

**Bericht des Hauptverbandes der österreichischen
Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für
Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit,
Soziales und Konsumentenschutz
gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2011**



Vorsorgeuntersuchung Neu



DIE SOZIALVERSICHERUNG
Ihr Partner für GESUNDHEIT, SICHERHEIT und PENSION

Impressum

Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Haideggerweg 40
8044 Graz
UID-Nr.: ATU 63975513
Tel: +43 (0) 50 / 2350 DW 37932
Fax: +43 (0) 50 / 2350 DW 77900
E-Mail: ines.spath-dreyer@ifgp.at

AutorInnen

DI Andreas Kvas
DI Gregor Kvas
Dr. Jürgen Soffried, MPH
Mag.^a (FH) Ines Spath-Dreyer, MPH
Mag.^a (FH) Elisabeth Fasching (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)
Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)
Ao. Univ. Prof. Dr. Monika Ferlitsch (Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie - ÖGGH)
Dr. Petra Salzl (ÖGGH)
Martha Britto-Arias (ÖGGH)
Alexandra Huber (Wiener Gebietskrankenkasse)

Graz, August 2012



Inhaltsverzeichnis

Management Summary	8
1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu	17
1.1 Hintergrund	17
1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2011/2012.....	19
1.2.1 VU Neu-Datenbank	19
1.2.2 VU Befundblattanpassung	22
1.2.3 FOKO - Schnittstelle.....	24
1.2.4 VU-Änderungsbedarf bzw. VU Verhandlungsteam.....	25
1.2.5 Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“	25
1.3 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen	29
1.3.1 Frequenz 2011 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern	30
1.3.2 Frequenz 2011 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter	32
1.3.3 Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2011	34
1.3.4 Frequenz 2011 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen.....	36
1.3.5 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2010-2011	37
1.3.6 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2011.....	41
1.3.7 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen	46
1.4 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen.....	48
1.5 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 2 ASVG: Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre	50
1.6 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind.....	55
1.6.1 Einleitung.....	55
1.6.2 Methode	55
1.6.3 Ergebnisse	57
1.6.4 Schlussfolgerungen.....	67

1.7	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen.....	68
1.7.1	Ausgangssituation	68
1.7.2	Limitierungen aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU -Befunddaten	69
1.7.3	Ergebnisse aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten.....	71
1.7.4	Schlussfolgerungen.....	77
1.8	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.....	79
1.8.1	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule	79
1.8.2	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb.....	80
1.8.3	Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention	81
1.8.4	Maßnahmen im Bereich Ernährung – Projekt „Richtig Essen von Anfang an“	81
1.8.5	Gesundheitsförderung für SeniorInnen und in der Langzeitbetreuung.....	82
1.8.6	Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung.....	82
	Literatur.....	83

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.....	11
Tabelle 2: Anzahl Datensätze aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm nach Versionsnummer und Service	21
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2011.	30
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2011.	31
Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2011.	32
Tabelle 6: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2011.	33
Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2011.....	35
Tabelle 8: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2011.	36
Tabelle 9: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2011.	36
Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2010-2011.....	37
Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2010-2011.....	38
Tabelle 12: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2010-2011.	39
Tabelle 13: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2010-2011.	39
Tabelle 14: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2011 (alle KV-Träger).	41
Tabelle 15: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger).	43
Tabelle 16: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).....	44
Tabelle 17: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000- 2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006- 2011 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.....	45

Tabelle 18: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.....	52
Tabelle 19: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2011, nach KV-Trägern.....	54
Abbildung 1: Schema Outcome-Evaluierung	14
Abbildung 2: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Daten.	20
Abbildung 3: Funktionen des VU Befundblattes.....	23
Abbildung 4: Populationspyramide Männer, 2011.	34
Abbildung 5: Populationspyramide Frauen, 2011.	35
Abbildung 6: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2011 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.....	42
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.	43
Abbildung 8: Schema Outcome-Evaluierung	56
Abbildung 9: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	57
Abbildung 10: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	58
Abbildung 11: Mittlere Heilmittel-Kosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	59
Abbildung 12: Mittlere Heilmittel-Kosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	59
Abbildung 13: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	60
Abbildung 14: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	61
Abbildung 15: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	62
Abbildung 16: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	63
Abbildung 17: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	64
Abbildung 18: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	65

Abbildung 19: Mittlere Vertragsarzt-Kosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	66
Abbildung 20: Mittlere Vertragsarzt-Kosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	66
Abbildung 21: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten (N = 61.504), 2009.....	71
Abbildung 22: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Hypertonie (N = 74.160), 2009.....	72
Abbildung 23: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Diabetes (N = 21.571), 2009.....	73
Abbildung 24: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Diabetes (N = 7.812), 2009.....	73
Abbildung 25: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit (Prä)adipositas (N = 100.827), 2009.....	74
Abbildung 26: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern mit (Prä)adipositas (N = 103.753); 2009.....	74
Abbildung 27: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem BIRADS Befund (N = 54.669), 2009.....	75
Abbildung 28: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem PAP Befund (N = 109.583), 2009.....	75
Abbildung 29: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.517), 2009.....	76
Abbildung 30: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.248), 2009.....	76
Abbildung 31: AUDIT Verwendung und Risikoverteilung (N = 345.496), 2009.....	77

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 folgt¹:

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

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

Im Folgenden wird auf die einzelnen Ziffern und ausgewählte Ergebnisse kurz eingegangen.

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

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 884.589 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon nach Absolutzahlen in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark.

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

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

Nach Absolutzahlen betrachtet entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2011 die Inanspruchnahme der Frauen mit 13,3% um einen Prozentpunkt über jener der Männer mit 12,3%. Das führt zu einer österreichweiten Inanspruchnahme von 12,8 %.

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen auf die 45-49jährigen, wie auch im Vorjahr, zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2011 – wie auch 2010 – die Gruppe der 60-64jährigen.

Zusammenfassend kann sich der positive Trend der letzten Jahre, nach den rückläufigen Frequenzen im Jahr 2009, im Jahr 2011 erneut fortsetzen. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten – mit Ausnahme von Niederösterreich – konnten wieder Anstiege der Inanspruchnahme verzeichnet werden. Insgesamt kann 2011 im Vergleich zu 2010 eine Zuwachsrate von +3,5 Prozent der Untersuchungen des allgemeinen Programms ausgemacht werden.

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

Das „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS) wurde geschaffen, damit Personen, welche definierte Risikofaktoren aufweisen und somit von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung besonders profitieren können, identifiziert und anschließend mittels einer zielgruppenadäquaten Ansprache zur Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden können. Bis dato sind mehr als 270.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate liegt derzeit bei 7,84 Prozent. Seit Beginn 2011 wird der Kommunikationskanal „Einladebrief“ um neue Kommunikationskanäle bzw. zielgruppenspezifische Marketingmaßnahmen ergänzt. Der Fokus liegt hierbei auf der Implementierung von regionalen und überregionalen Kooperationen mit Projektpartnern, welche direkt mit den jeweiligen Zielgruppen in Kontakt stehen und so einen niederschweligen Zugang zu Informationen über die Vorsorgeuntersuchung ermöglichen. Seit 1. Juli 2011 ist die kostenlose Serviceline 0800 501 522 implementiert und seither das ganze Jahr in Betrieb.

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

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung mehrere Begrifflichkeiten eingeführt, jedoch nähere Ausführungen unterlassen. So bleibt es mit der gegebenen Formulierung der „Auswirkungen der Änderungen“ offen, welche Messgrößen bei den erwähnten Auswirkungen berücksichtigt werden sollen. In Betracht kommt dabei in erster Linie die mögliche Änderung der VU-Inanspruchnahme an sich. Hierfür wird der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2011 („VU neu“) gegenübergestellt. Damit kann eine vorsichtige Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen: Trotz des Rückganges im Jahr 2009 lässt sich insgesamt für Österreich weiterhin im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2011 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2008 im Bundesland Wien mitgeprägt wird.

Erste trägerübergreifende Analysen betreffend eine spezifische VU-Population, die den Nutzen aus der Perspektive der VU-ProbandInnen über allenfalls unterdurchschnittliche Ausmaße an verzeichneten Krankenhaus-Aufenthalten bzw. Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgreifen, wurden ebenfalls vor dem Hintergrund der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 dargestellt. Aus Sicht der Kostenträger, der österreichischen Sozialversicherung, wurden in diesem Zusammenhang Auswertungen zu verursachten Heilmittel- sowie Vertragsarzt-Kosten angeführt.

In Anknüpfung an diese Evaluierung wird seit Mitte 2010 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-ProbandInnen wird durch die Indikatoren Krankenhaus-Aufenthalt bzw. Arbeitsunfähigkeit abgebildet. Die Kostenseite wird wie zuvor über verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarzt-Kosten betrachtet. Ausgewählte Ergebnisse diesbezüglich werden aufgrund des auch geltenden Hintergrunds der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG im Kapitel 1.6 dargestellt.

Daneben wurde im Zusammenhang mit einer Nutzenbewertung 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-,

Vorsorgeuntersuchung Neu

Mamma-, Kolorektal-, Prostata-Karzinomen sowie Melanomen durch die VU errechnet. Die betrachtete Population umfasst jene VU-ProbandInnen, für welche im ersten sowie zweiten Quartal 2009 ein Befundblatt des Allgemeinen Programms elektronisch vom VU-Arzt übermittelt wurde. Es wurden bei dieser Fragestellung die Daten eines KV-Trägers repräsentativ für alle KV-Träger untersucht. Für diese Auswahl war die Datenqualität ausschlaggebend.

Durch folgende restriktive Forderungen wird eine maximale Zuschreibung der Neuentdeckung des Karzinoms zur VU erreicht:

- Kein Vorliegen einer Krebsdiagnose eineinhalb Jahre vor der VU-Inanspruchnahme,
- eine lt. Befundblatt-Dokumentation vorliegende Überweisung zum Facharzt,
- ein später in den Abrechnungsdaten aufscheinendes Krebscreening – bzw. ein Hautarzt-Kontakt
- und anschließend die gestellte Krebsdiagnose im Krankenhaus.

In Tabelle 1 wird ein Vergleich der berechneten Neuentdeckungsraten mit österreichweiten Krebsinzidenzdaten lt. Statistik Austria des zum Auswertungszeitpunkt aktuell vorliegenden Jahres 2008 angestellt. Der gewählte Beobachtungszeitraum ab VU-Inanspruchnahme beträgt 4 Monate.

Tabelle 1: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.

Karzinom	VU-Population (Q1, Q2/2009)		Gesamtbevölkerung 2008*	
	ASR	RR	ASR	RR
Zervix (n=0, N=10.253)	0,0	0,0	7,7	9,8
Mamma (n=11, N=7.771)	107,8	141,6	175,1	189,7
Kolorektal (n=10, N=10.321)	97,7	96,9	111,1	140,5
Prostata (n=11, N=4.660)	247,8	236,1	294,2	322,8
Melanom (n=1, N=18.898)	2,3	5,3	11,9	16,1

Anmerkung.

* Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister. Stand 08.09.2010.

ASR: Altersstandardisierte Rate nach SEGI Standard-Population.

RR: Rohe Rate.

Raten pro 100.000 Population.

Beobachtungszeitraum: VU-Population: 4 VU-Folgemonate. Gesamtbevölkerung: Jahr 2008.

n: Anzahl VU-TeilnehmerInnen mit Krebsdiagnose.

N: Anzahl VU-TeilnehmerInnen ohne Krebsdiagnose vor VU-Inanspruchnahme.

Zervix-Karzinom: VU-ProbandInnen: weiblich, 18+.

Mamma-Karzinom: VU-ProbandInnen: weiblich, 40+.

Kolorektal-Karzinom: VU-ProbandInnen: 50+.

Prostata-Karzinom: VU-Probanden: männlich, 50+.

Melanom: VU-ProbandInnen: 18+.

Karzinom lt. KH- bzw. AU-Diagnose.

Beim Zervix-Karzinom konnten keine neuen Fälle erkannt werden, dem steht eine altersstandardisierte Inzidenz-Rate von etwa 8 Fällen per 100.000 in der österreichischen Gesamtbevölkerung im Jahr 2008 gegenüber. Beim Mamma-Karzinom wurden 142 neue Fälle, altersstandardisiert 108, per 100.000 ausgemacht. Diesen stehen 175 (altersstandardisierten) Inzidenz-Fälle in der Gesamtbevölkerung gegenüber. Beim Kolorektal-Karzinom musste die Bedingung eines vorliegenden Krebs screenings fallen gelassen werden, da dieses beim analysierten Träger vorwiegend intramural erfolgt und Daten aus diesem Bereich nicht zur Verfügung standen. Damit wurden 97 Fälle per 100.000, 98 altersstandardisiert, an neuen Krebsdiagnosen festgestellt. Die österreichweite Inzidenz-Rate beträgt (altersstandardisiert) 111. Beim Prostata-Karzinom wurden 236, altersstandardisiert 248, Neuentdeckungen per 100.000 beobachtet. Die österreichische Inzidenz-Rate liegt (altersstandardisiert) bei 294 Fällen. Betreffend Melanom werden 5 neue Fälle, altersstandardisiert 2 per 100.000 festgestellt. Österreichweit liegt die (altersstandardisierte) Rate bei 12.

Es wird auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse bedingt durch unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume (VU: 4 Monate, Statistik Austria: 12 Monate) und fehlende Informationen über die Tumorstadien in den VU-Zahlen hingewiesen. Zur Verbesserung der Evaluierbarkeit wird eine Verknüpfung mit dem österreichischen Krebsregister sowie die Erfassung des konkreten Tumorstadiums zum Zeitpunkt der Diagnosestellung empfohlen. Es lässt sich daher nicht abschließend beurteilen, dass durch die Vorsorgeuntersuchung die Basisinzidenz/Krebsneuerkrankungen in der Bevölkerung entdeckt wird. Für differenziertere Ergebnisse und Ausführungen wird auf den zum Zeitpunkt dieser Berichtslegung noch zu bearbeitenden Abschlussbericht verwiesen.

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

Für diese Fragestellung richten sich die Analysen auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums in Folge der Inanspruchnahme eines allgemeinen VU-Programmes. Betrachtet wird die spezifische Risikopopulation jener VU-ProbandInnen mit einem lt. Befundblatt-Dokumentation **hohen bzw. sehr hohen kardiovaskulären Risiko** und der VU-Inanspruchnahme im ersten Halbjahr 2009. Hintergrund ist die Hypothese eines positiven Effekts der VU-Inanspruchnahme auf gesundheits- und kostenbezogene Outcomes bei dieser Risikogruppe. Zudem soll damit bei einer Vergleichsrechnung zwischen VU-TeilnehmerInnen und VU-Nicht-TeilnehmerInnen der Einfluss dieses Risikoprofils auf das Ausmaß der in Anspruch genommenen Leistungen kontrolliert werden.

Für die Identifikation von VU-Nicht-TeilnehmerInnen für die Jahre 2005 bis 2008 wird die Frequenz der VU-Inanspruchnahme der betrachteten Population in diesen Jahren aus den Daten der SVC GmbH erhoben. Verglichen werden die Gruppen der VU-TeilnehmerInnen mit jährlicher bzw. regelmäßiger und einmaliger Inanspruchnahme der VU Neu im Zeitraum 2005 bis 2008 mit der Gruppe der Nicht-TeilnehmerInnen für diesen Zeitraum. Die Leistungsanspruchnahme wird für sechs Monate vor Inanspruchnahme der VU Neu im ersten Halbjahr 2009 ausgewertet, womit ein kurzfristiger zeitlicher Anschluss an die Erhebung des Risikoprofils und damit dessen Gültigkeit bestmöglich gehalten werden soll (Abbildung 1).

Die angesprochene Leistungsanspruchnahme wird anhand nachfolgender Outcome-Parameter gemessen:

- Krankenhausaufenthalts-Tage, -Fälle
- Heilmittel-Anzahl, -Kosten
- Krankenstands-Tage, -Fälle
- Vertragsarztkontakte, -Kosten

Als elektronische Datenquelle wurden die SV-Abrechnungsdaten gemäß der FOKO (FOlgeKOsten)-Schnittstelle sowie die damit verknüpften pseudonymisierten elektronischen Befundblatt-Daten herangezogen. Die Ergebnisse basieren auf den Daten der FOKO-Schnittstelle der neun Gebietskrankenkassen sowie der bundesweiten Sonderversicherungsträger BVA und SVA.

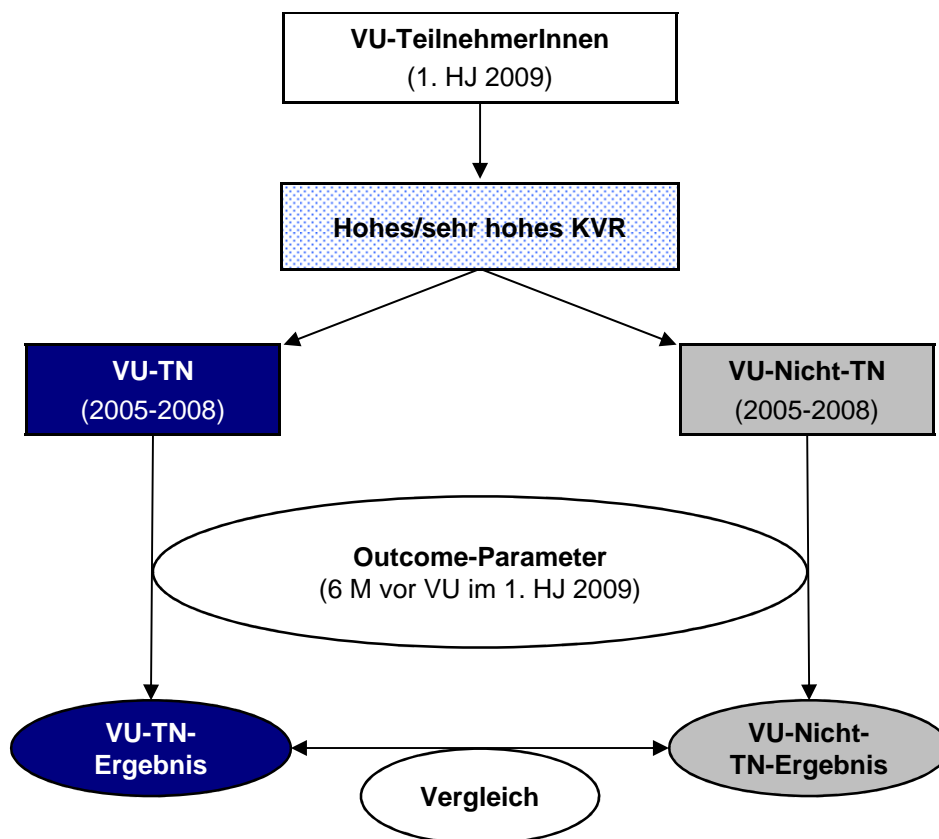


Abbildung 1: Schema Outcome-Evaluierung

Anmerkung. Halbjahr (HJ). Kardiovaskuläres Risiko (KVR). TeilnehmerInnen (TN). Monate (M).

Die in Kapitel 1.6 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die Hypothese eines positiven Effekts der VU-Inanspruchnahme auf gesundheits- und kostenbezogene Outcomes bei der betrachteten Risikogruppe im gewählten Beobachtungszeitraum nicht bestätigt. Unter Umständen wären dazu längere Zeiträume notwendig, aber auch langjährige Betrachtungen (Hummer, 2009; Hackl et al., 2012) – zwar nicht für dieses Risikoprofil – haben keinen positiven Einfluss der Intervention VU auf den Gesundheitszustand, gemessen an der Anzahl an Krankenstands-Tagen sowie Spitalsaufenthalten, zeigen können.

Dagegen sind auf der Kosten-Seite sehr wohl höhere Aufwände durch eingelöste Heilmittel und abgerechnete Arzt-Leistungen bei den VU-TeilnehmerInnen gegenüber den Nicht-TeilnehmerInnen zu verzeichnen. Dies zeigt sich auch bei anderen Autoren (Hummer, 2009; Hackl et al., 2012).

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

Eine gezielte Evaluierung kann mit den vorliegenden Daten nur deskriptiv erfolgen. So können innerhalb der VU-Population Gruppen mit bestimmten klinischen Befundkonstellationen bzw. mit definierten Risikofaktor-Bündeln (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen bzw. definierten kardiovaskulären Globalrisiko-Klassen) in einer Querschnitt-Betrachtung hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen dargestellt werden. Eine erste Querschnitt-Analyse liegt mit der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten im Jahr 2010 vor. Ausgewählte Ergebnisse dieser Analyse wurden bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 angeführt. Da in diesem Zusammenhang keine weiteren Analysen vorliegen, werden diese Ergebnisse wiederum angegeben.

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

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

Auf Basis der bestehenden Limitierungen bzgl. Datenqualität und Datenverknüpfungen (z.B. Abbildung des bereits bestehenden Versorgungsgrades bisher nicht möglich), der methodischen Rahmenbedingungen und den dargestellten Ergebnissen wurden daher im

Projektabschlussbericht seitens des gemeinsamen Evaluierungsteams Empfehlungen abgegeben, um zukünftig dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 447h (4) ASVG im höheren Maße nachkommen zu können. Diese Empfehlungen wurden im Rahmen eines vom HVB in Auftrag gegebenen Projekts mit dem Titel „VU-Befundblattanpassung“ im Jahr 2011 aufgegriffen.

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

Im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurde für die Jahre 2009 bis 2013 die Schwerpunktsetzung Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung von der Trägerkonferenz verabschiedet, die auch 2011 die Basis für die gesetzten Maßnahmen in diesem Bereich darstellt. Neben dem Lebensraum Betrieb und dem Lebensraum Schule, werden Orte der Langzeitbetreuung, die Zielgruppe der SeniorInnen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention in den kommenden fünf Jahren abgearbeitet. Als übergreifende Maßnahmen kommt den Themen gesundheitliche Ungleichheit und Capacity Building ein besonderer Stellenwert zu.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung stellt die schulische und betriebliche Gesundheitsförderung auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2011 einen zentralen Schwerpunkt dar. So wurde z.B. der Leitfaden „Gesundheitsradar“ zur Bestandsaufnahme zum Thema Gesundheit in Schulen entwickelt und die betrieblichen Bewegungsangebote „Mitarbeiter bewegen Mitarbeiter“ und „Gestalten und Bewegung“ einer Überarbeitung unterzogen. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb des Rauchertelefons sowie mit Maßnahmen der Qualitätssicherung der Raucherentwöhnung Schwerpunkte gesetzt. Als Teil einer österreichischen Ernährungsstrategie wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES das Projektes „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und der österreichweite Rollout von Ernährungsworkshops vorbereitet und unterstützt. Im Bereich des Capacity Buildings wurden mit der Public Health Charta und begleitenden Maßnahmen Aktivitäten zur Forcierung von Public Health gesetzt. Darüber hinaus wurde mit dem Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ ein zentrales Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege initiiert sowie Projekte zur Gesundheitsförderung bei SeniorInnen unterstützt.

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 folgt²:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2011/2012

1.2.1 VU Neu-Datenbank

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

Elektronische Datenübermittlung

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

Für die elektronische Erfassung der Daten stehen zwei Services zur Verfügung. Zum einen das elektronische Sozialversicherung (eSV)-Portal des HVB und zum anderen das Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS) der SVC GmbH. Beide Dienste basieren auf der vom Hauptverband definierten standardisierten Datenschnittstelle, womit eine einheitliche Datenübertragung gewährleistet ist. Für beide Dienste gilt, dass die vom Arzt übermittelten Daten in administrative, zur Abrechnung für die Träger, und verschlüsselte medizinische Daten getrennt werden. Die verschlüsselten medizinischen Daten (inkl. Personenbezug) werden zum Pseudonymisierungsservice weitergeleitet, wo der Personenbezug durch ein Pseudonym ersetzt wird. Diese Daten werden den auswertenden Stellen zur Verfügung gestellt, welche die medizinischen Daten entschlüsseln und damit Zugriff auf die pseudonymisierten medizinischen Daten haben (siehe Abbildung 2).

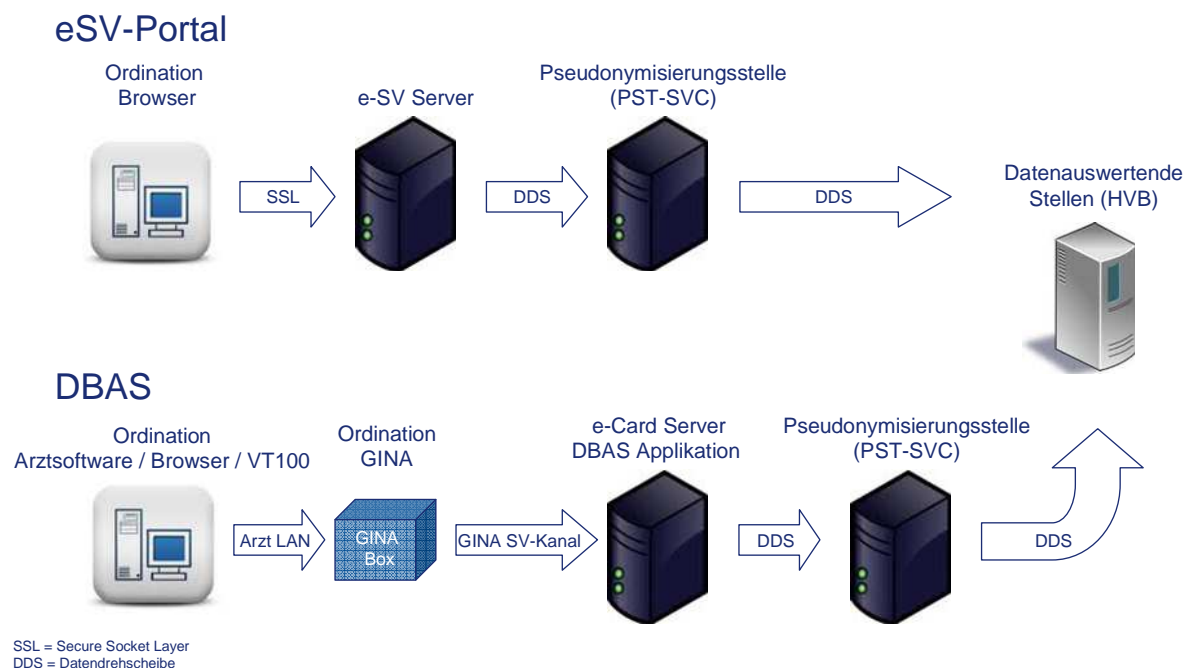


Abbildung 2: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Daten.

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

OLAP-Datenwürfel

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

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

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

Vorsorgeuntersuchung Neu

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

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

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

QS – Elektronische Datenübermittlung

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

1.2.2 VU Befundblattanpassung

Im Rahmen der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung (VU) wurden in einer ersten systematischen Evaluierung der pseudonymisierten VU Befunddaten gemäß § 16 VU-Gesamtvertrag (siehe Kapitel 1.7), Qualitätsmängel bei der VU Befundblattdokumentation sichtbar. Darunter fallen beispielsweise die Mehrdeutigkeit von Dokumentationsfeldern oder unzureichende Maßnahmenoptionen.

Für die Weiterentwicklung des VU Befundblattes nach medizinischen, methodischen und technischen Gesichtspunkten wurde im Auftrag des Hauptverbandes ein interdisziplinäres Arbeitsteam gebildet, das sich aus VertreterInnen

- des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
- der Gesundheit Österreich GmbH,
- der SVC GmbH,
- der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und
- des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention

zusammensetzte. Folgende Ziele wurden mit der Weiterentwicklung des Befundblattes angestrebt:

Ziel 1: Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit:

- Verbesserung der Verständlichkeit
 - Selbsterklärende Masken/Formularfelder
 - Optimierung der Ausfüllhilfen
 - Klare und eindeutige Antwortmöglichkeiten schaffen
 - Thematisch zusammengehörige Anordnung der Bereiche bilden
- Fehlerminimierung
 - Plausibilitätsprüfungen
 - Hinweis bei Eingabe von Werten außerhalb des plausiblen Wertebereiches

Ziel 2: Verbesserung der Dokumentationsqualität im Sinne der Evaluierbarkeit:

- Mehrdeutigkeiten entfernen
- Anpassungen bei der Erfassung der Maßnahmen
- Abgrenzung von bestehender Erkrankung zur Verdachtsdiagnose

Ziel 3: Gewährleistung der Evidenz:

- Anpassung ausgewählter Befundblattparameter nach EBM³ Kriterien
- Verbesserung der Einhaltung der Empfehlungen aus den wissenschaftlichen Grundlagen

Nicht-Ziel für die Weiterentwicklung des VU-Befundblattes war die Überarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen sowie eine Überarbeitung der Programminhalte der Vorsorgeuntersuchung.

Im ersten Halbjahr 2011 traf sich das interdisziplinäre Arbeitsteam in mehreren Workshops, um Vorschläge für neue Befundblattmasken zu erarbeiten, mit welchen die angeführten Ziele erreicht werden können. Dabei wurde darauf geachtet, dass mit den angepassten Befundblattmasken sowohl die individuelle Arzt-Patienten-Ebene wie auch die kollektive Ebene hinsichtlich des Evaluierungsauftrags gemäß § 447h (4) ASVG Berücksichtigung finden (Abbildung 3).

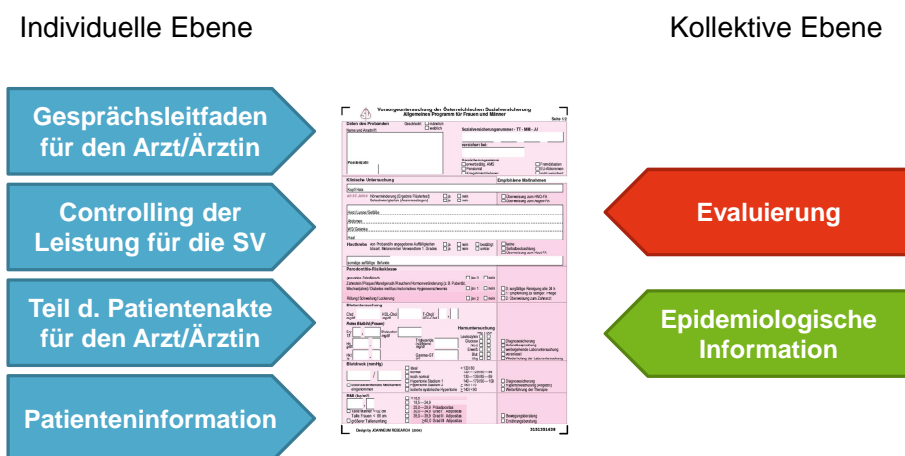


Abbildung 3: Funktionen des VU Befundblattes.

Im zweiten Halbjahr 2011 wurden die vorgeschlagenen Befundblattmasken SV-seitig finalisiert und mit Beginn 2012 in die Abstimmungsgespräche mit der österreichischen Ärztekammer bzw. zur Freigabe für die geplante Testung übergeben.

³ Evidence Based Medicine

1.2.3 FOKO - Schnittstelle

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

Wie bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 angeführt, liegen seit November 2010 erste Ergebnisse auf Basis dieser Daten vor, welche die Analyseschwerpunkte aufgrund trägerübergreifender Betrachtungen in einem österreichweiten Gesamtblick darstellen. Behandelt werden dabei Ausschnitte der Fragestellungen in den oben angeführten Ziffern 2 sowie 3 des § 447h (4) ASVG. Die Analysen richten sich dabei auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU Neu – Allgemeines medizinisches Programm – innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums. Außerdem wird die Abrechnung spezifischer Untersuchungsprogramme, welche in den Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen definiert sind, ausgewertet. Diese umfassen die Durchführung eines PAP-Abstriches, einer Mammographie sowie einer Koloskopie. Genaueres dazu sowie ausgewählte Ergebnisse sind ebenfalls in der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 angeführt.

In Anknüpfung an diese Evaluierung wird seit Mitte 2010 an der Umsetzung und Auswertung einer pseudonymisierten Zusammenführung von FOKO-Daten mit elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Damit soll der mögliche Einfluss von Risikoprofilen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kontrolliert und ein Vergleich zwischen VU-TeilnehmerInnen und VU-Nicht-TeilnehmerInnen gerechnet werden. Daneben werden auch versorgungsspezifische Betrachtungen bestimmter Risikogruppen möglich, was sich vor allem einer Evaluierung der Ziffer 4 des § 447h (4) ASVG zuordnen lässt. Zusätzlich wird der Anteil an potenziellen Neuentdeckungen von Zervix-, Mamma-, Kolorektal-, Prostata-Karzinomen sowie Melanomen durch die VU errechnet. Zum Zeitpunkt dieser Berichtslegung wird an der Endfassung des Abschlussberichts gearbeitet. Dennoch werden bereits ausgewählte Ergebnisse in den jeweiligen Kapiteln, welche den Ziffern des § 447h (4) ASVG zugeordnet sind, angeführt – siehe Kapitel 1.5 und 1.6.

1.2.4 VU-Änderungsbedarf bzw. VU Verhandlungsteam

Im zweiten Quartal 2011 formulierte eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe aus ExpertInnen in Evidence based Health Care, Gesundheitsökonomie, Vertragspartnerwesen sowie Gesundheitsförderung & Prävention, ausgehend vom sozialversicherungsinternen Abschlussbericht „Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu“, Vorschläge zur Verbesserung der Situation in den Handlungsfeldern „Inhalte der VU“, „gesetzliche & vertragliche Regelungen“, „Versicherteninformation“, „ÄrztInnenschulung“ und „Informierte Entscheidungsfindung“. Ende Juni 2011 wurden dem HVB die Empfehlungen dieser Arbeitsgruppe zu notwendigen Änderungen in der VU vorgelegt.

Der HVB etablierte ein SV-internes Team, das von Dr. Christoph Klein (HVB) und Mag. Franz Kiesel (OÖGKK) geleitet wird und dessen Aufgabe es ist die Ziele und Positionen der SV für die Verhandlungen mit der ÖÄK festzulegen. Im Zeitraum Juli 2011 bis Juni 2012 fanden vier Workshops dieses Teams statt. Dazwischen gab es Sondierungen mit der ÖÄK, die ihrerseits Forderungen und Änderungswünsche vorbrachte. Die oben genannten fünf Handlungsfelder erfuhren so eine Konkretisierung bzw. Erweiterung auf insgesamt zwölf Themen rund um die VU, die zwischen SV und ÖÄK verhandelt werden.

1.2.5 Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“

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

Seit der Einführung der Vorsorgekoloskopie in Österreich sinken sowohl die Neuerkrankungsraten wie auch die Sterblichkeit an Dickdarmkrebs. Die aktuelle Leitlinie der EU Kommission unterstreicht, dass eine selten durchgeführte, aber hochwertige Vorsorgekoloskopie, mehr für die Darmkrebsvorsorge bringt als eine häufige Koloskopie mit niedrigen Qualitätsstandards. In Österreich passiert jedoch die Qualitätssicherung trotzdem weiterhin in den meisten Bundesländern (Ausnahme Vorarlberg und Burgenland) auf freiwilliger Basis. Eine landesweite Einführung der Qualitätssicherung würde zu einer noch stärkeren Senkung der Neuerkrankungsraten führen. Sowohl die ÖGGH wie auch die Krebshilfe empfehlen die Vorsorgekoloskopie auf ihrer Homepage ausschließlich bei ÄrztInnen, die das „Zertifikat Darmkrebsvorsorge“ führen.

Die TeilnehmerInnenzahl im seit 01.01.2009 laufenden Fortsetzungsprojekt liegt zum Stichtag 22.06.2012 bei 209 endoskopierenden Stellen, dies entspricht circa 43 % aller endoskopierenden Stellen in Österreich. Zwei Drittel der ProjektteilnehmerInnen sind niedergelassen tätig, ein Drittel in Krankenhäusern.

Die Übermittlung der Befunddaten, ein wesentliches Qualitätselement, dient der Qualitätssteuerung durch Monitoring und Benchmarking. Ein österreichweiter Überblick über die Benchmarkingergebnisse kann jederzeit aktuell auf der Zertifikatshomepage abgerufen werden. Im Jahr 2011 wurden von den zertifizierten Untersuchungsstellen Befundblätter von 26.887 Personen übermittelt (2010: 20.245 Personen, 2009: 18.055 Personen, 2008: 13.179 Personen). Es wird geschätzt, dass rund zwei Drittel der ProbandInnen der Übermittlung Ihrer Befunddaten an die ÖGGH zustimmen. Durchschnittlich wurden 2011 mehr als 100 Befunde pro aktivem/aktiver TeilnehmerIn übermittelt. Wegen fehlender Datenübermittlung wurden per Jänner 2012 29 TeilnehmerInnen aus dem Projekt ausgeschlossen.

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

Erfüllung der Qualitätskriterien

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

Die Adenomentdeckungsrate spielt eine immer größere Rolle: In der USA werden ab 2015 nur mehr Koloskopien bei ÄrztInnen bezahlt, die entsprechend hohe Adenomentdeckungsraten haben. Ziel des Projektes ist aktuell die Adenomentdeckungsrate der TeilnehmerInnen im Rahmen der Qualitätssicherung zu verbessern.

Zusammengefasst hat jede dritte asymptotische Person ab 50 in Österreich einen oder mehrere Polypen, jede Fünfte ein oder mehrere Adenome und jede Neunzigste ein kolorektales Karzinom.

Die Überprüfung der Daten- und Eingabequalität erfolgt bei jeder/m ProjektteilnehmerIn einmal pro Jahr im Zuge einer Stichprobenziehung, bei welcher ein Vergleich der Dokumentation mit Originalbefunden (inklusive Histologie und Bilddokumentation des Zoekums) gemacht wird. 96% der Stichproben konnten positiv abgeschlossen werden. Bei 4% der Stichproben war eine

erneute Stichprobenziehung notwendig. Bisher musste kein/e TeilnehmerIn allein aufgrund unzureichender Datenqualität ausgeschlossen werden.

Im Zuge der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung ist die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung sehr bemüht, die zur Verfügungsstellung einer „State of the Art“ Vorbereitung und Sedierung durch Information der Kostenträger zu erreichen.

Jährliche Hygieneüberprüfung

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

Im Jahr 2011 mussten 109 TeilnehmerInnen Hygienekontrollen durchführen. Die angeforderte Hygienequalität wurde zu 89% erbracht. Die Mängel bei 11% der TeilnehmerInnen wurden nach Urgenz der ÖGGH behoben. Dadurch haben bei der nachfolgenden Überprüfung alle TeilnehmerInnen die Hygienekontrolle bestanden.

Im Jahr 2010 wurde mit einer weiteren Adaptierung der e-card Applikation Dokumentationsblattannahmeservice (DBAS) Koloskopiebefund eine weitere Möglichkeit zur elektronischen Datenübermittlung im Rahmen des Qualitätsprojektes realisiert. Diese Anwendung im e-card System garantiert eine einfachere Handhabung der Datenübermittlung, einen geringeren Zeitaufwand in der Administration und mehr Transparenz in der Analyse der Befunddaten. Im Jahr 2011 wurden bereits ca. 50% der Befunde mittels der neuen Möglichkeit über das DBAS übermittelt.

Publikationen

Im Jahr 2011 wurde das Projekt bei folgenden Veranstaltungen vorgestellt:

- ÖGGH Jahrestagung, Salzburg, Juni 2011
- Vortrag: Ferlitsch, M.: State of the Art: „Erfolgreiche Koloskopie“ beim Training Gastroenterologie im Tagungszentrum Schloß Schönbrunn am 15. Oktober 2011 in Wien.
- Vortrag: Ferlitsch, M.: „Sanfte und erfolgreiche Koloskopie“. Vortrag für die Selbsthilfegruppe Eisenstadt am 7. November 2011.
- Vortrag: Ferlitsch, M.: „Sanfte und erfolgreiche Koloskopie“. Vortrag für AIGSN.
- M. Ferlitsch: „NAFLD & NASH = Alarm im Darm?“ Gastro&Hepa News. Juni 2011

- 19. UEGW (United European Gastroenterology Week), 22.-26. Oktober 2011, Stockholm, Schweden: 3 Posterpräsentationen
- Gender differences in screening colonoscopies in Austria-and their influence on quality indicators. – Digestive Disease Week (DDW 2012)
- The Endoscopist – a new quality indicator for colorectal cancer screening? Digestive Disease Week (DDW 2012)

Im Jahr 2011 publizierte die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung folgende Arbeiten:

- Ferlitsch, M., Reinhart, K., Pramhas, S., Wiener, C., Gal, O., Bannert, C., Hassler, M., Kozbial, K., Dunkler, D., Trauner, M., Weiss, W. Sex-specific prevalence of adenomas, advanced adenomas, and colorectal cancer in individuals undergoing screening colonoscopy. JAMA. 2011 Sep 28;306(12):1352-8. + 2 Letters to Editor inkl. Reply
- Auf Basis der neuen Nachsorgeguidelines der EU wurden neue Richtlinien für die Nachsorge in Österreich, an alle TeilnehmerInnen des Projekts verschickt und auf die Zertifikathomepage gestellt.

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

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

Der im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu anspruchsberechtigte Personenkreis (Zielgruppe) umfasst Versicherte und deren Angehörige sowie Nichtversicherte (sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und für sie nicht bereits aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung ein Leistungsanspruch besteht) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Der im Folgenden – vor allem in den Tabellenüberschriften – verwendete Begriff der Zielgruppe entspricht diesem Kreis der Anspruchsberechtigten. Die vom HVB für die anteilmäßigen Berechnungen verwendete Bezugsgröße stellt die Durchschnittsbevölkerung des Jahres 2011 ab dem 18. Lebensjahr nach Geschlecht, Alter und Bundesland dar (Statistik Austria, 2011).

Die in den Frequenzdarstellungen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen⁴ grün markierten Ziffern stellen jeweils den höchsten absoluten bzw. anteiligen Wert innerhalb der betreffenden Spalte dar. Die in den Tabellen der vergleichenden Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen blau markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte die größte absolute bzw. anteilmäßige Zunahme gegenüber dem Vergleichszeitraum dar. Die rot markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte den größten absoluten bzw. anteilmäßigen Rückgang gegenüber dem Vergleichszeitraum dar.

Die Frequenzen bzgl. der gynäkologischen Untersuchungen⁵ resultieren laut Hauptverband aus unterschiedlichen Verrechnungsmethoden der einzelnen Krankenversicherungsträger, womit eine Interpretation der Häufigkeiten bzw. ein bundeslandspezifischer Vergleich nicht sinnvoll möglich ist. Dies gilt ebenfalls für die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt, in welche die Zahlen der gynäkologischen Untersuchungen eingehen. Somit werden die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt bzw. der gynäkologischen Untersuchungen zwar im Bericht angeführt, da diese neben den allgemeinen

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)), vormalig 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))

Vorsorgeuntersuchung Neu

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

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

1.3.1 Frequenz 2011 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2011 stellt sich auf Bundesländerebene wie folgt dar:

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2011.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	1.035.836	408.549	627.287	884.589	408.549	476.040	151.247
Wien	216.800	83.004	133.796	181.540	83.004	98.536	35.260
Niederösterreich	79.969	39.468	40.501	79.516	39.468	40.048	453
Burgenland	56.983	22.802	34.181	50.385	22.802	27.583	6.598
Oberösterreich	146.132	70.534	75.598	144.204	70.534	73.670	1.928
Steiermark	132.034	59.537	72.497	129.832	59.537	70.295	2.202
Kärnten	97.747	34.965	62.782	82.433	34.965	47.468	15.314
Salzburg	58.742	26.830	31.912	58.329	26.830	31.499	413
Tirol	164.751	48.870	115.881	109.038	48.870	60.168	55.713
Vorarlberg	82.678	22.539	60.139	49.312	22.539	26.773	33.366

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 884.589 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Wien nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, danach folgen, wie auch im Vorjahr, Oberösterreich und die Steiermark. Vergleicht man die Inanspruchnahme nach Absolutzahlen zwischen den Geschlechtern, so wiesen Frauen um 67.491 mehr allgemeine Vorsorgeuntersuchungen auf als die Männer im gleichen Zeitraum.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2011.

Bundesland	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	12,8	12,3	13,3	4,2
Wien	12,7	12,3	13,1	4,7
Niederösterreich	6,0	6,2	5,9	0,1
Burgenland	21,1	19,7	22,4	5,4
Oberösterreich	12,6	12,6	12,5	0,3
Steiermark	12,9	12,2	13,5	0,4
Kärnten	17,9	15,8	19,8	6,4
Salzburg	13,5	12,9	14,0	0,2
Tirol	18,9	17,5	20,2	18,7
Vorarlberg	16,7	15,7	17,7	22,1

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die anteilmäßigen Berechnungen stellt die durchschnittliche geschlechtsspezifische Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes ab 18 Jahren (Zielgruppe) des Jahres 2011 dar. In der Darstellung der anteilmäßigen Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern waren die Anteile – wie in den fünf Jahren davor – in Burgenland am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Kärnten (Tabelle 4). Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Burgenland nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, auf den Rängen zwei und drei folgen jeweils wieder Tirol und Kärnten. Die bei weitem niedrigste anteilmäßige Inanspruchnahme zeigte – wie bereits in den Jahren 2007 bis 2010 – die Bevölkerung in Niederösterreich. In diesem Bundesland zeigt sich, analog zu Oberösterreich, eine Umkehrung der Nutzung der Vorsorgeuntersuchung mit einem leichten Überhang der männlichen Zielgruppe.

1.3.2 Frequenz 2011 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter

Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2011.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungs- programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	1.035.836	408.549	627.287	884.589	408.549	476.040	151.247
18-24	63.981	21.463	42.518	50.413	21.463	28.950	13.568
25-29	74.150	24.987	49.163	58.697	24.987	33.710	15.453
30-34	78.797	28.976	49.821	64.287	28.976	35.311	14.510
35-39	88.741	33.384	55.357	73.387	33.384	40.003	15.354
40-44	108.029	43.387	64.642	91.473	43.387	48.086	16.556
45-49	116.704	48.950	67.754	100.548	48.950	51.598	16.156
50-54	107.174	45.514	61.660	93.882	45.514	48.368	13.292
55-59	94.431	38.774	55.657	82.719	38.774	43.945	11.712
60-64	89.177	36.855	52.322	78.102	36.855	41.247	11.075
65-69	71.930	29.805	42.125	63.420	29.805	33.615	8.510
70-74	67.160	27.911	39.249	59.716	27.911	31.805	7.444
75 und älter	75.562	28.543	47.019	67.945	28.543	39.402	7.617

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Eine altersspezifische Aufschlüsselung der im Jahr 2011 österreichweit in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen liefert die Tabelle 5. Betrachtet nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen entfielen die meisten Untersuchungen, wie im Vorjahr, auf die Gruppe der 45-49jährigen, gefolgt von der Gruppe der 50-54jährigen und der 40-44jährigen. Die geringste Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen weist, wie schon im letzten Jahr, die jüngste Gruppe der 18-24jährigen auf. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt dieselbe Reihenfolge.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 6: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2011.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die Prozentberechnungen in Tabelle 6 stellt die geschlechtsspezifische Bevölkerung ab 18 Jahren dar. Die höchste Teilnehmerate an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2011 weist die Gruppe der 60-64jährigen auf, gefolgt von den 55-59jährigen und den 65-69jährigen.

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

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

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung liefert folgendes Bild: Wie bereits in den vergangenen Jahren beobachtet, liegt die Teilnehmerate der Frauen bis einschließlich der Gruppe der 60-64jährigen über jener der Männer, die 65-69jährigen Männer und Frauen zeigen eine analoge Teilnehmerate, und ab der Altersgruppe der 70-74jährigen kehrt sich dieser Trend um und die Teilnehmerate der Männer übersteigt jene der Frauen. Die höchste Teilnehmerate im Jahr 2011 weist bei den Frauen die Altersgruppe der 55-59jährigen und bei den Männern die Altersgruppe der 60-64jährigen auf.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war mit 3,2 Prozentpunkten in der Altersgruppe der 25-29jährigen am größten. Im Vorjahr traf dies noch auf die über 75jährigen zu.

1.3.3 Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2011

Die Altersverteilung der österreichischen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (Statistik Austria, 2011) wird jener der VU TeilnehmerInnen in Form von Populationspyramiden, getrennt nach Geschlecht, gegenübergestellt.

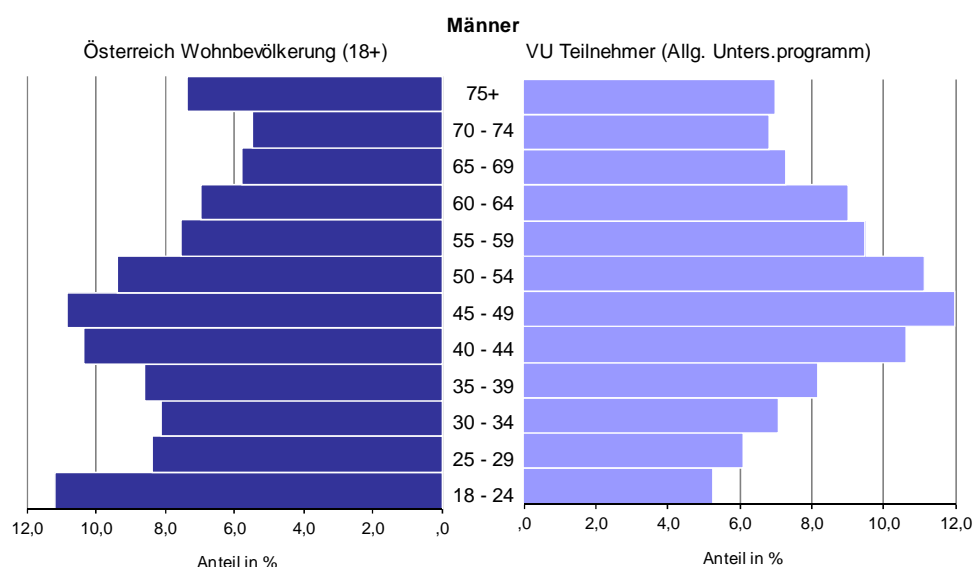


Abbildung 4: Populationspyramide Männer, 2011.

Eine starke Unterrepräsentierung zeigen, wie auch im Vorjahr, die männlichen VU Teilnehmer bei den 18-29jährigen, wobei diese in der Gruppe der 18-24jährigen am markantesten ausfällt (Abbildung 4). Die 30-39jährigen zeigen sich leicht unterrepräsentiert. Eine leichte bis mittlere Überrepräsentierung der VU-Teilnehmer lässt sich in den übrigen Alterskategorien, mit Ausnahme der über 75jährigen, erkennen (siehe auch Tabelle 7). Die in Tabelle 7 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Chi-Quadrat Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der männlichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmern zu einem statistisch signifikanten Unterschied (X^2 (df = 11, n = 4.087) = 253,9; $p \leq .001$), der sich aber nur bei den jungen Teilnehmern (18-29jährige) auch als praktisch relevant zeigt.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2011.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmer in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	215	457,2	-242,2
25-29	250	342,5	-92,5
30-34	290	332,2	-42,2
35-39	334	350,8	-16,8
40-44	434	423,0	11,0
45-49	490	442,0	48,0
50-54	455	382,7	72,3
55-59	388	308,6	79,4
60-64	369	285,6	83,4
65-69	298	236,5	61,5
70-74	279	224,3	54,7
75 und älter	285	301,7	-16,7

Betrachtet man die Altersverteilung der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr und jener der VU Teilnehmerinnen, lässt sich anhand der in Abbildung 5 dargestellten Populationspyramide, wie auch im Vorjahr, eine auffallende Unterrepräsentierung der VU Teilnehmerinnen bei den 18-24 sowie den über 75jährigen und eine leichte bei den 25-29jährigen erkennen. Leicht bis mittel überrepräsentiert zeigen sich die 35-74jährigen. Die 30-34jährigen können als repräsentativ betrachtet werden.

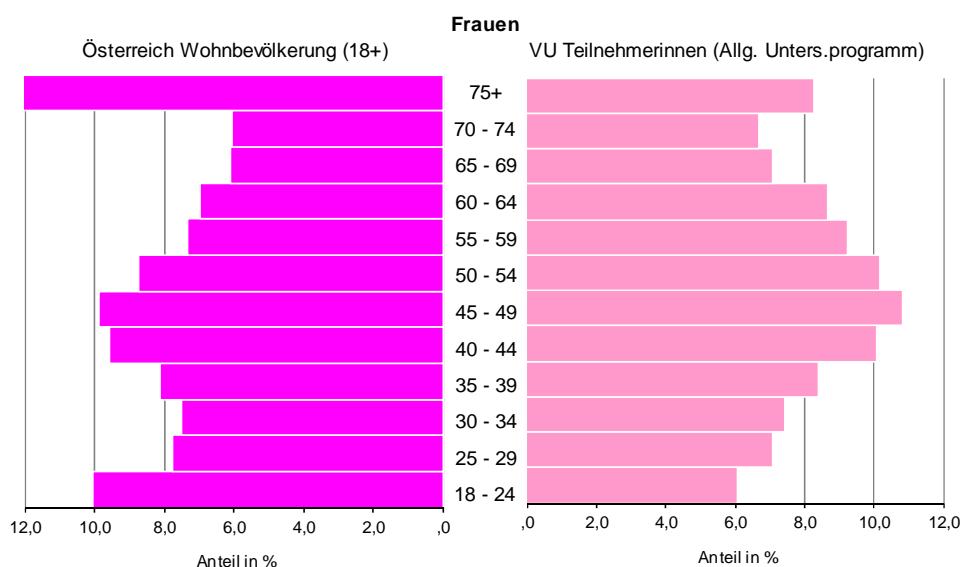


Abbildung 5: Populationspyramide Frauen, 2011.

Die in Tabelle 8 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Chi-Quadrat Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmerinnen zu einem statistisch signifikanten

Vorsorgeuntersuchung Neu

Unterschied (χ^2 (df = 11, n = 4.760) = 205,3; $p \leq .001$), der sich aber nur bei den jungen (18-29jährige) und ältesten Teilnehmerinnen (75+) auch als praktisch relevant zeigt.

Tabelle 8: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2011.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmerinnen in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	290	478,2	-188,2
25-29	337	368,7	-31,7
30-34	353	356,2	-3,2
35-39	400	385,7	14,3
40-44	481	454,1	26,9
45-49	516	469,8	46,2
50-54	484	415,1	68,9
55-59	439	348,8	90,2
60-64	412	331,2	80,8
65-69	336	289,5	46,5
70-74	318	287,9	30,1
75+	394	574,6	-180,6

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

1.3.4 Frequenz 2011 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2011 stellt sich hinsichtlich einer Gliederung nach Untersuchungsstellen wie in Tabelle 9 dar.

Tabelle 9: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2011.

Untersuchungsstelle	Untersuchungen insgesamt			davon			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Alle Untersuchungsstellen	1.035.836	408.549	627.287	884.589	408.549	476.040	151.247
VertragsärztInnen insgesamt	960.619	367.980	592.639	813.162	367.980	445.182	147.457
Arzt/ÄrztIn für Allgemeinmedizin	703.701	316.658	387.043	697.417	316.658	380.759	6.284
FachärztInnen insgesamt	256.918	51.322	205.596	115.745	51.322	64.423	141.173
Lungenheilkunde	291	142	149	291	142	149	0
Frauenheilkunde	141.173	0	141.173	0	0	0	141.173
Interne Medizin	115.454	51.180	64.274	115.454	51.180	64.274	0
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung	36.887	19.099	17.788	34.217	19.099	15.118	2.670
Sonstige Untersuchungsstellen	38.330	21.470	16.860	37.210	21.470	15.740	1.120

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Die größte Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen ist insgesamt – für Frauen und für Männer gleichsam – bei den niedergelassenen VertragsärztInnen zu beobachten. Der Rest der Vorsorgeuntersuchungen verteilt sich auf sonstige Untersuchungsstellen sowie eigene Einrichtungen der Sozialversicherungen. Innerhalb der Gruppe der niedergelassenen VertragsärztInnen wird die überwiegende Mehrzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen für beide Geschlechter durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin erbracht. Von dieser Gruppe werden im Jahr 2011 bezogen auf alle Untersuchungsstellen 78,8 % der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Dahinter rangieren die FachärztInnen, wobei unter diesen die FachärztInnen für Innere Medizin am stärksten vertreten sind.

1.3.5 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2010-2011

Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2010-2011.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	+41.463	+12.270	+29.193	+30.176	+12.270	+17.906	+11.287
Wien	+15.244	+3.379	+11.865	+7.854	+3.379	+4.475	+7.390
Niederösterreich	-143	-562	+419	-10	-562	+552	-133
Burgenland	+3.157	+499	+2.658	+1.425	+499	+926	+1.732
Oberösterreich	+4.348	+1.807	+2.541	+4.395	+1.807	+2.588	-47
Steiermark	+5.269	+2.332	+2.937	+5.213	+2.332	+2.881	+56
Kärnten	+6.808	+1.790	+5.018	+4.940	+1.790	+3.150	+1.868
Salzburg	+2.434	+1.182	+1.252	+2.703	+1.182	+1.521	-269
Tirol	+1.852	+717	+1.135	+1.648	+717	+931	+204
Vorarlberg	+2.494	+1.126	+1.368	+2.008	+1.126	+882	+486

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die beiden Vergleichsjahre 2010 und 2011 nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, so zeigt sich, dass die Häufigkeit der Untersuchungen bei allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich, gestiegen ist (Tabelle 10). Dies führte zu einem österreichweiten Zuwachs an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Den stärksten Zuwachs zeigt das Bundesland Wien, gefolgt von der Steiermark und Kärnten.

Für Männer und Frauen getrennt betrachtet, zeigt sich im Bundesländervergleich folgendes Bild. Bei den Männern wie auch den Frauen ist in Wien die größte Zunahme an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen zu verzeichnen. Bei den Männern folgen danach die Bundesländer Steiermark und Oberösterreich und bei den Frauen Kärnten und die Steiermark. Ein Rückgang an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahr konnte lediglich bei den Männern im Bundesland Niederösterreich beobachtet werden.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2010-2011.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe von 2010 und 2011 wird in Tabelle 12 dargestellt. Sämtliche Bundesländer verzeichnen gegenüber 2010 Anstiege der Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern, mit Ausnahme von Niederösterreich. Der größte Anstieg ist mit 0,5 Prozentpunkten für die Steiermark ex aequo mit den Bundesländern Salzburg und Vorarlberg erkennbar, gefolgt von Wien und dem Burgenland. Ein leichter Rückgang zeigt sich mit -0,1 Prozentpunkten in Niederösterreich. Geschlechtsspezifisch betrachtet, weist ebenfalls nur das Bundesland Niederösterreich bei den Männern einen Rückgang der Teilnahmerate auf. Bei den Männern ist in Kärnten die größte Zunahme an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen mit einem Plus von 0,8 Prozentpunkten zu verzeichnen, gefolgt von Vorarlberg und Salzburg ex aequo mit der Steiermark und Wien. Die Frauen zeigten die größten Zuwächse im Burgenland und in Salzburg, gefolgt von Wien ex aequo mit der Steiermark. Österreichweit zeigt sich ein Anstieg der Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogramms im Jahr 2011 gegenüber 2010 mit +0,3 Prozentpunkten.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 12: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2010-2011.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	+41.463	+12.270	+29.193	+30.176	+12.270	+17.906	+11.287
18-24	+3.134	+949	+2.185	+2.021	+949	+1.072	+1.113
25-29	+3.582	+1.074	+2.508	+2.696	+1.074	+1.622	+886
30-34	+4.157	+1.302	+2.855	+2.954	+1.302	+1.652	+1.203
35-39	+1.056	+220	+836	+362	+220	+142	+694
40-44	+1.255	-95	+1.350	+127	-95	+222	+1.128
45-49	+5.809	+2.359	+3.450	+4.433	+2.359	+2.074	+1.376
50-54	+6.834	+2.595	+4.239	+5.361	+2.595	+2.766	+1.473
55-59	+6.141	+2.079	+4.062	+5.235	+2.079	+3.156	+906
60-64	+3.992	+1.190	+2.802	+3.402	+1.190	+2.212	+590
65-69	-70	-513	+443	-513	-513	0	+443
70-74	+6.864	+2.763	+4.101	+5.929	+2.763	+3.166	+935
75 und älter	-1.291	-1.653	+362	-1.831	-1.653	-178	+540

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die in Tabelle 12 dargestellten Absolutzahlen nach Alter der TeilnehmerInnen, so zeigt sich, dass die Untersuchungszahlen betreffend das allgemeine Untersuchungsprogramm insgesamt sowie geschlechtsspezifisch am stärksten bei den 70-74jährigen angestiegen sind. In der Altersgruppe der über 75jährigen sind dabei die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern als auch den Frauen am stärksten gesunken.

Tabelle 13: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2010-2011.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Gegenüberstellung der Teilnahmeraten von 2010 und 2011 zeigt, dass die Gruppe der über 75jährigen, wie schon nach Absolutzahlen, auch hinsichtlich der Teilnahmerate einen rückläufigen Wert aufweist. Der Anstieg der Teilnahmeraten ist in der Altersgruppe der 65-69jährigen am größten. Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich folgendes Bild: Bei den Männern zeigt sich bei den über 75jährigen ein Rückgang der Teilnahmeraten. Der stärkste Zuwachs lässt sich bei den 65-69jährigen Männern mit +0,9 Prozentpunkten erkennen. Die Frauen zeigen, analog zu den Männern, bei den über 75jährigen mit -0,1 Prozentpunkten eine rückläufige Teilnahmerate und bei den 65-69jährigen mit +1,2 Prozentpunkten den größten Anstieg betreffend die Teilnahmerate.

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

1.3.6 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2011

Im Folgenden sei auf eine Verlaufsdarstellung der verzeichneten Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2011 verwiesen (Tabelle 14). Auch bei allen folgenden vergleichenden Darstellungen werden ausschließlich die Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms betrachtet.

Tabelle 14: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2011 (alle KV-Träger).

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

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

Betrachtet man in Abbildung 6 die grafische Darstellung der Absolutzahlen aus Tabelle 14, so zeigt sich eine stetige Zunahme der Zahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen von 2000 bis 2004. Im Jahr 2005 sind die Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern rückläufig. Von 2005 bis 2008 ist ein flacher bis leicht steigender Verlauf der Kurven erkennbar. Der allgemeine positive Trend kann sich im Jahr 2009 nicht fortsetzen. Die Ausnahme stellt Burgenland dar, welches als einziges Bundesland einen Zuwachs in den Absolutzahlen im Vergleich zu 2008 verzeichnet. Problematisch stellen sich die Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien in den Jahren 2006 bis 2008 dar. Laut Hauptverband ist es in diesem Zeitraum zu Doppelerfassungen gekommen. Somit ist für das Bundesland Wien eine Interpretation des Verlaufes der gemeldeten Frequenzen im genannten Zeitraum nicht sinnvoll möglich. Mit Hilfe einer linearen Fortschreibung der Daten für Wien von 2006 bis 2008 kann aber eine vorsichtige Interpretation vorgenommen werden, wonach im Vergleich von 2008 zu 2009 ebenfalls ein Rückgang der Teilnehmerszahlen in Wien zu erkennen ist. Dies führt

Vorsorgeuntersuchung Neu

betreffend die angepassten österreichweiten Zahlen ebenfalls zu einem, wenn auch gegenüber den gemeldeten Frequenzen abgeschwächten, „Knick“ des Kurvenverlaufs von 2008 auf 2009. Weiters zeigt sich ein weitgehend paralleler Trendverlauf der Teilnehmezahlen von Österreich exklusive der gemeldeten Wien-Frequenzen zu jenen von Österreich mit den angepassten Wiener Teilnehmezahlen. Ab dem Jahr 2009 ist erneut ein positiver Aufwärtstrend bei allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, wobei die Frequenzen in Salzburg im Jahr 2011 wieder ansteigen und jene in Niederösterreich nur leicht zurückgehen, erkennbar.

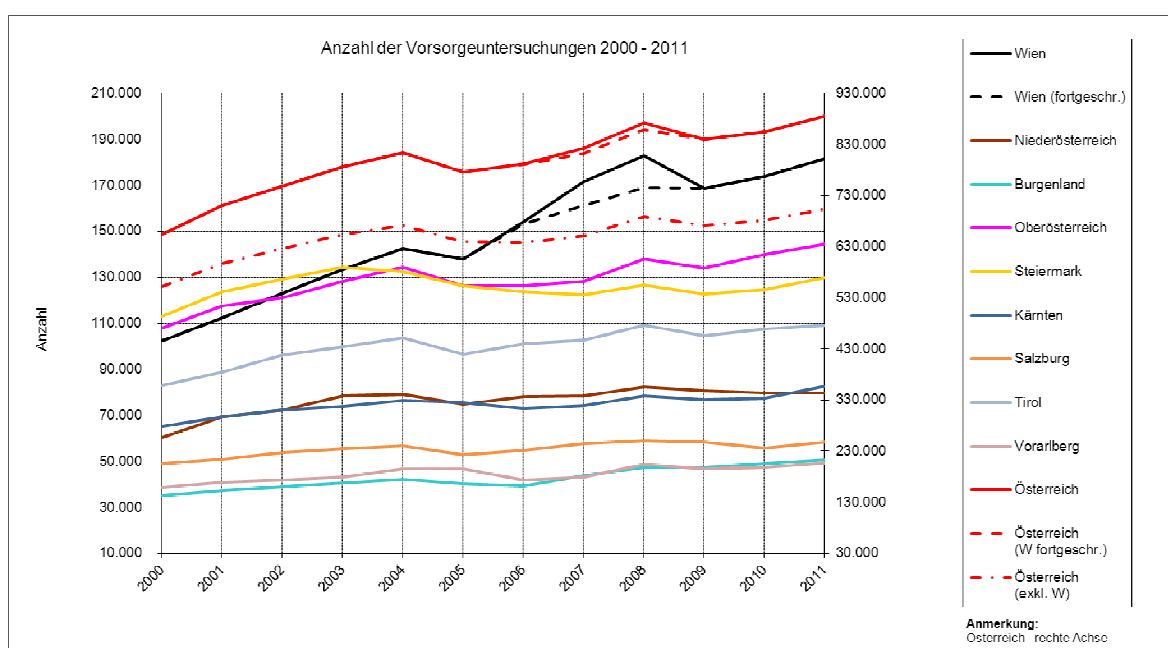


Abbildung 6: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2011 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.

Eine weitere Betrachtung des Verlaufs bis 2004 erfolgt in Abbildung 7 mit der Darstellung der relativen Differenzen der Absolutzahlen (Tabelle 15) jeweils im Vergleich zum Vorjahr. Der Knick im Jahr 2005 ist hier als die Folge eines sich bereits seit Jahren abzeichnenden Trends erkennbar. In den einzelnen Bundesländern - mit Ausnahme der Steiermark - ist bis 2004 ein relativer Zuwachs gegenüber den Vergleichsjahren gegeben. Dieser wird jedoch über die Jahre stets geringer, bis er schließlich im Jahr 2005 in Richtung eines Rückgangs umschlägt. Mit dem Jahr 2006 kommt es bei allen Bundesländern, in Vorarlberg und Kärnten ein Jahr später, zu einer Trendumkehr. Im Jahr 2009 scheint dieser Aufwärtstrend unterbrochen und es lässt sich ein Knick in der Verlaufskurve erkennen. Dies gilt auch für die österreichweiten Teilnehmezahlen 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 Teilnehmefrequenzen fällt nach einer Anpassung der gemeldeten Frequenzen um 1,6 bzw. 1,1 Prozentpunkte geringer aus (Tabelle

Vorsorgeuntersuchung Neu

15). Mit dem Jahr 2010 kommt es in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, wie bereits oben erwähnt, erneut zu einem Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Der positive Anstieg hält auch im Jahr 2011, in Niederösterreich gehen die Frequenzen nur leicht zurück, bei allen Bundesländern an.

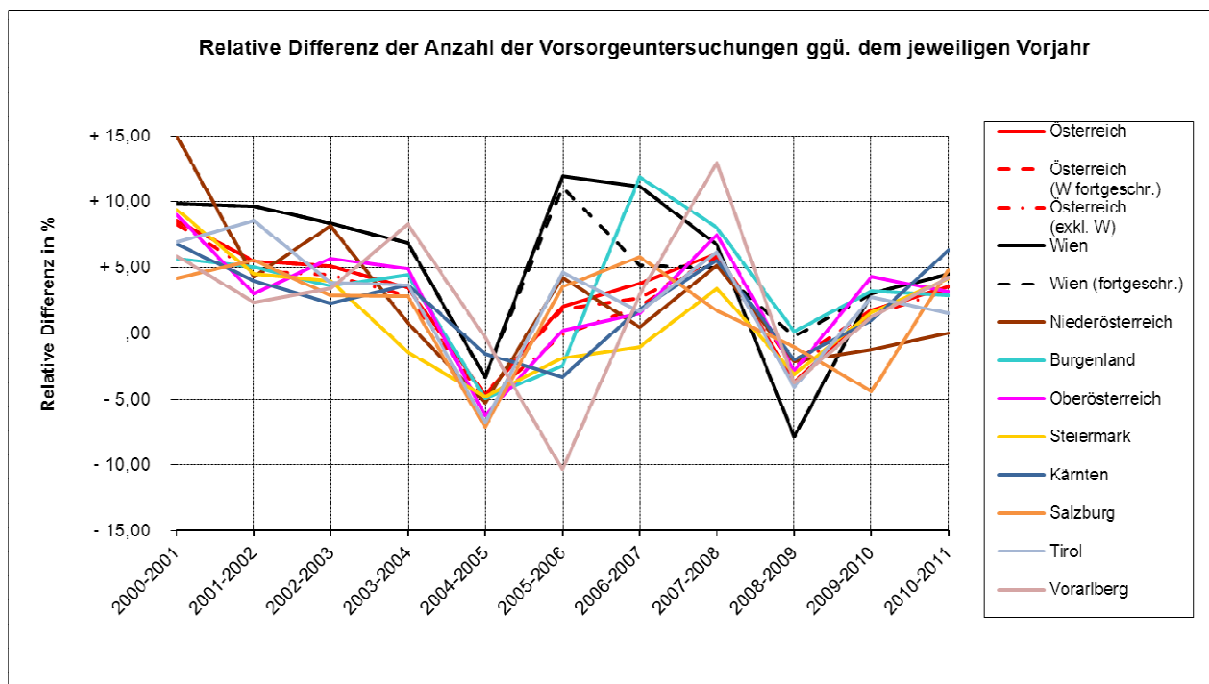


Abbildung 7: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). Legende: W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008.

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

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Österreich						+2,0	+3,8	+ 6,1	-3,7		
Österreich (W fortgeschr.)	+8,6	+5,5	+5,1	+3,5	-4,7	+1,9	+2,7	+5,7	-2,1	+1,8	+3,5
Österreich (exkl. W)	+8,3	+4,7	+4,4	+2,8	-5,0	-0,1	+2,1	+5,9	-2,6	+1,5	+3,3
Wien						+11,9	+11,2	+ 6,7	-7,8		
Wien (fortgeschr.)	+9,8	+9,7	+8,3	+6,8	-3,3	+11,1	+5,2	+5,0	-0,2	+3,0	+4,5
Niederösterreich	+15,0	+4,3	+8,2	+0,8	-5,3	+4,3	+0,5	+ 5,2	-2,1	-1,2	-0,0
Burgenland	+5,7	+5,1	+3,6	+4,5	-5,0	-2,4	+11,9	+ 8,0	+0,1	+3,2	+ 2,9
Oberösterreich	+9,0	+3,0	+5,7	+4,9	-6,2	+0,2	+1,5	+ 7,5	-2,8	+4,3	+ 3,1
Steiermark	+9,4	+4,5	+4,0	-1,4	-4,8	-1,9	- 1,0	+ 3,4	-3,1	+1,6	+ 4,2
Kärnten	+6,8	+4,0	+2,3	+3,6	-1,5	-3,3	+1,9	+ 5,6	-2,0	+1,0	+ 6,4
Salzburg	+4,2	+5,6	+2,9	+2,8	-7,1	+3,5	+5,8	+ 1,7	-1,0	-4,4	+ 4,9
Tirol	+6,9	+8,6	+3,9	+3,7	-6,8	+4,7	+1,6	+ 6,2	-4,1	+2,7	+ 1,5
Vorarlberg	+5,9	+2,4	+3,4	+8,3	-0,3	-10,3	+2,9	+ 13,0	-3,7	+1,3	+ 4,2

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

Vorsorgeuntersuchung Neu

Für den Zeitraum von 2000 bis 2009 zeigt sich im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt erstmals seit 2005 wieder eine Abnahme der Anzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Dies ist einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Burgenland, und andererseits auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen. Diese Entwicklung zeigt sich ebenfalls bei Anwendung einer linearen Fortschreibung der Wiener Teilnehmezahlen für den Zeitraum von 2006 bis 2008, die in die österreichweiten Frequenzen einfließen, wie auch bei Ausschluss der gemeldeten Frequenzen von Wien, jedoch in abgeschwächter Form, die sich relativ mit rund 40 % weniger Rückgang darstellt. Im Jahr 2010 ist die absolute Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen österreichweit und in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, erneut gestiegen. Auch im Jahr 2011 kann ein Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern beobachtet werden, mit Ausnahme eines leichten Rückgangs in Niederösterreich (Tabelle 16).

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

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Österreich						+15.647	+30.285	+50.036	-32.331		
Österreich (W fortgeschr.)	+55.878	+38.982	+37.983	+27.467	- 38.059	+14.516	+21.064	+46.437	-18.380	+15.053	+30.176
Österreich (exkl. W)	+45.820	+28.151	+27.707	+18.354	- 33.345	-788	+13.100	+38.472	-17.997	+9.930	+22.322
Wien						+16.435	+17.185	+11.564	-14.334		
Wien (fortgeschr.)	+10.058	+10.831	+10.276	+9.113	- 4.714	+ 15.304	+ 7.964	+ 7.965	- 383	+5.123	+7.854
Niederöst.	+9.064	+2.980	+5.910	+624	- 4.164	+3.197	+360	+4.036	-1.747	-989	- 10
Burgenland	+2.009	+1.881	+1.402	+1.813	- 2.099	-977	+4.668	+3.512	+58	+1.522	+ 1.425
Oberöst.	+9.705	+3.576	+6.909	+6.323	- 8.345	+299	+1.937	+9.659	-3.897	+5.769	+ 4.395
Steiermark	+10.605	+5.549	+5.133	- 1.873	- 6.377	-2.384	-1.282	+4.205	-3.948	+1.961	+ 5.213
Kärnten	+4.393	+2.782	+1.674	+2.688	- 1.169	-2.497	+1.363	+4.123	-1.586	+785	+ 4.940
Salzburg	+2.053	+2.833	+1.545	+1.544	- 4.038	+1.858	+3.189	+1.001	-587	-2.582	+ 2.703
Tirol	+5.738	+7.588	+3.711	+3.657	- 7.009	+4.516	+1.639	+6.363	-4.475	+2.863	+ 1.648
Vorarlberg	+2.253	+962	+1.423	+3.578	- 144	-4.800	+1.226	+5.573	-1.815	+601	+ 2.008

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

Insgesamt kann 2011 im Vergleich zu 2010 eine Zuwachsrate von +3,5 Prozent der Untersuchungen ausgemacht werden. Unter den Bundesländern verzeichnet Wien mit +7.854 allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen den größten Anstieg, gefolgt von der Steiermark mit +5.213 und Kärnten mit +4.940 Vorsorgeuntersuchungen (Tabelle 16). Einen nur leichten Rückgang zeigt das Bundesland Niederösterreich mit -10 Untersuchungen.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Für sämtliche der bisherigen Betrachtungen wurden die Untersuchungszahlen des allgemeinen Untersuchungsprogramms jeweils zweier Jahresfolgen berücksichtigt. Für weitere Aussagen hinsichtlich eines möglichen Trends wird daher in Tabelle 17 der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2011 gegenübergestellt. Damit soll eine vorsichtige Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen.

Tabelle 17: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2011 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.

Bundesland	Ø(2000-2004)	Ø (2006-2011)	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2011) [absolute Differenz]	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2011) [relative Differenz %]
Österreich	742.250	843.846	+101.596	+13,7
Österreich (W fortgeschr.)	742.250	839.607	+97.357	+13,1
Österreich (exkl. W)	619.623	671.819	+52.195	+8,4
Wien	122.627	172.028	+49.401	+40,3
Wien (fortgeschr.)	122.627	167.789	+45.162	+36,8
Niederösterreich	71.783	79.652	+7.869	+11,0
Burgenland	38.830	46.205	+7.375	+19,0
Oberösterreich	121.812	135.102	+13.290	+10,9
Steiermark	126.522	124.967	- 1.556	- 1,2
Kärnten	71.328	76.985	+5.657	+7,9
Salzburg	53.079	57.226	+4.147	+7,8
Tirol	94.158	105.599	+11.441	+12,2
Vorarlberg	42.111	46.084	+3.972	+9,4

Mit dem vorliegenden Datenmaterial lässt sich trotz des Rückganges im Jahr 2009, der sich teilweise über die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien erklären lässt, insgesamt für Österreich im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2011 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 beträgt dieser Zuwachs dabei insgesamt +13,7%. Hinsichtlich der relativen Differenz rangieren hinter Burgenland (+19,0%) die Bundesländer Tirol (+12,2%) und Niederösterreich (+11,0%) an zweiter und dritter Stelle. Bei dem Vergleich des Durchschnitts der Inanspruchnahme einer VU von 2006 bis 2011 mit dem Durchschnitt der „VU alt“ weist die Steiermark absolut (-1.556) wie relativ gesehen (-1,2%) das einzige Minus unter den Bundesländern auf. Ein analoges Ergebnis zeigt sich bei Verwendung einer linearen Fortschreibung für die Wiener Teilnahmezahlen betreffend den Zeitraum von

2006 bis 2008. Auch bei Ausschluss der Wiener Frequenzen zeigt sich österreichweit ein positiver Trend der VU Teilnehmezahlen im Zeitraum von 2006 bis 2011 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004.

1.3.7 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr **2011** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen auf die 45-49jährigen, wie auch im Vorjahr, zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2011 – wie auch in den beiden Jahren zuvor – die Gruppe der 60-64jährigen. Vergleicht man die Altersverteilung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr mit jener der VU-TeilnehmerInnen, zeigt sich bei den Männern analog zu den beiden Vorjahren die größte Unterrepräsentierung bei den 18-24jährigen und bei den Frauen bei den 18-24jährigen wie auch über 75jährigen.

Nach Absolutzahlen betrachtet entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2011 die anteilmäßige Inanspruchnahme der Frauen mit 13,3% um einen Prozentpunkt über jener der Männer mit 12,3%. Das führt zu einer österreichweiten Inanspruchnahme von 12,8 %.

Nach Absolutzahlen betrachtet, wie Wien im Jahr 2011, wie auch in den beiden Jahren zuvor, die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Nach der relativen Inanspruchnahme betrachtet, zeigt sich – wie bereits 2010 – folgendes Bild: Die höchsten Anteile entfallen auf das Bundesland Burgenland (21,1 %), gefolgt von Tirol (18,9 %) und Kärnten (17,9 %). Deutlich abgeschlagen von den übrigen Bundesländern zeigt sich auch 2011, wie in den Jahren zuvor, die niedrigste anteilige Inanspruchnahme im Bundesland Niederösterreich (6,0 %).

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen, so wurden im Jahr 2011 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms, wie auch in den Jahren zuvor, in Absolutzahlen von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt. Davon entfiel der größte Anteil auf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, gefolgt von niedergelassenen FachärztInnen für Innere Medizin.

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen (allgemeines Untersuchungsprogramm), so weisen im Jahr 2011 alle Bundesländer, mit Ausnahme von Niederösterreich, im Vergleich zu 2010 einen zahlenmäßigen Anstieg an TeilnehmerInnen des allgemeinen

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

Zusammenfassend kann sich der positive Trend der letzten Jahre, nach den rückläufigen Frequenzen im Jahr 2009, die einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern – mit Ausnahme von Burgenland – aber andererseits auch auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen waren, im Jahr 2011 nach der positiven Entwicklung im Jahr 2010 erneut fortsetzen. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten – mit Ausnahme von leichten Rückgängen in Niederösterreich – konnten wieder Anstiege der Inanspruchnahme verzeichnet werden. Wird anstatt der gemeldeten VU Teilnehmezahlen von Wien eine lineare Fortschreibung der Wiener Frequenzen für den Zeitraum von 2006 bis 2008, wo es zu Doppelmeldungen kam, herangezogen, konnten analoge Ergebnisse gezeigt werden.

Trotz des Rückganges im Jahr 2009 lässt sich insgesamt für Österreich weiterhin im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2011 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2008 im Bundesland Wien mitgeprägt wird. Bei Anwendung einer linearen Fortschreibung von Wiener Teilnehmezahlen für den genannten Zeitraum, in dem es zu Doppelerfassungen kam, lässt sich ein analoger positiver Trend erkennen. Dies gilt in gleicher Weise für die positive Entwicklung der VU Frequenzen in Österreich unter Ausschluss der gemeldeten Wiener Teilnehmezahlen.

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

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

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

Bis dato sind mehr als 270.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate liegt derzeit bei 7,84 Prozent.

Auf Basis der bisherigen Erfahrungen werden regelmäßig neue Maßnahmen und Services mittels Pilotprojekten getestet und anschließend evaluiert um den Response bzw. die Qualität der Einladekampagnen zu erhöhen. Seit Beginn des laufenden Jahres wird der einzige zur Verfügung stehende Kommunikationskanal „Einladebrief“ um neue Kommunikationskanäle bzw. zielgruppenspezifische Marketingmaßnahmen ergänzt.

Der Fokus liegt hierbei auf der Implementierung von regionalen und überregionalen Kooperationen mit ProjektpartnerInnen, welche direkt mit den jeweiligen Zielgruppen in Kontakt stehen und so einen niederschweligen Zugang zu Informationen über die Vorsorgeuntersuchung ermöglichen. Aus den abgeschlossenen Kooperationsprojekten konnten wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden. So besteht beispielsweise seitens möglicher PartnerInnen eine große Bereitschaft, Kooperationen mit der SV einzugehen. Die Entwicklung eines neuen Corporate Designs für die Vorsorgeuntersuchung konnte weitgehend

abgeschlossen werden. Die Folder und Plakate im neuen VU Corporate Design wurden in den Regelbetrieb übernommen und werden von den Risikogruppen sehr gut akzeptiert. Die Erstellung von Machbarkeitsanalysen zu Ehrenamtlichen- und MultiplikatorInnensystemen unterstützen diese Entwicklung.

Seit 1. Juli 2011 ist die kostenlose Serviceline 0800 501 522 implementiert und seither das ganze Jahr in Betrieb. Außerhalb des Kampagnenzeitraums (April, Mai und Oktober, November) nehmen ca. 600 Personen pro Monat die Serviceline in Anspruch. Das hervorragende Reporting bietet u.a. Ansatzpunkte für Folgekampagnen. So ist ein großer Informationsbedarf gegeben (61,81% der AnruferInnen) und viele AnruferInnen wollen gleich einen VU Termin vereinbaren (44,26% der AnruferInnen).

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

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

Ebenfalls nicht näher definiert bleiben die Begrifflichkeiten „Nutzen“ und „Kosten“. So fehlt nicht nur die Bezugsebene zum Nutzen, also etwa die Perspektive der PatientInnen, Kostenträger, Gesellschaft, sondern auch die spezifischen Endpunkte in Bezug auf diesen Nutzen. Ebenfalls keine Festlegung erfolgt, welche Art der Kosten – direkte oder indirekte Kosten, Folgekosten oder Opportunitätskosten – betrachtet werden sollen. Die Identifizierung 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-TeilnehmerInnen von der Gesamtbevölkerung bzw. Nicht-VU-TeilnehmerInnen, 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 TeilnehmerInnen der „alten VU“ vergleichbare (elektronische) Daten verfügbar wären, kann keinesfalls durch diese Gegenüberstellung eine Aussage über die Zuordnung etwaiger „Änderungen“ im Zusammenhang mit Inhalten der unterschiedlichen Untersuchungsprogramme getroffen werden.

Erste trägerübergreifende Analysen betreffend eine spezifische VU-Population, die den Nutzen aus der Perspektive der VU-ProbandInnen über allenfalls unterdurchschnittliche Ausmaße an verzeichneten Krankenhaus-Aufenthalten bzw. Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgreifen, wurden ebenfalls vor dem Hintergrund der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 im entsprechenden Kapitel dargestellt. Aus Sicht der Kostenträger, der österreichischen Sozialversicherung, wurden in diesem Zusammenhang ebenso Auswertungen betreffend verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarzt-Kosten angeführt.

Wie bereits im Kapitel 1.2.3 erwähnt, wird in Anknüpfung an diese Evaluierung seit Mitte 2010 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-ProbandInnen wird durch die Indikatoren Krankenhaus-Aufenthalt bzw. Arbeitsunfähigkeit abgebildet. Die Kostenseite wird wie zuvor über verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarzt-Kosten betrachtet. Ausgewählte Ergebnisse diesbezüglich werden aufgrund des auch geltenden Hintergrunds der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG im Folgekapitel dargestellt.

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. Die betrachtete Population umfasst jene VU-ProbandInnen, für welche im ersten sowie zweiten Quartal 2009 ein Befundblatt des Allgemeinen Programms elektronisch

Vorsorgeuntersuchung Neu

vom VU-Arzt übermittelt wurde. Es wurden bei dieser Fragestellung die Daten eines KV-Trägers repräsentativ für alle KV-Träger untersucht. Für diese Auswahl war die Datenqualität ausschlaggebend.

Durch folgende restriktive Forderungen wird eine maximale Zuschreibung der Neuentdeckung des Karzinoms zur VU erreicht:

- Kein Vorliegen einer Krebsdiagnose eineinhalb Jahre vor der VU-Inanspruchnahme,
- eine lt. Befundblatt-Dokumentation vorliegende Überweisung zum Facharzt,
- ein später in den Abrechnungsdaten aufscheinendes Krebscreening – bzw. ein Hautarzt-Kontakt
- und anschließend die gestellte Krebsdiagnose im Krankenhaus.

In Tabelle 18 wird ein Vergleich der berechneten Neuentdeckungsraten mit österreichweiten Krebsinzidenzdaten lt. Statistik Austria des zum Auswertungszeitpunkt aktuell vorliegenden Jahres 2008 angestellt. Der gewählte Beobachtungszeitraum ab VU-Inanspruchnahme beträgt 4 Monate.

Tabelle 18: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.

Karzinom	VU-Population (Q1, Q2/2009)		Gesamtbevölkerung 2008*	
	ASR	RR	ASR	RR
Zervix (n=0, N=10.253)	0,0	0,0	7,7	9,8
Mamma (n=11, N=7.771)	107,8	141,6	175,1	189,7
Kolorektal (n=10, N=10.321)	97,7	96,9	111,1	140,5
Prostata (n=11, N=4.660)	247,8	236,1	294,2	322,8
Melanom (n=1, N=18.898)	2,3	5,3	11,9	16,1

Anmerkung.

* Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister. Stand 08.09.2010.

ASR: Altersstandardisierte Rate nach SEGI Standard-Population.

RR: Rohe Rate.

Raten pro 100.000 Population.

Beobachtungszeitraum: VU-Population: 4 VU-Folgemonate. Gesamtbevölkerung: Jahr 2008.

n: Anzahl VU-TeilnehmerInnen mit Krebsdiagnose.

N: Anzahl VU-TeilnehmerInnen ohne Krebsdiagnose vor VU-Inanspruchnahme.

Zervix-Karzinom: VU-Probandinne: weiblich, 18+.

Mamma-Karzinom: VU-Probandinne: weiblich, 40+.

Kolorektal-Karzinom: VU-Probandinne: 50+.

Prostata-Karzinom: VU-Probandinne: männlich, 50+.

Melanom: VU-Probandinne: 18+.

Karzinom lt. KH- bzw. AU-Diagnose.

Beim Zervix-Karzinom konnten keine neuen Fälle erkannt werden, dem steht eine altersstandardisierte Inzidenz-Rate von etwa 8 Fällen per 100.000 in der österreichischen Gesamtbevölkerung im Jahr 2008 gegenüber. Beim Mamma-Karzinom wurden 142 neue Fälle, altersstandardisiert 108, per 100.000 ausgemacht. Diesen stehen 175 (altersstandardisierten) Inzidenz-Fälle in der Gesamtbevölkerung gegenüber. Beim Kolorektal-Karzinom musste die Bedingung eines vorliegenden Krebscreenings fallen gelassen werden, da dieses beim analysierten Träger vorwiegend intramural erfolgt und Daten aus diesem Bereich nicht zur Verfügung standen. Damit wurden 97 Fälle per 100.000, 98 altersstandardisiert, an neuen Krebsdiagnosen festgestellt. Die österreichweite Inzidenz-Rate beträgt (altersstandardisiert) 111. Beim Prostata-Karzinom wurden 236, altersstandardisiert 248, Neuentdeckungen per 100.000 beobachtet. Die österreichische Inzidenz-Rate liegt (altersstandardisiert) bei 294 Fällen. Betreffend Melanom werden 5 neue Fälle, altersstandardisiert 2 per 100.000 festgestellt. Österreichweit liegt die (altersstandardisierte) Rate bei 12.

Es wird auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse bedingt durch unterschiedlich lange Beobachtungszeiträume (VU: 4 Monate, Statistik Austria: 12 Monate) und fehlende Informationen über die Tumorstadien in den VU-Zahlen hingewiesen. Zur Verbesserung der Evaluierbarkeit wird eine Verknüpfung mit dem österreichischen Krebsregister sowie die Erfassung des konkreten Tumorstadiums zum Zeitpunkt der Diagnosestellung empfohlen. Es lässt sich daher nicht abschließend beurteilen, dass durch die Vorsorgeuntersuchung die Basisinzidenz/Krebsneuerkrankungen in der Bevölkerung (frühzeitig) erkannt wird. Für differenziertere Ergebnisse und Ausführungen wird auf den zum Zeitpunkt dieser Berichtslegung noch zu bearbeitenden Abschlussbericht verwiesen.

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

Neben den in diesem Kapitel bzw. im Folge-Kapitel angeführten Ergebnissen würde vor allem jedoch eine umfassende „Kosten-Nutzen-Bewertung“ der Vorsorgeuntersuchung die Entwicklung eines soliden Wirkmodells erfordern. Um also zu einer Schätzung der Effekte der „Intervention Vorsorgeuntersuchung“ zu gelangen, müsste ein derartiges Modell alle relevanten Wirkfaktoren gültig abbilden. Aufgrund des sehr komplexen Geschehens in der VU Neu als Maßnahmenbündel von multidimensionalen Interventionen und vielfältiger, außerhalb der VU wirksamen Einflussfaktoren auf die Gesundheit (z.B. Arbeitswelt, Umwelt) sowie der langen Latenzzeiten der präventiven Effekte, kann die Entwicklung eines derartigen Wirkmodells als grundsätzlich problematisch erachtet werden. Der Zeitraum von nur drei Jahren zur Beobachtung möglicher Effekte erscheint vor dem Hintergrund der mit zeitlicher Verzögerung

Vorsorgeuntersuchung Neu

eintretenden Wirkungen sicherlich zu knapp bemessen. Nicht zuletzt ist auch die Methode der Bewertung des gesundheitlichen Nutzens in Geldeinheiten höchst umstritten.

Im Anschluss findet sich eine Aufstellung der trägerspezifischen Kosten der Vorsorge(Gesundenuntersuchung) im Jahr 2011 (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2011, nach KV-Trägern

KV-Träger	Kosten 2011
WGKK	20.017.837
BGKK	3.106.297
KGKK	6.533.517
NGKK	6.206.361
OÖGKK	10.561.257
SGKK	4.111.463
STGKK	8.414.370
TGKK	8.945.388
VGKK	4.975.812
VAEB	2.450.795
BKK	540.247
SVA	4.824.881
SVB	2.589.560
BVA	6.645.644
gesamt	89.923.429

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juli 2012

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

1.6.1 Einleitung

Wie bereits in der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 richten sich für diese Fragestellung die Analysen auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in Folge der Inanspruchnahme eines allgemeinen VU-Programmes innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums.

Neu bei den hier dargestellten Ergebnissen ist die Betrachtung einer spezifischen Risikopopulation, nämlich jener VU-ProbandInnen mit einem lt. Befundblatt-Dokumentation **hohen bzw. sehr hohen kardiovaskulären Risiko**. Hintergrund ist die Hypothese eines positiven Effekts der VU-Inanspruchnahme auf gesundheits- und kostenbezogene Outcomes bei der beobachteten Risikogruppe. Zudem soll damit bei einer Vergleichsrechnung zwischen VU-TeilnehmerInnen und VU-Nicht-TeilnehmerInnen der Einfluss dieses Risikoprofils auf das Ausmaß der in Anspruch genommenen Leistungen kontrolliert werden. Bei den vorangegangenen Analysen stand die dafür notwendige pseudonymisierte Verknüpfung von VU-Befunddaten und KV-Abrechnungsdaten (FOKO-Schnittstelle) nicht zur Verfügung.

Für differenzierte Ergebnisse und Ausführungen sei auf den zum Zeitpunkt dieser Berichtslegung noch zu bearbeitenden Evaluierungsbericht verwiesen.

1.6.2 Methode

Zur Evaluierung des versorgungsrelevanten Konsums medizinischer Leistungen werden als Studienpopulation VU-ProbandInnen des ersten und zweiten Quartals 2009 mit einem Alter ab 40 Jahren und einem hohen bzw. sehr hohen kardiovaskulären Risiko betrachtet. Diese Population wird über die Befundblatt-Dokumentation im Feld „Ergebnis des New Zealand Risk Scale: hoch, sehr hoch“ identifiziert.

Zusätzlich wird die Frequenz der VU-Inanspruchnahme in den Jahren 2005 bis 2008 aus den Daten der SVC GmbH erhoben. Dies erlaubt eine Identifikation von VU-Nicht-TeilnehmerInnen und VU-TeilnehmerInnen für diesen Zeitraum und damit auch den Vergleich. Verglichen werden die Gruppen der VU-TeilnehmerInnen mit jährlicher bzw. regelmäßiger und einmaliger Inanspruchnahme der VU Neu im Zeitraum 2005 bis 2008 mit der Gruppe der Nicht-TeilnehmerInnen. Die Leistungsinanspruchnahme wird für sechs Monate vor Inanspruchnahme der VU Neu im ersten Halbjahr 2009 ausgewertet, womit ein kurzfristiger zeitlicher Anschluss an die Erhebung des Risikoprofils und damit dessen Gültigkeit bestmöglich gehalten werden soll (Abbildung 8).

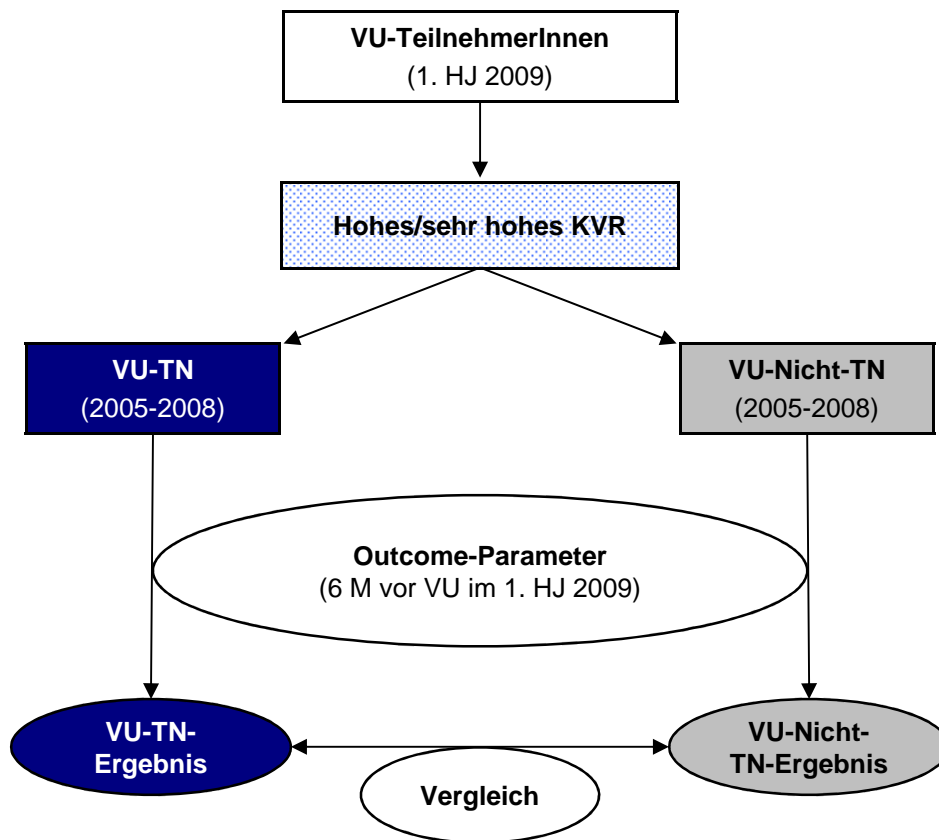


Abbildung 8: Schema Outcome-Evaluierung

Anmerkung. Halbjahr (HJ). Kardiovaskuläres Risiko (KVR). TeilnehmerInnen (TN). Monate (M).

Der angesprochene versorgungsrelevante Konsum medizinischer Leistungen wird anhand nachfolgender Outcome-Parameter gemessen. Diese wurden für den Zeitraum von sechs Monaten vor Inanspruchnahme der VU Neu im ersten Halbjahr 2009 ausgewertet und setzen sich wie folgt zusammen:

- Krankenhausaufenthalts-Tage, -Fälle
- Heilmittel-Anzahl, -Kosten
- Krankenstands-Tage, -Fälle
- Vertragsarztkontakte, -Kosten

Als elektronische Datenquelle wurden, wie im Kapitel 1.2.3 bereits angesprochen, die SV-Abrechnungsdaten gemäß der FOKO (FOlgeKOsten)-Schnittstelle sowie die damit verknüpften pseudonymisierten elektronischen Befundblatt-Daten herangezogen. Die dargestellten Ergebnisse basieren auf den Daten der FOKO-Schnittstelle der neun Gebietskrankenkassen sowie der bundesweiten Sondersversicherungsträger BVA und SVA.

1.6.3 Ergebnisse

(A) Mittlere Anzahl eingelöster Heilmittel

Frauen

In Abbildung 9 zeigt sich, dass bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bzw. sehr hohen kardiovaskulären Risiko mit dem Alter auch die Anzahl der Heilmittel-Verordnungen im Halbjahr vor der VU-Teilnahme sukzessive ansteigt. Dies gilt in gleicher Weise für VU-Teilnehmerinnen, die vor der Untersuchung seit 2005 nie, einmal oder bereits zwei bis viermal bei einer VU waren. Die mittlere Anzahl an Heilmittel-Verordnungen bei den 40- bis 50-Jährigen, die bereits einmal bei einer VU waren, ist aufgrund des großen Streuungswertes nicht mit den übrigen Werten vergleichbar. Im Schnitt kann bei den VU-Teilnehmerinnen, die bereits mehrmals (zwei bis viermal) bei einer VU waren, eine höhere Anzahl an Heilmittel-Verordnungen beobachtet werden, als bei den VU-Teilnehmerinnen, die seit 2005 noch nicht bzw. einmal bei einer VU waren.

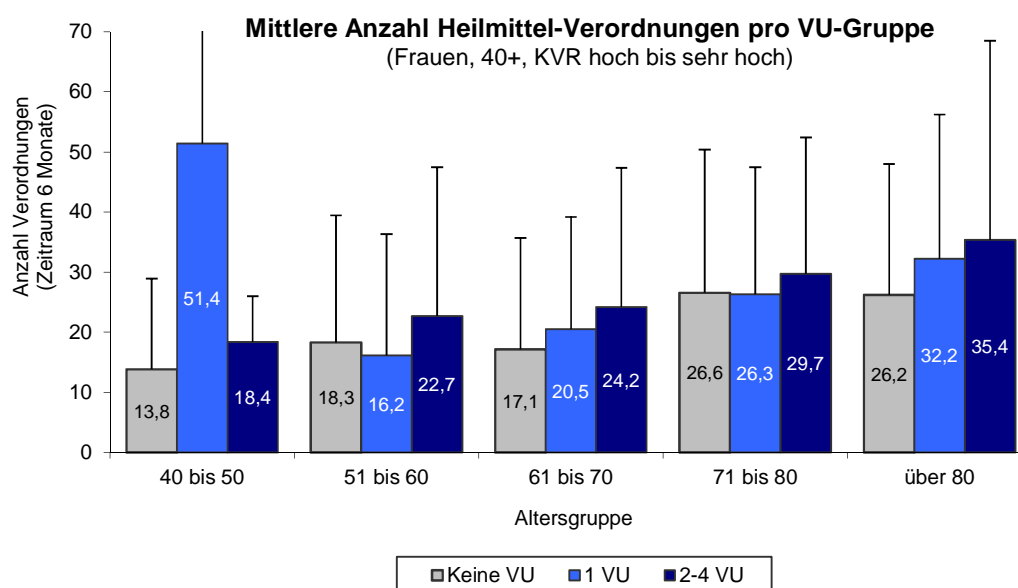


Abbildung 9: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Frauen. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 2.536).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR).

Männer

Gemäß Abbildung 10 weisen VU-Teilnehmer (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko, die regelmäßig eine VU in Anspruch nehmen, bis zum 70. Lebensjahr im Schnitt mehr Heilmittel-Verordnungen auf als VU-Teilnehmer, die rückwirkend bis 2005 höchstens einmal bei einer VU waren. Ab dem 71. Lebensjahr kann bei den Männern in

dieser Risikopopulation in den angeführten „VU-Gruppen“ von einem analogen Heilmittelkonsum gesprochen werden.

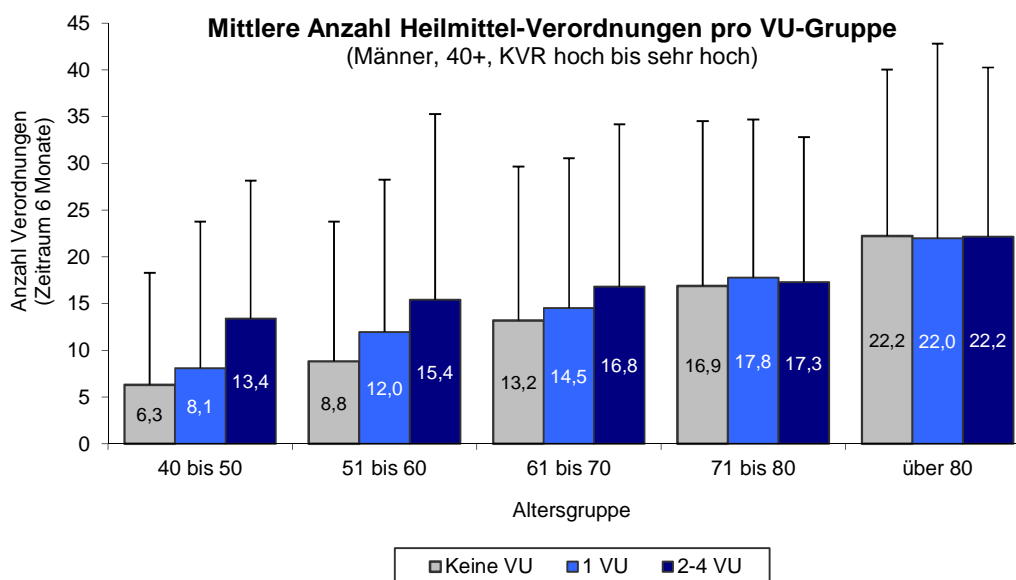


Abbildung 10: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Männer. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 6.149).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR).

(B) Mittlere Kosten eingelöster Heilmittel

Frauen

Beim Vergleich der mittleren Heilmittel-Kosten bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko in den drei angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) zeigt sich in Abbildung 11 ein analoges Bild zum Vergleich der Anzahl der Heilmittel-Verordnungen (Abbildung 9). VU-Teilnehmerinnen, die eine VU regelmäßig in Anspruch nehmen, weisen im Schnitt höhere Heilmittel-Kosten auf als jene, die seit 2005 höchstens einmal bei einer VU waren. Die mittleren Kosten-Werte in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen können aufgrund der starken Streuungsunterschiede nicht miteinander verglichen werden.

Vorsorgeuntersuchung Neu

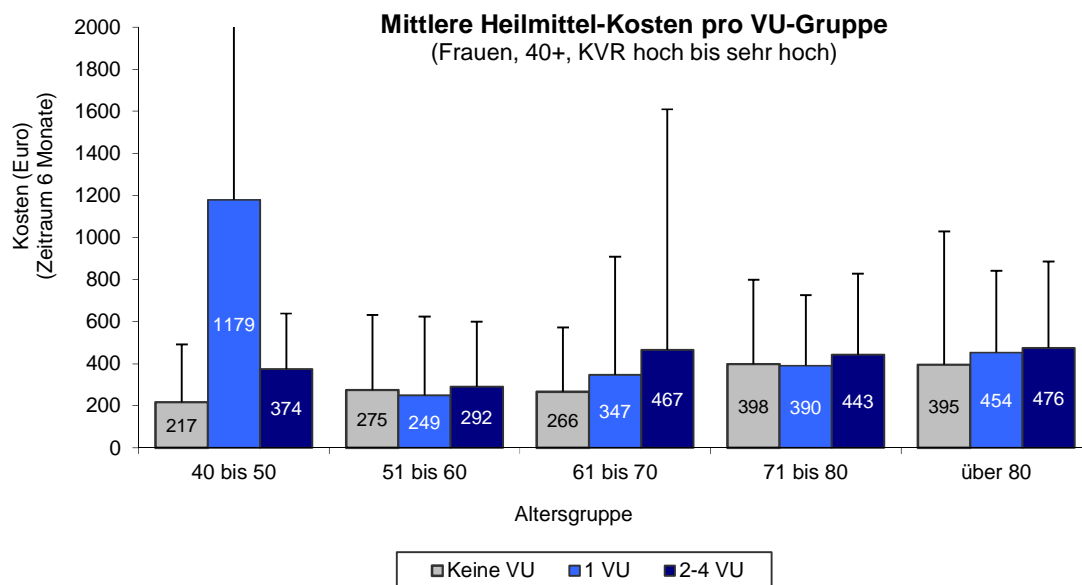


Abbildung 11: Mittlere Heilmittel-Kosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Frauen. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 2.536).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR). Kosten in Euro, exkl. USt.

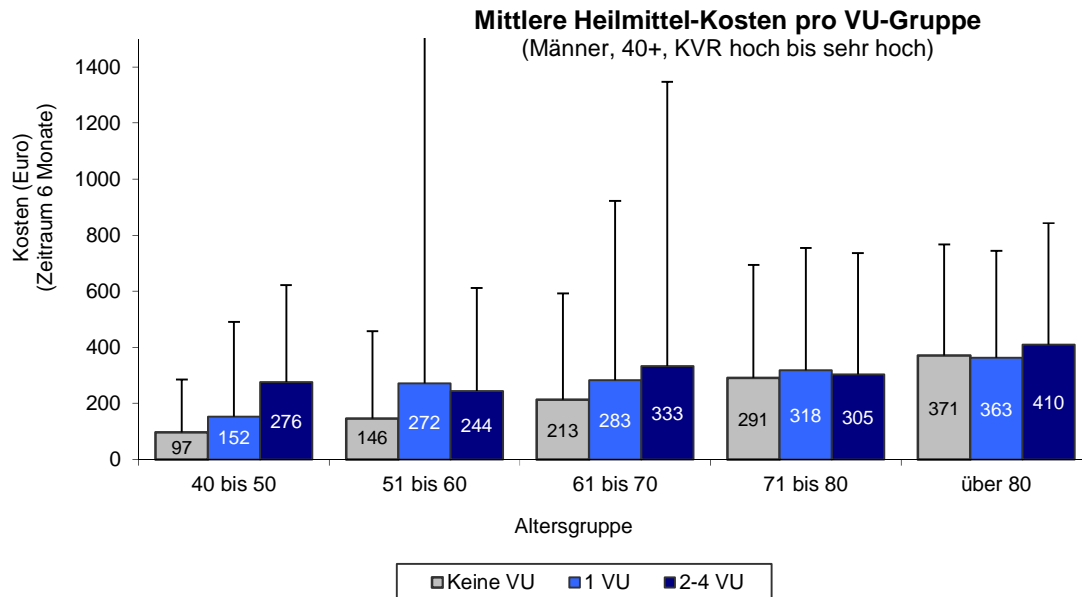


Abbildung 12: Mittlere Heilmittel-Kosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Männer. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 6.149).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR). Kosten in Euro, exkl. USt.

Männer

In Abbildung 12 zeigt sich, dass die mittleren Heilmittel-Kosten bei den VU Teilnehmern (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) mit dem Alter sukzessive ansteigen. Die größten Unterschiede zwischen den „VU-Gruppen“ – steigende Kosten bei steigender VU-Frequenz – zeigen sich bei den 40- bis 70-Jährigen. Bei den über 70-Jährigen können weitgehend analoge mittlere Heilmittel-Kosten in den angeführten „VU-Gruppen“ beobachtet werden.

(C) Mittlere Anzahl an KH-Tagen

Frauen

In Abbildung 13 wird die mittlere Anzahl der Krankenhaus-Tage, die bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) im Halbjahr vor der beobachteten VU angefallen sind, dargestellt. In der Altersdekade der 40- bis 50-Jährigen liegen kaum Krankenhaus-Tage vor. Bei den 51- bis 60-jährigen Frauen weisen jene mit einer einzigen VU seit 2005 im Durchschnitt die meisten Krankenhaustage auf. In den Altersgruppen der 61- bis 70- bzw. 71- bis 80-jährigen Frauen trifft dies auf jene zu, die regelmäßig eine VU in Anspruch nehmen. Bei den über 80-Jährigen können analoge Werte beobachtet werden.

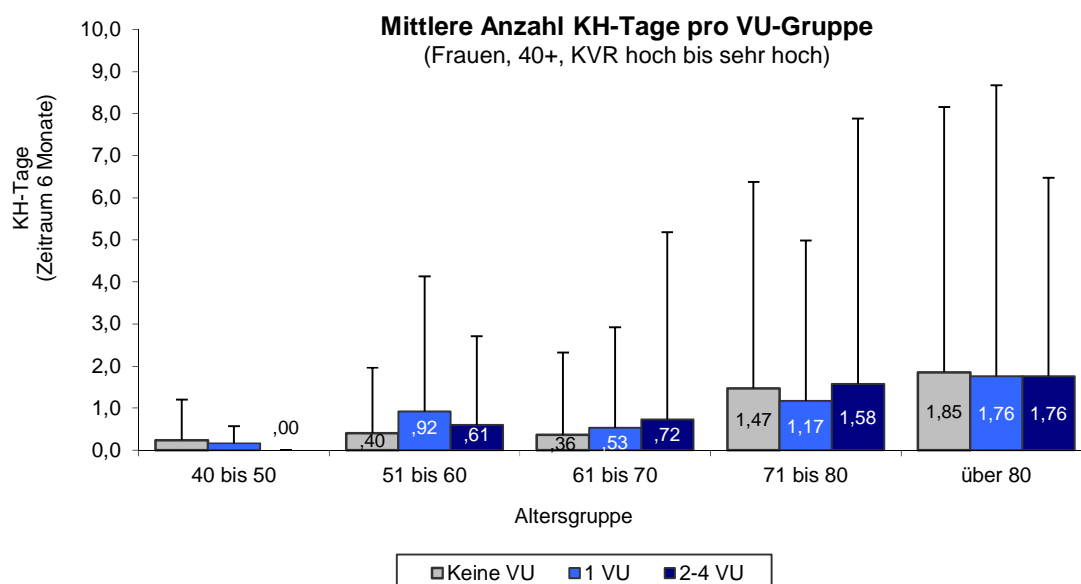


Abbildung 13: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Frauen. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 2.979). VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU). Kardiovaskuläres Risiko (KVR).

Männer

In Abbildung 14 zeigt sich, dass bei den VU Teilnehmern (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko die Krankenhaustage in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) mit dem Alter leicht zunehmen. In den Altersdekaden vom 51. bis zum 80. Lebensjahr zeigen sich die mittleren Krankenhaustage in den einzelnen „VU-Gruppen“ als weitgehend analog. Bei den über 80-Jährigen sind jene VU Teilnehmer durch Krankenhaustage am stärksten belastet, die seit 2005 bei keiner VU waren. Die unterschiedlichen Streuungswerte in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen lassen einen Gruppenvergleich nicht zu.

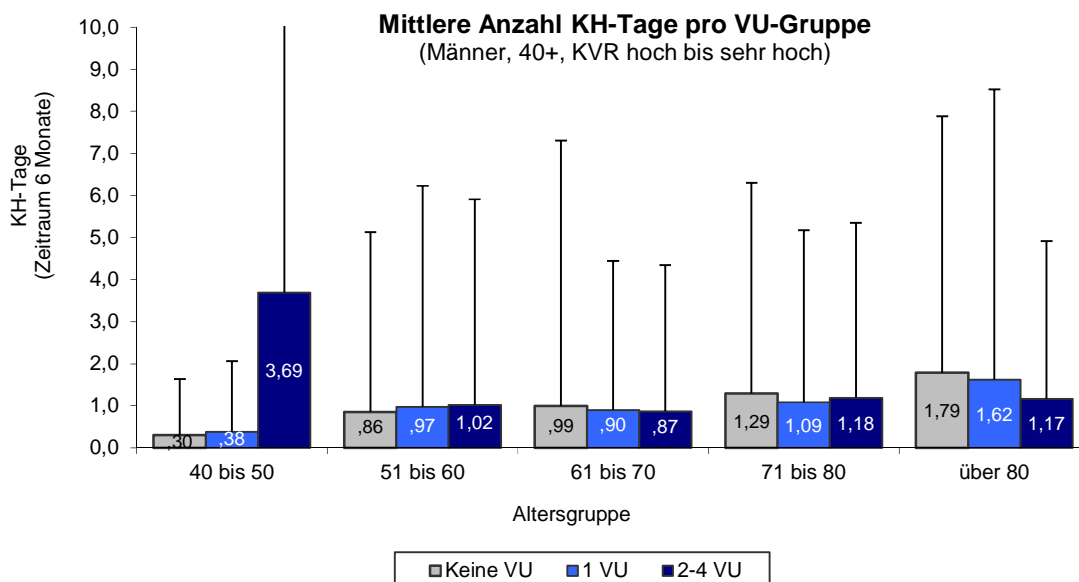


Abbildung 14: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Männer. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 7.600).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR).

(D) Mittlere Anzahl an AU-Tagen

Frauen

Die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) der VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009) zwischen 40 und 70 Jahren mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko werden nach den „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) in Abbildung 15 einander gegenübergestellt. Die VU-Teilnehmerinnen weisen gegenüber den Nicht-Teilnehmerinnen eine im Durchschnitt höhere Anzahl an AU-Tagen auf.

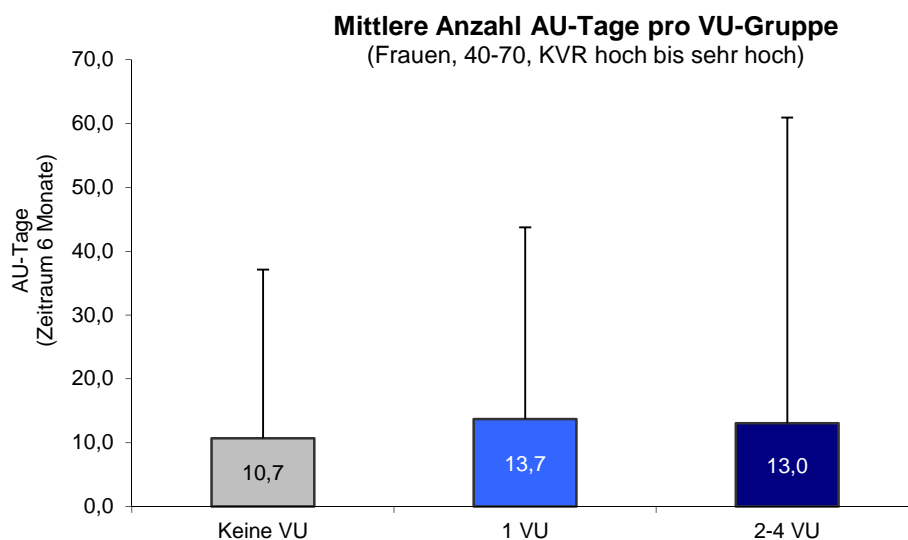


Abbildung 15: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Frauen. Alter: 40-70. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 179).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR). Versicherungsstatus: erwerbstätig, arbeitslos, selbstversichert.

Männer

Abbildung 16 zeigt die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), die bei den VU-Teilnehmern (Q1, Q2/2009) zwischen 40 und 70 Jahren mit hohem bis sehr hohem kardiovaskulären Risiko in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) und Altersdekaden angefallen sind. Bei den 40- bis 50-Jährigen weisen die „VU-Gruppen“ analoge Werte auf. In der Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen bzw. der 61- bis 70-Jährigen weisen die regelmäßigen VU-Teilnehmer den höchsten Durchschnitt an AU-Tagen auf.

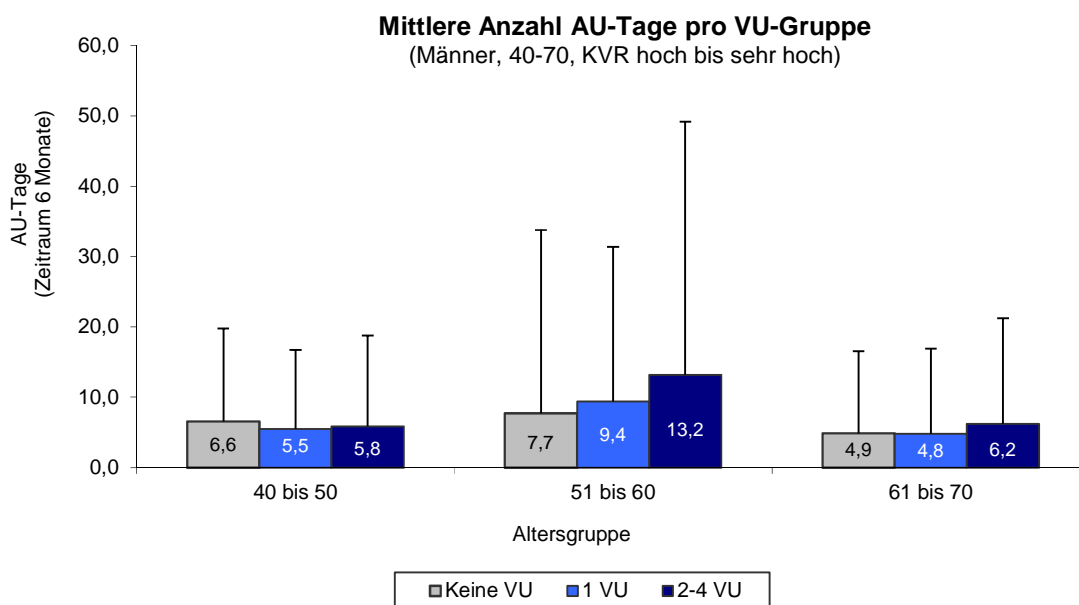


Abbildung 16: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Männer. Alter: 40-70. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 1.109). VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU). Kardiovaskuläres Risiko (KVR). Versicherungsstatus: erwerbstätig, arbeitslos, selbstversichert.

(E) Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen

Frauen

In Abbildung 17 wird die mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen dargestellt, die von den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko je nach „VU-Gruppe“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) in Anspruch genommen wurden. Mit dem Alter steigt die Anzahl der Arzt-Kontakte in den angeführten „VU-Gruppen“ an. Im Schnitt weisen die VU Teilnehmerinnen gegenüber den VU-Nicht-Teilnehmerinnen – über die Altersgruppen hinweg – eine höhere Anzahl an Vertragsarzt-Kontakten auf.

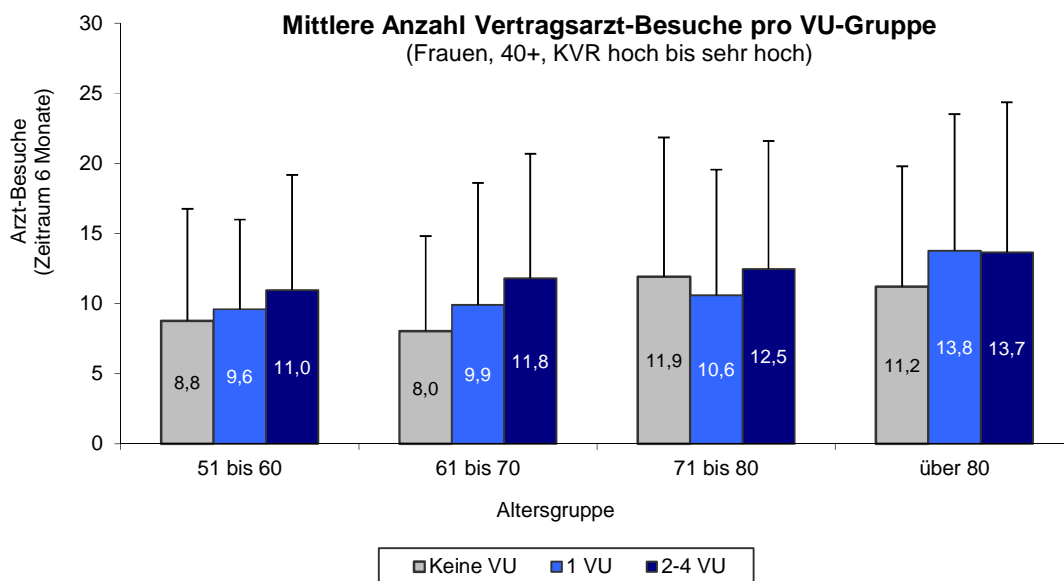


Abbildung 17: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Frauen. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 1.994).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR).

Männer

In Abbildung 18 zeigt sich, dass VU Teilnehmer (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko mit steigendem Alter häufiger einen Vertragsarzt aufsuchen. Dies gilt für alle angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU). In allen Altersgruppen zeigen die Männer, die am häufigsten eine VU in Anspruch nehmen – in den Jahren 2005 bis 2008 zwei bis viermal – durchschnittlich auch die meisten Vertragsarzt-Kontakte.

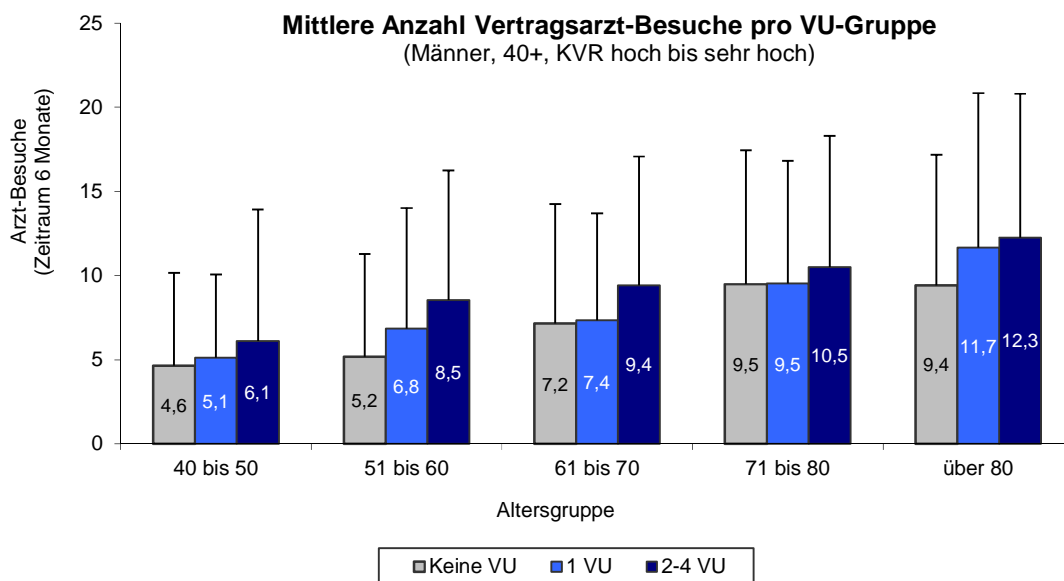


Abbildung 18: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Männer. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 5.755).
VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU).
Kardiovaskuläres Risiko (KVR).

(F) Mittlere Vertragsarzt-Kosten

Frauen

Analog zu den Vertragsarzt-Besuchen zeigt sich bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko, in Abbildung 19 die Entwicklung der Arztkosten. Die VU-Teilnehmerinnen, die zwischen 2005 und 2008 regelmäßig eine VU in Anspruch genommen haben (zwei bis viermal), weisen im Schnitt die höchsten Arztkosten auf. Eine Ausnahme bilden die 71- bis 80-Jährigen, wo VU Teilnehmerinnen mit bisher keiner VU die höchsten Arztkosten zeigen.

Vorsorgeuntersuchung Neu

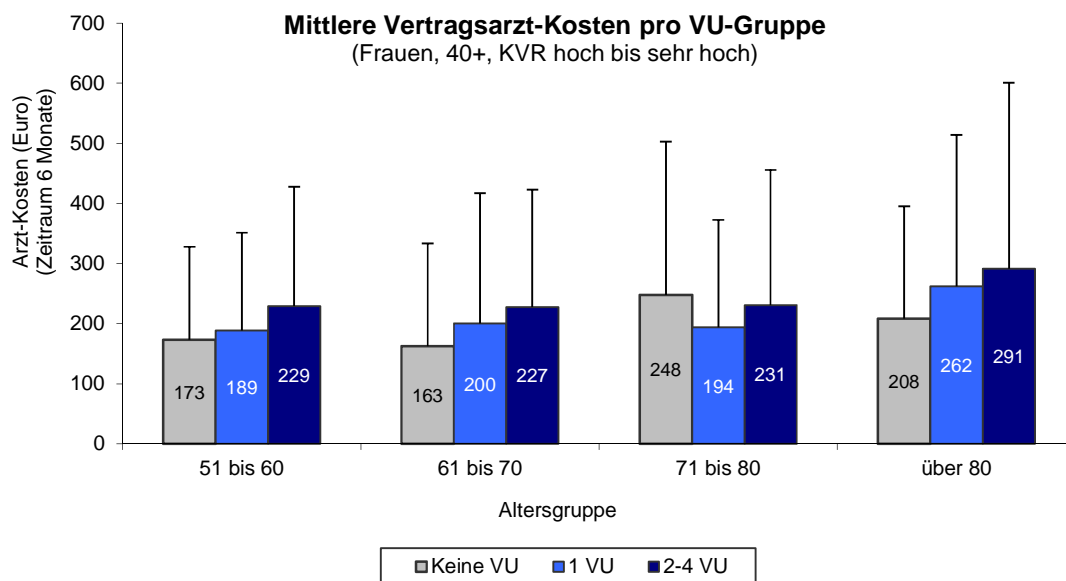


Abbildung 19: Mittlere Vertragsarzt-Kosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Frauen. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 1.994). VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU). Kardiovaskuläres Risiko (KVR). Exkl. Zahnarzt. Kosten in Euro, exkl. USt.

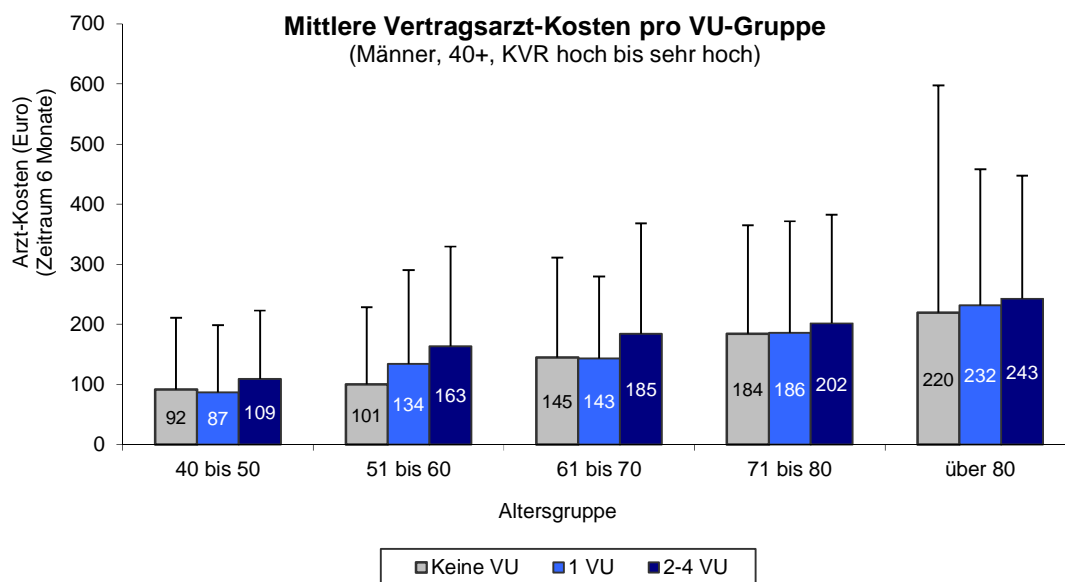


Abbildung 20: Mittlere Vertragsarzt-Kosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

Anmerkung. Geschlecht: Männer. Alter: 40+. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 5.755). VU-Gruppen: Keine, eine, zwei bis vier VU-Inanspruchnahmen innerhalb 2005-2008 (Keine VU, 1 VU, 2-4 VU). Kardiovaskuläres Risiko (KVR). Exkl. Zahnarzt. Kosten in Euro, exkl. USt.

Männer

Die Entwicklung der Vertragsarzt-Kosten in Abbildung 20 zeigt bei den VU-Teilnehmern (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko eine analoge Entwicklung wie die der entsprechenden Arztkontakte. Mit steigendem Alter steigen auch die bei Vertragsärzten anfallenden Kosten. Die regelmäßigen VU Teilnehmer mit bereits zwei bis vier vorangehenden Vorsorgeuntersuchungen weisen in allen Altersgruppen die höchsten Arztkosten auf.

1.6.4 Schlussfolgerungen

Die Hypothese, dass die VU-Inanspruchnahme im Bereich einer spezifischen Risikogruppe – hier ProbandInnen mit hohem bis sehr hohem kardiovaskulären Risiko – einen positiven Effekt auf gesundheitsbezogene Outcomes zeigen könnte, hat sich für die betrachtete Population im gewählten Beobachtungszeitraum nicht bestätigt. Unter Umständen wären dazu längere Zeiträume notwendig, aber auch langjährige Betrachtungen (Hummer, 2009; Hackl et al., 2012) – zwar nicht für dieses Risikoprofil – haben keinen positiven Einfluss der Intervention VU auf den Gesundheitszustand, gemessen an der Anzahl an Krankenstands-Tagen sowie Spitalsaufenthalten, zeigen können.

Dagegen sind auf der Kosten-Seite sehr wohl höhere Aufwände durch eingelöste Heilmittel und abgerechnete Arzt-Leistungen bei den VU-TeilnehmerInnen gegenüber den Nicht-TeilnehmerInnen zu verzeichnen. Dies zeigt sich auch bei verschiedenen Analyse-Ansätzen wie bei der letzten Berichtslegung dargestellt, sowie bei den vorhin genannten Arbeiten (Hummer, 2009; Hackl et al., 2012).

Früherkennungsprogramme lassen sich daran messen, dass sie das Auftreten von schweren Krankheiten oder Todesfällen verhindern können. Ein robuster Nachweis dieses präventiven Effekts lässt sich nach Einschätzung der Studienautoren nur im Rahmen einer Langzeitstudie zur VU erbringen.

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

1.7.1 Ausgangssituation

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

Eine gezielte Evaluierung kann mit den vorliegenden Daten jedoch nur deskriptiv erfolgen. So können *innerhalb der VU-Population* Gruppen mit bestimmten klinischen Befundkonstellationen bzw. mit definierten Risikofaktor-Bündeln (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen bzw. definierten kardiovaskulären Globalrisiko-Klassen) in einer Querschnitt-Betrachtung hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen dargestellt werden. Ausgewählte Ergebnisse der ersten Querschnitt-Analyse wurden bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 angeführt. Da in diesem Zusammenhang keine weiteren Analysen vorliegen, werden diese Ergebnisse im Kapitel 1.7.3 angegeben.

Auch die Längsschnitt-Beobachtung derart umschriebener Gruppen hinsichtlich der *Veränderung modifizierbarer Risikofaktoren* über einen längeren Zeitraum (drei bis fünf Jahre) sollte angestrebt werden. Hierbei geht es um keine Gegenüberstellung mit einer Vergleichsgruppe (Ausführungen dazu siehe S. 50, 3. Absatz). Dabei sollte jedoch immer mit berücksichtigt werden, dass es sich bei vielen der bei der VU festgestellten Befunde um Momentaufnahmen mit teilweise großer individueller Variabilität oder um noch abklärungsbedürftige Verdachtsbefunde handelt. Ebenfalls zu berücksichtigen ist die nicht validierbare bzw. nicht bekannte Güte der Datenkodierung bei der VU selbst. So müsste etwa geprüft werden, inwieweit bestimmte Risiko-Klassifizierungen tatsächlich korrekt erfolgen.

Um das einer VU nachfolgende Leistungsgeschehen abzubilden, wird seit Mitte 2010 an der Umsetzung und Auswertung einer Verknüpfung von pseudonymisierten FOKO-Daten mit den pseudonymisierten elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Über diesen Zugang soll vor dem Hintergrund der Fragestellung in Ziffer 4 des § 447h (4) eine Evaluierung differenzierter Versorgungsaspekte von spezifischen Risikogruppen der VU-Population möglich werden. Zum Zeitpunkt dieser Berichtslegung wird noch an der Endfassung des Abschlussberichts über die pseudonymisierte Verknüpfung von Krankenversicherungsdaten (FOKO-Schnittstelle) mit elektronischen Befunddaten der VU Neu gearbeitet.

Für die hier skizzierten Auswertungsansätze sind qualitativ gute elektronische VU-Befunddaten eine unabdingbare Voraussetzung. Details zur elektronischen Übermittlung finden Sie im Kapitel 1.1. Eine flächendeckende elektronische Übermittlung wurde mit Ende des 1. Halbjahres 2009 erreicht.

Gemäß § 16 VU-GV wurde die Evaluierung der vorliegenden pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung (ausschließlich) gemeinsam zwischen ÖÄK und HVB durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam durchgeführt. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Möglichkeiten definierte das gemeinsame Evaluierungsteam vor allem vor dem Hintergrund der Ziffer 4 des § 447h (4) ASVG einen „VU-Kernindikatorensatz“ hinsichtlich der Versorgung spezifischer Risikogruppen. Dieser Indikatorensatz berücksichtigt jene Indikatoren, welche aus den VU-Befunddaten des allgemeinen Programms darstellbar sind und orientiert sich außerdem an den Vorsorgezielen der VU Neu. Basierend auf dem definierten Indikatorensatz erfolgten mit Mai 2010 die ersten deskriptiven Analysen der pseudonymisierten VU-Befunddaten durch das IfGP. Folgend werden die Limitierungen und ausgewählte Ergebnisse dieser gemeinsamen Evaluierung dargestellt. Diese Ergebnisse wurden, wie oben erwähnt, bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2011 angeführt. Da keine aktuelleren Auswertungen vorliegen, werden sie wiederum angegeben.

1.7.2 Limitierungen aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU - Befunddaten

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

Die methodischen Einschränkungen begründen sich dadurch, dass die Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten in einem nicht-experimentellen, nicht-randomisierten Setting stattfindet. Nicht-randomisierte Beobachtungsstudien unterliegen grundsätzlich den vielfältigen Gefahren eines Bias, d.h. einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse auf ganz verschiedenen Ebenen (Chow & Liu, 2004). Es ist daher entsprechend dem Lehrbuch für Routinedaten im Gesundheitswesen (Swart & Ihle, 2005), vorzugehen.

Mögliche Verzerrungen auf TeilnehmerInnenseite:

- Es nehmen eher gesundheitsbewusste und auch objektiv gesündere Personen an der VU teil.
- Es nehmen eher gebildete und einkommensstarke Gruppen an der VU teil.

Vorsorgeuntersuchung Neu

- VU TeilnehmerInnen sind stärker um ihre Gesundheit besorgt bzw. haben mehr Angst vor Krankheiten als Nicht-TeilnehmerInnen.
- VU TeilnehmerInnen werden durch verschiedene Einladesysteme unterschiedlich erreicht und motiviert an einer VU teilzunehmen.
- VU TeilnehmerInnen haben einen Erinnerungsbias beim Ausfüllen des Anamnesebogens.

Mögliche Verzerrungen auf Untersucherseite:

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

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

Eine weitere Limitierung ist die **Datenqualität**. Aufgrund der Vielzahl an Untersuchern ist davon auszugehen, dass auch die Qualität (z.B. Messgenauigkeit, Erfassung) der erhobenen Werte eine große Variabilität aufweist. So lässt z.B. der häufige Eintrag „keine Maßnahme“ bei weiter abklärungs- oder therapiebedürftigen Befunden (siehe folgend Kapitel 1.7.3) auf ein Problem mit der Datenqualität schließen. Dass dies in erster Linie auf eine Ablehnung des Patienten zurückzuführen ist, lassen die Auswertungen der Themenkomplexe, bei denen diese Möglichkeit gegeben ist, unwahrscheinlich erscheinen. Damit müssen hier immer die individuelle Variabilität und individuell bedeutenden Kontextfaktoren mitberücksichtigt werden. Letztere gehen aber ebenfalls bei einer bevölkerungsbezogenen Auswertung verloren bzw. werden unscharf. So kann derzeit etwa eine bereits bestehende Versorgung der Probandin

bzw. des Probanden nicht dokumentiert werden, was die Angabe von „Keine Maßnahme“ unter anderem erklären könnte.

1.7.3 Ergebnisse aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten

Knapp ein Fünftel (17,8 %; Absolutwert: 61.504) der VU TeilnehmerInnen gab im Untersuchungsjahr 2009 an, blutdrucksenkende Medikamente einzunehmen, womit eine bestehende Hypertonie bei knapp einem Fünftel der VU TeilnehmerInnen angenommen werden kann. Bei zwei Drittel dieser Fälle wurde eine Weiterführung der Therapie dokumentiert (siehe Abbildung 21), d.h. bei rund 12 % (Absolutwert: 40.869) der VU TeilnehmerInnen wurden die Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten und eine Weiterführung der Therapie angegeben, bei rund 4 % (Absolutwert: 12.337) der VU TeilnehmerInnen wurde eine Hypertonie angegeben und keine Maßnahme dokumentiert.

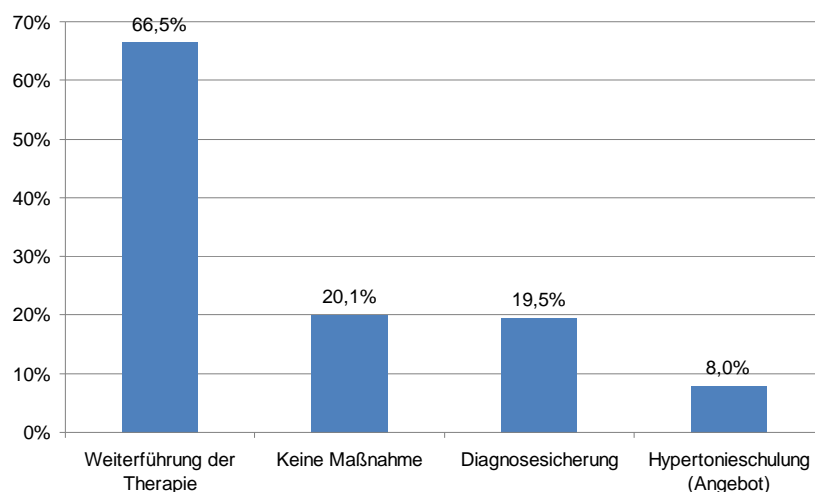


Abbildung 21: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten (N = 61.504), 2009.

Bei rund einem Fünftel der Untersuchungen (21,5 %; Absolutwert: 74.160) wurde der Verdacht auf Hypertonie festgemacht und in rund 43 % Prozent dieser Fälle eine Diagnosesicherung angegeben (siehe Abbildung 22). D.h. bei rund 9 % (Absolutwert: 31.843) der VU Untersuchungen wurden der Verdacht auf Hypertonie und eine Diagnosesicherung dokumentiert, in rund 10% (Absolutwert: 33.211) wurde keine Maßnahme angeführt.

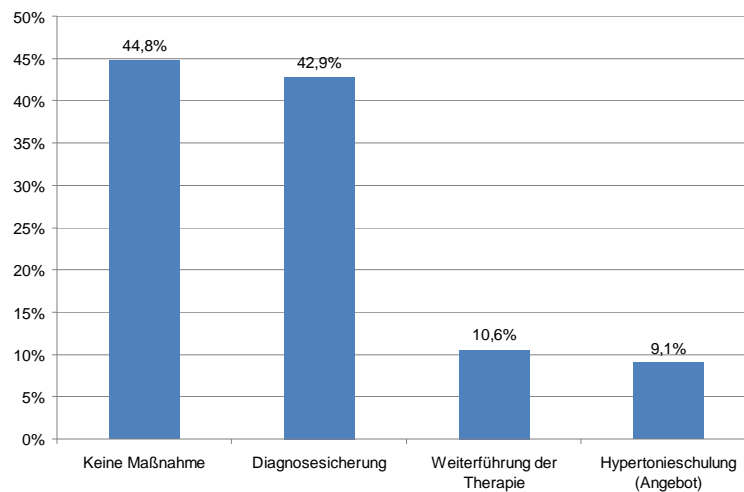


Abbildung 22: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Hypertonie (N = 74.160), 2009.

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

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

Bei rund 6 % (Absolutwert: 21.571) der VU TeilnehmerInnen bestand ein manifester Diabetes mellitus. In rund 50 % dieser Fälle wurde eine Weiterführung der Therapie dokumentiert (siehe Abbildung 23), d.h. bei rund 3 % (Absolutwert: 11.121) der Untersuchungen wurden ein manifester Diabetes mellitus und als Maßnahme eine Weiterführung der Therapie angegeben und bei den übrigen 3 % nicht (Absolutwert: 10.450).

Vorsorgeuntersuchung Neu

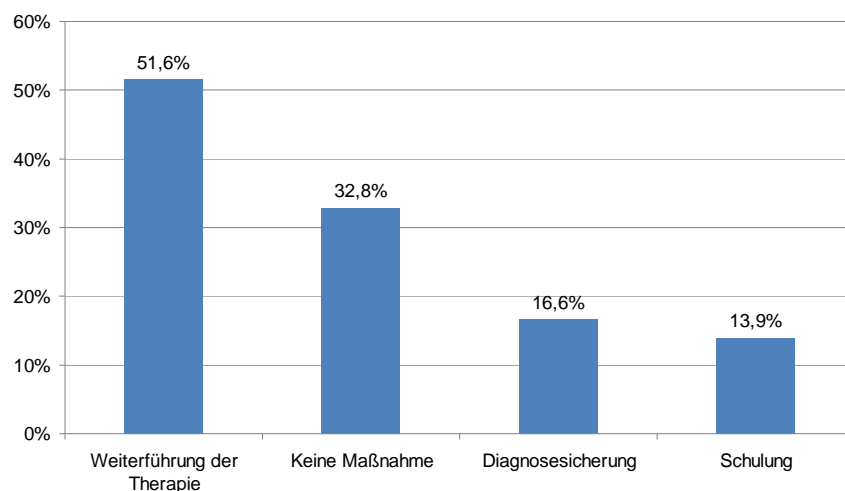


Abbildung 23: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Diabetes (N = 21.571), 2009.

Bei rund 2 % (Absolutwert: 7.812) der Untersuchungen wurde der Verdacht auf Diabetes gestellt und in gut der Hälfte der Fälle eine Diagnosesicherung angegeben (siehe Abbildung 24). Bei einem auffallend hohen Prozentsatz (rund ein Viertel) der DiabetikerInnen zwischen 40 und 60 Jahren wurden Risikofaktoren wie eine Tabaksucht oder ein erhöhter Blutdruck wie auch eine Hypercholesterinämie oder keinerlei körperliche Bewegung dokumentiert.

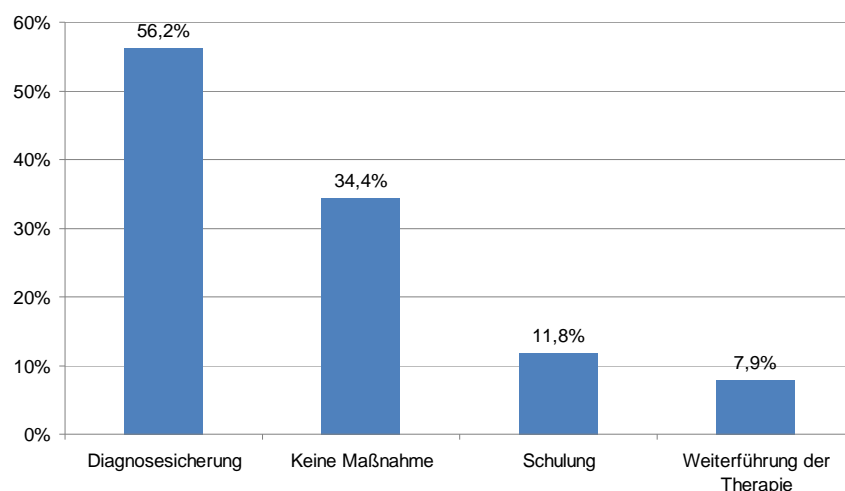


Abbildung 24: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Diabetes (N = 7.812), 2009.

Hinsichtlich der Reduktion von Übergewicht wurde bei jungen Frauen und Männern (18 bis 30 Jahre) mit (Prä)adipositas, d.h. mit einem BMI-Wert $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (18-30jährige Frauen: über ein Viertel; 18-30jährige Männer: über ein Drittel), in 40 % der Fälle keinerlei Maßnahme angegeben (siehe Abbildung 25 und Abbildung 26). D.h. bei über 10 % der jungen Frauen (Absolutwert: 2.789) und Männer (Absolutwert: 3.003) wurden im Rahmen der

Vorsorgeuntersuchung Neu

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

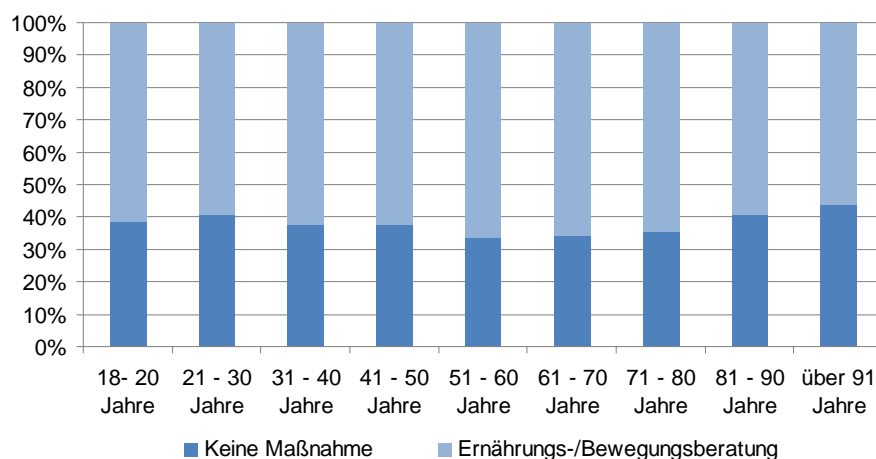


Abbildung 25: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit (Prä)adipositas (N = 100.827), 2009.

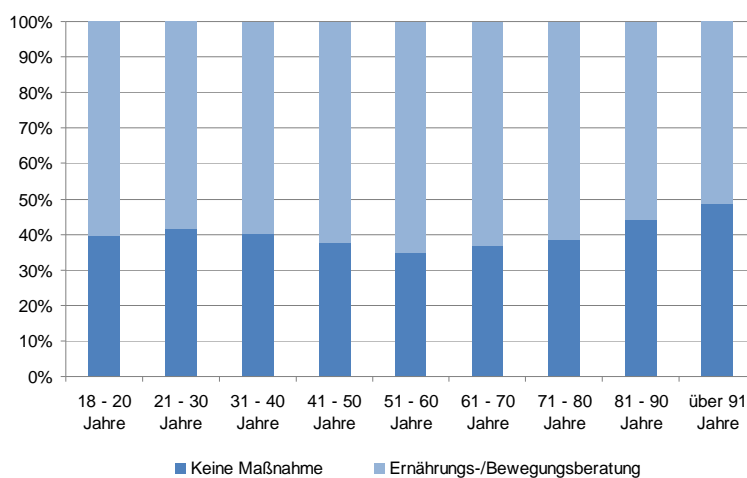


Abbildung 26: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern mit (Prä)adipositas (N = 103.753); 2009.

Bei einem hohen Prozentsatz (rund ein Viertel; Absolutwert: 7.057) von Frauen über 70 wurde entgegen der Zielgruppendefinition lt. den wissenschaftlichen Grundlagen zur VU eine Überweisung zur Mammographie dokumentiert. Bei über der Hälfte der 40-70jährigen Frauen (Absolutwert: 54.669) wurde ein fehlender BIRADS Befund angegeben und bei zwei Drittel (Absolutwert: 35.540) dieser Fälle keine Überweisung zum Radiologen (siehe Abbildung 27). D.h. bei einem Drittel der 40-70jährigen VU Probandinnen wurden ein fehlender BIRADS und keine Überweisung zum Radiologen dokumentiert. Der Grad der angegebenen Beratung und Aufklärung vor einer Vorsorge-Mammographie lag bei rund 42%.

Vorsorgeuntersuchung Neu

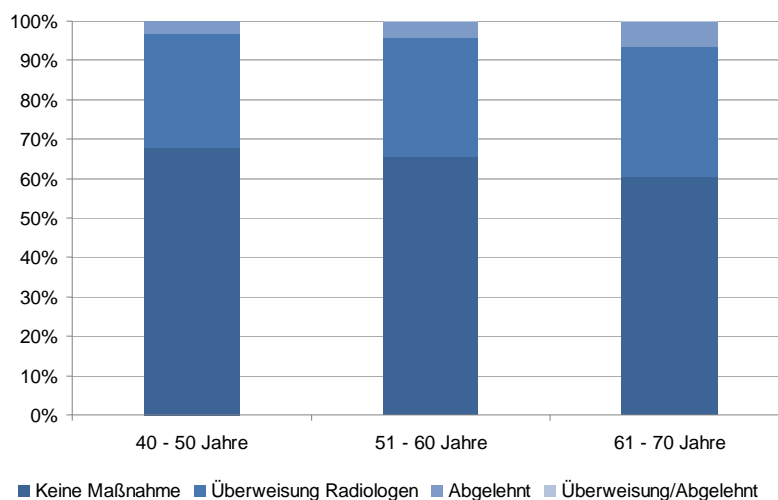


Abbildung 27: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem BIRADS Befund (N = 54.669), 2009.

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

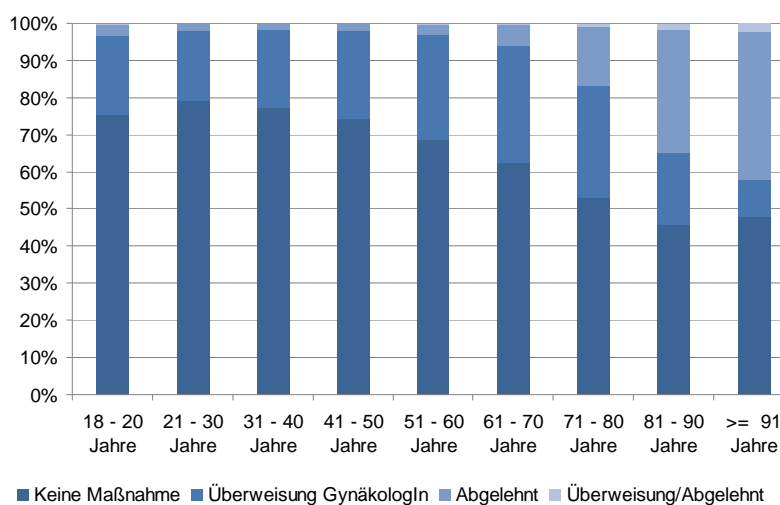


Abbildung 28: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem PAP Befund (N = 109.583), 2009.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Für rund zwei bis drei Prozent (Absolutwert Frauen: 2.517; Absolutwert Männer: 2.248) der VU TeilnehmerInnen 50+ wurde ein auffälliger Vorbefund hinsichtlich okkulten Blutes im Stuhl dokumentiert. Bei zwei Drittel dieser Fälle wurde keine Überweisung angegeben (siehe Abbildung 29 und Abbildung 30). D.h. bei ein bis zwei Prozent der Untersuchungen (Absolutwert Frauen: 1.792; Absolutwert Männer: 1.611) wurde ein auffälliger Vorbefund ohne Überweisung dokumentiert. Bei 64 % der VU TeilnehmerInnen 50+ wurde eine ärztliche Beratung über die Vorsorge-Koloskopie angeführt.

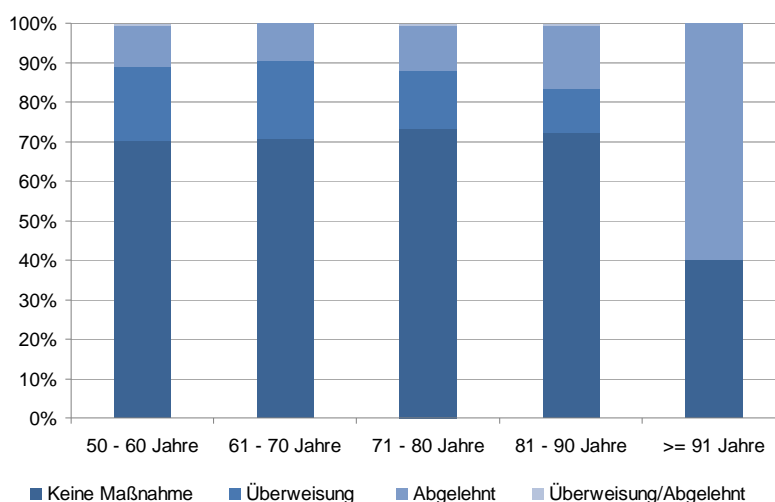


Abbildung 29: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.517), 2009.

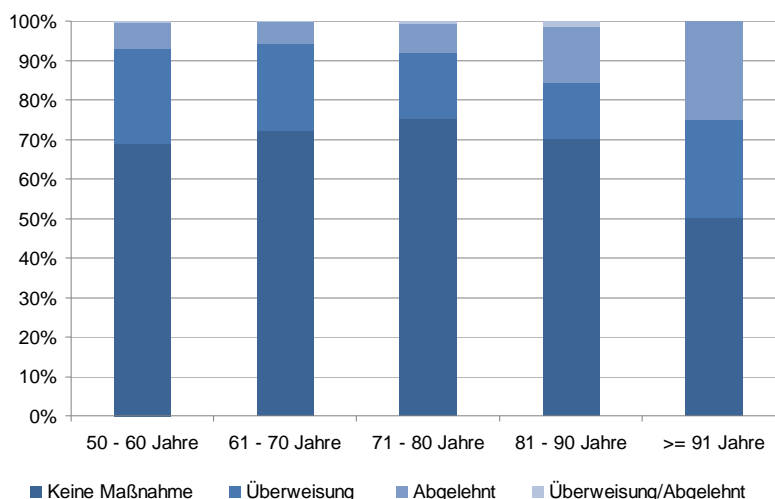


Abbildung 30: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.248), 2009.

Vorsorgeuntersuchung Neu

Der Alkoholfragebogen wurde in rund der Hälfte (52,5%; Absolutwert: 181.375) der Untersuchungen eingesetzt, wobei ein erhöhtes Risiko bei weniger als einem Prozent festgestellt wurde (siehe Abbildung 31). Auch der Anteil der Personen mit einem mittleren Risiko (ca. 2-3%) bleibt unter den Erwartungen bzw. der Prävalenz in anderen Erhebungen zum Risikofaktor Alkohol (Statistik Austria, 2007).

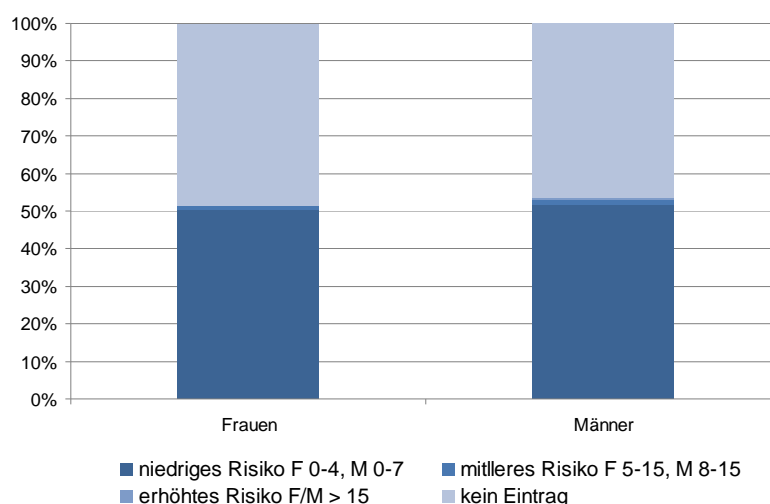


Abbildung 31: AUDIT Verwendung und Risikoverteilung (N = 345.496), 2009.

1.7.4 Schlussfolgerungen

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

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

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

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

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

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

Im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurde für die Jahre 2009 bis 2013 die Schwerpunktsetzung Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung von der Trägerkonferenz verabschiedet, die auch 2011 die Basis für die gesetzten Maßnahmen in diesem Bereich darstellt. Neben dem Lebensraum Betrieb und dem Lebensraum Schule, werden Orte der Langzeitbetreuung, die Zielgruppe der SeniorInnen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention in den kommenden fünf Jahren abgearbeitet. Als übergreifende Maßnahmen kommt den Themen gesundheitliche Ungleichheit und Capacity Building ein besonderer Stellenwert zu.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung stellt die schulische und betriebliche Gesundheitsförderung auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2011 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb des Rauchertelefons sowie mit Maßnahmen der Qualitätssicherung der Raucherentwöhnung Schwerpunkte gesetzt. Als Teil einer österreichischen Ernährungsstrategie wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES das Projektes „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und der österreichweite Rollout von Ernährungsworkshops vorbereitet und unterstützt. Im Bereich des Capacity Buildings wurden mit der Public Health Charta und begleitenden Maßnahmen Aktivitäten zur Forcierung von Public Health gesetzt. Begleitet wurden die Maßnahmen in der Gesundheitsförderung durch den wissenschaftlichen Beirat für Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus wurde mit dem Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ ein zentrales Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege initiiert sowie Projekte zur Gesundheitsförderung bei SeniorInnen unterstützt.

1.8.1 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule

Die Zusammenarbeit zum Thema GESUNDE SCHULE mit dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde 2011 stabilisiert und weitergeführt. Neben kommunikativen Maßnahmen wie beispielsweise der Neugestaltung der Homepage „Gesunde Schule“, wurden Grundlagen zur Integration des Themas Gesundheit in Qualitätsentwicklungsmaßnahmen des BMUKK erstellt, sowie Tools und Arbeitsmaterialien für Schulen erstellt. Die Materialien und Instrumente sind unter www.gesundeschule.at abrufbar.

Darüber hinaus wurden die acht Servicestellen Schulen der Krankenversicherungsträger bei der Umsetzung von konkreten Maßnahmen und Projekten an Schulen finanziell, in pauschalierter Form, gefördert. Die Inhalte, die von den SchülerInnen und LehrerInnen mit Unterstützung der Servicestellen im Rahmen von Projekten aufgearbeitet wurden, reichen von Ernährung und Bewegung, über Tabak und Alkohol bis hin zu psychosozialen Themen.

Als konkretes und neues Unterstützungsangebot der Servicestellen Schule wurde 2011 ein Leitfaden zur Bestandsaufnahme zum Thema Gesundheit an Schulen entwickelt, und damit ein weiterer Baustein für eine umfassende Umsetzung der schulischen Gesundheitsförderung gelegt. Der Leitfaden „Gesundheitsradar“ ist unter www.sozialversicherung.at/schule downloadbar.

1.8.2 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb

Schaffung von Grundlagen zur systematischen Verbreiterung von BGF

Zur systematischen Verbreiterung von BGF in Österreich wurden einerseits Grundlagen erarbeitet für die Entwicklung einer Gesamtstrategie für Österreich sowie der Rollout des Modells Kleinbetrieb unterstützt. Das 2010 gestartete Projekt zum Thema Kennzahlen für betriebliche Gesundheitsförderung wurde abgeschlossen. Es stellt eine wichtige Basis für die zukünftige Evaluierung von BGF und BGM-Maßnahmen dar. Die Gesundheitskampagne in Kooperation mit der Gewerkschaft PROGE wurde abgeschlossen. Die Überführung der Kampagne wurde eingeleitet auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse der Evaluierung der Kampagne.

Fehlzeitenreport 2011

Mit dem Fehlzeitenreport 2011 wurde ein Element einer nationalen betrieblichen Gesundheitsberichterstattung aufgegriffen und inhaltlich vertieft. Neben einer Standardauswertung der Fehlzeiten nach Regionen und Branchen wurde im Rahmen des Schwerpunktthemas 2011 das Thema Erwerbsunfähigkeit und Krankenstände näher analysiert. Der Fehlzeitenreport 2011 ist unter www.hauptverband.at/fokoop downloadbar.

Aktualisierung Bewegungsprogramme für Betriebe

Im Rahmen von Programmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung aber auch bei thematischem Interesse eines Unternehmens, bieten die Regionalstellen des österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung bewegungsorientierte Angebote an. Damit wird im Wesentlichen das Ziel verfolgt, den Arbeitsalltag bewegungsorientiert zu gestalten, d.h. körperlichen Fehlbelastungen vorzubeugen und Ausgleichsübungen durch MultiplikatorInnen in Betrieben zu verankern. Im Rahmen der Mittelverwendung nach §447h ASVG wurden auf Basis der Evaluierungsergebnisse 2010 die Bewegungsprogramme „MitarbeiterInnen bewegen

MitarbeiterInnen“ sowie „Gestalten und Bewegen“ aktualisiert und einer Überarbeitung unterzogen.

1.8.3 Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention

Mit Unterstützung aus Mitteln nach § 447h ASVG konnte die Weiterführung des Rauchertelefons in Österreich abgesichert werden. Der Dienst bietet neben der psychologischen Beratung von RaucherInnen und Angehörigen die Bereitstellung von Information zur Tabakentwöhnung sowie Vermittlung von Beratungsstellen in Österreich. Evaluierungsberichte des Rauchertelefons sowie die Jahresberichte liegen den Kooperationspartnern (Bundesministerium für Gesundheit, Ländern und Krankenversicherungsträgern) vor. Die Evaluierungsergebnisse zeigen, dass mit dem Rauchertelefon ein gemeinsamer und wichtiger Schritt in der Tabakprävention gesetzt werden konnte. Informationen zum Rauchertelefon sind auch über die Homepage www.rauchertelefon.at zugänglich.

Qualitätssicherung der RaucherInnenentwöhnung

Im Rahmen eines trägerübergreifenden Projektes zur Qualitätssicherung der RaucherInnenentwöhnung, das 2008 initiiert wurde, wurde 2011 der Einsatz des Minimal Data Sets für zukünftige trägerübergreifende Evaluierungen nachhaltig abgesichert sowie ein Curriculum für Gesundheitsprofessionen zur Raucherberatung und –entwöhnung entwickelt. In Zusammenarbeit mit ExpertInnen aus interessierten Sozialversicherungsträgern (NÖGKK, WGKK, OÖGKK, STGKK, VAEB, PVA), wurde damit im Auftrag des Hauptverbands ein weiterer Beitrag zur Qualitätssicherung für die Tabakentwöhnungsangebote innerhalb der Sozialversicherung geleistet.

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

Das von Bundesministerium für Gesundheit, AGES und Hauptverband 2008 initiierte Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ wurde 2011 weitergeführt. Basierend auf einem umfassenden Maßnahmenkatalog für Österreich, welcher gesundheitsfördernde Elemente stärkt und gesundheitsschädliche Elemente im Bereich Ernährung zurückdrängt, wurde auf nationaler und regionaler Ebene an der Umsetzung und Weiterführung einzelner Maßnahmen gearbeitet. Das österreichweite Rollout von Ernährungsberatung in der Schwangerschaft wurde vorbereitet. Darüber hinaus wurden wissenschaftliche Grundlagen zum Thema Tiermilchkonsum erarbeitet, Beikostprodukte getestet und die Vernetzung der Akteure forciert. Aktuelle Ergebnisse sind unter www.richtigessenvonanfangen.at abrufbar.

1.8.5 Gesundheitsförderung für SeniorInnen und in der Langzeitbetreuung

Auf Basis des Strategieprojektes zum Thema Gesundheitsförderung bei SeniorInnen wurde die Umsetzung erster Pilotprojekte durch Sozialversicherungsträger unterstützt. Neben der Forcierung des Themas Gesundheitsförderung bei SeniorInnen wurde mit dem Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ ein Projekt in Kooperation mit der Wiener Gesundheitsförderung und dem Fonds Gesundes Österreich initiiert, das sich in umfassender Weise mit dem Thema Gesundheitsförderung im Lebensraum der Langzeitbetreuung befasst. Zielgruppe sind die zu Pflegenden, das Pflegepersonal sowie das Management von drei Einrichtungen der Langzeitbetreuung in der Stadt Wien. Die Projektdetails sowie Projektfortschritte sind unter www.gesundheithatkeinalter.at abrufbar. Das Projekt wird 2012 abgeschlossen

1.8.6 Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung

Capacity Building

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

Der Aufbau von Kapazität verfolgt drei übergeordnete Ziele:

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

In Fortführung der bisherigen Initiativen wurde im Sinne eines umfassenden Capacity Buildings das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention beauftragt, eine IST-Analyse zum Einsatz von Public Health ExpertInnen zu erstellen sowie Fortbildungsangebote für Projektumsetzer initiiert.

Weiterbildungsoffensive Public Health und Gesundheitsmanagement

In Weiterführung der Maßnahmen zur Weiterbildung im Sinne der Qualitätsentwicklung wurde 2011 die Teilnahme an Public Health Lehrgängen und Ausbildungen im Bereich Gesundheitsmanagement für MitarbeiterInnen der Sozialversicherung gefördert. Durch die anteilige Förderung aus Mittel nach §447h ASVG konnte die Anzahl der Public Health ExpertInnen in der Sozialversicherung weiter gesteigert werden.

Literatur

- Chow, S-C.; Liu, JP. (2004). *Design and Analysis of Clinical Trials. Concepts and Methodologies*. (2nd ed.). U.S.: Wiley-Interscience.
- Hackl, F. et al. (2012). *The Effectiveness of Health Screening*. Linz: Johannes Kepler Universität.
- Hummer, M. (2009). *Socio-economic determinants of screening test participation*. (Diplomarbeit, Johannes Kepler Universität Linz).
- 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 (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Herausgeber.
- Statistik Austria (2011). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. Download vom 15. Juli 2012 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html
- Swart, E.; Ihle, P. (2005). *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber.