

**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 2008**



**Vorsorgeuntersuchung Neu**



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

## Impressum

### Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH

Haideggerweg 40

8044 Graz

UID-Nr.: ATU 63975513

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

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

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

### AutorInnen

DI Andreas Kvas

DI Gregor Kvas

Mag. Hubert Langmann

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

Dr.<sup>in</sup> Ursula Reichenpfader, MPH (Wissenschaftliche Leitung)

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

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

Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Dr.<sup>in</sup> Sabine Stowasser (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Graz, Juli 2009



## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu .....</b>	<b>7</b>
1.1	Hintergrund .....	7
1.2	Schwerpunkte der Evaluierung 2008/ 2009.....	9
1.2.1	TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität .....	9
1.2.2	Analyse der Gründe der Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung.....	11
1.2.3	VU Neu-Datenbank .....	14
1.2.4	FOKO – Schnittstelle.....	16
1.2.5	ÄrztInnenbefragung.....	18
1.2.6	Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ .....	20
<b>2.</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h ASVG .....</b>	<b>21</b>
2.1	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen .....	21
2.1.1	Frequenz 2008 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern .....	22
2.1.2	Frequenz 2008 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter .....	24
2.1.3	Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2008 .....	26
2.1.4	Frequenz 2008 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen.....	28
2.1.5	Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2007-2008 .....	29
2.1.6	Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2008.....	33
2.1.7	Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen .....	37
2.2	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen.....	39
2.3	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 2 ASVG: Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre .....	40
2.4	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind.....	43
2.5	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen.....	44

<b>2.6</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.....</b>	<b>46</b>
2.6.1	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule .....	46
2.6.2	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb.....	47
2.6.3	Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention .....	49
2.6.4	Maßnahmen im Bereich Ernährung – Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ .....	49
2.6.5	Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung ....	50

### Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: TeilnehmerInnenbefragung 2007 und 2009. ....	9
Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2008. ....	22
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2008. ....	23
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2008. ....	24
Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2008. ....	25
Tabelle 6: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2008. ....	27
Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2008. ....	28
Tabelle 8: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2008. ....	28
Tabelle 9: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2007-2008. ....	29
Tabelle 10: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2007-2008. ....	30
Tabelle 11: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2007-2008. ....	31
Tabelle 12: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2007-2008. ....	32
Tabelle 13: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2008 (alle KV-Träger). ....	33
Tabelle 14: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger). ....	35
Tabelle 15: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). ....	35
Tabelle 16: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2008 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm. ....	36
Tabelle 17: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2008, nach KV-Trägern. ....	42

Abbildung 1: Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS). Quelle: HVB IT-ORG. ....	15
Abbildung 2: Populationspyramide Männer, 2008. ....	26
Abbildung 3: Populationspyramide Frauen, 2008. ....	27
Abbildung 4: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2008 (alle KV-Träger). ....	34
Abbildung 5: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).....	34

# 1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu

## 1.1 Hintergrund

Gemäß § 447h ASVG ist dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz jährlich ein Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzulegen. Inhalt, Umfang und Aussagekraft dieses Berichts sind dabei wesentlich auch an die Verfügbarkeit und Qualität der zugrunde liegenden Daten gebunden. Im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu stellen systematisch erhobene und standardisiert dokumentierte elektronische Befunddaten des Untersuchungsprogramms eine wesentliche Datengrundlage der Evaluierung dar.

In der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Vorsorgeuntersuchung vom 9. März 2005 zwischen der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) wurde die Abwicklung der elektronischen Dokumentation und Übermittlung festgelegt. Durch zwei Bescheide der Datenschutzkommission im Mai 2006 wurde schließlich die elektronische Übermittlung sowie Aufbereitung und Pseudonymisierung der Daten geregelt. (Bescheide der Datenschutzkommission vom 8. Mai 2006, GZ BKA-K600.000-021/0003-DVR/2006, BKA-K600.000-022/0003-DVR/2006).

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

## Vorsorgeuntersuchung Neu

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 (siehe 1.2.3).

Nach einer schriftlichen Absichtserklärung im April 2008 erfolgte schließlich im Juli 2008 die gesamtvertragliche Vereinbarung zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der ÖÄK und dem HVB mittels Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 9. März 2005 über die Vorsorgeuntersuchungen (VU-GV). Dabei wurde dem §22 des VU-GV ein Zusatz angefügt, welcher die verpflichtende elektronische Übermittlung der Befunddaten (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) für alle Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 1. Juli 2008 durchgeführt wurden, festhält. Erfolgt trotz gesamtvertraglicher Verpflichtung keine derartige elektronische Übermittlung, können die Krankenversicherungsträger den Betrag von 3,-- Euro vom Honorar für die (Vorsorge-) Untersuchung einbehalten. Weiters wurde vereinbart, dass die Evaluierung der pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2010 ausschließlich gemeinsam zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam erfolgt. Dazu wurde Anfang Juli 2009 ein erstes Treffen anberaumt.



### 1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2008/ 2009

#### 1.2.1 TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität

Zur Erfassung der TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der VU Neu wurde 2009 eine zweite, österreichweite postalische Befragung durchgeführt. Einige Bereiche des 2007 verwendeten Fragebogens wurden vollständig (z.B. Fragen zur Blutdruckmessung), einige modifiziert (z.B. Fragen zum Abschlussgespräch und Items zur Zufriedenheit) übernommen. Dem Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung als Modell der Arzt-Patient-Kommunikation, der bei medizinischen Entscheidungen zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurde durch die Einbindung neuer Items mehr Raum gewidmet. Als weitere Schwerpunkte wurden Frageblöcke zu den Bereichen kardiovaskuläres Gesamtrisiko und körperliches Bewegungsverhalten aufgenommen.

Der Fragebogen wurde an insgesamt 11 936 Personen, für die acht Wochen rückwirkend zum 9. April 2009 im Rahmen der VU Neu ein allgemeines Untersuchungsprogramm abgerechnet wurde, versandt. In Tabelle 1 sind die wesentlichen Informationen bezüglich Durchführung und Stichprobe der Befragung von 2009 inkl. einem Vergleich zu jener von 2007 zusammengefasst.

Tabelle 1: TeilnehmerInnenbefragung 2007 und 2009.

	Befragung 2007	Befragung 2009
<b>Methode</b>	Österreichweite schriftlich-postalische Befragung (kein Aviso, keine Nachfassaktion)	Österreichweite schriftlich-postalische Befragung (kein Aviso, keine Nachfassaktion)
<b>Itemanzahl</b>	137 Items	110 Items
<b>Befragungszeitraum</b>	5. Oktober bis 30. November 2007	22. Mai bis (voraussichtlich) 31. Juli 2009
<b>Population</b>	Versicherte von 13 Sozialversicherungsträgern, für die im 4. Quartal 2006 oder 1. Quartal 2007 im Rahmen der VU Neu ein allgemeines Untersuchungsprogramm abgerechnet wurde	Versicherte von 13 Sozialversicherungsträgern, für die 8 Wochen rückwirkend zum 9. April 2009 im Rahmen der VU Neu ein allgemeines Untersuchungsprogramm abgerechnet wurde
<b>Stichprobe</b>	n = 25 651 Zufallsstichprobe, je Träger geschlechtsproportional bzw. nach Altersgruppen (10-Jahresbänder) gleichverteilt	n = 11 936 Zufallsstichprobe, je Träger Geschlechtsproportional bzw. nach Altersgruppen (10-Jahresbänder) gleichverteilt
<b>Rücklauf</b>	28.4% (n = 7 287) 59% Frauen, 41% Männer Alter: M = 54 Jahre, SD = 16, Range: 18 - 95 Jahre	Stand 03.07.2009: 27.9% (n = 3 341)

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Mit der Abwicklung des Druckauftrages und des Versands wurde die österreichische Post beauftragt. Diese erhielt vom IfGP in elektronischer Form den achtseitigen Fragebogen und ein einseitiges Begleitschreiben. Die Adresdatensätze wurden direkt von der SVC GmbH an die Post übermittelt. Die ersten Rücksendekuverts wurden am 22.05.2009 dem IfGP zugestellt und die Rücklaufquote betrug mit Stand 03.07.2009 3 341 ausgefüllte Fragebogen bzw. 27.9 %. Die Auswertung, unter Berücksichtigung aller bis 31.07.2009 eingelangten Fragebögen, und die Berichterlegung wird voraussichtlich mit 30. September 2009 abgeschlossen sein.

### 1.2.2 Analyse der Gründe der Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung

Trotz niedriger Zugangsbarrieren der jährlichen kostenlosen Vorsorgeuntersuchung (VU) greift ein großer Anteil von Anspruchsberechtigten auf dieses Präventionsangebot nicht oder nur sehr unregelmäßig zurück. Gegenstand der im Rahmen der Evaluierung durchgeführten Studie zur Nicht-TeilnehmerInnenanalyse waren Einflussfaktoren und Gründe für die Nicht- bzw. nicht regelmäßige Inanspruchnahme der VU. Auf Basis von Literaturanalysen und zwei Fokusgruppen wurde ein Fragebogen entwickelt. Die Befragung selbst wurde mittels computerunterstütztem Telefoninterview (CATI) durch einen österreichweiten Anbieter im Bereich der quantitativen und qualitativen Marktforschung durchgeführt. Die Datenauswertung und -interpretation oblag wiederum dem IfGP. Die Feldphase der Befragung erstreckte sich von 8. Juli bis 7. August 2008. Insgesamt wurden 1.000 Personen (52 % Frauen, 48 % Männer) im Alter von 25 bis 96 Jahren ( $M = 51$  Jahre,  $SD = 17$  Jahre) interviewt. Für die statistischen Analysen wurden die Angaben der Nicht-TeilnehmerInnen mit jenen von nicht regelmäßigen (zwei Gruppen) und regelmäßigen TeilnehmerInnen verglichen. Die Auswertung der Daten erfolgte von Oktober bis Dezember 2008. Die detaillierten Ergebnisse der Befragung können dem Bericht „Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung“ entnommen werden, welcher dem Auftraggeber übermittelt wurde.

Bei den vorliegenden Ergebnissen sind aufgrund des Querschnitt-Designs der Befragung keine ursächlichen Zuordnungen zulässig. Auch erschwert der besondere Charakter der Vorsorgeuntersuchung eine klare Vorstellung in Bezug auf das Bedrohungserleben, die Wirksamkeitserwartung sowie die Kosten-Nutzen-Bilanz. Es ist daher davon auszugehen, dass die hier untersuchten Nicht-TeilnehmerInnen keine homogene Gruppe darstellen, was die zielgruppenspezifische Identifikation und Kontaktierung sowie auch andere Strategien erschwert.

Die Ergebnisse der aktuellen Befragungsdaten liefern keine direkten Hinweise auf sozioökonomische oder systembedingte Zugangsbarrieren. Interessant ist der beobachtete tendenzielle Zusammenhang zwischen Ausbildung (operationalisiert über höchste abgeschlossene Ausbildung) und der VU-Teilnahme: Bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen ist der Prozentsatz der Personen mit Matura oder Hochschulabschluss geringer und jener der Personen mit Lehrabschluss oder Berufsbildender Mittlerer Schule höher als bei den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen. Unter Berücksichtigung des Alters (geschichtete Analysen nach drei Altersgruppen) bestätigt sich der Zusammenhang zwischen Ausbildung und VU-Teilnahme bei der Gruppe der 25- bis 40-Jährigen dahingehend, dass bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen (im Vergleich zu den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen) Personen mit Matura oder Hochschulabschluss unter- und Personen mit

niedrigerer Schulbildung (kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschulabschluss) überrepräsentiert sind.

Keine bzw. keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen Nicht-TeilnehmerInnen und VU-TeilnehmerInnen liegen hinsichtlich der beruflichen Stellung und der Staatsbürgerschaft vor. Interessant sind die Unterschiede im Zusammenhang mit dem Familienstand, wobei Männer eine statistisch signifikante Häufung von ledigen Personen in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer aufweisen. Gesundheitspsychologische Erklärungsansätze verweisen hier auf die Rolle der Frauen in der Motivation ihrer Partner für ein Vorsorgeverhalten.

Als Gründe für die Nicht-Teilnahme werden systembezogene Hürden wie Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Ordination, Ärztedichte oder Wartezeiten nur von wenigen Befragten genannt. Vermutlich auch aufgrund des kostenlosen und nicht an den Versichertenstatus gebundenen Charakters lässt sich aus den hier erhobenen Daten nicht auf einkommensbezogene Hürden der VU-Teilnahme rückschließen. Wesentliche förderliche Faktoren zur VU-Teilnahme scheinen die Hausarztbindung und die ärztliche Empfehlung zur Vorsorgeuntersuchung darzustellen. Der Ärztin/ dem Arzt kommt dadurch ein hoher Stellenwert in der Einschätzung des Bedarfs zu einer Vorsorgeuntersuchung zu.

Keine Unterschiede zwischen VU-TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen zeigen sich in Bezug auf die Einschätzungen sowohl des allgemeinen als auch des speziellen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung) Erkrankungsrisikos, das generell als niedrig eingestuft wird. In Bezug auf den wahrgenommenen Nutzen der VU wird die Erwartung, dass die VU dazu beitragen kann, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, am höchsten eingestuft, am geringsten wird der Nutzen eingeschätzt, durch die VU das Erkrankungsrisiko für Krebs zu verringern. Insgesamt bewerten Personen mit regelmäßiger VU-Teilnahme den Nutzen in allen abgefragten Dimensionen signifikant höher als die nicht regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen.

Aus den Befragungsdaten ergibt sich kein Hinweis, dass Personen, welche noch nie bzw. eher unregelmäßig eine VU in Anspruch genommen haben, ihren Gesundheitszustand subjektiv anders bewerten als Personen, welche regelmäßig bzw. vor kürzerer Zeit eine VU in Anspruch genommen haben. Dies würde die Vermutung stützen, dass sich der gefühlte Bedarf aller vier Gruppen nicht unterscheidet. Nicht-TeilnehmerInnen geben jedoch signifikant seltener als regelmäßige TeilnehmerInnen an, aufgrund eines chronischen Gesundheitsproblems in ärztlicher Behandlung zu sein. Statistisch signifikante Unterschiede existieren auch in Bezug auf die Rauchgewohnheiten. So zeigt sich beispielsweise, dass unter den regelmäßigen TeilnehmerInnen der Anteil der RaucherInnen am geringsten ist. Dieser Effekt tritt besonders ausgeprägt bei Männern auf. Insgesamt gibt es jedoch keine eindeutigen Hinweise, dass Nicht-

TeilnehmerInnen oder nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen eine weniger ausgeprägte präventive Orientierung aufweisen als VU-TeilnehmerInnen.

Das Gestaltungspotenzial von Public Health-Strategien, welches sich an einer bedarfsgerechten Zugänglichkeit und Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung ausrichten sollte, ist nicht für alle Einflussfaktoren als gleich einzustufen. Mehr Potenzial im Sinne der Veränderbarkeit liegt im Bereich der Gesundheitsüberzeugungen, welche durch gezielte Informationsangebote beeinflussbar wären. Auch existieren trotz guter allgemeiner Informiertheit über die Inhalte und die Anspruchsberechtigung der Vorsorgeuntersuchung bei Nicht-TeilnehmerInnen spezifische „Wissenslücken“ in Bezug auf die lebensstil- und gesprächsbezogenen Aspekte der Vorsorgeuntersuchung.

Der von sowohl Nicht-TeilnehmerInnen als auch nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen am häufigsten genannte Grund, nicht zur VU zu gehen, ist, sich gesund zu fühlen, direkt gefolgt von der Aussage, die Ärztin/ den Arzt nur im Krankheitsfall aufzusuchen. Eine Erklärung für derartige Aussagen könnte sein, dass das Konzept der Früherkennung symptomloser Erkrankungen sowie der Lebensstilberatung noch nicht entsprechend verbreitet ist. Hier scheint ein gewisses Potenzial für die Informationsvermittlung gegeben. Empfehlenswert wäre, in der inhaltlichen Ausrichtung sachgerechte und qualitätsgesicherte Informationen zu Zweck und Grenzen der Vorsorgeuntersuchung sowie vor allem zur Möglichkeit ärztlicher Gesundheitsberatung und Lebensstilmedizin zu berücksichtigen sowie sich zielgruppenspezifischer Informations- und Kommunikationsstrategien zu bedienen.

### 1.2.3 VU Neu-Datenbank

#### Elektronische Datenerfassung

Die Voraussetzung für die Evaluierung von im Rahmen der VU Neu erhobenen Daten ist deren Verfügbarkeit in elektronischer Form. Es stehen zwei Services für die elektronische Erfassung der Daten zur Verfügung. Zu einem das **eSV-Portal** des Hauptverbandes und zum anderen das Dokumentationsblattannahme-Service (**DBAS**) der SVC GmbH.

Über das eSV-Portal des Hauptverbandes kann seit Jänner 2007 eine Web-Applikation für die Erfassung der VU Neu Daten mittels Standard-Browser aufgerufen werden. Diese Möglichkeit bietet sich für Ärzte ohne e-Card-Ausstattung (z.B. Wahlärzte) an und stellt eine Schnittstelle zur Eingabe folgender Dokumentations- bzw. Befundblätter dar.

- Befundblatt Allgemeines Programm
- Dokumentationsblatt Mammographie
- Dokumentationsblatt PAP-Abstrich
- Befundblatt Koloskopie

Die Untersuchungsdaten werden SSL verschlüsselt über das Internet an den Server der Sozialversicherung übertragen.

Das Dokumentationsblattannahme-Service der SVC GmbH ermöglicht seit Oktober 2008 die elektronische Erfassung folgender Dokumentations-/Befundblätter:

- Befundblatt Allgemeines Programm
- Dokumentationsblatt Mammographie
- Dokumentationsblatt PAP-Abstrich
- Dokumentationsbogen Therapie Aktiv DM2
- Befundblatt Koloskopie

Dieses Service richtet sich an ärztliche Einrichtungen mit einer entsprechenden e-Card-Ausstattung und ist als Applikation physisch auf der GINA-Box in der Arztpraxis installiert. Der Zugriff auf die Anwendung erfolgt über die jeweilige Arztsoftware externer Softwarehersteller, über einen Standard-Browser, oder einem VT100 Zugang. Der Vorteil gegenüber der oben erwähnten eSV-Lösung liegt in der Übertragung der verschlüsselten Daten innerhalb des Hochsicherheitsnetzes „Peering-Point“, womit kein Zugriff auf das allgemeine Internet erfolgt. Der Datenfluss des DBA-Services wird in Abbildung 1 dargestellt.



Abbildung 1: Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS). Quelle: HVB IT-ORG.

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.

### Server-Architektur

Um dem Evaluierungsteam des IfGP den Zugriff zu den pseudonymisierten Daten jener Personen zu ermöglichen, die das allgemeine Untersuchungsprogramm im Rahmen der VU Neu in Anspruch genommen haben, wurde im Frühjahr 2007 im Rahmen des BIG (Business Intelligence im Gesundheitswesen)-Informationssystems des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger folgende Client-Server Architektur definiert: Die Serverseite stellte das ALEA-Datenbanksystem des HVB dar, welches die pseudonymisierten medizinischen Daten halten sollte, die in einem OLAP (Online Analytical Processing) Datenwürfel aufbereitet werden können.

Im Rahmen von Umstrukturierungen im HVB kam es zu einer Migration des ALEA-Datenbanksystems inklusive OLAP Datenwürfel in die Serverlandschaft der ITSV GmbH. Darauf erfolgte zusätzlich ein Wechsel der technischen Serverplattform von ALEA auf MS SQL Server. Die notwendigen ETL-Prozesse (Extract Transform Load), um die elektronischen Daten in das MS SQL Server Datenbanksystem zu importieren und infolge im hierfür definierten OLAP Datenwürfel aufzubereiten, sind seitens ITSV entwickelt. Die über die beiden oben genannten Dienste übermittelten Daten werden damit bereits importiert. Über die ETL-Prozesse werden die Datensätze derart generiert, dass diese über das Pseudonym verknüpft und zuordenbar sind. Damit sind neben den Analysen mittels OLAP Datenwürfel auch anonyme personenbezogene Auswertungen möglich.

### Client-Architektur, OLAP-Datenwürfel

Die Clientseite stellt ein OLAP Client (Excel 2003, Excel 2007) des IfGP dar, der über einen vom HVB genehmigten VPN-Tunnel (Virtual Private Network) auf die im OLAP Datenwürfel

aufbereiteten pseudonymisierten medizinischen Daten zugreift und mit welchem Ad-Hoc-Analysen auf aggregierter Ebene durchgeführt werden können.

Die Dimensionen des OLAP Datenwürfels bilden neben den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht und Alter sämtliche Untersuchungsparameter und Maßnahmen des Untersuchungsprogramms gemäß des Dokumentationsblatts (Befundblatt) ab. Mit dem oben genannten Wechsel der technischen Serverplattform definierte das IfGP Modifikationen sowie Erweiterungen betreffend die im ALEA-System bestandene Würfelstruktur. Diese werden von der, seitens ITSV beauftragten, Alpha ITC GmbH implementiert und vom IfGP qualitätsgesichert.

### **QS – Elektronische Datenerfassung**

Im Auftrag des HVB hat das IfGP eine feldspezifische Übersichtstabelle zur Diskussionsgrundlage betreffend Qualitätssicherung der Datenerfassung mittels oben angeführter Services erstellt. Die Analysen beschränken sich dabei auf das allgemeine Untersuchungsprogramm.

Untersuchungen das Front-End der Services betreffend konnten aufgrund der oben beschriebenen Architektur der Dienste lediglich für das eSV-Portal durchgeführt werden. Das Hauptaugenmerk der Analysen lag auf der Struktur sowie Plausibilität der übertragenen Daten hinsichtlich Evaluierbarkeit.

Vom HVB wurden am 30.06.2009 das IfGP sowie alle beteiligten Verantwortlichen betreffend eSV-Portal, DBAS-System und Server-Architektur geladen, um die technischen Ansatzpunkte und den damit verbundenen Realisierungsaufwand einer allfälligen Umsetzung der QS-Vorschläge zu erörtern. Abschätzungen diesbezüglich erfolgen seitens SVC GmbH sowie ITSV an den Hauptverband.

### **1.2.4 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.



Zur Prüfung der Datenqualität bzw. des Potentials des Standardprodukts FOKO hinsichtlich der oben genannten Evaluierungspunkte wurde das FOKO-Competence Center der OÖ-Gebietskrankenkasse im Jahr 2007 durch das damalige Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB, jetzt IfGP, mit der Ziehung eines Testsamples beauftragt. Der Datenbestand umfasste dabei den Beobachtungszeitraum 2005, sowie eine auf die statistische Analyse abgestimmte Teilmenge der FOKO-Schnittstelle. Ergebnisse diesbezüglich liegen mit dem Bericht „FOKO-Potential Ermittlung“ auf.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde das FOKO-Competence Center Ende August 2008 durch das IfGP mit der Vollerhebung aller VU Neu-TeilnehmerInnen betreffend das 1. Quartal 2007 beauftragt. Als abzufragender Feldbereich wurde der gesamte Umfang der FOKO-Schnittstelle definiert. Einzige Ausnahmen bilden dabei die Daten betreffend Transporte sowie Kur- und Erholungsaufenthalte. Der erhobene Beobachtungszeitraum setzt sich aus dem vollständigen Jahr 2007 sowie aller zur Verfügung stehenden Zeiträume davor zusammen. Der Archivierungsumfang der Daten ist dabei trägerspezifisch, umfasst aber jeweils mindestens die letzten acht Quartale.

Für die statistische Analyse wurden entsprechende Software-Analyse-Prozeduren entwickelt. Wie im Bericht „FOKO-Potential Ermittlung“ angeführt, ist dies nötig, da dem Evaluationsteam zur Datenauswertung über die FOKO-Schnittstelle keine Applikationen mit entsprechendem GUI (Graphical User Interface) zur Verfügung stehen.

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

Die kommenden Analysen werden sich auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU (allgemeines medizinisches Programm) eines definierten Beobachtungszeitraums konzentrieren.

Für weitere spezifische Analysen gilt es, die datenschutzrechtliche sowie technische Realisierbarkeit einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank zu klären.

### 1.2.5 ÄrztInnenbefragung

Als ein wesentlicher Gegenstand der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) erfordert die Bewertung der Prozessqualität der VU Neu einen Einblick in die Umsetzung und Umsetzbarkeit der VU Neu in der ärztlichen Praxis.

Dazu wurden mit der Methode der Fokusgruppenbefragung – einem qualitativen Verfahren – Erfahrungen und Meinungen von VU Neu-VertragsärztInnen erhoben. Es konnten fünf Fokusgruppeninterviews durchgeführt werden, an denen insgesamt 27 ÄrztInnen beteiligt waren. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Mai 2007 bis Juli 2008. Methodologisch orientierte sich die Arbeit am Konzept des permanenten Vergleichs der Grounded Theory (Glaser & Strauss 1998). Das verbatim transkribierte Datenmaterial wurde mithilfe des Software-Programms MAXqda analysiert.

Im Bericht „Fokusgruppenbefragung von VU Neu-ÄrztInnen“, der im April 2009 an den HVB übermittelt wurde, werden die Ergebnisse der Diskussionen zu den Bereichen der Praktikabilität und Akzeptanz der Dokumentations- sowie der unterstützenden VU Neu-Materialien, möglichem Schulungs- bzw. Weiterbildungsbedarf sowie die Ansichten der VU-ÄrztInnen zu Inhalt der VU Neu, dem Zweck der Evaluation und deren Erfahrungen in der Umsetzung der VU Neu in der Routinepraxis vorgestellt.

Die Fokusgruppenuntersuchung bildete den ersten Schritt bei der Entwicklung des Untersuchungsinstruments für die österreichweite ÄrztInnenbefragung. Neben der Fokusgruppenuntersuchung und sechs ergänzend durchgeführten Tiefeninterviews mit praktischen ÄrztInnen wurden mittels einer offenen, theoriegeleiteten und systematischen Literaturanalyse Faktoren für die Hauptuntersuchung extrahiert.

Die in der Literatur identifizierten Konzepte wurden schließlich hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt und auf Basis der bis dahin gewonnenen Erkenntnisse der Fragebogen für die als Telefonbefragung durchgeführte Hauptuntersuchung entwickelt. Das Instrument wurde mit Anfang Juni 2009 fertig gestellt und besteht aus 27 inhaltlichen Frageblöcken und neun Fragen zu soziodemografischen Faktoren und Praxismerkmalen. Die inhaltlichen Fragen lassen sich den folgenden Bereichen zuordnen:

- Erfahrung mit der und Einstellung zur (elektronischen) Dokumentation
- Akzeptanz und Praktikabilität von VU-spezifischen Unterlagen (Befundblatt, Anamnesebögen, Alkoholfragebogen)
- Verwendung und Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztbroschüre“

## Vorsorgeuntersuchung Neu

- Erfahrung mit und Einstellung zur Lebensstilberatung
- Akzeptanz und Praktikabilität der Risikotafeln
- Erfahrung mit und Einstellung zur Risikokommunikation
- Erfahrung mit und Einstellung zur Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe der VU
- Erfahrung mit und Einstellung zur VU Neu-Schulung

Die Befragung (Feldphase 8. Juni bis 26. Juni 2009) wurde als computerunterstütztes Telefoninterview (CATI) durch ein national wie international erfahrenes Unternehmen im Bereich der Meinungs- und Marktforschung durchgeführt.

Das bereitgestellte Instrument wurde vom externen Anbieter kommentiert und in intensiver Abstimmung mit dem IfGP einer Qualitätskontrolle (z.B. Komplexitätsanpassung der Fragen an die Form des telefonischen Interviews) unterzogen. Vor dem tatsächlichen Feldstart wurden Testinterviews durchgeführt, um einerseits Logistikkwerte wie die durchschnittliche Dauer pro Interview zu erheben und andererseits eine inhaltliche Plausibilitätsprüfung vor dem Feldstart vorzunehmen. Feldphase sowie umfassende Qualitätskontrollen während der Befragung wurden in enger Abstimmung zwischen dem Befragungsinstitut und IfGP durchgeführt.

Insgesamt wurden 500 VU-VertragsärztInnen befragt. Für die Generierung des proportional geschichteten Stichprobensamples wurde die aktualisierte Adressen-Liste an VU-VertragsärztInnen vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger angefordert und herangezogen.

Die Ergebnisse der Befragung sollen Ende September 2009 als Bericht zu den Erfahrungen und Meinungen der ÄrztInnen zur VU Neu vorliegen.

### 1.2.6 Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“

Im Jahr 2007 startete das Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“, welches gemeinsam vom HVB und der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) geplant, gesteuert, koordiniert und evaluiert wird (inhaltliche Ausführungen sind im Bericht des Vorjahres enthalten). Auf Basis einer ersten positiven Evaluierung des Projektes Ende 2008 beschlossen der HVB und die ÖGGH die Fortsetzung des Projektes um weitere zwei Jahre. In den Monaten Juli bis September 2010 wird dann neuerlich eine Projektevaluierung stattfinden, deren Ergebnis die Grundlage für eine weitere Projektverlängerung bildet.

Die Evaluierung des Projektes wurde gemäß dem Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept durchgeführt, welchem folgende Kriterien zu Grunde liegen:

- Die Anzahl der Zertifikatsinhaber beträgt zum Stichtag 1.9.2008 50 oder mehr Teilnehmer.
- Die durchschnittliche jährliche Anzahl durchgeführter Koloskopien pro Teilnehmer liegt bei über 100.
- Erfüllung der Qualitätskriterien der dokumentierten Daten: Die Prüfung der Datenqualität erfolgt durch Beurteilung einer Stichprobe von drei Untersuchungen pro Teilnehmer. Dafür werden von den letzten beiden benignen Befunden und vom letzten pathologischen Befund die Datenmeldungen mit den (dafür anzufordernden) Befunden von zwei unabhängigen Experten bezüglich fachlich inhaltlicher Übereinstimmung beurteilt und mit „in Ordnung“ oder „nicht in Ordnung“ kategorisiert, wobei bei einem Rating von „nicht in Ordnung“ ein erklärender Text vorzusehen ist.

Zum Zeitpunkt der Evaluation lag die Teilnehmerzahl bei 216 endoskopierenden Stellen, dies entspricht circa 50% aller endoskopierenden Stellen in Österreich.

Weiters erfolgte durch die ÖGGH, auf Basis der zum damaligen Zeitpunkt übermittelten Daten, eine erste statistische Auswertung für durchgeführte Vorsorgekoloskopien in Österreich. Ein Vergleich mit Daten aus Deutschland wies bezüglich der Auffindung von Karzinomen (Österreich 1,0%, Deutschland 0,8%) und dem Auftreten von Komplikationen (Österreich 0,4%, Deutschland 0,27%) ähnliche Zahlen für beide Länder auf. Hinsichtlich Prämedikation lagen die österreichischen über jenen der deutschen Zahlen (Österreich 97%, Deutschland 86,4%), was auf einen Trend zur stärkeren Tendenz der Prämedikation in Österreich deuten könnte. Es sei aber darauf hingewiesen, dass in Deutschland die Registrierung jeder Vorsorgekoloskopie verpflichtend ist und dadurch nur bedingt Vergleiche vorgenommen werden können.

## 2. Evaluierung gemäß § 447h ASVG

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

Die diesen Darstellungen zugrunde liegenden Daten wurden von den einzelnen Krankenversicherungsträgern an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) in Form von Standardstatistiken übermittelt. Da die SVA der Bauern aufgrund einer Data-Warehouse (DWH) Umstellung keine Leistungsstatistiken für das Jahr 2008 liefern konnte, wurden auf Wunsch des Hauptverbandes jene aus 2007 für die Darstellungen übernommen.

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 2008 ab dem 18. Lebensjahr nach Geschlecht, Alter und Bundesland dar (Statistik Austria, 2008).

Die bei den Frequenzdarstellungen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen<sup>1</sup> und gynäkologischen Untersuchungen<sup>2</sup> grün markierten Ziffern stellen jeweils den höchsten absoluten bzw. anteiligen Wert innerhalb der betreffenden Spalte dar. Die in den Tabellen der vergleichenden Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen blau markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte die größte absolute bzw. anteilmäßige Zunahme gegenüber dem Vergleichszeitraum dar. Die rot markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte den größten absoluten bzw. anteilmäßigen Rückgang gegenüber dem Vergleichszeitraum dar.

---

<sup>1</sup> Der in diesem Bericht im Text verwendete Begriff der „allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen“ bezieht sich auf das „allgemeine Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005)), vormalig als „Basisuntersuchungen“ bezeichnet.

<sup>2</sup> Der im Text verwendete Begriff der gynäkologischen Untersuchungen bezieht sich auf das „gynäkologische Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005))

### 2.1.1 Frequenz 2008 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2008 stellt sich auf Bundesländerebene wie folgt dar:

Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2008.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	987.698	408.249	579.449	871.691	408.249	463.442	116.007
Wien	186.942	84.132	102.810	<b>182.897</b>	<b>84.132</b>	<b>98.765</b>	4.045
Niederösterreich	83.218	46.273	36.945	82.262	46.273	35.989	956
Burgenland	48.854	21.583	27.271	47.380	21.583	25.797	1.474
Oberösterreich	139.951	67.006	72.945	137.937	67.006	70.931	2.014
Steiermark	129.179	57.726	71.453	126.606	57.726	68.880	2.573
Kärnten	94.838	33.821	61.017	78.294	33.821	44.473	16.544
Salzburg	60.896	26.605	34.291	58.795	26.605	32.190	2.101
Tirol	162.518	49.154	113.364	109.002	49.154	59.848	<b>53.516</b>
Vorarlberg	81.302	21.949	59.353	48.518	21.949	26.569	32.784

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 871.691 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, auf den Rängen zwei und drei folgen Oberösterreich und die Steiermark. Vergleicht man die Inanspruchnahme nach Absolutzahlen zwischen den Geschlechtern, so wiesen Frauen um 55.193 mehr allgemeine Vorsorgeuntersuchungen auf als die Männer im gleichen Zeitraum.

Die meisten gynäkologischen Untersuchungen wurden nach Absolutzahlen im Jahr 2008, wie auch schon 2007, im Bundesland Tirol durchgeführt, gefolgt mit deutlichem Abstand von Vorarlberg und Kärnten.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2008.

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

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 2008 dar. In der Darstellung der anteilmäßigen Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern waren – wie im Jahr 2007 – die Anteile in Burgenland am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Kärnten, welche auch im Vorjahr die Plätze zwei und drei einnahmen. Diese Rangfolge gilt auch bei den Frauen, bei den Männern rangiert das Bundesland Vorarlberg an dritter Stelle. Wie bereits im Jahr 2007 zeigte sich 2008 im Bundesland Niederösterreich die bei weitem niedrigste anteilmäßige Inanspruchnahme. In diesem Bundesland zeigt sich – analog der Absolutzahlen – einzigartig in Österreich eine Umkehrung der Nutzung der Vorsorgeuntersuchung mit einem Überhang der männlichen Zielgruppe.

Bezogen auf die Zielbevölkerung war der Anteil der gynäkologischen Untersuchungen in Vorarlberg – wie im Jahr 2007 – am größten. Auf den Plätzen zwei und drei folgen wie im Vorjahr die Bundesländer Tirol und Kärnten. Die Teilnahmeraten der übrigen Bundesländer bewegen sich in einem sehr niedrigen Bereich von 0,1% bis 1,2%.

### 2.1.2 Frequenz 2008 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2008.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	987.698	408.249	579.449	871.691	408.249	463.442	116.007
18-24	58.046	20.792	37.254	48.967	20.792	28.175	9.079
25-29	69.530	25.310	44.220	58.557	25.310	33.247	10.973
30-34	77.445	30.684	46.761	66.637	30.684	35.953	10.808
35-39	95.014	38.847	56.167	82.518	38.847	43.671	12.496
40-44	110.089	47.669	62.420	<b>97.400</b>	<b>47.669</b>	<b>49.731</b>	<b>12.689</b>
45-49	108.182	47.240	60.942	96.379	47.240	49.139	11.803
50-54	97.853	42.508	55.345	87.899	42.508	45.391	9.954
55-59	89.918	38.299	51.619	80.342	38.299	42.043	9.576
60-64	82.148	35.206	46.942	73.062	35.206	37.856	9.086
65-69	79.856	35.166	44.690	72.586	35.166	37.420	7.270
70-74	49.246	20.400	28.846	43.867	20.400	23.467	5.379
75 und älter	70.371	26.128	44.243	63.477	26.128	37.349	6.894

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Eine altersspezifische Aufschlüsselung der 2008 österreichweit in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen liefert die Tabelle 4. Betrachtet nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen entfielen – wie im Jahr 2007 – die meisten Vorsorgeuntersuchungen auf die Gruppe der 40-44jährigen, gefolgt von der Gruppe der 45-49jährigen und der 50-54jährigen. Die geringste Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen weist – wie im Jahr zuvor – die Gruppe der 70-74jährigen auf (im Jahr 2006 war es noch die Gruppe der 18-24jährigen). Die Betrachtung nach Geschlecht zeigt dieselbe Reihenfolge.

Bei den gynäkologischen Untersuchungen weist, wie bereits im Jahr 2007, die Altersgruppe der 40-44jährigen die größte Häufung auf. Die Ränge zwei und drei nehmen die Altersgruppe der 35-39jährigen und der 45-49jährigen ein, auch dies entspricht den Ergebnissen aus dem Jahr 2007. Die geringste Anzahl an Untersuchungen des gynäkologischen Programms zeigt, wie auch im Jahr 2007, die Altersgruppe der Frauen zwischen 70 und 74 Jahren.



## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2008.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die Prozentberechnungen in Tabelle 5 stellt die geschlechtsspezifische Bevölkerung ab 18 Jahren dar. Die höchste Teilnehmerate an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2008 weist - wie im Jahr 2007 - die Gruppe der 60-64jährigen auf, gefolgt von den 55-59jährigen und den 50-54jährigen. Wie in den Jahren zuvor zeigt sich ein Anstieg der Teilnahme mit steigendem Alter bis zur Gruppe der 60-64jährigen, danach kommt es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme, welcher in der Altersgruppe der 70-74jährigen noch gering und ab dem Alter von über 75 Jahren stark ausfällt. Die niedrigste Teilnehmerate weist die Altersgruppe der 18-24jährigen auf.

Die Differenz der Teilnehmeraten insgesamt zwischen den ersten beiden Altersgruppen ist verglichen mit den Vorjahren analog auffallend bei rund vier Prozentpunkten.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung liefert folgendes Bild: Wie bereits in vergangenen Jahren liegt die Teilnehmerate der Frauen bis einschließlich der Gruppe der 55-59jährigen über jener der Männer. In der Altersgruppe der 60-64jährigen weisen beide Geschlechter 2008 eine idente Inanspruchnahme auf und ab der Altersgruppe der 65-69jährigen übersteigt die Teilnehmerate der Männer jene der Frauen. Die höchste Teilnehmerate weist bei den Frauen die Altersgruppe der 55-59jährigen, bei den Männern die Gruppe der 60-64jährigen auf.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war mit 3,1 Prozentpunkten - wie im Jahr 2007 - in der Altersgruppe der 25-29jährigen am größten.

Im Jahr 2007 war es die Altersgruppe der 25-29jährigen Frauen, die das bestehende Angebot der gynäkologischen Untersuchungen anteilmäßig am häufigsten in Anspruch genommen hat, 2008 nahmen mit 4,0% drei Altersgruppen (25-29jährige, 30-34jährige und 60-64jährige) den ersten Rang ein.

Die niedrigste Teilnehmerate an gynäkologischen Untersuchungen zeigten wie im Jahr 2007 Frauen ab 75 Jahre.

### 2.1.3 Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2008

Die Altersverteilung der österreichischen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (Statistik Austria, 2008) wird jener der VU TeilnehmerInnen in Form von Populationspyramiden, getrennt nach Geschlecht, gegenübergestellt. Die männlichen VU Teilnehmer zeigen gegenüber der männlichen Bevölkerung mit Ausnahme der jüngeren Alterssegmente eine annähernd analoge Altersverteilung (Abbildung 2).

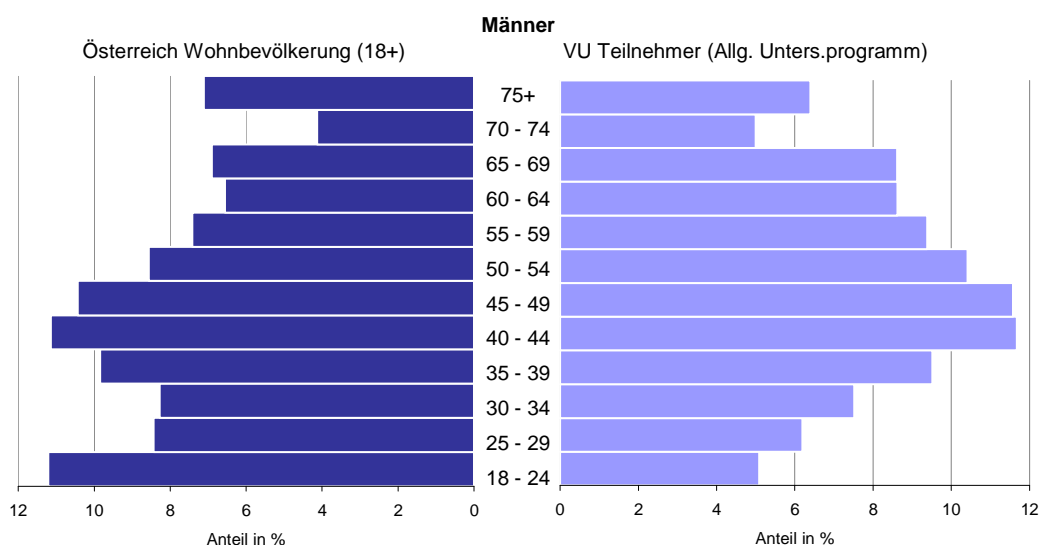


Abbildung 2: Populationspyramide Männer, 2008.

Eine Unterrepräsentierung zeigen die männlichen VU Teilnehmer bei den 18-39jährigen bzw. 75+jährigen, wobei diese in der Gruppe der 18-24jährigen am markantesten ausfällt. Eine leichte Überrepräsentierung der VU-Teilnehmer lässt sich bei den 40-74jährigen erkennen (Tabelle 6). Die in Tabelle 6 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der männlichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmern zu einem statistisch signifikanten

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Unterschied ( $p \leq .001$ ), der sich aber nur bei den jungen Teilnehmern (18-29jährige) auch als praktisch relevant zeigt.

Tabelle 6: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2008.

	Anzahl Teilnehmer in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	208	457,5	-249,5
25-29	253	344,6	-91,6
30-34	307	337,8	-30,8
35-39	388	401,8	-13,8
40-44	477	454,5	22,5
45-49	472	425,6	46,4
50-54	425	349,5	75,5
55-59	383	302,7	80,3
60-64	352	267,5	84,5
65-69	352	281,7	70,3
70-74	204	168,5	35,5
75 und älter	261	290,3	-29,3

Betrachtet man die Altersverteilung der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr und jener der VU Teilnehmerinnen, lässt sich anhand der in Abbildung 3 dargestellten Populationspyramide eine auffallende Unterrepräsentierung der VU Teilnehmerinnen bei den 18-24 sowie den über 75jährigen erkennen.

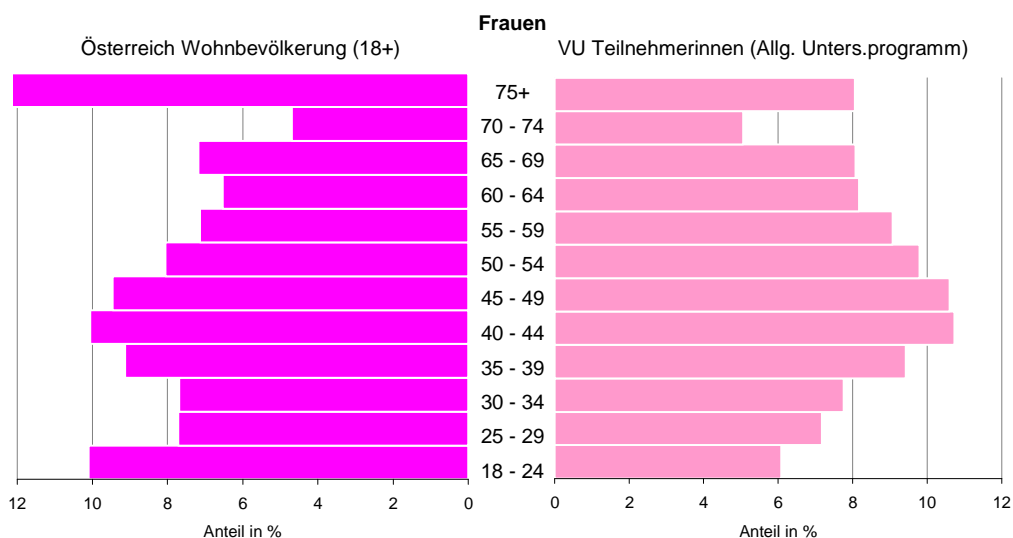


Abbildung 3: Populationspyramide Frauen, 2008.

Die in Tabelle 7 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmerinnen zu einem statistisch signifikanten Unterschied ( $p \leq .001$ ),

## Vorsorgeuntersuchung Neu

der sich aber nur bei den jungen (18-29jährige) und ältesten Teilnehmerinnen (75+) auch als praktisch relevant zeigt.

Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2008.

	Anzahl Teilnehmerinnen in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	282	468,1	-186,1
25-29	332	357,6	-25,6
30-34	360	356,1	3,9
35-39	437	422,8	14,2
40-44	497	465,9	31,1
45-49	491	438,4	52,6
50-54	454	373,3	80,7
55-59	420	330,7	89,3
60-64	379	302,7	76,3
65-69	374	332,4	41,6
70-74	235	217,6	17,4
75+	373	568,4	-195,4

Die angeführten Ergebnisse spiegeln sich für beide Geschlechter im Verhältnis der entsprechenden Teilnahmeraten der Alterskategorien gegenüber dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt in obiger Tabelle 5 wider.

### 2.1.4 Frequenz 2008 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2008 stellt sich hinsichtlich einer Gliederung nach Untersuchungsstellen wie in Tabelle 8 dar.

Tabelle 8: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2008.

Untersuchungsstelle	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäko- logisches Untersuchungs- programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Alle Untersuchungsstellen	987.698	408.249	579.449	871.691	408.249	463.442	116.007
Vertragsärzte insgesamt	894.318	359.926	534.392	783.723	359.926	423.797	110.595
Ärzte für Allgemeinmedizin	679.093	309.812	369.281	670.504	309.812	360.692	8.589
Fachärzte insgesamt	215.225	50.114	165.111	113.219	50.114	63.105	102.006
Lungenheilkunde	824	374	450	824	374	450	0
Frauenheilkunde	102.006	0	102.006	0	0	0	102.006
Interne Medizin	112.395	49.740	62.655	112.395	49.740	62.655	0
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung	37.054	18.742	18.312	33.680	18.742	14.938	3.374
Sonstige Untersuchungsstellen	56.326	29.581	26.745	54.288	29.581	24.707	2.038

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, und damit auch insgesamt, durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin erbracht. Von dieser Gruppe werden im Jahr 2008 bezogen auf alle Untersuchungsstellen 76,9 % der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Dahinter rangieren die FachärztInnen, wobei unter diesen die FachärztInnen für Innere Medizin am stärksten vertreten sind.

Bei den gynäkologischen Untersuchungen entfällt die überwiegende Mehrheit auf die FachärztInnen für Frauenheilkunde. Eine vergleichsweise geringere Anzahl der gynäkologischen Untersuchungen wird von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin durchgeführt.

### 2.1.5 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2007-2008

Tabelle 9: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2007-2008.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
				Allg. Untersuchungsprogramm			
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	+50.735	+23.446	+27.289	+50.036	+23.446	+26.590	+699
Wien	+11.685	+4.567	+7.118	<b>+11.564</b>	<b>+4.567</b>	<b>+6.997</b>	+121
Niederösterreich	+4.002	+4.379	-377	+4.036	+4.379	<b>-343</b>	-34
Burgenland	+3.378	+1.553	+1.825	+3.512	+1.553	+1.959	-134
Oberösterreich	+9.452	+4.053	+5.399	+9.659	+4.053	+5.606	<b>-207</b>
Steiermark	+4.289	+1.218	+3.071	+4.205	+1.218	+2.987	+84
Kärnten	+3.982	+1.919	+2.063	+4.123	+1.919	+2.204	-141
Salzburg	+878	+120	+758	+1.001	+120	+881	-123
Tirol	+7.306	+2.962	+4.344	+6.363	+2.962	+3.401	<b>+943</b>
Vorarlberg	+5.763	+2.675	+3.088	+5.573	+2.675	+2.898	+190

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die beiden Vergleichsjahre 2007 und 2008 nach Absolutzahlen der Untersuchungen insgesamt, so zeigt sich, dass die Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen bei beiden Geschlechtern, mit Ausnahme von Frauen in Niederösterreich, gestiegen ist (Tabelle 9). Auch beim allgemeinen Untersuchungsprogramm konnte im Vergleich der Jahre 2007 und 2008 ein Anstieg beobachtet werden. Betrachtet man allein das allgemeine Untersuchungsprogramm, so weist das Bundesland Wien die im Jahresvergleich größte

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Gesamtzunahme an Vorsorgeuntersuchungen auf. Als einziges Bundesland weist Niederösterreich beim allgemeinen Untersuchungsprogramm im Jahresvergleich eine Abnahme an Absolutzahlen auf und zwar bei den Frauen. Aus den vorliegenden Daten können jedoch keinerlei Rückschlüsse auf mögliche Ursachen der beobachteten Phänomene abgeleitet werden.

Nach Wien zeigt das Bundesland Oberösterreich den größten zahlenmäßigen Zuwachs, gefolgt von Tirol und Vorarlberg. Auch die übrigen Bundesländer weisen im Vergleich zu 2007 einen zahlenmäßigen Zuwachs an Teilnehmern des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf.

Für Männer und Frauen getrennt betrachtet, zeigt sich im Bundesländervergleich ein ähnliches Bild. In Wien ist sowohl bei den Männern als auch den Frauen die größte Zunahme an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen zu verzeichnen. Bei den Männern ereigneten sich nach Wien die zahlenmäßig größten Zuwächse in Niederösterreich gefolgt von Oberösterreich. Bei den Frauen liegt an zweiter Stelle das Bundesland Oberösterreich gefolgt von den an Absolutzahlen vermehrten Vorsorgeuntersuchungen in Tirol. Ein Rückgang an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen konnte – wie bereits oben beschrieben – lediglich bei den Frauen im Bundesland Niederösterreich beobachtet werden.

Die gynäkologischen Untersuchungen im Vorsorgeprogramm gegenüber 2007 erfuhren absolut gesehen im Jahr 2008 ihren größten Anstieg in Tirol, gefolgt von Vorarlberg und in einigem Abstand von Wien und der Steiermark. Die übrigen Bundesländer weisen jedoch Rückgänge auf, wobei man in Oberösterreich gegenüber 2007 den größten Rückgang verzeichnete.

Tabelle 10: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2007-2008.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Die Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe von 2007 und 2008 wird in Tabelle 10 dargestellt. Sämtliche Bundesländer, mit Ausnahme von Niederösterreich, verzeichnen gegenüber 2007 Zuwächse der Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern. Der größte Zuwachs ist mit +1,9 Prozentpunkten für Vorarlberg erkennbar, gefolgt von den Bundesländern Burgenland und Tirol. Auch geschlechtsspezifisch betrachtet ergibt sich ein ähnliches Bild. Vorarlberg weist den stärksten Zuwachs der Teilnahmeraten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf. Einen leichten Rückgang bei den Frauen zeigt das Bundesland Niederösterreich, wobei dies insgesamt durch den Zuwachs bei den Männern kompensiert wird. Österreichweit beträgt die Zunahme der Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogramms gegenüber 2007 +0,7 Prozentpunkte.

Tabelle 11: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2007-2008.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	+50.735	+23.446	+27.289	+50.036	+23.446	+26.590	+699
18-24	+5.237	+1.635	+3.602	+5.100	+1.635	<b>+3.465</b>	+137
25-29	+4.844	+2.263	+2.581	+4.694	+2.263	+2.431	+150
30-34	+3.184	+1.857	+1.327	+3.240	+1.857	+1.383	<b>-56</b>
35-39	+2.190	+1.128	+1.062	+2.196	+1.128	+1.068	-6
40-44	+4.429	+2.258	+2.171	+4.283	+2.258	+2.025	+146
45-49	+6.840	+3.180	+3.660	<b>+6.621</b>	<b>+3.180</b>	+3.441	<b>+219</b>
50-54	+6.229	+2.811	+3.418	+6.240	+2.811	+3.429	-11
55-59	+4.650	+1.747	+2.903	+4.659	+1.747	+2.912	-9
60-64	+3.982	+1.990	+1.992	+3.892	+1.990	+1.902	+90
65-69	+3.756	+1.752	+2.004	+3.845	+1.752	+2.093	-89
70-74	+2.209	+1.337	+872	+2.095	+1.337	+758	+114
75 und älter	+3.185	+1.488	+1.697	+3.171	+1.488	+1.683	+14

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die in Tabelle 11 dargestellten Absolutzahlen nach Alter der TeilnehmerInnen, so zeigt sich, dass die Untersuchungszahlen insgesamt sowie geschlechtsspezifisch ohne Ausnahme in allen Altersgruppen gestiegen sind. In der Altersgruppe der 45-49jährigen sind dabei die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahr am stärksten gestiegen, gefolgt von den 50-54jährigen und 18-24jährigen. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigen die Männer in der Altersgruppe der 45-49jährigen den größten Anstieg an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, wogegen dies bei den Frauen in der Altersgruppe der 18-24jährigen der Fall ist.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Was die gynäkologischen Untersuchungen betrifft, so zeigen alle Altersgruppen, mit Ausnahme der 30-39jährigen, der 50-59jährigen sowie der 65-69jährigen, Zuwächse im Vergleich zu 2007.

Tabelle 12: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2007-2008.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Gegenüberstellung der Teilnahmeraten von 2007 und 2008 zeigt, dass in allen Altersgruppen ein Zuwachs der Teilnahmeraten zu verzeichnen ist, wobei dieser Zuwachs in der Altersgruppe der 55-59jährigen mit +1,0 Prozentpunkten insgesamt am größten ist. Geschlechtsspezifisch betrachtet entfällt bei den Männern die stärkste Zunahme der Inanspruchnahme auf die Gruppe der 30-34jährigen, der 55-59jährigen sowie der 70-74jährigen mit jeweils +0,9 Prozentpunkten. Bei den Frauen zeigt sich bei den 55-59jährigen mit +1,3 Prozentpunkten der stärkste Zuwachs, dicht gefolgt von den 18-24jährigen mit einem Plus von 1,0 Prozentpunkten.

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



### 2.1.6 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2008

Im Folgenden sei auf eine Verlaufsdarstellung der verzeichneten Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2008 verwiesen (Tabelle 13). Auch bei allen folgenden vergleichenden Darstellungen werden ausschließlich die Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms betrachtet.

Tabelle 13: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2008 (alle KV-Träger).

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Österreich	653.472	709.350	748.332	786.315	813.782	775.723	791.370	821.655	871.691
Wien	102.149	112.207	123.038	133.314	<b>142.427</b>	<b>137.713</b>	<b>154.148</b>	<b>171.333</b>	<b>182.897</b>
Niederösterreich	60.255	69.319	72.299	78.209	78.833	74.669	77.866	78.226	82.262
Burgenland	35.171	37.180	39.061	40.463	42.276	40.177	39.200	43.868	47.380
Oberösterreich	107.874	117.579	121.155	128.064	134.387	126.042	126.341	128.278	137.937
Steiermark	<b>113.030</b>	<b>123.635</b>	<b>129.184</b>	<b>134.317</b>	132.444	126.067	123.683	122.401	126.606
Kärnten	64.937	69.330	72.112	73.786	76.474	75.305	72.808	74.171	78.294
Salzburg	48.810	50.863	53.696	55.241	56.785	52.747	54.605	57.794	58.795
Tirol	82.799	88.537	96.125	99.836	103.493	96.484	101.000	102.639	109.002
Vorarlberg	38.447	40.700	41.662	43.085	46.663	46.519	41.719	42.945	48.518

Betrachtet man in Abbildung 4 die grafische Darstellung der Absolutzahlen aus Tabelle 13, 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 2007 ist ein flacher bis leicht steigender Verlauf der Kurven, mit Ausnahme von Wien, wo die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen stark ansteigt, erkennbar. Der positive Trend kann sich im Jahr 2008 bei allen Bundesländern weiterhin fortsetzen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

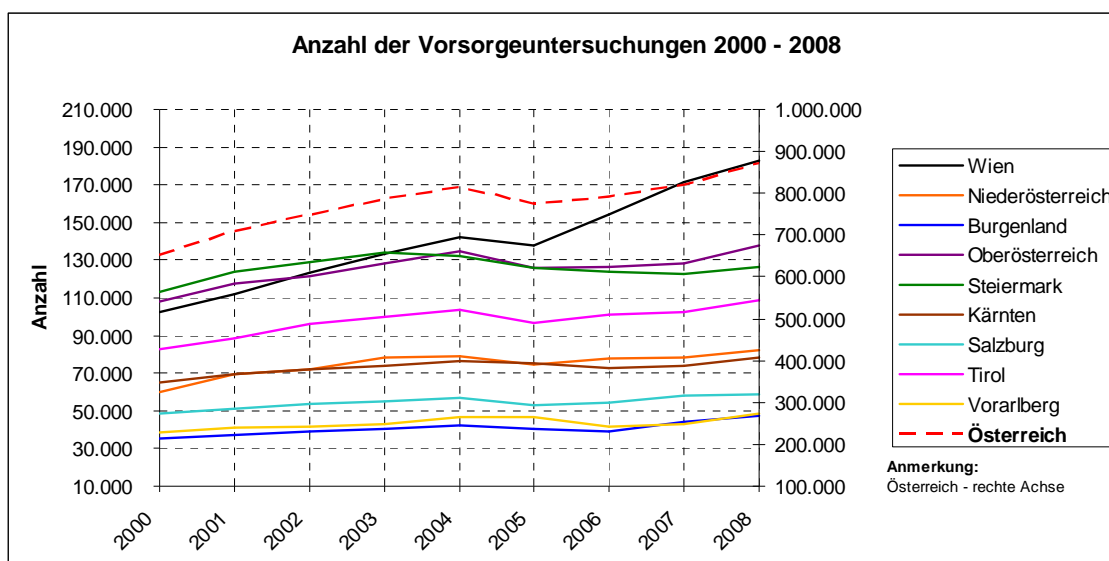


Abbildung 4: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2008 (alle KV-Träger).

Eine weitere Betrachtung des Verlaufs bis 2004 erfolgt in Abbildung 5 mit der Darstellung der relativen Differenzen der Absolutzahlen (Tabelle 14) jeweils im Vergleich zum Vorjahr. Der Knick im Jahr 2005 ist hier als die Folge eines sich bereits seit Jahren abzeichnenden Trends erkennbar. In den einzelnen Bundesländern - mit Ausnahme der Steiermark - 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. D.h. die Talsohle scheint mit dem Jahr 2005 durchschritten zu sein und ein Aufwärtstrend zeichnet sich bei sämtlichen Bundesländern ab.

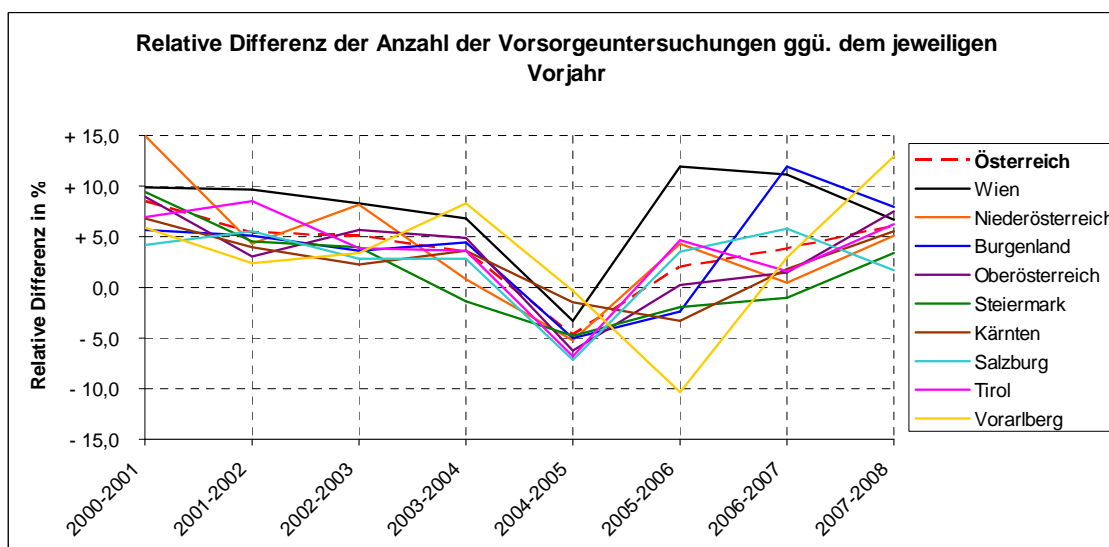


Abbildung 5: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 14: 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
Österreich	+8,6	+5,5	+5,1	+3,5	-4,7	+2,0	+3,8	+ 6,1
Wien	+9,8	<b>+9,7</b>	<b>+8,3</b>	+6,8	-3,3	<b>+11,9</b>	+11,2	+ 6,7
Niederösterreich	<b>+15,0</b>	+4,3	+8,2	+0,8	-5,3	+4,3	+0,5	+ 5,2
Burgenland	+5,7	+5,1	+3,6	+4,5	-5,0	-2,4	<b>+11,9</b>	+ 8,0
Oberösterreich	+9,0	+3,0	+5,7	+4,9	-6,2	+0,2	+1,5	+ 7,5
Steiermark	+9,4	+4,5	+4,0	<b>-1,4</b>	-4,8	-1,9	<b>- 1,0</b>	+ 3,4
Kärnten	+6,8	+4,0	+2,3	+3,6	-1,5	-3,3	+1,9	+ 5,6
Salzburg	+4,2	+5,6	+2,9	+2,8	<b>-7,1</b>	+3,5	+5,8	+ 1,7
Tirol	+6,9	+8,6	+3,9	+3,7	-6,8	+4,7	+1,6	+ 6,2
Vorarlberg	+5,9	+2,4	+3,4	<b>+8,3</b>	-0,3	<b>-10,3</b>	+2,9	<b>+ 13,0</b>

Im Jahr 2005 zeigt sich für den Zeitraum von 2000 – 2008 erstmals im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt wie bundesländerspezifisch eine Abnahme der Anzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. In der Darstellung der absoluten Differenzen in Tabelle 15 kann im Bundesland Oberösterreich mit -8.345 Untersuchungen das größte Minus beobachtet werden. Relativ gesehen verbucht das Bundesland Salzburg mit -7,1% den größten Rückgang an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms (Tabelle 14).

Tabelle 15: 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
Österreich	+55.878	+38.982	+37.983	+27.467	- 38.059	+15.647	+30.285	+ 50.036
Wien	+10.058	<b>+10.831</b>	<b>+10.276</b>	<b>+9.113</b>	- 4.714	<b>+16.435</b>	<b>+17.185</b>	<b>+ 11.564</b>
Niederösterreich	+9.064	+2.980	+5.910	+624	- 4.164	+3.197	+360	+ 4.036
Burgenland	+2.009	+1.881	+1.402	+1.813	- 2.099	- 977	+4.668	+ 3.512
Oberösterreich	+9.705	+3.576	+6.909	+6.323	<b>- 8.345</b>	+299	+1.937	+ 9.659
Steiermark	<b>+10.605</b>	+5.549	+5.133	<b>- 1.873</b>	- 6.377	- 2.384	<b>- 1.282</b>	+ 4.205
Kärnten	+4.393	+2.782	+1.674	+2.688	- 1.169	- 2.497	+1.363	+ 4.123
Salzburg	+2.053	+2.833	+1.545	+1.544	- 4.038	+1.858	+3.189	+ 1.001
Tirol	+5.738	+7.588	+3.711	+3.657	- 7.009	+4.516	+1.639	+ 6.363
Vorarlberg	+2.253	+962	+1.423	+3.578	- 144	<b>- 4.800</b>	+1.226	+ 5.573

Der Zuwachs des Vergleichszeitraums 2005/2006 wird mit 2006/2007 wie auch 2007/2008 fortgesetzt. Die Darstellung in Abbildung 5 zeigt einen deutlichen Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Insgesamt kann 2008, im Vergleich zu 2007, ein Zuwachs von +6,1 Prozent der Untersuchungen ausgemacht werden. Ein erheblicher Anteil dieser Steigerung geht dabei auf die Zuwächse in Wien und Oberösterreich zurück, die zusammen für mehr als ein

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Drittel der absoluten Zunahme an Vorsorgeuntersuchungen verantwortlich zeichnen. Wien verzeichnet somit den größten absoluten Zuwachs von +11.564 gefolgt von Oberösterreich mit +9.659 Vorsorgeuntersuchungen (Tabelle 15). Auch die übrigen Bundesländer zeigen im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme an Vorsorgeuntersuchungen. Jene Bundesländer die im Verhältnis zum Vorjahresvergleich (2006-2007) am stärksten zulegen konnten, waren Vorarlberg, von +2,9% auf +13,0%, und Oberösterreich, von +1,5% auf +7,5% (Tabelle 14).

Für sämtliche der bisherigen Betrachtungen wurden die Untersuchungszahlen des allgemeinen Untersuchungsprogramms jeweils zweier Jahresfolgen berücksichtigt. Für Aussagen hinsichtlich eines möglichen Trends wird daher in Tabelle 16 der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2008 gegenübergestellt. Damit soll eine erste – vorsichtige - Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen.

Tabelle 16: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2008 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.

Bundesland	Ø(2000-2004)	Ø (2006-2008)	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2008) [absolute Differenz]	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2008) [relative Differenz %]
Österreich	742.250	828.239	+85.988	+11,6
Wien	122.627	<b>169.459</b>	<b>+46.832</b>	<b>+38,2</b>
Niederösterreich	71.783	79.451	+7.668	+10,7
Burgenland	38.830	43.483	+4.652	+12,0
Oberösterreich	121.812	130.852	+9.040	+7,4
Steiermark	<b>126.522</b>	124.230	<b>- 2.292</b>	<b>- 1,8</b>
Kärnten	71.328	75.091	+3.763	+5,3
Salzburg	53.079	57.065	+3.986	+7,5
Tirol	94.158	104.214	+10.056	+10,7
Vorarlberg	42.111	44.394	+2.283	+5,4

Mit dem vorliegenden Datenmaterial lässt sich insgesamt für Österreich im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2008 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten. Relativ gesehen beträgt dieser Zuwachs dabei insgesamt +11,6%. Der überwiegende Anteil an dieser Entwicklung geht dabei auf Zuwächse im Bundesland Wien zurück, das mit einer durchschnittlichen Zunahme von 46.832 Untersuchungen, bzw. einem Plus von +38,2%, sowohl absolut als auch relativ den größten Zuwachs verzeichnen kann. Hinsichtlich der relativen Differenz rangieren hinter Wien die Bundesländer Burgenland (+12,0%) und Niederösterreich (+10,7%) bzw. Tirol (+10,7 %) an zweiter und dritter Stelle. Bei dem Vergleich des Durchschnitts der Inanspruchnahme einer VU von 2006 bis 2008 mit dem Durchschnitt der „VU

alt“ weist die Steiermark absolut (-2.292) wie relativ gesehen (-1,8%) das einzige Minus unter den Bundesländern auf.

### 2.1.7 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr **2008** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen – wie auch schon im Jahr 2007 – auf die Altersgruppe der 40-44jährigen zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms, was auch dem demografisch hohen Anteil dieser Altersgruppe innerhalb der österreichischen Wohnbevölkerung entspricht. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2008 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 die größte Unterrepräsentierung bei den 18-24jährigen und bei den Frauen bei den 18-24jährigen wie auch 75+jährigen.

Nach Absolutzahlen betrachtet entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2008 die anteilmäßige Inanspruchnahme der Frauen mit 13,2% etwas über jener der Männer mit 12,5%.

Nach Absolutzahlen betrachtet, wies Wien auch im Jahr 2008 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Nach der relativen Inanspruchnahme betrachtet, entfielen jedoch die höchsten Anteile auf das Bundesland Burgenland, gefolgt von Tirol und Kärnten. Deutlich abgeschlagen von den übrigen Bundesländern zeigt sich die niedrigste anteilige Inanspruchnahme im Bundesland Niederösterreich.

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen, so wurden im Jahr 2008 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms 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 Vergleichsjahre 2007 und 2008 nach Absolutzahlen der Untersuchungen insgesamt, so zeigt sich, dass die Häufigkeit bei beiden Geschlechtern gestiegen ist. Auch bei den gynäkologischen Untersuchungen konnte eine Zunahme beobachtet werden. Betrachtet man allein die Vorsorgeuntersuchungen (allgemeines Untersuchungsprogramm), so weist das Bundesland Wien die im Jahresvergleich größte Gesamtzunahme auf. Einzig das Bundesland Niederösterreich zeigte bei den Frauen einen Rückgang der Vorsorgeuntersuchungen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

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 setzt sich im Jahr 2008 nach dem Rückgang der Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2005 der positive Trend, welcher sich bereits bei den Frequenzzahlen 2006 und 2007 abgezeichnet hat, fort. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten konnten Zuwächse verzeichnet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Untersuchungszahlen mit den Zuwächsen der letzten drei Jahre stabilisiert haben. Es ist naheliegend, dass nach der im Jahr 2005 erfolgten Systemumstellung der inzwischen erhöhte Bekanntheitsgrad der neuen Vorsorgeuntersuchung in der Bevölkerung dazu beigetragen hat.

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

Beginnend mit Jänner 2008 wurde erstmals österreichweit das VU-eigene Einladungssystem (VU-Call/Recall-System) implementiert, mit welchem insbesondere jene Personen zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden sollen, die diese Untersuchung bislang nicht in Anspruch genommen haben, von einer Teilnahme jedoch profitieren könnten. Auf Basis einer strategischen VU-Kampagnenplanung wird dabei im Vorfeld jedes Kampagnenversandtermins pro Träger eine spezifische Zielgruppendefinition erarbeitet. Diese können die Träger für ihre Versicherten übernehmen oder aber eine eigene Zielgruppe definieren und einladen. Im Herbst 2008 wurde beschlossen, nur noch zwei dieser Einlade-Kampagnen („Calls“) pro Jahr durchzuführen, und zwar jeweils im April und im Oktober.

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

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung mehrere Begrifflichkeiten 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. 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.

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

Eine direkte Nutzen-Bewertung der VU Neu als Gesamtprogramm unter Ableitung etwaiger Gesundheitseffekte aus den bestehenden, längsschnittlich verfolgten VU-Daten ist aufgrund des Designs als Beobachtung einer selbst-selektierten Gruppe (VU-Population) methodisch nicht zulässig. Rückschlüsse aufgrund der Beobachtung gesundheitsrelevanter Endpunkte (oder auch intermediärer Ergebnisparameter) innerhalb der VU-Kohorte im zeitlichen Zusammenhang mit neu in die VU aufgenommenen Untersuchungsverfahren oder Maßnahmen



sind ebenfalls nicht zulässig. Selbst wenn für die TeilnehmerInnen der „alten VU“ vergleichbare (elektronische) Daten verfügbar wären, kann keinesfalls durch diese Gegenüberstellung eine Aussage über die Zuordnung etwaiger „Änderungen“ im Zusammenhang mit Inhalten der unterschiedlichen Untersuchungsprogramme getroffen werden.

Die Erstellung einer „Kosten-Nutzen-Bewertung“ im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung stellt aus den folgenden Gründen eine beträchtliche methodische Herausforderung dar. Diese Art von gesundheitsökonomischer Bewertung betrachtet den Wert der eingesetzten Ressourcen und der dadurch produzierten Ergebnisse (Outcomes). Auch im Falle der Verfügbarkeit elektronischer Befunddaten der VU Neu, wären noch zusätzliche Daten zur Abbildung der klinisch bzw. gesundheitlich relevanten Effektmaße erforderlich. Grundsätzlich müsste geprüft werden, inwieweit versorgungsbezogene Daten in der aktuellen Form (z.B. Daten der Krankenversicherungsträger zum Leistungsgeschehen) in pseudonymisierter, jedoch personenbezogener Form mit den ebenfalls pseudonymisierten VU-Befunddaten verknüpfbar sind. Dabei müssen sowohl die technischen, als auch die datenschutzrechtlichen Aspekte berücksichtigt werden. Diese Prüfschritte befinden sich derzeit im Laufen. Nicht absehbar zum derzeitigen Zeitpunkt ist, wann für derartige Fragestellungen notwendige bevölkerungsbezogene Datenquellen (z.B. Krankheitsregister, Bevölkerungsbefragungen) in guter Qualität in Österreich verfügbar sein werden. Mangels geeigneter Primärstudien zur VU könnte eine reine Modellierungsstudie durchgeführt werden, deren Validierung ohne Heranziehung österreichspezifischer epidemiologischer bzw. bevölkerungsbezogener Daten vermutlich für die Entscheidungsträger in Österreich mäßig aussagekräftig wäre.

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

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Im Anschluss findet sich eine Aufstellung der trägerspezifischen Kosten der Vorsorge(Gesundenuntersuchung) im Jahr 2008 (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2008, nach KV-Trägern

KV-Träger	Kosten
WGKK	11.712.378,00
BGKK	2.199.344,00
KGKK	6.662.941,00
NGKK	5.311.966,00
OÖGKK	10.056.536,00
SGKK	4.167.139,00
STGKK	8.180.543,00
TGKK	8.743.437,00
VGKK	4.443.786,00
VAEB	2.483.636,00
BKK	527.440,00
SVA	5.117.058,00
SVB	2.541.299,00
BVA	6.316.895,00
<b>gesamt</b>	<b>€ 78.464.398,00</b>

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juli 2009

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

Für diese Fragestellung müsste der versorgungsrelevante Konsum medizinischer Leistungen in Folge der Inanspruchnahme einer VU (allgemeines Untersuchungsprogramm) eines definierten Beobachtungszeitraums analysiert werden. Zur Prüfung der Datenqualität bzw. des Potentials des Standardprodukts FOKO hinsichtlich der Eignung in Bezug auf die Evaluierung der VU Neu, wurde das FOKO-Competence Center der OÖ-Gebietskrankenkasse im Jahr 2007 mit der Ziehung eines Testsamples beauftragt.

In einem ersten Schritt sollen anhand der angeforderten trägerweiten FOKO-Daten geschlechts- und altersspezifische Analysen zu folgenden Leistungen durchgeführt werden: Anzahl Krankenhaus-Tage, Kosten/ Anzahl eingelöster Medikamente, mittlere Anzahl an Facharzt-Besuchen, mittlere Anzahl an Besuchen Arzt für Allgemeinmedizin, mittlere Anzahl an Krankschreibungen (nur trägerspezifische Auswahl), mittlere Anzahl an Krankenstandstagen (nur trägerspezifische Auswahl).

Das Ausmaß des Confoundings – vor allem aufgrund des unterschiedlichen Risikoprofils - ist mit den aktuell vorliegenden Daten grundsätzlich nicht schätzbar. Sollte die Verknüpfbarkeit der FOKO-Daten mit den Befunddaten möglich sein, könnte eine sehr eingeschränkte Risikostratifizierung versucht werden. Aufgrund des Zusammenhangs der Inanspruchnahme der VU mit dem Gesundheitsstatus (Komorbiditäten, Schweregrad) und der allgemeinen Selbstselektion der VU-TeilnehmerInnen, müssen Verzerrungen erwartet werden. Sämtliche Analysen sind rein deskriptiv. Weitere Fehlermöglichkeiten resultieren durch die unvollständige Abbildung der Wahlarztkontakte, die aktuell gegebene Nichterfassung der stationären und KH-ambulanten Leistungen sowie – besonders problematisch – durch die Nichtverfügbarkeit von Diagnosekodierungen. Aufgrund des rein deskriptiven Ansatzes sind keine der VU zuordenbare Effekte darstellbar.

Für weitere spezifische Analysen gilt es, die datenschutzrechtliche sowie technische Realisierbarkeit einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank zu klären.

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

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

Eine gezielte Evaluierung könnte mit den vorliegenden Daten jedoch nur deskriptiv erfolgen. So könnten *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 besondere methodische Herausforderung stellt dabei die Datenverfügbarkeit und Datenqualität in Österreich dar. So kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur über wenige ausgewählte Merkmale (z.B. Rezeptgebührenbefreiung) mittels Sekundärdatenanalyse (Folgekostenrechnung/ FOKO) eine gewisse Differenzierung des sozioökonomischen Hintergrunds dargestellt werden. Somit müssten auch zur Beantwortung dieser Fragestellung – der Inanspruchnahme der VU-Neu in Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren – auf Sekundärdaten zurückgegriffen werden.

Davon ausgehend könnten weitere Längsschnitt-Betrachtungen derart identifizierter Risikogruppen (d.h. Rezeptgebührenbefreiung als Surrogat-Indikator für sozioökonomische Benachteiligung) in Bezug auf die Inanspruchnahme weiterer Früherkennungsuntersuchungen (z.B. PAP-Abstrich, Mammographie, Koloskopie) durchgeführt werden.

Auch die Längsschnitt-Beobachtung derart umschriebener Gruppen hinsichtlich der Veränderung modifizierbarer Risikofaktoren über einen längeren Zeitraum (drei bis fünf Jahre) sollte angestrebt werden. Dabei sollte jedoch immer mit berücksichtigt werden, dass es sich bei vielen der bei der VU festgestellten Befunde um Momentaufnahmen mit teilweise großer individueller Variabilität oder 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.

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

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

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

Basierend auf der Prioritätensetzung der Sozialversicherung im Bereich der Gesundheitsförderung wurde 2008 aufbauend auf den bisherigen Initiativen der Sozialversicherung die Gesundheitsförderung in den Lebensumwelten forciert. Der Ausbau der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung stellt dabei auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2007 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb des Rauchertelefons und einer Anschubfinanzierung eines internetbasierten RaucherInnenentwöhnungstool weitere Schwerpunkte gesetzt. Darüber hinaus wurde mit dem Projekt „Qualitätssicherung in der RaucherInnenentwöhnung“ und einer Grundlagenarbeit zur Tabakprävention bei Jugendlichen die Tabakprävention inhaltlich weiterentwickelt. Als Teil einer österreichischen Ernährungsstrategie wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES im Rahmen des Projektes „Richtig Essen von Anfang an“ eine fundierte Grundlage für erste Umsetzungsschritte geschaffen. Die Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats und die Förderung von Ausbildungen von MitarbeiterInnen im Bereich Public Health, als Maßnahme zum Kapazitätsaufbau, stellt einen weiteren Schwerpunkte im Rahmen der vom Hauptverband koordinierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 447h ASVG dar.

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

2007 wurde das Strategieprojekt GESUNDE SCHULE vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestartet. Das Projekt baut auf der gesicherten Erkenntnis auf, dass der Lebensraum Schule einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen leisten kann. Ausgangspunkt der Überlegungen ist es, Gesundheit im Rahmen von Organisationsentwicklung mitzudenken. Auf Basis dieser konzeptionellen Überlegungen wurden im Rahmen des zweijährigen Projektes Entscheidungsgrundlagen für die inhaltliche Ausgestaltung einer nachhaltig wirksamen nationalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen entwickelt, sowie erste Umsetzungsschritte gesetzt. Aufbauend auf einer breit angelegten Ist-Analyse wurden Grundlagen für die Weiterentwicklung einzelner Themenfelder geschaffen und Pilotanwendungen entwickelt, welche ab Herbst 2008 erprobt wurden.

Im Rahmen der Erprobungshase wurden die Konzeptbausteine im Dialog mit wichtigen Stakeholdern konkretisiert und Anwendungserfahrungen in Form von Prototypen gesammelt.

Kristallisationspunkt dieser Aktivitäten waren Maßnahmen im Rahmen der LehrerInnenfortbildung. Inhaltlich gliederte sich diese Projektphase in folgende Teilprojekte:

- Teilprojekt 1: Qualitätsstandards für Schulen und Dienstleistungsunternehmen
- Teilprojekt 2: Interventionskonzept
- Teilprojekt 3: Evaluation und Umsetzungsplanung
- Teilprojekt 4: Projektkommunikation

Es wurde ein spezielles Fortbildungsangebot in Form eines kompakten Pilot-Lehrgangs bereitgestellt, um Lehrpersonen und Schulleitungen zur Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems im Sinne eines effektiven Gesundheitsmanagements zu befähigen. Dieses Modell wurde durch das LBI evaluiert. Weiters wurde ein Selbstbewertungstool entwickelt, das eine Orientierung im Hinblick auf ihren aktuellen Status quo an Gesundheitsförderung sowie die Zielformulierungen geben sollte. Als zentrale Grundlage wurden Qualitätsstandards für Schulen und für Dienstleister erstellt.

Eine Analyse ausgewählter internationaler Gesundheitsbetreuungsmodelle sowie die Bewertung von Screeningmaßnahmen im Setting Schule wurden als Grundlagen für die Professionalisierung der Schulärztinnen/Schulärzte und anderer Gesundheitsberufe für Schulen in Österreich durchgeführt.

Darüber hinaus wurden die mittlerweile 8 Schulservicestellen der Krankenversicherungsträger bei der Umsetzung von konkreten Maßnahmen und Projekten an Schulen finanziell in pauschalierter Form gefördert. Die Inhalte, die von den SchülerInnen und LehrerInnen mit Unterstützung der Servicestellen im Rahmen von Projekten aufgearbeitet wurden, reichen von Ernährung und Bewegung, über Tabak, Alkohol bis hin zu psychosozialen Themen.

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

#### **Pilotprojekte für jüngere und ältere ArbeitnehmerInnen**

Die Arbeiten an den 2007 begonnen Pilotprojekten „Erfahrungsvorsprung“, mit dem Fokus ältere ArbeitnehmerInnen und „U21“, mit dem Fokus jüngere ArbeitnehmerInnen wurden 2008 fortgeführt. Die beiden Modellprojekte wurden im Frühjahr 2009 abgeschlossen. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus diesen beiden Pilotprojekten werden 2009 inhaltlich zusammengeführt und in entsprechende Leitfäden für Betriebe gebündelt, damit zukünftig weitere Unternehmen profitieren können, und betriebliche Gesundheitsförderung für und mit jüngeren sowie älteren ArbeitnehmerInnen breiter umgesetzt werden kann.

### **Betriebliche Gesundheitsberichterstattung**

Bislang existieren in Österreich in der Gesundheitsberichterstattung der Arbeitswelt keine einheitlichen Berichtsstandards. Im Gegensatz zur epidemiologisch ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung auf nationaler, regionaler bzw. kommunaler Ebene, welche in erster Linie zur Gesundheitsplanung und dem Monitoring der Bevölkerungsgesundheit eingesetzt wird, folgen die einzelnen betrieblichen Gesundheitsberichte weitgehend den Handlungserfordernissen der jeweiligen Betriebe. Zur Auswertung kommen oftmals die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Sozialversicherungsträger, seltener betriebseigene Krankenstandsstatistiken sowie Daten aus MitarbeiterInnenbefragungen und Daten aus qualitativen Interviews. Ergänzend werden auch Daten aus Gesundheitszirkeln zur betrieblichen Gesundheitsberichterstattung herangezogen.

Zur Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung in Richtung einer systematischen und Indikatoren-gestützten Berichterstattung müssten daher in Österreich konzeptionelle Grundlagen mit methodischer Ausrichtung erarbeitet werden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat daher das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention beauftragt einen Bericht zum Stand der Betrieblichen Gesundheitsberichterstattung in Österreich zu verfassen. Schwerpunktmäßig soll sich der Bericht der systematischen betrieblichen Gesundheitsberichterstattung widmen und Möglichkeiten zum Monitoring „gesunder Betriebe“ unter Berücksichtigung von ArbeitnehmerInnenschutz sowie Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen aufzeigen. Ein erster Bericht soll im Herbst 2009 vorliegen.

### **Lebensstilbezogene Maßnahmen im Betrieb**

Für die Verbreitung lebensstilbezogener Standardangebote der Sozialversicherung zu den Themen Bewegung, Ernährung, Tabak- und Stressprävention, wurden die Angebote „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“, „Gestalten & Bewegen“ „Gemeinsam gut essen“, „Betriebliche Tabakprävention“ und „Kleine Betriebe meistern Stress“ aus den Mitteln nach § 447h ASVG finanziell bezuschusst. Darüber hinaus wurde der Infotag des Österreichischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung, der 2008 in Graz stattfand, finanziell gefördert.



### 2.6.3 Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention

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

Da speziell im Bereich der RaucherInnenentwöhnung die Nachfrage steigt und die österreichischen Sozialversicherungsträger stetig ihre Angebote ausbauen, wurde im Auftrag des Hauptverbandes ein Qualitätssicherungsprojekt zur ambulanten RaucherInnenentwöhnung beauftragt. Generell gibt es eine Vielfalt an Angeboten. Vor diesem Hintergrund wurde die NÖGKK beauftragt gemeinsam mit VertreterInnen der OÖGKK, STGKK, PVA und VAEB dieses Thema zu bearbeiten. Es wurde, eine Übersicht über die unterschiedlichen Angebote zur RaucherInnenentwöhnung innerhalb der Sozialversicherung erstellt, ein gemeinsamer Leitfaden zur ambulanten RaucherInnenentwöhnung und ein gemeinsames Evaluierungskonzept entwickelt. Darüber hinaus ist geplant das Evaluierungskonzept 2009 zu erproben und die Vernetzung und Kooperation zwischen den Trägern zu forcieren. Unter dem Aspekt der Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit soll zukünftig auch ein Wissensaustausch und eine Weiterentwicklung angestrebt werden.

Ergänzend zu den Maßnahmen im Bereich der RaucherInnenentwöhnung wurde von der WGKK ein Rapid Assessment zur Analyse der internationalen Evidenz zum Thema Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt, auf Basis dessen 2009 ein Tabakpräventionsprogramm entwickelt werden soll. Die Ergebnisse des Rapid Assessments werden unter [www.hauptverband.at/fokoop](http://www.hauptverband.at/fokoop) veröffentlicht.

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

Das Bundesministerium für Gesundheit, die AGES und der Hauptverband haben 2008 das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ an initiiert. Basierend auf nationalen und internationalen

„Models of Good Practice“ und unter Berücksichtigung der Ist-Situation wurde für Österreich ein Maßnahmenkatalog entwickelt, welcher gesundheitsfördernde Elemente stärkt und gesundheitsschädliche Elemente im Bereich Ernährung zurückdrängt. Dabei galt es Handlungsfelder zu definieren, für Österreich maßgeschneiderte Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren und erste Sofortmaßnahmen für die Zielgruppe Schwangere, Stillende und Kinder bis zum 3. Lebensjahr zu wählen. Die umfangreichen Projektergebnisse sind unter [www.hauptverband.at/fokoop](http://www.hauptverband.at/fokoop) abrufbar. Eine Umsetzung erster Sofortmaßnahmen ist 2009 im Rahmen der Nachprojektphase in den Pilotbundesländern Steiermark und Niederösterreich geplant.

### **2.6.5 Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung**

#### **Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats für Gesundheitsförderung und Prävention**

Ziel der Bemühungen im Gesundheitswesen muss es sein, die gesunden Lebensjahre für die Österreicherinnen und Österreicher zu vermehren. Neben einer Optimierung der Krankenbehandlung, orientiert an Health Technology Assessment, Schnittstellenmanagement und strukturierten Betreuungsformen, tritt die Sozialversicherung dafür ein, dass der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitspolitik ein wichtiger Stellenwert zukommt. Zur qualitativen Weiterentwicklung des bisher beschrittenen Weges in der Gesundheitsförderung und Prävention wurde ein wissenschaftlicher Beirat für Gesundheitsförderung und Prävention der österreichischen Sozialversicherung als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis eingerichtet. Der wissenschaftliche Beirat für Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung hat die Funktion, im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Sozialversicherung zu institutionalisieren, den Austausch von Fachthemen zu fördern sowie unabhängige wissenschaftliche Expertisen nach dem State of the Art zu deren Weiterentwicklung innerhalb der Sozialversicherung beizustellen. Der Beirat tagt zweimal jährlich, und setzt sich aus ExpertInnen aus den Bereichen Public-Health, der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsförderung zusammen.

#### **Weiterbildungsoffensive Public Health**

Basierend auf dem 2007 erstellten Weiterbildungskonzept und in Weiterführung der Maßnahmen zur Weiterbildung im Sinne der Qualitätsentwicklung wurde 2008 die Teilnahme an Public Health Lehrgängen für MitarbeiterInnen der Sozialversicherung gefördert. Durch die anteilige Förderung aus Mittel nach §447h ASVG konnte die Anzahl der Public Health ExpertInnen in der Sozialversicherung maßgeblich gesteigert werden.