

**Bericht des Hauptverbandes der österreichischen  
Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für  
Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit,  
Soziales und Konsumentenschutz  
gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2009**



**Vorsorgeuntersuchung Neu**



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

## Impressum

### Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH

Haideggerweg 40

8044 Graz

UID-Nr.: ATU 63975513

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

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

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

### AutorInnen

DI Andreas Kvas

DI Gregor Kvas

Mag. Hubert Langmann

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

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

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

Mag.<sup>a</sup> (FH) Elisabeth Fasching (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Graz, Juli 2010



## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu .....</b>	<b>7</b>
1.1	Hintergrund .....	7
1.2	Schwerpunkte der Evaluierung 2009/ 2010.....	9
1.2.1	TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität .....	9
1.2.2	VU Neu-Datenbank .....	13
1.2.3	FOKO – Schnittstelle.....	17
1.2.4	ÄrztInnenbefragung.....	19
1.2.5	Revision.....	23
1.2.6	Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ .....	24
<b>2.</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h ASVG .....</b>	<b>26</b>
2.1	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen .....	26
2.1.1	Frequenz 2009 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern .....	27
2.1.2	Frequenz 2009 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter .....	29
2.1.3	Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2009 .....	31
2.1.4	Frequenz 2009 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen.....	33
2.1.5	Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2008-2009 .....	34
2.1.6	Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2009.....	38
2.1.7	Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen .....	42
2.2	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen.....	44
2.3	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 2 ASVG: Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre .....	45
2.4	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind.....	48
2.5	Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen.....	51

<b>2.6</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.....</b>	<b>53</b>
2.6.1	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule .....	54
2.6.2	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb.....	54
2.6.3	Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention.....	59
2.6.4	Maßnahmen im Bereich Ernährung – Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ .....	60
2.6.5	Strategieentwicklung für den Bereich Gesundheitsförderung bei SeniorInnen .....	60
2.6.6	Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung ....	61

### Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Datensätze aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm nach Versionsnummer und Service .....	15
Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2009. ....	27
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2009. ....	28
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2009. ....	29
Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2009. ....	30
Tabelle 6: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2009. ....	32
Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2009. ....	33
Tabelle 8: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2009. ....	33
Tabelle 9: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2008-2009. ....	34
Tabelle 10: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2008-2009. ....	35
Tabelle 11: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2008-2009. ....	36
Tabelle 12: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2008-2009. ....	37
Tabelle 13: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2009 (alle KV-Träger). ....	38
Tabelle 14: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger). ....	40
Tabelle 15: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). ....	40
Tabelle 16: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2009 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm. ....	41

Tabelle 17: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2009, nach KV-Trägern.....	47
Tabelle 18: Versorgungsrelevanter Konsum medizinischer Leistungen.....	49
Abbildung 1: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Neu Daten.....	13
Abbildung 2: Populationspyramide Männer, 2009. ....	31
Abbildung 3: Populationspyramide Frauen, 2009. ....	32
Abbildung 4: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2009 (alle KV-Träger). ....	39
Abbildung 5: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).....	39

# 1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu

## 1.1 Hintergrund

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

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

Nach Einrichtung der Pseudonymisierungsstelle im HVB gemäß § 84a Abs. 5 ASVG steht seit 17. Jänner 2007 die elektronische Abwicklung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) den Vertragspartnern auf freiwilliger Basis zur Verfügung. Der zusätzlich gestellten Forderung der ÖÄK, die Verschlüsselung der Vorsorgeuntersuchung bereits vor Übermittlung der Daten an den HVB durchzuführen, wurde seitens des HVB durch die Entwicklung einer EDV-technischen Variante entsprochen, bei der die Verschlüsselung bereits auf der GINA-Box (Gesundheits-Informationen-Netz-Adapter) und damit in der Ordination des Vertragspartners erfolgt.

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



## Vorsorgeuntersuchung Neu

Neben dem Service über die GINA-Box gibt es noch eine weitere Möglichkeit der elektronischen Erfassung und Übertragung der VU Neu Daten, diese erfolgt über eine Web-Applikation des eSV-Portals des Hauptverbandes (siehe 1.2.2).

Nach einer schriftlichen Absichtserklärung im April 2008 erfolgte schließlich im Juli 2008 die gesamtvertragliche Vereinbarung zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der ÖÄK und dem HVB mittels Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 9. März 2005 über die Vorsorgeuntersuchungen (VU-GV). Dabei wurde dem § 22 des VU-GV der Absatz 11 angefügt, welcher die verpflichtende elektronische Übermittlung der Befunddaten (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) für alle Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 1. Juli 2008 durchgeführt wurden, festhält. Erfolgt trotz gesamtvertraglicher Verpflichtung keine derartige elektronische Übermittlung, können die Krankenversicherungsträger den Betrag von 3,-- Euro vom Honorar für die (Vorsorge-) Untersuchung einbehalten. Weiters wurde mittels § 16 VU-GV vereinbart, dass die Evaluierung der pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2010 ausschließlich gemeinsam zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam erfolgt.



### 1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2009/ 2010

#### 1.2.1 TeilnehmerInnenbefragung zur Servicequalität

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

Der Fragebogen umfasst insgesamt 110 Items, die den folgenden Bereichen zugeordnet werden können:

- Inhalte und Rahmenbedingungen der Vorsorgeuntersuchung
- Meinung zur Ärztin / zum Arzt
- Meinung zum Alkoholfragebogen „AUDIT“ (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- Körperliche Aktivität und Beratung bezüglich Bewegungsverhalten
- Kardiovaskuläres Risiko (Bewertung und Beratung)
- Abschlussgespräch
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Aussagen zum eigenen Verhalten
- Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung
- Beratung zu Risiken und Nutzen von spezifischen Untersuchungen (PSA-Test und Mammographie)
- Anzahl der und Regelmäßigkeit von Teilnahmen an der Vorsorgeuntersuchung
- Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit
- Raucherstatus
- Partizipationspräferenz
- Soziodemografische Merkmale
- Fragen zum Fragebogen
- Offene Anmerkungen zur Vorsorgeuntersuchung

Für die Befragung wurde von der SVC GmbH eine Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit jener Personen gezogen, für die acht Wochen rückwirkend zum 9. April 2009 bei den neun Gebietskrankenkassen und vier Sondersicherungsträgern (BVA, SVA, SVB, VAEB) ein allgemeines Untersuchungsprogramm der Vorsorgeuntersuchung abgerechnet wurde. Die

Generierung der Bruttostichprobe erfolgte träger- und geschlechtsproportional und wurde gleichverteilt nach sechs Altersgruppen durchgeführt. Von den im Mai 2009 angeschriebenen 11.798 Personen (Bruttostichprobe) retournierten 3.430 Personen einen ausgefüllten Fragebogen. Dies entspricht einer Nettorücklaufquote von 29%.

Der Großteil der BefragungsteilnehmerInnen ließ die Vorsorgeuntersuchung bei ÄrztInnen in der niedergelassenen Praxis (88%) durchführen, überwiegend bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. 87% kannten die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt bereits aufgrund vorangegangener Arztbesuche. Für 11% war es die erste Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung, für 14% die zweite und die Mehrheit hat davor bereits zwei- bis fünfmal (41%) oder öfters als fünfmal (35%) teilgenommen. Die Häufigkeit der Teilnahme steht mit regelmäßiger Teilnahme in Zusammenhang: So berichten 84% der Personen, die insgesamt schon mindestens siebenmal bei der Vorsorgeuntersuchung waren, diese jährlich in Anspruch zu nehmen.

Eine der Zielsetzungen der Befragung war es, Bereiche im Zusammenhang mit der inhaltlichen Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchung hinsichtlich der ärztlichen Beratung zu beleuchten und einen Überblick zu erhalten, welche Themen in diesem Zusammenhang aktuell berücksichtigt werden. Bei den acht abgefragten gesundheitsrelevanten Bereichen zeigt sich, dass das Bewegungsverhalten (körperliche Aktivität) am häufigsten thematisiert wird (81%). Gespräche über gesundes Körpergewicht (71%) und gesunde Ernährung (69%) sind auf den Rängen zwei und drei. Es folgen die Themen Rauchen (67%), Alkohol (57%), kardiovaskuläres Risiko (54%), Umgang mit Belastungen im Alltag (50%) und Parodontalerkrankungen (39%). In Bezug auf die Beratung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung gibt es deutliche Zusammenhänge mit der individuellen Lebenssituation bzw. dem persönlichen Gesundheitsverhalten wie z.B. häufigere und ausführlichere Gespräche zum Thema Rauchen bei täglichen RaucherInnen im Vergleich zu gelegentlichen und Nicht-RaucherInnen.

Die Ergebnisse zur Beratung zu den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen PSA-Test und Mammographie zeigen, dass aus Sicht der BefragungsteilnehmerInnen häufiger über den mit der jeweiligen Untersuchung einhergehenden Nutzen im Vergleich zu dem damit verbundenen Risiko aufgeklärt wird und somit wird von den TeilnehmerInnen auch häufiger angeführt, über die Vor- als über die Nachteile des entsprechenden Screening-Verfahrens Bescheid zu wissen.

Zur Erhebung und Vermittlung des individuellen kardiovaskulären Gesamtrisikos stehen den VU-ÄrztInnen Risikotafeln (American Heart Association Risk Calculator, New Zealand Risk Scale) zur Verfügung. Lediglich 10% der BefragungsteilnehmerInnen berichten, dass ihnen Risikotafeln gezeigt oder übergeben wurden. Von diesen 10% führen 65% an, dass sie von der Ärztin / dem Arzt anhand der Risikotafeln über ihr kardiovaskuläres Risiko aufgeklärt wurden. Weiters führen von diesen Personen jeweils knapp über die Hälfte an, die Bedeutung des

anhand der Risikotafeln ermittelten und dargestellten persönlichen Risikos verstanden zu haben (53%) und den Einsatz von Risikotafeln zur Vermittlung des Risikos für sinnvoll zu halten (52%). Diese Zahlen weisen auf die Komplexität der Intervention, der Ermittlung des kardiovaskulären Risikos und der Beratung hin.

Für die Vorsorgeuntersuchung Neu wird das Screening nach problematischem Alkoholkonsum bei allen Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr empfohlen. Hierfür können die Ergebnisse des von der Teilnehmerin / dem Teilnehmer selbst ausgefüllten Fragebogens AUDIT-GMAT (Alcohol Use Disorders Identification Test, „Alkoholfragebogen“) als Grundlage für ein Gespräch herangezogen werden. 41% der BefragungsteilnehmerInnen berichten, bei ihrer Vorsorgeuntersuchung den Alkoholfragebogen erhalten zu haben. Ein geringer Anteil der Personen, die diesen Fragebogen erhalten haben, hat sich über ihn geärgert (13%) oder persönlich verletzt gefühlt (6%). Der Großteil dieser Gruppe stimmt den Aussagen, dass durch den Alkoholfragebogen das Thema Alkoholkonsum sinnvoll abgefragt wird (77%) und sie den Einsatz desselbigen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung für wichtig halten (80%), (eher) zu. Zusammengefasst wird der Alkoholfragebogen positiv bewertet und sein Einsatz im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung befürwortet.

Das Screening nach erhöhtem Blutdruck wird bei allen Personen ab 18 Jahren empfohlen. Dabei sollte der Mittelwert von zwei Messungen im Sitzen verwendet werden. Eine Blutdruckmessung wurde bei nahezu allen BefragunsteilnehmerInnen (98%) durchgeführt, wobei 62% dieser Personen angeben, dass er einmal, und 38%, dass er mindestens zweimal erhoben wurde. Das Screening nach Parodontitis mittels Mundinspektion wurde gemäß den Angaben der BefragungsteilnehmerInnen bei 57% durchgeführt.

Mit 89% der BefragungsteilnehmerInnen wurde ein Abschlussgespräch geführt, 11% erhielten keines. Der Großteil der Personen, die ein solches Gespräch hatten, stuft die Dauer desselbigen als passend ein (88%) und war mit dem Gespräch zufrieden (49%) oder sehr zufrieden (42%). Bei jenen 11%, mit denen kein Abschlussgespräch geführt wurde, ist dieser Umstand mit einer deutlich geringeren Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung korreliert.

Im Allgemeinen wird die Vorsorgeuntersuchung von den TeilnehmerInnen positiv bewertet. Dies spiegelt sich insbesondere in der hohen Zufriedenheit mit den ÄrztInnen und dem Ablauf der Vorsorgeuntersuchung wider. Insgesamt geben 88% der BefragungsteilnehmerInnen an, dass sie alles in allem mit der Vorsorgeuntersuchung zufrieden (46%) oder sehr zufrieden (42%) gewesen sind.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Eine über diese Zusammenfassung hinausgehende Darstellung von Methodik und Ergebnissen der Befragung ist Gegenstand des Modulberichts „TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu 2009“ (IfGP, 2009)<sup>1</sup>.

2010 findet die dritte und damit letzte im Rahmen des Projektes Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu durchgeführte TeilnehmerInnenbefragung statt. Neue Befragungsschwerpunkte sind unter anderem Meinung zum Untersuchungsprogramm, Einschätzung des Nutzens der Vorsorgeuntersuchung und psychosoziales Informationsbedürfnis. Die Aussendung der dritten Befragung erfolgte im April 2010. Es wurden zirka 12.000 Personen, für die zwischen 11. Jänner und 8. März 2010 im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung Neu ein allgemeines Untersuchungsprogramm abgerechnet wurde, angeschrieben. Mit Ende Juni 2010 lag die Rücklaufquote bei über 30%. Die Auswertung dieser dritten Befragung und die Berichterlegung werden Ende des Jahres abgeschlossen sein.

---

<sup>1</sup> Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2009). *TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu 2009*. Graz: Herausgeber.

## 1.2.2 VU Neu-Datenbank

### Elektronische Datenerfassung

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

Für beide Dienste gilt, dass die vom Arzt übermittelten Daten in administrative, zur Abrechnung für die Träger, und verschlüsselte medizinische Daten getrennt werden. Die verschlüsselten medizinischen Daten (inkl. Personenbezug) werden zum Pseudonymisierungsservice weitergeleitet, wo der Personenbezug durch ein Pseudonym ersetzt wird. Diese Daten werden den auswertenden Stellen zur Verfügung gestellt, welche die medizinischen Daten entschlüsseln und damit Zugriff auf die pseudonymisierten medizinischen Daten haben (s. Abbildung 1).

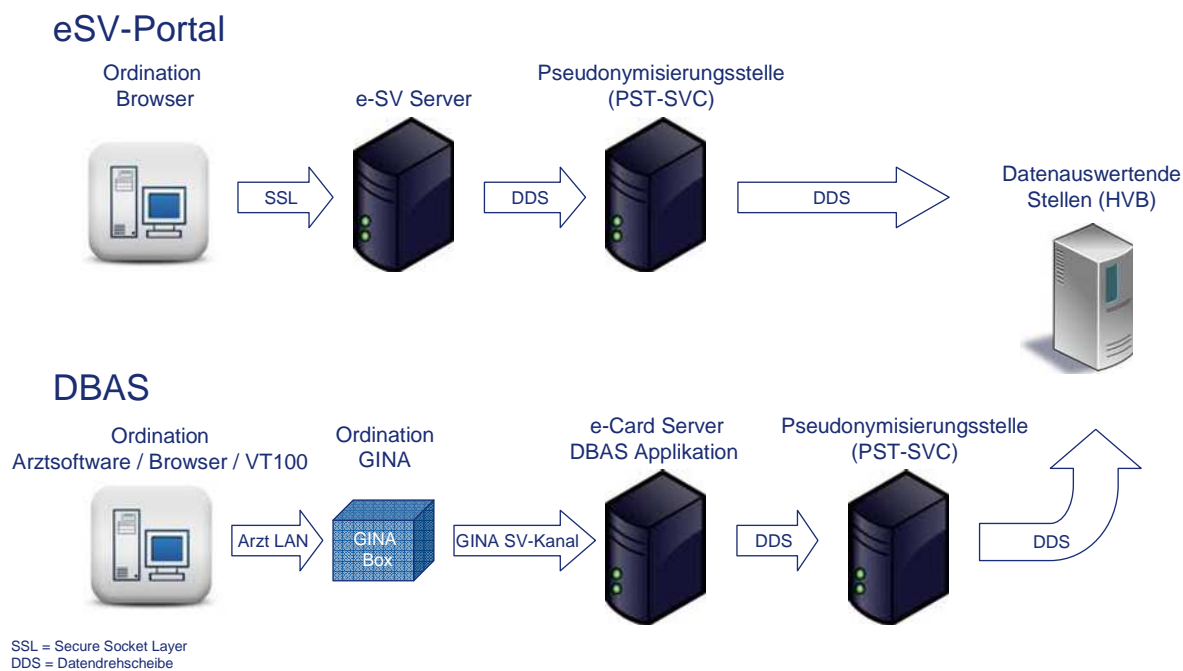


Abbildung 1: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Neu Daten.

### **Server-Architektur**

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

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

### **Client-Architektur, OLAP-Datenwürfel**

Die Clientseite stellt ein OLAP Client (Excel 2007) auf einer virtuellen Maschine der ITSV GmbH dar, der auf die im OLAP Datenwürfel aufbereiteten pseudonymisierten medizinischen Daten zugreift und mit welchem Ad-Hoc-Analysen auf aggregierter Ebene durchgeführt werden können. Der Zugriff auf die virtuelle Maschine seitens des IfGP ist sowohl über einen vom HVB genehmigten VPN-Tunnel (Virtual Private Network) wie auch über von Seiten der ITSV GmbH definierte Berechtigungsebenen gesichert.

Die Dimensionen des OLAP Datenwürfels bilden neben den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht und Alter sämtliche Untersuchungsparameter und Maßnahmen des Untersuchungsprogramms gemäß des Dokumentationsblatts (Befundblatt) ab. Mit dem oben genannten Wechsel der technischen Serverplattform definierte das IfGP Modifikationen sowie Erweiterungen betreffend die im ALEA-System bestandene Würfelstruktur. Diese wurden von der, seitens ITSV GmbH beauftragten, Alpha ITC GmbH implementiert und wurden vom IfGP qualitätsgesichert. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung wurden dem HVB Anfang Juni 2010 in Berichtsform zur Verfügung gestellt. Neben dem bestehenden OLAP Würfel, der sämtliche Untersuchungsparameter und Maßnahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms abbildet, werden seitens des IfGP themenspezifische OLAP Würfel definiert, in denen eine größere Auswahl an statistischen Kenngrößen für die Evaluation zur Verfügung stehen wird.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Zum Stand November 2009 konnten seitens Alpha ITC GmbH 204.174 Datensätze zum allgemeinen Untersuchungsprogramm in den OLAP Datenwürfel importiert werden. Auf Basis der importierten Datensätze wurden seitens des IfGP sowohl Ausreißer- wie auch einfache Plausibilitätsanalysen durchgeführt. Vor dem Hintergrund der Erweiterung des § 16 VU-GV, welche besagt, dass die Evaluierung der pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2010 ausschließlich gemeinsam zwischen ÖÄK und HVB durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam zu erfolgen hat, wurde die aufbereitete Zusammenschau der Ergebnisse der Analysen als Diskussions- und Entscheidungsgrundlage vom IfGP dem paritätisch besetzten Evaluierungsteam zur Verfügung gestellt. Die weitere Vorgehensweise der gemeinsamen Evaluierung wurde in einem zwischen dem HVB und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der österreichischen Ärztekammer verfassten Arbeitsauftrag festgehalten.

Die von der ITSV GmbH aktuell im OLAP Würfel geladenen pseudonymisierten medizinischen Daten zum allgemeinen Untersuchungsprogramm setzen sich betreffend Übertragungsservice und Versionsnummer des jeweils geltenden XML-Schemas gemäß Tabelle 1 zusammen.

Tabelle 1: Anzahl Datensätze aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm nach Versionsnummer und Service

UJAHR	DBAS		DBAS Erg.	ESV (Leer)	ESV					ESV Erg.	Ges.erg.
	3.0	3.1			2.0	2.1	2.2	3.0	3.1		
2001					1	1				2	2
2002					1					1	1
2003					1					1	1
2005	8		8	3	1			14		18	26
2006	272	222	494	1	1	22	11	165		200	694
2007	277	1.317	1.594	233	14	892	661	298		2.098	3.692
2008	3.954	3.770	7.724		689	8.984	210	5.474		15.357	23.081
2009	26.264	299.501	325.765	248	8	8.604		10.852	19	19.731	345.496
n.z.				2						2	2
<b>Ges. erg.</b>	<b>30.775</b>	<b>304.810</b>	<b>335.585</b>	<b>487</b>	<b>716</b>	<b>18.503</b>	<b>882</b>	<b>16.803</b>	<b>19</b>	<b>37.410</b>	<b>372.995</b>

Anmerkungen. DBAS = Dokumentationsblattannahme-Service, ESV = eSV-Portal, Erg. = Ergebnis, Ges.erg = Gesamtergebnis.

### QS – Elektronische Datenerfassung

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



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

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

Wie oben erwähnt, wurde der aktuell geladene OLAP-Würfel seitens des IfGP hinsichtlich Struktur und Plausibilität der Daten geprüft. Welche der im QS-Bericht angeführten QS-Maßnahmen auch umgesetzt werden, gilt es von den zuständigen Entscheidungsträgern im HVB festzulegen.

### 1.2.3 FOKO – Schnittstelle

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

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

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

Seit März 2010 liegt aktuell ein Zwischenbericht der Analyse-Ergebnisse auf Basis der FOKO-Schnittstellen-Daten eines – aufgrund der führenden Datenqualität – ausgewählten Trägers beim HVB auf. Derzeit werden aufgrund der unterschiedlichen trägerspezifischen Form sowie Qualität der Datenspeicherung die Daten der anderen Träger für die weiteren Analysen aufbereitet. Diese werden schließlich in einen Gesamtbericht einfließen, welcher die Analyseschwerpunkte in einem österreichweiten Gesamtblick darstellt.

Der angesprochene Zwischenbericht skizziert – unter anderem – erste Ergebnisse betreffend die oben angeführte Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG. Die Analysen richten sich dabei auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme

einer VU Neu – Allgemeines medizinisches Programm – innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums. Genauerer dazu wird im Kapitel 2.4 beschrieben.

Darüber hinaus wurde das FOKO-Competence Center Mitte Oktober 2009 durch das IfGP mit einer weiteren Erhebung beauftragt. Diese beinhaltet eine Stichprobenziehung betreffend VU Neu-TeilnehmerInnen hinsichtlich des 1. Quartals 2008 sowie eine entsprechende Ziehung von VU Neu-Nicht-TeilnehmerInnen. Abzufragender Feldbereich sowie Beobachtungszeitraum der FOKO-Schnittstelle verhalten sich analog zur oben beschriebenen Datenabfrage. Basierend auf diesen Daten soll ein erster österreichweiter Vergleich zwischen VU Neu-TeilnehmerInnen und VU Neu-Nicht-TeilnehmerInnen vorgenommen werden.

Im Hinblick auf weitere spezifische Analysen wird aktuell die datenschutzrechtliche sowie technische Realisierbarkeit einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank geklärt.

### 1.2.4 ÄrztInnenbefragung

Einen wesentlichen Bestandteil des Projektes der Evaluierung und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu bildet die Bewertung der Prozessqualität, die einen Einblick in die Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Vorsorgeuntersuchung in der ärztlichen Praxis ermöglicht.

Im Rahmen der Bewertung der Prozessqualität der VU Neu wurde vom IfGP ein „Befragungsinstrument zur Erfassung der Akzeptanz und Praktikabilität der VU Neu aus ärztlicher Perspektive“ entwickelt, das im Juni 2009 in einer österreichweiten telefonischen Befragung von ÄrztInnen mit VU-Vertrag eingesetzt wurde.

Für die Befragung 2009 wurde aus der Grundgesamtheit aller ÄrztInnen mit VU-Vertragsverhältnis, die das allgemeine medizinische Programm durchführen, eine proportional geschichtete Stichprobe von 500 ÄrztInnen (66% Männer und 34% Frauen) generiert.

Der mehrstufige Entwicklungsprozess des Fragebogens umfasste:

- eine theoriegeleitete Literaturanalyse
- die Berücksichtigung internationaler Projekte
- Fokusgruppen und Einzelinterviews mit ÄrztInnen
- einen Pretest und
- eine Revision des Fragebogens.

Neben ÄrztInnen- und Praxismerkmalen deckt der Fragebogen aus dem Jahr 2009 unter anderem folgende Bereiche ab: Form der Dokumentation, Praktikabilität der elektronischen Dokumentation, Verwendung und Nützlichkeit des wissenschaftlichen Begleitmaterials, Verwendung und Akzeptanz des Alkoholfragebogens, Akzeptanz und Praktikabilität der Risikotafeln, Umsetzung des Beratungsgespräches zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Einstellung zu VU-spezifischen Schulungen und die Bewertung des VU Neu-Einführungsseminars.

Die Ergebnisse dieser ersten Befragung zeigen, dass trotz der im April 2009 eingeführten Pflicht zur elektronischen Übermittlung der Befunddaten 48% der VU-ÄrztInnen im Juni desselben Jahres noch ausschließlich auf Papier dokumentieren.

Das wissenschaftliche Begleitmaterial wird auffallend selten benutzt. Die „Ärztbroschüre“ wird tendenziell häufiger als sehr nützlich, nützlich bzw. eher nützlich beurteilt (58%) als die „wissenschaftlichen Grundlagen“ (49%).

Der Alkoholfragebogen wird zwar von der Mehrheit der ÄrztInnen regelmäßig verwendet, seine Beurteilung fällt allerdings negativ aus: Um das Thema Alkoholkonsum abzufragen, wird er als nicht sinnvoll, zum Teil sogar als die Arzt-Patient-Beziehung gefährdend, erlebt. Die Risikotafeln werden von der Mehrheit der ÄrztInnen regelmäßig verwendet und als praktikabel beurteilt.

Die Mehrheit der ÄrztInnen gibt an, dass sie PatientInnen sowohl über Nutzen als auch mögliche Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufklärt und eine umfassende Aufklärung für die PatientInnen durchwegs zumutbar findet. Dieses Ergebnis spiegelt die subjektive Einschätzung der befragten ÄrztInnen hinsichtlich der Umsetzung einer informierten Entscheidungsfindung für ihre PatientInnen wider.

23% der ÄrztInnen waren zu einem VU Neu-Einführungsseminar verpflichtet, 33% nahmen freiwillig daran teil. Die Bewertung des besuchten Seminars nach fachlicher und didaktischer Kompetenz der ReferentInnen, Informationsgehalt, Praxisrelevanz und Format der Veranstaltung fällt durchgängig gut bis mittelmäßig aus – dem Schulnotensystem entsprechend bewegen sich die Bewertungen zwischen zwei und drei. Der subjektive Bedarf und das Interesse an Schulungen zu VU-spezifischen Themen dürften eher gering sein: 69% der Befragten halten Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger und 68% halten eine Schulung aufgrund der eigenen Erfahrungen und Kompetenzen nicht für notwendig. Die Ergebnisse zum Thema Lebensstilberatung zeigen ein ebenfalls auffälliges Ergebnis: Die Mehrheit der ÄrztInnen (bis zu 87%) fühlt sich für Interventionen in den Bereichen Alkohol, Bewegung und Rauchen ausreichend geschult.

Die Ergebnisse dieser ersten Befragung wurden in Form des Berichts „Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung Neu“ im Oktober 2009 an den HVB übermittelt.

Im Mai 2010 wurde eine zweite Befragung zur Erfassung der Akzeptanz und Praktikabilität der VU Neu aus ärztlicher Perspektive gestartet. Nach eingehenden methodischen Überlegungen wurde die Methode der Online-Befragung gewählt.

Für die Konstruktion des Fragebogens wurde eine theoriegeleitete Literaturanalyse im Zeitraum von Dezember 2009 bis April 2010 durchgeführt. Des Weiteren wurde ein Leitfaden für Einzelinterviews mit VU-ÄrztInnen konstruiert, der sowohl sekundäranalytisch gewonnene Erkenntnisse als auch die Ergebnisse der ersten ÄrztInnenbefragung berücksichtigte. Das Interviewmaterial der zehn Gespräche wurde mit dem qualitativen Verfahren der Inhaltsanalyse mithilfe des Softwarepakets MAXqda ausgewertet und konnten so systematisch in die Entwicklung des Fragebogens einfließen.

Auf Grundlage einer vertiefenden und theoriegestützten Literaturanalyse und der Recherche relevanter Projekte konnten schließlich die Konzepte für den Fragebogen festgelegt werden. Die in der Literatur identifizierten Konzepte wurden hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt und den Gegebenheiten der Vorsorgeuntersuchung angepasst.

Einige Items des Befragungsinstrumentes 2009 wurden übernommen, um eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Befragungen zu gewährleisten. Der Schwerpunkt der ersten Befragung zur Thematik „kardiovaskuläre Risikokommunikation“ wurde zugunsten neuer Schwerpunktsetzungen gekürzt.

Da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Anteil jener ÄrztInnen, die ausschließlich am Papier dokumentieren im Vergleich zum Befragungszeitpunkt Juni 2009 verringert hat und die elektronische Dokumentation in der Zwischenzeit für viele zu einer Art unhinterfragter Routine geworden ist, wurden Fragen zur elektronischen Dokumentation auf die Veränderungsperspektive konzentriert, d.h. die Items zielen darauf ab zu messen, auf welche Weise die Nutzung der elektronischen Dokumentation die Arbeit veränderte.

Einen wesentlichen Schwerpunkt des Fragebogens 2010 bilden Fragen zum wissenschaftlichen Begleitmaterial. Die ÄrztInnen haben nicht nur die Möglichkeit, über die Nützlichkeit und Verwendung der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztbroschüre“ Auskunft zu geben, sondern werden dazu aufgefordert, Merkmale auszuwählen bzw. zu nennen, die wissenschaftliches Begleitmaterial als benutzerfreundlich für sie erscheinen lassen.

Unter Berücksichtigung internationaler Studien wurden Items zu den Barrieren der Alkohol-Kurzintervention und zu Motivationsaspekten, die möglicherweise eine häufigere Alkoholberatung begünstigen, aufgenommen.

Neben einer stärkeren Gewichtung der erwähnten Themen wurde dem Modell der informierten Entscheidungsfindung im Rahmen der Risikokommunikation von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mehr Raum gewidmet. Um ein möglicherweise sozial erwünschtes Antwortverhalten der ÄrztInnen abzumildern, wurden neue, an internationale Studien angelehnte Items in den Fragebogen aufgenommen, die die Thematik der informierten Entscheidungsfindung differenzierter abzufragen versuchen.

Neu in das Instrument aufgenommen wurden Fragen zu potenziellen Barrieren ärztlicher Präventionstätigkeit und zur Einschätzung der Wirksamkeit der Lebensstilberatung.

Die bereits für die Ärztebefragung 2009 verwendeten Items zur ärztlichen Schulung wurden durch Items, die die Wirkung der VU Neu-Schulungsmaßnahmen abfragen, ergänzt. Ebenfalls

## Vorsorgeuntersuchung Neu

wurde das Spektrum der von den Befragten nach dem Schulnotensystem zu beurteilenden Elemente des VU Neu-Einführungsseminars erweitert. In Form einer offenen Frage wurde den ÄrztInnen die Möglichkeit geboten, Verbesserungsvorschläge zu VU Neu-Schulungsmaßnahmen zu formulieren.

Schließlich wurden eine Gesamtbeurteilung der VU Neu und die Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form in den Fragebogen integriert.

Nach eingehenden Qualitätskontrollen des Befragungsinstrumentes (interner wie externer Pretest) wurde die Online-Befragung aktiviert. Die Durchführung der Befragung erfolgte über das IfGP. Der Online-Fragebogen wurde auf einer eigens eingerichteten Website hinterlegt.

Als Erhebungsverfahren für die Online-Befragung wurde die Vollerhebung gewählt. Um alle für die Befragung relevanten VU-ÄrztInnen zu erreichen, wurde der aktualisierte Adressenpool aller VU-ÄrztInnen vom HVB herangezogen. Nach Bereinigungen und Filterungen der Liste ergab sich eine Anzahl von 6419 ÄrztInnen.

Für die Variante der Einladung zur Befragung per Post wurde entschieden, nachdem die Überprüfung der Durchführbarkeit der Online-Befragung mit Einladung via E-Mail aufgrund des geringen Abdeckungsgrades an (verfügbaren) E-Mail Adressen als nicht erfolgversprechend eingeschätzt werden konnte.

Nach dreiwöchiger Feldphase haben 692 ÄrztInnen an der Befragung teilgenommen (Stand: 10.06.2010). Um den Rücklauf zu steigern wurde entschieden, vier Wochen nach Aktivierung der Befragung, ein Erinnerungsschreiben auszusenden. Druck und Versand wurden wieder von der österreichischen Post abgewickelt. Mit 05.07.2010 haben 1134 ÄrztInnen die Befragung beendet (Ende der Feldphase: 30.07.2010).

Für Rückfragen der BefragungsteilnehmerInnen wurden eine E-Mail-Adresse und eine Telefonhotline eingerichtet.

Methodik und Ergebnisse der zweiten ÄrztInnenbefragung sind Gegenstand des Endberichtes „Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung Neu 2010“, der mit Ende Oktober 2010 vorliegen wird.



### 1.2.5 Revision

In der EBHC-Analyse für das Jahr 2009 wurden einerseits die Recherchen bezüglich der im ersten EBHC-Bericht (2007) behandelten aktuell bestehenden Inhalte der VU Neu aktualisiert sowie eine weitere VU-Maßnahme (Screening auf Hautkrebs) berücksichtigt.

Die gemäß der angewandten Suchmethodik verfügbare gegenwärtige Evidenz wurde systematisch aufbereitet und in Form von Kurzzusammenfassungen („Fact Sheets“) dargestellt.

Die 2009 aktualisierte Analyse weist folgende Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen der VU Neu als mit qualitativ guter oder sehr guter Evidenz zumindest einer der anerkannten Screening/Präventions-Einrichtungen belegt aus, nämlich „Hypertonie-Screening“, „Adipositas-Screening und Ernährungsberatung von adipösen Erwachsenen“, „Screening nach problematischem Alkoholkonsum“, „Screening nach Tabakkonsum und Kurzintervention zur Beendigung des Tabakkonsums“ sowie „Beratung zur körperlichen Aktivität“. Derzeit in Überarbeitung, jedoch mit gewissen Hinweisen eines möglichen Screening-Nutzens ist ein Screening auf „Hörminderung“. Zu diesen Bereichen wurden deutliche Empfehlungen oder Empfehlungen zur regelmäßigen Durchführung eines Screenings ausgesprochen.

Abweichungen von evidenzbasierten Empfehlungen, vor allem in Bezug auf die Zielgruppendefinition, bestehen bei den Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen „Screening nach Lipidstoffwechselstörungen“ und „Diabetes-Screening“. Hier werden im Gegensatz zum in der VU Neu praktizierten Vorgehen international, gemäß der vorliegenden Evidenz, Screening-Ansätze unterstützt, welche sich lediglich auf definierte Risikogruppen beschränken.

Abweichungen ergeben sich außerdem in Bezug auf die Empfehlung von Untersuchungsintervallen und Altersgrenzen (Beginn- und Ende der Screeninguntersuchung) im Zusammenhang mit Screening auf „Mammakarzinom“ und „Zervixkarzinom“.

Sowohl im Zusammenhang mit dem „Darmkrebs-Screening“ mittels Koloskopie als auch mit dem „Prostatakarzinom-Screening“ im Rahmen der VU Neu sind derzeit keine evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Informationsmaterialien verfügbar, die als Voraussetzung für eine autonome, partizipative Entscheidungsfindung der Versicherten notwendig erscheinen. Gerade im Falle des PSA-Tests sollten angesichts der möglichen mit Gesundheitsrisiken verbundenen Folgeuntersuchungen und der nach wie vor gültigen Unsicherheiten dieses Testverfahrens Materialien zur Entscheidungsunterstützung für ÄrztInnen sowie ProbandInnen verfügbar sein.

Für weitere vier Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen der VU Neu ließ sich derzeit keine ausreichende Evidenz identifizieren, um eine Empfehlung für oder gegen ein Screening bei

Erwachsenen auszusprechen, nämlich bei „Hautkrebs“, „Parodontitis“, „Glaukom“ sowie „altersbedingter Sehschwäche“.

Für eine Mehrzahl der Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen der derzeit gültigen VU Neu besteht daher Diskussionsbedarf. Für eine weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen bzw. Programmbestandteile sollten daher die expliziten Gründe diskutiert und transparent gemacht werden.

### **1.2.6 Exkurs: Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“**

Im Jahr 2007 startete das Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“, welches gemeinsam vom HVB und der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) geplant, gesteuert, koordiniert und evaluiert wird (inhaltliche Ausführungen sind im Bericht des Jahres 2007 enthalten). Auf Basis einer ersten positiven Evaluierung des Projektes Ende 2008 beschlossen die ÖGGH und der HVB die Fortsetzung des Projektes um weitere zwei Jahre.

Die Teilnehmerzahl im seit 1.1. 2009 laufenden Fortsetzungsprojekt liegt zum Stichtag 1.1.2010 bei 225 endoskopierenden Stellen, dies entspricht circa 50% aller endoskopierenden Stellen in Österreich. Im Jahr 2009 wurden 24.299 Personen in zertifizierten Untersuchungsstellen endoskopiert.

Ebenfalls erfolgte zum Stichtag 1.1.2010 auf Basis der bis dahin übermittelten Daten eine erste statistische Auswertung für durchgeführte Vorsorgekoloskopien in Österreich. Ein Vergleich mit Daten aus Deutschland wies bezüglich der Auffindung von Karzinomen (Österreich 0,6%, Deutschland 0,8%), dem Auftreten von Komplikationen (Österreich 0,3%, Deutschland 0,3%), der Zökumerreichrate (Österreich 95,7%, Deutschland 98,7%), hinsichtlich der Prämedikationsrate (Österreich 6,4%, Deutschland 6,6%) und der Auffindung von advanced adenomas (Österreich 6,4%, Deutschland 6,6%) ähnliche Zahlen für beide Länder auf. Es sei aber darauf hingewiesen, dass in Deutschland die Registrierung jeder Vorsorgekoloskopie verpflichtend ist und dadurch nur bedingt Vergleiche vorgenommen werden können.

Das Erfassen und die systematische Dokumentation der Koloskopieergebnisse ermöglichte eine Verbesserung des Benchmarkingsystems im Jahr 2009. Während die Benchmarkingberichte des Pilotprojektes nur einzelne Dimensionen abbildeten, werden im Benchmarking „neu“ sämtliche im Dokumentationsblatt erhobenen Daten detailliert aufgeschlüsselt und grafisch dargestellt. Dadurch erhalten TeilnehmerInnen Feedbackberichte mit einer genauen Analyse der erbrachten endoskopischen Leistungen.

Die Evaluation der gewonnenen Daten erlaubt Untersuchungen von Fragen der Screeningforschung. Dies führt künftig zu mehr Transparenz in der Vorsorgemedizin und trägt dazu bei, das Vertrauen an die Screeningkoloskopie zu stärken, was einen positiven Einfluss auf die PatientInnenakzeptanz erhoffen lässt.

Zur Erhöhung der Anwenderfreundlichkeit der technischen Voraussetzungen für die elektronische Datenübermittlung wurde eine Adaptierung der e-card Applikation Dokumentationsblattannahme Koloskopiebefund durchgeführt, welche zum Releasezeitpunkt R 09b (Ende Oktober 2009) produktiv gesetzt wurde. Das Papierbefundblatt wurde an diese Änderungen angepasst.

Im Jahr 2009 wurde das Projekt bei folgenden Veranstaltungen vorgestellt:

- 12. Gastroenterologisches Wintertreffen Serfaus, 3. April 2009
- „42. ÖGGH-Jahrestagung“, Wien, 18. Juni 2009
- United European Gastroenterology Week / World Congress of Gastroenterology 2009 November 21 - 25, 2009 London/United Kingdom
- Darmkrebstag im Bundesministerium Oktober 2009
- Vorträge für die Krebshilfe und Zürich-Versicherung 6. und 14.10. 2009
- Vortrag beim Postgraduiertenkurs Endoskopie November 2009

In den Monaten Juli bis September 2010 wird neuerlich eine vollständige Projektevaluierung gemäß dem Zertifizierungs- und Rezertifizierungskonzept durchgeführt, deren Ergebnis die Grundlage für eine weitere Projektverlängerung bildet.

## 2. Evaluierung gemäß § 447h ASVG

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

Die diesen Darstellungen zugrunde liegenden Daten wurden von den einzelnen Krankenversicherungsträgern an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) in Form von Standardstatistiken übermittelt.

Der im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu anspruchsberechtigte Personenkreis (Zielgruppe) umfasst Versicherte und deren Angehörige sowie Nichtversicherte (sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und für sie nicht bereits aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung ein Leistungsanspruch besteht) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Der im Folgenden – vor allem in den Tabellenüberschriften – verwendete Begriff der Zielgruppe entspricht diesem Kreis der Anspruchsberechtigten. Die vom HVB für die anteilmäßigen Berechnungen verwendete Bezugsgröße stellt die Durchschnittsbevölkerung des Jahres 2009 ab dem 18. Lebensjahr nach Geschlecht, Alter und Bundesland dar (Statistik Austria, 2009).

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

Die Frequenzen bzgl. der gynäkologischen Untersuchungen<sup>3</sup> resultieren laut Hauptverband aus unterschiedlichen Verrechnungsmethoden der einzelnen Krankenversicherungsträger, womit

---

<sup>2</sup> Der in diesem Bericht im Text verwendete Begriff der „allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen“ bezieht sich auf das „allgemeine Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005)), vormalig als „Basisuntersuchungen“ bezeichnet.

<sup>3</sup> Der im Text verwendete Begriff der gynäkologischen Untersuchungen bezieht sich auf das „gynäkologische Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005))

## Vorsorgeuntersuchung Neu

eine Interpretation der Häufigkeiten bzw. ein bundeslandspezifischer Vergleich nicht sinnvoll möglich ist. Dies gilt ebenfalls für die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt, in welche die Zahlen der gynäkologischen Untersuchungen eingehen. Somit werden die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt bzw. der gynäkologischen Untersuchungen zwar im Bericht angeführt, da diese neben den allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen ebenfalls gemeldete Abrechnungsdaten darstellen, jedoch wird von einer Diskussion dieser Häufigkeiten abgesehen.

Problematisch stellen sich ebenfalls die Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien in den Jahren 2006 bis 2008 dar. Laut Hauptverband ist es in diesem Zeitraum zu Doppelerfassungen gekommen. Somit ist für das Bundesland Wien eine Interpretation des Verlaufes der Frequenzen im genannten Zeitraum nicht sinnvoll möglich.

### 2.1.1 Frequenz 2009 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2009 stellt sich auf Bundesländerebene wie folgt dar:

Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2009.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	971.195	388.604	582.591	839.360	388.604	450.756	131.835
Wien	186.620	77.025	109.595	<b>168.563</b>	<b>77.025</b>	<b>91.538</b>	18.057
Niederösterreich	81.373	41.578	39.795	80.515	41.578	38.937	858
Burgenland	51.659	21.674	29.985	47.438	21.674	25.764	4.221
Oberösterreich	136.060	65.024	71.036	134.040	65.024	69.016	2.020
Steiermark	124.930	55.968	68.962	122.658	55.968	66.690	2.272
Kärnten	90.937	32.873	58.064	76.708	32.873	43.835	14.229
Salzburg	60.081	26.712	33.369	58.208	26.712	31.496	1.873
Tirol	160.213	46.782	113.431	104.527	46.782	57.745	55.686
Vorarlberg	79.322	20.968	58.354	46.703	20.968	25.735	32.619

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 839.360 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Wien nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, auf den Rängen zwei und drei folgen Oberösterreich und die Steiermark. Vergleicht man die Inanspruchnahme nach Absolutzahlen zwischen den Geschlechtern, so wiesen Frauen um 62.152 mehr allgemeine Vorsorgeuntersuchungen auf als die Männer im gleichen Zeitraum.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2009.

Bundesland	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	12,3	11,9	12,8	3,7
Wien	12,0	11,7	12,4	2,4
Niederösterreich	6,2	6,6	5,8	0,1
Burgenland	<b>20,1</b>	<b>19,0</b>	<b>21,2</b>	3,5
Oberösterreich	11,8	11,8	11,9	0,3
Steiermark	12,3	11,6	13,0	0,4
Kärnten	16,7	14,9	18,3	6,0
Salzburg	13,6	13,1	14,2	0,8
Tirol	18,4	17,1	19,7	19,0
Vorarlberg	16,1	14,8	17,3	21,9

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die anteilmäßigen Berechnungen stellt die durchschnittliche geschlechtsspezifische Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes ab 18 Jahren (Zielgruppe) des Jahres 2009 dar. In der Darstellung der anteilmäßigen Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern waren die Anteile – wie in den Jahren 2007 und 2008 – in Burgenland am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Kärnten. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Burgenland nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, auf den Rängen zwei und drei folgen jeweils Tirol und Kärnten. Die bei weitem niedrigste anteilmäßige Inanspruchnahme zeigte – wie bereits in den Jahren 2007 und 2008 – die Bevölkerung in Niederösterreich. In diesem Bundesland zeigt sich – analog der Absolutzahlen – einzigartig in Österreich eine Umkehrung der Nutzung der Vorsorgeuntersuchung mit einem Überhang der männlichen Zielgruppe.

### 2.1.2 Frequenz 2009 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2009.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
	M + F	Männer	Frauen	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	971.195	388.604	582.591	839.360	388.604	450.756	131.835
18-24	57.023	20.165	36.858	47.235	20.165	27.070	9.788
25-29	69.211	23.729	45.482	56.169	23.729	32.440	13.042
30-34	74.750	27.963	46.787	61.909	27.963	33.946	12.841
35-39	88.458	34.273	54.185	74.403	34.273	40.130	14.055
40-44	104.749	43.240	61.509	90.206	43.240	46.966	14.543
45-49	105.950	44.858	61.092	<b>92.210</b>	<b>44.858</b>	<b>47.352</b>	13.740
50-54	96.263	40.798	55.465	84.695	40.798	43.897	11.568
55-59	85.761	35.668	50.093	75.113	35.668	39.445	10.648
60-64	80.872	33.682	47.190	71.063	33.682	37.381	9.809
65-69	76.905	32.763	44.142	68.967	32.763	36.204	7.938
70-74	54.580	22.186	32.394	47.990	22.186	25.804	6.590
75 und älter	76.673	29.279	47.394	69.400	29.279	40.121	7.273

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Eine altersspezifische Aufschlüsselung der 2009 österreichweit in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen liefert die Tabelle 4. Betrachtet nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen entfielen die meisten Vorsorgeuntersuchungen erstmals auf die Gruppe der 45-49jährigen, gefolgt von der Gruppe der 40-44jährigen und der 50-54jährigen. In den Jahren 2007 und 2008 waren die ersten beiden Plätze vertauscht und die Gruppe der 40-44jährigen rangierte an erster Stelle. Die geringste Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen weist die Gruppe der 18-24jährigen auf. In den Jahren zuvor war es die Gruppe der 70-74jährigen, auf die in Absolutwerten am wenigsten Vorsorgeuntersuchungen entfielen, was sich aber mit der geringen Besetzungshäufigkeit dieser Altersgruppe in der Populationspyramide für Männer und Frauen in Österreich (18+) erklären lässt (s. 2.1.3). Die Betrachtung nach Geschlecht zeigt dieselbe Reihenfolge mit Ausnahme hinsichtlich der Gruppe der 70-74jährigen, auf die auch im Jahr 2009 bei den Frauen in Absolutwerten am wenigsten Vorsorgeuntersuchungen entfielen.



## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2009.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Grundgesamtheit für die Prozentberechnungen in Tabelle 5 stellt die geschlechtsspezifische Bevölkerung ab 18 Jahren dar. Die höchste Teilnehmerate an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2009 weist die Gruppe der 60-64jährigen auf, gefolgt von den 55-59jährigen und den 70-74jährigen. Eine ähnliche Reihenfolge zeigte sich auch in den Jahren zuvor, jedoch nahm die Gruppe der 50-54jährigen dabei noch den dritten Platz ein.

Es lässt sich ein Anstieg der Teilnahme mit steigendem Alter bis zur Gruppe der 60-64jährigen erkennen, danach kommt es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme, welcher nach einem leichten Anstieg der Teilnehmerate bei den 70-74jährigen, ab dem Alter von über 75 Jahren stark ausfällt.

Die niedrigste Teilnehmerate weist die Altersgruppe der 18-24jährigen auf. Die Differenz der Teilnehmeraten insgesamt zwischen den ersten beiden Altersgruppen ist verglichen mit den Vorjahren analog auffallend bei knapp vier Prozentpunkten.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung liefert folgendes Bild: Wie bereits in den vergangenen Jahren beobachtet, liegt die Teilnehmerate der Frauen bis einschließlich der Gruppe der 60-64jährigen über jener der Männer und ab der Altersgruppe der 65-69jährigen übersteigt die Teilnehmerate der Männer jene der Frauen. Die höchste Teilnehmerate im Jahr 2009 weist bei den Frauen und bei den Männern die Altersgruppe der 60-64jährigen auf.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war mit 3,1 Prozentpunkten in der Altersgruppe der über 75jährigen am größten.

### 2.1.3 Altersverteilung der österr. Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2009

Die Altersverteilung der österreichischen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (Statistik Austria, 2009) wird jener der VU TeilnehmerInnen in Form von Populationspyramiden, getrennt nach Geschlecht, gegenübergestellt.

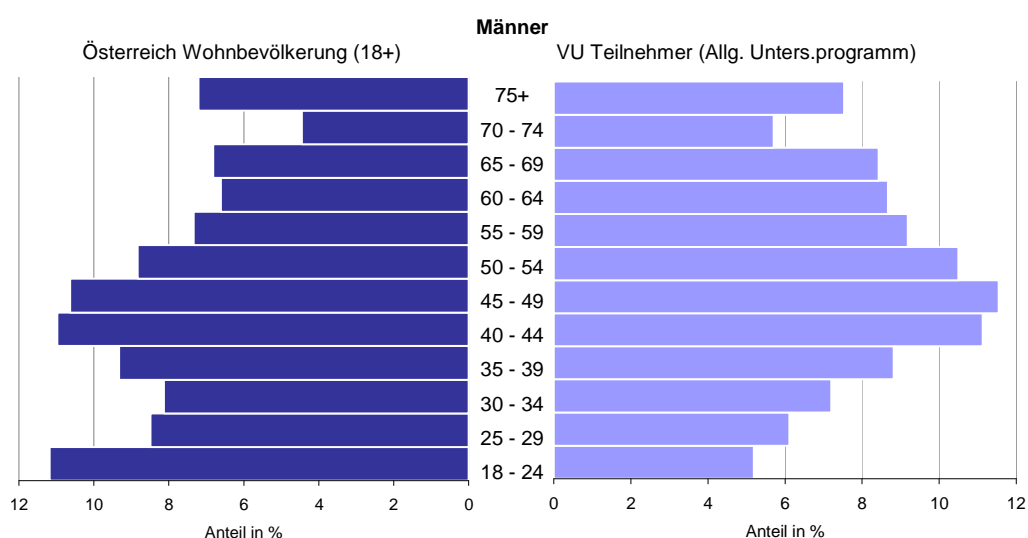


Abbildung 2: Populationspyramide Männer, 2009.

Eine starke Unterrepräsentation zeigen, wie auch im Vorjahr, die männlichen VU Teilnehmer bei den 18-29jährigen, wobei diese in der Gruppe der 18-24jährigen am markantesten ausfällt (s. Abbildung 2). Die 30-39jährigen zeigen sich leicht unterrepräsentiert. Eine leichte bis mittlere Überrepräsentation der VU-Teilnehmer lässt sich bei den 40-74jährigen erkennen. Die über 75jährigen, im Vorjahr noch leicht unterrepräsentiert, sind weitgehend analog verteilt (siehe auch Tabelle 6). Die in Tabelle 6 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der männlichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmern zu einem statistisch signifikanten Unterschied ( $X^2$  (df = 11, n = 3.888) = 243,7;  $p \leq .001$ ), der sich aber nur bei den jungen Teilnehmern (18-29jährige) auch als praktisch relevant zeigt.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 6: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2009.

	Anzahl Teilnehmer in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	202	434,8	-232,8
25-29	237	329,9	-92,9
30-34	280	316,3	-36,3
35-39	343	362,9	-19,9
40-44	432	426,7	5,3
45-49	449	413,5	35,5
50-54	408	343,4	64,6
55-59	357	285,3	71,7
60-64	337	257,0	80,0
65-69	328	265,0	63,0
70-74	222	172,9	49,1
75 und älter	293	280,3	12,7

Betrachtet man die Altersverteilung der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr und jener der VU Teilnehmerinnen, lässt sich anhand der in Abbildung 3 dargestellten Populationspyramide, wie auch im Vorjahr, eine auffallende Unterrepräsentierung der VU Teilnehmerinnen bei den 18-24 sowie den über 75jährigen erkennen. Leicht bis mittel überrepräsentiert zeigen sich die 35-74jährigen.

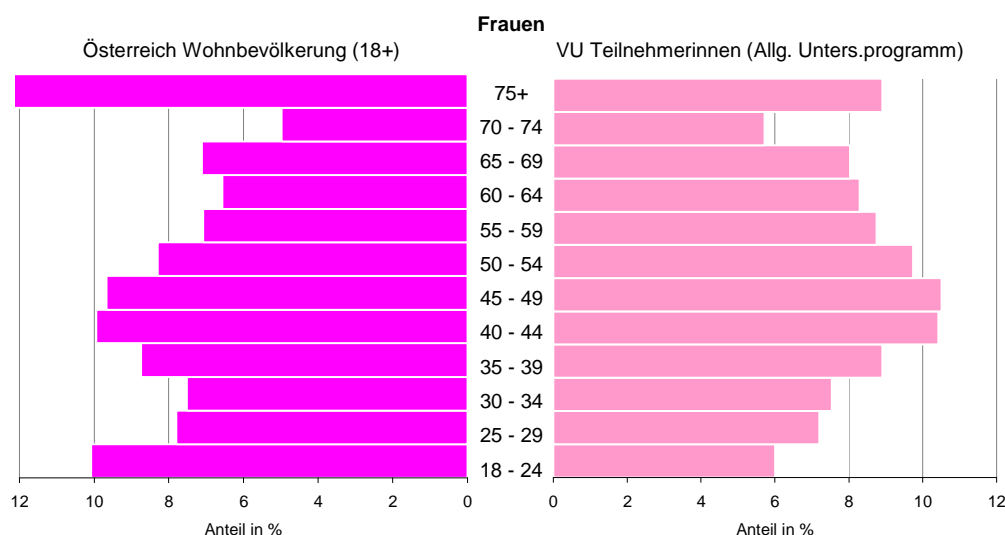


Abbildung 3: Populationspyramide Frauen, 2009.

Die in Tabelle 7 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmerinnen zu einem statistisch signifikanten Unterschied ( $\chi^2$  (df = 11, n = 4.507) = 180,8; p ≤ .001), der sich aber nur bei den jungen (18-29jährige) und ältesten Teilnehmerinnen (75+) auch als praktisch relevant zeigt.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber österr. Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2009.

	Anzahl Teilnehmerinnen in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	271	454,3	-183,3
25-29	324	351,5	-27,5
30-34	339	338,9	,1
35-39	401	393,8	7,2
40-44	470	448,2	21,8
45-49	474	435,8	38,2
50-54	439	373,8	65,2
55-59	394	319,1	74,9
60-64	374	296,2	77,8
65-69	362	320,7	41,3
70-74	258	224,5	33,5
75+	401	550,0	-149,0

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

### 2.1.4 Frequenz 2009 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2009 stellt sich hinsichtlich einer Gliederung nach Untersuchungsstellen wie in Tabelle 8 dar.

Tabelle 8: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2009.

Untersuchungsstelle	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäko- logisches Untersuchungs- programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Alle Untersuchungsstellen	971.195	388.604	582.591	839.360	388.604	450.756	131.835
VertragsärztInnen insgesamt	895.729	348.495	547.234	768.115	348.495	419.620	127.614
Arzt/ÄrztIn für Allgemeinmedizin	663.112	299.074	364.038	655.727	299.074	356.653	7.385
FachärztInnen insgesamt	232.617	49.421	183.196	112.388	49.421	62.967	120.229
Lungenheilkunde	552	250	302	552	250	302	0
Frauenheilkunde	120.229	0	120.229	0	0	0	120.229
Interne Medizin	111.836	49.171	62.665	111.836	49.171	62.665	0
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung	34.445	17.608	16.837	31.464	17.608	13.856	2.981
Sonstige Untersuchungsstellen	41.021	22.501	18.520	39.781	22.501	17.280	1.240

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Die größte Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen ist insgesamt – für Frauen und für Männer gleichsam – bei den niedergelassenen VertragsärztInnen zu beobachten. Der Rest der Vorsorgeuntersuchungen verteilt sich auf sonstige Untersuchungsstellen sowie eigene Einrichtungen der Sozialversicherungen. Innerhalb der Gruppe der niedergelassenen VertragsärztInnen wird die überwiegende Mehrzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen für beide Geschlechter durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin erbracht. Von dieser Gruppe werden im Jahr 2009 bezogen auf alle Untersuchungsstellen 78,1 % der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Dahinter rangieren die FachärztInnen, wobei unter diesen die FachärztInnen für Innere Medizin am stärksten vertreten sind.

### 2.1.5 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2008-2009

Tabelle 9: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2008-2009.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	-16.503	-19.645	3.142	-32.331	-19.645	-12.686	15.828
Wien	-322	-7.107	6.785	-14.334	-7.107	-7.227	+14.012
Niederösterreich	-1.845	-4.695	2.850	-1.747	-4.695	+2.948	-98
Burgenland	2.805	91	2.714	+58	+91	-33	+2.747
Oberösterreich	-3.891	-1.982	-1.909	-3.897	-1.982	-1.915	+6
Steiermark	-4.249	-1.758	-2.491	-3.948	-1.758	-2.190	-301
Kärnten	-3.901	-948	-2.953	-1.586	-948	-638	-2.315
Salzburg	-815	107	-922	-587	+107	-694	-228
Tirol	-2.305	-2.372	67	-4.475	-2.372	-2.103	+2.170
Vorarlberg	-1.980	-981	-999	-1.815	-981	-834	-165

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Beim allgemeinen Untersuchungsprogramm konnte im Österreich-Vergleich der Jahre 2008 und 2009 kein Anstieg beobachtet werden. Das Bundesland Burgenland weist als einziges Bundesland beim allgemeinen Untersuchungsprogramm im Jahresvergleich eine Zunahme an Absolutzahlen auf. Die übrigen Bundesländer weisen im Vergleich zu 2008 einen zahlenmäßigen Rückgang an TeilnehmerInnen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf. Aus den vorliegenden Daten können jedoch keinerlei Rückschlüsse auf mögliche Ursachen der beobachteten Phänomene abgeleitet werden. Wie bereits eingangs erwähnt, kann für das Bundesland Wien kein sinnvoller Jahresvergleich durchgeführt werden, da es in den letzten Jahren hinsichtlich des allgemeinen Untersuchungsprogramms zu Doppelerfassungen gekommen ist. Somit lässt sich ein Teil des österreichweiten Rückganges über die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen im Bundesland Wien erklären, wobei unklar ist, wie hoch dieser Anteil ist.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Für Männer und Frauen getrennt betrachtet, zeigt sich folgendes Bild: Bei den Männern zeigen sich in zwei Bundesländern Zuwächse, in Salzburg und Burgenland, wobei in Salzburg der Zugewinn etwas größer war. In den restlichen Bundesländern kann ein Rückgang an Absolutzahlen bei den Männern beobachtet werden. Bei den Frauen weist das Bundesland Niederösterreich als einziges Bundesland beim allgemeinen Untersuchungsprogramm eine Zunahme an Absolutzahlen auf.

Tabelle 10: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2008-2009.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe von 2008 und 2009 wird in Tabelle 10 dargestellt. Sämtliche Bundesländer verzeichnen gegenüber 2008 Rückgänge der Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern. Der größte Rückgang ist mit -1,0 Prozentpunkten für Tirol erkennbar, gefolgt von den Bundesländern Vorarlberg und Steiermark. Geschlechtsspezifisch betrachtet weisen lediglich die Bundesländer Burgenland und Salzburg unveränderte Teilnahmeraten bei den Männern und das Bundesland Niederösterreich einen Zuwachs der Teilnahmerate bei den Frauen auf. Für alle anderen Bundesländer sind Rückgänge der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe im Vergleich zu 2008 zu beobachten. Österreichweit beträgt der Rückgang der Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogramms gegenüber 2008 -0,6 Prozentpunkte. Ein Teil dieses österreichweiten Rückganges lässt sich, wie oben erwähnt, über die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen im Bundesland Wien erklären, wobei unklar ist, wie hoch dieser Anteil ist.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 11: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2008-2009.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	-16.503	-19.645	3.142	-32.331	-19.645	-12.686	+15.828
18-24	-1.023	-627	-396	-1.732	-627	-1.105	+709
25-29	-319	-1.581	1.262	-2.388	-1.581	-807	+2.069
30-34	-2.695	-2.721	26	-4.728	-2.721	-2.007	+2.033
35-39	-6.556	-4.574	-1.982	<b>-8.115</b>	<b>-4.574</b>	<b>-3.541</b>	+1.559
40-44	-5.340	-4.429	-911	-7.194	-4.429	-2.765	+1.854
45-49	-2.232	-2.382	150	-4.169	-2.382	-1.787	+1.937
50-54	-1.590	-1.710	120	-3.204	-1.710	-1.494	+1.614
55-59	-4.157	-2.631	-1.526	-5.229	-2.631	-2.598	+1.072
60-64	-1.276	-1.524	248	-1.999	-1.524	-475	+723
65-69	-2.951	-2.403	-548	-3.619	-2.403	-1.216	+668
70-74	5.334	1.786	3.548	+4.123	+1.786	+2.337	+1.211
75 und älter	6.302	3.151	3.151	<b>+5.923</b>	<b>+3.151</b>	<b>+2.772</b>	+379

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Betrachtet man die in Tabelle 11 dargestellten Absolutzahlen nach Alter der TeilnehmerInnen, so zeigt sich, dass die Untersuchungszahlen insgesamt sowie geschlechtsspezifisch mit Ausnahme der Gruppe der 70-74jährigen und der Gruppe der über 75jährigen gesunken sind. In der Altersgruppe der über 75jährigen sind dabei die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahr am stärksten gestiegen. Der stärkste Rückgang ist für die Altersgruppe der 35-39jährigen erkennbar. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich ein analoges Bild.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 12: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2008-2009.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Gegenüberstellung der Teilnahmeraten von 2008 und 2009 zeigt – analog zu den Absolutzahlen – mit Ausnahme der Gruppe der 70-74jährigen und der Gruppe der über 75jährigen in allen Altersgruppen einen Rückgang der Teilnahmeraten. Der Rückgang ist in der Altersgruppe der 50-54jährigen am größten. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich ein analoges Bild: eine Zunahme der Inanspruchnahmeraten lässt sich für beide Geschlechter lediglich für die Gruppe der über 75jährigen und der Gruppe der 70-74jährigen erkennen. Bei den Männern zeigt sich bei den 40-44jährigen und den 50-54jährigen mit jeweils -1,2 Prozentpunkten der stärkste Rückgang, bei den Frauen bei den 50-54jährigen und den 55-59jährigen mit jeweils - 1,0 Prozentpunkten.

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



### 2.1.6 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2009

Im Folgenden sei auf eine Verlaufsdarstellung der verzeichneten Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2009 verwiesen (Tabelle 13). Auch bei allen folgenden vergleichenden Darstellungen werden ausschließlich die Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms betrachtet.

Tabelle 13: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2009 (alle KV-Träger).

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Österreich	653.472	709.350	748.332	786.315	813.782	775.723	791.370	821.655	871.691	839.360
Wien	102.149	112.207	123.038	133.314	142.427	137.713	154.148	171.333	182.897	168.563
Niederösterreich	60.255	69.319	72.299	78.209	78.833	74.669	77.866	78.226	82.262	80.515
Burgenland	35.171	37.180	39.061	40.463	42.276	40.177	39.200	43.868	47.380	47.438
Oberösterreich	107.874	117.579	121.155	128.064	134.387	126.042	126.341	128.278	137.937	134.040
Steiermark	113.030	123.635	129.184	134.317	132.444	126.067	123.683	122.401	126.606	122.658
Kärnten	64.937	69.330	72.112	73.786	76.474	75.305	72.808	74.171	78.294	76.708
Salzburg	48.810	50.863	53.696	55.241	56.785	52.747	54.605	57.794	58.795	58.208
Tirol	82.799	88.537	96.125	99.836	103.493	96.484	101.000	102.639	109.002	104.527
Vorarlberg	38.447	40.700	41.662	43.085	46.663	46.519	41.719	42.945	48.518	46.703

Betrachtet man in Abbildung 4 die grafische Darstellung der Absolutzahlen aus Tabelle 13, so zeigt sich eine stetige Zunahme der Zahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen von 2000 bis 2004. Im Jahr 2005 sind die Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern rückläufig. Von 2005 bis 2008 ist ein flacher bis leicht steigender Verlauf der Kurven erkennbar. Der allgemeine positive Trend kann sich im Jahr 2009 nicht fortsetzen. Die Ausnahme stellt Burgenland dar, welches als einziges Bundesland einen Zuwachs an Absolutzahlen im Vergleich zu 2008 verzeichnet. Problematisch stellen sich die Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien in den Jahren 2006 bis 2008 dar. Laut Hauptverband ist es in diesem Zeitraum zu Doppelerfassungen gekommen. Somit ist für das Bundesland Wien eine Interpretation des Verlaufes der Frequenzen im genannten Zeitraum nicht sinnvoll möglich.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

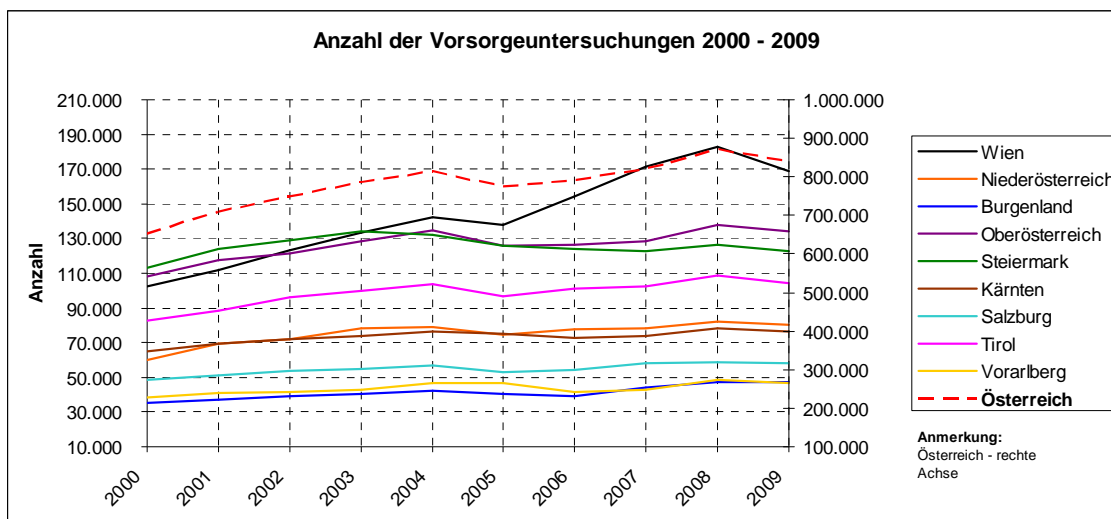


Abbildung 4: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2009 (alle KV-Träger).

Eine weitere Betrachtung des Verlaufs bis 2004 erfolgt in Abbildung 5 mit der Darstellung der relativen Differenzen der Absolutzahlen (Tabelle 14) jeweils im Vergleich zum Vorjahr. Der Knick im Jahr 2005 ist hier als die Folge eines sich bereits seit Jahren abzeichnenden Trends erkennbar. In den einzelnen Bundesländern - mit Ausnahme der Steiermark - ist bis 2004 ein relativer Zuwachs gegenüber den Vergleichsjahren gegeben. Dieser wird jedoch über die Jahre stets geringer, bis er schließlich im Jahr 2005 in Richtung eines Rückgangs umschlägt. Mit dem Jahr 2006 kommt es bei allen Bundesländern, in Vorarlberg und Kärnten ein Jahr später, zu einer Trendumkehr. Im Jahr 2009 scheint dieser Aufwärtstrend unterbrochen und es lässt sich ein Knick in der Verlaufskurve erkennen. Ein Teil dieses österreichweiten Rückganges lässt sich, wie oben erwähnt, über die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen im Bundesland Wien erklären, wobei unklar ist, wie hoch dieser Anteil ist.

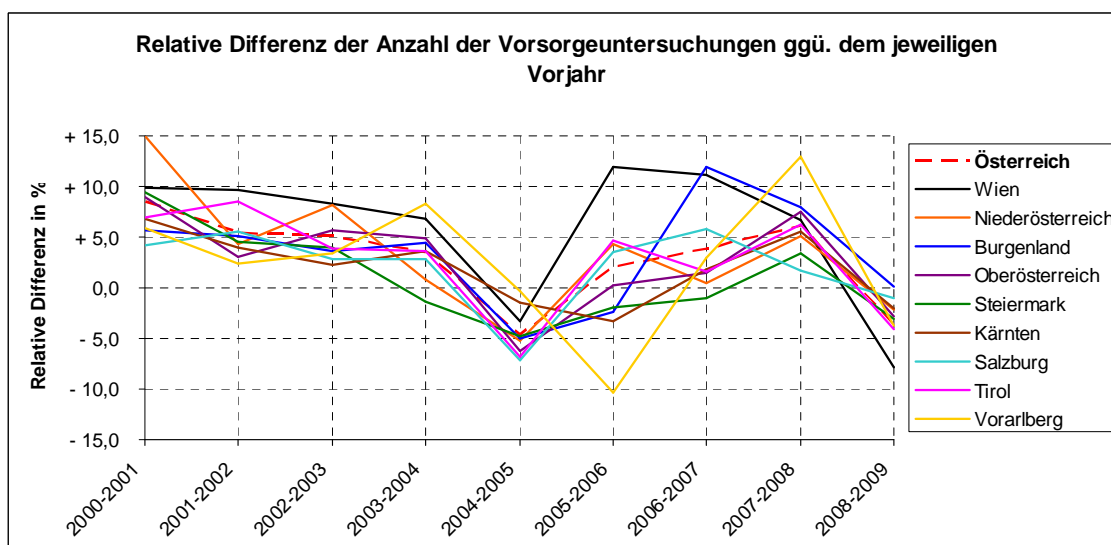


Abbildung 5: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

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

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Österreich	+8,6	+5,5	+5,1	+3,5	-4,7	+2,0	+3,8	+ 6,1	-3,7
Wien	+9,8	<b>+9,7</b>	<b>+8,3</b>	+6,8	-3,3	+11,9	+11,2	+ 6,7	-7,8
Niederösterreich	<b>+15,0</b>	+4,3	+8,2	+0,8	-5,3	+4,3	+0,5	+ 5,2	-2,1
Burgenland	+5,7	+5,1	+3,6	+4,5	-5,0	-2,4	<b>+11,9</b>	+ 8,0	<b>+0,1</b>
Oberösterreich	+9,0	+3,0	+5,7	+4,9	-6,2	+0,2	+1,5	+ 7,5	-2,8
Steiermark	+9,4	+4,5	+4,0	<b>-1,4</b>	-4,8	-1,9	<b>- 1,0</b>	+ 3,4	-3,1
Kärnten	+6,8	+4,0	+2,3	+3,6	-1,5	-3,3	+1,9	+ 5,6	-2,0
Salzburg	+4,2	+5,6	+2,9	+2,8	<b>-7,1</b>	+3,5	+5,8	+ 1,7	-1,0
Tirol	+6,9	+8,6	+3,9	+3,7	-6,8	+4,7	+1,6	+ 6,2	-4,1
Vorarlberg	+5,9	+2,4	+3,4	<b>+8,3</b>	-0,3	<b>-10,3</b>	+2,9	<b>+ 13,0</b>	-3,7

Für den Zeitraum von 2000 bis 2009 zeigt sich im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt erstmals seit 2005 wieder eine Abnahme der Anzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Dies ist einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Burgenland, und andererseits auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen (Tabelle 15).

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

Bundesland	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Österreich	+55.878	+38.982	+37.983	+27.467	- 38.059	+15.647	+30.285	+ 50.036	<b>- 32.331</b>
Wien	+10.058	<b>+10.831</b>	<b>+10.276</b>	<b>+9.113</b>	- 4.714	+16.435	+17.185	+ 11.564	- 14.334
Niederösterreich	+9.064	+2.980	+5.910	+624	- 4.164	+3.197	+360	+ 4.036	- 1.747
Burgenland	+2.009	+1.881	+1.402	+1.813	- 2.099	- 977	+4.668	+ 3.512	<b>+ 58</b>
Oberösterreich	+9.705	+3.576	+6.909	+6.323	<b>- 8.345</b>	+299	+1.937	+ 9.659	- 3.897
Steiermark	<b>+10.605</b>	+5.549	+5.133	<b>- 1.873</b>	- 6.377	- 2.384	<b>- 1.282</b>	+ 4.205	- 3.948
Kärnten	+4.393	+2.782	+1.674	+2.688	- 1.169	- 2.497	+1.363	+ 4.123	- 1.586
Salzburg	+2.053	+2.833	+1.545	+1.544	- 4.038	+1.858	+3.189	+ 1.001	- 587
Tirol	+5.738	+7.588	+3.711	+3.657	- 7.009	+4.516	+1.639	+ 6.363	- 4.475
Vorarlberg	+2.253	+962	+1.423	+3.578	- 144	<b>- 4.800</b>	+1.226	+ 5.573	- 1.815

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Der Zuwachs des Vergleichszeitraums 2005/2006 wird mit 2006/2007, 2007/2008 so wie auch 2008/2009 fortgesetzt. Insgesamt kann 2009, im Vergleich zu 2008, eine Abnahme von -3,7 Prozent der Untersuchungen ausgemacht werden. Ein Teil dieses österreichweiten Rückganges lässt sich, wie oben erwähnt, über die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen im Bundesland Wien erklären, wobei unklar ist, wie hoch dieser Anteil ist. Tirol verzeichnet einen Rückgang von -4.475 Vorsorgeuntersuchungen, gefolgt von der Steiermark mit -3.948 und Oberösterreich mit -3.897 Vorsorgeuntersuchungen (Tabelle 15). Auch die übrigen Bundesländer zeigen im Vergleich zum Vorjahr, mit Ausnahme von Burgenland (+ 58), eine Abnahme an Vorsorgeuntersuchungen.

Für sämtliche der bisherigen Betrachtungen wurden die Untersuchungszahlen des allgemeinen Untersuchungsprogramms jeweils zweier Jahresfolgen berücksichtigt. Für Aussagen hinsichtlich eines möglichen Trends wird daher in Tabelle 16 der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2009 gegenübergestellt. Damit soll eine erste – vorsichtige - Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen.

Tabelle 16: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2009 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.

Bundesland	Ø(2000-2004)	Ø (2006-2009)	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2009) [absolute Differenz]	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2009) [relative Differenz %]
Österreich	742.250	<b>831.019</b>	<b>88.769</b>	<b>+ 12,0</b>
Wien	122.627	169.235	+46.608	+38,0
Niederösterreich	71.783	79.717	+7.934	+11,1
Burgenland	38.830	44.472	+5.641	<b>+14,5</b>
Oberösterreich	121.812	<b>131.649</b>	+9.837	+8,1
Steiermark	<b>126.522</b>	123.837	<b>- 2.685</b>	<b>- 2,1</b>
Kärnten	71.328	75.495	+4.167	+5,8
Salzburg	53.079	57.351	+4.272	+8,0
Tirol	94.158	104.292	<b>+10.134</b>	+10,8
Vorarlberg	42.111	44.971	+2.860	+6,8

Mit dem vorliegenden Datenmaterial lässt sich, trotz des Rückganges im Jahr 2009, der sich teilweise über die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien erklären lässt, insgesamt für Österreich im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2009 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2009 im Bundesland Wien mitgeprägt wird. Relativ gesehen beträgt dieser Zuwachs dabei insgesamt

+12,0%. Hinsichtlich der relativen Differenz rangieren hinter Burgenland (+14,5%) die Bundesländer Niederösterreich (+11,1%) und Tirol (+10,8%) an zweiter und dritter Stelle. Bei dem Vergleich des Durchschnitts der Inanspruchnahme einer VU von 2006 bis 2009 mit dem Durchschnitt der „VU alt“ weist die Steiermark absolut (-2.685) wie relativ gesehen (-2,1%) das einzige Minus unter den Bundesländern auf.

### 2.1.7 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr **2009** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen auf die Altersgruppe der 45-49jährigen zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2009 – wie auch 2008 – die Gruppe der 60-64jährigen. Vergleicht man die Altersverteilung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr mit jener der VU-TeilnehmerInnen, zeigt sich bei den Männern die größte Unterrepräsentierung bei den 18-24jährigen und bei den Frauen bei den 18-24jährigen wie auch über 75jährigen.

Nach Absolutzahlen betrachtet entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2009 die anteilmäßige Inanspruchnahme der Frauen mit 12,8% etwas über jener der Männer mit 11,9%.

Nach Absolutzahlen betrachtet, wies Wien im Jahr 2009 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Nach der relativen Inanspruchnahme betrachtet, entfielen jedoch – wie bereits 2008 – die höchsten Anteile auf das Bundesland Burgenland, gefolgt von Tirol und Kärnten. Deutlich abgeschlagen von den übrigen Bundesländern zeigt sich auch 2009 die niedrigste anteilige Inanspruchnahme im Bundesland Niederösterreich.

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen, so wurden im Jahr 2009 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms in Absolutzahlen von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt. Davon entfiel der größte Anteil auf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, gefolgt von niedergelassenen FachärztInnen für Innere Medizin.

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen (allgemeines Untersuchungsprogramm), so weist Burgenland, als einziges Bundesland, im Jahresvergleich eine Zunahme auf. Die übrigen Bundesländer weisen im Vergleich zu 2008 einen zahlenmäßigen Rückgang an TeilnehmerInnen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf. Bundesländerweit gesehen,

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

Zusammenfassend kann sich der positive Trend der letzten Jahre im Jahr 2009 nicht fortsetzen. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten – mit Ausnahme von Burgenland – konnten Rückgänge der Inanspruchnahme verzeichnet werden. Für den Zeitraum von 2000 – 2009 zeigt sich im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt erstmals seit 2005 wieder eine Abnahme der Anzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Dies ist, wie bereits erwähnt, einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern – mit Ausnahme von Burgenland – aber andererseits auch auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen. Trotz des Rückganges im Jahr 2009 lässt sich insgesamt für Österreich weiterhin im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2009 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2009 im Bundesland Wien mitgeprägt wird.

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

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

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

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung mehrere Begrifflichkeiten eingeführt, jedoch nähere Ausführungen unterlassen. So bleibt es mit der gegebenen Formulierung der „Auswirkungen der Änderungen“ offen, welche Messgrößen bei den erwähnten Auswirkungen berücksichtigt werden sollen. In Betracht kommt dabei in erster Linie die mögliche Änderung der VU-Inanspruchnahme an sich. So könnten dabei Anteile der Personen mit VU-Inanspruchnahme bezogen auf die Zielbevölkerung der VU in einem definierten Zeitraum gegenüber der Inanspruchnahme der „alten“ Vorsorgeuntersuchung in einem Vergleichszeitraum gegenüber gestellt werden. Zum Teil liegen Ergebnisse in dieser Richtung bereits mit den Darstellungen im Kapitel 2.1.6 vor. Auch könnte dabei auf Änderungen in Bezug auf sogenannte „intermediäre“ Ergebnisgrößen (Surrogat-Messgrößen) abgezielt werden, wo etwa die Neuentdeckungsraten bestimmter Erkrankungen in einem Vorher-Nachher-Vergleich gegenüber gestellt werden könnten.

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

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



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

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

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

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Im Anschluss findet sich eine Aufstellung der trägerspezifischen Kosten der Vorsorge(Gesundenuntersuchung) im Jahr 2009 (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2009, nach KV-Trägern

KV-Träger	Kosten
WGKK	14.358.979
BGKK	2.506.563
KGKK	6.494.345
NGKK	5.701.956
OÖGKK	9.932.291
SGKK	4.062.157
STGKK	8.110.889
TGKK	8.669.738
VGKK	4.604.256
VAEB	2.390.671
BKK	526.756
SVA	5.198.561
SVB	2.518.044
BVA	6.292.183
<b>gesamt</b>	<b>81.367.389</b>

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juli 2010

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

Für diese Fragestellung richten sich die Analysen auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in der Folge der Inanspruchnahme einer VU Neu – Allgemeines medizinisches Programm – innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums. Als elektronische Datenquelle werden, wie im Kapitel 1.2.3 beschrieben, die SV-Abrechnungsdaten der FOKO (FOLgeKOSTen)-Schnittstelle herangezogen.

Wie ebenfalls bereits im Kapitel 1.2.3 angesprochen, liegt seit März 2010 aktuell ein Zwischenbericht von Analyse-Ergebnissen auf Basis der FOKO-Schnittstellen-Daten eines – aufgrund der führenden Datenqualität – ausgewählten Trägers beim HVB auf. In einem ersten Schritt zeigt dieser unter anderem geschlechts- und altersspezifische deskriptive Auswertungen zu folgenden Leistungen, 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 (exklusive Zahnärzte)
- Mittlere Anzahl an Zahnarzt-Besuchen (inklusive Zahnambulatorien, Dentisten)

Die insgesamt 28.445 untersuchten Fälle setzen sich aus allen Versicherten des ausgewählten Trägers zusammen, für die ein allgemeines Programm der VU Neu im 1. Quartal 2007 abgerechnet wurde. Diese werden neun Monate lang nach der Inanspruchnahme der VU Neu hinsichtlich der oben definierten Leistungen mittels FOKO-Daten beobachtet.

Die Geschlechterverteilung der untersuchten VU Neu-TeilnehmerInnen stellt sich durch einen Anteil von 52,6% Frauen und 47,4% Männern dar. Das Durchschnittsalter beträgt dabei 51,5 Jahre mit einer Standardabweichung von 15,6 Jahren.

Zur Berechnung österreichweiter Referenzwerte betreffend alle SV-Versicherte werden hinsichtlich oben angeführter Leistungen Kennzahlen dem „Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008“ – kurz „SHSV 2008“ – des Hauptverbandes entnommen. 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 des „SHSV 2008“ gewählt.

Im Folgenden wird mit Tabelle 18 eine Übersicht betreffend die Auswertungen hinsichtlich des versorgungsrelevanten Konsums medizinischer Leistungen seitens der beobachteten VU-TeilnehmerInnen im Vergleich zu den entsprechenden Kennzahlen des „SHSV 2008“ gegeben.

Tabelle 18: Versorgungsrelevanter Konsum medizinischer Leistungen.

	VU	SHSV 2008	Relative Differenz
Mittlere Anzahl an Besuchen bei VertragsärztInnen (exklusive Zahnärzte)	13,0	5,1	<b>+154,9%</b>
Mittlere Kosten eingelöster Heilmittel	207,26 €	283,72 €	<b>-26,9%</b>
Mittlere Anzahl eingelöster Heilmittel	11,7	13,5	-13,3%
Mittlere KH-Kosten	300,90 €	346,88 €	-13,3%
Mittlere Anzahl an KH-Tagen	1,9	2,0	-5,0%
Mittlere Anzahl an Krankenstandsfällen	0,87	0,81	+7,4%
Mittlere Anzahl an Krankenstandstagen	9,24	9,03	+2,3%
Mittlere Anzahl an Zahnarzt-Besuchen (inklusive Zahnambulatorien, Dentisten)	1,18	1,16	+1,7%

Anmerkungen. VU = Konsum seitens VU-TeilnehmerInnen. SHSV 2008 = gewichtete, entsprechende Kennzahl aus dem „Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008“. Kosten exkl. USt.

Ein auffallender Unterschied beim Vergleich der Daten der VU-ProbandInnen mit den Referenzwerten lässt sich vor allem bei der Analyse der Anzahl an Besuchen bei VertragsärztInnen – Allgemeinmediziner/in und FachärztInnen exklusive Zahnärzte – und für die Heilmittel-Kosten ausmachen. Für die anderen Bereiche ist kein nennenswerter Unterschied erkennbar.

Durchschnittlich werden im Beobachtungszeitraum 13,0 Besuche bei VertragsärztInnen pro VU-TeilnehmerIn verzeichnet. Der Vergleich dieses Durchschnitts mit dem gewichteten Referenzwert von 5,1 Fällen pro Kopf ergibt eine relative Differenz von +154,9%, was mehr als das zweieinhalbfache der Referenzgröße ausmacht. Damit sprechen die deskriptiven Auswertungen in diesem Fall für einen gegenüber den österreichweiten Daten überdurchschnittlichen Leistungs-Konsum der VU-TeilnehmerInnen.

Betreffend Heilmittelkosten weist der Vergleich des von den VU-TeilnehmerInnen verursachten Kosten-Durchschnitts von 207,26 € mit dem österreichweiten Referenzwert von 283,72 € eine relative Differenz von -26,9% auf. Dies entspricht um mehr als ein Viertel des Referenzwerts an

geringeren Kosten hinsichtlich der VU-TeilnehmerInnen. Relativiert wird dieses Ergebnis durch die Tatsache, dass die VU-Population grundsätzlich nicht mit dem Konsum überdurchschnittlich teurer Heilmittel in Verbindung gebracht wird.

Betreffend die soziodemografischen Analysen der VU-TeilnehmerInnen kann festgehalten werden, dass im Allgemeinen keine relevanten geschlechtsspezifischen Unterschiede beobachtbar sind. Wie erwartet, zeigt das Alter einen maßgeblichen Einfluss auf das Ausmaß des Leistungskonsums. Grundsätzlich steigt dabei mit dem Alter die Inanspruchnahme der Leistungen. Eine detaillierte Darstellung der hier berichteten Ergebnisse sowie die methodischen Hintergründe finden sich im – oben erwähnten – Bericht für den HVB.

Weitere Analysen sollen in diesem Zusammenhang ein umfassenderes Bild zeichnen. Derzeit werden aufgrund der unterschiedlichen trägerspezifischen Form sowie Qualität der Datenspeicherung die Daten der anderen Träger für die weiteren Analysen aufbereitet. Diese werden schließlich in einen Gesamtbericht einfließen, welcher die Analyseschwerpunkte in einem österreichweiten Gesamtblick darstellt. Wie in Kapitel 1.2.3 beschrieben, soll darüber hinaus auch ein erster österreichweiter Vergleich zwischen VU Neu-TeilnehmerInnen und VU Neu-Nicht-TeilnehmerInnen hinsichtlich des besprochenen Leistungskonsums vorgenommen werden. Außerdem wird im Hinblick auf weitere spezifische Analysen aktuell die datenschutzrechtliche sowie technische Realisierbarkeit einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank geklärt.

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

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

Eine gezielte Evaluierung kann mit den vorliegenden Daten jedoch nur deskriptiv erfolgen. So können *innerhalb der VU-Population* Gruppen mit bestimmten klinischen Befundkonstellationen bzw. mit definierten Risikofaktor-Bündeln (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen bzw. definierten kardiovaskulären Globalrisiko-Klassen) in einer Querschnitt-Betrachtung hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen dargestellt werden.

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

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

Wie bereits eingangs im Bericht erwähnt, wurde mit § 22 (11) des Gesamtvertrages über die Vorsorgeuntersuchungen (VU-GV) die pseudonymisierte elektronische Übermittlung der VU-Befunddaten geregelt. Demgemäß werden ab Oktober 2008 alle Befundblätter (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) für Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 1. Juli 2008 durchgeführt wurden, vertragskonform elektronisch übermittelt. Für die VertragsärztInnen wurde ein Übergangszeitraum bis 1. April

2009 festgelegt. Letztlich wurde vom HVB eine flächendeckende Durchsetzung der elektronischen Übermittlung mit Ende des 1. Halbjahres 2009 erreicht.

Gemäß § 16 VU-GV wird aufgrund dessen gegenwärtig die Evaluierung der vorliegenden pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung (ausschließlich) gemeinsam zwischen ÖÄK und HVB durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam durchgeführt. Diese ist zeitlich bis zum Oktober 2010 begrenzt. Der inhaltliche Schwerpunkt richtet sich dabei auf die deskriptive Auswertung von seitens des Evaluierungsteams definierten Indikatoren hinsichtlich der Erreichung der angestrebten Vorsorgeziele der VU Neu.

Aufgrund der – wie für die Ziffer 3 des § 447h (4) – gegebenen Relevanz bezüglich weiterer spezifischer Analysen in Verbindung mit Abrechnungsdaten wird in diesem Zusammenhang hinsichtlich der Evaluierung differenzierter Versorgungsaspekte zur Zeit die datenschutzrechtliche sowie technische Realisierbarkeit einer Verknüpfung zwischen FOKO-Daten und den pseudonymisierten elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank geklärt.

Zur Beantwortung der Fragestellung der Inanspruchnahme der VU-Neu in Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren müsste auf Sekundärdaten zurückgegriffen werden. Eine besondere methodische Herausforderung für eine österreichweite Analyse stellt dabei die Datenverfügbarkeit und Datenqualität dar. So kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur über wenige ausgewählte Merkmale (z.B. Rezeptgebührenbefreiung) mittels Sekundärdatenanalyse (Folgekostenrechnung/ FOKO) eine gewisse Differenzierung des sozioökonomischen Hintergrunds dargestellt werden.

Abschließend könnte in diesem Zusammenhang auch eine Auswertung zur Inanspruchnahme der VU gemäß der bei den unterschiedlichen Kampagnen des Call/ Recall-Systems gewählten Zielgruppen erfolgen. Zukünftige Einladungen könnten dabei auch Zielkriterien für Gruppen, welche aufgrund eines besonderen Risikomerkmals verstärkt von der Vorsorgeuntersuchung profitieren, berücksichtigen. Überlegungen zu diesen Kriterien sollten sich dabei an sozialepidemiologischen Erkenntnissen orientieren. Dabei sollten Gruppen mit erhöhtem Bedarf für präventive Interventionen identifiziert werden, welches unter anderem auf Basis der nun vorliegenden pseudonymisierten VU-Befunddaten geschehen könnte.

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

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

Entsprechend der Schwerpunktsetzung stellt die schulische und betriebliche Gesundheitsförderung auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2009 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb und die Erhöhung der Inanspruchnahme des Rauchertelefons sowie mit Maßnahmen der Qualitätssicherung der Raucherentwöhnung Schwerpunkte gesetzt. Als Teil einer österreichischen Ernährungsstrategie wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES im Rahmen des Projektes „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und erste Pilotmaßnahmen umgesetzt. Eine fundierte Ist-Analyse im Bereich des Capacity Buildings inklusive Umsetzungsempfehlungen, die Förderung von Ausbildungen von MitarbeiterInnen im Bereich Public Health und Gesundheitsmanagement sowie die Weiterführung des wissenschaftlichen Beirats stellen weitere Schwerpunkte im Rahmen der vom Hauptverband koordinierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 447h ASVG dar. Darüber hinaus wurde mit dem Strategieentwicklungsprojekt Gesundheitsförderung bei SeniorInnen ein bis dato in Österreich wenig bearbeitetes Themenfeld der Gesundheitsförderung für zukünftige Maßnahmen inhaltlich aufbereitet.



### 2.6.1 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule

2009 wurde das gemeinsame Strategieprojekt GESUNDE SCHULE des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossen. Das Projekt baut auf dem gesicherten Erkenntnis auf, dass der Lebensraum Schule einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen leisten kann. Ausgangspunkt der Überlegungen ist es, Gesundheit im Rahmen von Organisationsentwicklung mitzudenken. Auf Basis dieser konzeptionellen Überlegungen wurden im Rahmen des zweijährigen Projektes Entscheidungsgrundlagen für die inhaltliche Ausgestaltung einer nachhaltig wirksamen nationalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen entwickelt, sowie erste Umsetzungs- und Pilotierungsschritte gesetzt. Neben dem inhaltlichen und formellen Abschluss des Projektes im April 2009 wurde an der gemeinsamen Weiterführung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen gearbeitet.

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

Als konkretes und neues Unterstützungsangebot der Servicestellen Schule wurde 2009 ein Leitfaden zur Elterneinbindung im Rahmen der Schulischen Gesundheitsförderung entwickelt, und damit ein weiterer Baustein für eine umfassende Umsetzung der Schulischen Gesundheitsförderung gelegt. Der Leitfaden zur Elterneinbindung ist unter [www.sozialversicherung.at/schule](http://www.sozialversicherung.at/schule) downloadbar oder bei den Servicestellen kostenlos zu beziehen.

### 2.6.2 Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb

#### Lebensphasenorientierung in der BGF

Die 2007 begonnenen Pilotprojekte „Erfahrungsvorsprung“, mit dem Fokus ältere ArbeitnehmerInnen und „U21“, mit dem Fokus jüngere ArbeitnehmerInnen wurden 2009 abgeschlossen. Die Erkenntnisse aus beiden Modellprojekten wurden zusammengeführt und als Teilkapitel im Handbuch für Betriebliche Gesundheitsförderung abgebildet. Für eine österreichweite Umsetzung der erprobten Maßnahmen wurden die MitarbeiterInnen der Krankenversicherungsträger entsprechend weitergebildet und die Initiierung betrieblicher Projekte zum Thema Lebensphasenorientierung finanziell unterstützt.

### **Betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Fehlzeitenreport 2009**

Zur Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung in Richtung einer systematischen und indikatorengestützten Berichterstattung wurden 2008 und 2009 konzeptionelle Grundlagen für eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung erarbeitet. Der Endbericht wurde dem Hauptverband übermittelt, und bildet die Basis für eine angestrebte Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung auf betrieblicher und nationaler Ebene.

Mit dem Fehlzeitenreport 2009 wurde ein Element einer nationalen betrieblichen Gesundheitsberichterstattung aufgegriffen und inhaltlich vertieft. Neben einer Standardauswertung der Fehlzeiten nach Regionen und Branchen wurde im Rahmen des Schwerpunktthemas 2009 das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit näher analysiert.

Zentrale Ergebnisse des Fehlzeitenreports 2009 sind:

Die unselbstständig Beschäftigten waren in Österreich im Jahresverlauf 2007 durchschnittlich 12 Tage und 2008 12,5 Tage im Krankenstand. Diese Werte entsprechen einer Krankenstandsquote, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,3% bzw. 3,4%. Damit ist es in diesen beiden Jahren erstmals seit 2000 zu einer leichten Steigerung der Krankenstände gekommen. Im Jahr 2006 hatte die Krankenstandsquote mit 3,2% (11,5 Tagen) ihren bisherigen Tiefstwert erreicht.

Die Ergebnisse zum Schwerpunktthema Arbeitslosigkeit und Gesundheit stellen sich wie folgt dar:

- In den vergangenen 20 Jahren gab es einen kontinuierlichen Anstieg der Krankenstände von Arbeitslosen in Österreich.
- Es gibt ausgeprägte Unterschiede in der Krankenstandsquote der Arbeitslosen und Berufstätigen die auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden können.
- Klare Hinweise von krankmachenden Effekten der Arbeitslosigkeit existieren.
- Für den deutlichen Anstieg der Krankenstandsquote der Arbeitslosen seit Beginn der 1990er Jahre können auch institutionelle Faktoren und längerfristige, strukturelle Veränderungen am Arbeitsmarkt verantwortlich gemacht werden.
- Diese gesundheitliche Beeinträchtigung stellt ein großes Hindernis auf dem Weg zur Reintegration in die Arbeitswelt dar und wird in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit und sich verschlechternder Arbeitsmarktchancen noch stärker zum Tragen kommen. Versuche der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen sind allerdings mit zahlreichen Schwierigkeiten konfrontiert
- Aus diesem Grund und auch wegen der Vielfalt der möglichen Ansätze können hier nur einige Elemente guter Praxis wiedergegeben werden:

- Von besonderer Bedeutung ist es, Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsintegration zu verzahnen. Das Ziel der raschen Integration in den Arbeitsmarkt und der Erhaltung bzw. der Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit ("employability") sollte im Vordergrund stehen. Die Maßnahmen können direkt über das Arbeitsmarktservice vermittelt werden, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu gewährleisten und sicherzustellen, dass Arbeitsförderung mit Gesundheitsförderung verknüpft wird.
- Auf Basis der Erfahrungen in diesem Bereich wird Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme der Angebote empfohlen. Dieser Aspekt ist auch deshalb wichtig, weil sich dadurch die Gesundheitsförderung klar von den verpflichtenden Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik abhebt.
- Angesichts des lückenhaften Wissens hinsichtlich der Wirkung und der Kosten-Nutzen-Relationen erscheint es besonders wichtig, Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen durch entsprechende Evaluierungsmaßnahmen zu begleiten. Neben dem Gesundheitszustand der ProjektteilnehmerInnen sollen bei der Evaluierung auch deren Beschäftigungschancen im Vordergrund stehen.

Der Fehlzeitenreport 2009 ist unter [www.hauptverband.at/fokoop](http://www.hauptverband.at/fokoop) downloadbar.

### **Gesundheitskampagne „Gesund von der Arbeit – Gesund in der Arbeit“**

Im Rahmen der Gesundheitskampagne „Gesund von der Arbeit – Gesund in der Arbeit“ die von VertreterInnen der ArbeitnehmerInnen initiiert wurde, beteiligte sich der Hauptverband im Rahmen der Mittelverwendung §447h ASVG sowohl finanziell als auch durch eine fachliche Unterstützung unter Einbeziehung des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung.

#### Die Ziele der Kampagne sind:

- Bewusstsein bei BetriebsrätInnen und JugendvertrauensrätInnen zum Thema Gesundheit und Arbeit schärfen.
- Spezielle Gesundheits- und Unfallgefahren, die vom Beginn bis zum Ende des Arbeitslebens auftreten können, zielgruppenspezifisch aufzeigen.
- Vor- aber auch die Nachteile neuer Arbeitszeitformen wissenschaftlich untersuchen und daraus die notwendigen Konsequenzen ziehen.

Das Thema Arbeit und Gesundheit wird im Rahmen der Kampagne über BetriebsrätInnen an die Beschäftigten herantragen. Einerseits werden die gültigen Bestimmungen des Gesundheitsschutzes bei ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen verstärkt ins Bewusstsein

gerufen. Andererseits werden weitergehende und nachhaltige Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf der betrieblichen Ebene angeregt.

Inhaltliche Schwerpunkte der Kampagne bilden insbesondere die Themen:

- Arbeitsbedingte Erkrankungen
- Arbeitsunfälle & Berufskrankheiten
- Arbeitszeit
- Alternsgerechtes Arbeiten
- Gesundheitsrelevantes Verhalten

Die Kampagne wird voraussichtlich Mitte 2011 abgeschlossen, und durch das Institut für Gesundheitsförderung begleitend evaluiert. Auf Basis der Evaluierungsergebnisse wird über die Weiterführung einer Beteiligung entschieden.

### **Strategieprojekt BGF in Klein- und Kleinstunternehmen**

Während sich die Betriebliche Gesundheitsförderung im Lauf der letzten Jahre auch in Österreich in großen Unternehmen zunehmend etablieren konnte, sieht die Situation in den Klein- und Kleinstunternehmen – welche schätzungsweise 1/3 der österreichischen ArbeitnehmerInnen beschäftigen – wesentlich anders aus. Klein- und Kleinstunternehmen, die die Unternehmensstruktur in Österreich prägen, konnten mit dem Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung noch nicht in einem entsprechenden Ausmaß erreicht werden. Um den Gedanken der Betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Unternehmenssegment zu verbreitern wurde im Rahmen der Schwerpunktsetzungen definiert, dass einerseits neue Strategien und Ansätze entwickelt werden, andererseits auf Basis einer Ist-Analyse geklärt werden soll

- welche Angebote es bereits gibt,
- was in österreichischen Unternehmen bereits umgesetzt wird,
- welche Maßnahmen nachweislich funktionieren und
- welche Lernerfahrungen daraus gewonnen werden können.

Das Strategieentwicklungsprojekt BGF in Klein- und Kleinstunternehmen wurde mit Anfang 2010 abgeschlossen. Ziele des Projektes waren:

- Bisherige nationale und internationale Erfahrungen, Studien und Modellprojekte darzustellen und die Sachverhalte zu beurteilen (Basisrecherche);
- Erkenntnisse aus vorhandenen Pilotprojekten und Erhebungen durch eine zusätzliche Erfahrungs- und Bedarfserhebung bei österreichischen Unternehmen sowie relevanten Stakeholdern zu ergänzen;
- Empfehlungen für eine zukünftige Positionierung der Sozialversicherung zu formulieren;
- Handlungsoptionen (Maßnahmenvorschläge) darzustellen.

Als Ergebnis des Projektes können zusammenfassend folgende zentrale Empfehlungen festgehalten werden:

- Es braucht ein nationales Programm, das mit den wesentlichen Stakeholdern abgestimmt ist, und von diesen getragen wird.
- Für die Ansprache und Gewinnung der Betriebe braucht es ein umfassendes und innovatives Marketingkonzept.
- Die Gestaltung des BGF-Angebots für die Betriebe sollte am bewährten Modell der NÖGKK, bestehend aus den Kernelementen: Erstinformation, Führungskräfte-Coaching, partizipativer MitarbeiterInnen-Workshop und gemeinsamer Zusammenführungs-Workshop mit Maßnahmenentwicklung, aufbauen.
- Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit sollte
  - das bewährte Qualitätssicherungssystem des BGF-Netzwerks (Charta, Gütesiegel, BGF-Preis) in die Beratung der Klein(st)betriebe eingebunden werden,
  - ein begleitendes Vernetzungsangebot für teilnehmende Betriebe erstellt werden,
  - niederschwellige Qualifizierungsangebote für betriebliche MultiplikatorInnen erarbeitet werden,
  - das Augenmerk in der Beratung auf der Veränderung von betrieblichen Prozessen und Strukturen, versus ausschließliche Maßnahmenorientierung gelegt werden,
  - Regionalstellen bzw. BeraterInnen in Kontakt mit den Betrieben bleiben und langfristig Unterstützung anbieten.

Die Ergebnisse der Betriebsbefragung sind unter [www.netzwerk-bgf.at](http://www.netzwerk-bgf.at) abrufbar. Eine Umsetzung der Empfehlungen wird in den nächsten Jahren angestrebt.

### **Evaluierung der Bewegungsprogramme für Betriebe**

Im Rahmen von Programmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung aber auch bei thematischem Interesse eines Unternehmens bieten die Regionalstellen des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung bewegungsorientierte Angebote an. Damit wird im Wesentlichen das Ziel verfolgt, den Arbeitsalltag bewegungsorientiert zu gestalten, d.h. körperlichen Fehlbelastungen vorzubeugen und Ausgleichsübungen durch MultiplikatorInnen in Betrieben zu verankern. Im Rahmen der Mittelverwendung nach §447h ASVG wurden in den letzten Jahren im Auftrag des Hauptverbandes diese Angebote ausgerollt und nun seit etwa zwei Jahren flächendeckend von den Regionalstellen in den Bundesländern angeboten. Mit dieser Ausrollung wurde auch die Anforderung einer wissenschaftlichen Bewertung gestellt. Vor diesem Hintergrund wurden den Regionalstellen Evaluationsbögen zur Verfügung gestellt. 2009 wurde die OÖGKK beauftragt die Bewegungsprogramme „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“ sowie „Gestalten und Bewegen“ zu evaluieren. Das vorliegende Konzept

berücksichtigt sowohl die Auswertung vorliegender Befragungsbögen als auch weiterführende Analysen zur Bewertung des Bewegungsangebotes.

Mit der Evaluation soll eine wissenschaftliche Bewertung des Bewegungsangebotes erfolgen.

Es sollen im Wesentlichen folgende Fragen beantwortet werden:

- Können die Seminar- und Workshopinhalte zufriedenstellend von den ReferentInnen vermittelt werden?
- Kann durch das Angebot Bewegungsorientierung nachhaltig im Unternehmen verankert werden?
- Ist der für die Durchführung dieser Angebote notwendige Ressourceneinsatz gerechtfertigt?
- Welche Adaptierungen oder Verbesserungsvorschläge sind auf Basis der vorliegenden Ergebnisse notwendig?

Die Evaluationsergebnisse werden voraussichtlich Ende 2010 vorliegen.

### **2.6.3 Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention**

Mit Unterstützung aus Mitteln nach § 447h ASVG konnte die Weiterführung des Rauchertelefons in Österreich abgesichert werden. Der Dienst bietet neben der psychologischen Beratung von RaucherInnen und Angehörigen die Bereitstellung von Information zur Tabakentwöhnung sowie Vermittlung von Beratungsstellen in Österreich. Evaluierungsberichte des Rauchertelefons sowie die Jahresberichte liegen den Kooperationspartnern (Bundesministerium für Gesundheit, Ländern und Krankenversicherungsträgern) vor. Die Evaluierungsergebnisse zeigen, dass mit dem Rauchertelefon ein gemeinsamer und wichtiger Schritt in der Tabakprävention gesetzt werden konnte. Informationen zum Rauchertelefon sind auch über die Homepage [www.rauchertelefon.at](http://www.rauchertelefon.at) zugänglich. Des Weiteren wurde im Rahmen der Mittelverwendung § 447h ASVG die Entwicklung von Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme des Rauchertelefons beauftragt, diese sollen in Abstimmung mit den Kooperationspartnern des Rauchertelefons 2010 zur Umsetzung gebracht werden.

### **Qualitätssicherung der RaucherInnenentwöhnung**

Im Rahmen eines trägerübergreifenden Projektes zur Qualitätssicherung der RaucherInnenentwöhnung, das 2008 initiiert wurde, wurden bestehende Angebote der Sozialversicherung zur RaucherInnenentwöhnung evaluiert, ein Leitfaden zur ambulanten RaucherInnenentwöhnung erstellt und ein Minimal Data Set für zukünftige trägerübergreifende Evaluierungen erarbeitet. Unter der Leitung des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH und in Zusammenarbeit mit ExpertInnen aus interessierten Sozialversicherungsträgern (NÖGKK, WGKK, OÖGKK, STGKK, VAEB, PVA) wurde im Auftrag

des Hauptverbands das Projekt umgesetzt und Empfehlungen zur Qualitätssicherung für die Tabakentwöhnungsangebote innerhalb der Sozialversicherung erstellt.

Der Leitfaden wurde aufgrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet und fasst Bedingungen zusammen, unter denen ein Beratungsangebot erfolgversprechend ist. Damit steht eine sozialversicherungsinterne Übersicht von qualitätsgesicherten Entwöhnungsformen und deren wissenschaftliche Evaluation zur Verfügung.

Für die Qualitätssicherung der RaucherInnenentwöhnung in der österreichischen Sozialversicherung braucht es weiters eine standardisierte Dokumentation und Evaluation. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es 1) einheitliche Evaluationsbögen (Minimal Data Set), 2) einheitliche Messzeitpunkte, 3) eine einheitliche Vorgehensweise bei der Berechnung von Erfolgsquoten sowie 4) einen definierten Ablaufprozess zur Implementierung der Qualitätssicherung. Mit dem vorliegenden Abschlussbericht wurden diesbezügliche gemeinsame Standards definiert, die ab Herbst 2010 zur Umsetzung gebracht werden sollten.

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

Das von Bundesministerium für Gesundheit, AGES und Hauptverband 2008 initiierte Projekt „Richtig Essen von Anfang“ wurde 2009 weitergeführt. Basierend auf einem umfassenden Maßnahmenkatalog für Österreich, welcher gesundheitsfördernde Elemente stärkt und gesundheitsschädliche Elemente im Bereich Ernährung zurückdrängt wurde auf nationaler und regionaler Ebene an der Umsetzung und Weiterführung einzelner Maßnahmen gearbeitet. Erste regionale Maßnahmen wurden in den Bundesländern Niederösterreich und Steiermark gestartet bzw. vorbereitet. Die Projektergebnisse sind unter [www.hauptverband.at/fokoop](http://www.hauptverband.at/fokoop) abrufbar.

### **2.6.5 Strategieentwicklung für den Bereich Gesundheitsförderung bei SeniorInnen**

Gesundheitsförderung für ältere Menschen wurde in Österreich bis dato nur punktuell und eher vereinzelt umgesetzt. Im Zuge eines Strategieentwicklungsprojektes wurde die NÖGKK in Zusammenarbeit mit der SVB, SVA und VAEB beauftragt basierend auf nationalen und internationalen Strategien und Praxisprojekten einen Maßnahmenkatalog für Gesundheitsförderung für SeniorInnen zu entwickeln. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation in Österreich wurden strategische Ansatzpunkte für eine österreichweite Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention sowie Leitlinien für die erfolgreiche Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen dargestellt. Es wurden Handlungsfelder definiert und konkrete Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Handlungsmöglichkeiten wurden auf



der Makroebene (gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen), der Mesoebene (Lebensräume der Zielgruppe) und der Mikroebene (Individuum) dargestellt. Mit Hilfe von strategischen Handlungsempfehlungen und praktischen Handlungsanleitungen sowie konkreten Maßnahmenvorschlägen soll Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen ganzheitlich und nachhaltig gefördert und die Lebensqualität und die Gesundheit der Zielgruppe gesteigert werden.

Der umfassende Endbericht des Projektes ist unter [www.hauptverband.at/fokoop](http://www.hauptverband.at/fokoop) abrufbar

### **2.6.6 Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung**

#### **Capacity Building**

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

Der Aufbau von Kapazität verfolgt drei übergeordnete Ziele:

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

In Fortführung der bisherigen Initiativen wurde im Sinne eines umfassenden Capacity Buildings das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention beauftragt eine IST-Analyse zu den Potenzialen der Sozialversicherung durchzuführen, an denen Capacity Building zukünftig erfolgreich ansetzen kann, sowie Empfehlungen für die Umsetzungsmaßnahmen im Sinne eines umfassenden Capacity Building für die Jahre 2010 bis 2013 zu formulieren. Auf Basis der Empfehlungen aus dem Projekt sollen in den Folgejahren entsprechende Maßnahmen gesetzt werden.



### **Weiterbildungsoffensive Public Health und Gesundheitsmanagement**

In Weiterführung der Maßnahmen zur Weiterbildung im Sinne der Qualitätsentwicklung wurde 2009 die Teilnahme an Public Health Lehrgängen und Ausbildungen im Bereich Gesundheitsmanagement für MitarbeiterInnen der Sozialversicherung gefördert. Durch die anteilige Förderung aus Mittel nach §447h ASVG konnte die Anzahl der Public Health ExpertInnen in der Sozialversicherung maßgeblich gesteigert werden.