

**Populationen mit hoher Behandlungsintensität  
und  
Populationen mit hohem Behandlungsbedarf  
in Österreich**

Arbeitsgemeinschaft

zwischen dem

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

und dem

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der

Medizinischen Universität Graz

Graz, im Dezember 2013



## **Auftraggeber**

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

## **Projektteam**

Dr.<sup>in</sup> Franziska Großschädl, BSc, MSc – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz (Autorin)

Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Éva Rásky, MME, MSc – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Univ.-Prof. Mag. Dr. Willibald J. Stronegger – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Dr.<sup>in</sup> MMag.<sup>a</sup> Johanna Muckenhuber – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Mag.<sup>a</sup> Nathalie Burkert – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Brigitte Hollerit – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Helga Hofmann – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Mag. Michel Schenouda – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Freidl – Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

Mag.<sup>a</sup> Nina Pfeffer – Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Mag. Andreas Goltz – Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Externer Reviewer: Dr. Martin Sprenger, MPH – Medizinische Universität Graz

## **Kontakt**

Dr.<sup>in</sup> Franziska Großschädl, BSc, MSc

Medizinische Universität Graz

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Universitätsstraße 6/I

8010 Graz

Tel.: +43/316/380-7765

E-mail: [franziska.grossschaedl@medunigraz.at](mailto:franziska.grossschaedl@medunigraz.at)

# Inhalt

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Einleitung und Motivation</b> .....	<b>8</b>
1.1.    Behandlungsintensität versus Behandlungsbedarf von Bevölkerungsgruppen .....	9
1.2.    Ziele und Forschungsfragestellungen des Berichtes .....	10
1.3.    Gliederung des Berichtes .....	11
<b>2. Beschreibung der Literatursuche</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Ergebnisse</b> .....	<b>15</b>
3.1.    Behandlungsintensität .....	15
3.1.1.    Messindikatoren und Datenquellen .....	15
3.1.2.    Fokus behandlungsintensiver Populationen .....	24
3.1.3.    Merkmale behandlungsintensiver Populationen .....	25
3.2.    Behandlungsbedarf .....	30
3.2.1.    Messindikatoren und Datenquellen .....	31
3.2.2.    Fokus behandlungsbedürftiger Populationen .....	33
3.2.3.    Merkmale behandlungsintensiver Populationen .....	33
<b>4. Diskussion und Schlussfolgerungen</b> .....	<b>39</b>
4.1.    Stärken und Limitationen .....	43
4.2.    Empfehlungen .....	44
<b>5. Referenzen</b> .....	<b>48</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Behandlungsintensität vs. Behandlungsbedarf .....	10
--	----

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche .....	14
Tabelle 2: Indikatoren zur Messung von Hochnutzung .....	16
Tabelle 3: Übersicht einbezogener Studien hinsichtlich der Messindikatoren für HochnutzerInnen .....	20
Tabelle 4: Faktoren aus der internationalen Literatur, die einen Einfluss auf die Behandlungsintensität haben .....	28
Tabelle 5: Faktoren aus der nationalen Literatur, die einen Einfluss auf die Behandlungsintensität haben .....	29
Tabelle 6: Faktoren aus der internationalen Literatur, die einen Einfluss auf den Behandlungsbedarf haben .....	35
Tabelle 7: Faktoren aus der internationalen Literatur, die einen Einfluss auf den Behandlungsbedarf haben .....	38

## Abkürzungsverzeichnis

APK	ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakt
AT-HIS	Austrian Health Interview Survey
DMP	Disease Management Programm
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVSV	Hauptverband österreichischer Sozialversicherungsträger
k. A.	keine Angabe
NGO	Non-governmental Organization
NHS	National Health Service
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
WHO	World Health Organization

## Zusammenfassung

Ziel der Arbeit: Im Rahmen dieses Projektes soll geklärt werden, wie die Begriffe Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf definiert werden können und inwieweit Indikatoren zur Messung der Behandlungsintensität und des Behandlungsbedarfs für Österreich zur Verfügung stehen. Eine weitere Fragestellung beschäftigt sich mit den Merkmalen von Personen mit hoher Behandlungsintensität sowie Personen mit hohem Behandlungsbedarf.

Methode: Zur Bearbeitung der definierten Fragestellungen erfolgte eine Literaturrecherche, durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie von April bis August 2013. In der Datenbank Pubmed wurde nach wissenschaftlichen Artikeln gesucht. Für diese Arbeit wurde auch eine Handsuche in Journalen und Büchern durchgeführt, ferner wurden Onlinepublikationen herangezogen. Weiters wurde für Österreich nach grauer Literatur in ausgewählten Institutionen gescreent. Zur Auswahl geeigneter Artikel wurden im Vorhinein Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.

Ergebnisse: Im Hinblick auf die Messung von *Behandlungsintensität* werden in der Literatur unterschiedliche Indikatoren angeführt, um behandlungsintensive Bevölkerungsgruppen (= HochnutzerInnen) identifizieren zu können. Zu den meist verwendeten Messindikatoren zählen Aufnahmen von PatientInnen in Krankenhäuser sowie Kontakte mit ambulanten Einrichtungen und niedergelassenen ÄrztInnen. Die meisten Studien widmen sich in einem quantitativen Forschungsansatz der Beschreibung und Analyse von HochnutzerInnen. Im Gegensatz dazu erfolgt die Beurteilung von Populationen mit hohem *Behandlungsbedarf* meist durch Primärdatenerhebungen mittels Befragungen von Betroffenen. Die Literaturrecherche ergab ferner, dass ältere Frauen und Männer, Personen mit niedrigem Sozialstatus, Menschen mit psychosozialen Problemen und MigrantInnen Risikogruppen für behandlungsintensive beziehungsweise behandlungsbedürftige Populationen darstellen.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass es für Österreich noch relativ wenige Anhaltspunkte gibt, welche Bevölkerungsgruppen tatsächlich von hoher Behandlungsintensität oder hohem Behandlungsbedarf betroffen sind. Zu deren Identifizierung stehen in Österreich Leistungsdaten der Sozialversicherungen nach entsprechender Aufbereitung zeitnah und kostengünstig zur Verfügung. Diese eignen sich

jedoch eher für die Darstellung der Behandlungsintensität als für den Behandlungsbedarf. Diese abzubilden ist äußerst schwierig, weil in den Routinedaten oft relevante Variablen in ausreichender Qualität fehlen. Die vorliegende Arbeit gibt einen ersten Überblick zum Themenbereich behandlungs- und bedarfsintensive Populationen. Es werden Indikatoren vorgeschlagen, mit denen Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf von Populationen gemessen werden können.

## 1. Einleitung und Motivation

Mit der neuen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wird für Österreich eine optimale Gesundheitsversorgung angestrebt. Dabei gilt es, „*einen niederschweligen Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig zu sichern und auszubauen*“ (Republik Österreich Parlament 2013). Während bestimmte Bevölkerungsgruppen sehr häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, gibt es andere, die diese nur wenig nutzen. Die Herausforderung in der Gesundheitspolitik ist es, für alle Bevölkerungsgruppen adäquate Gesundheitsleistungen sicherzustellen und dabei Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. In der Gesundheitspolitik und -ökonomie oft gebrauchte Termini wie „*behandlungsintensive Populationen*“ und „*behandlungsbedürftige Populationen*“ müssen daher kritisch hinterfragt werden, d.h. analysiert und definiert werden. Erst dann sind gezielte Maßnahmen für eine adäquate Gesundheitsversorgung für diese Bevölkerungsgruppen planbar.

In den letzten Dekaden werden Gesundheitsleistungen in den Ländern unterschiedlich in Anspruch genommen, diese haben insgesamt weltweit zugenommen (Sempere-Selva et al. 2001, Moineddin et al. 2011). Meist beziehen sich die Angaben auf das Medizinische. Andere Leistungen, die ebenfalls zur Verbesserung der Gesundheit beitragen können, wie beispielsweise Pflegeleistungen, Dienste des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes, Physiotherapie, psychosoziale Versorgung, Arzneimittel- und Hilfsmittelversorgung bleiben dabei häufig unberücksichtigt. Die Zunahme der hauptsächlich berichteten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Notfallversorgung, den Ambulanzen, Ambulatorien, Krankenhäusern und im Rehabilitationsbereich wird auf die Veränderungen der Präferenzen von PatientInnen sowie auf strukturelle Umgestaltungen in der Gesundheitsversorgung, der Epidemiologie und der Demografie zurückgeführt (Moineddin et al. 2011). Hervorzuheben ist dabei, dass geografische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über Jahrzehnte in Österreich ein Ost-West-Gefälle ergeben (Statistik Austria 2008).

Behandlungsintensität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass medizinische Leistungen in hohem Maße in Anspruch genommen werden. Dies ist nicht zwangsläufig mit einem Behandlungsbedarf gekoppelt. Bedarf und Intensität hängen von vielen Faktoren ab. Zu unterscheiden ist zwischen Personen(gruppen) mit einem hohen *objektiven* medizinischen Behandlungsbedarf aber ohne oder mit ungenügender Inanspruchnahme und Personen(gruppen) mit hohem *subjektivem* Bedarf, einem hohen Bedürfnis nach Behandlung,



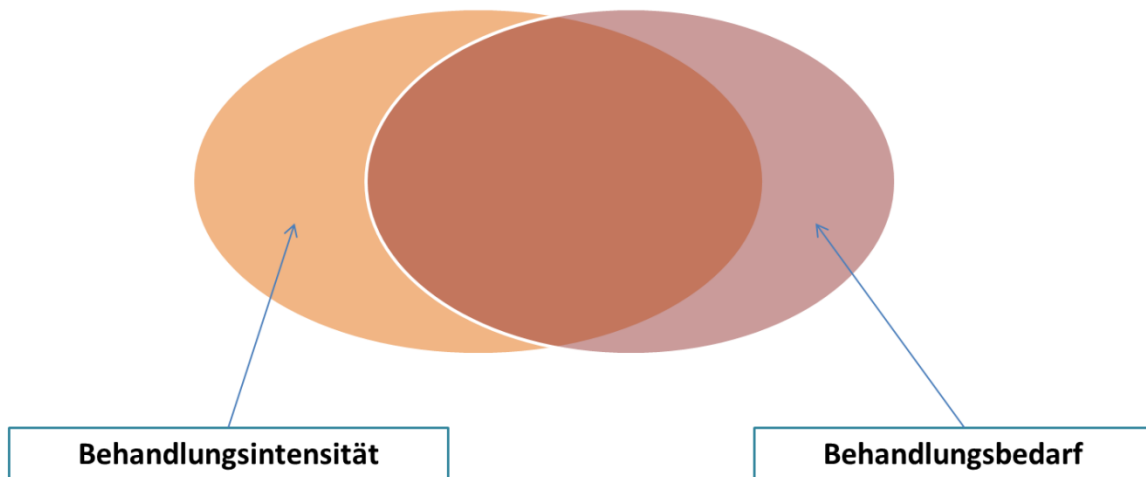
dem tatsächlich auch nachgegangen wird, das aber medizinisch nicht objektivierbar ist. Diese Personen und -gruppen jeweils zu identifizieren ist schwierig. Beschwerden und/oder Symptome nicht einschätzen zu können, kann dazu führen ärztliche Hilfe zu suchen oder auch nicht. Beeinträchtigungen, welche vielleicht auch die Funktionsfähigkeit im Alltag stören, sind/werden möglicherweise nicht bewusst oder verleugnet. So kann eine notwendige medizinische Behandlung unterbleiben oder erst spät erfolgen (beispielsweise bei psychischen Erkrankungen). Bevölkerungsgruppen mit einem hohen Behandlungsbedarf und hoher Behandlungsintensität könnten zum Beispiel durch spezifische Programme wie DMPs durch Stärkung des Selbstmanagements im Umgang mit ihrer Krankheit/ihren Beschwerden und Symptomen unterstützt werden. Um Interventionen optimal für die jeweilige Personengruppe entwickeln und implementieren zu können, müssen diese identifizierbar und ihre Charakteristika bekannt sein. Dadurch wäre die gesundheitliche Versorgung beider Populationen effektiver und effizienter gestaltbar.

### **1.1. Behandlungsintensität versus Behandlungsbedarf von Bevölkerungsgruppen**

Zwischen Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf liegen oft Überschneidungen vor. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Personen an chronischen Erkrankungen leiden, eine umfassende Betreuung und Versorgung brauchen und diese erforderlichen Leistungen zur Besserung oder Aufrechterhaltung ihres Zustandes tatsächlich auch in Anspruch nehmen. Personen können in einem Fall Leistungen beanspruchen, obwohl kein Behandlungsbedarf objektivierbar ist. Im anderen Fall kann ein medizinischer Behandlungsbedarf durchaus gegeben sein, jedoch werden Versorgungsleistungen nicht genutzt.

Behandlungsintensive Bevölkerungsgruppen, für die kein medizinischer Behandlungsbedarf besteht, werden als Subgruppe bezeichnet, für die eine medizinische *Übersversorgung* besteht. Umgekehrt spricht man bei einem vorliegenden und objektivierbaren Behandlungsbedarf, der keinerlei Leistungen zur Folge hat, – sei es aufgrund mangelnden Angebots oder mangelnder Inanspruchnahme – von einer *Unterversorgung*.

Gleichzeitig bestehende Über- und Unterversorgung stellen für BürgerInnen, PatientInnen und Gesundheitswesen ein Problem dar. Internationale Vergleiche zeigen, dass in Österreich vor allem im intramuralen Bereich eine Überversorgung besteht (Bachner et al. 2011).



**Abbildung 1: Behandlungsintensität vs. Behandlungsbedarf**

## **1.2. Ziele und Forschungsfragestellungen des Berichtes**

Im Rahmen dieser Studie soll mittels Literaturrecherche geklärt werden, wie die Begriffe Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf definiert werden können und inwieweit Indikatoren zur Messung der Behandlungsintensität und des Behandlungsbedarfs zur Verfügung stehen und eventuell bereits eingesetzt werden. Festzulegen sind methodische Ansätze, die eine Definition „Personen mit hoher Behandlungsintensität“ und „Personen mit hohem Behandlungsbedarf“ ermöglichen.

Eine weitere Fragestellung beschäftigt sich mit den Merkmalen dieser beiden Bevölkerungsgruppen. Hier wird auch zu klären sein, inwieweit die Datenlage in Österreich erlaubt, entsprechende Aussagen treffen zu können.

Längerfristig gesehen sollen die Ergebnisse dieser Studie Entscheidungsträger in Österreich dabei unterstützen, für eine angemessene, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung betroffener PatientInnengruppen zu sorgen.

Die zu klärenden Forschungsfragen sind:

Wie werden die Begriffe „behandlungsintensive Population“ und „behandlungsbedürftige Population“ in der wissenschaftlichen Literatur definiert und wie ließen sich eine hohe Behandlungsintensität und ein hoher Behandlungsbedarf operationalisieren?

- a. Wie werden in der Literatur ausgewählter Länder eine hohe Behandlungsintensität und ein hoher Behandlungsbedarf definiert und anhand welcher Indikatoren operationalisiert?
- b. Gibt es in Österreich Literatur zur Definition „hohe Behandlungsintensität“ und „hoher Behandlungsbedarf“?
- c. Gibt es Daten und Auswertungen zu den Merkmalen von Personengruppen, die eine hohe Behandlungsintensität und einen hohen Behandlungsbedarf aufweisen?

### **1.3. Gliederung des Berichtes**

Kapitel 1 beinhaltet neben der Einleitung und Motivation dieses Berichtes die gesetzten Ziele und untersuchten Forschungsfragen.

In Kapitel 2 des Berichtes ist das Vorgehen bei der Literaturrecherche beschrieben. Angeführt werden unter anderem die Hauptschlüsselwörter sowie Ein- und Ausschlusskriterien.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sind in Kapitel 3 dargestellt. In zwei Unterkapiteln werden die Ergebnisse zu den Begrifflichkeiten Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf getrennt nacheinander vorgestellt. Merkmale der behandlungsintensiven beziehungsweise behandlungsbedürftigen Bevölkerungsgruppen werden jeweils beschrieben. In der Literatur angeführte Messindikatoren und mögliche Datenquellen werden benannt.

Kapitel 4 beinhaltet die Diskussion und Schlussfolgerungen der Arbeit sowie Implikationen der Ergebnisse für Österreich. Die Stärken und Limitationen werden in einem Unterkapitel benannt.

## 2. Beschreibung der Literatursuche

Zur Bearbeitung der oben definierten Fragestellungen erfolgte eine Literaturrecherche, durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie von April bis August 2013. Die Suchbegriffe wurden von ExpertInnen des Instituts ausgewählt und während der Literatursuche verfeinert. Folgende Hauptschlüsselwörter wurden für die Literaturrecherche verwendet: “frequent attend\*”, “heavy use\*”, “frequent use\*”, “health services research”, “characteristic\*”, “high utiliz\*”, “psychosocial factor\*”, “need for treatment”, “measur\*”, „Behandlungsintensität“, „Behandlungsbedarf“, „Hochnutzer“ und “Vielnutzer”.

Die Suchstrategie inkludierte:

- Wissenschaftliche Artikel aus der elektronischen Datenbank PubMed
- Handsuche in Journalen und Büchern
- Publikationen in der Internetsuchmaschine Google

Weiters wurde für Österreich nach grauer Literatur von folgenden Institutionen gescreent:

- Versicherungsträger
- Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG
- Statistik Austria
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesgesundheitskommission
- Landesgesundheitsfonds
- Institut für höhere Studien
- Ludwig Boltzmann Institut
- Österreichische Akademie der Wissenschaften
- Österreichisches Institut für Familienforschung
- NGOs (ZEBRA, OMEGA, Frauengesundheitszentrum)

Diese Institutionen wurden vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie hinsichtlich relevanter Literatur zum Thema angeschrieben und die erhaltenen Informationen und Referenzen auf die Forschungsfragen bezogen analysiert. Ergänzt wurde die Recherche durch die Durchsicht nicht gelisteter deutschsprachiger Zeitschriften wie Wiener Medizinische Wochenschrift und Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ. Weiters wurden nationale und internationale ExpertInnen der Versorgungsforschung hinsichtlich unterstützender

Literatur kontaktiert. Auch seitens des HVSV wurde relevante Literatur zur Verfügung gestellt.

Eingeschlossen wurde nationale wie auch internationale Literatur, so Journalartikel (vorzugsweise peer-reviewed), Berichte, Buchkapitel, Konferenzabstracts, Konferenzbeiträge und Abschlussarbeiten (etwa Dissertationen und Masterarbeiten), die in deutscher und englischer Sprache verfügbar waren. Hinsichtlich der englischsprachigen Artikel wurde speziell nach Literatur aus den USA, aus England, den Niederlanden und Skandinavien gesucht, da sich diese Länder vermehrt mit diesem Thema beschäftigen. Bei wissenschaftlichen Artikeln wurden Titel und Abstracts überprüft und sobald relevant, der Volltext beschafft. Nicht in die Recherche miteinbezogen wurden Meinungen und Kommentare. Die Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche sind in Tabelle 1 aufgelistet.

**Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche**

<b>Einschlusskriterien</b>
Endpunkte: Behandlungsintensität/HochnutzerInnen, Behandlungsbedarf
Zeit: Publikationen ab dem Jahr 2000 (außer Basisliteratur)
Art der Publikation: wissenschaftliche Artikel, Studienberichte, Buchkapitel, Konferenzabstracts, Konferenzbeiträge (wie Power-Point-Präsentationen), Abschlussarbeiten, Veröffentlichungen auf Websites
Qualität: Beschreibung der Methode
Sprache: Deutsch und Englisch (USA, England, Niederlande, Skandinavien)
<b>Ausschlusskriterien</b>
Endpunkte: Artikel, bei denen nicht primär Behandlungsintensität oder Behandlungsbedarf im Vordergrund standen
Art der Publikation: Meinungen und Kommentare

## **3. Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden in den nachstehenden Kapiteln getrennt für Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf dargestellt.

### **3.1. Behandlungsintensität**

Viele Gesundheitsleistungen und hohe Krankheitsausgaben entfallen auf einen kleinen PatientInnenanteil. Durch frühzeitige Identifikation dieser behandlungsintensiven Gruppen könnte ein Teil dieser Ausgaben vermieden werden. Behandlungsintensive PatientInnen werden in der Literatur auch häufig als HochnutzerInnen (Hartmann et al. 2012, Kailuweit 2010, Bottle et al. 2006), HäufignutzerInnen (Hauswaldt et al. 2012), IntensivnutzerInnen (Schönermark et al. 2010) oder VielnutzerInnen (Kirch et al. 2007) bezeichnet. In dieser Arbeit wird für behandlungsintensive Personen stets der Begriff HochnutzerInnen verwendet.

Vor allem für Kostenträger sind Forschungsarbeiten zu HochnutzerInnen von großer Relevanz, da die Verringerung der Inanspruchnahme von Leistungen ohne gesundheitliche Gefährdung der Betroffenen ein hohes Einsparpotenzial für das Gesundheitssystem bedeutet und auch die individuelle Situation verbessern könnte. Krankheitsverläufe können bei rechtzeitigem Eingreifen positiv beeinflusst werden. Durch Früherkennung einer Erkrankung kann die Behandlung möglicherweise rechtzeitig erfolgen, und präventive Maßnahmen könnten spezifisch eingesetzt werden (Hartmann et al. 2012).

#### **3.1.1. Messindikatoren und Datenquellen**

Die größte Herausforderung für die Krankenkassen liegt in der Identifizierung von HochnutzerInnen, denn nur so können Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage dieser Gruppe zielgruppenspezifisch erfolgen.

Die Definition dieser Bevölkerungsgruppe erfolgt in der Literatur meist durch einen quantitativen Ansatz (Frick & Frick 2008). Die gängigsten Indikatoren zur Messung von Hochnutzung sind in Tabelle 2 angeführt. Diese Indikatoren werden meist als einzelne Dimension gemessen und mit einem zuvor adäquat gewählten Cut-Off-Wert versehen. Damit können HochnutzerInnen identifiziert werden. Beispielsweise werden nur jene Personen als HochnutzerInnen eingestuft, welche innerhalb der letzten zwei Jahre mehr als sechs stationäre Aufenthalte aufweisen. Es finden sich aber auch Definitionen von HochnutzerInnen mit einer Kombination aus mehreren Dimensionen von Indikatoren in der Literatur. Zum Beispiel durch eine Verknüpfung verschiedener Inanspruchnahmen.

**Tabelle 2: Indikatoren zur Messung von Hochnutzung**

ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte im ambulanten Bereich
Intensität / Quantität der Inanspruchnahmen von Leistungen des Gesundheitssystems
Prozentueller Anteil an Versicherten mit den höchsten Gesundheitsausgaben
Anzahl an Hospitalisierungen bzw. Rehospitalisierungen
Verweildauern im stationären Bereich
Kosten pro Versicherte
Telefonanrufe bei Ambulanzservices

(Hartmann et al. 2013, Scott et al. 2013, Hartwich 2012, Hauswaldt, Hummers-Pradier & Junius-Walker 2012, Morriss et al. 2012, den Boer-Wolters et al. 2010, Kailuweit 2010, Schönemark 2010, van Steenkiste et al. 2010, Burgdorf et al. 2007, Frick & Frick 2008, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003, Kuhlmeij et al. 2003, Vedsted et al. 2001)

ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte werden sehr oft zur Identifizierung von HochnutzerInnen herangezogen. Mittels einer Kohortenstudie haben Vedsted et al. (2001) ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte in Dänemark untersucht und die Anzahl der direkten Kontakte zwischen Erwachsenen und HausärztInnen über einen definierten Zeitraum verfolgt. Die Top 10% wurden als HochnutzerInnen definiert. In einer niederländischen Kohortenstudie wurden HochnutzerInnen nach demselben Prinzip identifiziert, indem jene 10% der Personen mit den meisten ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakten als HochnutzerInnen definiert wurden (van Steenkiste et al. 2010). Eine andere niederländische Studie untersuchte Sekundärdaten in der Primärversorgung und identifizierte als HochnutzerInnen jene 9% der PatientInnen, die zwischen drei- und sechsmal innerhalb eines Jahres Kontakt zur Primärversorgung hatten. 1%



der PatientInnen, die mindestens sieben Kontakte hatten, wurden als HöchstnutzerInnen eingestuft (den Boer-Wolters et al. 2010). Prospektive Daten wurden durch eine Kohortenstudie in England erhoben. Die Anzahl von ÄrztInnenkonsultierungen im Primärbereich wurde für 5 Jahre erhoben und hinsichtlich entsprechender Faktoren untersucht (Kapur et al. 2004). Little et al. (2001) führten Befragungen in Privathaushalten bei PatientInnen von 6 AllgemeinpraktikerInnen durch, um HochnutzerInnen zu identifizieren. PatientInnen mit 5 oder mehreren Kontakten innerhalb eines bestimmten Zeitraums wurden als solche eingestuft. Morris et al. (2012) verglichen in einer Fall-Kontroll-Studie HochnutzerInnen (mindestens 30 AllgemeinärztInnen-PatientInnen-Kontakte innerhalb von 2 Jahren) mit NormalnutzerInnen hinsichtlich der Kosten und Gründe für die Kontakte. Dafür wurden medizinische Aufzeichnungen herangezogen. Primärdaten wurden von Hartwich (2012) erhoben. Hartwich (2012) identifizierte HochnutzerInnen in Deutschland über eine schriftliche Befragung in Praxen von HausärztInnen. HochnutzerInnen wurden durch mindestens 5 ÄrztInnenbesuche innerhalb des vergangenen abgeschlossenen Quartals definiert. Auch Hauswaldt et al. (2012) definierte ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte als Indikator für Hochnutzungen des deutschen Gesundheitssystems. Als ÄrztIn-PatientIn-Kontakt galt, wenn mindestens eine Gebührenposition für ÄrztInnen gefunden wurde, die einen persönlichen Kontakt zwingend voraussetzte. Als Grundlage diente der am 1. April 2005 eingeführte einheitliche Bewertungsmaßstab „2000 plus“.

Auch stationäre Aufnahmen und Ambulanzbesuche werden in der Literatur zur Identifikation von behandlungsintensiven Populationen herangezogen. In einer US-amerikanischen Studie wurden PatientInnen mit psychiatrischen Komplikationen hinsichtlich deren Behandlungsintensität untersucht. Als HochnutzerInnen wurden jene Personen definiert, die innerhalb eines Jahres mindestens viermal eine Notfallaufnahme aufsuchten (Franklin & Fiebrig 2012). In einer australischen Studie wurden HochnutzerInnen durch die Anzahl der Besuche etwa einer Notfallaufnahme identifiziert. Als HochnutzerInnen galten dabei jene Personen, die über einen definierten Studienzeitraum durchschnittlich einmal pro Monat in der Ambulanz waren. Personen mit psychosozialen Problemen, welche mitunter auch Teil der Untersuchung waren, wurden durch die ICD-10 Diagnosen identifiziert (Wooden et al. 2009). In der Studie von Byrne et al. (2003) und Kirby et al. (2011) wurden jene NotfallpatientInnen als HochnutzerInnen definiert, die mindestens 4 Ambulanzbesuche in einem Jahr aufwiesen. In England wurden NotfallpatientInnen mithilfe von Routinedaten als HochnutzerInnen eingestuft, wenn sie innerhalb eines Jahres mindestens einen Besuch in einer Notfallstation der NHS und in einem weiteren Untersuchungsintervall zumindest zwei weitere

Ambulanzbesuche aufwiesen. Das heißt, insgesamt mussten PatientInnen mindestens dreimal einen Notfallbesuch vorweisen, damit sie als HochnutzerInnen und somit als PatientInnen mit einem erhöhten Risiko für weitere Notfallbesuche identifiziert wurden (Bottle et al. 2006).

Roick et al. (2004) untersuchten PatientInnen mit Schizophrenie dahingehend, welche Faktoren dazu beitragen, dass sie häufig Gesundheitsleistungen beanspruchen. Die Daten wurden anhand von Interviews mit 307 PatientInnen erhoben. Personen die innerhalb von 30 Monaten drei oder mehr psychiatrische Aufenthalte hatten, wurden als HochnutzerInnen eingestuft. Insgesamt betrug die Prävalenz der HochnutzerInnen unter PatientInnen mit Schizophrenie 12 %. Ziel einer anderen deutschen Studie war es, „Heavy Users“ bei stationär-psychiatrischen PatientInnen zu identifizieren. Dazu wurden alle Aufnahmen von Erwachsenen in ein Psychiatrieklinikum für einen bestimmten Zeitraum analysiert. Folgende Diagnosen fanden sich in dieser Kohorte: Alkoholabusus, Demenz, neurotische und Belastungsstörungen, Schizophrenie, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und andere psychische Störungen. Als Zielvariablen dienten die kumulierte stationäre Behandlungsdauer und die Anzahl der stationären Aufnahmen. Mittels multipler linearer Regressionsanalysen wurden nach dem Einschlussverfahren zur Prädiktion dieser Variablen weitere Items als unabhängige Variablen einbezogen. Durch die Regressionen konnten Prädiktoren für eine lange kumulierte Behandlungsdauer (z. B.: Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie) gefunden werden. Weiters ließen sich Prädiktoren für häufige Aufnahmen (z. B.: kurze behandlungsfreie Zeit zwischen erster und zweiter stationärer Aufnahme, Alkoholabhängigkeit) bestimmen. Dennoch ließ sich keine einheitliche Gruppe von HochnutzerInnen identifizieren. Die Autoren weisen daher auf die Notwendigkeit individueller Therapieansätze, qualitativer Studien und weiterer statistischer Analysen hin (Spießl et al. 2002). Scott et al. (2013) untersuchten HochnutzerInnen von Ambulanzdiensten in England. Sie identifizierten die Zielgruppe durch die Anzahl der Anrufe im Ambulanzservice. Jene 100 Personen, die am häufigsten anriefen, wurden als HochnutzerInnen eingestuft.

In einer amerikanischen Studie wurden Modelle zum kostenintensiven Akut-Koronar-Syndrom mittels Routinedaten entwickelt. Das Akut-Koronar-Syndrom wurde durch ICD-9 Codes für instabile Angina pectoris und Akutmyokardinfarkt definiert. Betroffene PatientInnen wurden für ein Zeitintervall von 2 Jahren untersucht. Jene 20% mit den höchsten Gesundheitsausgaben wurden als kostenintensive Akut-Koronar-Syndrom-PatientInnen definiert (Etemad & McCollom 2005). In Deutschland bezeichnen Kailuweit (2010) und

Schönermark et al. (2010) HochnutzerInnen als die teuersten 5% einer Versicherungsgruppe. In diesen Arbeiten wurde keine Einschränkung auf bestimmte Erkrankungen vorgenommen. Schönermark et al. (2010) unterschieden zwischen HochnutzerInnen mit rein sektoraler (Arzneimittel und Krankenhaus) und solchen mit transsektoraler Inanspruchnahme. Hartmann et al. (2013) definierten deutsche HochnutzerInnen als die teuersten 10% der Versicherten eines bestimmten Jahres. HochnutzerInnen wurden stratifiziert nach Geschlecht und Altersgruppen (15-Jahresintervalle) dargestellt, um möglichst homogene Gruppen zu erzeugen. In einer anderen deutschen Studie wurden Routinedaten der Krankenkassen aus dem Jahr 2000 herangezogen, um HochnutzerInnen bei älteren Versicherten zu identifizieren. Hochnutzung wurde über einen 10% Cut-Off-Point der NutzerInnen mit den meisten Verordnungen, den höchsten Kosten oder, je nach Leistungssektor, weiteren Kriterien klassifiziert (Nordheim et al. 2006). Bencic et al. (2009) untersuchten ebenfalls anhand von Routinedaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse aus dem Jahr 2008 vulnerable Gruppen (Arbeitslose, MigrantInnen und Leasingbeschäftigte) im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Es wurden jedoch keine Cut-Offs festgelegt, um Personen als HochnutzerInnen einzustufen, sondern Leistungsdaten der untersuchten Gruppen verglichen. Die Leistungsdaten wurden aus dem EDV-Tool zur Ermittlung der Eigen- und Folgekosten (FOKO) ärztlicher Leistungen sowie von Verordnungen der Krankenkasse erhoben.

Eine Übersicht zu den Indikatoren, welche zur Messung von HochnutzerInnen in den genannten Studien verwendet wurden, ist in Tabelle 3 dargestellt. Die Studien sind in alphabetischer Reihenfolge nach den Nachnamen der ErstautorInnen aufgelistet.

**Tabelle 3: Übersicht einbezogener Studien hinsichtlich der Messindikatoren für HochnutzerInnen**

<b>Autoren</b>	<b>Land</b>	<b>Studienpopulation</b>	<b>N</b>	<b>Messindikator</b>	<b>Cut-Off</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>Methode</b>	<b>Anmerkungen</b>
Bottle et al. 2006	England	PatientInnen mit stationären Aufnahmen nach Besuch einer Notaufnahme eines NHS Krankenhauses	2.895.234	Aufsuchen einer Notfallaufnahme	$\geq 3$	1. Jahr (April 2000 – März 2001)  1. Jahr (April 2003 – März 2004)	Analyse von Routedaten	HochnutzerInnen wurden identifiziert als jene, die im 1. Jahr eine Aufnahme hatten und jene, die im darauf-folgenden Untersuchungszeitraum mindestens 2 weitere Aufnahmen hatten.
Byrne et al. 2003	Irland	PatientInnen einer Spitalsambulanz in St. James	34.497	Aufsuchen einer Notfallaufnahme	$\geq 4$	1 Jahr (Juni 1998 – Juli 1999)	Analyse von Krankenakten	Dieser Cut-Off wurde gewählt, weil er nach Aussage der AutorInnen auch in anderen Studien am häufigsten zur Anwendung kommt.
den Boer-Wolters et al. 2010	Niederlande	Personen, die einen Ambulanzdienst (Out-of-Hours Service) kontaktieren	44.953	Anrufe im Ambulanzservice	3-6 Kontakte (9%) $\geq 7$ Kontakte (1%)	1 Jahr	Analyse von Routedaten in der Primärversorgung	9% = HochnutzerInnen 1% = HöchstnutzerInnen
Etemad & McCollom 2005	USA	Personen mit Akut-Koronar-Syndrom	13.731	Prozentueller Anteil an Versicherten mit den höchsten Ausgaben	20%	2 Jahre	Analyse von Routedaten	Identifikation der PatientInnengruppe durch ICD-9.
Franklin & Fiebrig 2012	USA	Personen mit psychiatrischen Diagnosen	78.902	Aufsuchen einer Notfallaufnahme	$\geq 4$	1 Jahr	Analyse von Krankenakten	Primäre Diagnosestellung nach ICD9-CM.
Hartmann et al. 2013	Deutschland	Krankenversicherte	2,45 Millionen	Prozentueller Anteil an Versicherten mit den höchsten Ausgaben	10%	1 Jahr	Analyse von Routedaten	Zur besseren Vergleichbarkeit wurden homogene Gruppen gebildet (Altersgruppen).
Hartwich 2012	Deutschland	PatientInnen von Allgemeinpraktikern und hausärztlich tätigen InternistInnen in Berlin mit depressivem Syndrom	1.774	ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte	$\geq 5$	1 Quartal	Befragung der HochnutzerInnen mittels Fragebögen	507 PatientInnen wurden als HochnutzerInnen identifiziert.
Hauswaldt et al. 2012	Deutschland	PatientInnen von Allgemeinpraktikern	305.896	ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte	5% (24 APK / Jahr)	11 Jahre (1996 – 2006)	Analyse hausärztlicher Routedaten aus 155 Praxen	APK: wenn mindestens 1 Gebührenposition vorlag, die zwingend den persönlichen Kontakt voraussetzt.

<b>Autoren</b>	<b>Land</b>	<b>Studienpopulation</b>	<b>N</b>	<b>Messindikator</b>	<b>Cut-Off</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>Methode</b>	<b>Anmerkungen</b>
Kailuweit 2010	Deutschland	Krankenversicherte	k.A.	Prozentueller Anteil an Versicherten mit den höchsten Ausgaben	5%	1 Jahr	Analyse von Routinedaten (Allianzversicherung)	-
Kirby et al. 2011	Australien	PatientInnen einer Notfallambulanz	k.A.	Aufsuchen einer Notfallaufnahme	$\geq 4$	1 Jahr	Analyse von Krankenakten	-
Little et al. 2001	England	PatientInnen von 6 AllgemeinpraktikerInnen	4.000	ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte	$\geq 5$	k.A.	Erhebung von Primärdaten durch Befragungen von Privathaushalten	Selbstberichtete Daten wurden erhoben.
Moore et al. 2009	England	PatientInnen einer Notfallambulanz in London	82.812	Aufsuchen einer Notfallaufnahme	$\geq 4$	1 Jahr (2006-2007)	Analyse der Ambulanzkarten	Erst bei einem Cut-Off von 4 wurden die PatientInnenprofile ausgeprägter. Daher wurden HochnutzerInnen ab 4 Aufnahmen definiert.
Morris et al. 2012	England	PatientInnen von Allgemeinpraktikern	k.A.	ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte	$\geq 30$	2 Jahre	Analyse von Krankenakten	-
Nordheim et al. 2006	Deutschland	Ältere Krankenversicherte	73.454	Prozentueller Anteil an Versicherten mit den meisten Verordnungen, den höchsten Ausgaben oder, je nach Leistungssektor, weiteren Kriterien	10%	1 Jahr	Analyse von Routinedaten	Vielnutzung von Krankenkassenleistungen ist ein mehrdimensionales Problem.
Roick et al. 2004	Deutschland	PatientInnen in Leipzig mit Schizophrenie	307	Stationäre Aufenthalte in einer Psychiatrie	$\geq 3$	30 Monate	Interviews mit PatientInnen (5x) und Analyse medizinischer Aufzeichnungen und Abrechnungsdaten	12% der untersuchten PatientInnen wurden als HochnutzerInnen identifiziert.
Schönermark 2010	Deutschland	Krankenversicherte	k.A.	Prozentueller Anteil an Versicherten mit den höchsten Ausgaben	5%	Mehrjährig	Analyse von Routinedaten (einer bundesweit geöffneten Krankenkasse)	Differenzierungen zwischen HochnutzerInnen wurden vorgenommen (rein sektorale vs. transsektorale Inanspruchnahme).

<b>Autoren</b>	<b>Land</b>	<b>Studienpopulation</b>	<b>N</b>	<b>Messindikator</b>	<b>Cut-Off</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>Methode</b>	<b>Anmerkungen</b>
Scott et al. 2013	England	Personen, die einen Ambulanzdienst in York kontaktierten	100	Anrufe im Ambulanzservice	$\geq 6$	April 2010 – März 2011	Jene 100 PatientInnen mit den meisten Anrufen wurden untersucht	Ziel der Studie war die Identifizierung von Charakteristika von HochnutzerInnen.
Spießl et al. 2002	Deutschland	PatientInnen einer Erwachsenenpsychiatrie in einem Klinikum	1.811	Kumulierte stationäre Behandlungsdauer und Anzahl der stationären Aufnahmen	-	5 Jahre (1995-1999)	Evaluierung aller Erstaufnahmen in das Klinikum hinsichtlich ausgewählter Diagnosen	Keine einheitliche Gruppe von HochnutzerInnen konnte in dieser Studie identifiziert werden.
van Steenkiste et al. 2010	Niederlande	PatientInnen von Allgemeinpraktikern in Eindhoven	4.444	ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte	10%	3 Jahre (1.1. 2005 – 1.1. 2008)	Verlinkung von Daten einer prospektiven Kohortenstudie mit medizinischen Daten	-
Vedsted et al. 2001	Dänemark	PatientInnen von Allgemeinpraktikern mit psychiatrischen Beschwerden (Messung durch Hopkins Symptom Check List [SCL-8] and Whiteley-7)	185	ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte	10%	1990-1996	Prospektive Kohortenstudie	-
Wooden et al. 2009	Australien	Personen mit psychosozialen Problemen (identifiziert durch ICD-10) in einem Notfallspital	11.594	Aufsuchen einer Notfallaufnahme	$\geq 8$ (durchschnittlich 1 / Monat)	Juli 2006 – März 2007	Analyse von Krankenakten	-

**k.A.** = keine Angabe

**N** = Anzahl der Personen in der untersuchten Stichprobe

Sekundärdaten in Form von Gesundheitssurveys (Kroll & Lampert 2013), Volkszählungen (Doblhammer, Rau & Kytir 2005), Routinedaten (Versicherungsdaten, ambulante Daten, stationäre Daten) (Hauswaldt et al. 2012, Wilbacher et al. 2011, Kailuweit 2010, Schönermark 2010, Wesenauer & Sebinger 2009, Wooden et al. 2009, Nordheim et al. 2006, Etemad & McCollom 2005, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003, Kuhlmeier et al. 2003) und Screeningdaten (Aarts et al. 2011) werden häufig zur Identifizierung von HochnutzerInnen verwendet. Kostendaten kommen in ökonomisch orientierten Studien zum Einsatz (Hartmann et al. 2012, Fleishman & Cohen 2010, Moturu et al. 2008, Yarger et al. 2008, Zhao et al. 2003, Rakovski et al. 2002, Ash et al. 2001). Die Erhebung von Primärdaten erfolgt vor allem, wenn Merkmale der HochnutzerInnen untersucht werden (Scott et al. 2013, Burgdorf et al. 2007, Kapur et al. 2004, Roick et al. 2004, Little et al. 2001, Vedsted et al. 2001).

Der quantitative Forschungsansatz ist die Domäne für die Beschreibung und Analyse von HochnutzerInnen. Nur wenige Studien verwenden zur Operationalisierung der HochnutzerInnen einen Kohortenansatz (van Steenkiste et al. 2010, Vedsted et al. 2001). Dies bedeutete etwa eine Stichprobe eines bestimmten Geburtsjahrgangs prospektiv und über einen gewissen Zeitraum auf Leistungsanspruchnahme zu untersuchen. Eine prospektive Kohortenstudie wäre der präziseste Ansatz zur Erfassung der Inanspruchnahme von Leistungen, in Bezug auf Merkmale der jeweiligen Personen (Frick & Frick 2008).

Es bestehen unterschiedliche Methoden zur Identifikation von HochnutzerInnen. Die Methodenwahl sollte sich nach der Fragestellung, dem Ziel, den zur Verfügung stehenden Daten und den verfügbaren Ressourcen richten (Hartmann et al. 2012).

Meist sind es aber Routinedaten (Leistungsdaten), die zur Identifizierung von HochnutzerInnen verwendet werden, und zwar in einem Querschnittsdesign (Stichprobe zu einem bestimmten Zeitpunkt) oder in einer retrospektiv ausgewerteten Zeitstrecke (Stichprobe innerhalb eines bestimmten Zeitraumes). Die Sekundärdatennutzung von Routinedaten birgt das Problem, dass die primäre Datengenerierung für einen anderen Zweck als für die wissenschaftliche Fragestellung erfolgte (Swart & Ihle 2005). Weiteres können Routinedaten für die Zwecke der Versorgungsforschung oft nur zurückhaltend genutzt werden, weil sich über die Zeit hinweg Rahmenbedingungen, Parameter-Ausprägungen und Bewertungen verändern können (Ihle & Swart 2008). Trotz dieser Mängel sind Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen valide und aktuell und damit unverzichtbar (Hauswaldt et al. 2013). Durch die Einführung einheitlicher Diagnose- und Leistungskodierungen im intra- und

extramuralen Bereich und die damit verbundene steigende Transparenz könnte die Qualität von Routinedaten zukünftig weiter gesteigert werden (Hinteregger 2012).

### **3.1.2. Fokus behandlungsintensiver Populationen**

Kosten stehen bei der Messung der Behandlungsintensität oftmals im Vordergrund, weil die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sehr teuer ist (Desai et al. 2013, Kroll & Lampert 2013, Keller et al. 2007, Keller et al. 2003). In vielen Ländern steigen die Leistungsausgaben bei HochnutzerInnen mit zunehmender Tendenz und daher wird hinsichtlich der Untersuchung von HochnutzerInnen häufig dieser Fokus gewählt (Hauswaldt, Hummers-Pradier & Junius-Walker 2012, Kailuweit 2010). Eine Prognostizierung der genauen Kosten, die durch HochnutzerInnen verursacht werden, steht dabei im Vordergrund. Vor allem in den USA ist der Untersuchungsgegenstand vieler themenspezifischen Studien kostenorientiert (Fleishman & Cohen 2010, Moturu et al. 2008, Yarger et al. 2008, Zhao et al. 2003, Rakovski et al. 2002, Ash et al. 2001), die einzige Ausnahme bildet die Studie von Etemad & Mc Collam (2005), welche charakterorientiert ist.

Bei der Untersuchung von Behandlungsintensität geschieht die Analyse häufig im Hinblick auf die teuersten chronischen Erkrankungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen 2001). Kailuweit (2010) zeigte, dass psychische und Verhaltensstörungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen die kostenintensivsten Erkrankungen im deutschen Gesundheitswesen darstellen. Der stärkste Kostenzuwachs konnte für psychische und Verhaltensstörungen festgestellt werden.

Neben den teuersten Erkrankungen werden auch häufig Erkrankungen oder Symptome mit einer sehr hohen Prävalenz in der Bevölkerung untersucht. Dazu zählt zum Beispiel Schmerz (Kailuweit 2010). Auch häufig auftretende Erkrankungen mit unterschiedlichen Verläufen wie Diabetes, COPD, Schizophrenie (Desai et al. 2013, Hartmann et al. 2012), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kirch et al. 2008, Etemad & McCollam 2005), Dialyse (Keller et al. 2007) und Parkinson (Keller et al. 2003) werden in der Versorgungsforschung oft hinsichtlich deren Behandlungsintensität untersucht. Die höchste Priorität bei der Analyse von HochnutzerInnen haben dennoch psychische Erkrankungen. Sehr viele internationale Studien



legen darauf ihren Fokus (Hartmann et al. 2013, Hartwich et al. 2012, Wooden et al. 2009, Frick & Frick 2008, Kapur et al. 2004, Spießl et al. 2002, Vedsted et al. 2001).

Neben der Eingrenzung auf unterschiedliche Erkrankungen wird hinsichtlich der Identifizierung von HochnutzerInnen auch auf diverse soziodemografische Subgruppen in der Bevölkerung eingeschränkt. So wurden in einigen Studien ausschließlich ältere Personengruppen im Hinblick auf Hochnutzung untersucht (Kuhlmey 2011, Kuhlmey et al. 2003, Nordheim et al. 2006). Begründet wurde dies aufgrund der demografischen Entwicklung, die mit einer starken Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe einhergeht.

In einigen weiteren Studien stehen die Charakteristika der HochnutzerInnen im Fokus (Hartmann et al. 2012, Kapur et al. 2004, Roik et al. 2004, Spießl et al. 2002, Little et al. 2001, Vedsted et al. 2001). Hierfür sind vor allem Primärdaten nützlich.

### **3.1.3. Merkmale behandlungsintensiver Populationen**

#### **Internationale Ergebnisse**

Vor allem Neubildungen und chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel Kreislauferkrankungen, erfordern eine hohe Anzahl an medizinischen Leistungen (Statistik Austria 2007, Bottle et al. 2006, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003). Sehr oft sind es ältere Frauen und Männer, die – auch mehrere – chronische Erkrankungen haben. So ist im Vergleich zu jüngeren PatientInnen bei Frauen und Männern über dem 70. Lebensjahr die Krankenhauswiederaufnahme deutlich höher (Fealy et al. 2011, Kirby et al., 2011, Bottle et al. 2006, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003). Für eine deutsche Krankenversicherung konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der HochnutzerInnen RentnerInnen sind. Die wenigsten Leistungen von Krankenversicherungen nahmen in dieser Studie Selbstständige in Anspruch (Kailuweit 2010). Auch in anderen Ländern werden Ältere meist als HochnutzerInnen von Gesundheitsleistungen identifiziert (Fealy et al. 2011, Kirby et al. 2011, Moore et al. 2009, Donker et al. 2008). Speziell ältere Personen in vulnerablen sozialen Netzwerken werden von Fealy et al. (2011) und Byrne et al. (2003) als Risikopersonen für hohe Inanspruchnahmen

gesundheitlicher Leistungen erkannt. Deutsche Krankenkassendaten zeigten, dass bei älteren Krankenversicherten (> 60 Jahre) die Hochnutzung von Krankenkassenleistungen ein mehrdimensionales Phänomen darstellt und verschiedene Ausprägungen auf unterschiedliche Versicherte zutreffen. Somit kann keine einheitliche Risikogruppe unter älteren, deutschen HochnutzerInnen identifiziert werden (Nordheim et al. 2006).

Die „red herring-Hypothese“ besagt, dass die alternde Gesellschaft nur einen geringen Einfluss auf zunehmende Gesundheitsausgaben hat, da sich die Pflegebedürfnisse zeitlich verschieben und Erkrankungen daher erst später auftreten (Statistik Austria 2013, Breyer 2010, Werblow, Felder & Zweifel 2007). Breyer et al. (2010) kommentierten, dass die Alterung der Bevölkerung lediglich einen 0,5%-igen Anstieg der Gesundheitsausgaben ausmacht. Somit geht die höhere Lebenserwartung mit einer höheren Anzahl an gesunden Lebensjahren einher (Doblhammer, Kreft & Dethloff 2012, Doblhammer & Kreft 2011). Dies konnte auch für Österreich nachgewiesen werden (Doblhammer & Kytir 2001). Vielmehr führt jedoch der demografische Wandel zu einer deutlichen Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung und zu steigenden Gesundheitsausgaben durch die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die älteren Generationen.

PatientInnen mit psychischen Problemen, wie beispielsweise einer Depression, weisen ebenfalls eine hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auf (Scott et al. 2013, den Boer-Wolters et al. 2010, Donker et al. 2008, Blank et al. 2005, Byrne et al. 2003, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003, Little et al. 2001, Vedsted et al. 2001, Williams et al. 2001). Die Ursachen einer Depression sind vielschichtig (biologische, psychische und soziale Faktoren). Das Zusammenwirken solcher Faktoren führt meist zum Ausbruch dieser Erkrankung, und die Zunahme von Stress und die Reduktion tragfähiger, sozialer Beziehungen steigern die Prävalenz von Depressionen. In vielen Fällen beginnt die Behandlung der Depression erst sehr spät. Häufige Gründe sind die Falschdiagnose und Fehlversorgung mit Arzneimitteln. Dies erschwert die Behandlung enorm. Daher ist die Früherkennung einer Depression für eine bestmögliche Versorgung sehr bedeutend (Kailuweit 2010).

Auch qualitative Studien bestätigen, dass Personen mit hoher Inanspruchnahme häufig über psychosoziale Probleme und vielfältige Erkrankungen klagen (Wooden et al. 2009, Hansagi et al. 2001, Olsson & Hansagi 2001, Pope et al. 2000). Kailuweit (2010) stellte fest, dass bei psychischen Erkrankungen die Anzahl der Krankenstandstage beziehungsweise Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zu allen anderen Erkrankungen rapide zunimmt. Eine

Studie aus den USA fand heraus, dass Personen mit psychischen Erkrankungen Notfallaufnahmen dreimal häufiger aufsuchen als PatientInnen ohne psychische Störungen (Franklin & Fiebrig 2012).

Der soziale Faktor spielt bei der Charakterisierung behandlungsintensiver Populationen auch eine bedeutende Rolle (Bottle et al. 2006, Roick et al. 2004). In der wissenschaftlichen Literatur wird die hohe Inanspruchnahme durch Frauen und Männer mit niedriger Schichtzugehörigkeit genannt. Ergebnisse zeigen, dass ein starker Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Status gegeben ist (Marmot 2005). In Studien zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen war dieser Zusammenhang mit der sozialen Schicht trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern deutlich (Moore et al. 2009). Bei Männern in Deutschland, welche der niedrigsten Einkommensgruppe angehören, wurde eine 1,3-mal höhere Anzahl an ÄrztInnenvisiten und eine 2,2-mal höhere Anzahl an Spitalsaufenthalten pro Jahr festgestellt, im Vergleich zu Männern in der höchsten Einkommensgruppe. Bei deutschen Frauen betragen die entsprechenden Differenzen 1,1 und 1,3 (Kroll & Lampert 2013).

Ein weiteres Charakteristikum von PatientInnen einer behandlungsintensiven Population, welches in internationalen Studien aufgezeigt wurde, war männliches Geschlecht (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003, Moore et al. 2009, Scott et al. 2012, Byrne et al. 2003). Eine häufigere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen weisen auch Personen mit Migrationshintergrund auf (Gulis 2009, Bottle et al. 2006). Van Steenkiste et al. (2010) konnten auch einen Zusammenhang zwischen hoher Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und dem Body Mass Index finden.

In der nachfolgenden Tabelle werden jene Faktoren aus der internationalen Literatur angeführt, die einen Einfluss auf die Behandlungsintensität haben. Faktoren, die von mindestens zwei Literaturquellen belegt wurden, sind in der Tabelle genannt.

**Tabelle 4: Faktoren aus der internationalen Literatur, die einen Einfluss auf die Behandlungsintensität haben**

Chronische Erkrankung
Psychosoziale Probleme
Alter
Sozialstatus
Geschlecht
Nationalität /Ethnie /Migrationshintergrund

### **Nationale Ergebnisse**

Wie auch in internationalen Studien werden in Österreich ältere Generationen als behandlungsintensive Population angesehen (Winkler et al. 2012, Österreichisches Institut für Familienforschung 2007). Für MigrantInnen hingegen wurde eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen festgestellt. Dies bezieht sich vor allem auf die Behandlung mit Arzneimitteln. Bencic et al. (2009) argumentieren, dass in anderen Kulturen Arzneimitteln in der medizinischen Behandlung weniger Aufmerksamkeit geschenkt wird, als dies beispielsweise in vielen westlichen Ländern der Fall ist.

Auch der Sozialfaktor ist in Österreich hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bedeutend. Menschen mit niedrigem Einkommen kontaktieren deutlich häufiger AllgemeinmedizinerInnen als Personen mit höherem Einkommen. Diese wenden sich hingegen eher an FachärztInnen als an AllgemeinpraktikerInnen (Kalteis 2010, Wesenauer & Sebinger 2009). Erwerbslose Frauen und Männer beanspruchen auch öfter medizinische Leistungen als jene mit einem aufrechten Dienstverhältnis. Menschen mit prekären Dienstverhältnissen, wie Leasingbeschäftigte, werden auch als vulnerable Gruppe behandlungsintensiver Populationen betrachtet. Sie weisen deutlich mehr Krankenhaustage und Arbeitsunfähigkeitstage auf als Personen in einem Regelarbeitsverhältnis. Des Weiteren konnte aufgezeigt werden, dass Leasingbeschäftigte häufiger an psychischen Problemen leiden. Dies wurde durch die Anzahl psychiatrischer Leistungen und über Verordnungen von Psychopharmaka gemessen. Gesundheitsförderung sollte für diese betroffene Gruppe in Österreich künftig mehr Beachtung finden (Ottendörfer et al. 2011, Bencic et al. 2009). Ottendörfer et al. (2011) empfehlen auch, eine bessere Gesundheitskompetenz bei LeiharbeiterInnen zu erzielen. National gilt es, auch regionale Unterschiede im Hinblick auf

die medizinische Versorgung zu berücksichtigen (Wilbacher et al. 2013, Wilbacher et al. 2011, Fischer 2009, Statistik Austria 2008, Rieder et al. 2003).

In der Tabelle 5 sind Faktoren genannt, die laut der recherchierten nationalen Literatur einen Einfluss auf die Behandlungsintensität haben. Faktoren, die von mindestens zwei Literaturquellen belegt wurden, sind in der Tabelle angeführt.

**Tabelle 5: Faktoren aus der nationalen Literatur, die einen Einfluss auf die Behandlungsintensität haben**

Psychosoziale Probleme
Alter
Sozialstatus
Beschäftigungsverhältnis

### 3.2. Behandlungsbedarf

Für die Implementierung zielgruppenspezifischer Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und der Krankenversorgung ist die Identifikation von Populationen mit einem hohen Behandlungsbedarf notwendig.

Es existiert derzeit keine allgemeingültige Definition zum Begriff Behandlungsbedarf (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2011, Jacobi 2004). Versicherungen in Deutschland etwa beschreiben einen Behandlungsbedarf als eine medizinische Versorgung, die gesetzlich festgelegt ist und einer jährlichen Überprüfung bedarf. Ein wichtiger Faktor ist dabei die Anzahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen und die Krankheitsstruktur der Versicherten. Ein weiterer Punkt sind die Leistungen der ÄrztInnen, die nach einem vorgeschriebenen Leistungskatalog abgerechnet werden. Eine Grundlage zur Berechnung des Behandlungsbedarfs stellt auch der Umfang der vertragsärztlichen Leistungen mit Leistungsverlagerung zwischen ÄrztInnen und Krankenhäusern dar, sowie ferner die Form, in welcher die Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden (Gesundheitswesen Magazin 2009). Von einer Arbeitsgruppe wird Behandlungsbedarf – nicht im Sinne von Versicherungen oder gesetzlichen Rahmenbedingungen – als eine Beeinträchtigung des Funktionsniveaus (inter- oder intraindividuelle Norm) bezeichnet, welche auf eine behandelbare Ursache zurückzuführen ist (Bebbington et al. 1996).

Im Hinblick auf psychische Erkrankungen bestehen Versuche, den Behandlungsbedarf zu definieren. Andrews und Henderson (2000) geben folgende Kriterien für psychische Probleme und Beschwerden an:

- Vorliegen eines anerkannten Gesundheitsproblems (mögliche Operationalisierung durch Einordnen in eine ICD-10 Diagnose)
- Beeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsproblems
- Vorliegen effektiver Behandlungsmaßnahmen
- Subjektive Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen und Akzeptanz der zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen

### 3.2.1. Messindikatoren und Datenquellen

Zumeist wird der Behandlungsbedarf nicht durch Sekundärdaten analysiert, sondern es wird die Erhebung von Primärdaten empfohlen – vor allem bei der Untersuchung merkmalsorientierter Charakteristika (Donker et al. 2008).

Der Bedarf psychiatrischer PatientInnen wurde von Roick et al. (2004) beispielsweise mittels Interviews erhoben. Gängige Items zur Erhebung des Behandlungsbedarfs bei psychischen PatientInnen sind:

- *„An wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen waren Sie wegen seelischer, psychosomatischer oder psychischer Probleme überhaupt nicht in der Lage, Ihre normalen Alltagsaktivitäten (Schule, Arbeit, Haushalt, Studium) auszuführen?“*

oder

- *„An wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen waren Sie wegen seelischer, psychosomatischer oder psychischer Probleme zumindest leicht eingeschränkt, Ihre normalen Alltagsaktivitäten (Schule, Arbeit, Haushalt, Studium) auszuführen?“*

(Jacobi 2004)

Unterschiedliche Messinstrumente wie beispielsweise der „Perceived Need for Care Questionnaire“ helfen dabei, den Behandlungsbedarf von Personen mit psychischen Belastungen einzuschätzen (Meadows et al. 2002).

Weitere Primärdaten in Form von Interviews wurden auch von Fernández de la Hoz und Pfliegerl (2001) erhoben, um den Behandlungsbedarf bei MigrantInnen aufzuzeigen. Dazu wurden Personen mit Migrationshintergrund sowie ExpertInnen des Gesundheitswesens interviewt. Ziel war es, durch qualitative Interviews Barrieren in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen aufzuzeigen. Als weitere Methode zur Identifizierung des Behandlungsbedarfs wurden in manchen Studien Literaturrecherchen durchgeführt (Ottendörfer et al. 2011, Christensen et al. 2009).

Um die Bedürfnisse von PatientInnen in den unterschiedlichen Regionen Österreichs zu erheben, führte der HVSV eine repräsentative Befragung durch, in welcher Erfahrungen und Einstellungen der Bevölkerung zum Gesundheitssystem und zur ärztlichen Versorgung im

niedergelassenen Bereich abgefragt wurden. Zur Messung der Versorgungssituation wurde der Indikator „Wartezeiten“ eingesetzt. Während kurze Wartezeiten Hinweis auf eine Überversorgung liefern, weisen lange Wartezeiten auf eine Unterversorgung hin. Lange Wartezeiten geben Aufschluss darüber, in welchen Regionen Versorgungslücken und ein erhöhter Versorgungsbedarf vorliegen (Fischer 2009).

Als Sekundärdaten zur Messung des Behandlungsbedarfs wurden in den verschiedenen Studien Sterbeaufzeichnungen (Doblhammer et al. 2012, Rau et al. 2008, Doblhammer et al. 2005), Volkszählungen (Doblhammer et al. 2005) und Gesundheitserhebungen (Rau et al. 2008, Statistik Austria 2008) herangezogen. In Österreich wurden hinsichtlich der Gesundheitserhebungen hauptsächlich Mikrozensusdaten (Meichenitsch 2004, Schwarz 2003, Statistik Austria 2002, Doblhammer & Kytir 2001) oder Daten der letzten Gesundheitserhebung, dem AT-HIS 2006/07 (Statistik Austria 2008, Statistik Austria 2007), herangezogen.

Für Österreich bildet der subjektive Gesundheitszustand aus dem AT-HIS 2006/07 einen guten Richtwert für das allgemeine Wohlbefinden der Menschen, weil neben den körperlichen auch psychische und soziale Faktoren in die Antwort miteinfließen (Statistik Austria 2008). Screeningdaten wurden von Vermeer & van den Muijsenbergh (2010) untersucht, um die Teilnahme der verschiedenen Bevölkerungsgruppen am Screening aufzuzeigen.

Wilbacher et al. (2011) haben mit Hilfe von österreichischen Sozialversicherungsdaten den sozioökonomischen Status von Versicherten berechnet, um Populationen mit erhöhtem sozialen Risiko zu identifizieren und in Folge dieser Gruppe im Hinblick auf deren Gesundheitsversorgung mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Folgende gesundheitliche Sozialdeterminanten wurden betrachtet: sozialer Gradient, Stress, soziale Ausgrenzung, Arbeitsbeschäftigung und Einkommen.

Die Darstellung des Behandlungsbedarfs über Routinedaten ist äußerst schwierig, weil es meist an relevanten Variablen in ausreichender Qualität fehlt. Im Vergleich zu Feldstudien ist die Repräsentativität von Routinedaten bei einer Zufallsauswahl eingeschränkt. Nur ein kleiner Teil jener behandlungsbedürftigen Frauen und Männer sucht aktiv eine Behandlung auf. Es herrscht somit ein „Inanspruchnahme-Bias“ (Jacobi & Harfst 2011). Der Miteinbezug sozialempirischer Daten in die Versorgungsforschung wird daher von Pfaff et al. (2009) empfohlen.



### 3.2.2. Fokus behandlungsbedürftiger Populationen

Im Fokus behandlungsbedürftiger Populationen steht die Versorgung von PatientInnen mit diversen Risikofaktoren. Die soziale Ungleichheit spielt dabei eine entscheidende Rolle (Ottendörfer 2013, Bencic 2012, Aarts et al. 2011, Moineddin et al. 2011, Donker et al. 2008, Marmot 2005). Personen aus niedrigen Sozialschichten haben in der Regel einen schlechteren Gesundheitszustand und größere Zugangsbarrieren zu einer optimalen Versorgung (Wilkinson & Pickett 2009, Wilkinson 2005). Diese Bevölkerungsgruppe wird daher häufig im Hinblick auf den Behandlungsbedarf untersucht.

Der sozioökonomische Status innerhalb von MigrantInnenfamilien ist tendenziell niedriger als jener von Einheimischen. MigrantInnen zählen zu einer Subgruppe innerhalb einer Bevölkerung, von der angenommen wird, dass sie im Hinblick auf die medizinische Versorgung benachteiligt ist. MigrantInnen zählen daher auch zu jenen Gruppen, die häufig im Fokus von Untersuchungen des Behandlungsbedarfs stehen (Straßmayr et al. 2012, Mielk 2005, Fernández de la Hoz & Pfliegerl 2001).

Ein niedriger Sozialstatus kann auch ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen sein. Insgesamt werden Personen mit psychischen Erkrankungen und Beschwerden in Studien häufig als behandlungsbedürftige Population angeführt (Universität Leipzig 2013, Straßmayr et al. 2012, Jacobi & Harfst 2011, Ottendörfer et al. 2011).

Auch die Pflegebedürftigkeit stellt ein Versorgungsrisiko dar und betrifft vor allem Frauen und Männer ab dem 65. Lebensjahr (Kuhlmey 2011). Die Untersuchung des Behandlungsbedarfs bei älteren Generationen soll dabei unterstützen, die Versorgung dieser Population zu optimieren (Österreichisches Institut für Familienforschung 2007).

### 3.2.3. Merkmale behandlungsintensiver Populationen

#### **Internationale Ergebnisse**

Internationale Studien zeigen, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus einen höheren Behandlungsbedarf haben. Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status weisen eine

geringere Teilnahme an Screeninguntersuchungen (Brustkrebs, Pap-Abstrich) und eine insgesamt geringere Gesundheitskompetenz auf. Auch die Überlebensraten von sozial schwächer eingestuften Personen sind deutlich niedriger als jene von Personen mit höherem sozioökonomischen Status. Untersuchungen zeigten auch, dass solche Personen beschränktere Zugänge zur Gesundheitsversorgung haben (Aarts et al. 2011, Moineddin et al. 2011, Donker et al. 2008, Marmot 2005, Roick et al. 2004).

Das Vorliegen psychischer Probleme ist auch ein Hinweis auf einen höheren Behandlungsbedarf (Jacobi & Harfst 2011, Wolf et al. 2008, Vedsted et al. 2001). Eine allgemeingültige Definition von Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Probleme existiert bislang nicht. Jacobi & Harfst (2011) beschreiben, dass es in Deutschland regional an Bedarfsgerechtigkeit hinsichtlich psychotherapeutischer Angebote fehlt. Auch wenn eine vermehrt spezifische Behandlung in der Folge Mehrkosten verursacht, könnte die Kosteneffektivität des Versorgungssystems durch die Vermeidung von Fehlbehandlungen und die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei gleichbleibenden Gesundheitskosten erhöht werden.

Der Depression im Alter wird häufig wenig Beachtung geschenkt (Universität Leipzig 2013). Der psychotherapeutische Behandlungsbedarf wird bei älteren Menschen in Deutschland (> 60 Jahre) auf bis zu 10% geschätzt. Konzepte zur Behandlung älterer Menschen sind daher dringend erforderlich (Wolf et al. 2008). Auch bei deutschen Kindern im Schulalter gibt es bei knapp einem Viertel Hinweise für psychische Auffälligkeiten. Die Früherkennung und Behandlung dieser Störungen ist bedeutsam, weil diese oft Vorläufer von psychischen Störungen im Erwachsenenalter darstellen (Universität Leipzig 2013).

Bei einer Untersuchung zur mentalen Versorgung von MigrantInnen in Europa zeigte sich, dass folgende Punkte häufig Barrieren darstellen: fehlender Rechtsanspruch auf eine Behandlung in einigen Ländern, fehlende Kenntnis über das Recht auf Versorgung, administrative Hindernisse, Mangel an kulturell-sensibler Betreuung und Angst vor einer Ausweisung (Straßmayr et al. 2012). MigrantInnen wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung oft erschwert, was zumeist mit sprachlichen Barrieren zusammenhängt. Hinsichtlich der Beratung zur gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen zählen NGOs zu den wichtigsten Anlaufstellen (Straßmayr et al. 2012, Vermeer & van den Muijsenbergh 2010).

Personen mit eingeschränkter physischer Aktivität weisen auch einen erhöhten Behandlungsbedarf auf. Dies ist häufig bei älteren Personen der Fall. So betrifft die Pflegebedürftigkeit, die ein großes Versorgungsrisiko darstellt, vor allem Frauen und Männer ab dem 65. Lebensjahr (Giné-Garriga 2013, Kuhlmeier 2011).

In der nachfolgenden Tabelle werden jene Faktoren aus der internationalen Literatur angeführt, die einen Einfluss auf den Behandlungsbedarf haben. Faktoren, die von mindestens zwei Literaturquellen belegt wurden, sind in der Tabelle genannt.

**Tabelle 6: Faktoren aus der internationalen Literatur, die einen Einfluss auf den Behandlungsbedarf haben**

Psychosoziale Probleme
Sozialstatus
Nationalität
Pflegebedürftigkeit

### **Nationale Ergebnisse**

Eine Reduktion der sozialen Ungleichheit ist seit den 1980ern eines der Hauptziele der WHO Europe (WHO Regional Office for Europe 2002), für Österreich aber nur schwer zu bewältigen (Rau et al. 2008). Bencic (2012) betont, dass eine der großen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung in Österreich die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen betrifft. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status weisen in Österreich einen höheren Behandlungsbedarf auf. Je niedriger beispielsweise das Einkommen oder die Bildung von Personen ist, desto schlechter ist auch deren Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten (Ottendörfer 2013, Meichenitsch 2004, Schwarz 2003). So weisen Personen mit niedrigem Bildungslevel in Österreich eine deutlich höhere Mortalität bei Kreislauferkrankungen, speziell bei ischämischer Herzerkrankung, auf. Auch einkommensschwache Personen sind in der Krankenversorgung benachteiligt (Rau et al. 2008). Vor allem deshalb, weil eine deutliche Unterversorgung solcher PatientInnen besteht (Ottendörfer et al. 2011). Niedrige Behandlungsquoten und lange Wartezeiten geben Hinweise darauf. Außerdem gibt es einen Mangel an ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten. Innerhalb Österreichs herrschen insgesamt regionale Differenzen

hinsichtlich des sozioökonomischen Status (Wilbacher et al. 2011), die es bei der Untersuchung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen gilt. Unterschiede in der Mortalität nach Bildungslevel und sozioökonomischem Status haben in Österreich zwischen 1981 und 1992 nur bei Männern zugenommen. Diese Zunahme beschränkt sich auf die Altersgruppe der 50- bis 75-Jährigen. Verantwortlich für diesen Anstieg der Sterblichkeitsunterschiede ist die Untergruppe der Männer mit tertiärem Bildungsniveau, deren Mortalität schneller abnahm als in den anderen Bildungsgruppen. Bei Frauen in Österreich konnte kein Trend für denselben Zeitraum gefunden werden (Doblhammer et al. 2005).

Armut und Gesundheit sind stark miteinander assoziiert (Ottendörfer 2013, Kalteis 2010). In diesem Zusammenhang sollten die in Österreich am stärksten armutsgefährdeten Populationen (alleinerziehende Frauen, RentnerInnen und Mehrkinderfamilien) spezielle Berücksichtigung bei der Gesundheitsversorgung finden (Statistik Austria 2011).

Ältere Generationen in Österreich sollen laut Winkler et al. (2012) im Hinblick auf den Behandlungsbedarf näher betrachtet werden. Untersuchungen zeigten, dass die Bedeutung des Lebensstils beziehungsweise gewisser gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen mit zunehmendem Alter an Bedeutung verlieren. Für die Gesundheitserhaltung bis ins hohe Alter sind regelmäßige körperliche Bewegung, gesunde Ernährung und stabile soziale Netzwerke von großer Bedeutung. Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sollten in Österreich daher gezielt für ältere Bevölkerungsgruppen entwickelt werden. Seit dem Jahr 2003 werden vom Fonds Gesundes Österreich mehrere Projekte gefördert, um die Aktivitäten älterer Frauen und Männer zu fördern. Das Österreichische Institut für Familienforschung (2007) erklärt, dass der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen aufgrund des demografischen Wandels in Österreich speziell bei den über 80-Jährigen ansteigen wird. Aufgrund der Zunahme der Einfamilienhaushalte, auch unter den Ältesten, steigt auch die Zahl jener Personen, die ihren Alltag im Alter alleine bewältigen müssen. Die Angehörigenpflege wird zukünftig abnehmen. Gründe sind etwa die Zunahme kinderloser Personen, höhere Frauenerwerbsquoten sowie Trennungen und Scheidungen. In Städten und Gemeinden mit Bevölkerungsgewinn muss auch mit einem steigenden Pflegebedarf gerechnet werden. Daher soll der Unterstützung außerfamiliärer Netzwerke in Österreich zukünftig größere Bedeutung beigemessen werden.

Der HVSV hat innerhalb Österreichs eine NutzerInnenbefragung durchgeführt, um Einblicke zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich zu ermöglichen. Der Miteinbezug der PatientInnenpräferenzen soll bei der Bedarfsplanung unterstützend wirken. Es konnten

regional zeitlich unterschiedliche Zugänge zu ÄrztInnen aufgezeigt werden. Bei einem sehr geringen Anteil der Befragten kam es aufgrund von Wartezeiten zwischen Terminvereinbarung und ÄrztInnenbesuch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Diese Ergebnisse sollten weiter hinterfragt werden. Insgesamt sind noch weitere Analysen notwendig, um präzisere Aussagen zum Versorgungsbedarf innerhalb Österreichs treffen zu können (Fischer 2009).

Als einer der zentralen Gesundheitsrisiken für Mädchen und Frauen nennt die WHO Gewalt gegen Frauen. Das Frauengesundheitszentrum in Graz beschreibt Gewaltopfer als vulnerable Gruppe im Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen stellt eine sehr wichtige Anlaufstelle für Betroffene dar. Gewalt wird nach wie vor als Tabuthema behandelt. In der Ausbildung und in Fortbildungen von Gesundheitsberufen sollte dieses Thema vermehrt beleuchtet werden, sodass MitarbeiterInnen damit nicht überfordert sind, somit Auswirkungen von Gewalt erkennen und entsprechend professionell handeln können (Frauengesundheitszentrum 2008).

Frau Mag. Groth, MAS vom Frauengesundheitszentrum betont weiters, dass die Berücksichtigung von Sex- (biologisches Geschlecht) und Genderspezifika (soziales/soziokulturelles Geschlecht) in allen Variationen und auf allen Ebenen der Versorgung grundlegend ist, um Aussagen über den Behandlungsbedarf treffen zu können. Geschlechterspezifische Erhebungen und Auswertungen sind in der Versorgungsforschung zur Beurteilung von Versorgungsketten und möglicher geschlechterspezifischer Barrieren wichtig (Rásky et al. 2012). Im Gesundheitsverhalten, Krankheitserleben und bei der Bewältigung von Krankheiten bestehen Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Diese Unterschiede sind als wichtige Indikatoren in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2010). Beispielsweise erfolgt die medizinische Versorgung hochbetagter Frauen und Männer in unterschiedlichem Ausmaß, wobei Frauen im Vergleich zu Männern benachteiligt werden. Krankenhausaufnahmeraten und -aufenthaltsdauern sind bei Männern in Österreich signifikant höher als bei Frauen. Im Hinblick auf Schlaganfall liegt auch eine ungleiche Versorgung zu Ungunsten von Frauen vor. Eine Literatursuche ergab folgende Erklärungen:

- Altersstandardisierungen führen zur Unterschätzung der Betroffenheit von Frauen
- Frauenspezifische Risiken werden nur bedingt bemerkt
- Frauen und Männer könnten verschiedene typische Symptome aufzeigen

- Das Geschlecht könnte einen Einfluss auf die Darstellung der Symptome durch Betroffene und die Einschätzung der Angehörigen/ÄrztInnen haben (Rásky et al. 2012)

Eine Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung zum Thema Sex und Gender hat bereits stattgefunden. Dennoch ist in Zukunft weiter daran zu arbeiten, Sex und Gender als Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsforschung und Gesundheitsversorgung national zu verdeutlichen und daraus Konsequenzen zu ziehen (Rásky 2008). Wissen und Kompetenz in diesem Bereich werden in vielen Ländern als Schlüsselqualifikationen für die Gesundheitsversorgung gesehen (Hahn 2008).

Ferner stellen in der nationalen Literatur Personen mit Migrationshintergrund (Kizilhan 2010, Statistik Austria 2008), Adipositas (Großschädl & Stronegger 2013, Gesundheitsfonds Steiermark 2012, Schwarz 2003) und Suizidgefährdung (Gesundheitsfonds Steiermark 2012) eine Gruppe mit erhöhtem Behandlungsbedarf dar.

In Tabelle 7 werden jene Faktoren aus der nationalen Literatur genannt, die einen Einfluss auf den Behandlungsbedarf in Österreich haben. Faktoren, die von mindestens zwei Literaturquellen belegt wurden, werden in der Tabelle angeführt.

**Tabelle 7: Faktoren aus der internationalen Literatur, die einen Einfluss auf den Behandlungsbedarf haben**

Sozialstatus
Nationalität
Alter
Geschlecht
Region
Adipositas
Gewalt in der Familie

## 4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Für behandlungsintensive und behandlungsbedürftige Bevölkerungsgruppen Interventionen zu entwickeln, um ihre gesundheitliche Lage zu verbessern, liegt im Interesse der Betroffenen selbst, der Krankenkassen als Financiers der Leistungen und der Gesellschaft als Ganzes. Um möglichst gezielte Interventionen durchführen zu können, ist die Erkennung von Einflussfaktoren auf die Behandlungsintensivität und den Behandlungsbedarf vordringlich.

Die Literaturrecherche ergab folgende beeinflussende Faktoren: *Alter* (Bundesministerium für Gesundheit 2012, Fealy et al. 2011, Kirby et al., 2011, Wolf et al. 2008, Österreichisches Institut für Familienforschung 2007, Bottle et al. 2006, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003), *Sozialstatus* (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 2010, Jacobi & Harfst 2011, Wesenauer & Sebinger 2009, Wooden et al. 2009) *psychosoziale Probleme* (Scott et al. 2013, Jacobi & Harfst 2011, Ottendörfer et al. 2011, den Boer-Wolters et al. 2010, Donker et al. 2008, Wolf et al. 2008, Byrne et al. 2003) und *Nationalität* (Straßmayr et al. 2012, Kizilhan 2010, Vermeer & van den Muijsenbergh 2010, Gulis 2009, Statistik Austria 2008, Bottle et al. 2006). Sie haben auf beide Untersuchungsgegenstände, nämlich auf die Behandlungsintensivität *und* den Behandlungsbedarf, Einfluss. Ältere und alte Personen, Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus, Personen mit psychosozialen Problemen wie Depression und MigrantInnen sollten im Hinblick auf Über- und Unterversorgung besondere Beachtung finden, um diese nachzuweisen und dann zu beheben, mit dem Ziel einer adäquaten und effektiven Gesundheitsversorgung.

Die vielen internationalen Studien zur Behandlungsintensivität sind ein Hinweis darauf, dass dieses Thema nicht an ein bestimmtes Gesundheitssystem gebunden ist und in vielen Ländern auf das Interesse der ForscherInnen, GesundheitspolitikerInnen und GesundheitsökonomInnen stößt. Unterschiedliche Indikatoren werden verwendet, um behandlungsintensive Bevölkerungsgruppen (= HochnutzerInnen) zu identifizieren. Zu den meist verwendeten Messindikatoren zählen die Anzahl der Aufnahmen in stationäre Einrichtungen und das Aufsuchen von Ambulanzen (Franklin & Fiebrig 2012, Kirby et al. 2011, Bottle et al. 2006, Byrne et al. 2003) sowie die Anzahl an definierten ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakten (Hauswaldt et al. 2012, Hartwich 2012, Morris et al. 2012, van Steenkiste et al. 2010). Als HochnutzerInnen stuften AutorInnen jene Personen ein, die mindestens 4 Aufenthalte pro Jahr in einer stationären Einrichtung oder mindestens 4

Ambulanzbesuche aufwiesen. Für ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakte wurde in der Literatur kein gängiger Cut-Off-Wert genannt. Die meisten Studien legten einen Grenzwert von 20 Begegnungen / Jahr fest oder stuften jene 10 % der Studienpopulation als HochnutzerInnen ein, welche die meisten Kontakte zu ÄrztInnen aufwiesen. Die Wahl eines adäquat ausgewählten Cut-Off-Wertes ist für die Messung der Behandlungsintensität entscheidend und sollte daher im Vorhinein genau überlegt und an die verfügbaren Daten angepasst und überprüft werden. Insgesamt ist die Auswahl der Methodik zur Identifizierung behandlungsintensiver Populationen bedeutend. Fragestellung, Ziel, verwendbare Daten und Datenquellen sowie die vorhandenen Ressourcen sollten in die Auswahl der Methodik einfließen (Hartmann et al. 2012).

Bei näherer Betrachtung der Literatur wird ersichtlich, dass die Verteilung der HochnutzerInnen stark nach Erkrankung und Setting variiert. Während beispielsweise beim Krankheitsbild Herzinsuffizienz RentnerInnen den deutlich größten Anteil an HochnutzerInnen ausmachen, wurden beim Krankheitsbild Depression zumeist ArbeitnehmerInnen (mit deutlich mehr betroffenen Frauen) als HochnutzerInnen identifiziert. Betrachtet man das Inanspruchnahmeverhalten bezogen auf das Setting, so sind die Diagnose Depression betreffend RentnerInnen häufiger HochnutzerInnen im stationären und ArbeitnehmerInnen häufiger HochnutzerInnen im ambulanten Bereich (Kailuweit 2010).

Es zeigt sich, dass der Behandlungsbedarf insgesamt schwieriger zu messen ist als die Behandlungsintensität. Die meisten Studien widmen sich mit einem quantitativen Forschungsansatz der Beschreibung und Analyse von HochnutzerInnen. Im Gegensatz zur Behandlungsintensität erfolgt hier die Beurteilung von Populationen mit hohem Behandlungsbedarf meist durch Primärdatenerhebungen, so Befragungen mit entsprechenden Items zum Behandlungsbedarf (Roick et al. 2004). Bezüglich der Sekundärdaten bietet in Österreich der subjektive Gesundheitszustand aus dem AT-HIS 2006/07 einen guten Richtwert für das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung, weil neben den körperlichen auch psychische und soziale Faktoren in die Antwort miteinfließen (Statistik Austria 2008). Weitere Ansätze zur Darstellung behandlungsintensiver Gruppen in Österreich bieten Wilbacher et al. (2011). Sie haben mit Hilfe von österreichischen Sozialversicherungsdaten den sozioökonomischen Status von Versicherten berechnet, um Populationen mit erhöhtem sozialem Risiko zu identifizieren. Dadurch kann man dieser Gruppe im Hinblick auf deren Gesundheitsversorgung mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen. Folgende Determinanten



flossen in den sogenannten SÖS-Index ein: sozialer Gradient, Stress, soziale Ausgrenzung, Beschäftigungsstatus und Einkommen.

Als behandlungsbedürftige Population werden häufig Personen mit niedrigem Sozialstatus identifiziert. Die Gesundheitskompetenz dieser Personen ist generell niedriger einzustufen als bei Personen mit höherem sozioökonomischem Status (Bencic 2012, Aarts et al. 2011, Wilkinson & Pickett 2009, Wilkinson 2005). Für diese Personengruppe liegt in Österreich eine deutliche Unterversorgung vor (Ottendörfer et al. 2011). Daher wurde im Zuge der von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen zehn Rahmengesundheitsziele für Österreich auch ein Fokus auf die Erweiterung der Gesundheitskompetenz gelegt und die Chancengerechtigkeit als Ziel thematisiert. Das Rahmengesundheitsziel 3 stellt darauf ab, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, indem auch der Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information erleichtert wird. Gesundheitsinformationen sollen zielgruppenspezifisch und qualitativvoll aufbereitet und verständlich weitergegeben werden, um die Gesundheitskompetenz von Einzelnen zu stärken. Dies soll webbasiert, durch Broschüren oder auf persönlicher Ebene erfolgen (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Einige NGOs beschäftigen sich intensiv mit Bevölkerungsgesundheit. Sie können aufgrund ihrer Erfahrungen gute Hinweise darüber geben, für welche Subgruppen im Gesundheitsbereich ein erhöhter Behandlungsbedarf besteht. Das Frauengesundheitszentrum zum Beispiel beschreibt Gewaltopfer als vulnerable Gruppe im Gesundheitswesen und impliziert damit, dass das Gesundheitswesen eine sehr wichtige Anlaufstelle für Betroffene darstellt (Frauengesundheitszentrum 2008). Es wäre interessant, in Zukunft Themen zum Behandlungsbedarf über die NGOs zu generieren.

Als bereits bestehende Datenquelle zur Identifizierung von Faktoren behandlungsintensiver oder behandlungsbedürftiger Populationen, stehen Sekundärdaten in Form von Routinedaten zur Verfügung. Diese Daten könnten kostengünstig für solche Zwecke nutzbar gemacht werden. Studien haben gezeigt, dass vor allem die Identifizierung der HochnutzerInnen von Notfallambulanzen (Franklin & Fiebrig 2012, Kirby et al. 2011, Moore et al. 2009, Wooden et al. 2009, Bottle et al. 2006) durch Routinedaten gut darstellbar ist. Ein Nachteil in der Verwendung von Krankenkassen-Routinedaten liegt darin, dass Daten zu spezifischen ambulanten Leistungen und Leistungen in Spitalsambulanzen nicht verfügbar sind. Vor allem

bei der Identifizierung von HochnutzerInnen durch die Messung von ÄrztInnen-PatientInnen-Kontakten ist es fraglich, ob dieser Indikator zur Darstellung behandlungsintensiver Populationen valide eingesetzt werden kann. Auch in Studien, die Routinedaten anhand anderer Indikatoren analysierten, wird der fehlende Zugang zu Ambulanzdaten bemängelt (Bottle et al. 2006). Die Darstellung des Behandlungsbedarfs über Routinedaten ist äußerst schwierig, weil es meist an relevanten Variablen (wie zum Beispiel Bildung) in ausreichender Qualität fehlt. Im Vergleich zu Feldstudien ist die Repräsentativität daher bei Routinedaten eingeschränkt. Nur ein kleiner Teil der behandlungsbedürftigen Frauen und Männer strebt aktiv nach Behandlung, aber auch wenn dies der Fall ist, bilden Leistungsdaten dies nicht immer sichtbar ab. Es handelt sich daher um einen „Inanspruchnahme-Bias“ (Jacobi & Harfst 2011).

Arbeiten aus anderen Ländern haben gezeigt, dass es sich bei Untersuchungen zu Merkmalen von Personen mit hoher Behandlungsintensität und hohem Behandlungsbedarf häufig um Primärdatenerhebungen handelt (diese stehen vor allem bei Untersuchungen von Populationen mit hohem Behandlungsbedarf im Mittelpunkt). Deren Argument ist, dass Sekundärdaten meist nicht alle relevanten Prädiktoren enthalten (Hartmann et al. 2012). Es wäre interessant zu prüfen, ob die zur Verfügung stehenden Routinedaten der österreichischen Sozialversicherung geeignet sind, Populationen mit hoher Behandlungsintensität bzw. Populationen mit hohem Behandlungsbedarf zu identifizieren. Vor allem die Darstellung von HochnutzerInnen könnte durch Leistungsdaten erfolgen. Ein Beispiel dafür wäre die Messung der Intensität der Leistungsanspruchnahme im ambulanten Sektor.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es für Österreich insgesamt noch wenige Anhaltspunkte gibt, die aufzeigen, welche Bevölkerungsgruppen nun tatsächlich von hoher Behandlungsintensität oder hohem Behandlungsbedarf betroffen sind. Aus den Rückmeldungen der angeschriebenen Institutionen ging hervor, dass die Themen Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf im nationalen Feld der Gesundheitsforschung bisher nur wenig untersucht wurden. Die GÖG zum Beispiel schreibt: „...das Thema Personen mit hohem Behandlungsbedarf war bisher nicht explizit ein Erkenntnisinteresse der GÖG, weswegen wir dazu nur wenige Hinweise geben können.“ Eine Literatursuche zu diesem Thema und entsprechende weitere Untersuchungen zur Identifizierung betroffener Gruppen in Österreich wurden uns von vielen der angeschriebenen Institutionen angeraten. Diese wurde durchgeführt, die Ergebnisse wurden beschrieben. Weiterhin zu prüfen ist,

inwieweit eine Identifizierung der Ergebnisse aufgrund von Routinedaten tatsächlich möglich ist.

#### **4.1. Stärken und Limitationen**

Die Methodik dieser Arbeit ist eine Literaturrecherche, weshalb Stärken und Schwächen bezugnehmend auf die Literatursuche behandelt werden.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche könnte durch die Wahl der genutzten Metadatenbank PubMed limitiert sein, da diese möglicherweise nicht alle relevanten wissenschaftlichen Artikel zu diesem Themenbereich enthält. Allerdings handelt es sich bei der gewählten Datenbank um eine sehr umfangreiche Suchmaschine, welche sämtliche Titel aus anderen häufig verwendeten Datenbanken, wie Medline oder Elsevier, beinhaltet. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass interessante Artikel im Hinblick auf die Messindikatoren nicht gefunden wurden, da deren Schwerpunkt der Arbeit nicht auf dem Methodischen lag. Diesem Problem wurde jedoch durch eine zusätzliche Handrecherche entgegengewirkt. Außerdem wurde auf nationaler Ebene nach grauer Literatur gesucht, indem ausgewählte Institutionen hinsichtlich relevanter Literatur zum Thema angeschrieben und die rückgemeldeten Informationen hinsichtlich der Eignung für diese Arbeit analysiert wurden. Dies hatte den großen Vorteil, dass nicht publiziertes oder institutsinternes Wissen zum Thema in die Arbeit aufgenommen werden konnte und Inputs seitens der kontaktierenden Einrichtungen erfolgten.

Die ausgewählten Studien sind hinsichtlich ihrer Methodenwahl zum Teil sehr unterschiedlich, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Bei der Ergebnisinterpretation ist daher zu berücksichtigen, dass ein Vergleich behandlungsintensiver beziehungsweise behandlungsbedürftiger Populationen zwischen Ländern oder Einrichtungen nur dort stattfinden kann, wo sehr ähnliche Methoden in den einzelnen Studien zur Anwendung kamen. Insgesamt ist die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen zur Versorgungsforschung aus Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen und Rahmenbedingungen schwierig. Diese Limitation ist auch innerhalb Europas gegeben.

## 4.2. Empfehlungen

Bei der Untersuchung von Bevölkerungsgruppen empfiehlt sich eine Segmentierung in Subgruppen, um präzise Aussagen treffen zu können. Stratifizierungen nach Diagnosen, Inanspruchnahmefrequenzen oder sozioökonomischen Faktoren (Geschlecht, Alter, Bildung) sollen nach Möglichkeit erfolgen (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover 2003). Bei Untersuchungen zu Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf wird daher die Bildung homogener Gruppen empfohlen, um eine Vergleichbarkeit zu sichern (Hartmann et al. 2013). So wäre bei der Untersuchung von HochnutzerInnen etwa die Gruppe von DiabetikerInnen in Österreich zu identifizieren und im Hinblick auf entsprechende Leistungsanspruchnahmen stratifiziert nach Variablen, wie Geschlecht und Alter, zu analysieren.

Insgesamt soll in der Versorgungsforschung der Fokus vermehrt auf vulnerable Bevölkerungsgruppen gerichtet werden, um einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung gezielter entgegenwirken zu können (Bencic et al. 2009). Zur Messung der Behandlungsintensität wurden in Österreich bereits Ansätze entwickelt, mit denen vulnerable Subgruppen hinsichtlich ihrer beanspruchten Leistungen untersucht wurden (Bencic et al. 2009). Diese Ansätze gilt es weiter zu verfolgen und zu präzisieren. Dafür sollen Indikatoren definiert werden, anhand derer HochnutzerInnen in Österreich identifiziert werden können. Die Literatur gibt Anhaltspunkte dazu, welche Cut-Off-Werte für die Indikatorenentwicklung geeignet sind (Kapitel 3.1.1.). In einem Pilotprojekt wäre für ausgewählte Indikatoren zu prüfen, ob diese die Identifizierung von behandlungsintensiven Populationen in Österreich zulassen und valide abbilden können.

Für die Identifizierung von HochnutzerInnen durch Messen der Leistungsanspruchnahme empfehlen AutorInnen bei der Messung der Intensität der Inanspruchnahme möglichst viele Leistungsbereiche zu erfassen, um so auch wechselseitige Leistungskompensationsmöglichkeiten berücksichtigen zu können. Außerdem sollte ein entsprechend langer Untersuchungszeitraum festgelegt werden, damit dynamische Faktoren einer höheren Leistungsanspruchnahme mit danach eventuell gegenkompensierenden Folgen Berücksichtigung finden können (Frick & Frick 2008).

Insgesamt bieten gut aufbereitete Routinedaten ein großes Forschungspotenzial, da die Analyse der realen Versorgungssituation möglich ist. Oft stellen solche Daten die einzige Möglichkeit dar, Informationen über das Versorgungssystem zu gewinnen. Sie eignen sich für

viele medizinische und gesundheitsökonomische Fragestellungen. Es ist jedoch wichtig, bei der Entwicklung von Studiendesigns und bei der Ergebnisinterpretation die bestehenden Limitationen von Routinedaten zu beachten (Schneider 2013, Swart & Heller 2007). Eine wichtige Beschränkung von Routine- und Sozialdaten besteht darin, dass sie die subjektive Sicht der Versicherten und LeistungserbringerInnen auf die medizinische Versorgung nicht darstellen können. Individuelle Eigenschaften von PatientInnen und unterschiedliches Kodierverhalten schränken die Aussagekraft dieser Daten ein. Hier könnte eine Verknüpfung der Routinedaten mit Daten aus quantitativen und qualitativen Surveys helfen, die Behandlungsrealität besser abzubilden. Ein solcher Methoden-Mix würde es ermöglichen, ein Gesamtbild der Versorgungssituation unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zu erstellen (Pfaff et al. 2005).

Bei der Arbeit mit Routinedaten können bestimmte Störvariablen (Confounder), wie zum Beispiel Bildung oder Einkommen, meist nicht berücksichtigt werden. Dies muss in der Ergebnisinterpretation entsprechend erläutert werden. Confounder können zu einer systematischen Verzerrung einer Exposition-Wirkungs-Beziehung führen. Daher sind Störvariablen möglichst vollständig zu erfassen, um die Verzerrungseffekte besser eingrenzen zu können. Somit ist das Verlinken mit sozioökonomischen Variablen der Versicherten wünschenswert.

Hinsichtlich der Identifizierung behandlungsintensiver und behandlungsbedürftiger Populationen eignen sich Routinedaten eher für HochnutzerInnen. Die Darstellung des Behandlungsbedarfs über Routinedaten ist nämlich äußerst schwierig, weil es meist an relevanten Variablen in ausreichender Qualität fehlt. Das Miteinbeziehen sozialempirischer Daten in die Versorgungsforschung wird daher von Pfaff et al. (2009) empfohlen.

Um den Behandlungsbedarf darzustellen, empfiehlt die GÖG Auswertungen in Richtung einer vertiefenden Cluster-Analyse auf Basis der österreichischen Gesundheitserhebung (AT-HIS 2006/07) oder der Diagnosen-/Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten durchzuführen. Zu beachten wäre, dass solche Auswertungen immer nur auf den sich in Form einer tatsächlichen Inanspruchnahme manifestierenden „hohen Behandlungsbedarf“ und entsprechende PatientInnengruppen abstellen. Personen, die sich ihres hohen Behandlungsbedarfs nicht bewusst sind oder diesen nicht richtig einschätzen können oder wollen, sind durch diese Methode nicht erfassbar.

Anhand von Sekundärdaten kann der Behandlungsbedarf über die Variable „subjektives Wohlbefinden“ aus der österreichweiten Gesundheitserhebung (AT-HIS 2006/07) bestimmt werden. Um präzisere Aussagen zu Gruppen mit hohem Behandlungsbedarf innerhalb Österreichs treffen zu können, empfiehlt es sich, zukünftig auch weitere Items in die nationalen Gesundheitserhebungen einzubinden. Einige Vorschläge dazu finden sich in Kapitel 3.2.1.

Im niedergelassenen Bereich muss in Österreich in Zukunft einiges neu definiert werden, will man die Über- und Unterversorgung ausgleichen. Gaugg (2013) empfiehlt den HausärztInnensektor nach skandinavischem Vorbild umzustrukturieren und beispielsweise diplomiertes Pflegepersonal stärker in die Gesundheitsversorgung einzubinden. Um eine effiziente, patientInnenzentrierte und qualitativ hochwertige Versorgung aufzubauen, werden im ambulanten Sektor Hausbesuche durch speziell geschulte Assistenzberufe und Case-Management-Modelle mit entsprechend genügend Raum für Beratung und Kommunikation mit den PatientInnen empfohlen (Hauswaldt et al. 2012, van Steenkiste et al. 2010). Durch Case-Management erhofft man sich Einsparungen vor allem im Hinblick auf HochnutzerInnen. Der Kostenanteil, welcher durch Case-Management eingespart werden kann, ist jedoch unbekannt. Es wäre daher interessant zu untersuchen, wie hoch das Einsparungspotenzial tatsächlich ist.

Defizite der Versorgungsstrukturen sind ein wichtiger Grund für mangelhafte Versorgungsqualität und verursachen sehr hohe Gesundheitsausgaben. Eine leitliniengerechte Behandlung sollte daher erfolgen, um Fehldiagnosen zu vermeiden und den bestmöglichen Therapieerfolg zu erzielen. Die integrierte Versorgung ist im Hinblick darauf eine wichtige Stütze, um die Versorgungsqualität eines Landes zu verbessern (Kailuweit 2010). Um PatientInnen mit chronischen Erkrankungen eine bestmögliche Behandlung angeeignet zu lassen, sollten entsprechend geschulte ExpertInnen im Gesundheitsbereich eingesetzt und PatientInnen etwa in DMPs geschult werden. Entsprechende Fortbildungen für im Gesundheitsbereich Tätige sollten angeboten werden (Kailuweit 2010). Dadurch ließe sich einer Überversorgung entgegenwirken. Außerdem wäre ein Screening auf definierte Erkrankungen zur Früherkennung wichtig, um eine rechtzeitige Behandlung und Versorgung der Betroffenen einzuleiten. Eine weitere wichtige Maßnahme zur Reduktion der Anzahl von behandlungsintensiven PatientInnen wären präventive und gesundheitsförderliche Interventionen und Programme, die zielgruppenspezifisch wirken. So konnte beispielsweise

festgestellt werden, dass bei Personen, die regelmäßig körperlich aktiv sind, die Anzahl der ÄrztInnenbesuche deutlich niedriger ist als bei jenen, die sich wenig oder gar nicht körperlich betätigen (Giné-Garriga et al. 2013). Gesundheitsförderliche Programme in Settings wie Kindergärten, Schulen, Gemeinden oder Betrieben können sehr effektiv sein. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung weisen betriebswirtschaftliche, volkswirtschaftliche und vor allem Vorteile für ArbeitnehmerInnen auf. Für Unternehmen stellt die Gesundheit der MitarbeiterInnen eine sehr wichtige Ressource dar, die in einem Zeitalter mangelnder Bewegung entsprechend gefördert werden sollte (Schobersberger 2013).

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Reduktion von HochnutzerInnen und zur Verbesserung der Situation behandlungsbedürftiger Menschen empfiehlt es sich, NGOs im Gesundheitsbereich verstärkt mit einzubeziehen und deren Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Effektivität von entsprechenden Maßnahmen, welche zu einer Reduktion von HochnutzerInnen und behandlungsbedürftigen PatientInnen beitragen sollen, wäre mithilfe prospektiver Studien, etwa von Fall-Kontrollstudien zu überprüfen.

Zusammenfassend sei festgehalten, dass die vorliegende Arbeit einen ersten Überblick zu behandlungs- und bedarfsintensiven Populationen in Österreich bietet. Es werden Vorschläge aufgezeigt, anhand welcher Indikatoren die Begrifflichkeiten Behandlungsintensität und Behandlungsbedarf gemessen werden können und was es dabei zu beachten gilt.

## 5. Referenzen

1. Aarts, MJ, Voogd, AC, Duijm, LEM, Coebergh, JWW & Louwman, WJ (2011) Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast cancer in the south of the Netherlands-associations with stage at diagnosis and survival, *Breast Cancer Res Treat* 128: 517-525.
2. Andrews, G & Henderson, S (2000) *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press: Cambridge.
3. Ash, AS, Zhao, Y, Ellis, RP & Schlein Kramer, M (2001) Finding future high-cost cases: comparing prior cost versus diagnosis-based methods. *Health Serv Res* 36(6): 194-206.
4. Bachner, F, Ladurner, J, Habimana, K, Ostermann, H, Habl, C, Grabner, I, Nemeth, C, Mildschuh, S, Willinger, M & Schintlmeister, M (2011) *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. Gesundheit Österreich GmbH: Wien.
5. Bebbington, P, Brewin, CR, Mardsen, L & Lesage, A (1996) Measuring the need for psychiatric treatment in the general population: the community version of the MRC Needs for Care Assessment, *Psychological Medicine* 26(2): 229-236.
6. Bencic, W (2012) *Armut und Krankenversorgung in Österreich*, 5. Linzer Forum 2012, 18. Oktober 2012: Linz.
7. Bencic, W, Kastner, K & Reif, M. (2009). *Inanspruchnahme von Krankenversorgung durch vulnerable Gruppen*. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse: Linz.
8. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2011) *Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen*. Verfügbar unter: [http://www.bdp-hamburg.org/dokumente/Gesundheitsausschuss\\_Sommer2011/Report%20Psychologie%20-%203\\_11%20-%20Zum%20Behandlungsbedarf%20an%20klinisch-psychologischen%20Interventionen.pdf](http://www.bdp-hamburg.org/dokumente/Gesundheitsausschuss_Sommer2011/Report%20Psychologie%20-%203_11%20-%20Zum%20Behandlungsbedarf%20an%20klinisch-psychologischen%20Interventionen.pdf), Zugriff am 7. August 2013.
9. Blank, FS, Li, H, Henneman, PL, Smithline, HA, Santoro, JS, Provost, D, Maynard & AM (2005) A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users, *J Emerg Nurs* 31(2): 139-144.
10. Bottle, A, Aylin, P & Majeed, A (2006) Identifying patients at high risk of emergency hospital admission: a logistic regression analysis. *J R Soc Med* 99(8): 406-14.



11. Breyer, F, Costa-Font, J & Felder, S (2010) Ageing, health, and health care, *Oxford Rev Econ Policy* 26(4): 674-690.
12. Burgdorf, F, Schreyögg, J, Keller, W, von Wietersheim, J, Deter, H-C & the German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's Disease (2007) Prädiktoren für die medizinische Inanspruchnahme am Beispiel von Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn. *Med Klein* 102(10).
13. Byrne, M, Murphy, AW, Plunkett, PK, McGee, HM, Murray, A & Bury, G (2003) Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 41(3):309-18.
14. Den Boer-Wolters, D, Knol, MJ, Smulders, K & de Wit, NJ (2010) Frequent attendance of primary care out of hours services in the Netherlands: characteristics of patients and presented morbidity, *Fam Pract* 27: 129-134.
15. Desai, PR, Lawson, KA, Barner, JC & Rascati KL (2013) Identifying patient characteristics associated with high schizophrenia-related direct medical costs in community-dwelling patients, *J Manag Care Pharm* 19(6): 468-477.
16. Doblhammer, G & Kreft, D (2011) Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 8: 907-914.
17. Doblhammer, G, Rau, R & Kytir, J (2005) Trends in educational and occupational differentials in all-cause mortality in Austria between 1981/80 and 1991/92, *Wien Klin Wochenschr* 117(13-14): 468-479.
18. Doblhammer, G & Kytir, J (2001) Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998, *Social Science and Medicine* 52: 385-391.
19. Donker, GA, van der Velden, PG, Kerssens, JJ & Joris Yzermans, C (2008) Infrequent attendance in general practice after a major disaster: a problem? A longitudinal study using medical records and self-reported distress and functioning, *Fam Pract Adv* 25(2): 92-97.
20. Etemad, LR & McCollam PL (2005) Predictors of high-cost managed care patients with acute coronary syndrome, *Curr Med Res Opin* 21(12): 1977-1984.
21. Fealy, GM, Treacy, M, Drennan, J, Naughton, C, Butler, M & Lyons, I (2011) A profile of older emergency department attendees: findings from an Irish study, *J Adv. Nurs* 68(5): 1003-1011.

22. Fernández de la Hoz, P & Pflegerl, J (2001) MigrantInnen im Spital, Workshop für MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen der Stadt Wien, Österreichisches Institut für Familienforschung: Wien.
23. Fischer, T (2009) Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich aus dem Blickwinkel der Patienten. Schlaglichter aus dem vernachlässigten Gebiet der Gesundheitspolitik. Verfügbar unter:  
[http://www.hauptverband.at/mediaDB/530735\\_Fischer%20Nutzerbefragung-Artikel.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/530735_Fischer%20Nutzerbefragung-Artikel.pdf), Zugriff am 7. August 2013.
24. Fleishman, JA & Cohen, JW (2010) Using information on clinical conditions to predict high-cost patients. *Health Serv Res* 45(2): 532-552.
25. Franklin, R & Fiebrig, I (2012) Neue Daten bieten Einblicke in die Vielnutzung US-amerikanischer Rettungsdienste. Verfügbar unter:  
<http://www.medscapemedizin.de/artikel/4900434>, Zugriff am 7. Mai 2013.
26. Frauengesundheitszentrum (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Das Gesundheitswesen bietet Hilfe und Unterstützung. Frauengesundheitszentrum: Graz.
27. Frick, U & Frick, H (2008) Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie „Heavy User“, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchatel.
28. Gaugg, H (2013) Zum österreichischen Gesundheitswesen... Verfügbar unter:  
<http://smz.at/s mz-info-artikel/zum-osterreichischen-gesundheitswesen/3915>, Zugriff am 5. Juni 2013.
29. Gesundheitsfonds Steiermark (2012) Jahresbericht 2012, Medienfabrik Graz: Graz.
30. Gesundheitswesen Magazin (2009) Behandlungsbedarf. Verfügbar unter:  
<http://www.kvportal.de/behandlungsbedarf>, Zugriff am 7. August 2013.
31. Giné-Garriga, M, Martin-Borás, C, Puig-Ribera, A, Marín-CAntera, S, Solá, M & Cuesta-Vargas, A (2013) The effect of a physical activity program on the total number of primary care visits in inactive patients: a 15-month randomized controlled trial, *PloS One* 8(6): e66392.
32. Großschädl, F & Stronegger, WJ (2013) Long-term trends in obesity among Austrian adults and its relation with the social gradient: 1973-2007. *Eur J Public Health*. 23(2):306-312.
33. Gulis W (2009). Titanic-Syndrom. In: Rásky É. (2009). *Gesundheit hat Bleiberecht*. Wien: facultas, 55-64.

34. Hahn, D (2008) Zweigeschlechtlichkeit und hierarchische Geschlechterordnung, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51: 61-69.
35. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. (2001). Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services, Ann Emerg Med 37(6):561-7.
36. Hartmann, H, Schauer, S, Eberhard, S, Krauth, C & Amelung, V (2013) Building age- and sex-related sub-groups among high-cost patients using claims data: Where to draw the line? EHMA Milano, 26-27. June.
37. Hartmann, J, Schauer, S, Krauth, C & Amelung, V (2012) Methoden zur Prädiktion von Hochnutzern: Ein systematischer Literatur-Review. GMS Medical Informatics, Biometry and Epidemiology 8(1):Doc02
38. Hartwich, AC (2012) Depression bei Hochnutzern im Vergleich eines systematischen Behandlungsalgorithmus mit der Behandlung „wie üblich“ von Patienten mit häufiger Frequentierung der Hausarztpraxis, Charité Universitätsmedizin Berlin [Dissertation].
39. Hausen, A (2012) Positive Effekte der ambulant integrierten Versorgung für Patienten mit psychischen Störungen – Erste Erfahrungen aus der wissenschaftlichen Begleitung des Integrierten Versorgungsmodells, Dtsch med Wochenschr 137: A126.
40. Hauswaldt, J, Hummers-Pradier, E & Junius-Walker, U (2013) Diskussion zum Beitrag Leistungsansprüche von chronisch Kranken, Multimorbiden und Häufignutzern: Sekundärdatenanalyse von Routinedaten aus Hausarztpraxen, der Jahre 1996 bis 2006, Dtsch Ärztebl 110(14).
41. Hauswaldt, J, Hummers-Pradier, E & Junius-Walker, U (2012) Health service use among patients with chronic or multiple illnesses, and frequent attenders-secondary analysis of routine primary care data from 1996 to 2000. Dtsch Ärztebl Int 109(47): 814-820.
42. Hinteregger, S (2012) Wiederaufnahmen in österreichischen Krankenanstalten. Eine tracerspezifische Betrachtung. Radenthein. [Masterthesis]
43. Ihle, P, & Swart, E (2008) GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung. Gesundheitswesen 70: 54-60.
44. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover (2003) GEK-Gesundheitsreport 2003 – Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potentiale? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band XXIV, Asgard Verlag Hippe: St. Augustin.

45. Jacobi, F & Harfst, T (2011) Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. *Report Psychologie* 3(11).
46. Jacobi, F (2004) Wie kann Behandlungsbedarf bei psychischen Störungen ermittelt werden?, 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 26. – 30. Oktober: Göttingen.
47. Kalteis, F (2010) Ungleich bis in den Tod. Armut macht krank [online]. Verfügbar unter:  
[http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=63354&p\\_tabid=5&p\\_pubid=640035](http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=63354&p_tabid=5&p_pubid=640035), Zugriff am 10. März 2013.
48. Kailuweit, I (2010) Wege zu mehr Lebensqualität. Patienten im Irrgarten des Gesundheitssystems, 13. Berliner Dialog, 25. November: Berlin.
49. Kapur, N, Hunt, I, Lunt, M, McBeth, J, Creed, F & Macfarlane, G (2004) Psychosocial and illness-related predictors of consultation rates in primary care – a cohort study, *Psychol Med* 34(4): 719-728.
50. Keller, F, Dress, H, Mertz, A & Marckmann, G (2007) Geld und Dialyse, *Medizinische Klinik* 102(8): 659-664.
51. Keller, S, Kessler, T, Meuser, T, Fogel, W, Bremen, D & Jost WH (2003) Analyse der direkten Kosten in der Parkinson-Therapie, *Nervenarzt* 12(74): 1105-1109.
52. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe UW, Harris MF. (2011). Frequent emergency attenders: is there a better way? *Aust Health Rev* 35(4):462-7.
53. Kirch, W, Badura, B & Pfaff, H (2008) Prävention und Versorgungsforschung: Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007, Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
54. Kizilhan, JI (2010) Migration, Identität und Gesundheit, *Familiendynamik* 35(1): 50-59.
55. Kroll, LE & Lampert, T (2013) Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection, *BMC Health Services Research* 13(271): doi:10.1186/1472-6963-13-271.
56. Kuhlmei, A, Winter, MHJ, Maaz, A, Hofmann, W, Nordheim, J & Borchert, C (2003) Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung, *Z Gerontol Geriat* 36: 233-240.

57. Kuhlmei, A (2011) Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter, Bundesgesundheitsblatt 54: 915-921.
58. Little, P, Somerville, J, Williamson, I, Warner, G, Moore, M, Wiles, R, George, S, Smith, A & Peveler, R. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults, Br J Gen Prac 51(473): 987-994.
59. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (2010) Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011, Kopierstelle BMG: Wien.
60. Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. Lancet 365: 1099-1104.
61. Meadows, G, Burgess, P, Bobevski, I, Fossey, E, Harvey, C & Liaw, ST (2002) Perceived need for mental health care. Influence of diagnosis, demography and disability, Psychosocial Medicine 32: 299-309.
62. Meichenitsch, J (2004) Kinder + Studium = Gesundheitsvorsorge? Eine empirische Analyse des primären Gesundheitsverhaltens in Österreich, Österreichisches Institut für Familienforschung: Wien.
63. Mielck, A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber: Bern.
64. Moineddin, R, Meaney, H, Agha, H, Zagorski, B & Glazier, RH (2011) Modeling factors influencing the demand for emergency department services in Ontario: a comparison of methods. BMC Emerg Med., 11: 13. Published online 2011 August 19. doi: 10.1186/1471-227X-11-13
65. Moore, L, Deehan, A, Seed, P & Jones R (2009) Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data, Emerg Med J 26(4):263-267.
66. Morriss, R, Kai, J, Atha, C, Avery, A, Bayes, S, Franklin, M, George, T, James, M, Malins, S, McDonald, R, Patel, S, Stubley, M & Yang, M (2012). Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention, BMC Fam Pract 13:39. doi: 10.1186/1471-2296-13-39.
67. Moturu, ST, Liu, H & Johnson WG (2009) Understanding the effects of sampling on healthcare risk modeling for the prediction of future high-cost patients, in: Fred, A, Filipe, J & Gamboa H. Biomedical Engineering Systems and Technologies, Springer: Berlin, Heidelberg.

68. Nordheim, J, Maaz, A, Winter, MHJ, Kuhlmeier, A & Hofmann, W (2006) Vielnutzung von Krankenversicherungsleistungen im Alter – eine Analyse von Krankenhaus- und Arzneimitteldaten, *Z Evid Fortb und Qual Gesundheitswesen*, 100(8): 609-615.
69. Olsson, M & Hansagi, H (2001) Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J* 18(6):430-434.
70. Österreichisches Institut für Familienforschung (2007) Zukunft der Pflege. Verfügbar unter:  
[http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift\\_beziehungsweise/detail/?tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=256&cHash=d5c2cf670fa5eb5c4110d9a218e40d3e](http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews[tt_news]=256&cHash=d5c2cf670fa5eb5c4110d9a218e40d3e), Zugriff am 5. Juni 2013.
71. Ottendörfer, B (2013) Armut und Gesundheit, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse: Linz.
72. Ottendörfer, B, Bencic, W & Kastner, K (2011) Leiharbeit und Versorgung psychischer Erkrankungen. Nebenerscheinungen einer neuen Arbeitsform, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse: Linz.
73. Pammer, C (2009). Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. In: Rásky É. (2009). *Gesundheit hat Bleiberecht*, facultas: Wien, 45-54.
74. Pelikan, JM, Ganahl, K & Röthlin, F (2013) Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation: Linz.
75. Pfaff, H, Glaeske, G, Neugebauer, EAM & Schrappe, M (2009) Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1), *Gesundheitswesen* 71: 505-510.
76. Pope, D, Fernandes, CM, Bouthillette, F & Etherington J. (2000). Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *CMAJ* 162(7): 1017–1020.
77. Rakovski, CC, Rosen, AK, Wang, F & Berlowitz, DR (2002) Predicting elderly at risk of increased future healthcare use: How much does diagnostic information add to prior utilization?, *Health Serv Outcomes Res Methodol* 3(3-4): 267-277.
78. Rásky, É, Sladek, U & Groth, S (2012) Ungleich versorgt. *Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ* 53(12): 31-34.
79. Rásky, É (2008) Gender Medicine: Gelingt uns nun der geniale Wurf zum Nutzen der Patientinnen und Patienten sowie der Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsleistungen?, *Medizynisch* 1: 18-24.

80. Rau, R, Doblhammer, G, Canudas-Romo, V & Zhang, Z (2008) Cause-of-Death contributions to educational inequalities in mortality in Austria between 1981/1982 and 1991/1992. *Eur J Population* 24: 265-286.
81. Republik Österreich Parlament (2013) Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit. Verfügbar unter: [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I\\_02140/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_02140/index.shtml), Zugriff am 8. August 2013.
82. Rieder, A, Neuwirth, N, Schwarz, F, Gude, S & Geserick, C (2003) Großstadtfaktor Wien. Demographische und soziale Ungleichheiten bei Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Österreich, Wiener Ärztekammer: Wien.
83. Roick, C, Heider, D, Kilian, R, Matschinger, H, Toumi, M & Angermeyer MC (2004) Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(9): 744-751.
84. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001) Versorgung chronisch Kranker, Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=306>, Zugriff am 4. Juli 2013.
85. Scott, J, Strickland, AP, Warner, K & Dawson, P (2013) Describing and predicting frequent callers to an ambulance service: analysis of 1 year call data. *Emerg Med J*. 2013 Feb 14. [Epub ahead of print]
86. Schobersberger, C (2013) Fettleibigkeit – ein „zunehmendes Problem“, Verfügbar unter: [http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_pubid=659487&action=2&p\\_menuid=63338&p\\_tabid=3](http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=659487&action=2&p_menuid=63338&p_tabid=3), Zugriff am 15. Oktober 2013.
87. Schönermark, M, Neindorff, N, Thaden, U & Kielhorn, H (2010) Hoch- und Intensivnutzer im Gesundheitswesen – Eine strategische Herausforderung für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, *Gesundheitswesen* (72): P153
88. Schwarz, F (2003) Sozioökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten in Österreich, Österreichisches Institut für Familienforschung: Wien.
89. Spießl, H, Hübner-Liebmann, B, Binder, H & Cording, C (2002) „Heavy Users“ in einer psychiatrischen Klinik – Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre, *Psychiat Prax* 29: 350-354.

90. Statistik Austria (2011) Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010, Druckerei Berger & Söhne GmbH: Horn.
91. Statistik Austria (2008) Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, Verlag Österreich GmbH: Wien.
92. Statistik Austria (2007) Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und Dokumentation. Verlag Österreich GmbH. Wien.
93. Straßmayr, C, Matanov, A, Priebe, S, Barros, H, Canavan, R, Díaz-Olalla, JM, Gabor, E, Gaddini, A, Greacen, T, Holcnerová, P, Kluge, U, Welbel, M, Nicaise, P, Schene, AH, Soares, JF & Katschnig, H (2012) Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome. BMC Pub Health 12: 367.
94. Swart, E, & Ihle, P (2005) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, 5. Auflage, Verlag Hans Huber: Bern.
95. Universität Leipzig (2013) Psychische Erkrankungen sind Zivilisationskrankheiten: Internationaler Epidemiologie-Kongress in Leipzig. Verfügbar unter: [http://www.zv.uni-leipzig.de/service/presse/pressemeldungen.html?ifab\\_modus=detail&ifab\\_id=4987](http://www.zv.uni-leipzig.de/service/presse/pressemeldungen.html?ifab_modus=detail&ifab_id=4987), Zugriff am 6. September 2013.
96. Van Steenkiste, B, Knevel, MF, van den Akker, M & Metsmakers, JFM (2010) Increased attendance rate: BMI matters, lifestyles don't. Results from the Dutch SMILE study, Fam Pract 27: 632-637.
97. Vedsted, P, Fink, P, Olesen, F & Munk-Jorgensen, P (2001) Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study, Psychosomatics 42(5): 416-422.
98. Vermeer, B & van den Muijsenbergh, ME (2010) The attendance of migrant women at the national breast cancer screening in the Netherlands 1997-2008, Eur J Cancer Prev 19(3): 195-198.
99. Werblow, A, Felder, S & Zweifel, P (2007) Population ageing and health care expenditure: A school of "red herrings"?, Health Economics 16: 1109-1126.
100. Wesenauer, A & Sebinger, S (2009) (Un)gleich? – ein Thema der sozialen Krankenversicherung? In Wesenauer, A. & Sebinger, S: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung – eine Frage der sozialen Gerechtigkeit?, Mabuse Verlag: Frankfurt am Main.



101. WHO Regional Office for Europe (2002) The European Health Report 2002. WHO Regional Publications, European Series 97, World Health Organization, Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark.
102. Wilbacher, I, Mert, C, Winkler, S, Filzmoser, P & Endel G (2013) Soziale Gesundheitsbelastung in Österreich. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Wien.
103. Wilbacher, I, Winkler, S, Peter, M & Endel, G (2011) Socioeconomic status (SES) for epidemiology of health risk. UDK 364-787.9(436):85-96.
104. Wilkinson, R (2005) The impact of inequality – How to make sick societies healthier, Routledge: Cornwall.
105. Wilkinson, R. & Pickett, K (2009) Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Tolkmitt Verlag: Berlin.
106. Williams, ER, Guthrie, E, Mackway-Jones, K, James, M, Tomenson, B, Eastham, J & McNally, D (2001) Psychiatric status, somatization, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department: a comparison with routine attenders. J Psychosom Res 50(3):161-167.
107. Winkler, P, Pochobradsky, E, Wirl, C, Griebler, R, Rappold, E, Arrouas, M & Mayerhofer, A (2012) Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich, Kopierstelle des BMG: Wien.
108. Wolf, A, Viendieken, R & Hertel, G (2008) Alternde Paare – Ein Konzept zur Behandlung älterer Paare im stationären Kontext, Familiendynamik 33(4): 359-371.
109. Wooden, MD, Air, TM, Schrader, GD, Wieland, B & Goldney, RD (2009) Frequent attenders with mental disorders at a general hospital emergency department, Emerg Med Australas 21(3):191-195.
110. Yarger, S, Rascati, K, Lawson, K, Barner J & Leslie, R (2008) Analysis of predictive value of four risk models in Medicaid recipients with chronic obstructive pulmonary disease in Texas, Clin Ther 30: 1051-1057.
111. Zhao, Y, Ash, AS, Haughton, J & McMililan, B (2003) Identifying future high-cost cases through predictive modeling. Dis Manag Health Outcomes, 11(6): 389-397.