



FOKO – Statistische Analyse

Bericht

Projekt „Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu“

Modul 4 – EDV

Arbeitspaket 4.3 – FOKO-Statistische Analyse durchführen

Impressum

Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH

Haideggerweg 40

8044 Graz

UID-Nr.: ATU 63975513

Tel: +43 (0) 50 / 23 50 DW 37900

Fax: +43 (0) 50 / 23 50 DW 77900

AutorInnen

DI Andreas Kvas

Graz, November 2010



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
1 Einleitung	9
2 Methode	12
2.1 Konzept und Ablauf	12
2.2 Datenverarbeitung	13
2.2.1 Normalisierung	13
2.2.2 Applikationen	14
2.2.3 Leistungspositionen	14
2.3 Analyse-Konzept	14
2.3.1 Allgemeine Analyse	15
2.3.2 Spezifische Analyse	16
2.4 Auswertung und methodische Anmerkungen	17
3 Ergebnisse	17
3.1 Daten	17
3.1.1 Datenumfang-, bereinigung	17
3.2 VU-TeilnehmerInnen Q1/2007	19
3.2.1 Soziodemografische Personenmerkmale	19
3.3 Allgemeine Analyse	20
3.3.1 Mittlere Anzahl an KH-Tagen	21
3.3.2 Mittlere „Krankenhaus-Kosten“	23
3.3.3 Mittlere Anzahl eingelöster Heilmittel	25
3.3.4 Mittlere Kosten eingelöster Heilmittel	27
3.3.5 Mittlere Anzahl an Krankenstandsfällen	29
3.3.6 Mittlere Anzahl an Krankenstandstagen	32
3.3.7 Mittlere Anzahl an Besuchen bei Vertragsärzten	34
3.3.8 Mittlere Vertragsarzt-Kosten	37
3.4 Spezifische Analyse	40
3.4.1 PAP-Abstrich	40
3.4.2 Mammographie	43
3.4.3 Koloskopie	45
3.4.4 PSA-Test	48
4 Diskussion und Zusammenfassung	52
4.1 Allgemeine Analyse	52
4.2 Spezifische Analyse	54

4.3	Aufwand Datenbeschaffung	58
4.4	Limitierungen	58
5	Ausblick	59
5.1	Vergleich VU-TeilnehmerInnen vs VU-Nicht-TeilnehmerInnen.....	59
5.2	Verknüpfung FOKO- und Befund-Daten	59
	Literatur.....	60
	ANHANG	61
	Tabellenband	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenbereinigung.	18
Tabelle 2: Deskriptive Statistik. Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	62
Tabelle 3: Deskriptive Statistik. Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Alter.	62
Tabelle 4: Deskriptive Statistik. Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Träger.	62
Tabelle 5: Deskriptive Statistik. KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	63
Tabelle 6: Deskriptive Statistik. KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.	63
Tabelle 7: Deskriptive Statistik. KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.	64
Tabelle 8: Deskriptive Statistik. Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	64
Tabelle 9: Deskriptive Statistik. Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Alter.	64
Tabelle 10: Deskriptive Statistik. Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Träger.	65
Tabelle 11: Deskriptive Statistik. Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	66
Tabelle 12: Deskriptive Statistik. Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.	66
Tabelle 13: Deskriptive Statistik. Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.	66
Tabelle 14: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	67
Tabelle 15: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Alter.	67
Tabelle 16: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Träger.	68
Tabelle 17: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	68
Tabelle 18: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Alter.	69
Tabelle 19: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Träger.	69
Tabelle 20: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007).	69
Tabelle 21: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	70
Tabelle 22: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Alter.	70
Tabelle 23: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Träger.	71
Tabelle 24: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007).	72
Tabelle 25: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	72
Tabelle 26: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.	73
Tabelle 27: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.	74
Tabelle 28: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007).	75
Tabelle 29: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Alter.	75
Tabelle 30: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Träger.	76
Tabelle 31: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach erfolgtem PAP-Abstrich vor VU Teilnahme.	77
Tabelle 32: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007).	78

Tabelle 33: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Alter.	78
Tabelle 34: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Träger.	79
Tabelle 35: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Mammographie vor VU Teilnahme.	79
Tabelle 36: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007).	80
Tabelle 37: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	80
Tabelle 38: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Alter.	80
Tabelle 39: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Träger..	81
Tabelle 40: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Koloskopie vor VU Teilnahme.	82
Tabelle 41: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit PSA-Test ab VU (Q1/2007).....	82
Tabelle 42: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Alter.	82
Tabelle 43: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Träger.	83
Tabelle 44: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Träger und erfolgter Koloskopie vor VU Teilnahme.	83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung nach Geschlecht (n = 175.818).....	19
Abbildung 2: Altersverteilung nach Geschlecht.....	19
Abbildung 3: Mittlere Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.....	21
Abbildung 4: Mittlere Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Alter.	22
Abbildung 5: Mittlere Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Träger.	22
Abbildung 6: Mittlere KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.....	23
Abbildung 7: Mittlere KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	24
Abbildung 8: Mittlere Anzahl an KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.	25
Abbildung 9: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	26
Abbildung 10: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	26
Abbildung 11: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Träger.....	27
Abbildung 12: Mittlere Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.....	28
Abbildung 13: Mittlere Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	28
Abbildung 14: Mittlere Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.	29
Abbildung 15: Mittlere Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	30
Abbildung 16: Mittlere Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	31
Abbildung 17: Mittlere Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Träger.....	31
Abbildung 18: Mittlere Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.....	32
Abbildung 19: Mittlere Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Alter.	33
Abbildung 20: Mittlere Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Träger.	34
Abbildung 21: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	35
Abbildung 22: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	36
Abbildung 23: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Träger.....	36
Abbildung 24: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	38
Abbildung 25: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	38
Abbildung 26: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.....	39
Abbildung 27: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Alter.	41
Abbildung 28: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Träger.	42
Abbildung 29: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach erfolgtem PAP- Abstrich vor VU Teilnahme.....	42
Abbildung 30: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	43
Abbildung 31: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Träger.	44
Abbildung 32: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Mammographie vor VU Teilnahme.....	45
Abbildung 33: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.	46
Abbildung 34: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Alter.....	46

Abbildung 35: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Träger.....	47
Abbildung 36: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Koloskopie vor VU Teilnahme.	48
Abbildung 37: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Alter.	49
Abbildung 38: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Träger.	50
Abbildung 39: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Träger und erfolgtem PSA-Test vor VU Teilnahme.	51

1 Einleitung

Für bestimmte Fragestellungen im Zusammenhang mit der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) gemäß § 447h (4) ASVG sind ausgewählte Ziffern dieses Paragraphen von Relevanz.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Absatzes ist wie folgt¹:

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

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

Bereiche davon, die unter anderem mittels der sogenannten FOKO (**FO**lge**KO**sten)-Schnittstelle als elektronische Datenquelle abgedeckt werden sollen, betreffen im Speziellen die Ziffern 2 bis 4. Erste Ergebnisse betreffend die oben angeführte Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG wurden in Form eines Zwischenberichts bereits vorgelegt (IfGP, 2010). Diese Ergebnisse basieren aufgrund der führenden Datenqualität eines bestimmten Trägers der Gebietskrankenkassen auf den Abrechnungsdaten der FOKO-Schnittstelle dieses Trägers. Die Analysen richten sich dabei auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU Neu – Allgemeines medizinisches Programm – innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums. Die in diesem

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

Zusammenhang ausgewerteten Bereiche umfassen Krankenhausaufenthalt, Heilmittelkonsum, Arbeitsunfähigkeit sowie Vertragsarzt-Kontakte².

Als österreichweite Referenzwerte betreffend alle SV-Versicherte wurden Kennzahlen aus dem „Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008“ – kurz „SHSV 2008“ – (HVB, 2008) des Hauptverbandes (HVB) entnommen. Über diesen Vergleichsansatz wurden auffallende Abweichungen zu den Leistungsdaten der beobachteten VU-ProbandInnen betreffend Heilmittel-Kosten (exkl. USt.) und die Anzahl an Besuchen bei Vertragsärzten ausgemacht.

Leider wurde aufgrund einer Missinterpretation des Autors der im Zwischenbericht angeführte Durchschnitt von 13,0 Vertragsarzt-Kontakten pro VU-TeilnehmerIn dem nicht adäquaten Referenzwert „Fälle je Versicherten“ des Bereichs „Vertragsärztlichen Hilfe“ des „SHSV 2008“ gegenübergestellt. Diese Kennzahl, welche maximal einen Arzt-Besuch pro Fachgruppe je Quartal bzw. Monat beinhaltet, wurde als die Angabe durchschnittlicher „Arzt-Patientenkontakte“ fehlinterpretiert. Daraus resultierte die stark über diesem Referenzwert liegende Abweichung der VU-Daten von +154,9%. Im vorliegenden Gesamtbericht wurde der Vergleich durch die Verwendung von Kennzahlen der e-Card Statistik³ des Hauptverbandes richtig gestellt.

Hinsichtlich Heilmittelkosten wies der Vergleich des von den VU-TeilnehmerInnen verursachten Kosten-Durchschnitts von 207,26 € mit dem österreichweiten Referenzwert des „SHSV 2008“ von 283,72 € eine relative Differenz von -26,9% auf. Dies entspricht um mehr als ein Viertel des Vergleichswerts an geringeren Kosten hinsichtlich der VU-TeilnehmerInnen.

Betreffend die durchgeführten soziodemografischen Analysen konnte grundsätzlich kein relevanter geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich Leistungsanspruchnahme bei den VU-ProbandInnen beobachtet werden. Ausnahmen davon stellten die Anzahl an Heilmittel-Verordnungen sowie die Besuche bei Vertragsärzten dar, bei denen die Frauen stets über den Männern lagen. Wie erwartet, zeigte das Alter einen maßgeblichen Einfluss auf das Ausmaß des Leistungskonsums. Grundsätzlich stieg dabei mit dem Alter die Inanspruchnahme der Leistungen.

Der vorliegende Gesamtbericht – im Sinne einer trägerübergreifenden Analyse – erweitert die durchgeführten Berechnungen des Zwischenberichts auf die Daten der FOKO-Schnittstelle der übrigen Gebietskrankenkassen sowie der vier Sonderversicherungsträger. Die oben angeführten Auswertungsbereiche werden um die verursachten Vertragsarzt-Kosten ergänzt. Außerdem werden im aktuellen Bericht die Vergleichsrechnungen mit österreichweiten Kennzahlen, wo möglich, mittels

² Aus Lesbarkeitsgründen wird betreffend Ärzte nur die männliche Bezeichnungsform angeführt.

³ Quelle: BIG, Vertragspartnerwürfel, Demografiewürfel, Oktober 2010.

einer Schärfung der entsprechenden Referenzwerte durch eine zum „SHSV 2008“ zusätzlichen Verwendung von Datenquellen der LIVE-Statistik sowie der e-Card Statistik des HVB angepasst.

Betreffend die Durchführung spezifischer Untersuchungsprogramme im Rahmen der VU Neu wurden im bereits angesprochenen Zwischenbericht erste Ergebnisse zur Inanspruchnahme dieser angeführt. Definiert sind die in diesem Zusammenhang geltenden Untersuchungen im § 6 (1) der „Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU“ des Hauptverbandes.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Paragraphen sowie Absatzes ist wie folgt⁴:

„Untersuchungsprogramme

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

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

Für die angeführten Krebsfrüherkennungsprogramme wurde neben der Abrechnungsposition der Vorsorgemaßnahme auch die entsprechende Inanspruchnahme der kurativen Leistung ausgewertet. Hintergrund dabei war die Vermutung eines verzerrten Bildes hinsichtlich des Umfangs der eingesetzten Früherkennungsmaßnahmen durch eine mögliche Vermischung mit entsprechenden kurativen Leistungspositionen, die in der SV-Honorarordnung unter Umständen höher dotiert sind, als die zugehörige VU-Position und damit ein gewisser Anreiz für die bevorzugte kurative Abrechnung bestehen könnte. Die deskriptiven Auswertungen betreffend Abrechnungen hinsichtlich PAP-Abstrich und Mammographie unterstützten diese Vermutung.

Die Auswertungen des Zwischenberichts werden betreffend die Inanspruchnahme der spezifischen Untersuchungsprogramme neben der trägerweiten auch um geschlechts- sowie altersspezifische Analysen erweitert. Außerdem wird der Einfluss des Falles bereits vor der VU-Inanspruchnahme erfolgter Untersuchungen auf die wiederholte Abrechnung der entsprechenden Leistung nach der VU-Teilnahme beobachtet.

Ausführungen betreffend die für die Analyse konkret eingesetzten FOKO-Daten, die damit in Verbindung stehende Form der Datenverarbeitung und ihre Problematiken sowie das für die Auswertungen erstellte Analyse-Konzept sind – wie bereits vorab im Zwischenbericht – ebenfalls Gegenstand des aktuellen Gesamtberichts.

⁴ Entnommen den „Amtlichen Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherung“, Verlautbarung Nr.: 58 Jahr: 2005

2 Methode

2.1 Konzept und Ablauf

Zur Prüfung der Datenqualität bzw. des Potentials des Standardprodukts FOKO im Kontext der zuvor genannten Fragestellung wurde das FOKO-Competence Center (FOKO-CC) der OÖ-Gebietskrankenkasse im Jahr 2007 durch das damalige WIZE der VAEB 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 (WiZe VAEB, 2007).

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde das FOKO-Competence Center Ende August 2008 durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) mit der Vollerhebung aller Versicherten, für die eine VU Neu (Allgemeines medizinisches Programm) betreffend das erste Quartal 2007 abgerechnet wurde, beauftragt.

Die angeforderten Daten entstammen der FOKO-Schnittstelle der neun Gebietskrankenkassen (OÖGKK, BGKK, KGKK, NÖGKK, SGKK, STGKK, TGKK, VGKK, WGKK), der vier Sondersicherungsträger (BVA – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, SVA – Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, SVB – Sozialversicherungsanstalt der Bauern, VAEB – Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau) und der vier Betriebskrankenkassen (BKKMO – Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper, BKKKAPF – Betriebskrankenkasse Kapfenberg, BKKZW – Betriebskrankenkasse Zeltweg, BKKWV – Betriebskrankenkasse Wiener Verkehrsbetriebe). Von sämtlichen angeführten Trägern wurde dabei vorab eine schriftliche Zustimmungserklärung für die Datenbereitstellung eingeholt.

Als abzufragender Datenfeldbereich wurde der gesamte Umfang der FOKO-Schnittstelle (mit Ausnahme der Transporte sowie Kur- und Erholungsaufenthalte) definiert. Grund für den Verzicht auf konkrete Einschlussmerkmale war die aus der Potentialanalyse gewonnene Erkenntnis der in der FOKO Umgebung vorhandenen redundanten Datenspeicher-Möglichkeiten. Als Konsequenz werden von den Trägern die redundanten Felder bei gleichem Informationsgehalt unterschiedlich befüllt. Der angeforderte Beobachtungszeitraum der so erhobenen Daten umfasst das vollständige Jahr 2007 sowie den jeweils maximal zur Verfügung stehenden Zeitraum davor. Der Archivierungsumfang der Daten ist dabei trägerspezifisch, umfasst aber lt. FOKO-CC jeweils mindestens die letzten acht Quartale zum Abfragezeitpunkt.

Im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurden die Daten durch Verschlüsselung der entsprechenden Vertragspartner- sowie Versicherungsnummern-Felder mittels der

kryptographischen Hashfunktionen MD5 (Message-Digest Algorithm 5) pseudonymisiert zur Verfügung gestellt. Die Daten-Übermittlung seitens FOKO-CC erfolgte als MS-Access-Datenbank je auszuwertendem Sozialversicherungsträger. Diese wurden durch einen gesicherten VPN-Tunnel über eine im SV-Intranet befindliche Datendrehscheibe an das IfGP übertragen.

Aus Kostengründen und um den Aufwand für das FOKO-CC möglichst gering zu halten, wurden die gelieferten Daten mittels folgender Ausschlusskriterien seitens IfGP bereinigt. Erstes Kriterium stellt einen innerhalb des erhobenen Beobachtungszeitraums nicht durchgehenden Gültigkeitsstatus der VU-TeilnehmerInnen dar. Dieser beschreibt die Gültigkeit der Stamminformation der Versicherten in der FOKO-Datenbank und wird als Surrogat-Parameter betreffend den Versicherungsstatus herangezogen. Der tatsächliche Versicherungszeitraum kann mittels FOKO nicht abgefragt werden. Mit dem Filtern dieser Fälle wird bestmöglich sichergestellt, dass nicht vorhandene Abrechnungsdaten eine Nichtinanspruchnahme von Leistungen widerspiegeln und nicht das Fehlen der entsprechenden Informationen darstellt, weil der Versicherungsnehmer zu der konkreten Zeit bei einem anderen Träger versichert war.

Das zweite Ausschlusskriterium betrifft das Auftreten des tatsächlichen VU-Leistungsdatums außerhalb des ersten Quartals 2007. Damit wird die Menge der VU-TeilnehmerInnen über das konkrete Leistungsdatum eingeschränkt und nicht über den seitens FOKO-CC genutzten Beobachtungszeitraum-Parameter, der in der Regel ein Jahresquartal darstellt. Theoretisch entspricht dieser den Werten des Leistungsdatums, jedoch können in der Praxis Diskrepanzen festgestellt werden (WiZe VAEB, 2007).

Das dritte Ausschlusskriterium, ein nicht ausreichender Gültigkeitszeitraum, filtert VU-TeilnehmerInnen, deren Gültigkeitszeitraum ab bzw. vor VU-Inanspruchnahme unter dem im Analyse-Konzept unter 2.3 vorgestellten Beobachtungszeitraum von neun bzw. zwölf Monaten liegt. Damit wird analog zum ersten Ausschlusskriterium bestmöglich gesichert, dass bei der Folgekostenanalyse nicht aufscheinende Leistungen auch als nicht in Anspruch genommene interpretiert werden können.

2.2 Datenverarbeitung

2.2.1 Normalisierung

Die FOKO-Schnittstelle setzt sich gemäß dem Konzept einer relationalen Datenbank sowie den Regeln einer normalisierten Datenverspeicherung aus einer Fülle miteinander verknüpfter Datentabellen – in FOKO als Satzarten (SA) bezeichnet – zusammen.

Für eine Analyse derartiger Datenbestände steht üblicherweise ein entsprechend entworfenes Datawarehouse (DWH) zur Verfügung. Mittels eigener Applikationen können damit in der Regel über

ein angepasstes Graphical User Interface (GUI) Auswertungen der Datenbestände auf einfache Weise durchgeführt werden.

2.2.2 Applikationen

Wie bereits beim Prozess der Potentialanalyse stehen aber auch im Rahmen der statistischen Analyse von FOKO dem IfGP keine Applikationen dieser Art zur Verfügung. Beispiele dafür existieren zwar mit „FOKO I“, „FOKO II“ und der online Applikation „Statistik-Center“, mit diesen kann aber nur auf die Daten des jeweils eigenen Trägers, falls dieser eine Anwendungs-Lizenz besitzt, zugegriffen werden. Eine trägerübergreifende Lösung ist aufgrund einer Vielzahl datenschutzrechtlicher Probleme nicht vorgesehen, womit eine österreichweite Datenauswertung, wie sie im Rahmen dieses Projekts vorgesehen ist, mit diesen Applikationen nicht umsetzbar ist.

Als Konsequenz befindet sich das IfGP in der Situation, die notwendigen Daten vorerst aus einer komplexen Datenstruktur zu extrahieren, um diese danach für die eigentliche statistische Untersuchung aufbereiten zu können. Operationalisiert wird dieser Arbeitsprozess mittels eigens programmierter SQL (Structured Query Language)-Prozeduren in Kombination mit entsprechenden VBA (Visual Basic for Applications)-Modulen. Dieser Schritt stellt eine aufwändige Entwicklungsarbeit dar, verschärft durch den Umstand der trägerspezifischen Datenhaltung sowie Parameter-Codierung, wodurch stets eine zeitintensive entsprechende Software-Adaption für die einzelnen Träger-Auswertungen notwendig ist.

2.2.3 Leistungspositionen

Ein weiteres Beispiel für den hohen Zeitaufwand von Arbeiten, die einer möglichen statistischen Analyse von FOKO-Daten vorangehen müssen, ist eine mit der angesprochenen Software-Entwicklung eng verknüpfte Recherche der teilweise datenbankinternen sowie trägerspezifischen Codes zur Identifikation entsprechender VU Neu-Leistungen. Da sich diese Codes trägerabhängig unterscheiden können, kann das Kompendium an erhobenen Leistungspositionen erst nach einem aufwändigen Erhebungsprozess bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern in ein für die Analyse allgemein gültiges Leistungsspektrum abgebildet werden.

Die oben angeführten Umstände zur Beschreibung der notwendigen Form der Datenverarbeitung und die damit in Verbindung stehenden Problematiken, die sich im Zusammenhang mit der statistischen Analyse von FOKO-Schnittstellendaten auftun, führten bzw. führen zu einer entsprechenden Verzögerung des anfangs angesetzten Zeitplanes.

2.3 Analyse-Konzept

Das Analyse-Konzept zur Behandlung der oben angeführten Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG „Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind“ gliedert sich in

einen allgemeinen sowie spezifischen Teil. Es konzentriert sich dabei auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU Neu (Allgemeines medizinisches Programm) innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums.

Im vorliegenden Bericht setzen sich die untersuchten Fälle aus allen Versicherten der neun Gebietskrankenkassen sowie der vier Sonderversicherungsträger zusammen, für die eine VU Neu im ersten Quartal 2007 abgerechnet wurde. Diese werden neun Monate lang nach der Inanspruchnahme der VU Neu mittels oben angeführter FOKO-Daten beobachtet.

2.3.1 Allgemeine Analyse

Die Analysen erfolgen vorerst unabhängig von spezifischen Zielfeldern, Interventionen oder Zielgruppen (z.B. Risikopopulationen, Subgruppen nach Alter, Anspruchsberechtigungen etc.). Derartige Auswertungen erfordern eine entsprechende Verknüpfung der SV-Abrechnungsdaten mit den Befunddaten der VU Neu – siehe Kapitel 5.2. Daher sollen in einem ersten Schritt anhand der angeforderten trägerweiten FOKO-Daten geschlechts- und altersspezifische Analysen zu folgenden Leistungen durchgeführt werden, welche ab VU-Teilnahme in Anspruch genommen wurden:

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

Einschränkungen

Als empirisch belegt gilt die Korrelation von Gesundheitszustand (Schweregrad der Erkrankung, Komorbiditäten) mit gesundheitsbezogenen Outcomes, der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und medizinischen Kosten. Auch die Inanspruchnahme der VU selbst kann aufgrund der allgemeinen Selbstselektion der VU-Teilnahme systematisch mit dem Gesundheitszustand im Zusammenhang stehen. Das Ausmaß des Einflusses von diesen patientenseitigen Störfaktoren ist mit den aktuell vorliegenden Daten und mit dem vorliegenden Ansatz grundsätzlich nicht schätzbar. Insgesamt können deutliche Verzerrungen mit den interessierenden Zielgrößen erwartet werden. Eine systematische Risikoadjustierung aufgrund der in den vorliegenden Daten nur unzureichend abgebildeten Patientenmerkmale ist jedoch nicht sicher leistbar. Zusammengefasst resultiert für die gestellten Fragestellungen daher ein beträchtliches Zuschreibungsproblem.

In allen über FOKO betrachteten Versorgungsaspekten sind neben den eben erwähnten patientenseitigen Aspekten des Confoundings auch arztseitige Faktoren denkbar (z.B. individuell unterschiedliches – von Patientenmerkmalen bzw. Case-Mix unabhängiges – Überweisungs- und Verschreibungsverhalten). Dies kann in der Analyse der vorliegenden Daten die Zuschreibungsproblematik aggravieren. Weitere Probleme resultieren durch die unvollständige Abbildung der Wahlarztkontakte, die Nichterfassung der stationären und KH-ambulanten Leistungen sowie – besonders problematisch – die Nichtverfügbarkeit von Diagnosekodierungen im niedergelassenen Bereich.

Aufgrund der angeführten möglichen Verzerrungen durch Selektionsbias und die beschriebenen (größtenteils nicht schätzbaren) Confounder sind damit keine eindeutig der VU zuordenbare Effekte darstellbar. Methodische Ansätze zur Kontrolle der patientenseitigen Störfaktoren existieren zwar, sind aber nur teilweise auf die vorliegende Datenlage übertragbar. Sämtliche Analysen sind daher vorerst explorativ und rein deskriptiv.

Lösungsansätze

Für weitergehende Analysen werden aktuell die datenschutzrechtliche sowie technische Realisierbarkeit einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank geklärt. Anhand der Verknüpfung der FOKO-Daten mit den Befunddaten könnte eine – eingeschränkte – Risikostratifizierung versucht werden.

2.3.2 Spezifische Analyse

Im Bereich der spezifischen Analyse wird die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsprogrammen untersucht. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, sind die in diesem Zusammenhang geltenden Untersuchungen im § 6 (1) der „Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU“ des Hauptverbandes definiert.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Paragraphen sowie Absatzes ist wie folgt⁵:

„Untersuchungsprogramme

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

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

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

Zur Identifikation der angesprochenen Untersuchungsprogramme in den FOKO-Abrechnungsdaten werden die seitens der Träger bzw. des Hauptverbandes dem IfGP bekannt gemachten Positionsnummern verwendet. Die im Zwischenbericht auf Basis einer Eigenrecherche des IfGP verwendeten kurativen Abrechnungspositionen wurden im vorliegenden Gesamtbericht nun durch die bei den Trägern im Anschluss an die Fertigstellung des Zwischen-Berichts explizit angefragten Positionsnummern ergänzt.

Die Auswertungen hinsichtlich der Inanspruchnahme erfolgen geschlechts-, alters- sowie trügerspezifisch. Zusätzlich wird der Einfluss des Falles bereits vor der VU-Inanspruchnahme erfolgter Untersuchungen auf die wiederholte Abrechnung der entsprechenden Leistung nach der VU-Teilnahme analysiert.

2.4 Auswertung und methodische Anmerkungen

Nach der unter 2.2 beschriebenen Entwicklungsarbeit wurden die damit für die statistische Analyse aufbereiteten Daten von MS Access ins Statistikpaket SPSS 18.0 für Windows importiert. Allfällige aufgrund des trügerspezifischen Grads der Datenbefüllung der FOKO-Schnittstelle fehlende Werte wurden für den vorliegenden Bericht nicht imputiert.

Bei allen Abbildungen, Tabellen und formalen Angaben zu Ergebnissen ist der Datenumfang (n) angeführt. Dies entspricht jeweils der Anzahl jener VU Neu-TeilnehmerInnen, für die gültige bzw. für die Berechnungen verwendete Daten vorliegen. Prozentwerte beziehen sich immer auf diese gültigen Fälle (n). Angaben von Prozentwerten in Abbildungen wurden zum Teil auf ganze Zahlen gerundet, sodass sich bei Addition eine geringe Differenz auf 100% ergeben kann.

3 Ergebnisse

Im vorliegenden Gesamtbericht werden die Ergebnisse der im Methodenteil angeführten Auswertungen auf Basis der Daten der FOKO-Schnittstelle der neun Gebietskrankenkassen sowie der vier bundesweiten Sondersicherungsträger dargestellt.

3.1 Daten

3.1.1 Datenumfang-, bereinigung

Der trügerspezifische Archivierungsumfang der FOKO-Daten hat für die betrachteten Träger zum Zeitpunkt der Daten-Abfrage zum Großteil einen Zeitraum vom ersten Quartal 2006 bis inklusive des vierten Quartals 2007 ergeben. Die Ausnahme davon bildeten zwei Träger, bei denen im einen Fall

die Abrechnungsdaten für November und Dezember des Jahres 2007 und im anderen Fall die Daten für das erste Quartal 2006 ausständig waren. Außerdem waren bei einem weiteren Träger die üblichen acht Quartalsdaten über den Zeitraum des vierten Quartals 2005 bis inklusive drittes Quartal 2007 gegeben.

Die vom IfGP durchgeführte Datenbereinigung filtert Fälle von VU-TeilnehmerInnen mit nicht durchgehendem Gültigkeitsstatus im Beobachtungszeitraum. Weiters werden Daten von ProbandInnen ausgeschlossen, bei denen das VU-Leistungsdatum außerhalb des spezifizierten ersten Quartals 2007 auftritt. Außerdem werden keine Fälle berücksichtigt, deren Gültigkeitszeitraum ab bzw. vor VU-Inanspruchnahme unter einem Beobachtungszeitraum von neun bzw. zwölf Monaten liegt. Zusätzlich wurden Fälle mit einem fiktiv gesetzten VU-Inanspruchnahme-Datum des 01.01.2007 gefiltert. Die Ergebnisse dieser Datenbereinigung werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Datenbereinigung.

VU-TeilnehmerInnen – Q1/2007	Häufigkeit	Prozent
Nicht durchgehender Gültigkeitsstatus	886	0,5
VU-Leistungsdatum außerhalb Q1/2007	6.179	3,2
Nicht ausreichender Gültigkeitszeitraum	4.031	2,1
Ausgeschl. mit fiktivem VU-Datum (01.01.2007)	3.823	2,0
Gesamt ausgeschlossen	14.919	7,8
Gesamt eingeschlossen	175.818	92,2
Gesamt	190.737	100,0

Wie aus der Tabelle ersichtlich, wurden insgesamt 7,8% der gesamten 190.737 VU-TeilnehmerInnen der untersuchten Träger, welche gemäß Beobachtungszeitraum-Parameter der FOKO-Schnittstelle im ersten Quartal 2007 eine VU Neu in Anspruch genommen haben, aus der Analyse ausgeschlossen.

Ergänzend zu dem eben beschriebenen Filterprozess musste für die Generierung der letztlich für die Analysen verwendeten Menge an Versicherten eine beobachtete Doppel-Verspeicherung der VU-Leistungsposition „Allgemeines medizinisches Programm“ in den Abrechnungsdaten bereinigt werden. Insgesamt wurden 221 Fälle an versicherten Mehrfachabrechnungen betreffend die VU-Inanspruchnahme im ersten Quartal 2007 gezählt. Das sind im Durchschnitt 17 Fälle pro Träger, wobei die Anzahl durch eine Spannweite von null bis maximal 71 Fälle stark trägerspezifisch variiert. Hinsichtlich dieser Mehrfachnennungen wurde für die Analysen jeweils nur ein entsprechender Fall berücksichtigt.

3.2 VU-TeilnehmerInnen Q1/2007

3.2.1 Soziodemografische Personenmerkmale

Nach der lt. Kapitel 3.1.1 durchgeführten Datenbereinigung ergibt sich folgendes Bild für die Geschlechterverteilung der beobachteten VU Neu-TeilnehmerInnen des ersten Quartals 2007 der neun Gebietskrankenkassen sowie der vier Sonderversicherungsträger. Die Frauen bilden einen Anteil von 53,2%, die Männer von 46,7% (Abbildung 1).

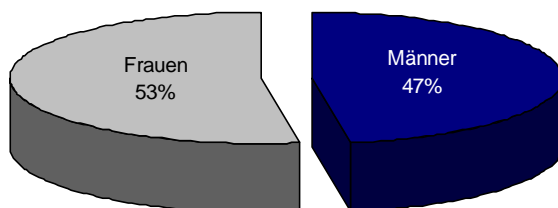


Abbildung 1: Verteilung nach Geschlecht (n = 175.818).

Betreffend das Alter der VU-TeilnehmerInnen kann eine Spannweite von 18 bis 100 Jahren beobachtet werden. Das Durchschnittsalter beträgt dabei 50,8 Jahre (SD = 15,8, n = 175.818). Geschlechtsspezifisch ergibt sich bei den Frauen ein Mittel von 50,9 Jahren (SD = 16,3, n = 93.571) und bei den Männern ein Durchschnittswert von 50,8 Jahren (SD = 15,2, n = 82.191).

Die folgende Abbildung 2 zeigt die gesamte Altersverteilung der beobachteten VU-ProbandInnen getrennt nach Geschlecht. Insgesamt entsprechen die angeführten soziodemografischen Personenmerkmale der Struktur, wie sie im Zwischenbericht vom März 2010 (IfGP, 2010) für die eine ausgewählte Gebietskrankenkasse vorlag.

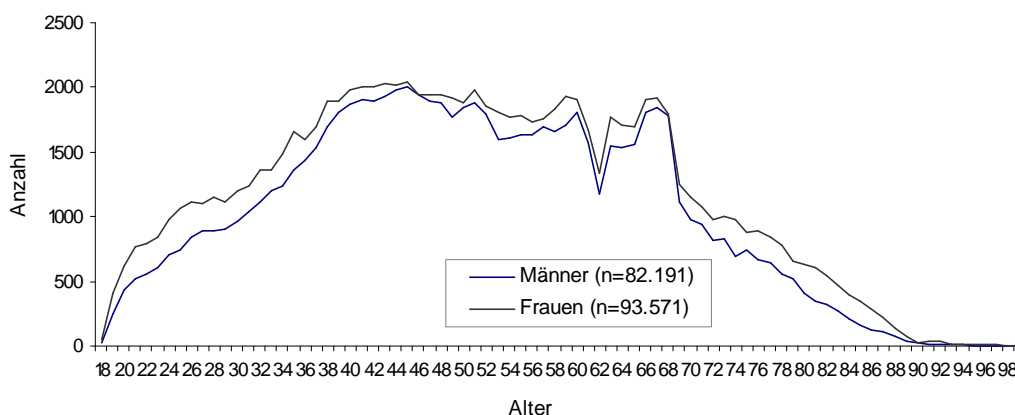


Abbildung 2: Altersverteilung nach Geschlecht.

3.3 Allgemeine Analyse

Im Rahmen der Allgemeinen Analyse werden geschlechts-, alters- sowie trägerspezifische Auswertungen zum versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen der VU-TeilnehmerInnen durchgeführt, welcher ab der VU-Inanspruchnahme im ersten Quartal 2007 neun Monate lang beobachtet wird. Die Datentabellen, welche den dargestellten Ergebnissen zugrunde liegen, sind im Tabellenband im Anhang des Berichts angeführt.

Mangels einer für diese Analysen verfügbaren Vergleichsgruppe wurden österreichweite Referenzwerte betreffend alle SV-Versicherte für den Vergleich mit den unten angeführten Auswertungen aus dem „Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008“, im Folgenden kurz „SHSV 2008“, des Hauptverbandes entnommen (HVB, 2008). Zusätzlich zum „SHSV 2008“ werden als Datenquellen für die Vergleichsrechnung die LIVE (Leistungsinformation für Versicherte)-Statistik sowie entsprechende Bereiche der e-Card Statistik⁶ des HVB verwendet. Es wird explizit auf die eingeschränkte direkte Vergleichbarkeit dieser Größen mit den berechneten Werten der VU-TeilnehmerInnen hingewiesen. Die Ursache dafür liegt im unterschiedlich langen Beobachtungszeitraum, welcher der Kennzahl-Berechnung zu Grunde liegt. Im Fall der VU-ProbandInnen beträgt dieser – epidemiologisch wie auch datentechnisch bedingt – neun Monate und betreffend die zur Verfügung stehenden Statistiken des Hauptverbandes das gesamte Jahr 2007 und somit zwölf Monate.

Als methodischer Ansatz für eine Steigerung der Vergleichbarkeit der Daten wird als Referenzwert die mit dem Faktor 0,75 gewichtete Ausgangskennzahl, welche im entsprechenden Fall aus den oben angeführten Datenquellen entnommen wurde, gewählt. Dieser Zugang ist äquivalent zum Vergleich der auf ein Jahr hochgerechneten Daten der VU-ProbandInnen mit der entsprechenden ungewichteten Größe (Swart & Ihle, 2005, S. 312-313). Dies gilt aufgrund der Situation, dass die individuellen in Anspruch genommenen Leistungsgrößen der VU-TeilnehmerInnen auf dem identen Beobachtungszeitraum basieren. Außerdem wird eine Alters-Standardisierung der berechneten Werte der VU-TeilnehmerInnen vorgenommen, um eine bestmögliche Anpassung an die jeweilige Vergleichspopulation zu erreichen. Diese stellt grundsätzlich den durchschnittlichen Versichertenstand der ab 18-Jährigen des Jahres 2007 bzw. für den Fall der Krankenstandsanalysen die Versichertenstandstatistik der Arbeiter und Angestellten (ab 18) lt. Tabelle 2.21 des „SHSV 2008“ dar.

Bei der trägerspezifischen Darstellung der Auswertungen entsprechen die jeweiligen Nummerierungen der Sozialversicherungsträger hinsichtlich der verschiedenen betrachteten Leistungsgrößen grundsätzlich nicht einander. Damit ist ein Vergleich eines Träger-Wertes, z.B. von

⁶ Quelle: BIG, Vertragspartnerwürfel, Demografiewürfel, Oktober 2010.

Träger T1, mit dem Wert von Träger T1 einer anderen Leistungsgröße nicht zulässig, womit eine Rückschlussmöglichkeit auf den konkreten Träger minimiert wird.

3.3.1 Mittlere Anzahl an KH-Tagen

Durchschnittlich wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 1,5 KH-Tage bei den VU-TeilnehmerInnen verzeichnet. Aufgrund der trägerspezifischen Datenqualität konnten für diese Kennzahl zwölf der dreizehn beobachteten Sozialversicherungsträger in die Analyse inkludiert werden.

Aus den LIVE Daten des Jahres 2007 ergeben sich betreffend alle SV-Versicherte, datenbedingt ab 15 Jahren (außer VAEB), ein Mittel von 2,3 Tagen pro Versicherten. Der gewichtete Referenzwert beträgt damit 1,7 Tage und liegt nur etwas über dem **nicht altersstandardisierten** Durchschnitt von 1,50 KH-Tagen der VU-ProbandInnen. Das gemäß der Altersstruktur der LIVE Daten **standardisierte** Mittel der VU-TeilnehmerInnen von 1,49 KH-Tagen ist dabei praktisch deckungsgleich zum Rohwert.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Getrennt nach Geschlecht ist im Mittel kein Unterschied bezüglich der Anzahl an verbrachten Krankenhaustagen nach der VU-Teilnahme festzustellen. Für Frauen und Männer beträgt der Durchschnitt jeweils 1,5 Tage (Abbildung 3).

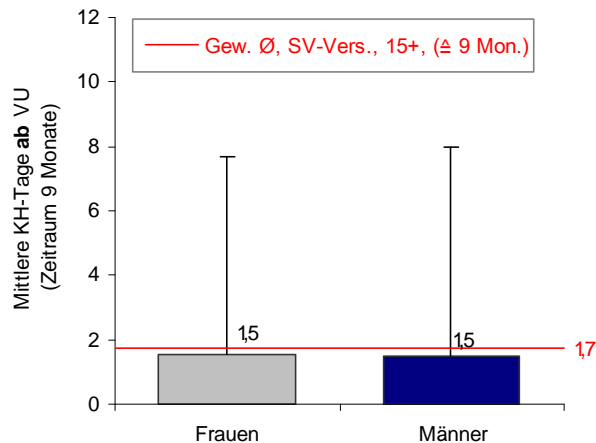


Abbildung 3: Mittlere Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 172.695).

„Altersspezifische Auswertung“

Die altersabhängige Betrachtung zeigt einen stetigen Zuwachs an KH-Tagen mit dem Anstieg des Alters. Bis zum Alterssegment der 51- bis 60-Jährigen bleibt das Mittel mit 0,7 bis 1,5 Tagen unter dem gewichteten Durchschnitt von 1,7 betreffend alle SV-Versicherten ab 15 Jahren des Jahres

2007. Die letzten beiden Gruppen der über 60-Jährigen liegen mit 2,0 bzw. 3,6 Tagen pro VU-TeilnehmerIn über diesem Referenzwert (Abbildung 4).

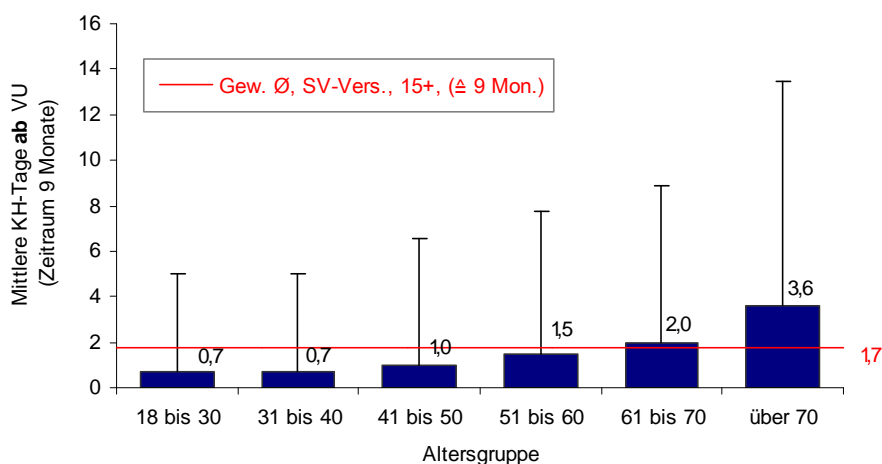


Abbildung 4: Mittlere Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 172.751).

„Trägerspezifische Auswertung“

Die Aufschlüsselung der Daten nach den SV-Trägern, die für die Kennzahl KH-Tage inkludierbar waren, ist in Abbildung 5 dargestellt. Die angegebenen altersbereinigten Werte weichen dabei mit Ausnahme des Wertes des Trägers T12 nur unauffällig vom Rohwert ab. Ein auffallend großer Unterschied zum gewichteten österreichweiten Referenzwert von 1,7 KH-Tagen ist mit mittleren 0,4 KH-Tagen bei T10 zu verzeichnen. Insgesamt liegen drei Viertel der Träger etwas unter und die restlichen etwas über dieser Bezugsgröße. Grundsätzlich sind Unterschiede zwischen den Trägern erkennbar, wobei T4 und T7 mit überdurchschnittlicher und T10 mit extrem unterdurchschnittlicher Anzahl an KH-Tagen hervorstechen.

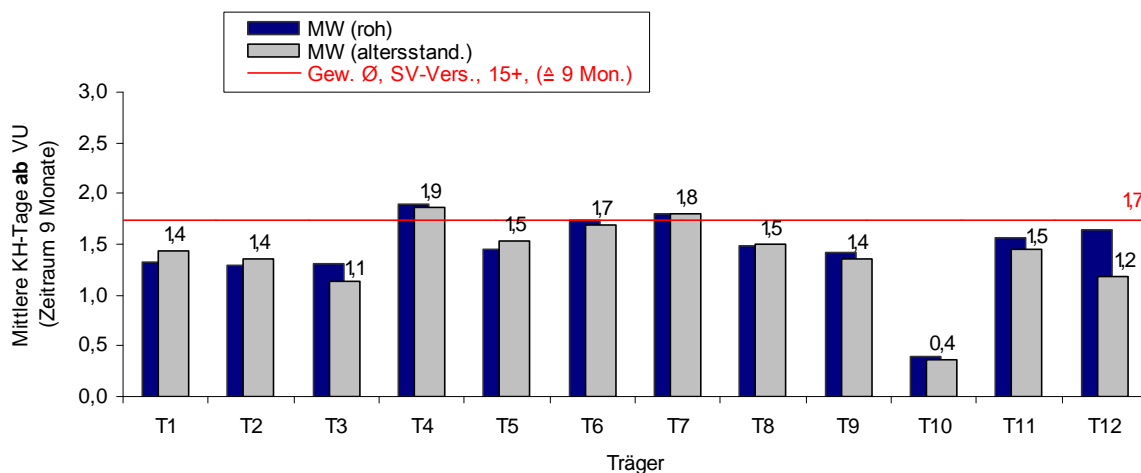


Abbildung 5: Mittlere Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. (n = 172.751).

3.3.2 Mittlere „Krankenhaus-Kosten“

Im Durchschnitt wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 285,42 € an KH-Kosten pro VU-TeilnehmerIn der beobachteten Träger verzeichnet. Aufgrund der trägerspezifischen Datenqualität konnten für diese Kennzahl sechs SV-Träger in die Analyse inkludiert werden. Die über die FOKO-Schnittstelle verspeicherten Krankenhauskosten sind Durchschnittskosten welche den jeweiligen Krankenhausaufenthalten zugeordnet werden. Diese errechnen sich aus einem trägerabhängigen Tagsatz, der sich wiederum aus dem Bezug des geleisteten Pauschalbeitrages des SV-Trägers für den Krankenanstaltenfonds auf die insgesamt angefallenen Spitalstage des Vorjahres ergibt. Nicht abgebildet werden bei dieser Kostendarstellung die tatsächlichen KH-Kosten pro Fall. Die Angaben sind dabei ohne Umsatzsteuer.

Ein österreichweiter Referenzwert wird unter anderem aus den Tabellen 2.06, 2.35 sowie 5.09 des „SHSV 2008“ (HVB, 2008) errechnet. Dabei wird die Überweisung aller Krankenversicherungsträger an den Krankenanstaltenfonds für das Jahr 2007 (2.834.230.139 €, exkl. USt.) vorerst den gesamten Spitalstagen 2007 (16.545.727) gegenübergestellt und damit ein entsprechender Tagsatz von 171,30 € bestimmt. Dieser wird mit der durchschnittlichen Anzahl an Krankenhaustagen pro Versicherten gemäß LIVE-Daten für 2007 (ab 15 Jahren, außer VAEB), also 2,3 Tage, zu den entsprechenden pro Kopf-Kosten von 393,99 € hochgerechnet. Die gewichtete Referenzgröße errechnet sich damit zu 295,49 € und liegt nur knapp über dem **nicht altersstandardisierten** Durchschnitt der VU-ProbandInnen (285,42 €). **Altersstandardisiert** liegt das Mittel der VU-TeilnehmerInnen mit 291,82 € fast gleich auf mit dem österreichweiten Referenzwert.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Getrennt nach Geschlecht lässt sich bei den verursachten Krankenhauskosten im Mittel kaum eine Differenz zwischen den weiblichen (283,94 €) und männlichen (287,57 €) VU-TeilnehmerInnen beobachten.

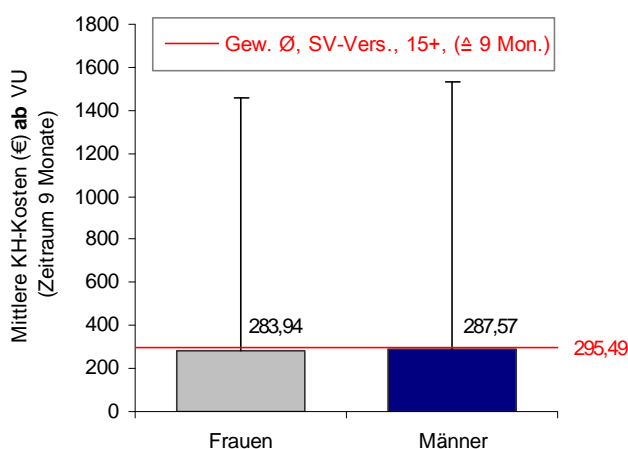


Abbildung 6: Mittlere KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 107.197).

„Altersspezifische Auswertung“

Mit dem Steigen des Alters nehmen auch die mittleren Spitalskosten zu. Ausgehend von den 18- bis 30-Jährigen, mit einem Durchschnitt von 133,65 €, ergibt sich verglichen mit den über 70-Jährigen (713,11 €) ein relativer Kosten-Anstieg von +433,6%, also im Mittel mehr als fünfmal soviel. Beim Alterssegment der 51- bis 60-Jährigen (296,42 €) erreichen die Durchschnittswerte der VU-TeilnehmerInnen den gewichteten österreichweiten Referenzwert von 295,49 €. Die mittleren Kosten der beiden Gruppen der über 60-Jährigen liegen mit 373,37 € bzw. 713,11 € über dieser Kennzahl.

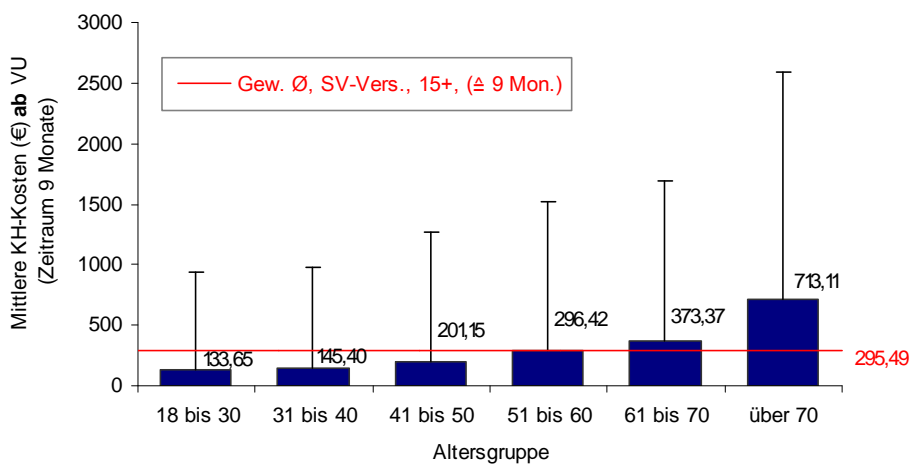


Abbildung 7: Mittlere KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 107.253).

„Trägerspezifische Auswertung“

Eine Darstellung der mittleren KH-Kosten nach SV-Trägern bei denen die VU in Anspruch genommen wurde und die für die Berechnung dieser Kennzahl inkludierbar waren, ist mit Abbildung 8 gegeben. Die angegebenen altersstandardisierten Werte zeigen zwischen T3 (218,05 €) und T6 (386,99 €) die größte relative Differenz von +77,5%. T6 ist daneben auch der einzige Sozialversicherungsträger, der auffallend über dem gewichteten Referenzwert von 295,49 € liegt. Damit sind trägerspezifische Unterschiede gegeben.

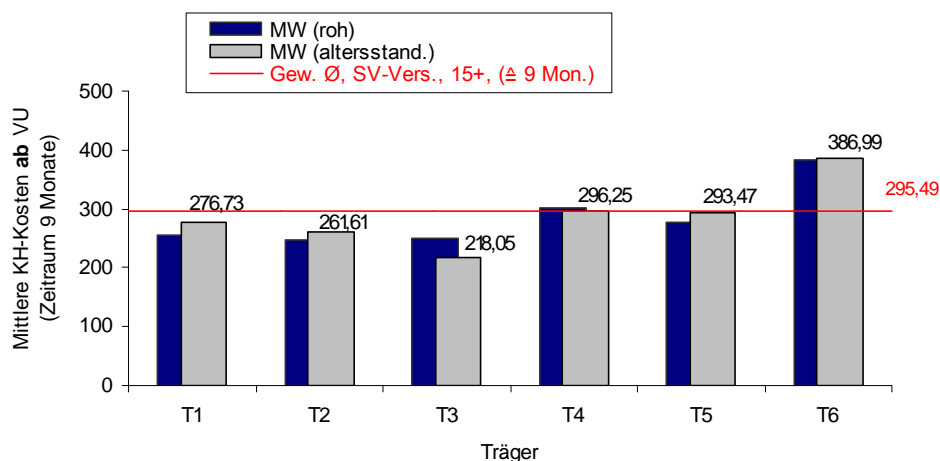


Abbildung 8: Mittlere Anzahl an KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 172.751).

3.3.3 Mittlere Anzahl eingelöster Heilmittel

Im Mittel wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 12,6 Packungen an eingelösten Heilmitteln pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Für diese Kennzahl war es möglich, alle neun Gebietskrankenkassen sowie die vier Sondersversicherungsträger in die Auswertung aufzunehmen.

Die Ausgangskennzahl zur Berechnung des Referenzwerts entspricht mit 112.453.402 der Anzahl der gesamten Heilmittel Verordnungen im Jahr 2007 gemäß „SHSV 2008“, Tabelle 2.29 (HVB, 2008). Dies ergibt mit 8.002.696 anspruchsberechtigten Personen der KV im Jahr 2007 einen Pro Kopf Wert von 14,1 Packungen. Die Gewichtung mit dem Faktor 0,75 führt damit zu einer Vergleichsgröße von 10,6 Verordnungen pro Versicherten. In Bezug auf diese Kennzahl liegen die **nicht altersstandardisierten** Daten der VU-ProbandInnen (12,6) mit zwei Packungen über dem österreichweiten Gesamtschnitt. **Altersstandardisiert** ergibt sich für die VU-TeilnehmerInnen ein Mittel von 12,1 Heilmittel-Packungen, was einer Differenz von eineinhalb Verordnungen pro Kopf zum Referenzwert entspricht.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Im Durchschnitt weisen Männer mit 11,0 in etwa drei Packungen weniger an verschriebenen und eingelösten Medikamenten auf als die Frauen (13,9) (Abbildung 9).

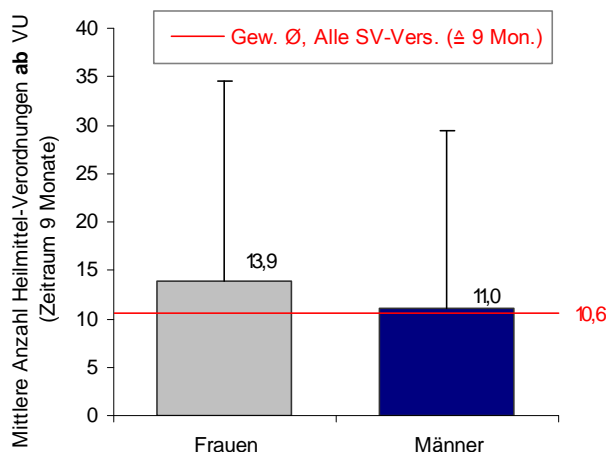


Abbildung 9: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 175.762).

„Alterspezifische Auswertung“

Das altersabhängige Ergebnis zeigt sich in Abbildung 10. Mit steigendem Alter steigt auch die durchschnittliche Anzahl an eingelösten Verordnungen. Über dem 50. Lebensjahr liegt die mittlere Anzahl an Medikamenten-Packungen über dem eingezeichneten und gewichteten Referenzwert von 10,6 betreffend alle SV-Versicherte.

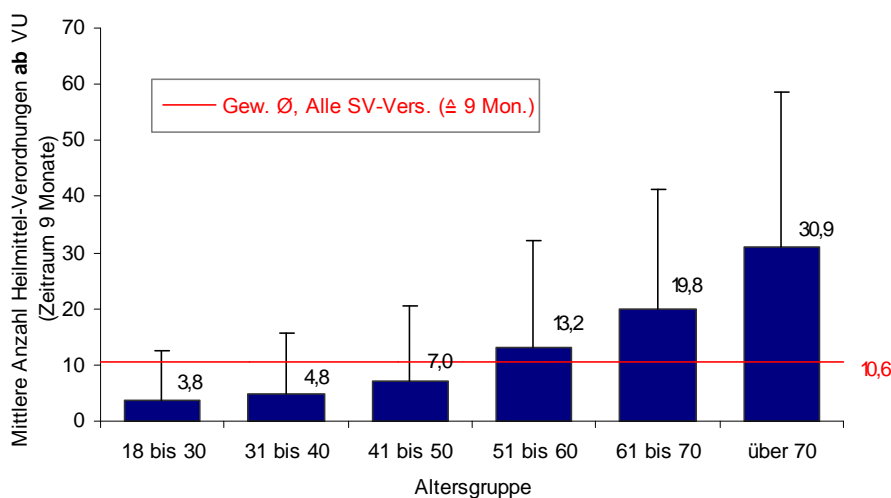


Abbildung 10: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. (n = 175.818).

„Trägerspezifische Auswertung“

Die Auswertung der mittleren Anzahl an von den VU-TeilnehmerInnen eingelöster Heilmittel ist nach SV-Trägern in Abbildung 11 dargestellt. Die angegebenen altersstandardisierten Werte reichen dabei

von 9,9 Verordnungen pro Kopf bei Träger T9 bzw. T12 bis 13,9 Heilmittel-Packungen je VU-ProbandIn bei Träger T1. Damit sind nicht nur bei den eingezeichneten Rohwerten trägerspezifische Unterschiede erkennbar.

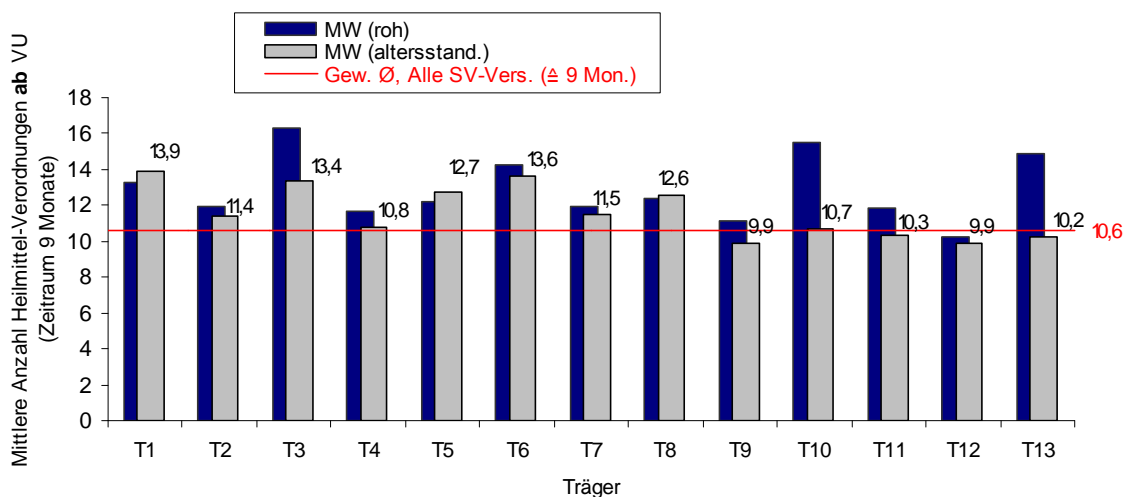


Abbildung 11: Mittlere Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. (n = 175.818).

3.3.4 Mittlere Kosten eingelöster Heilmittel

Durchschnittlich wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 230,06 € an abgerechneten Heilmittel-Kosten pro VU-ProbandIn der beobachteten Träger verzeichnet. Für diese Kennzahl war es möglich, alle neun Gebietskrankenkassen sowie die vier Sonderversicherungsträger in die Auswertung aufzunehmen. Die in diesem Bericht angeführten Heilmittel-Kosten entsprechen den von den öffentlichen Apotheken bzw. hausapothekenführenden Ärzten den Versicherungsträgern in Rechnung gestellten taxierten Beträgen der eingelösten Medikamente. Die Angaben sind dabei ohne Umsatzsteuer.

Gemäß LIVE Daten des Jahres 2007 ergibt sich betreffend alle SV-Versicherte, datenbedingt ab 15 Jahren (außer VAEB), ein Mittel von 327,03 € pro Versicherten. Der entsprechend gewichtete Referenzwert errechnet sich damit zu 245,27 €. Vergleicht man den **nicht altersstandardisierten** Durchschnitt der von den VU-ProbandInnen verursachten Heilmittelkosten (230,06 €) mit dieser Größe, ergibt sich lediglich eine absolute Differenz von etwa 15 €. **Altersstandardisiert** beträgt das Mittel der VU-TeilnehmerInnen 216,18 €, was einen Unterschied von etwa 30 € pro Kopf zur österreichweiten Vergleichsgröße ergibt.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Betrachtet nach dem Geschlecht zeigt sich, dass die männlichen VU-Teilnehmer im Mittel mit 214,74 €, wie auch bei der Anzahl der Heilmittel-Verordnungen, etwas unter dem Durchschnitt der Frauen (243,60 €) liegen (Abbildung 12).

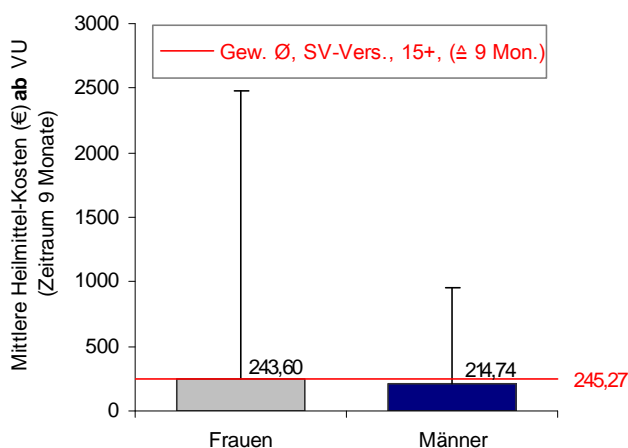


Abbildung 12: Mittlere Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 175.762).

„Altersspezifische Auswertung“

Der Einfluss des Alters der VU-TeilnehmerInnen auf die nach der VU-Inanspruchnahme verursachten Heilmittel-Kosten zeigt sich mit Abbildung 13. Mit zunehmendem Alter steigen auch die Kosten. Die Alterssegmente der über 50-Jährigen liegen dabei über dem gewichteten Referenzwert von 245,27 € der LIVE Daten für 2007. Ein überdurchschnittlich hoher Kostenpunkt wurde in der Kategorie der 51- bis 60-Jährigen beobachtet, was durch die auffallend hohe Standardabweichung in der Grafik dargestellt ist.

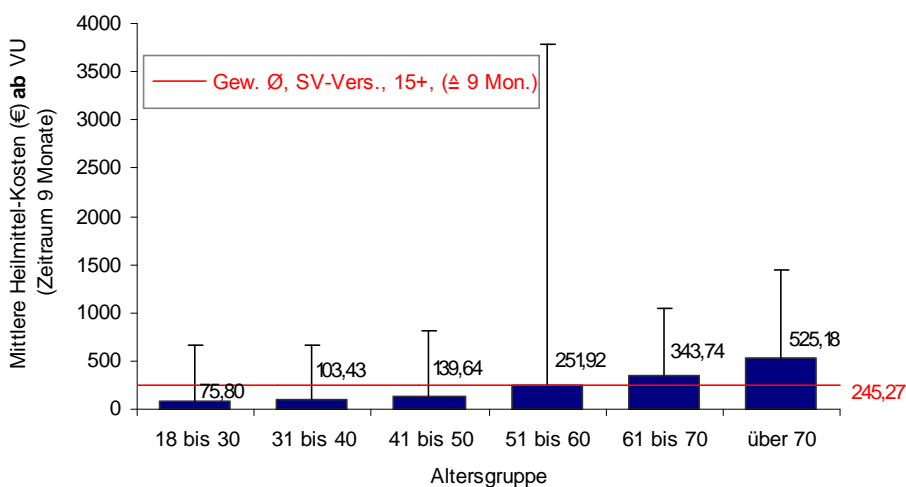


Abbildung 13: Mittlere Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 175.818).

„Trägerspezifische Auswertung“

Betrachtet nach den ausgewerteten Sozialversicherungsträgern zeigt sich für die Verteilung der mittleren Heilmittel-Kosten der Verlauf in Abbildung 14. Die auffallenden Unterschiede in den dargestellten Rohwerten werden durch die Altersstandardisierung etwas geglättet. Dennoch bleiben auch bei den altersbereinigten Werten zum Teil größere Differenzen zwischen den einzelnen Trägern erkennbar. Die Spannweite reicht dabei von 171,52 € pro Kopf bei Träger T12 bis 257,12 € je VU-TeilnehmerIn bei Träger T11.

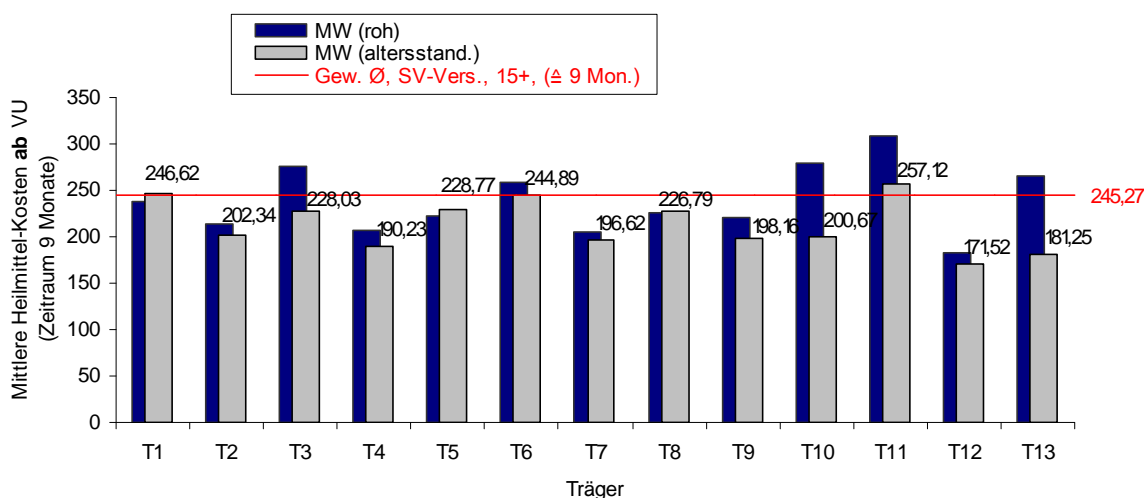


Abbildung 14: Mittlere Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 175.818).

3.3.5 Mittlere Anzahl an Krankenstandsfällen

Im Durchschnitt wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 0,76 Krankschreibungen pro VU-ProbandIn der untersuchten Träger verzeichnet. Für diese Kennzahl war es möglich, sieben Gebietskrankenkassen in die Auswertung aufzunehmen.

Für die Berechnung des Referenzwerts wird als Ausgangskennzahl die Summe der Krankenstandsfälle der ab 18-jährigen Arbeiter und Angestellten lt. Tabelle 2.21 des „SHSV 2008“ von 3.116.023 Fällen angesetzt (HVB, 2008). Bezogen auf die entsprechende Anzahl an Versicherte (2.960.173) ergibt das eine Kopf-Quote von 1,05 Krankenstandsfällen pro Arbeiter und Angestellten. Die gewichtete Vergleichsgröße beläuft sich damit auf 0,79 Fälle pro Kopf. Somit liegt der oben angeführte Roh-Wert der VU-TeilnehmerInnen (0,76) im Mittel lediglich um 0,03 Krankschreibungen darunter. **Altersstandardisiert** liegt der Durchschnitt der VU-TeilnehmerInnen mit 0,82 Krankenstandsfällen um 0,03 Fälle über dem Referenzwert.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Nach Geschlecht ist mit einem jeweiligen Durchschnitt von 0,76 Krankenstands-Fällen kein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen VU-TeilnehmerInnen festzustellen – dargestellt in der folgenden Abbildung 15.

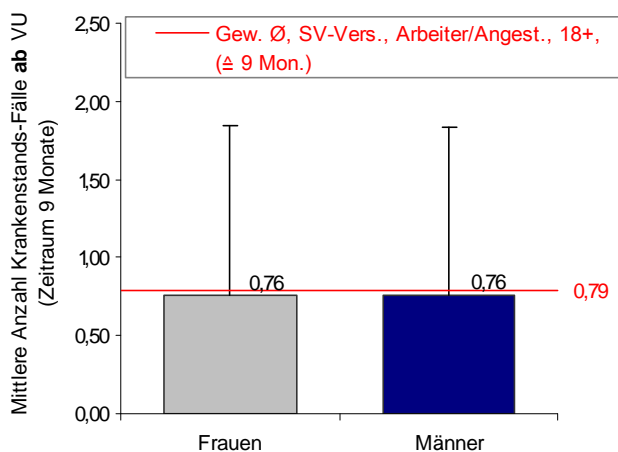


Abbildung 15: Mittlere Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Arbeiter und Angestellte. (n = 61.530).

„Altersspezifische Auswertung“

Die altersabhängigen Ergebnisse sind in Abbildung 16 dargestellt. Die 18 bis 30-Jährigen liegen mit einem Durchschnitt von 0,99 Fällen über dem angesetzten Vergleichswert und nehmen gegenüber den anderen Altersklassen den höchsten Durchschnitt ein. Die Altersgruppen der 31- bis 60-jährigen VU-TeilnehmerInnen bewegen sich in der Nähe des gewichteten Referenzwertes von 0,79. Die letzten beiden Gruppen liegen mit einem pro Kopf Wert von 0,34 bzw. 0,02 unter der österreichweiten Vergleichsgröße. Der Einbruch der Werte bei den über 60-Jährigen ist durch den Pensionsantritt dieser VU-ProbandInnen innerhalb des Beobachtungszeitraums nach der VU-Inanspruchnahme begründbar.

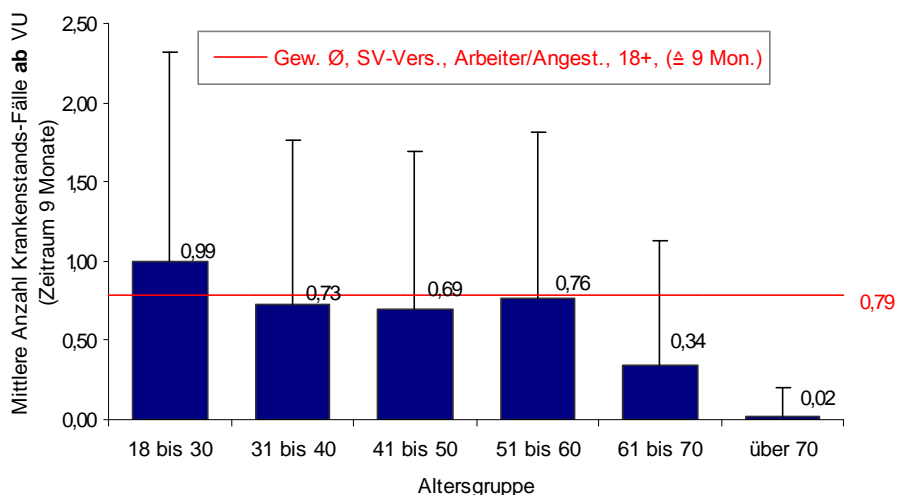


Abbildung 16: Mittlere Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Arbeiter und Angestellte. (n = 61.530).

„Trägerspezifische Auswertung“

Die Analyse der mittleren Anzahl an Krankenstands-fällen pro VU-ProbandIn nach den einzelnen ausgewerteten Sozialversicherungsträgern ist in Abbildung 17 dargestellt. Die angeführten Werte der altersbereinigten Daten verlaufen analog zu den eingezeichneten Rohwerten. Zwischen den Trägern sind damit leichte Unterschiede erkennbar, wobei die Durchschnittswerte von 0,68 Krankschreibungen je VU-TeilnehmerIn bei Träger T3 bis 0,94 Fällen bei Träger T4 reichen.

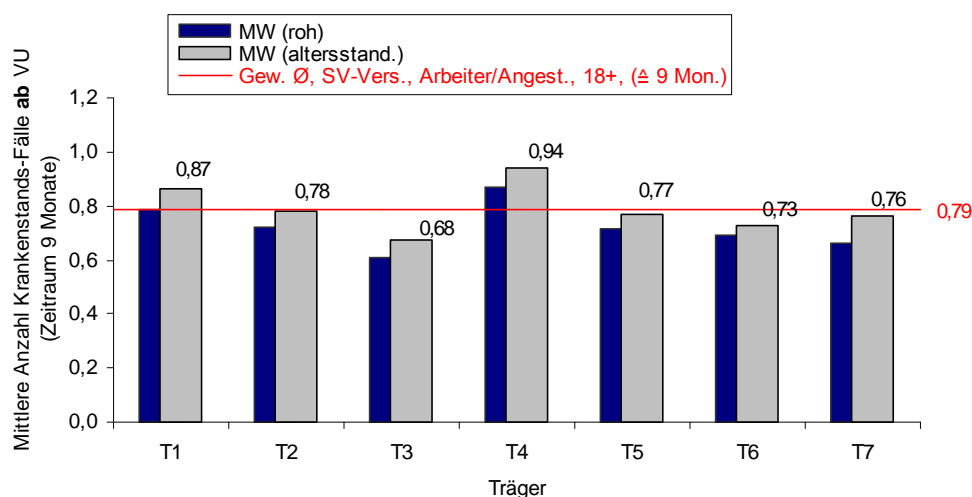


Abbildung 17: Mittlere Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. (n = 61.530).

3.3.6 Mittlere Anzahl an Krankenstandstagen

Im Mittel wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 8,26 Krankenstandstage pro VU-TeilnehmerIn der betrachteten Träger verzeichnet. Es konnten wiederum sieben Gebietskrankenkassen in die Auswertung aufgenommen werden.

In Tabelle 2.20 des „SHSV 2008“ wird für den Personenkreis der Arbeiter und Angestellten für gesamt 2007 eine pro Kopf Kennzahl von 12,04 Krankenstandstagen angegeben (HVB, 2008). Der entsprechende gewichtete Referenzwert errechnet sich damit zu 9,03 Krankenstandstagen pro Versicherten. Der Vergleich des oben angeführten und **nicht altersstandardisierten** Durchschnitts der VU-ProbandInnen (8,26) mit dieser Größe ergibt eine absolute Differenz von lediglich 0,77 weniger Krankenstandstagen bei den VU-TeilnehmerInnen. Der **altersstandardisierte** Wert der VU-ProbandInnen liegt mit 8,08 Krankenstandstagen pro Kopf einen knappen Tag unter dem österreichweiten Vergleichswert.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Analog zu den Krankenstandsfällen liegen auch bezüglich der Krankenstandstage ab VU-Teilnahme die Männer mit 8,35 Tagen im Durchschnitt unwesentlich über den Frauen (8,18) (Abbildung 18).

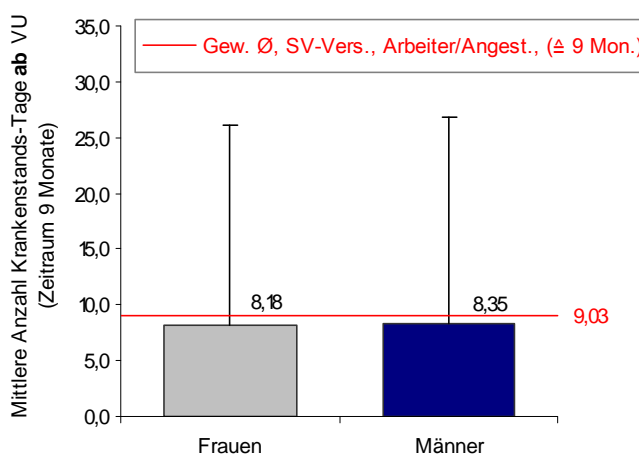


Abbildung 18: Mittlere Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Arbeiter und Angestellte. (n = 61.530).

„Altersspezifische Auswertung“

Die Analyse der Krankenstandstage nach Alter ist in Abbildung 19 dargestellt. Die Altersgruppen von 18 bis 60 Jahren weisen ein zu den oben beschriebenen Krankenstandsfällen spiegelverkehrtes Verhalten auf. Damit steigen ab der zweiten Gruppe die AU-Tage mit dem Alter bis zur Spitze der 51- bis 60-Jährigen mit 11,11 Tagen pro Kopf. Die Gruppen der 18- bis 50-Jährigen bewegen sich etwas unter dem gewichteten Referenzwert von 9,03. Die beiden höchsten Altersklassen liegen mit 5,51

bzw. 0,08 AU-Tagen pro Kopf darunter. Der Einbruch dieser Werte bei den über 60-Jährigen kann durch einen allfälligen Pensionsantritt dieser VU-ProbandInnen innerhalb des Beobachtungszeitraums nach der VU-Inanspruchnahme begründet werden.

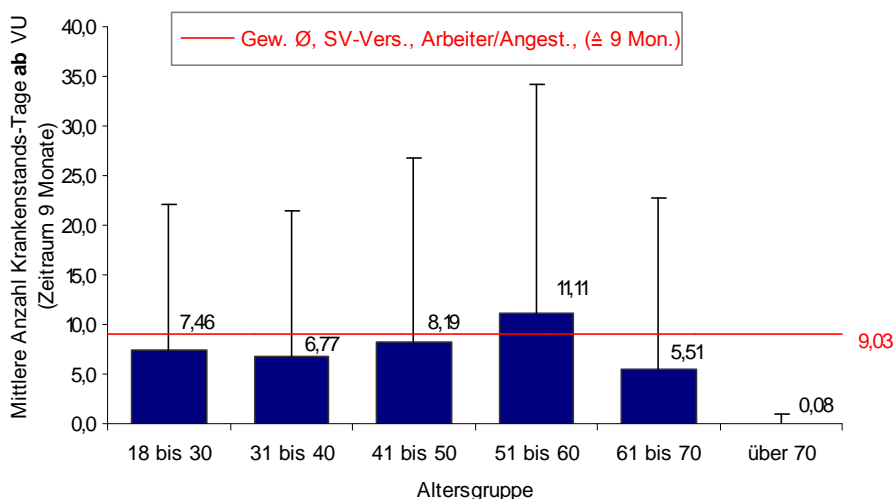


Abbildung 19: Mittlere Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Arbeiter und Angestellte. (n = 61.530).

„Trägerspezifische Auswertung“

Die Analyse der mittleren Anzahl an Krankenstandstagen pro VU-ProbandIn nach den einzelnen ausgewerteten Sozialversicherungsträgern ist in Abbildung 20 dargestellt. Die angeführten Werte der altersbereinigten Daten verlaufen analog zu den dahinter eingezeichneten Rohwerten. Zwischen den Trägern sind damit Unterschiede erkennbar, wobei die Durchschnittswerte von 5,99 AU-Tagen je VU-TeilnehmerIn bei Träger T7 bis 8,87 Tagen bei Träger T4 reichen.

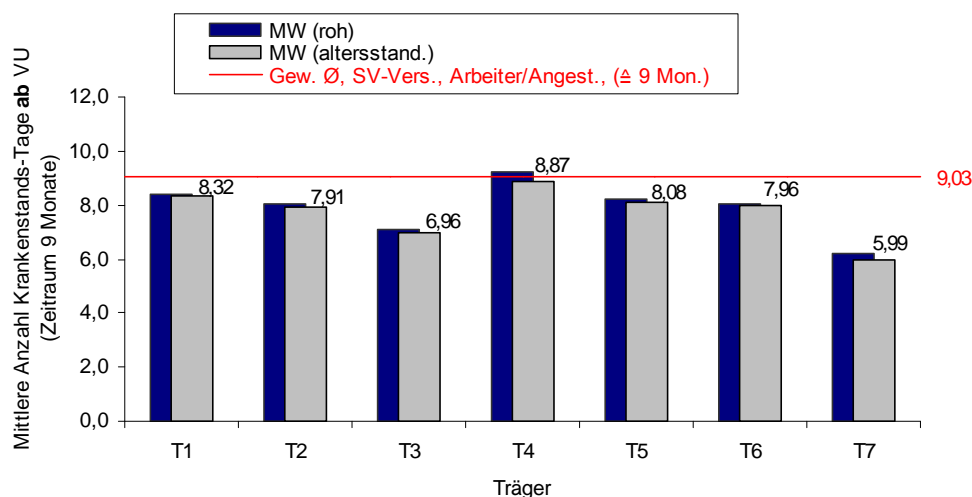


Abbildung 20: Mittlere Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. (n = 61.530).

3.3.7 Mittlere Anzahl an Besuchen bei Vertragsärzten

Durchschnittlich wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 11,2 Besuche bei Vertragsärzten pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Primäres Kriterium für die Aufnahme von Trägerdaten in diese Analyse war die taggenaue Verspeicherung von Leistungsdaten im Rahmen der entsprechenden Vertragspartnerverrechnung. Damit konnten vier Gebietskrankenkassen sowie zwei Sondersicherungsträger in die Auswertung aufgenommen werden.

Die beobachteten Vertragsarzt-Kontakte beziehen sich auf die folgenden Fachgruppen: Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Hals-Nasen- und Ohren-Krankheiten, Lungenkrankheiten, Orthopädie, Physikalische Medizin, Radiologie, Urologie, Zahn-Mund- und Kieferheilkunde, Neurologie, Psychiatrie.

Als Referenz dient die durchschnittliche Anzahl an e-Card-Konsultationen bei den jeweiligen Fachgruppen pro österreichischen Einwohner für das Jahr 2007. Der den oben angeführten Fachgruppen entsprechende Durchschnitt beträgt damit 10,7 Vertragsarzt-Kontakte. Der daraus abgeleitete gewichtete Referenzwert beläuft sich auf 8,0 Arztbesuche pro Kopf. Der Vergleich des oben angeführten und **nicht altersstandardisierten** Durchschnitts der VU-ProbandInnen (11,2) mit dieser Größe ergibt eine relative Differenz von +40,0% und damit um zwei Fünftel mehr an Arztkontakten betreffend die Vergleichsgröße. **Altersstandardisiert** ergibt sich mit 10,9 Vertragsarzt-Kontakten je VU-ProbandIn eine geringe Anpassung auf eine Differenz von +36,3%.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Bei der Betrachtung der Vertragsarzt-Kontakte weisen die Frauen mit einer Kopfquote von 12,4 gegenüber den Männern (9,8) eine im Mittel höhere Anzahl auf (Abbildung 21). Eine Zerlegung der Vertragsarzt-Kontakte in deren Komponenten „Praktiker“, „Facharzt (exkl. Zahnarzt)“ sowie „Zahnarzt“ zeigt ein analoges Bild. Mit Ausnahme der Zahnarzt-Besuche liegen die VU-TeilnehmerInnen im Durchschnitt durchgängig über den jeweils eingezeichneten österreichweiten Referenz-Werten. Relativ gesehen liegt der größte Abstand zum Vergleichswert bei den Facharzt-Besuchen. Die VU-ProbandInnen liegen dabei mit einem Mittel von 3,9 Kontakten pro Kopf fast doppelt so hoch wie die entsprechende Referenz mit 2,0 (Anhang, Tabelle 20).

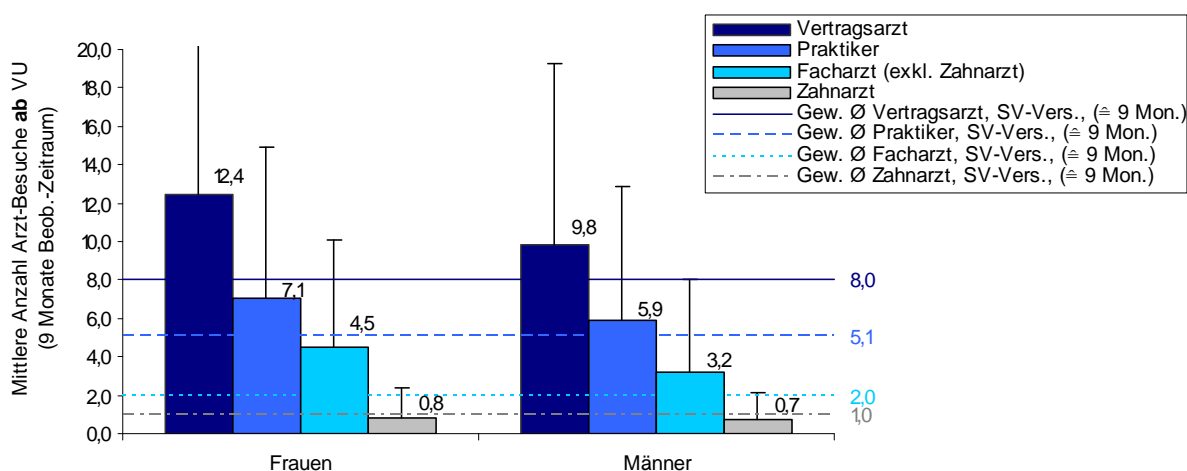


Abbildung 21: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Facharzt exkl. Zahnarzt. (n = 91.416).

„Altersspezifische Auswertung“

Die altersabhängige Betrachtung der mittleren Anzahl an Besuchen bei Vertragsärzten nach der VU-Inanspruchnahme ist mit Abbildung 22 gegeben. Mit dem Alter steigen auch die Kontakte mit den Vertragsärzten. Bereits die jungen Altersgruppen der 18- bis 40-Jährigen liegen mit mittleren 7,0 bzw. 7,6 Arztkontakten in der Nähe des österreichweiten Referenzwerts von 8,0 Vertragsarztbesuchen. Die höheren Altersgruppen liegen mit einer Spannweite von 9,1 bei den 41- bis 50-Jährigen bis 18,4 Kontakten bei den über 70-Jährigen über dieser Vergleichsgröße. Die Zerlegung der Vertragsarzt-Kontakte in die Komponenten „Praktiker“, „Facharzt (exkl. Zahnarzt)“ sowie „Zahnarzt“ zeigt, mit Ausnahme der Zahnarzt-Besuche, ebenfalls ein Steigen der Anzahl mit dem Alter. Entsprechend dem bereits oben angesprochenen Größenunterschied zwischen durchschnittlichen Facharzt-Kontakten der VU-TeilnehmerInnen (3,9) und dem österreichweiten Gesamtdurchschnitt (2,0) liegt bereits die jüngste Altersgruppe der 18- bis 30-Jährigen mit einer Kopfquote von 2,5 über diesem Referenzwert und steigt bei den über 70-Jährigen bis auf das fast dreifache dieses Vergleichswertes an.

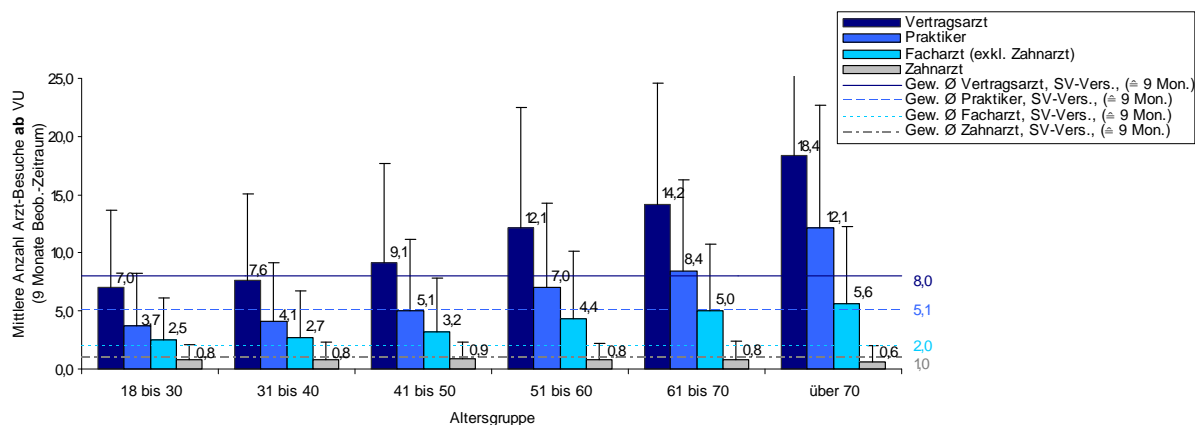


Abbildung 22: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Facharzt exkl. Zahnarzt. (n = 91.416).

„Trägerspezifische Auswertung“

Die Analyse der mittleren Anzahl an Vertragsarzt-Kontakten pro VU-ProbandIn nach den einzelnen ausgewerteten Sozialversicherungsträgern ist in Abbildung 23 dargestellt. Die altersbereinigten Werte der Träger betreffend die gesamten Vertragsarzt-Besuche verlaufen durchwegs über dem österreichischen Gesamtdurchschnitt. Diese bewegen sich dabei von mittleren 8,8 Arzt-Patienten-Kontakten bei Träger T6 bis 12,8 bei Träger T2. Die Unterschiede zwischen den Trägern begründen sich vor allem durch die Abweichungen hinsichtlich der Besuche bei Ärzten für Allgemeinmedizin („Praktiker“). Träger T1 liegt diesbezüglich mit einem Mittelwert von 4,7 nur etwas über der Hälfte zum Vergleichswert von Träger T2 (8,4). Die Durchschnittswerte betreffend Facharzt-Kontakte liegen bei allen Trägern über dem entsprechenden österr. Referenzwert von 2,0, wobei bei Träger T1 (4,3) und Träger T3 (3,9) um die doppelt so viele Facharzt-Besuche verzeichnet sind.

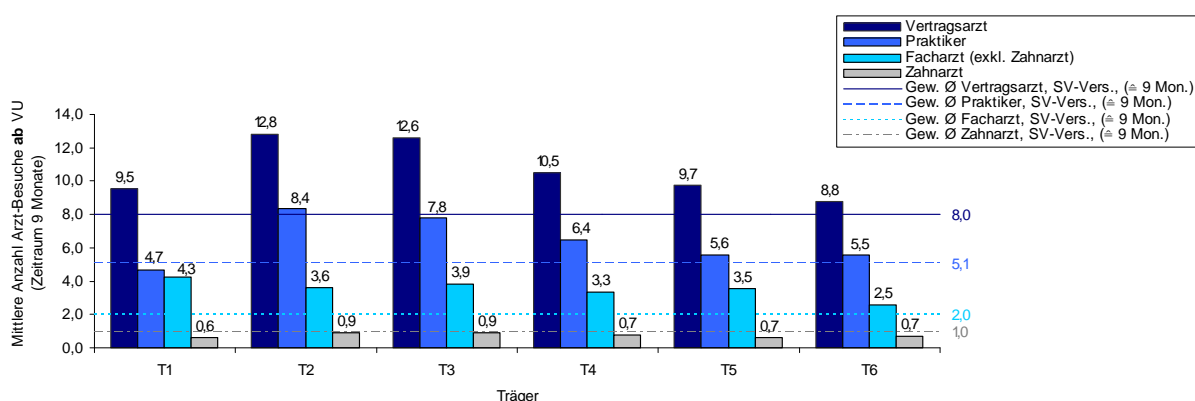


Abbildung 23: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. Facharzt exkl. Zahnarzt. (n = 91.416).

3.3.8 Mittlere Vertragsarzt-Kosten

Durchschnittlich wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 242,72 € (exkl. USt) an verursachten Vertragsarzt-Kosten pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. In diese Auswertung konnten alle neun Gebietskrankenkassen aufgenommen werden.

Die beobachteten Vertragsarzt-Kosten beziehen sich wie bei den Kontaktstatistiken mit Ausnahme der Aufwendungen für Zahnarztbesuche auf die folgenden Fachgruppen: Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Hals-Nasen- und Ohren-Krankheiten, Lungenkrankheiten, Orthopädie, Physikalische Medizin, Radiologie, Urologie, Neurologie, Psychiatrie. Die Kosten für Zahnbehandlungen bzw. – ersatz wurden nicht inkludiert, da ungeklärt ist, wie diese Daten betreffend allfälligen Selbstbehalt-Abzug in die LIVE-Statistiken einfließen, welche als Referenzbasis dienen.

Der gemäß LIVE-Daten des Jahres 2007 gemeldete Aufwandsdurchschnitt für die angeführten Fachgruppen hinsichtlich aller anspruchsberechtigten Personen, datenbedingt ab dem 15. Lebensjahr, beträgt 241,79 € (exkl. USt). Der daraus abgeleitete gewichtete Referenzwert ergibt sich damit zu 181,34 € an Kosten pro Kopf. Der Vergleich des oben angeführten und **nicht altersstandardisierten** Durchschnitts der VU-ProbandInnen (242,72 €) mit dieser Größe ergibt eine relative Differenz von +33,8%, was einem guten Drittel an Mehrkosten entspricht. **Altersstandardisiert** ergeben die Durchschnittskosten der VU-TeilnehmerInnen 236,21 € und liegen damit mit +30,3% über den Referenzkosten.

„Geschlechtsspezifische Auswertung“

Bei der Trennung der Vertragsarztkosten nach Geschlecht weisen die Frauen mit einem Durchschnittswert von 274,00 € um +34,2% mehr auf als die Männer mit mittleren 204,13 €. Verursacht wird dies primär durch den geschlechtsspezifischen Unterschied bezüglich der abgerechneten Facharztkosten. Frauen weisen dabei mit einer Kopfquote von 163,26 € ein Plus von +45,1% gegenüber den Männern (112,52 €) auf. Auch betreffend die Kosten für Allgemein-Mediziner liegen die Frauen (110,75 €) über den Männern (91,60 €). Die VU-TeilnehmerInnen verzeichnen damit, vor allem durch die Frauen bedingt, bei den Vertragsarztkosten im Allgemeinen sowie bei den Kosten für Praktiker und Fachärzten einen höheren Durchschnitt als die österreichweiten Vergleichswerte. Die stärkste Abweichung vom Referenzwert (99,19 €) zeigen die Facharztkosten, welche bei den VU-ProbandInnen (140,54 €, Anhang, Tabelle 24) um +41,7% über diesem liegen (Abbildung 24).

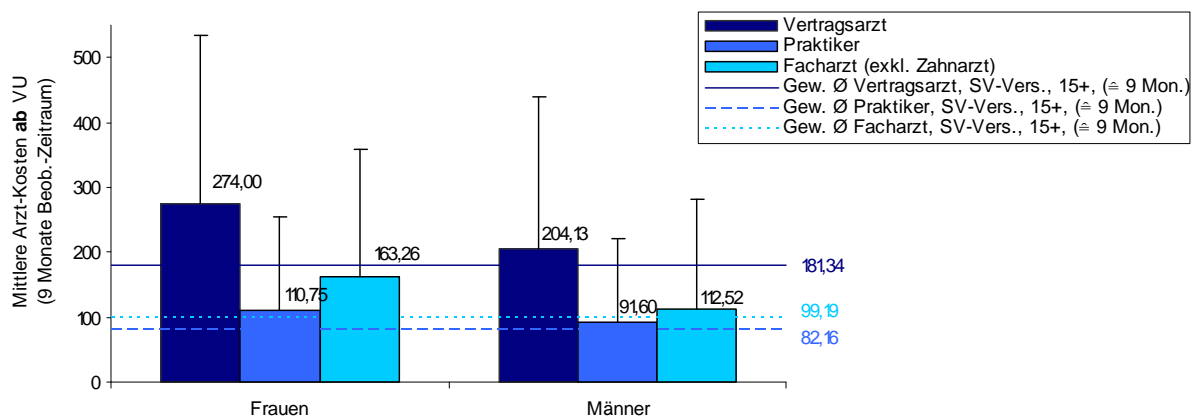


Abbildung 24: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Facharzt exkl. Zahnarzt. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 147.096).

„Altersspezifische Auswertung“

Die altersabhängige Betrachtung der mittleren Vertragsarztkosten nach der VU-Inanspruchnahme ist mit Abbildung 25 gegeben. Mit dem Alter steigen auch die verursachten Kosten betreffend Vertragsarzt-Besuche. Bereits die jungen Altersgruppen der 18- bis 40-Jährigen liegen mit mittleren 142,73 € bzw. 162,12 € in der Nähe des österreichweiten Referenzwerts von 181,34 €. Die höheren Altersgruppen liegen mit einer Spannweite von 200,68 € bei den 41- bis 50-Jährigen bis 399,18 € an Abrechnungskosten bei den über 70-Jährigen über dieser Vergleichsgröße. Für die beiden Vertragsarzt-Komponenten „Praktiker“ sowie „Facharzt (exkl. Zahnarzt)“ gilt ebenso das Steigen mit dem Alter, wobei die Facharzt-Kosten bereits bei den ersten beiden Altersgruppen mit 82,01 € bzw. 96,03 € auf Höhe des entsprechenden Vergleichswerts (99,19 €) liegen.

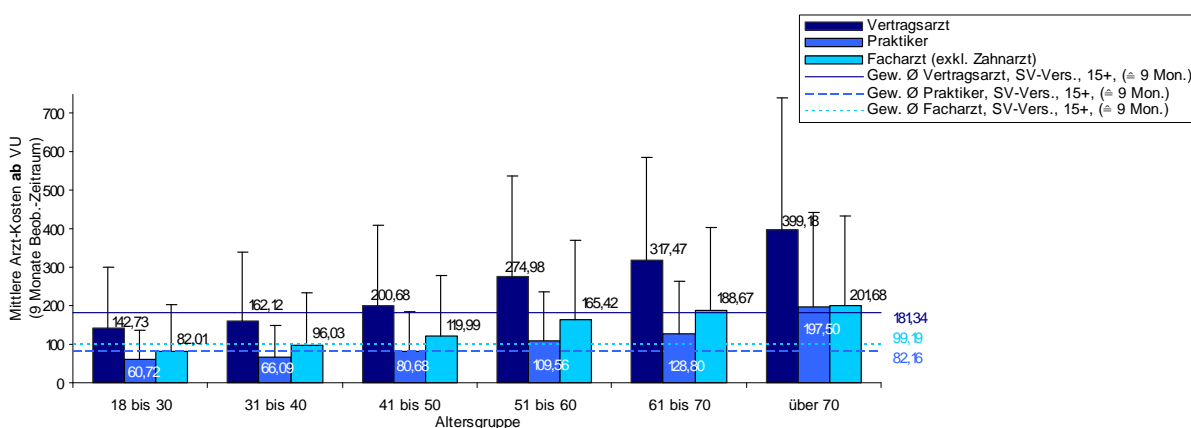


Abbildung 25: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Mittelwert und eine Standardabweichung. Facharzt exkl. Zahnarzt. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 147.152).

„Trägerspezifische Auswertung“

Die Analyse der mittleren Vertragsarzt-Kosten pro VU-ProbandIn nach den einzelnen ausgewerteten Sozialversicherungsträgern ist in Abbildung 26 dargestellt. Die altersbereinigten Werte der Träger betreffend die gesamten Vertragsarzt-Kosten verlaufen mit Ausnahme des Trägers T9 durchwegs über dem österreichischen Gesamtdurchschnitt (181,34 €). Die Kosten bewegen sich dabei von mittleren 173,86 € bei Träger T9 bis 276,68 € bei Träger T1 bzw. T5. Die Unterschiede zwischen den Trägern begründen sich vor allem durch die Abweichungen hinsichtlich der Facharzt-Kosten, die besonders bei Träger T1 und T2 die primären Kostentreiber darstellen. Bei Träger T5 liegt eine gegenüber den anderen Trägern überdurchschnittlich hohe Ausprägung an Kosten betreffend Allgemein-Mediziner vor.

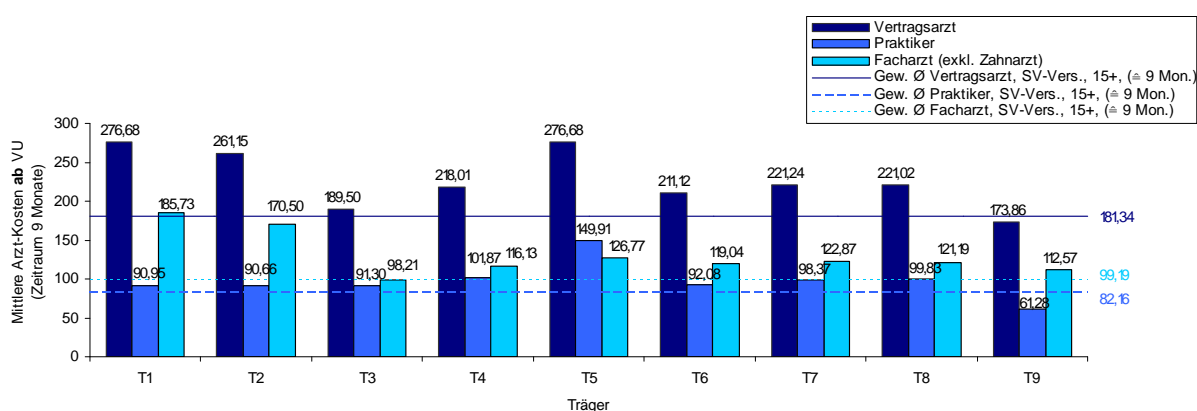


Abbildung 26: Mittlere Anzahl an Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. Altersstandardisierter Mittelwert angegeben. Facharzt exkl. Zahnarzt. Angaben in Euro (Exkl. USt). (n = 147.152).

3.4 Spezifische Analyse

Im Rahmen der Auswertungen betreffend spezifische Untersuchungen auf Cervix-Karzinom (PAP-Abstrich), Mammakarzinom (Mammographie), Kolon-Karzinom (Koloskopie) sowie Prostata-Karzinom (PSA-Test) konnten aufgrund der trägerspezifischen Form der entsprechenden Abrechnungsprozesse dieser Leistungsdaten nur Berechnungen bezüglich einer Mindest-Inanspruchnahme durchgeführt werden. Damit ist kein exaktes Zählen der einzelnen Untersuchungen möglich, sehr wohl aber die Bestimmung des Erst-Falles. Damit gilt für die unten dargestellten Anteile an VU-TeilnehmerInnen, dass diese **mindestens** eine entsprechende Untersuchung im Beobachtungszeitraum in Anspruch genommen haben.

Um einen zeitnahen Anschluss der Analyse an die erfolgte VU zu gewährleisten und damit Unterschätzungen hinsichtlich der Inanspruchnahme vorzubeugen, wurden in die Analyse nur Träger mit einer taggenauen Verspeicherung des Leistungsdatums eingeschlossen. Die Inanspruchnahme der Krebs-Screening-Programme konnte über die FOKO-Schnittstelle für den niedergelassenen Bereich sowie die hauseigenen Ambulatorien der untersuchten Sozialversicherungsträger durchgeführt werden. Eine Unterschätzung der Anzahl der durchgeführten Programme ist aufgrund der Nichterfassung der entsprechenden Leistungen via FOKO aus dem Krankenhaus stationären sowie ambulanten Bereich möglich.

Betreffend die einzelnen Untersuchungen wurde stets neben der Abrechnungsposition hinsichtlich der VU-Leistung auch die entsprechende kurative Abrechnungsposition ausgewertet. Ein kombiniertes Auftreten dieser Leistungen ist möglich und äußert sich in den unten angeführten Darstellungen durch ein über die 100%-Marke liegende Kumulierung der Anteilswerte.

Die Datentabellen, welche den dargestellten Ergebnissen zugrunde liegen, sind wie im Fall der Allgemeinen Analyse im Tabellenband im Anhang des Berichts angeführt.

3.4.1 PAP-Abstrich

Die folgenden Abbildungen zeigen die entsprechenden Anteile der VU-Probandinnen, bei welchen gemäß den FOKO-Abrechnungsdaten innerhalb von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme (mindestens) ein PAP-Abstrich gemacht wurde. Die dabei betrachteten Abrechnungspositionen sind der PAP-Abstrich im Rahmen einer VU, der kurative PAP-Abstrich sowie der PAP-Abstrich bei Inanspruchnahme eines gynäkologischen Programms. In die Auswertung inkludiert sind vier Gebietskrankenkassen und zwei Sondersversicherungsträger.

Die Darstellung in Abbildung 27 gliedert sich in eine Gesamtauswertung und eine Trennung nach Altersgruppen. Gesamt gesehen wurde für 0,1% der VU-Teilnehmerinnen ein VU-PAP-Abstrich

abgerechnet. Für 36,9% ist ab VU-Inanspruchnahme ein kurativer PAP-Abstrich verzeichnet, 4,3% haben einen Abstrich im Rahmen des gynäkologischen Programms erhalten und für 60,2% der VU-Probandinnen sind keine Abrechnungsdaten in FOKO betreffend einen PAP-Abstrich vorhanden.

Die Gliederung nach Altersgruppen zeigt einen mit dem Alter leichten aber stetigen Rückgang der jeweiligen Anteilsgrößen hinsichtlich eines durchgeführten kurativen Abstriches. Der Prozentsatz ist bei den 18- bis 30-Jährigen mit 44,5% damit am höchsten. Bei den VU-Teilnehmerinnen über dem 70. Lebensjahr ist ein erster stärkerer Rückgang gegenüber der davorliegenden Altersgruppe erkennbar. Dieser manifestiert sich bei den über 80-Jährigen letztlich am ersichtlichsten. Bei dieser Altersgruppe ist für 11,2% ein kurativer PAP-Abstrich verzeichnet. Über die Altersgruppen hinweg weist ein Maximum von 0,2% der VU-Teilnehmerinnen einen VU-PAP-Abstrich auf.

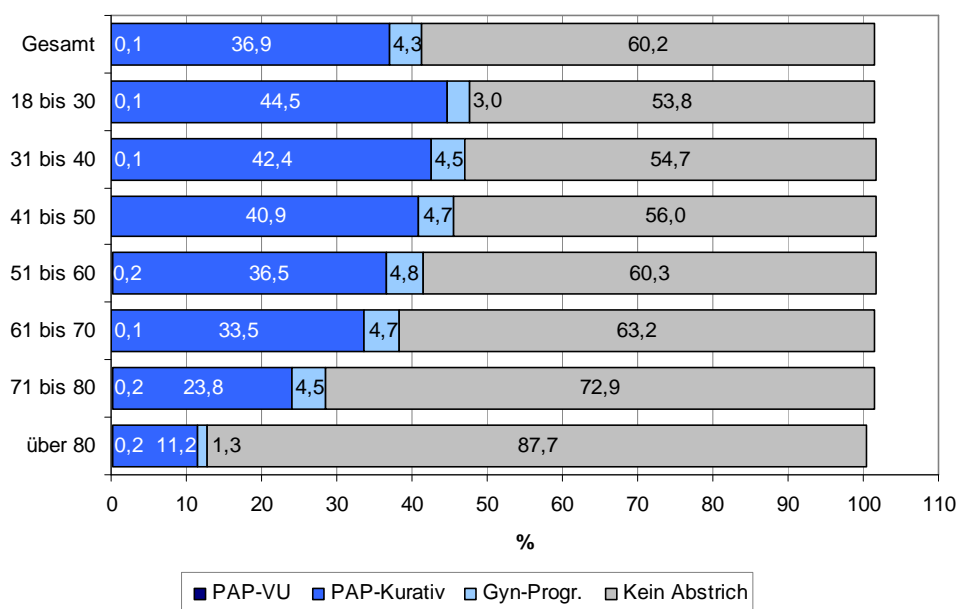


Abbildung 27: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Alter.

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

Bei einer Aufschlüsselung der Daten nach den analysierten Trägern zeigt sich das in Abbildung 28 dargestellte Bild. Bei allen Trägern lässt sich der geringe Anteil von maximal 1,2% (Träger T5) an VU-Teilnehmerinnen mit abgerechnetem VU-PAP-Abstrich beobachten. Der Großteil ist beim kurativen PAP-Abstrich verzeichnet. Hinsichtlich der kombinierten Betrachtung aus kurativem und innerhalb des gynäkologischen Programms durchgeführten PAP-Abstrichs weisen die Träger T3 (49,0% kurativ) und T4 (17,0% kurativ, 31,0% gyn. Programm) über dem Gesamtdurchschnitt liegende Werte auf, während die Träger T5 und T6 darunter liegen. Die Inanspruchnahme des gynäkologischen Programms ist bei Träger T4 mit 31,0% weit über dem Durchschnitt liegend ausgeprägt.

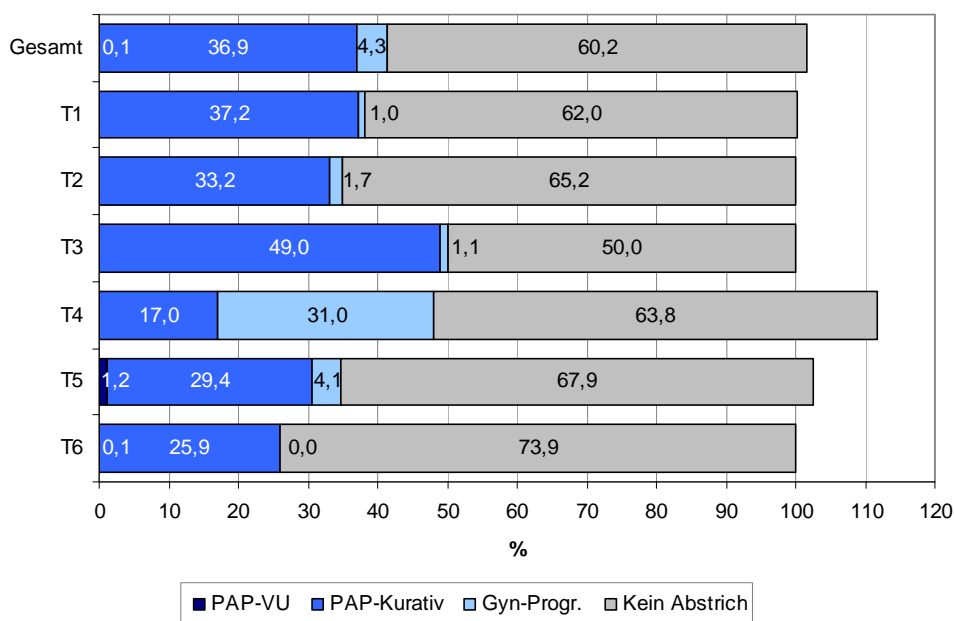


Abbildung 28: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. „PAP-VU“ bei T4 und „Gyn-Progr.“ bei T6 nicht im Leistungskatalog enthalten. Zeitraum: 9 Monate. Geschlecht: Weiblich. (n = 47.395).

Eine Auswertung betreffend die Abrechnung eines PAP-Abstrichs für VU-Teilnehmerinnen mit einem bzw. ohne einen bereits erfolgten Abstrich vor der Inanspruchnahme der VU in Q1/2007 ist in Abbildung 29 veranschaulicht. Frauen mit einem Abstrich vor der beobachteten VU weisen auch nach dieser mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil einen PAP-Abstrich auf. Der Großteil entfällt dabei mit 53,7% auf die kurative Abrechnungsposition. Probandinnen, welche vor der VU-Inanspruchnahme keinen PAP-Abstrich aufweisen, sind hinsichtlich eines durchgeführten Abstrichs nach der VU unter dem Gesamtdurchschnitt vertreten. Auch hier entfällt die größte Komponente mit 25,1% auf den kurativen Abstrich.

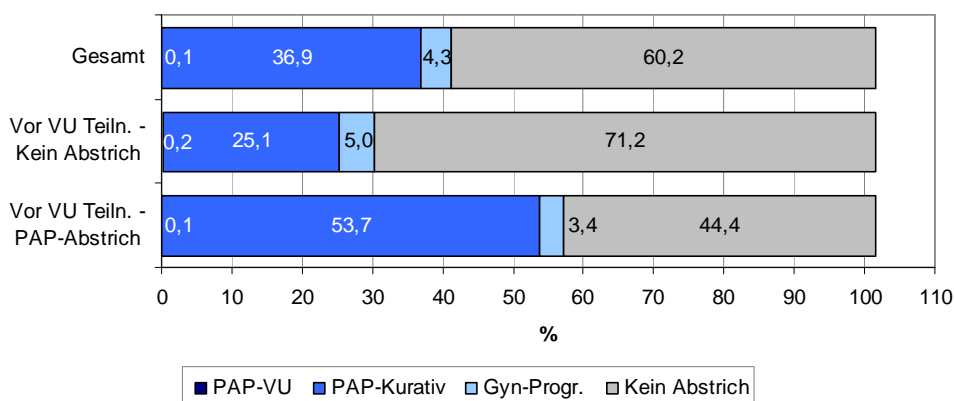


Abbildung 29: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach erfolgtem PAP-Abstrich vor VU Teilnahme.

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

3.4.2 Mammographie

Anspruch auf eine VU-Mammographie besteht gemäß § 3 der „Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU“ für Frauen ab dem 40. Lebensjahr alle zwei Jahre⁷.

Die folgenden Abbildungen zeigen die entsprechenden Anteile dieser VU-Probandin, bei welchen gemäß FOKO-Abrechnungsdaten innerhalb von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme (mindestens) eine Mammographie gemacht wurde. Die analysierten Leistungspositionen umfassen die Mammographie als Vorsorgeuntersuchung sowie die Mammographie als kurative Leistung. In die Auswertung inkludiert sind vier Gebietskrankenkassen und zwei Sondersicherungsträger.

Die Darstellung in Abbildung 30 gliedert sich in eine Gesamtauswertung und eine Trennung nach Altersgruppen. Gesamt gesehen wurde für 4,6% der VU-Teilnehmerinnen mit einem Alter ab 40 Jahren eine Mammographie als Vorsorgeuntersuchung abgerechnet. Für 28,8% ist ab VU-Inanspruchnahme eine kurative Mammographie verzeichnet und bei 66,9% dieser VU-Probandin sind keine Abrechnungsdaten in FOKO betreffend eine durchgeführte Mammographie vorhanden.

Über die Altersgruppen hinweg zeigen sich betreffend die VU-Mammographie analoge Anteilsgrößen um die fünf Prozent-Marke. Die Ausnahme bilden die über 80-Jährigen mit einem Anteil von 1,9%. Die Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen sowie der 61- bis 70-Jährigen weisen mit jeweils etwa 31% die höchsten Anteile mit einer kurativen Mammographie auf. Erst die Gruppe der über 80-Jährigen zeigt einen starken Bruch gegenüber den anderen Werten mit einem Prozentsatz von 13,4% hinsichtlich der kurativen Mammographie.

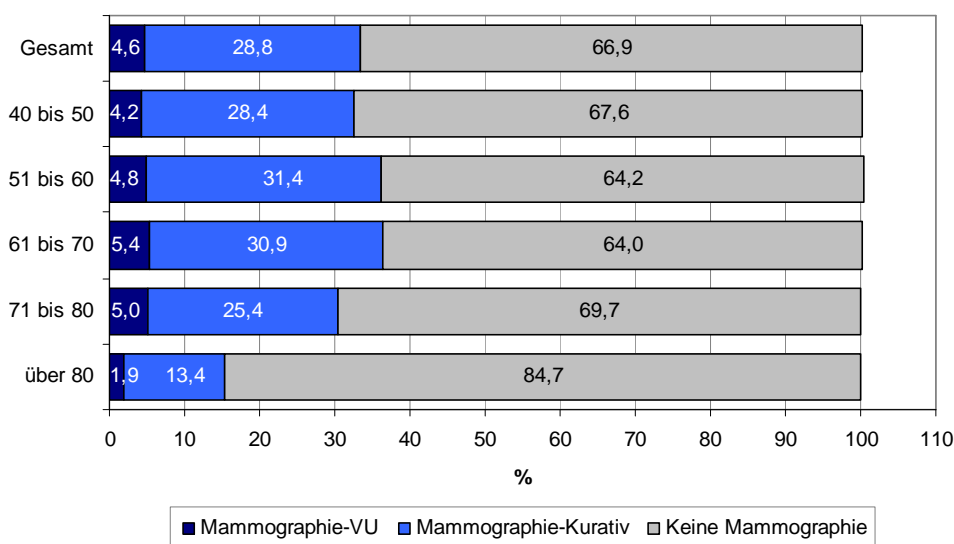


Abbildung 30: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Alter.

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

⁷ Entnommen den „Amtlichen Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherung“, Verlautbarung Nr.: 58 Jahr: 2005

Die Aufschlüsselung der abgerechneten Mammographien nach den ausgewerteten Trägern ist in Abbildung 31 dargestellt. Bei Träger T4 lässt sich mit 20,4% der VU-Teilnehmerinnen der mit Abstand größte Anteil mit einer abgerechneten VU-Mammographie ausmachen. Die Träger T5 und T6 weisen jeweils 5,3% und die restlichen Träger jeweils um die 2% an VU-Probandinnen mit einer durchgeführten Mammographie als Vorsorgemaßnahme auf. Entsprechend mehr oder weniger entfallen damit die Prozentsätze auf die Teilnehmerinnen mit einer kurativen Mammographie, wobei mit Ausnahme betreffend T4 der kurative Anteil klar dominierend ist. Hinsichtlich des allgemeinen Erhalts einer Mammographie liegen die Träger T1 und T2 bei einer Größenordnung von 40%, die anderen Träger bewegen sich dabei um die 30%-Marke.

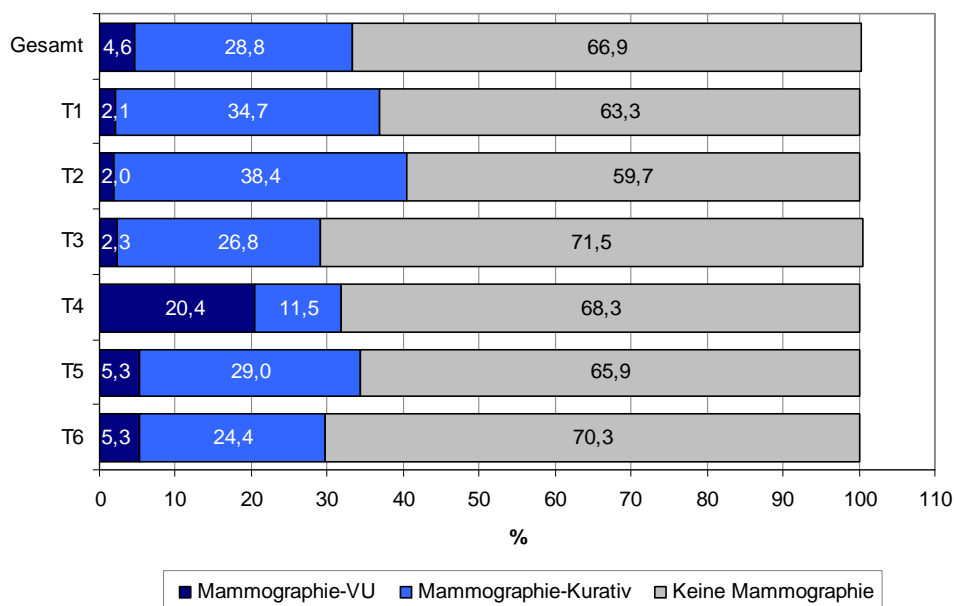


Abbildung 31: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Träger.

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

Eine Auswertung betreffend die Abrechnung einer Mammographie für VU-Teilnehmerinnen mit einer bzw. ohne einer bereits erfolgten Mammographie vor der Inanspruchnahme der VU in Q1/2007 ist in Abbildung 32 veranschaulicht. Frauen mit keiner Mammographie vor der beobachteten VU weisen nach dieser mit einem überdurchschnittlichen Anteil eine Mammographie auf. Dies gilt mit 6,4% für die Vorsorge-Mammographie sowie mit 32,1% für die kurative. Ein Prozentsatz von 21,1% der Frauen, welche vor der VU-Teilnahme bereits eine Mammographie gemacht haben, weist danach wiederum eine (kurative) Mammographie auf. Für beide Fälle gilt, dass die kurative Abrechnung klar dominiert.

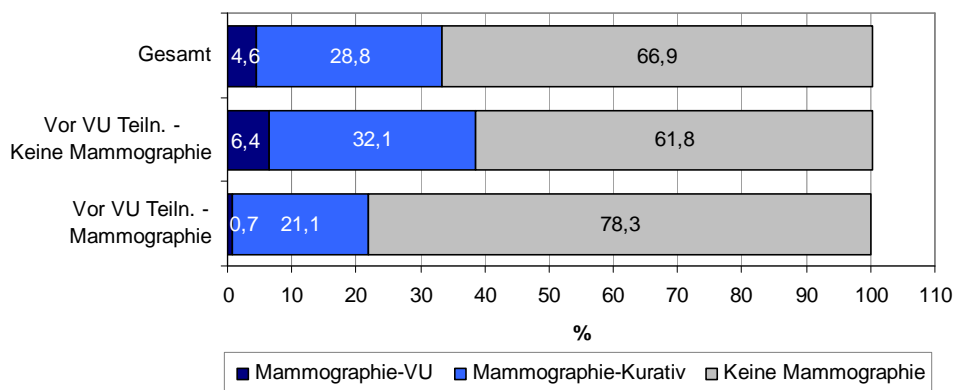


Abbildung 32: Anteil an VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Mammographie vor VU Teilnahme.

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

3.4.3 Koloskopie

Geregelt durch den § 3 der „Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU“ besteht Anspruch auf dieses spezifische Untersuchungsprogramm für ProbandInnen ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahre⁸.

Folgend werden die entsprechenden Anteile dieser VU-ProbandInnen dargestellt, bei welchen gemäß den ausgewerteten FOKO-Abrechnungsdaten innerhalb von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme (mindestens) eine Koloskopie durchgeführt wurde. Die analysierten Abrechnungspositionen umfassen die Koloskopie als Vorsorgemaßnahme sowie die Koloskopie als kurative Leistung. In die Auswertung inkludiert sind vier Gebietskrankenkassen und zwei Sondersicherungsträger.

Die Darstellung in Abbildung 33 gliedert sich in eine Gesamtauswertung und eine Trennung nach Geschlecht. Bei der Betrachtung aller VU-TeilnehmerInnen ab dem 50. Lebensjahr wurde für 1,9% eine Koloskopie als Vorsorgemaßnahme abgerechnet. Für 3,4% ist ab VU-Inanspruchnahme eine kurative Koloskopie durchgeführt worden und beim Großteil von 94,7% dieser VU-ProbandInnen sind keine Abrechnungsdaten in FOKO betreffend eine erfolgte Koloskopie vorhanden.

Geschlechtsspezifisch liegt der Anteil der Männer (2,1%) betreffend die Vorsorge-Koloskopie ähnlich zu dem der Frauen (1,8%). Einen knappen Prozentpunkt mehr weisen die Männer mit 3,9% hinsichtlich der kurativen Koloskopie auf (Frauen: 3,0%).

⁸ Entnommen den „Amtlichen Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherung“, Verlautbarung Nr.: 58 Jahr: 2005

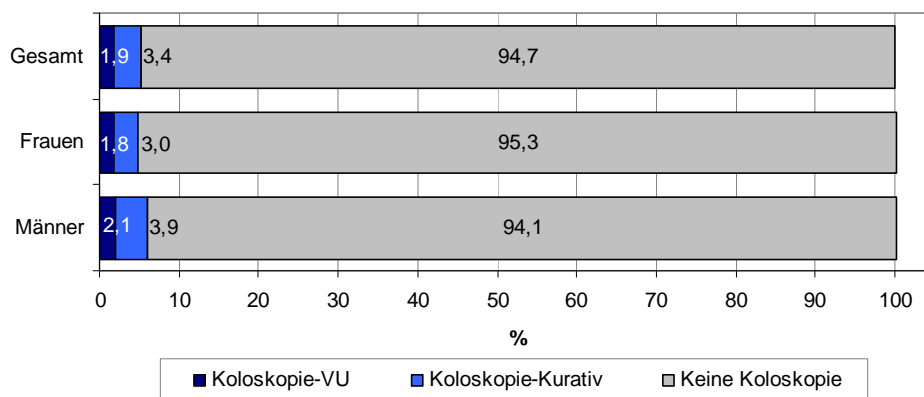


Abbildung 33: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Anmerkung. Zeitraum: 9 Monate. Alter: 50+. (n = 47.065).

Bei den Altersgruppen der 50- bis 70-Jährigen bewegt sich der Anteil hinsichtlich VU-Koloskopie knapp über der 2% Marke (Abbildung 34). Bei den 71- bis 80-Jährigen fällt dieser auf 1,2% ab. Bei den über 80-Jährigen beträgt der Prozentsatz mit einer VU-Koloskopie nur mehr 0,4%. Analog verhält sich der altersabhängige Rücklauf bezüglich der kurativen Koloskopie. Bei den 61- bis 70-Jährigen liegt der Anteil der ProbandInnen mit einer Koloskopie als Vorsorgeprogramm sowie mit der kurativen Leistung über dem Gesamtdurchschnitt und weist damit den höchsten Anteil hinsichtlich einer durchgeführten Koloskopie auf.

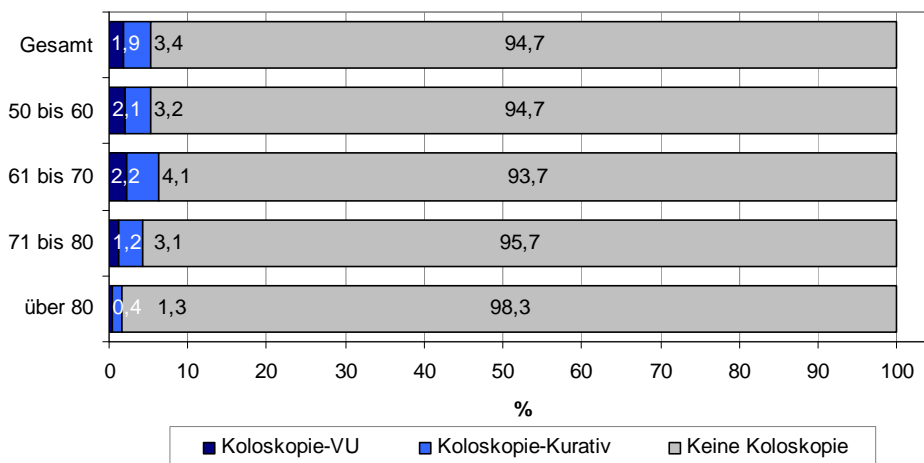


Abbildung 34: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Anmerkung. Zeitraum: 9 Monate. Alter: 50+. (n = 47.065).

Die Gliederung der VU-TeilnehmerInnen mit abgerechneten Koloskopien nach den ausgewerteten Trägern ist in Abbildung 35 dargestellt. Die Träger T2 und T6 liegen hinsichtlich ihrer Anteile an VU-ProbandInnen mit einer Vorsorge-Koloskopie mit 5,4% bzw. 4,5% weit über dem Gesamtdurchschnitt

von 1,9%. Bezüglich der Abrechnung einer kurativen Koloskopie liegt wiederum der Träger T2 (6,1%) und auch der Träger T5 (6,0%) auffallend über dem Prozentsatz der Gesamtauswertung (3,4%). Damit liegen T2, T5 und T6 betreffend die Abrechnung einer Koloskopie über dem Durchschnitt während die übrigen Träger darunter angesiedelt sind bzw. praktisch gleich auf mit diesem liegen.

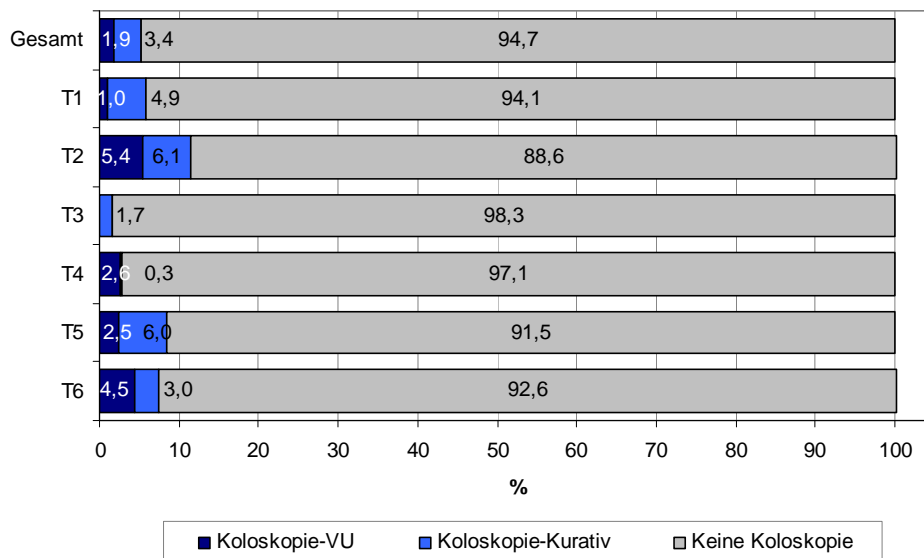


Abbildung 35: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung. „Koloskopie-VU“ bei T3 nicht im Leistungskatalog enthalten. Zeitraum: 9 Monate. Alter: 50+. (n = 47.065).

Die Darstellung der Abrechnung einer Koloskopie für VU-TeilnehmerInnen mit einer bzw. ohne einer bereits erfolgten Koloskopie vor der Inanspruchnahme der VU in Q1/2007 ist mit Abbildung 36 gegeben. ProbandInnen mit keiner Koloskopie vor der beobachteten VU weisen eine dem Gesamtdurchschnitt entsprechende Verteilung der einzelnen Koloskopie-Abrechnungen auf. Dies liegt daran, dass jene VU-TeilnehmerInnen mit 98% den überragenden Anteil der betrachteten Population ausmachen. Ein Prozentsatz von 4,3% der Männer und Frauen, welche vor der VU-Teilnahme bereits eine Koloskopie gemacht haben, weist danach eine kurative Koloskopie auf.

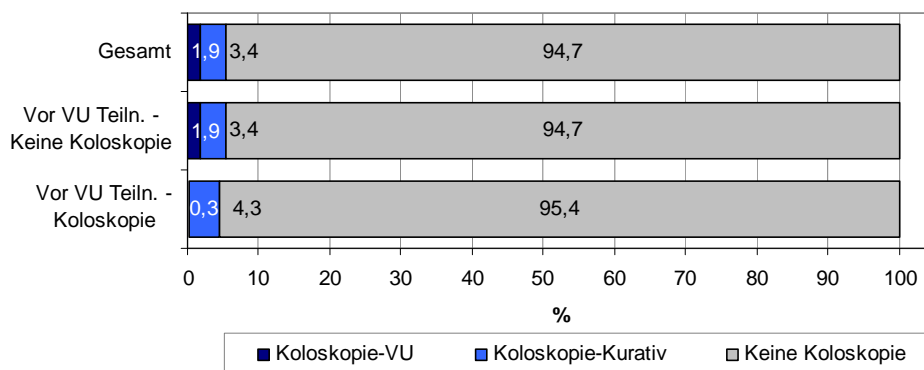


Abbildung 36: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Koloskopie vor VU Teilnahme.

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Alter: 50+. (n = 47.065).

3.4.4 PSA-Test

Für die unten angeführten Ergebnisse werden gemäß den Spezifikationen des Allgemeinen Programms der VU Neu die männlichen VU-Probanden ab dem 50. Lebensjahr betrachtet.

Nach den Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen (RVU) wird betreffend einen PSA-Test gemäß § 6 (1) lit. e) lediglich eine strukturierte Beratung hinsichtlich Abklärung von Prostatakarzinom formuliert.

In den Darstellungen unten werden die entsprechenden Anteile der VU-Teilnehmer ab dem 50. Lebensjahr dargestellt, bei welchen nach den ausgewerteten Abrechnungsdaten der FOKO-Schnittstelle innerhalb von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme ein PSA-Test erfolgt ist. Die untersuchten Leistungspositionen beinhalten die PSA-Untersuchung als Vorsorgemaßnahme sowie als kurative Leistung. In die Auswertung inkludiert sind vier Gebietskrankenkassen und zwei Sondersversicherungsträger.

In Abbildung 37 ist die Gesamtverteilung und eine Gliederung nach Altersgruppen hinsichtlich der abgerechneten PSA-Untersuchungen dargestellt. Betreffend alle VU-Teilnehmer ab dem 50. Lebensjahr wurde für 7,8% (mindestens) ein PSA-Test als Vorsorgemaßnahme durchgeführt. Für 33,8% ist ab VU-Inanspruchnahme die entsprechende kurative Leistung abgerechnet worden und für 60,4% dieser VU-Probanden sind laut Daten der FOKO-Schnittstelle keine PSA-Untersuchungen erfolgt.

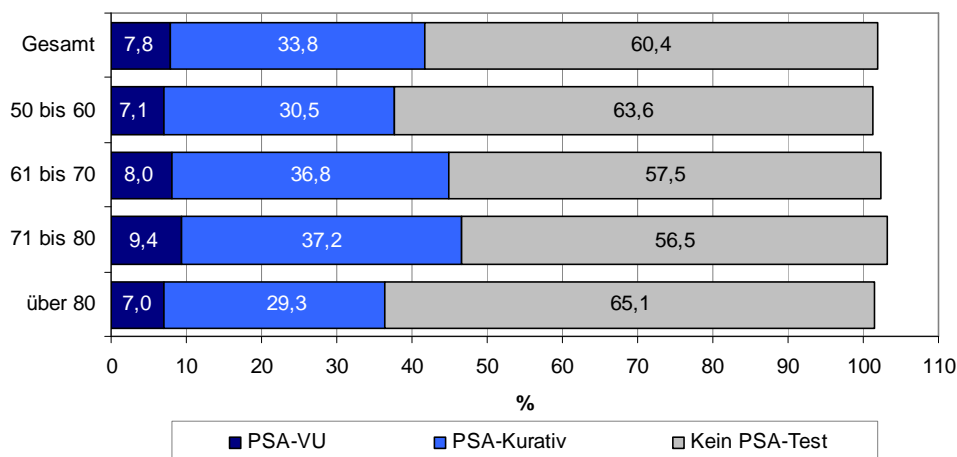


Abbildung 37: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Alter.

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

Die beiden Altersgruppen der 61- bis 80-Jährigen liegen jeweils mit ihrem Anteil einer Vorsorge-PSA-Untersuchung (8,0% bzw. 9,4%) sowie mit dem entsprechenden kurativen Anteil (36,8% bzw. 37,2%) über den zugehörigen Prozentsätzen des Gesamtdurchschnitts (7,8% bzw. 33,8%). Die 50- bis 60-Jährigen sowie die über 80-Jährigen verzeichnen hinsichtlich eines PSA-Tests als Vorsorgemaßnahme einen Anteil von 7,1% bzw. 7,0% und bewegen sich betreffend die kurative Abrechnung um die 30%-Marke. Damit liegen diese Altersgruppen etwas unter dem Durchschnitt.

Die Verteilung der PSA-Untersuchungen nach den analysierten Trägern ist in Abbildung 38 dargestellt. Der Träger T4 weist dabei mit 68,7% einen weit über dem Durchschnitt liegenden Anteil an VU-Probanden auf, für die im niedergelassenen Bereich bzw. in den hauseigenen Ambulatorien ein PSA-Test als Vorsorgemaßnahme durchgeführt wurde. Bei den anderen Trägern liegt dieser Anteil bei maximal 4,5%. Die Träger T1, T2 und T3 haben in ihrem Leistungskatalog keinen PSA-Test als Vorsorgeuntersuchung sondern nur die entsprechende kurative Leistung enthalten. Der Anteil der VU-Teilnehmer mit abgerechneter kurativer PSA-Untersuchung ist mit 47,8% am stärksten bei Träger T3 ausgeprägt, gefolgt von T5 und T1 mit 43,8% bzw. 40,1%. Anteilsmäßig verzeichnet der Träger T4 mit insgesamt 85,5% der VU-Teilnehmer das höchste Ausmaß an durchgeführten PSA-Tests. T2 und T6 bilden dagegen mit insgesamt 1,8% bzw. 11,7% das weit unter dem Durchschnitt liegende Schlusslicht.

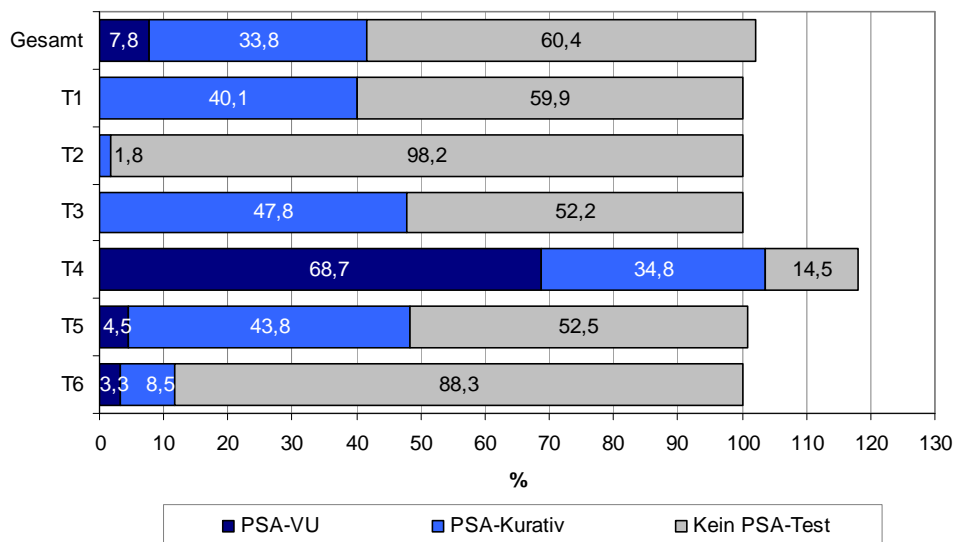


Abbildung 38: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Anmerkung: „PSA-VU“ bei T1, T2, T3 nicht im Leistungskatalog enthalten. Zeitraum: 9 Monate. Geschlecht: Männlich. Alter: 50+. (n = 22.659).

Verschiedene Verteilungsdarstellungen der PSA-Tests betreffend VU-Teilnehmer mit einer bzw. ohne einer bereits durchgeführten PSA-Untersuchung vor der Inanspruchnahme der VU in Q1/2007 ist mit Abbildung 39 gegeben. Über alle Träger hinweggerechnet gilt: Haben VU-Probanden vor der VU-Inanspruchnahme keinen PSA-Test gemacht, liegt deren Anteil hinsichtlich einer erfolgten PSA-Untersuchung als Vorsorgemaßnahme nach der VU mit 9,3% über dem Gesamtdurchschnitt von 7,8%. Wurde vor der VU-Teilnahme bereits ein Test durchgeführt liegt der Anteil dieser Probanden betreffend einen Vorsorge-PSA-Test mit 4,8% unter dem Durchschnitt. Bezüglich der Abrechnung der kurativen Maßnahme bewegen sich die Anteile mit 33,1% bzw. 35,0% im Bereich des Prozentsatzes der Gesamtverteilung.

Eine nach den Trägern geschichtete Betrachtung der Daten weist im speziellen Fall der PSA-Test-Analyse für die Betrachtung des Einflusses einer allenfalls durchgeführten PSA-Untersuchung vor der VU starke trägerspezifische Unterschiede aus. Daher wird dies im Gegensatz zu den obigen Auswertungen zusätzlich angeführt. Bei den Trägern T3, T4 und T5 zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen einer bereits erfolgten bzw. nicht erfolgten PSA-Untersuchung und dem Erhalt einer weiteren nach der VU-Inanspruchnahme. Wurde vor der VU kein PSA-Test gemacht, ist der Anteil der VU-TeilnehmerInnen bei diesen Trägern mit einer kurativen oder Vorsorge-PSA-Untersuchung ab VU-Teilnahme mit 61,1%, 74,5% bzw. 54,8% überdurchschnittlich hoch.

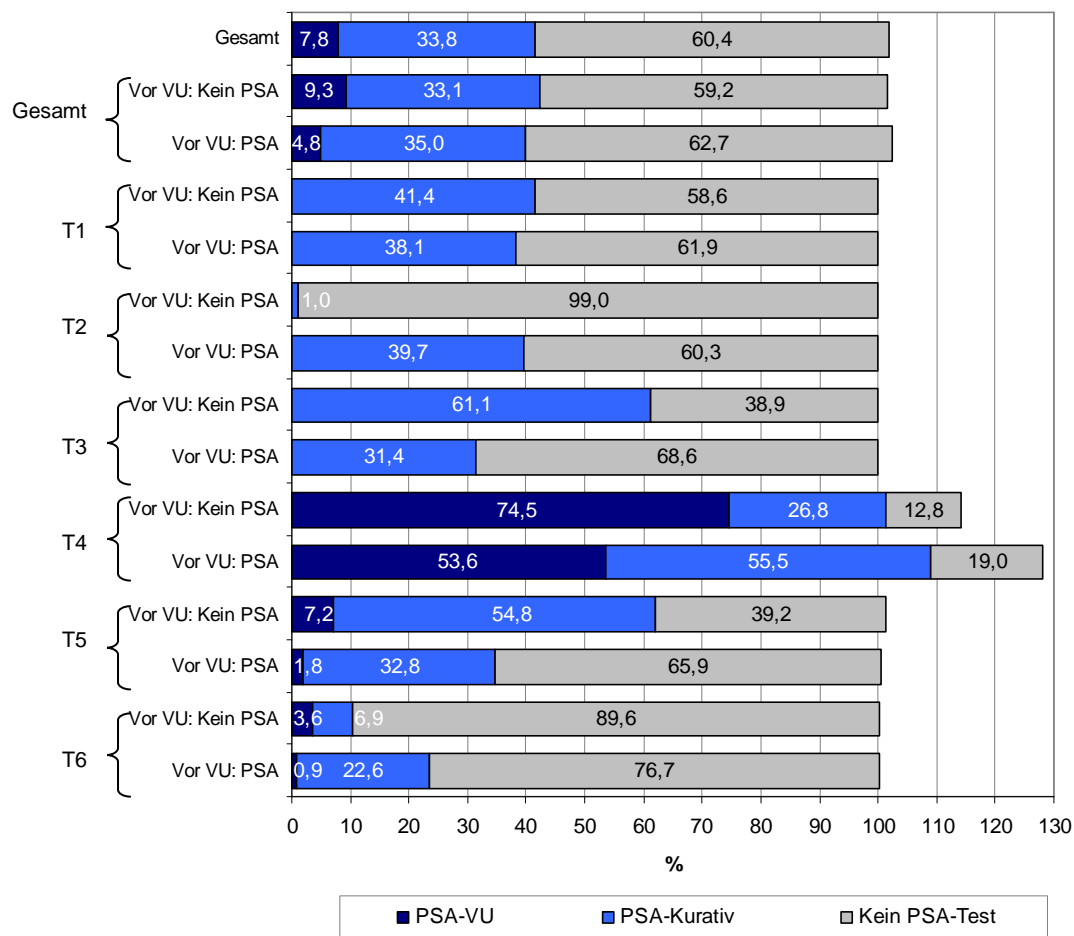


Abbildung 39: Anteil an VU-Teilnehmern mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Träger und erfolgtem PSA-Test vor VU Teilnahme.

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Geschlecht: Männlich. Alter: 50+. (n = 22.659).

4 Diskussion und Zusammenfassung

4.1 Allgemeine Analyse

Im Ergebnisteil der Allgemeinen Analyse werden geschlechts-, alters- und trägerspezifische Auswertungen zum versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen der VU-TeilnehmerInnen präsentiert, welcher ab der VU-Inanspruchnahme im ersten Quartal 2007 neun Monate lang beobachtet wurde.

Zur Berechnung österreichweiter Referenzwerte betreffend alle SV-Versicherte werden Kennzahlen aus dem „Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008“ – kurz „SHSV 2008“ – (HVB, 2008) des Hauptverbandes entnommen. Zusätzlich zum „SHSV 2008“ werden als Datenquellen für die Vergleichsrechnung die LIVE (Leistungsinformation für Versicherte)-Statistik sowie Bereiche der e-Card Statistik des HVB verwendet. Der direkte Vergleich mit den Werten der VU-TeilnehmerInnen ist aufgrund des unterschiedlich langen Beobachtungszeitraums eingeschränkt. Als methodischer Ansatz für eine Steigerung der Vergleichbarkeit der Daten wird als Referenzwert die mit dem Faktor 0,75 gewichtete Ausgangskennzahl gewählt. Außerdem wird eine Altersstandardisierung der VU-Daten vorgenommen.

Ein auffallender Unterschied beim Vergleich der Daten der beobachteten VU-ProbandInnen mit diesen Referenzwerten lässt sich bei der Analyse der Anzahl an Besuchen bei Vertragsärzten ausmachen. Durchschnittlich wurden 11,2 Vertragsarzt-Kontakte pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Altersstandardisiert ergab dies einen Wert von 10,9. Der Vergleich dieses Durchschnitts mit dem gewichteten Referenzwert von mittleren 8,0 Arzt-Patientenkontakten lt. e-Card Statistik hinsichtlich der österreichischen Gesamtbevölkerung ergibt eine relative Differenz von +36,3% und damit um knappe zwei Fünftel des Vergleichswerts mehr an Arztbesuchen.

Die Zerlegung der Vertragsarzt-Kontakte in die Komponenten „Praktiker“, „Facharzt (exkl. Zahnarzt)“ sowie „Zahnarzt“ ergab relativ gesehen den größten Abstand zum entsprechenden Vergleichswert bei den Facharzt-Besuchen. Die VU-ProbandInnen liegen dabei mit einem Mittel von 3,9 Kontakten pro Kopf fast doppelt so hoch wie die entsprechende Referenz mit 2,0.

Analog verhält es sich bei der Betrachtung der Vertragsarzt-Kosten. Durchschnittlich wurden im Zeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme 242,72 € (exkl. UST) an verursachten Vertragsarzt-Kosten pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Der Vergleich des altersstandardisierten Werts von 236,21 € mit dem gewichteten Referenzwert gemäß LIVE-Statistik von 181,34 € ergibt einen

Unterschied von +30,3%. Wie bei der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte hat wiederum der Facharzt-Bereich den stärksten Einfluss auf die beobachtete Abweichung. Betreffend Facharztkosten liegen die VU-ProbandInnen mit mittleren 140,54 € um +41,7% über dem Referenzwert (99,19 €).

Damit sprechen die deskriptiven Auswertungen betreffend die Vertragsarzt-Kontakte sowie Vertragsarzt-Kosten für einen gegenüber den österreichweiten Daten überdurchschnittlichen Leistungs-Konsum der VU-TeilnehmerInnen. Die Analysen hinsichtlich Vertragsarzt-Kosten liefern damit analoge Aussagen zu den entsprechenden Ergebnissen der Diplomarbeit „Socio-economic determinants of screening test participation“, welche am Institut für Volkswirtschaftslehre der Johannes Kepler Universität Linz verfasst wurde (Hummer, 2009).

Im Rahmen des Forschungsausblicks dieser Arbeit werden erste deskriptive Auswertungen betreffend den Einfluss der VU-Inanspruchnahme in Österreich auf gesundheits- sowie kostenbezogene Outcomes dargestellt. Die Auswertungen sind dabei auf die Daten der Vorarlberger Gebietskrankenkasse beschränkt, umfassen aber einen Beobachtungszeitraum von 2003 bis 2007. Dabei wurde ein Gruppenvergleich zwischen VU-NichtteilnehmerInnen, unregelmäßigen und regelmäßigen TeilnehmerInnen vorgenommen. Vorallem die regelmäßigen TeilnehmerInnen liegen im Durchschnitt über den beobachteten Gesundheitsausgaben der VU-NichtteilnehmerInnen hinsichtlich des niedergelassenen Bereichs.

Die im vorliegenden Bericht weiteren angeführten Auswertungen zeigen keine derart auffälligen Abweichungen zu den österreichweiten Benchmarks. Durchschnittlich wurden 1,5 KH-Tage pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Dem identen altersstandardisierten Wert steht eine Referenz von 1,7 Tagen gegenüber. Die auf einem Tagsatz basierenden mittleren Krankenhauskosten verhalten sich analog zu den Statistiken der KH-Tage. Der alterstandardisierte Durchschnitt der VU-TeilnehmerInnen liegt mit 291,82 € fast gleich auf mit dem österreichweiten Referenzwert von 295,49 €. Verglichen mit den Auswertungen von Hummer (2009) sind ebenfalls nicht weniger Krankenhaus-Aufenthalte für die VU-TeilnehmerInnen zu beobachten.

Betreffend Heilmittelverordnungen verzeichnen VU-TeilnehmerInnen mit einem altersbereinigten Wert von 12,1 Packungen pro Kopf eine etwas höhere Anzahl als beim Vergleichswert von 10,6. Hummer (2009) weist ebenfalls auf einen nicht signifikanten Unterschied zu den VU-NichtteilnehmerInnen hin. Die verursachten Heilmittelkosten betragen altersstandardisiert 216,18 €, der entsprechend gewichtete Referenzwert errechnet sich zu 245,27 €. Die grundsätzliche Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchung auf die „asymptomatische (gesunde) Allgemeinbevölkerung“ würde in diesem Zusammenhang eine klarere Kostendifferenz zugunsten der VU-TeilnehmerInnen erwarten lassen.

Die analysierten Krankenstandsfälle liegen mit 0,82 Fällen pro Kopf fast deckungsgleich mit dem Vergleichswert von 0,79 Fällen. Analog dazu verzeichnen die VU-ProbandInnen mit 8,08 nur einen

knappen Tag weniger an Krankenstandstagen als der österreichweite Gesamtschnitt von 9,03 Tagen. In diesem Zusammenhang weichen die Ergebnisse von Hummer (2009) stark von jenen dieses Berichts ab, indem die erstgenannten eine auffallend große Anzahl an Krankenstandstagen der VU-TeilnehmerInnen gegenüber der Vergleichsgruppe der Nicht-TeilnehmerInnen angeben.

Betreffend die soziodemografischen Analysen kann festgehalten werden, dass relevante geschlechtsspezifische Unterschiede für den Heilmittelkonsum, die Vertragsarzt-Kontakte sowie –Kosten beobachtbar sind. Bei den Heilmitteln liegen die Frauen mit 13,9 Verordnungen pro Kopf über den Männern, die im Mittel 11,0 Packungen aufweisen. Betreffend die Vertragsarzt-Kontakte verzeichnen die Frauen mit durchschnittlichen 12,4 Besuchen ab VU-Teilnahme mehr als die männlichen VU-Teilnehmer mit 9,8. Analog dazu verursachen die Frauen mit durchschnittlichen 274,00 € mehr an Vertragsarztkosten als die männlichen VU-Probanden mit 204,13 € pro Kopf.

Wie erwartet, zeigt das Alter einen maßgeblichen Einfluss auf das Ausmaß des Leistungskonsums. Grundsätzlich steigt dabei mit dem Alter die Inanspruchnahme der Leistungen. Ausnahme davon bildet die Analyse der Zahnarzt-Besuche, deren Anzahl bei den einzelnen Altersgruppen praktisch gleich hoch ist. Betreffend Krankenstandsfälle bzw. –tage liegt der auffallend starke Einbruch der Werte bei den über 60-Jährigen im Pensionsantritt dieser VU-ProbandInnen innerhalb des Beobachtungszeitraums nach der VU-Inanspruchnahme begründet. Der starke Einfluss des Alters ist auch in den Ergebnissen von Hummer (2009) ersichtlich.

Grundsätzlich zeigt auch die trägerspezifische Analyse in allen Bereichen des Leistungskonsums auffallende Unterschiede auf. Betreffend die Vertragsarzt-Kontakte verweist Kandlhofer (2009) auf das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage vor dem Hintergrund der verschiedenen Ärztedichten pro Fachrichtung in den einzelnen Bundesländern. Trägerspezifische Unterschiede in Vertragsarzt-Kosten führt Kandlhofer (2009) auf unterschiedliche Verhandlungsergebnisse zwischen Landesärztekammern und Gebietskrankenkassen hinsichtlich der Tarifsituation zurück.

Insgesamt muss gesagt werden, dass die erwarteten Effekte der VU hinsichtlich der analysierten gesundheits- sowie kostenbezogenen Outcomes, deskriptiv und österreichweit betrachtet, vorerst nicht erkennbar sind.

4.2 Spezifische Analyse

Probleme bei der Analyse der vor dem Hintergrund der Vorsorgeuntersuchung durchgeführten Untersuchungsprogramme (PAP-Abstrich, Mammographie, Koloskopie) ergeben sich durch eine mögliche Vermischung mit entsprechenden kurativen Leistungspositionen, die in der SV-Honorarordnung unter Umständen höher dotiert sind, als die zugehörige VU-Position. Daraus könnte vor allem im niedergelassenen Bereich ein gewisser Anreiz für die bevorzugte Abrechnung dieser

höher vergüteten Leistungspositionen entstehen und das Bild des Umfangs der eingesetzten Früherkennungsmaßnahmen verzerrt werden.

Ein weiterer möglicher Störfaktor in diesem Zusammenhang ist durch die Nichterfassung dieser spezifischen Untersuchungen aus dem Krankenhaus stationären sowie ambulanten Sektor gegeben. Diese Abrechnungsdaten werden im Bereich der extramuralen SV-Daten über die FOKO-Schnittstelle nicht erfasst.

Die Auswertungen betreffend die Inanspruchnahme der spezifischen Untersuchungsprogramme erfolgten altersspezifisch, trägerspezifisch und bei gegebener Möglichkeit auch geschlechtsspezifisch. Außerdem wurde der Einfluss des Falles bereits vor der VU-Inanspruchnahme erfolgter Untersuchungen auf die wiederholte Abrechnung der entsprechenden Leistung nach der VU-Teilnahme beobachtet.

Um einen zeitnahen Anschluss der Analyse an die erfolgte VU zu gewährleisten, wurden in die Auswertungen nur Träger mit einer taggenauen Verspeicherung des Leistungsdatums eingeschlossen. Damit wird Unterschätzungen hinsichtlich der Inanspruchnahme vorgebeugt. Diese könnten bei einer erst verzögerten Betrachtung ab dem VU-Folgequartal, welches aufgrund lediglich quartalsgenauer Auflösung des Leistungsdatums notwendig wäre, auftreten. In die Auswertung inkludiert sind damit vier Gebietskrankenkassen und zwei Sonderversicherungsträger.

PAP-Abstrich

Gesamt gesehen wurde für 0,1% der VU-Teilnehmerinnen ein VU-PAP-Abstrich abgerechnet. Für 36,9% ist ab VU-Inanspruchnahme ein kurativer PAP-Abstrich verzeichnet, 4,3% haben einen Abstrich im Rahmen des gynäkologischen Programms erhalten und für 60,2% der VU-Probandinnen sind keine Abrechnungsdaten in FOKO betreffend einen PAP-Abstrich vorhanden. Diese Ergebnisse liefern eingehende Hinweise auf ein Richtung kurative Behandlung verzerrtes Abrechnungsverhalten hinsichtlich eingesetzter Früherkennungsmaßnahmen.

Die Gliederung nach Altersgruppen zeigt einen mit dem Alter leichten aber stetigen Rückgang der jeweiligen Anteilsgrößen hinsichtlich eines durchgeführten kurativen Abstriches. Der Prozentsatz ist bei den 18- bis 30-Jährigen mit 44,5% dabei am höchsten. Bei den über 80-Jährigen ist noch für 11,2% ein kurativer PAP-Abstrich verzeichnet.

Auch trägerspezifisch bestätigt sich das Bild der gegenüber der VU-Position weitaus dominierenden Abrechnung kurativer Leistungspositionen. Auffallend bei der Auswertung nach den Trägern ist ebenfalls die Durchführung des gynäkologischen Programms, welches offensichtlich vorrangig bei einem einzelnen Träger (T4) angesiedelt ist.

Frauen mit einem Abstrich vor der beobachteten VU weisen auch nach dieser mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von 53,7% einen PAP-Abstrich auf. Für Probandinnen, welche vor der VU-Inanspruchnahme keinen PAP-Abstrich aufweisen, wird danach in nur 25,1% der Fälle ein kurativer Abstrich durchgeführt.

Mammographie

Anspruch auf eine VU-Mammographie besteht gemäß § 3 der „Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU“ für Frauen ab dem 40. Lebensjahr alle zwei Jahre⁹. Gesamt gesehen wurde für 4,6% dieser VU-Teilnehmerinnen eine Mammographie als Vorsorgeuntersuchung abgerechnet. Für 28,8% ist ab VU-Inanspruchnahme eine kurative Mammographie verzeichnet und bei 66,9% sind keine Abrechnungsdaten in FOKO betreffend eine durchgeführte Mammographie vorhanden. Auch im Fall der Mammographie scheint sich die eingangs erwähnte Vermutung betreffend eine bevorzugte kurative Abrechnung zu bestätigen.

Die Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen sowie der 61- bis 70-Jährigen weisen mit jeweils etwa 31% die höchsten Anteile mit einer kurativen Mammographie auf. Die 40- bis 50-Jährigen sowie die 71- bis 80-Jährigen liegen mit 28,4% bzw. 25,4% nur etwas darunter. Erst bei den über 80-Jährigen wird bei einem vergleichsweise geringen Anteil von 13,4% eine (kurative) Mammographie verrechnet.

Trägerspezifisch betrachtet, setzt sich bis auf Ausnahme eines Trägers die überwiegend kurative Abrechnung der Mammographie durch. Nur bei Träger T4 ist mit 20,4% ein weit über dem Durchschnitt liegender Anteil an Abrechnungen hinsichtlich einer VU-Mammographie verzeichnet.

Frauen mit keiner Mammographie vor der beobachteten VU weisen erwartungsgemäß nach dieser mit einem überdurchschnittlichen Anteil eine Mammographie auf. Dies gilt mit 6,4% für die Vorsorge-Mammographie sowie mit 32,1% für die kurative. Über ein Fünftel der Frauen (21,1%), welche vor der VU-Teilnahme bereits eine Mammographie gemacht haben, weist danach wiederum eine (kurative) Mammographie auf.

Koloskopie

Eine repräsentative Analyse betreffend die Inanspruchnahme dieses Programms ist vor dem Hintergrund der Anspruchsbeschränkung ab dem 50. Lebensjahr in zehn Jahresintervallen kombiniert mit der weitgehend trägerübergreifenden Beschränkung der Datenarchivierung in FOKO, nämlich auf die letzten acht Quartale zum Abfragezeitpunkt, schwierig bis unmöglich. Zusätzlich zur bereits angeführten Möglichkeit der Unterschätzung aufgrund der Nichterfassung entsprechender Daten aus dem KH-ambulanten Bereich muss die relativ geringe Inanspruchnahme vor diesem Hintergrund gesehen werden.

⁹ Entnommen den „Amtlichen Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherung“, Verlautbarung Nr.: 58 Jahr: 2005

Für 1,9% der betrachteten VU-TeilnehmerInnen wurde eine Koloskopie als Vorsorgemaßnahme abgerechnet. Für 3,4% ist ab VU-Inanspruchnahme eine kurative Koloskopie durchgeführt worden und beim Großteil von 94,7% sind keine Abrechnungsdaten in FOKO betreffend eine erfolgte Koloskopie vorhanden. Geschlechtsspezifisch sind diesbezüglich keine relevanten Unterschiede zu erkennen. Altersspezifisch weicht nur die Altersgruppe der über 80-Jährigen mit 1,3% mit einer kurativen Koloskopie auffällig vom Gesamtdurchschnitt ab.

Mögliche Verzerrungen hinsichtlich der Darstellung der Inanspruchnahme der Vorsorge-Maßnahme aufgrund kurativer Abrechnungen erscheinen in diesem Zusammenhang nicht so stark ausgeprägt wie üblich. Weiters fällt auf, dass die Tatsache, ob ein Jahr vor der VU-Teilnahme bereits eine Koloskopie gemacht wurde oder nicht, keinen relevanten Einfluss auf die Durchführung einer weiteren zu haben scheint, womit die beobachteten Anteile für beide Fälle dem Gesamtdurchschnitt entsprechen.

PSA-Test

Nach den Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen (RVU) wird betreffend einen PSA-Test gemäß § 6 (1) lit. e) lediglich eine strukturierte Beratung hinsichtlich Abklärung von Prostatakarzinom formuliert. Zielgruppe sind dabei die männlichen Teilnehmer ab 50 Jahren.

Für 7,8% wurde ein PSA-Test als Vorsorgemaßnahme durchgeführt. Für 33,8% ist ab VU-Inanspruchnahme die entsprechende kurative Leistung abgerechnet worden und für 60,4% dieser VU-Probanden sind laut Daten der FOKO-Schnittstelle keine PSA-Untersuchungen erfolgt. Damit ist für etwa 40% ein PSA-Test gemacht worden. Dieser hohe Prozentsatz hält sich über die Altersgruppen hinweg bis inklusive die der über 80-Jährigen. Die Beratungsfunktion des Arztes scheint in diesem Zusammenhang einen starken Einfluss auf die tatsächliche Durchführung des entsprechenden PSA-Tests zu haben.

Trägerspezifisch sind starke anteilmäßige Unterschiede hinsichtlich der Abrechnung einer PSA-Untersuchung im niedergelassenen Bereich zu erkennen. Allen voran weist der Träger T4 68,7% der VU-Teilnehmer mit einer Vorsorge-PSA-Untersuchung aus. 34,8% haben – fallweise zusätzlich – eine kurative erhalten. Die Träger T1, T3 und T5 liegen hinsichtlich einer kurativen Abrechnung zwischen 40% und 50%, während T2 und T6 mit 1,8% bzw. 8,5% weit unter dem (kurativen) Durchschnitt liegen. Bis auf den Träger T4 dominieren wiederum klar die kurativen Abrechnungen, wobei für T1, T2 und T3 keine entsprechende VU-Position im Leistungskatalog enthalten war.

Auffallend ist ebenfalls, dass die Tatsache, ob ein Jahr vor der VU-Teilnahme bereits eine PSA-Untersuchung gemacht wurde oder nicht, über die Träger gesamt gesehen, keinen relevanten Einfluss auf die Durchführung einer weiteren zu haben scheint. Eine trägerspezifische Betrachtung weist aber

für diesen Fall sehr wohl starke Unterschiede aus. Nur bei Träger T1 scheint ein bereits durchgeführter PSA-Test keinen relevanten Einfluss auf eine wiederholte Maßnahme zu haben. Bei den Trägern T3, T4 und T5 wird bei einer nicht erfolgten PSA-Untersuchung mit einem weit über dem Durchschnitt liegenden Prozentsatz von 61,6% (kurativ), 74,5% (VU-PSA) bzw. 54,8% (kurativ) reagiert. Bei den Trägern T2 und T6 scheint sich die Verhaltensweise umzukehren.

4.3 Aufwand Datenbeschaffung

Der Prozess der Beschaffung der erforderlichen Schnittstellen-Daten, der ausschließlich über das FOKO-CC der OÖGKK verläuft, stellt eine beträchtliche Zeit- und Kostenkomponente dar. Diese gliedert sich dabei in den Aufwand der Erhebungsarbeit des Competence Centers sowie der bürokratischen Hürde der Einholung der trägerspezifischen Zustimmungserklärungen. Alternativen diesbezüglich müssten unter Umständen diskutiert werden.

4.4 Limitierungen

Wie bereits im Methodenteil erwähnt, können über die FOKO-Schnittstelle keine Versicherungszeiträume betreffend die einzelnen Versicherten abgefragt werden. Ein Trägerwechsel nach der VU-Inanspruchnahme ist damit nicht erkennbar. Nicht vorhandene Abrechnungsdaten dieser VU-TeilnehmerIn beim betroffenen Träger würden in diesem Fall als eine Nichtinanspruchnahme von Leistungen fehlinterpretiert werden. Um dieser möglichen Verzerrung bestmöglich entgegenzuwirken, wird die Gültigkeit der Stamminformation der Versicherten in der FOKO-Datenbank als Surrogat-Parameter betreffend den Versicherungsstatus herangezogen.

Fällen einer Mehrfachversicherung wurden aus Aufwands- und Kostengründen bei der Datenabfrage der FOKO-Schnittstelle nicht Rechnung getragen. Der Leistungskonsum der VU-TeilnehmerInnen wurde damit nur betreffend die Abrechnungsdaten des Trägers beobachtet, bei dem die VU in Anspruch genommen wurde.

5 Ausblick

5.1 Vergleich VU-TeilnehmerInnen vs VU-Nicht-TeilnehmerInnen

Als alternativer Analyse-Ansatz zum hier vorgestellten Vergleich der VU-Population gegenüber der österreichischen Gesamtbevölkerung – im Sinne der anspruchsberechtigten Versicherten – ist ein Vergleich zwischen definierten VU-Nicht-TeilnehmerInnen und VU-TeilnehmerInnen geplant. Dabei soll den im Methodenteil unter Kapitel 2.3.1 angeführten Einschränkungen betreffend die Möglichkeit, Effekte der VU-Teilnahme hinsichtlich gesundheits- sowie kostenbezogener Outcomes zuordenbar zu machen, soweit wie möglich Rechnung getragen werden. Dies betrifft vor allem den Störfaktor des Gesundheitszustandes sowie allfällige (Selbst-)Selektionseffekte. Analog zu den Überlegungen von Hummer (2009) soll dabei auch die Möglichkeit der Behebung des grundsätzlichen Problems unbeobachtbarer Einflussgrößen, wie etwa das Gesundheitsbewusstsein, durch einen Instrumentenvariablenansatz geprüft werden.

5.2 Verknüpfung FOKO- und Befund-Daten

Vor allem vor dem Hintergrund der Ziffer 2 des § 447h (4) im Sinne einer Kosten-Nutzen-Bewertung der VU Neu-Teilnahme bzw. hinsichtlich der Ziffer 4 betreffend die gezielte Evaluierung der Vorsorge-Untersuchung nach spezifischen Risikogruppen sollen auf Basis einer Verknüpfung von FOKO-Abrechnungsdaten mit den pseudonymisierten Befunddaten der VU Neu entsprechende Versorgungs- bzw. Compliance-Bewertungen durchgeführt werden.

Langfristig gesehen könnten auf Basis derartiger Auswertungen sogenannte Patientenkarrerien betreffend den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen beobachtet werden. Hintergrund dabei ist eine entsprechende Analyse eines allfälligen Kostendämpfungseffekts im Gesundheitssystem aufgrund der Inanspruchnahme der VU Neu.

Literatur

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2008). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008*. Wien

Hummer, M. (2009). *Socio-economic determinants of screening test participation*. (Diplomarbeit, Johannes Kepler Universität Linz).

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP). (2010). *Zwischen-Bericht FOKO – Statistische Analyse. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu*. Unveröffentlichter Bericht. Graz.

Kandlhofer, J. (2009). Eine Ursachenanalyse der Finanzierungsprobleme der sozialen Krankenversicherung – Wahrheit und Mythos. In: W. J. Pfeil, *Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung* (S. 1-15). Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Swart, E. & Ihle, P. (2005). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber.

Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB (WiZe VAEB). (2007). *Bericht FOKO-Potential Ermittlung. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu*. Unveröffentlichter Bericht. Graz.

ANHANG

Tabellenband

Tabelle 2: Deskriptive Statistik. Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Unbekannt	KH-Tage ab VU	56	0	0	,00	,000
	Gültige Werte (Listenweise)	56				
Männer	KH-Tage ab VU	80244	0	244	1,48	6,520
	Gültige Werte (Listenweise)	80244				
Frauen	KH-Tage ab VU	92451	0	210	1,52	6,190
	Gültige Werte (Listenweise)	92451				

Tabelle 3: Deskriptive Statistik. Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
18 bis 30 Jahre	KH-Tage ab VU	19417	0	129	,71	4,317
	Gültige Werte (Listenweise)	19417				
31 - 40 Jahre	KH-Tage ab VU	30240	0	176	,74	4,281
	Gültige Werte (Listenweise)	30240				
41 - 50 Jahre	KH-Tage ab VU	38289	0	244	1,01	5,574
	Gültige Werte (Listenweise)	38289				
51 - 60 Jahre	KH-Tage ab VU	34627	0	179	1,50	6,247
	Gültige Werte (Listenweise)	34627				
61 - 70 Jahre	KH-Tage ab VU	30364	0	210	1,99	6,914
	Gültige Werte (Listenweise)	30364				
über 70 Jahre	KH-Tage ab VU	19814	0	191	3,63	9,816
	Gültige Werte (Listenweise)	19814				

Tabelle 4: Deskriptive Statistik. Anzahl an KH-Tagen ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
T1	KH-Tage ab VU		0	174	1,33	6,131
	Gültige Werte (Listenweise)					
T2	KH-Tage ab VU		0	141	1,29	5,302
	Gültige Werte (Listenweise)					
T3	KH-Tage ab VU		0	210	1,32	6,203
	Gültige Werte (Listenweise)					
T4	KH-Tage ab VU		0	151	1,89	7,100
	Gültige Werte (Listenweise)					
T5	KH-Tage ab VU		0	191	1,46	6,096
	Gültige Werte (Listenweise)					
T6	KH-Tage ab VU		0	174	1,74	6,808
	Gültige Werte (Listenweise)					
T7	KH-Tage ab VU		0	244	1,79	7,640
	Gültige Werte (Listenweise)					

T8	KH-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	185	1,48	6,277
T9	KH-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	115	1,42	5,643
T10	KH-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	169	,39	3,222
T11	KH-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	179	1,56	6,658
T12	KH-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	141	1,65	6,189

Tabelle 5: Deskriptive Statistik. KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Unbekannt	KH-Kosten ab VU	56	,00	,00	,0000	,00000
	Gültige Werte (Listenweise)	56				
Männer	KH-Kosten ab VU	48085	,00	52150,12	287,5685	1248,05789
	Gültige Werte (Listenweise)	48085				
Frauen	KH-Kosten ab VU	59112	,00	40530,00	283,9424	1172,40595
	Gültige Werte (Listenweise)	59112				

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 6: Deskriptive Statistik. KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
18 bis 30 Jahre	KH-Kosten ab VU	13007	,00	24356,60	133,6533	806,50660
	Gültige Werte (Listenweise)	13007				
31 - 40 Jahre	KH-Kosten ab VU	19548	,00	37616,48	145,4041	827,47605
	Gültige Werte (Listenweise)	19548				
41 - 50 Jahre	KH-Kosten ab VU	23785	,00	52150,12	201,1546	1072,72739
	Gültige Werte (Listenweise)	23785				
51 - 60 Jahre	KH-Kosten ab VU	20990	,00	31459,00	296,4214	1221,13990
	Gültige Werte (Listenweise)	20990				
61 - 70 Jahre	KH-Kosten ab VU	18583	,00	40530,00	373,3719	1320,74232
	Gültige Werte (Listenweise)	18583				
über 70 Jahre	KH-Kosten ab VU	11340	,00	36863,00	713,1067	1881,84873
	Gültige Werte (Listenweise)	11340				

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 7: Deskriptive Statistik. KH-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
T1	KH-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	33041,60	255,2279	1179,82644
T2	KH-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	27213,00	247,5833	1018,97887
T3	KH-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	40530,00	250,3262	1183,19243
T4	KH-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	24339,69	300,8960	1131,05267
T5	KH-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	36863,00	277,8401	1161,66840
T6	KH-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	52150,12	383,2411	1625,99258

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 8: Deskriptive Statistik. Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Unbekannt	Heilmittel-Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	56 56	,00	87,00	6,4643	14,54018
Männer	Heilmittel-Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	82191 82191	,00	512,00	11,0001	18,48554
Frauen	Heilmittel-Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	93571 93571	,00	485,00	13,9283	20,61001

Tabelle 9: Deskriptive Statistik. Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
18 bis 30 Jahre	Heilmittel-Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	19532 19532	,00	427,00	3,7601	8,77813
31 - 40 Jahre	Heilmittel-Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	30451 30451	,00	507,00	4,8041	10,98241
41 - 50 Jahre	Heilmittel-Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	38777 38777	,00	447,00	6,9820	13,37804
51 - 60 Jahre	Heilmittel-Verordnungen ab VU	35377	,00	463,00	13,1526	18,92942

	Gültige Werte (Listenweise)	35377				
61 - 70 Jahre	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	31145	,00	355,00	19,8042	21,56682
		31145				
über 70 Jahre	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)	20536	,00	512,00	30,9303	27,74992
		20536				

Tabelle 10: Deskriptive Statistik. Anzahl Heilmittel-Verordnungen ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
T1	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	507,00	13,2960	22,92257
T2	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	263,00	11,9273	17,63390
T3	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	265,00	16,2655	22,13074
T4	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	281,00	11,6598	16,94685
T5	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	354,00	12,2201	20,28515
T6	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	512,00	14,2959	23,01586
T7	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	308,00	11,9555	18,97299
T8	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	304,00	12,3764	19,98565
T9	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	202,00	11,1667	15,85959
T10	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	158,00	15,5207	19,64294
T11	Heilmittel- Verordnungen ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	417,00	11,8680	16,68267
T12	Heilmittel- Verordnungen ab VU		,00	233,00	10,2856	16,44045

	Gültige Werte (Listenweise)					
T13	Heilmittel-Verordnungen ab VU		,00	222,00	14,9025	20,60584
	Gültige Werte (Listenweise)					

Tabelle 11: Deskriptive Statistik. Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Unbekannt	Medikamente-Kosten ab VU	56	,00	1537,35	84,3611	226,92814
	Gültige Werte (Listenweise)	56				
Männer	Medikamente-Kosten ab VU	82191	,00	57866,75	214,7357	743,59872
	Gültige Werte (Listenweise)	82191				
Frauen	Medikamente-Kosten ab VU	93571	,00	652559,15	243,6021	2235,22657
	Gültige Werte (Listenweise)	93571				

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 12: Deskriptive Statistik. Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
18 bis 30 Jahre	Medikamente-Kosten ab VU	19532	,00	57866,75	75,8045	580,78674
	Gültige Werte (Listenweise)	19532				
31 - 40 Jahre	Medikamente-Kosten ab VU	30451	,00	18739,70	103,4259	566,09073
	Gültige Werte (Listenweise)	30451				
41 - 50 Jahre	Medikamente-Kosten ab VU	38777	,00	47244,53	139,6446	675,03740
	Gültige Werte (Listenweise)	38777				
51 - 60 Jahre	Medikamente-Kosten ab VU	35377	,00	652559,15	251,9199	3538,11896
	Gültige Werte (Listenweise)	35377				
61 - 70 Jahre	Medikamente-Kosten ab VU	31145	,00	28753,85	343,7431	707,82894
	Gültige Werte (Listenweise)	31145				
über 70 Jahre	Medikamente-Kosten ab VU	20536	,00	45789,40	525,1786	910,94658
	Gültige Werte (Listenweise)	20536				

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 13: Deskriptive Statistik. Heilmittel-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
T1	Medikamente-Kosten ab VU		,00	31305,60	238,1849	749,59527
	Gültige Werte (Listenweise)					
T2	Medikamente-Kosten ab VU		,00	17424,45	213,1087	507,64489
	Gültige Werte (Listenweise)					

T3	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	38870,10	276,3671	793,67644
T4	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	45789,40	207,2554	693,16186
T5	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	47244,53	222,0703	765,92866
T6	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	18739,70	258,6699	717,03799
T7	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	29830,30	205,7360	585,13798
T8	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	57866,75	226,1460	792,02142
T9	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	28753,85	220,4637	709,61135
T10	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	10310,20	279,1680	583,35262
T11	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	652559,15	308,6528	7155,65116
T12	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	11692,30	182,0651	470,84821
T13	Medikamente-Kosten ab VU Gültige Werte (Listenweise)		,00	28695,00	265,8658	760,50288

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 14: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Männer	Krankenstands-Fälle ab VU	30918	0	15	,76	1,078
	Gültige Werte (Listenweise)	30918				
Frauen	Krankenstands-Fälle ab VU	30612	0	13	,76	1,087
	Gültige Werte (Listenweise)	30612				

Anmerkung. Arbeiter und Angestellte.

Tabelle 15: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
18 bis 30 Jahre	Krankenstands-Fälle ab VU	10035	0	15	,99	1,321
	Gültige Werte (Listenweise)	10035				
31 - 40 Jahre	Krankenstands-Fälle ab VU	16343	0	11	,73	1,037

	Gültige Werte (Listenweise)	16343				
41 - 50 Jahre	Krankenstands-Fälle ab VU	20365	0	14	,69	1,000
	Gültige Werte (Listenweise)	20365				
51 - 60 Jahre	Krankenstands-Fälle ab VU	13485	0	13	,76	1,056
	Gültige Werte (Listenweise)	13485				
61 - 70 Jahre	Krankenstands-Fälle ab VU	1153	0	8	,34	,790
	Gültige Werte (Listenweise)	1153				
über 70 Jahre	Krankenstands-Fälle ab VU	149	0	2	,02	,183
	Gültige Werte (Listenweise)	149				

Anmerkung. Arbeiter und Angestellte.

Tabelle 16: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Fälle ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
T1	Krankenstands-Fälle ab VU		0	15	,79	1,177
	Gültige Werte (Listenweise)					
T2	Krankenstands-Fälle ab VU		0	10	,72	1,008
	Gültige Werte (Listenweise)					
T3	Krankenstands-Fälle ab VU		0	6	,61	,914
	Gültige Werte (Listenweise)					
T4	Krankenstands-Fälle ab VU		0	13	,87	1,157
	Gültige Werte (Listenweise)					
T5	Krankenstands-Fälle ab VU		0	9	,72	,980
	Gültige Werte (Listenweise)					
T6	Krankenstands-Fälle ab VU		0	7	,69	,974
	Gültige Werte (Listenweise)					
T7	Krankenstands-Fälle ab VU		0	11	,66	1,075
	Gültige Werte (Listenweise)					

Anmerkung. Arbeiter und Angestellte.

Tabelle 17: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Männer	Krankenstands-Tage ab VU	30918	0	308	8,35	18,431
	Gültige Werte (Listenweise)	30918				
Frauen	Krankenstands-Tage ab VU	30612	0	332	8,18	17,975
	Gültige Werte (Listenweise)	30612				

Anmerkung. Arbeiter und Angestellte.

Tabelle 18: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
18 bis 30 Jahre	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)	10035 10035	0	212	7,46	14,621
31 - 40 Jahre	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)	16343 16343	0	222	6,77	14,757
41 - 50 Jahre	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)	20365 20365	0	332	8,19	18,533
51 - 60 Jahre	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)	13485 13485	0	308	11,11	23,083
61 - 70 Jahre	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)	1153 1153	0	259	5,51	17,162
über 70 Jahre	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)	149 149	0	10	,08	,834

Anmerkung. Arbeiter und Angestellte.

Tabelle 19: Deskriptive Statistik. Anzahl Krankenstands-Tage ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
T1	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	287	8,39	19,125
T2	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	242	8,05	18,436
T3	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	223	7,12	16,870
T4	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	304	9,24	18,940
T5	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	332	8,22	17,183
T6	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	247	8,02	17,250
T7	Krankenstands-Tage ab VU Gültige Werte (Listenweise)		0	308	6,21	17,100

Anmerkung. Arbeiter und Angestellte.

Tabelle 20: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007).

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Vertragsarzt-Besuche ab VU	91416	0	141	11,18	10,141

Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU	91416	0	135	6,53	7,457
Facharzt-Besuche ab VU	91416	0	110	3,87	5,274
Zahnarzt-Besuche ab VU	91416	0	34	,79	1,459
Gültige Werte (Listenweise)	91416				

Tabelle 21: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Männer	Vertragsarzt-Besuche ab VU	44021	0	141	9,83	9,461
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU	44021	0	118	5,93	6,952
	Facharzt-Besuche ab VU	44021	0	110	3,16	4,831
	Zahnarzt-Besuche ab VU	44021	0	27	,73	1,388
	Gültige Werte (Listenweise)	44021				
	Frauen	Vertragsarzt-Besuche ab VU	47395	0	137	12,44
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU	47395	0	135	7,08	7,857
	Facharzt-Besuche ab VU	47395	0	100	4,52	5,575
	Zahnarzt-Besuche ab VU	47395	0	34	,84	1,521
	Gültige Werte (Listenweise)	47395				

Tabelle 22: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
18 bis 30 Jahre	Vertragsarzt-Besuche ab VU	9493	0	141	7,00	6,674
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU	9493	0	118	3,71	4,504
	Facharzt-Besuche ab VU	9493	0	54	2,52	3,638
	Zahnarzt-Besuche ab VU	9493	0	20	,77	1,337
	Gültige Werte (Listenweise)	9493				
	31 - 40 Jahre	Vertragsarzt-Besuche ab VU	16130	0	89	7,63
Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU		16130	0	83	4,08	5,025
Facharzt-Besuche ab VU		16130	0	65	2,70	4,039
Zahnarzt-Besuche ab VU		16130	0	33	,84	1,435
Gültige Werte (Listenweise)		16130				
41 - 50 Jahre		Vertragsarzt-Besuche ab VU	20689	0	105	9,12
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU	20689	0	95	5,05	6,058
	Facharzt-Besuche ab VU	20689	0	86	3,20	4,594
	Zahnarzt-Besuche ab VU	20689	0	34	,86	1,446
	Gültige Werte (Listenweise)					

	Gültige Werte (Listenweise)	20689				
51 - 60 Jahre	Vertragsarzt-Besuche ab VU	18507	0	121	12,11	10,345
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU	18507	0	120	6,99	7,277
	Facharzt-Besuche ab VU	18507	0	80	4,36	5,801
	Zahnarzt-Besuche ab VU	18507	0	30	,75	1,471
	Gültige Werte (Listenweise)	18507				
	61 - 70 Jahre	Vertragsarzt-Besuche ab VU	16465	0	137	14,20
Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU		16465	0	103	8,42	7,853
Facharzt-Besuche ab VU		16465	0	100	4,99	5,732
Zahnarzt-Besuche ab VU		16465	0	32	,78	1,591
Gültige Werte (Listenweise)		16465				
über 70 Jahre		Vertragsarzt-Besuche ab VU	10132	0	135	18,40
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU	10132	0	135	12,15	10,561
	Facharzt-Besuche ab VU	10132	0	110	5,63	6,652
	Zahnarzt-Besuche ab VU	10132	0	21	,62	1,367
	Gültige Werte (Listenweise)	10132				

Tabelle 23: Deskriptive Statistik. Anzahl an Vertragsarzt-Besuchen ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
T1	Vertragsarzt-Besuche ab VU		0	135	9,27	9,200
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU		0	135	4,40	5,603
	Facharzt-Besuche ab VU		0	110	4,25	5,860
	Zahnarzt-Besuche ab VU		0	32	,62	1,174
	Gültige Werte (Listenweise)					
	T2	Vertragsarzt-Besuche ab VU		0	110	13,22
Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU			0	95	8,51	8,920
Facharzt-Besuche ab VU			0	76	3,81	5,421
Zahnarzt-Besuche ab VU			0	24	,90	1,653
Gültige Werte (Listenweise)						
T3		Vertragsarzt-Besuche ab VU		0	137	13,10
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU		0	103	8,08	8,251
	Facharzt-Besuche ab VU		0	100	4,07	5,101
	Zahnarzt-Besuche ab VU		0	34	,95	1,734
	Gültige Werte (Listenweise)					
	T4	Vertragsarzt-Besuche ab VU		0	141	11,15

	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU		0	118	6,76	6,609
	Facharzt-Besuche ab VU		0	76	3,65	5,161
	Zahnarzt-Besuche ab VU		0	9	,74	1,184
	Gültige Werte (Listenweise)					
T5	Vertragsarzt-Besuche ab VU		0	98	10,50	9,019
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU		0	89	5,98	6,701
	Facharzt-Besuche ab VU		0	86	3,83	5,070
	Zahnarzt-Besuche ab VU		0	13	,69	1,188
	Gültige Werte (Listenweise)					
T6	Vertragsarzt-Besuche ab VU		0	115	9,04	8,974
	Allgemein-Mediziner-Besuche ab VU		0	114	5,66	7,196
	Facharzt-Besuche ab VU		0	55	2,63	3,946
	Zahnarzt-Besuche ab VU		0	20	,75	1,395
	Gültige Werte (Listenweise)					

Anmerkung. Nicht altersstandardisierte Mittelwerte.

Tabelle 24: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007).

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Vertragsarzt-Kosten ab VU	147152	,00	10880,63	242,7178	252,18076
Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	147152	,00	10880,63	102,1746	137,12163
Facharzt-Kosten ab VU	147152	,00	7492,28	140,5432	186,13792
Gültige Werte (Listenweise)	147152				

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 25: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Unbekannt	Vertragsarzt-Kosten ab VU	56	,00	640,93	140,1782	160,87202
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	56	,00	640,93	70,2054	127,67163
	Facharzt-Kosten ab VU	56	,00	518,07	69,9729	116,80535
	Gültige Werte (Listenweise)	56				
Männer	Vertragsarzt-Kosten ab VU	65777	,00	10880,63	204,1266	234,87678
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	65777	,00	10880,63	91,6048	128,61287
	Facharzt-Kosten ab VU	65777	,00	3231,38	112,5217	169,90476
	Gültige Werte (Listenweise)	65777				

Frauen	Vertragsarzt-Kosten ab VU	81319	,00	7821,55	274,0039	261,24450
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	81319	,00	5361,96	110,7463	143,06947
	Facharzt-Kosten ab VU	81319	,00	7492,28	163,2577	195,40448
	Gültige Werte (Listenweise)	81319				

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 26: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_6		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
18 bis 30 Jahre	Vertragsarzt-Kosten ab VU	18125	,00	2248,41	142,7340	156,65594
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	18125	,00	1510,27	60,7198	75,44953
	Facharzt-Kosten ab VU	18125	,00	2038,13	82,0141	120,70265
	Gültige Werte (Listenweise)	18125				
31 - 40 Jahre	Vertragsarzt-Kosten ab VU	26687	,00	2691,12	162,1228	177,14872
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	26687	,00	1809,46	66,0932	82,86478
	Facharzt-Kosten ab VU	26687	,00	1627,12	96,0296	136,86426
	Gültige Werte (Listenweise)	26687				
41 - 50 Jahre	Vertragsarzt-Kosten ab VU	32245	,00	3645,97	200,6770	209,62276
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	32245	,00	3247,41	80,6834	103,64600
	Facharzt-Kosten ab VU	32245	,00	2211,27	119,9937	159,92087
	Gültige Werte (Listenweise)	32245				
51 - 60 Jahre	Vertragsarzt-Kosten ab VU	28792	,00	4861,14	274,9789	263,13386
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	28792	,00	3848,77	109,5554	126,66775
	Facharzt-Kosten ab VU	28792	,00	3545,64	165,4235	205,41337
	Gültige Werte (Listenweise)	28792				
61 - 70 Jahre	Vertragsarzt-Kosten ab VU	25365	,00	7821,55	317,4674	269,10301
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	25365	,00	4042,69	128,8017	135,95970
	Facharzt-Kosten ab VU	25365	,00	7492,28	188,6657	215,36057
	Gültige Werte (Listenweise)	25365				
über 70 Jahre	Vertragsarzt-Kosten ab VU	15938	,00	10880,63	399,1844	341,19978
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU	15938	,00	10880,63	197,5036	245,17881
	Facharzt-Kosten ab VU	15938	,00	3427,87	201,6809	231,47234
	Gültige Werte (Listenweise)	15938				

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt).

Tabelle 27: Deskriptive Statistik. Vertragsarzt-Kosten ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
T1	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	5361,96	272,6785	295,78968
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	5361,96	84,8320	148,95845
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	3545,64	187,8465	230,18057
	Gültige Werte (Listenweise)					
T2	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	3022,74	277,1506	273,89987
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	1648,01	92,4472	113,74250
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	2319,55	184,7034	220,93342
	Gültige Werte (Listenweise)					
T3	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	2263,30	211,4683	197,34223
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	1599,92	100,5456	102,32235
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	1734,52	110,9226	144,09280
	Gültige Werte (Listenweise)					
T4	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	7821,55	230,7448	214,17195
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	2683,58	105,2560	111,06134
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	7492,28	125,4888	162,44833
	Gültige Werte (Listenweise)					
T5	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	3427,87	275,4019	276,83770
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	3297,80	145,4163	171,41812
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	3427,87	129,9856	174,11465
	Gültige Werte (Listenweise)					
T6	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	3519,67	219,2152	242,01076
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	3471,02	94,4059	129,91990
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	2719,94	124,8092	177,11743
	Gültige Werte (Listenweise)					
T7	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	2942,48	227,5429	226,28206
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	2942,48	97,7760	113,55324
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	1934,03	129,7669	171,37058
	Gültige Werte (Listenweise)					
T8	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	10880,63	219,8796	250,93749
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	10880,63	96,6595	155,13784
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	2242,34	123,2202	174,42003
	Gültige Werte (Listenweise)					

T9	Vertragsarzt-Kosten ab VU		,00	1693,68	188,2597	180,37142
	Allgemein-Mediziner-Kosten ab VU		,00	1524,50	62,5057	73,56264
	Facharzt-Kosten ab VU		,00	1558,40	125,7540	152,00746
	Gültige Werte (Listenweise)					

Anmerkung. Angaben in Euro (Exkl. USt). Nicht altersstandardisierte Mittelwerte.

Tabelle 28: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Abstrich	28521	60,2	60,2	60,2
	Gyn-Pr	1338	2,8	2,8	63,0
	PAP-Kur	16802	35,5	35,5	98,5
	PAP-Kur, Gyn-Pr	678	1,4	1,4	99,9
	PAP-VU	9	,0	,0	99,9
	PAP-VU, Gyn-Pr	35	,1	,1	100,0
	PAP-VU, PAP-Kur	2	,0	,0	100,0
	PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr	10	,0	,0	100,0
	Gesamt	47395	100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Weiblich. PAP-VU: VU-PAP-Abstrich. PAP-Kur: Kurativer PAP-Abstrich. Gyn-Pr: Gynäkologisches Programm.

Tabelle 29: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_7			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
bis 30 Jahre	Gültig	Kein	2984	53,8	53,8	53,8
		Gyn-Pr	92	1,7	1,7	55,5
		PAP-Kur	2397	43,2	43,2	98,7
		PAP-Kur, Gyn-Pr	67	1,2	1,2	99,9
		PAP-VU, Gyn-Pr	3	,1	,1	100,0
		PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr	2	,0	,0	100,0
		Gesamt	5545	100,0	100,0	
31 - 40 Jahre	Gültig	Kein	4579	54,7	54,7	54,7
		Gyn-Pr	237	2,8	2,8	57,6
		PAP-Kur	3411	40,8	40,8	98,3
		PAP-Kur, Gyn-Pr	136	1,6	1,6	99,9
		PAP-VU, Gyn-Pr	3	,0	,0	100,0
		PAP-VU, PAP-Kur	2	,0	,0	100,0
		Gesamt	8368	100,0	100,0	
41 - 50 Jahre	Gültig	Kein	5625	56,0	56,0	56,0
		Gyn-Pr	308	3,1	3,1	59,1
		PAP-Kur	3947	39,3	39,3	98,4
		PAP-Kur, Gyn-Pr	157	1,6	1,6	100,0
		PAP-VU, Gyn-Pr	3	,0	,0	100,0
		PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr	2	,0	,0	100,0
		Gesamt				

		Gesamt	10042	100,0	100,0	
51 - 60 Jahre	Gültig	Kein	5651	60,3	60,3	60,3
		Gyn-Pr	293	3,1	3,1	63,4
		PAP-Kur	3268	34,8	34,8	98,2
		PAP-Kur, Gyn-Pr	149	1,6	1,6	99,8
		PAP-VU	5	,1	,1	99,9
		PAP-VU, Gyn-Pr	7	,1	,1	99,9
		PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr	5	,1	,1	100,0
		Gesamt	9378	100,0	100,0	
61 - 70 Jahre	Gültig	Kein	5241	63,2	63,2	63,2
		Gyn-Pr	261	3,1	3,1	66,4
		PAP-Kur	2656	32,0	32,0	98,4
		PAP-Kur, Gyn-Pr	119	1,4	1,4	99,9
		PAP-VU	1	,0	,0	99,9
		PAP-VU, Gyn-Pr	10	,1	,1	100,0
		Gesamt	8288	100,0	100,0	
		71 - 80 Jahre	Gültig	Kein	3062	72,9
Gyn-Pr	132			3,1	3,1	76,0
PAP-Kur	951			22,6	22,6	98,7
PAP-Kur, Gyn-Pr	46			1,1	1,1	99,8
PAP-VU	1			,0	,0	99,8
PAP-VU, Gyn-Pr	8			,2	,2	100,0
PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr	1			,0	,0	100,0
Gesamt	4201			100,0	100,0	
über 80 Jahre	Gültig	Kein	1379	87,7	87,7	87,7
		Gyn-Pr	15	1,0	1,0	88,6
		PAP-Kur	172	10,9	10,9	99,6
		PAP-Kur, Gyn-Pr	4	,3	,3	99,8
		PAP-VU	2	,1	,1	99,9
		PAP-VU, Gyn-Pr	1	,1	,1	100,0
		Gesamt	1573	100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Weiblich. PAP-VU: VU-PAP-Abstrich. PAP-Kur: Kurativer PAP-Abstrich. Gyn-Pr: Gynäkologisches Programm. Kein: Kein Abstrich.

Tabelle 30: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
T1	Gültig	Kein		62,0	62,0	62,0
		Gyn-Pr		,8	,8	62,8
		PAP-Kur		37,0	37,0	99,8
		PAP-Kur, Gyn-Pr		,2	,2	100,0
		PAP-VU, Gyn-Pr		,0	,0	100,0
		PAP-VU, PAP-Kur		,0	,0	100,0
		PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr		,0	,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T2	Gültig	Kein		65,2	65,2	65,2
		Gyn-Pr		1,6	1,6	66,8

		PAP-Kur		33,0	33,0	99,8
		PAP-Kur, Gyn-Pr		,2	,2	100,0
		PAP-VU		,0	,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T3	Gültig	Kein		50,0	50,0	50,0
		Gyn-Pr		,9	,9	51,0
		PAP-Kur		48,8	48,8	99,8
		PAP-Kur, Gyn-Pr		,2	,2	100,0
		PAP-VU		,0	,0	100,0
		PAP-VU, PAP-Kur		,0	,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T4	Gültig	Kein		63,8	63,8	63,8
		Gyn-Pr		19,2	19,2	83,0
		PAP-Kur		5,2	5,2	88,2
		PAP-Kur, Gyn-Pr		11,8	11,8	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T5	Gültig	Kein		67,9	67,9	67,9
		Gyn-Pr		1,8	1,8	69,7
		PAP-Kur		27,9	27,9	97,6
		PAP-Kur, Gyn-Pr		1,2	1,2	98,8
		PAP-VU		,0	,0	98,8
		PAP-VU, Gyn-Pr		,9	,9	99,8
		PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr		,2	,2	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T6	Gültig	Kein		73,9	73,9	73,9
		PAP-Kur		25,9	25,9	99,9
		PAP-VU		,1	,1	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Weiblich. PAP-VU: VU-PAP-Abstrich. PAP-Kur: Kurativer PAP-Abstrich. Gyn-Pr: Gynäkologisches Programm. Kein: Kein Abstrich

Tabelle 31: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit PAP-Abstrich ab VU (Q1/2007) nach erfolgtem PAP-Abstrich vor VU Teilnahme.

PAP-Kategorien vor VU			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kein	Gültig	Kein	19859	71,2	71,2	71,2
		Gyn-Pr	975	3,5	3,5	74,7
		PAP-Kur	6612	23,7	23,7	98,4
		PAP-Kur, Gyn-Pr	394	1,4	1,4	99,8
		PAP-VU	8	,0	,0	99,9
		PAP-VU, Gyn-Pr	30	,1	,1	100,0
		PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr	4	,0	,0	100,0
		Gesamt	27882	100,0	100,0	
PAP-Abstrich	Gültig	Kein	8662	44,4	44,4	44,4
		Gyn-Pr	363	1,9	1,9	46,3
		PAP-Kur	10190	52,2	52,2	98,5
		PAP-Kur, Gyn-Pr	284	1,5	1,5	99,9

PAP-VU	1	,0	,0	99,9
PAP-VU, Gyn-Pr	5	,0	,0	100,0
PAP-VU, PAP-Kur	2	,0	,0	100,0
PAP-VU, PAP-Kur, Gyn-Pr	6	,0	,0	100,0
Gesamt	19513	100,0	100,0	

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Geschlecht: Weiblich. PAP-VU: VU-PAP-Abstrich. PAP-Kur: Kurativer PAP-Abstrich. Gyn-Pr: Gynäkologisches Programm. Kein: Kein Abstrich

Tabelle 32: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Mammographie	23057	66,9	66,9	66,9
	MAM-Kur	9829	28,5	28,5	95,4
	MAM-VU	1512	4,4	4,4	99,7
	MAM-VU, MAM-Kur	91	,3	,3	100,0
	Gesamt	34489	100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Weiblich. Alter: 40+. MAM-VU: VU-Mammographie. MAM-Kur: Kurative Mammographie.

Tabelle 33: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_7			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
40 - 50 Jahre	Gültig	Keine Mammographie	7474	67,6	67,6	67,6
		MAM-Kur	3112	28,2	28,2	95,8
		MAM-VU	441	4,0	4,0	99,8
		MAM-VU, MAM-Kur	22	,2	,2	100,0
		Gesamt	11049	100,0	100,0	
51 - 60 Jahre	Gültig	Keine Mammographie	6019	64,2	64,2	64,2
		MAM-Kur	2905	31,0	31,0	95,2
		MAM-VU	418	4,5	4,5	99,6
		MAM-VU, MAM-Kur	36	,4	,4	100,0
		Gesamt	9378	100,0	100,0	
61 - 70 Jahre	Gültig	Keine Mammographie	5305	64,0	64,0	64,0
		MAM-Kur	2538	30,6	30,6	94,6
		MAM-VU	418	5,0	5,0	99,7
		MAM-VU, MAM-Kur	27	,3	,3	100,0
		Gesamt	8288	100,0	100,0	
71 - 80 Jahre	Gültig	Keine Mammographie	2926	69,7	69,7	69,7
		MAM-Kur	1064	25,3	25,3	95,0
		MAM-VU	206	4,9	4,9	99,9
		MAM-VU, MAM-Kur	5	,1	,1	100,0
		Gesamt	4201	100,0	100,0	
über 80 Jahre	Gültig	Keine Mammographie	1333	84,7	84,7	84,7
		MAM-Kur	210	13,4	13,4	98,1
		MAM-VU	29	1,8	1,8	99,9

MAM-VU, MAM-Kur	1	,1	,1	100,0
Gesamt	1573	100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Weiblich. Alter: 40+. MAM-VU: VU-Mammographie. MAM-Kur: Kurative Mammographie.

Tabelle 34: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
T1	Gültig	Keine Mammographie		63,3	63,3	63,3
		MAM-Kur		34,6	34,6	97,9
		MAM-VU		2,1	2,1	100,0
		MAM-VU, MAM-Kur		,0	,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T2	Gültig	Keine Mammographie		59,7	59,7	59,7
		MAM-Kur		38,4	38,4	98,0
		MAM-VU		2,0	2,0	100,0
		MAM-VU, MAM-Kur		,0	,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T3	Gültig	Keine Mammographie		71,5	71,5	71,5
		MAM-Kur		26,2	26,2	97,7
		MAM-VU		1,7	1,7	99,4
		MAM-VU, MAM-Kur		,6	,6	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T4	Gültig	Keine Mammographie		68,3	68,3	68,3
		MAM-Kur		11,3	11,3	79,6
		MAM-VU		20,1	20,1	99,8
		MAM-VU, MAM-Kur		,2	,2	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T5	Gültig	Keine Mammographie		65,9	65,9	65,9
		MAM-Kur		28,8	28,8	94,7
		MAM-VU		5,1	5,1	99,8
		MAM-VU, MAM-Kur		,2	,2	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T6	Gültig	Keine Mammographie		70,3	70,3	70,3
		MAM-Kur		24,4	24,4	94,7
		MAM-VU		5,2	5,2	100,0
		MAM-VU, MAM-Kur		,0	,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Weiblich. Alter: 40+. MAM-VU: VU-Mammographie. MAM-Kur: Kurative Mammographie.

Tabelle 35: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmerinnen mit Mammographie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Mammographie vor VU Teilnahme.

MAM-Kategorien vor VU	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
-----------------------	------------	---------	------------------	---------------------

Keine Mammographie	Gültig	Keine Mammographie	14810	61,8	61,8	61,8
		MAM-Kur	7614	31,8	31,8	93,6
		MAM-VU	1450	6,1	6,1	99,7
		MAM-VU, MAM-Kur	79	,3	,3	100,0
		Gesamt	23953	100,0	100,0	
Mammographie	Gültig	Keine Mammographie	8247	78,3	78,3	78,3
		MAM-Kur	2215	21,0	21,0	99,3
		MAM-VU	62	,6	,6	99,9
		MAM-VU, MAM-Kur	12	,1	,1	100,0
		Gesamt	10536	100,0	100,0	

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Geschlecht: Weiblich. Alter: 40+. MAM-VU: VU-Mammographie. MAM-Kur: Kurative Mammographie.

Tabelle 36: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Koloskopie	44568	94,7	94,7	94,7
	KOLO-Kur	1599	3,4	3,4	98,1
	KOLO-VU	885	1,9	1,9	100,0
	KOLO-VU, KOLO-Kur	13	,0	,0	100,0
	Gesamt	47065	100,0	100,0	

Anmerkung. Alter: 50+. KOLO-VU: VU-Koloskopie. KOLO-Kur: Kurative Koloskopie.

Tabelle 37: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Geschlecht.

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Männer	Gültig	Keine Koloskopie	21312	94,1	94,1	94,1
		KOLO-Kur	878	3,9	3,9	97,9
		KOLO-VU	459	2,0	2,0	100,0
		KOLO-VU, KOLO-Kur	10	,0	,0	100,0
		Gesamt	22659	100,0	100,0	
Frauen	Gültig	Keine Koloskopie	23256	95,3	95,3	95,3
		KOLO-Kur	721	3,0	3,0	98,2
		KOLO-VU	426	1,7	1,7	100,0
		KOLO-VU, KOLO-Kur	3	,0	,0	100,0
		Gesamt	24406	100,0	100,0	

Anmerkung. Alter: 50+. KOLO-VU: VU-Koloskopie. KOLO-Kur: Kurative Koloskopie.

Tabelle 38: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_7			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
50 - 60 Jahre	Gültig	Keine Koloskopie	19388	94,7	94,7	94,7
		KOLO-Kur	651	3,2	3,2	97,9
		KOLO-VU	419	2,0	2,0	100,0
		KOLO-VU, KOLO-Kur	10	,0	,0	100,0

Gesamt			20468	100,0	100,0	
61 - 70 Jahre	Gültig	Keine Koloskopie	15422	93,7	93,7	93,7
		KOLO-Kur	678	4,1	4,1	97,8
		KOLO-VU	363	2,2	2,2	100,0
		KOLO-VU, KOLO-Kur	2	,0	,0	100,0
		Gesamt	16465	100,0	100,0	
71 - 80 Jahre	Gültig	Keine Koloskopie	7325	95,7	95,7	95,7
		KOLO-Kur	239	3,1	3,1	98,8
		KOLO-VU	93	1,2	1,2	100,0
		KOLO-VU, KOLO-Kur	1	,0	,0	100,0
		Gesamt	7658	100,0	100,0	
über 80 Jahre	Gültig	Keine Koloskopie	2433	98,3	98,3	98,3
		KOLO-Kur	31	1,3	1,3	99,6
		KOLO-VU	10	,4	,4	100,0
		Gesamt	2474	100,0	100,0	

Anmerkung. Alter: 50+. KOLO-VU: VU-Koloskopie. KOLO-Kur: Kurative Koloskopie.

Tabelle 39: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
T1	Gültig	Keine Koloskopie		94,1	94,1	94,1
		KOLO-Kur		4,9	4,9	99,0
		KOLO-VU		1,0	1,0	100,0
		KOLO-VU, KOLO-Kur		,0	,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T2	Gültig	Keine Koloskopie		88,6	88,6	88,6
		KOLO-Kur		6,1	6,1	94,6
		KOLO-VU		5,3	5,3	99,9
		KOLO-VU, KOLO-Kur		,1	,1	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T3	Gültig	Keine Koloskopie		98,3	98,3	98,3
		KOLO-Kur		1,7	1,7	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T4	Gültig	Keine Koloskopie		97,1	97,1	97,1
		KOLO-Kur		,3	,3	97,4
		KOLO-VU		2,6	2,6	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T5	Gültig	Keine Koloskopie		91,5	91,5	91,5
		KOLO-Kur		6,0	6,0	97,5
		KOLO-VU		2,4	2,4	99,9
		KOLO-VU, KOLO-Kur		,1	,1	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T6	Gültig	Keine Koloskopie		92,6	92,6	92,6
		KOLO-Kur		2,9	2,9	95,5
		KOLO-VU		4,4	4,4	99,9
		KOLO-VU, KOLO-Kur		,1	,1	100,0

	Gesamt		100,0	100,0
--	--------	--	-------	-------

Anmerkung. Alter: 50+. KOLO-VU: VU-Koloskopie. KOLO-Kur: Kurative Koloskopie.

Tabelle 40: Frequenz-Statistik. VU-TeilnehmerInnen mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach erfolgter Koloskopie vor VU Teilnahme.

Koloskopie-Kategorien vor VU			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Keine Koloskopie	Gültig	Keine Koloskopie	43650	94,7	94,7	94,7
		KOLO-Kur	1558	3,4	3,4	98,1
		KOLO-VU	882	1,9	1,9	100,0
		KOLO-VU, KOLO-Kur	13	,0	,0	100,0
		Gesamt	46103	100,0	100,0	
Koloskopie	Gültig	Keine Koloskopie	918	95,4	95,4	95,4
		KOLO-Kur	41	4,3	4,3	99,7
		KOLO-VU	3	,3	,3	100,0
		Gesamt	962	100,0	100,0	

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Alter: 50+. KOLO-VU: VU-Koloskopie. KOLO-Kur: Kurative Koloskopie.

Tabelle 41: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit PSA-Test ab VU (Q1/2007).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein PSA-Test	13679	60,4	60,4	60,4
	PSA-Kur	7221	31,9	31,9	92,2
	PSA-VU	1331	5,9	5,9	98,1
	PSA-VU, PSA-Kur	428	1,9	1,9	100,0
	Gesamt	22659	100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Männlich. Alter: 50+. PSA-VU: VU-PSA-Test. PSA-Kur: Kurativer PSA-Test.

Tabelle 42: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Alter.

Altersklasse_7			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
50 - 60 Jahre	Gültig	Kein PSA-Test	6435	63,6	63,6	63,6
		PSA-Kur	2971	29,3	29,3	92,9
		PSA-VU	598	5,9	5,9	98,8
		PSA-VU, PSA-Kur	120	1,2	1,2	100,0
		Gesamt	10124	100,0	100,0	
61 - 70 Jahre	Gültig	Kein PSA-Test	4705	57,5	57,5	57,5
		PSA-Kur	2819	34,5	34,5	92,0
		PSA-VU	463	5,7	5,7	97,7
		PSA-VU, PSA-Kur	190	2,3	2,3	100,0
		Gesamt	8177	100,0	100,0	
71 - 80 Jahre	Gültig	Kein PSA-Test	1952	56,5	56,5	56,5
		PSA-Kur	1180	34,1	34,1	90,6
		PSA-VU	220	6,4	6,4	97,0
		PSA-VU, PSA-Kur	105	3,0	3,0	100,0
		Gesamt	3457	100,0	100,0	

über 80 Jahre	Gültig	Kein PSA-Test	587	65,1	65,1	65,1
		PSA-Kur	251	27,9	27,9	93,0
		PSA-VU	50	5,5	5,5	98,6
		PSA-VU, PSA-Kur	13	1,4	1,4	100,0
		Gesamt	901	100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Männlich. Alter: 50+. PSA-VU: VU-PSA-Test. PSA-Kur: Kurativer PSA-Test.

Tabelle 43: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit PSA-Test ab VU (Q1/2007) nach Träger.

Träger			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
T1	Gültig	Kein PSA-Test		59,9	59,9	59,9
		PSA-Kur		40,1	40,1	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T2	Gültig	Kein PSA-Test		98,2	98,2	98,2
		PSA-Kur		1,8	1,8	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T3	Gültig	Kein PSA-Test		52,2	52,2	52,2
		PSA-Kur		47,8	47,8	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T4	Gültig	Kein PSA-Test		14,5	14,5	14,5
		PSA-Kur		16,8	16,8	31,3
		PSA-VU		50,7	50,7	82,0
		PSA-VU, PSA-Kur		18,0	18,0	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T5	Gültig	Kein PSA-Test		52,5	52,5	52,5
		PSA-Kur		43,0	43,0	95,5
		PSA-VU		3,7	3,7	99,1
		PSA-VU, PSA-Kur		,9	,9	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	
T6	Gültig	Kein PSA-Test		88,3	88,3	88,3
		PSA-Kur		8,3	8,3	96,7
		PSA-VU		3,2	3,2	99,9
		PSA-VU, PSA-Kur		,1	,1	100,0
		Gesamt		100,0	100,0	

Anmerkung. Geschlecht: Männlich. Alter: 50+. PSA-VU: VU-PSA-Test. PSA-Kur: Kurativer PSA-Test.

Tabelle 44: Frequenz-Statistik. VU-Teilnehmer mit Koloskopie ab VU (Q1/2007) nach Träger und erfolgter Koloskopie vor VU Teilnahme.

Träger	PSA-Kategorien vor VU			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Kein PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test				
T1	Kein PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		58,6	58,6	58,6
			PSA-Kur		41,4	41,4	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
	PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		61,9	61,9	61,9
			PSA-Kur		38,1	38,1	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
T2	Kein PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		99,0	99,0	99,0

			PSA-Kur		1,0	1,0	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
	PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		60,3	60,3	60,3
			PSA-Kur		39,7	39,7	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
T3	Kein PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		38,9	38,9	38,9
			PSA-Kur		61,1	61,1	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
	PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		68,6	68,6	68,6
			PSA-Kur		31,4	31,4	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
T4	Kein PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		12,8	12,8	12,8
			PSA-Kur		12,7	12,7	25,5
			PSA-VU		60,4	60,4	85,9
			PSA-VU, PSA-Kur		14,1	14,1	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
	PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		19,0	19,0	19,0
			PSA-Kur		27,4	27,4	46,4
			PSA-VU		25,5	25,5	71,9
			PSA-VU, PSA-Kur		28,1	28,1	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
T5	Kein PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		39,2	39,2	39,2
			PSA-Kur		53,6	53,6	92,8
			PSA-VU		6,0	6,0	98,8
			PSA-VU, PSA-Kur		1,2	1,2	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
	PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		65,9	65,9	65,9
			PSA-Kur		32,3	32,3	98,2
			PSA-VU		1,3	1,3	99,5
			PSA-VU, PSA-Kur		,5	,5	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
T6	Kein PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		89,6	89,6	89,6
			PSA-Kur		6,8	6,8	96,4
			PSA-VU		3,5	3,5	99,9
			PSA-VU, PSA-Kur		,1	,1	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	
	PSA-Test	Gültig	Kein PSA-Test		76,7	76,7	76,7
			PSA-Kur		22,3	22,3	99,1
			PSA-VU		,6	,6	99,7
			PSA-VU, PSA-Kur		,3	,3	100,0
			Gesamt		100,0	100,0	

Anmerkung. Zeitraum: Ab VU: 9 Monate, vor VU: 12 Monate. Geschlecht: Männlich. Alter: 50+. PSA-VU: VU-PSA-Test. PSA-Kur: Kurativer PSA-Test.