten stärker betroffen als Burschen. Junge Menschen, die an dieser Fähigkeit zweifeln, investieren häufig weniger Zeit für Bewegung und meiden Sport, ganz besonders im Schulkontext.

1.8.13 Arbeitsplatz/Betrieb

1.8.13.1 Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde die Qualitätssicherung und Erweiterung bestehender Standardinstrumente des Netzwerks-BGF weitergeführt.
Fertig gestellt wurden die Übersetzungen des KombiAG in zwei Fremdsprachen, die Broschüre „BGF-Maßnahmen, die wirken“ wie auch die Analyse der KombiAG Daten.
2025 startete die Überarbeitung von Leitfäden zur Psychischen Gesundheit (für Führungskräfte, Projektleiter sowie für die kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und Betrieblicher Gesundheitsförderung). Des Weiteren wurde für die Programme

„Psychisch stark mit MindGuard“ wie auch „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“ eine Online-MultiplikatorInnen-Ausbildung finanziert, die federführend von der ÖGK umgesetzt wurde. Nach der abgeschlossenen Pilotierung von Projekten im Bereich Übergangsmanagement im Jahr 2025 fanden im selben Jahr zwei MutiplikatorInnen-Schulungen für interne BGF-BeraterInnen der ÖGK und BVAEB statt. Ebenfalls abgeschlossen wurden die Pilotierungen des Projekts „Ready.steady.Gesunder Arbeitsplatz“. Dabei werden PVE in der Gründungsphase unterstützt, von Beginn an als gesundheitsförderliche Organisation zu wachsen.

1.8.13.2 Nationale Strategie Gesundheit im Betrieb

2025 fand eine Neuaufstellung der Nationalen Strategie Gesundheit im Betrieb inklusive Änderung der Geschäftsordnung statt. Fixiert wurde die Erarbeitung eines neuen Strategiepapiers mit Zukunftsperspektiven sowie ein stärkerer Fokus auf die Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung.
Ein Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit wird bereits laufend durch die finanzielle Beteiligung an dem jährlichen BGF-Infotag geleistet, der im Jahr 2025 durch die ÖGK erfolgreich umgesetzt wurde.

1.8.13.3 Umsetzung Fehlzeitenreport 2025

Der Fehlzeitenreport setzte sich 2025 mit dem Thema „Langzeitkrankenstände“ auseinander. Der Report wird jährlich vom WIFO erstellt und gemeinsam mit den Auftraggebern (Arbeiterkammer, Wirtschaftskammer und DVSV) im Rahmen einer medienwirksamen Veranstaltung präsentiert. Begleitet werden die Analysen des WIFO durch das von der Sozialversicherung entwickelte Fehlzeiten-Dashboard. Darin sind Daten zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in Österreich ab 2020 verfügbar (https://dashboards.sozialversicherung.at/fehlzeiten/).

Literatur

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2024). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Überarbeitete Fassung 2024.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2009). *Vorsorgeuntersuchung Neu*. *Ärztebroschüre.* 2. Auflage. Download vom 15.02.2012 von https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB89605_vu_neu_aerztebroschuere.pdf

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2012). *FOKO-Verknüpfung. Bericht-Band.* Graz: Herausgeber.

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). *Gesamtbericht FOKO-Statistische Analyse*. Graz: Herausgeber.

Raffle, A., Gray, J.A.M., Piribauer, F., Gartlehner, G., Mad, P. & Waechter, F. (2009). *Screening. Durchführung und Nutzen.* Bern: Hans Huber.

Statistik Austria (2026). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. Download vom 19 Oktober 2026 von https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-im-jahresdurchschnitt