

**Bericht des Hauptverbandes der österreichischen  
Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für  
Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit,  
Soziales und Konsumentenschutz  
gemäß § 447h (4) ASVG für das Jahr 2012**



# Vorsorgeuntersuchung NEU



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

[www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at)

## Impressum

### Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH

Haideggerweg 40

8044 Graz

UID-Nr.: ATU 63975513

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

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

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

### AutorInnen

DI Andreas Kvas

DI Gregor Kvas

Mag. (FH) Ines Spath-Dreyer, MPH

Stephanie Stürzenbecher, MA (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Mag. Stefan Spitzbart, MPH (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

DI (FH) Gerald Brunner (Wiener Gebietskrankenkasse)

a.o. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie)

Dr. Elisabeth Waldmann (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie)

Martha Britto-Arias (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie)

Graz, September 2013



## Inhaltsverzeichnis

<b>Management Summary .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu .....</b>	<b>19</b>
1.1 Hintergrund .....	19
1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2012/2013.....	21
1.2.1 VU Neu-Datenbank .....	21
1.2.2 VU Befundblattanpassung .....	24
1.2.3 FOKO - Schnittstelle.....	26
1.2.4 VU-Änderungsbedarf bzw. VU Verhandlungsteam.....	27
1.2.5 Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ .....	27
<b>1.3 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Frequenzdarstellungen .....</b>	<b>32</b>
1.3.1 VU-TeilnehmerInnen 2012 .....	33
1.3.2 Frequenz 2012 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern .....	34
1.3.3 Frequenz 2012 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter .....	36
1.3.4 Altersverteilung der österreichischen Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2012	38
1.3.5 Frequenz 2012 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen.....	40
1.3.6 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2011-2012 .....	41
1.3.7 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2012.....	45
1.3.8 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen .....	52
<b>1.4 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 1 ASVG: Darstellung der Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen .....</b>	<b>54</b>
<b>1.5 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 2 ASVG: Evaluierung der Auswirkungen der Änderungen des Untersuchungsprogramms sowie Kosten-Nutzen-Bewertung samt einer Prognose der Entwicklung der zumindest nächsten drei Jahre .....</b>	<b>56</b>
<b>1.6 Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 3 ASVG: Auswirkungen auf Leistungen, die nicht im Untersuchungsprogramm enthalten sind.....</b>	<b>61</b>
1.6.1 Einleitung.....	61
1.6.2 Methode .....	61

1.6.3	Ergebnisse .....	63
1.6.4	Schlussfolgerungen.....	73
<b>1.7</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 4 ASVG: Gezielte Evaluierung der Vorsorgeuntersuchungen nach spezifischen Risikogruppen.....</b>	<b>74</b>
1.7.1	Ausgangssituation .....	74
1.7.2	(Nicht)-Medikamentöse Versorgung spezifischer Risikogruppen .....	75
1.7.3	Evaluierung der pseudonymisierten VU -Befunddaten .....	82
<b>1.8</b>	<b>Evaluierung gemäß § 447h (4) Ziffer 5 ASVG: Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.....</b>	<b>93</b>
1.8.1	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule .....	93
1.8.2	Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb.....	94
1.8.3	Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention .....	96
1.8.4	Maßnahmen im Bereich Ernährung – Projekt „Richtig Essen von Anfang an“	96
1.8.5	Gesundheitsförderung für SeniorInnen und in der Langzeitbetreuung .....	97
1.8.6	Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung .....	97
	<b>Literatur.....</b>	<b>99</b>

### Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.....	12
Tabelle 2: Anzahl Datensätze aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm nach Versionsnummer und Service .....	23
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2012. ....	34
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2012. ....	35
Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2012. ....	36
Tabelle 6: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2012. ....	37
Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2012.....	39
Tabelle 8: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2012. ....	40
Tabelle 9: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2012. ....	40
Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2011-2012.....	41
Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2011-2012.....	42
Tabelle 12: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2011-2012. ....	43
Tabelle 13: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2011-2012. ....	43
Tabelle 14: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2012 (alle KV-Träger). ....	45
Tabelle 15: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2000 – 2012 (alle KV-Träger). ....	47
Tabelle 16: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KV-Träger). ....	49
Tabelle 17: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).....	50

Tabelle 18: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2012 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.....	51
Tabelle 19: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.....	58
Tabelle 20: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2012, nach KV-Trägern.....	60
Abbildung 1: Schema Outcome-Evaluierung .....	15
Abbildung 2: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Daten. ....	22
Abbildung 3: Funktionen des VU Befundblattes.....	25
Abbildung 4: VU-TeilnehmerInnen nach Geschlecht, 2012 .....	33
Abbildung 5: VU-TeilnehmerInnen nach Alterskategorien, 2012.....	34
Abbildung 6: Populationspyramide Männer, 2012. ....	38
Abbildung 7: Populationspyramide Frauen, 2012. ....	39
Abbildung 8: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2012 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.....	46
Abbildung 9: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2002 – 2010 (alle KV-Träger). ....	47
Abbildung 10: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). Legende. W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008. ....	48
Abbildung 11: Schema Outcome-Evaluierung .....	62
Abbildung 12: Mittlere Anzahl Heilmittelverordnungen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	63
Abbildung 13: Mittlere Anzahl Heilmittelverordnungen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	64
Abbildung 14: Mittlere Heilmittelkosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	65
Abbildung 15: Mittlere Heilmittelkosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	65
Abbildung 16: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	66
Abbildung 17: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	67

Abbildung 18: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	68
Abbildung 19: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	69
Abbildung 20: Mittlere Anzahl an Vertragsarztbesuchen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	70
Abbildung 21: Mittlere Anzahl an Vertragsarztbesuchen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	71
Abbildung 22: Mittlere Vertragsarztkosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	72
Abbildung 23: Mittlere Vertragsarztkosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.....	72
Abbildung 24: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antihypertensiva-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Geschlecht und dokumentierter Blutdruckkategorie. ....	76
Abbildung 25: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antihypertensiva-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Alter und dokumentierter Blutdruckkategorie.....	77
Abbildung 26: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antidiabetika-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Geschlecht und dokumentiertem Blutzuckerergebnis.....	78
Abbildung 27: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antidiabetika-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Alter und dokumentiertem Blutzuckerergebnis. ....	79
Abbildung 28: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Statin-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Geschlecht und dokumentierter Cholesterin-Ratio. ....	80
Abbildung 29: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Statin-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Alter und dokumentierter Cholesterin-Ratio.....	80
Abbildung 30: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten (N = 61.504), 2009.....	85
Abbildung 31: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Hypertonie (N = 74.160), 2009. ....	85
Abbildung 32: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Diabetes (N = 21.571), 2009. ....	86
Abbildung 33: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Diabetes (N = 7.812), 2009. ....	87
Abbildung 34: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit (Prä)adipositas (N = 100.827), 2009. ....	88
Abbildung 35: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern mit (Prä)adipositas (N = 103.753); 2009. ....	88
Abbildung 36: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem BIRADS Befund (N = 54.669), 2009. ....	89

Abbildung 37: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem PAP Befund (N = 109.583), 2009. ....	90
Abbildung 38: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.517), 2009. ....	90
Abbildung 39: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.248), 2009. ....	91
Abbildung 40: AUDIT Verwendung und Risikoverteilung (N = 345.496), 2009. ....	91



### Management Summary

Bestimmte Fragestellungen im Zusammenhang mit der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) sind gemäß § 447h (4) ASVG durch die Ziffern dieses Paragraphen vom Gesetzgeber formuliert.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Absatzes ist wie folgt<sup>1</sup>:

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

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

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

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

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 925.688 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon nach Absolutzahlen in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark.

---

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

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

Nach Absolutzahlen betrachtet, entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet, liegt 2012 die Inanspruchnahme der Frauen mit 14,0 % um mehr als einen Prozentpunkt über jener der Männer mit 12,7 %. Das führt zu einer österreichweiten Inanspruchnahme von 13,4 %.

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen auf die 45- bis 49-Jährigen, wie auch im Vorjahr, zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2012 die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen.

Zusammenfassend kann sich der positive Trend der letzten Jahre, nach den rückläufigen Frequenzen im Jahr 2009, im Jahr 2012 erneut fortsetzen. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten – mit Ausnahme von Burgenland und Vorarlberg – konnten wieder Anstiege der Inanspruchnahme verzeichnet werden. Insgesamt kann 2012 im Vergleich zu 2011 eine relative Zuwachsrate von +4,7 Prozent der Untersuchungen des allgemeinen Programms ausgemacht werden.

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

Das „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS) wurde geschaffen, damit Personen, welche definierte Risikofaktoren aufweisen und somit von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung besonders profitieren können, identifiziert und anschließend mittels einer zielgruppenadäquaten Ansprache zur Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden können. Bis dato sind mehr als 330.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate liegt derzeit bei 8,20 Prozent. Seit Beginn 2011 wird der Kommunikationskanal „Einladebrief“ um neue Kommunikationskanäle bzw. zielgruppenspezifische Marketingmaßnahmen ergänzt. Der Fokus liegt hierbei auf der Implementierung von regionalen und überregionalen Kooperationen mit Projektpartnern, welche direkt mit den jeweiligen Zielgruppen in Kontakt stehen und so einen niederschweligen Zugang zu Informationen über die Vorsorgeuntersuchung ermöglichen. Seit 1. Juli 2011 ist die kostenlose Serviceline 0800 501 522 implementiert und seither das ganze Jahr in Betrieb.

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

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung mehrere Begrifflichkeiten eingeführt, jedoch nähere Ausführungen unterlassen. So bleibt es mit der gegebenen Formulierung der „Auswirkungen der Änderungen“ offen, welche Messgrößen bei den erwähnten Auswirkungen berücksichtigt werden sollen. In Betracht kommt dabei in erster Linie die mögliche Änderung der VU-Inanspruchnahme an sich. Hierfür wird der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2012 („VU neu“) gegenübergestellt. Damit kann eine vorsichtige Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen: Trotz des Rückganges im Jahr 2009 lässt sich insgesamt für Österreich weiterhin im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2012 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2008 im Bundesland Wien mitgeprägt wird.

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

In Anknüpfung an diese Evaluierung wurde von Juni 2010 bis August 2012 an der Umsetzung und Auswertung einer pseudonymisierten Verknüpfung zwischen Krankenversicherungsdaten (FOKO-Schnittstelle) und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Der Nutzen aus der Perspektive der VU-ProbandInnen wird durch die Indikatoren Krankenhausaufenthalt bzw. Arbeitsunfähigkeit abgebildet. Die Kostenseite wird wie zuvor über verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarztkosten betrachtet. Ausgewählte Ergebnisse diesbezüglich werden aufgrund des auch geltenden Hintergrunds der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG im Kapitel 1.6 dargestellt. Die Zusammenfassung ist im Folgeabschnitt zur Ziffer 3 angeführt.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Daneben wurde im Zusammenhang mit einer Nutzenbewertung über diese Verknüpfung versucht, zumindest eingeschränkte Aussagen über die Identifizierung von bisher nicht bekannten bzw. nicht medizinisch versorgten Gesundheitsproblemen im Rahmen der VU Neu zu generieren. Konkret wurde der Anteil an potenziellen Neuentdeckungen von Zervix-, Mamma-, Kolorektal-, Prostata-Karzinomen sowie Melanomen durch die VU errechnet. Die betrachtete Population umfasst jene VU-ProbandInnen, für welche im ersten sowie zweiten Quartal 2009 ein Befundblatt des Allgemeinen Programms elektronisch vom VU-Arzt übermittelt wurde. Es wurden bei dieser Fragestellung die Daten eines KV-Trägers repräsentativ für alle KV-Träger untersucht. Für diese Auswahl war die Datenqualität ausschlaggebend. Die folgenden Ergebnisse wurden bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2012 dargestellt. Da keine aktuelleren Auswertungen diesbezüglich vorliegen, werden sie erneut berichtet.

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

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

Tabelle 1: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.

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

Anmerkung.

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

ASR: Altersstandardisierte Rate nach SEGI Standard-Population, RR: Rohe Rate.

Raten pro 100.000 Population.

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

n: Anzahl VU-TeilnehmerInnen mit Krebsdiagnose.

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

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

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

Kolorektal-Karzinom: VU-ProbandInnen: 50+.

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

Melanom: VU-ProbandInnen: 18+.

Karzinom lt. KH- bzw. AU-Diagnose.

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

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

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

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

Für diese Fragestellung richten sich die Analysen auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums in Folge der Inanspruchnahme eines allgemeinen VU-Programmes. Betrachtet wird die spezifische Risikopopulation jener VU-ProbandInnen mit einem lt. Befundblatt-Dokumentation **hohen bzw. sehr hohen kardiovaskulären Risiko** und der VU-Inanspruchnahme im ersten Halbjahr 2009. Hintergrund ist die Hypothese eines positiven Effekts der VU-Inanspruchnahme auf gesundheits- und kostenbezogene Outcomes bei dieser Risikogruppe. Zudem soll damit bei einer Vergleichsrechnung zwischen VU-TeilnehmerInnen und VU-Nicht-TeilnehmerInnen der Einfluss dieses Risikoprofils auf das Ausmaß der in Anspruch genommenen Leistungen kontrolliert werden. Diese Ergebnisse entsprechen den Ausführungen der bereits letzten Berichtslegung im Jahr 2012. Da keine aktuelleren Auswertungen diesbezüglich vorliegen, werden sie erneut berichtet.

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

Die angesprochene Leistungsanspruchnahme wird anhand nachfolgender Outcome-Parameter gemessen:

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

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

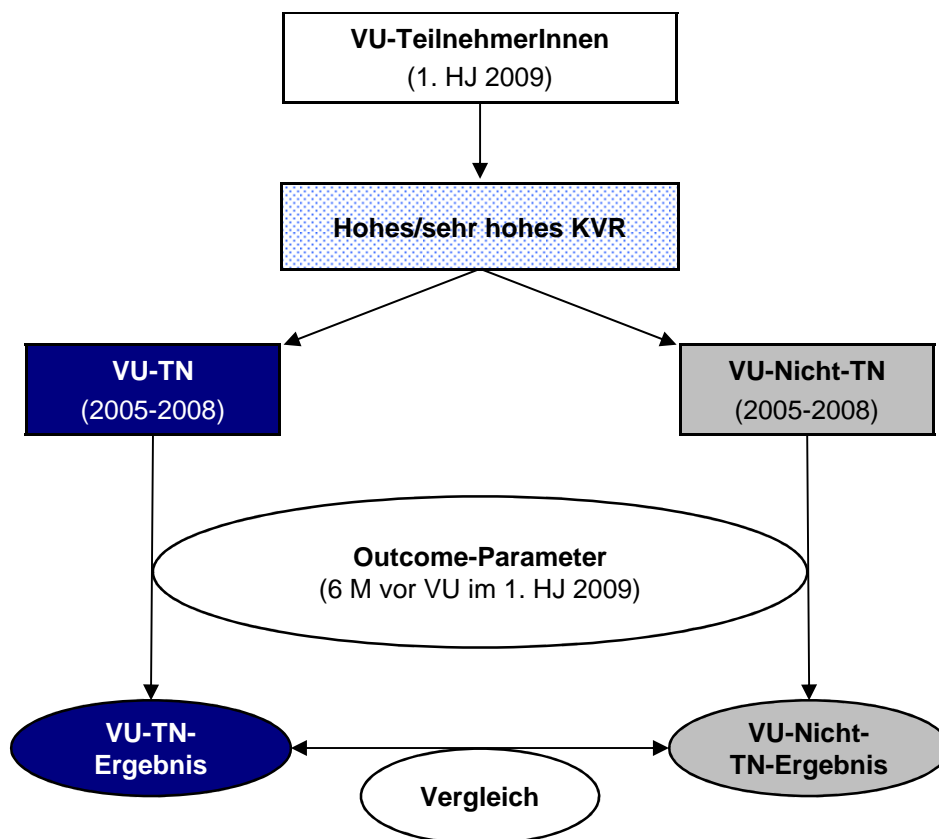


Abbildung 1: Schema Outcome-Evaluierung

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

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

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

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

#### **(Nicht)-Medikamentöse Versorgung spezifischer Risikogruppen**

Von Juni 2010 bis August 2012 wurde an der Umsetzung und Auswertung einer Verknüpfung von pseudonymisierten Abrechnungsdaten mit den pseudonymisierten elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Über diesen Zugang wurde eine Evaluierung differenzierter Versorgungsaspekte von spezifischen Risikogruppen der VU-Population möglich. Die Risikogruppen setzen sich aus VU-TeilnehmerInnen des ersten Halbjahres 2009 mit lt. Befundblatt dokumentierter Hypertonie, dokumentiertem Diabetes sowie mit einem dokumentierten hohen Cholesterin-Ratio Wert (Verhältnis von Gesamtcholesterin zu HDL-Cholesterin) zusammen.

Betrachtet wird die medikamentöse bzw. nicht-medikamentöse Versorgung dieser Risikogruppen über die abgerechnete Medikamenteneinlöse im zeitlichen Anschluss an die VU-Inanspruchnahme. Für die hier dargestellten Ergebnisse gilt, dass vor der VU-Teilnahme keine entsprechende Medikamentenabrechnung vorliegt. Bei dieser Fragestellung wurden die Daten eines KV-Trägers repräsentativ für alle KV-Träger untersucht. Für diese Auswahl war die Datenqualität ausschlaggebend.

Von VU-ProbandInnen mit hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulären Risiko zeigen jene mit „Hypertonie Stadium 2“ mit 41 % die höchste Medikationsrate. ProbandInnen mit hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulärem Risiko und „Hypertonie Stadium 1“ haben etwa 24 % Medikationsrate. Gemäß den wissenschaftlichen Grundlagen der VU und aktuellen Leitlinien (AWMF, 2008) sollten alle Personen mit hohem/sehr hohem kardiovaskulären Risiko und „Hypertonie Stadium 2“ medikamentös behandelt sowie Lebensstilmaßnahmen gesetzt werden. Auch für „Hypertonie Stadium 1“ gilt: „Der Zielblutdruck sollte bei DiabetikerInnen und HypertonikerInnen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko kleiner als 130/80 mmHg sein“ (AWMF, 2008, S. 23).

Annähernd ein Viertel der VU-TeilnehmerInnen mit hohen Blutzuckerwerten werden im Anschluss an die VU mit Antidiabetika versorgt. Eine differenzierte Betrachtung nach im Befundblatt dokumentierten Maßnahmen weist darauf hin, dass die rund drei Viertel ohne Medikamenteneinnahme in dieser Kategorie überwiegend nicht-medikamentös behandelt werden. Im Vergleich zu den Angaben in der Literatur (zwei Drittel medikamentös, ein Drittel nicht-medikamentös) (Rieder, Rathmanner, Kiefer, Dorner & Kunze, 2004) würde der Anteil der medikamentös Behandelten in der VU damit deutlich niedriger liegen. Ein höherer Anteil an nicht-medikamentöser Behandlung und Falsch-Positive Verdachtsfälle könnten einen Teil der Daten erklären.



Bei ProbandInnen mit hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulären Risiko liegt die höchste Medikationsrate von etwa 18 % bei den Frauen mit hohen Cholesterinwerten – Männer liegen bei ca. 11 %. Gemäß den wissenschaftlichen Grundlagen der VU ist bei Personen mit hohem/sehr hohem kardiovaskulären Risiko und einer hohen Cholesterin-Ratio „die sofortige medikamentöse Therapie indiziert“.

### **Evaluierung der pseudonymisierten VU -Befunddaten**

Die folgenden Ergebnisse wurden bereits bei der Berichtslegung im Jahr 2011 und 2012 angeführt. Da in diesem Zusammenhang keine weiteren Analysen vorliegen, werden diese Ergebnisse erneut berichtet.

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

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

Auf Basis der bestehenden Limitierungen bzgl. Datenqualität und Datenverknüpfungen (z.B. Abbildung des bereits bestehenden Versorgungsgrades bisher nicht möglich), der methodischen Rahmenbedingungen und den dargestellten Ergebnissen wurden daher im Projektabschlussbericht seitens des gemeinsamen Evaluierungsteams Empfehlungen abgegeben, um zukünftig dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 447h (4) ASVG im höheren Maße

nachkommen zu können. Diese Empfehlungen wurden im Rahmen eines vom HVB in Auftrag gegebenen Projekts mit dem Titel „VU-Befundblattanpassung“ im Jahr 2011 aufgegriffen.

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

Im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurde für die Jahre 2009 bis 2013 die Schwerpunktsetzung Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung von der Trägerkonferenz verabschiedet, die auch 2012 die Basis für die gesetzten Maßnahmen in diesem Bereich darstellt. Neben dem Lebensraum Betrieb und dem Lebensraum Schule, werden Orte der Langzeitbetreuung, die Zielgruppe der SeniorInnen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention in den kommenden fünf Jahren abgearbeitet. Als übergreifende Maßnahmen kommt den Themen gesundheitliche Ungleichheit und Capacity Building ein besonderer Stellenwert zu.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung stellen der Lebensraum Schule und Betrieb auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2012 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb des Rauchertelefons sowie mit gezielten Maßnahmen der Qualitätssicherung maßgeblich Initiativen gesetzt. Als Teil des Nationalen Aktionsplans Ernährung wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und der österreichweite Rollout von Ernährungsworkshops in den Bundesländern gemäß der Vorsorgestrategie der Bundesgesundheitskommission unterstützt. Im Bereich des Capacity Buildings wurden mit der Public Health Charta und begleitenden Maßnahmen Aktivitäten zur Forcierung von Public Health gesetzt. Begleitet wurden die Maßnahmen in der Gesundheitsförderung durch den wissenschaftlichen Beirat für Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus wurde mit dem Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ ein zentrales Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege abgeschlossen sowie Projekte zur Gesundheitsförderung bei SeniorInnen in vier Bundesländern unterstützt.

# 1. Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu

## 1.1 Hintergrund

Die im Rahmen der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) zu beantwortenden Fragestellungen sind gemäß § 447h (4) ASVG durch die Ziffern dieses Paragraphen vom Gesetzgeber formuliert.

Der konkrete Wortlaut des betreffenden Absatzes ist wie folgt<sup>2</sup>:

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

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

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

---

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

## Vorsorgeuntersuchung Neu

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2 Schwerpunkte der Evaluierung 2012/2013

### 1.2.1 VU Neu-Datenbank

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

#### Elektronische Datenübermittlung

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

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

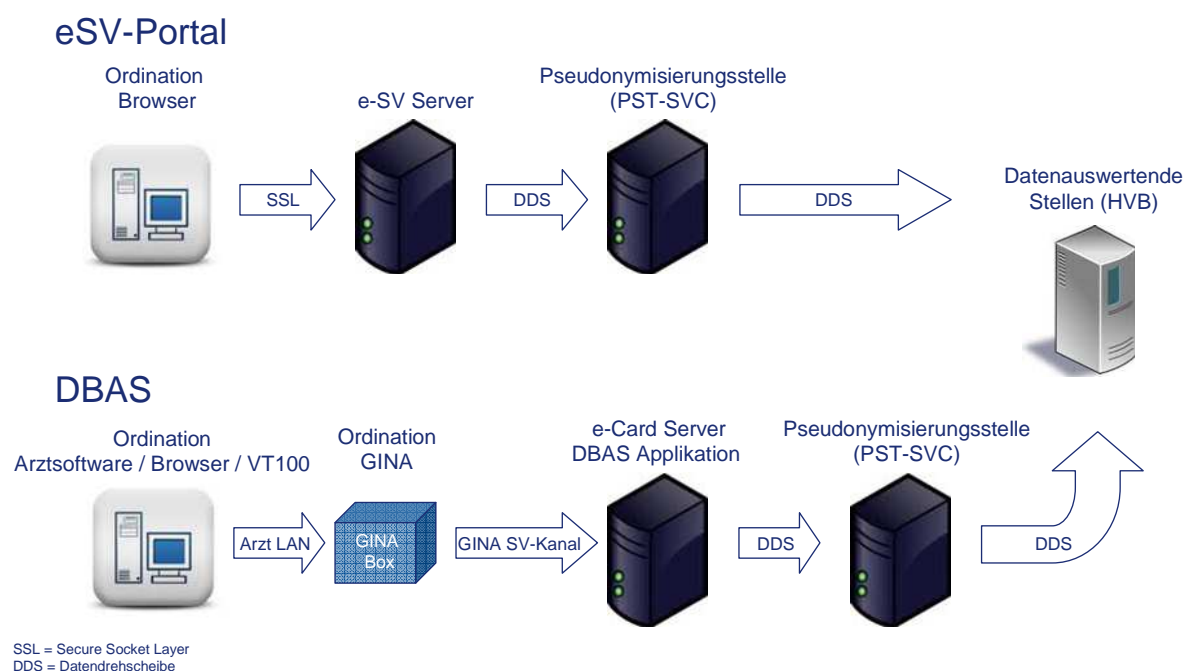


Abbildung 2: Elektronische Datenerfassung der medizinischen VU Daten.

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

### OLAP-Datenwürfel

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

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

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

## Vorsorgeuntersuchung Neu

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

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

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

### QS – Elektronische Datenübermittlung

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

### 1.2.2 VU Befundblattanpassung

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

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

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

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

#### Ziel 1: Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit:

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

#### Ziel 2: Verbesserung der Dokumentationsqualität im Sinne der Evaluierbarkeit:

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



### Ziel 3: Gewährleistung der Evidenz:

- Anpassung ausgewählter Befundblattparameter nach EBM<sup>3</sup> Kriterien
- Verbesserung der Einhaltung der Empfehlungen aus den wissenschaftlichen Grundlagen

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

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

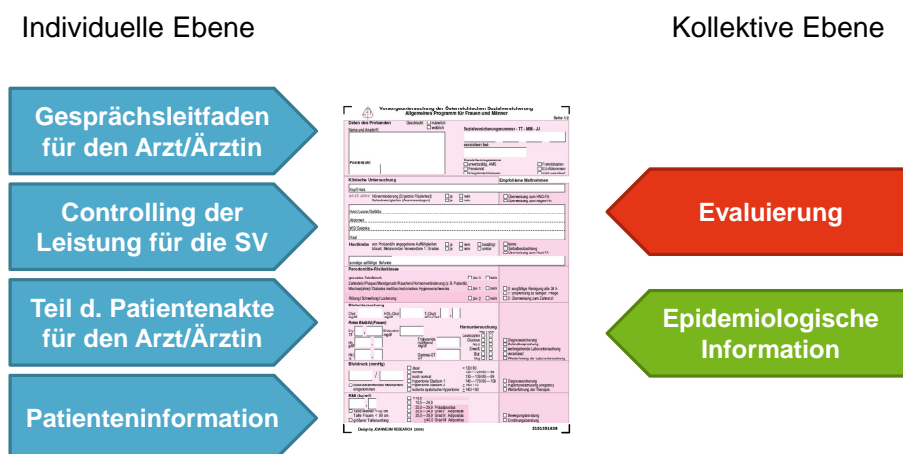


Abbildung 3: Funktionen des VU Befundblattes.

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

Die Abstimmungsgespräche zu den Befundblattmasken befinden sich seit August 2013 mit der österreichischen Ärztekammer in der finalen Abstimmungsrunde. Auf Basis des angepassten Befundblattes wird in Zusammenarbeit mit der Bundeskurie niedergelassene Ärzte / Ärztekammer ein ProbandInnenausdruck erarbeitet, der als Arztbrief den VU-TeilnehmerInnen zur Verfügung gestellt wird.

<sup>3</sup> Evidence Based Medicine

### 1.2.3 FOKO - Schnittstelle

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

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

In Anknüpfung an diese Evaluierung wurde von Juni 2010 bis August 2012 an der Umsetzung und Auswertung einer pseudonymisierten Zusammenführung von FOKO-Daten mit elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Damit wurde der mögliche Einfluss von Risikoprofilen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zumindest eingeschränkt kontrolliert und ein Vergleich zwischen VU-TeilnehmerInnen und VU-Nicht-TeilnehmerInnen gerechnet. Daneben wurden auch versorgungsspezifische Betrachtungen bestimmter Risikogruppen möglich, was sich vor allem einer Evaluierung der Ziffer 4 des § 447h (4) ASVG zuordnen lässt. Zusätzlich wurde unter anderem der Anteil an potenziellen Neuentdeckungen von Zervix-, Mamma-, Kolorektal-, Prostata-Karzinomen sowie Melanomen durch die VU errechnet. Der Abschlussbericht liegt beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf. Erste ausgewählte Ergebnisse wurden bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2012 hinsichtlich der Ziffer 2 und 3 des § 447h (4) ASVG angeführt. Beim vorliegenden Bericht werden diese wiederum dargestellt und um weitere ausgewählte Ergebnisse des erwähnten Abschlussberichts für die Ziffer 4 des § 447h (4) ASVG ergänzt.

### 1.2.4 VU-Änderungsbedarf bzw. VU Verhandlungsteam

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

Der HVB etablierte ein SV-internes Team, das von Dr. Christoph Klein (HVB; bis 01. April 2013) und Mag. Franz Kiesel (OÖGKK) geleitet wird und dessen Aufgabe es ist, die Ziele und Positionen der SV für die Verhandlungen mit der ÖÄK festzulegen. Im Zeitraum Juli 2011 bis Juni 2012 fanden vier Workshops dieses Teams statt. Dazwischen gab es Sondierungen mit der ÖÄK, die ihrerseits Forderungen und Änderungswünsche vorbrachte. Die oben genannten fünf Handlungsfelder erfuhren so eine Konkretisierung bzw. Erweiterung auf insgesamt zwölf Themen rund um die VU, die zwischen SV und ÖÄK verhandelt werden. Seit Juni 2012 gab es drei Besprechungen auf Büroebeane zwischen SV und ÖÄK zum Thema Befundblatt und Probandenblatt.

### 1.2.5 Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“

Im Jahr 2007 startete das Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“, welches gemeinsam vom HVB und der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) geplant, gesteuert, koordiniert und evaluiert wird (inhaltliche Ausführungen sind im Bericht des Jahres 2007 enthalten). Aufgrund der positiven Evaluierungsergebnisse wurde das Projekt bereits dreimal verlängert, wodurch die Laufzeit der Zertifikate bis 2015 gesichert ist.

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

Die TeilnehmerInnenzahl im seit 01.01.2009 laufenden Fortsetzungsprojekt liegt zum Stichtag 02.07.2013 bei 221 endoskopierenden Stellen, dies entspricht circa 43 % aller endoskopierenden Stellen in Österreich. Zwei Drittel der ProjektteilnehmerInnen sind niedergelassen tätig, ein Drittel in Krankenhäusern.

Die Übermittlung der Befunddaten, ein wesentliches Qualitätselement, dient der Qualitätssteuerung durch Monitoring und Benchmarking. Ein österreichweiter Überblick über die Benchmarkingergebnisse kann jederzeit aktuell auf der Zertifikatshomepage abgerufen werden. Im Jahr 2012 wurden von den zertifizierten Untersuchungsstellen Befundblätter von 25.023 Personen übermittelt (2011: 26.887 Personen, 2010: 20.245 Personen, 2009: 18.055 Personen, 2008: 13.179 Personen). Es wird geschätzt, dass rund zwei Drittel der ProbandInnen der Übermittlung Ihrer Befunddaten an die ÖGGH zustimmen. Durchschnittlich wurden 2012 131 Befunde pro aktivem/aktiver TeilnehmerIn übermittelt. Wegen fehlender Datenübermittlung schieden per Jänner 2013 3 TeilnehmerInnen einvernehmlich aus dem Projekt aus.

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

### **Erfüllung der Qualitätskriterien**

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

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

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

Die Überprüfung der Daten- und Eingabequalität erfolgt bei jeder/m ProjektteilnehmerIn einmal pro Jahr im Zuge einer Stichprobenziehung, bei welcher ein Vergleich der Dokumentation mit Originalbefunden (inklusive Histologie und Bilddokumentation des Zoekums) gemacht wird. **96%** der Stichproben konnten positiv abgeschlossen werden. Bei **4%** der Stichproben war eine erneute Stichprobenziehung notwendig. Bisher musste kein/e TeilnehmerIn allein aufgrund unzureichender Datenqualität ausgeschlossen werden.

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

### **Jährliche Hygieneüberprüfung**

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

Im Jahr 2012 mussten 122 TeilnehmerInnen Hygienekontrollen durchführen. Die angeforderte Hygienequalität wurde zu 90,2% erbracht. Die Mängel bei 9,8% der TeilnehmerInnen wurden, zum Teil nach Urgenz der ÖGGH, behoben. Dadurch haben bei der nachfolgenden Überprüfung alle TeilnehmerInnen die Hygienekontrolle bestanden.

Im Jahr 2010 wurde mit einer weiteren Adaptierung der e-card Applikation Dokumentationsblattannahmeservice (DBAS) Koloskopiebefund eine weitere Möglichkeit zur elektronischen Datenübermittlung im Rahmen des Qualitätsprojektes realisiert. Diese Anwendung im e-card System garantiert eine einfachere Handhabung der Datenübermittlung, einen geringeren Zeitaufwand in der Administration und mehr Transparenz in der Analyse der Befunddaten. Im Jahr 2012 wurden bereits ca. 67% der Befunde mittels der neuen Möglichkeit über das DBAS übermittelt.

### **Publikationen**

Im Jahr 2012 wurde das Projekt bei folgenden Veranstaltungen vorgestellt:

- Vortrag bei der Klinikfortbildung im KH St. Elisabeth am 22.März 2012: „Sanfte und erfolgreiche Vorsorgekoloskopie“.
- Organisation und Leitung einer wissenschaftlichen Sitzung im Billrothhaus am 16. Mai 2012: Leiden durch Darmkrebs: muß es überhaupt noch sein: Vortrag zum Thema Erfolgreiche Vorsorgekoloskopie.
- Vortrag plus Roundtable bei der Jahrestagung der ÖGGH in Wels am 15. Juni 2012: „Wo stehen wir jetzt“.
- Vortrag bei der Endo-Wien am 29. Juni 2012: Hartmannsspital: Vorsorgekoloskopie: warum, wer, wann: Guidelines.
- Vortrag beim Darmkrebstag in St. Veit am 30. Juni 2012: Darmkrebs ade: Aktuelle Strategien zur Vorsorge.

- Klinikfortbildung der Inneren Medizin III am 19.9.2012: Darmkrebsvorsorge: für Männer und Frauen gleich?
- Vortrag bei der Bezirksärztefortbildung in St. Pölten am 19.10.2012 zu Thema: Vorsorgekoloskopie: wer, wann, wie.
- Organisation und Leitung des internationalen Symposiums zum Thema „Qualitätssicherung bei der Vorsorgekoloskopie: Ist das wichtig? Eine Standortbestimmung für Österreich“ am 6. November 2012: Vortrag zum Thema Qualitätssicherung bei der Vorsorgekoloskopie in Österreich.
- Vortrag (Salz P.) bei der ÖGGH Jahrestagung 14.-16. Juni 2012, Wels: Prevalence of advanced adenomas in diminutive and small polyps in a large Austrian screening colonoscopy cohort.

Im Jahr 2012 publizierte die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung folgende Arbeiten:

- Bannert C et al. [Sedation in screening colonoscopy: impact on quality indicators and complications](#). Am J Gastroenterol. 2012;107(12):1837-48.
- Relaunch der Homepage mit verbesserter inhaltlicher Struktur, transparenterer Information zur Zertifizierung, Qualitätsleit,- und Richtlinien sowie erleichterter Bestellmöglichkeit für Patientenmaterial

### **Buchbeiträge:**

- Ferlitsch M, Salz P. Artikel Forum Darmkrebs 2/2012:9: Zertifizierte Koloskopie
- Weiss W, Ferlitsch M: Ärztekronen 5/12: 38-39: Dickdarmkrebsvorsorge in Österreich-Update 2012
- Ferlitsch M, Salz P, Papay P. Universum Innere Medizin 06/12; 80-82.
- Ferlitsch M: Gastro&Hepa News 3/2012:8-9: Polypektomie reduziert die Darmkrebssterblichkeit.
- Ferlitsch M. Ärztekronen 23+24/12: 63: Mit Vorsorgekoloskopie Darmkrebs verhindern?
- Ferlitsch M. Wiener Medizinische Wochenschrift 8/12, Seite 16-17: Vorsorgekoloskopie in Österreich. Wo stehen wir jetzt?
- Ferlitsch M. Intern 3/2012: Darmkrebsvorsorge: wie, warum, wann, wer, wann wieder?
- Ferlitsch M. Kronenzeitung, Krone gesund 28.7.2012, Seite 10: Dickdarmkrebs, am besten ist vorsorgen!
- Ferlitsch M. Der Hausarzt, April 2012: 15-18: Darmkrebs vermeiden, Leben retten und Geld sparen.
- Ferlitsch M. Klinik 4/2012: 29-30. Aktuelle Aspekte der Vorsorgekoloskopie in Österreich.
- Ferlitsch M. Ärztekronen 6/12: 25. Darmkrebs durch Vorsorgekoloskopie verhindern?
- Ferlitsch M. Universum Innere Medizin 02/12; 34-36. Darmkrebs durch Vorsorgekoloskopie verhindern, Ja, aber wie geht das?

### **INTERNATIONALE TÄTIGKEIT**

Seit Juli 2012 ist Arbeitsgruppenleiterin a.o.Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch Mitglied der Quality assurance Working group der ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy). Sie war an der Erstellung der Post polypectomy guidelines der ESGE beteiligt (Endoscopy. 2013 Oct;45(10):842-64), und arbeitet an der Erstellung eines Positionspapiers zum Thema Virtuelle Koloskopie der ESGE und ESGAR (European Association of Gastrointestinal and Abdominal Radiology) mit

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

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

Der im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu anspruchsberechtigte Personenkreis (Zielgruppe) umfasst Versicherte und deren Angehörige sowie Nichtversicherte (sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und für sie nicht bereits aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung ein Leistungsanspruch besteht) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Der im Folgenden – vor allem in den Tabellenüberschriften – verwendete Begriff der Zielgruppe entspricht diesem Kreis der Anspruchsberechtigten. Die vom HVB für die anteilmäßigen Berechnungen verwendete Bezugsgröße stellt die Durchschnittsbevölkerung des Jahres 2012 ab dem 18. Lebensjahr nach Geschlecht, Alter und Bundesland dar (Statistik Austria, 2012).

Die in den Frequenzdarstellungen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen<sup>4</sup> grün markierten Ziffern stellen jeweils den höchsten absoluten bzw. anteiligen Wert innerhalb der betreffenden Spalte dar. Die in den Tabellen der vergleichenden Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen blau markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte die größte absolute bzw. anteilmäßige Zunahme gegenüber dem Vergleichszeitraum dar. Die rot markierten Ziffern stellen innerhalb der betreffenden Spalte den größten absoluten bzw. anteilmäßigen Rückgang gegenüber dem Vergleichszeitraum dar.

Die Frequenzen bzgl. der gynäkologischen Untersuchungen<sup>5</sup> resultieren laut Hauptverband aus unterschiedlichen Verrechnungsmethoden der einzelnen Krankenversicherungsträger, womit eine Interpretation der Häufigkeiten bzw. ein bundeslandspezifischer Vergleich nicht sinnvoll möglich ist. Dies gilt ebenfalls für die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt, in welche die Zahlen der gynäkologischen Untersuchungen eingehen. Somit werden die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt bzw. der gynäkologischen Untersuchungen zwar im Bericht angeführt, da diese neben den allgemeinen

---

<sup>4</sup> Der in diesem Bericht im Text verwendete Begriff der „allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen“ bezieht sich auf das „allgemeine Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005)), vormals als „Basisuntersuchungen“ bezeichnet.

<sup>5</sup> Der im Text verwendete Begriff der gynäkologischen Untersuchungen bezieht sich auf das „gynäkologische Untersuchungsprogramm“ der VU Neu (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005))



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

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

### 1.3.1 VU-TeilnehmerInnen 2012

Die Verteilung der VU-TeilnehmerInnen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) im Jahr 2012 nach Männern (N = 424.494) und Frauen (N = 501.194) wird in Abbildung 4 dargestellt. Es konnten mehr weibliche als männliche VU-TeilnehmerInnen beobachtet werden.

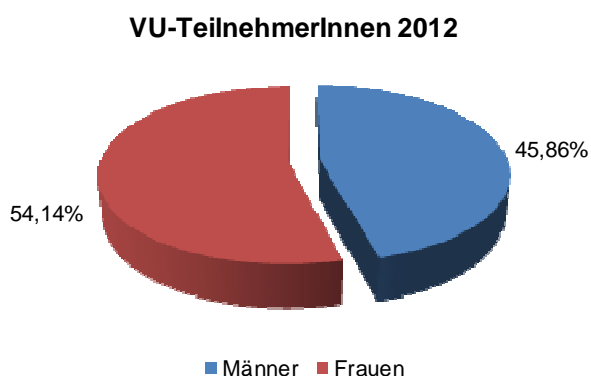


Abbildung 4: VU-TeilnehmerInnen nach Geschlecht, 2012

Die Altersverteilung der VU-TeilnehmerInnen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) im Jahr 2012 wird in Abbildung 5 angeführt. Das Durchschnittsalter, berechnet nach klassierten Daten (Klassenmitten in Jahren: 21, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57, 62, 67, 72, 80), betrug 50,8 Jahre (SD = 16,3; N = 925.688). Bei Männern lag das Durchschnittsalter bei 51,0 Jahren (SD = 16,0; N = 424.494) und bei Frauen bei 50,7 Jahren (SD = 16,6; N = 501.194).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

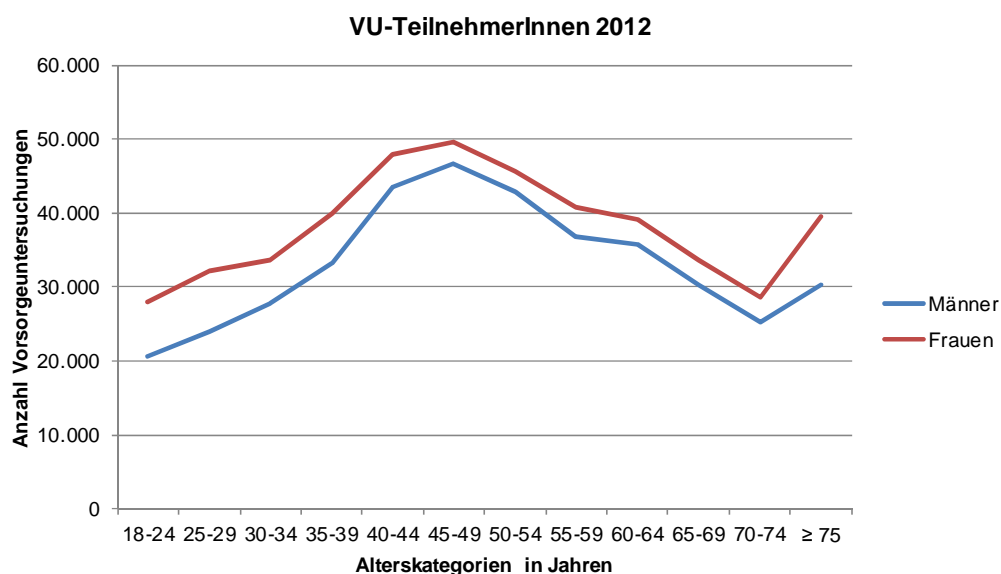


Abbildung 5: VU-TeilnehmerInnen nach Alterskategorien, 2012.

### 1.3.2 Frequenz 2012 – Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2012 stellt sich auf Bundesländerebene wie folgt dar:

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2012.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	1.086.582	424.494	662.088	925.688	424.494	501.194	160.894
Wien	233.334	87.363	145.971	192.317	87.363	104.954	41.017
Niederösterreich	88.850	44.062	44.788	88.330	44.062	44.268	520
Burgenland	56.824	22.412	34.412	49.692	22.412	27.280	7.132
Oberösterreich	152.348	68.444	83.904	150.631	68.444	82.187	1.717
Steiermark	138.687	62.607	76.080	136.306	62.607	73.699	2.381
Kärnten	103.042	38.111	64.931	86.033	38.111	47.922	17.009
Salzburg	60.781	27.948	32.833	60.439	27.948	32.491	342
Tirol	172.946	52.057	120.889	115.273	52.057	63.216	57.673
Vorarlberg	79.770	21.490	58.280	46.667	21.490	25.177	33.103

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 925.688 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die meisten davon in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Wien nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, danach folgen, wie auch im Vorjahr, Oberösterreich und die Steiermark. Vergleicht man die Inanspruchnahme nach

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Absolutzahlen zwischen den Geschlechtern, so weisen Frauen im Jahr 2012 um 76.700 mehr allgemeine Vorsorgeuntersuchungen auf als die Männer im gleichen Zeitraum.

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2012.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Die Grundgesamtheit für die anteilmäßigen Berechnungen stellt die durchschnittliche geschlechtsspezifische Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes ab 18 Jahren (Zielgruppe) des Jahres 2012 dar. In der Darstellung der anteilmäßigen Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern sind die Anteile – wie in den fünf Jahren davor – im Burgenland am höchsten, gefolgt von den Bundesländern Tirol und Kärnten (Tabelle 4). Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich ein analoges Bild, das Bundesland Burgenland nimmt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern den ersten Platz ein, auf den Rängen zwei und drei folgen jeweils wieder Tirol und Kärnten. Die bei weitem niedrigste anteilmäßige Inanspruchnahme zeigt – wie bereits seit über einem Jahrzehnt – die Bevölkerung in Niederösterreich. In diesem Bundesland lässt sich eine Umkehrung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung mit einem leichten Überhang der männlichen Zielgruppe erkennen.

### 1.3.3 Frequenz 2012 – Vorsorgeuntersuchungen nach Alter

Tabelle 5: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle KV-Träger), Jahr 2012.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungs- programm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
<b>insgesamt</b>	<b>1.086.582</b>	<b>424.494</b>	<b>662.088</b>	<b>925.688</b>	<b>424.494</b>	<b>501.194</b>	<b>160.894</b>
18-24	65.952	20.941	45.011	50.011	20.941	29.070	15.941
25-29	71.996	23.588	48.408	55.997	23.588	32.409	15.999
30-34	81.245	29.619	51.626	65.914	29.619	36.295	15.331
35-39	86.777	32.513	54.264	71.871	32.513	39.358	14.906
40-44	110.288	42.910	67.378	92.549	42.910	49.639	17.739
45-49	124.856	50.881	73.975	<b>106.342</b>	<b>50.881</b>	<b>55.461</b>	18.514
50-54	119.361	49.763	69.598	103.646	49.763	53.883	15.715
55-59	101.355	41.768	59.587	88.520	41.768	46.752	12.835
60-64	91.427	37.934	53.493	80.869	37.934	42.935	10.558
65-69	78.485	32.485	46.000	69.545	32.485	37.060	8.940
70-74	74.596	31.204	43.392	66.393	31.204	35.189	8.203
75 und älter	80.244	30.888	49.356	74.031	30.888	43.143	6.213

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Eine altersspezifische Aufschlüsselung der im Jahr 2012 österreichweit in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen liefert die Tabelle 5. Betrachtet nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, entfallen die meisten Untersuchungen, wie im Vorjahr, auf die Gruppe der 45- bis 49-Jährigen, gefolgt von der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen und der 40- bis 44-Jährigen. Die geringste Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen weist, wie schon im letzten Jahr, die jüngste Gruppe der 18- bis 24-Jährigen auf. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt dieselbe Reihenfolge.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 6: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), Jahr 2012.

Altersgruppe	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
<b>insgesamt</b>	<b>13,4</b>	<b>12,7</b>	<b>14,0</b>	<b>4,5</b>
18-24	6,8	5,6	8,1	4,4
25-29	10,1	8,5	11,8	5,8
30-34	12,0	10,7	13,3	5,6
35-39	12,9	11,8	14,1	5,3
40-44	13,9	12,9	15,0	5,3
45-49	15,0	14,2	15,7	5,3
50-54	16,2	15,5	16,8	4,9
55-59	16,7	16,1	17,3	4,8
60-64	17,0	16,6	<b>17,4</b>	4,3
65-69	<b>17,1</b>	<b>16,9</b>	17,2	4,1
70-74	15,7	16,1	15,3	3,6
75 und älter	10,9	12,4	10,0	1,4

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Die Grundgesamtheit für die Prozentberechnungen in Tabelle 6 stellt die geschlechtsspezifische österreichische Bevölkerung ab 18 Jahren dar. Die höchste Teilnehmerate an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2012 weist die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen auf, gefolgt von den 60- bis 64-Jährigen und den 55- bis 59-Jährigen.

Es lässt sich ein Anstieg der Teilnahme mit steigendem Alter bis zur Gruppe der 65- bis 69-Jährigen erkennen, danach kommt es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme, welcher ab dem Alter von über 75 Jahren stark ausfällt. Ein analoges Bild konnte auch im Vorjahr beobachtet werden.

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

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung liefert folgendes Bild: Die Teilnehmerate der Frauen liegt bis einschließlich der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen über jener der Männer, ab der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen kehrt sich dieser Trend um und die Teilnehmerate der Männer übersteigt jene der Frauen. Die höchste Teilnehmerate im Jahr 2012 weist bei den Frauen die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen und bei den Männern die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen auf.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war mit 3,3 Prozentpunkten, wie im Vorjahr, in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen am größten.

### 1.3.4 Altersverteilung der österreichischen Wohnbevölkerung und VU-TeilnehmerInnen 2012

Die Altersverteilung der österreichischen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (Statistik Austria, 2012) wird jener der VU TeilnehmerInnen in Form von Populationspyramiden, getrennt nach Geschlecht, gegenübergestellt.

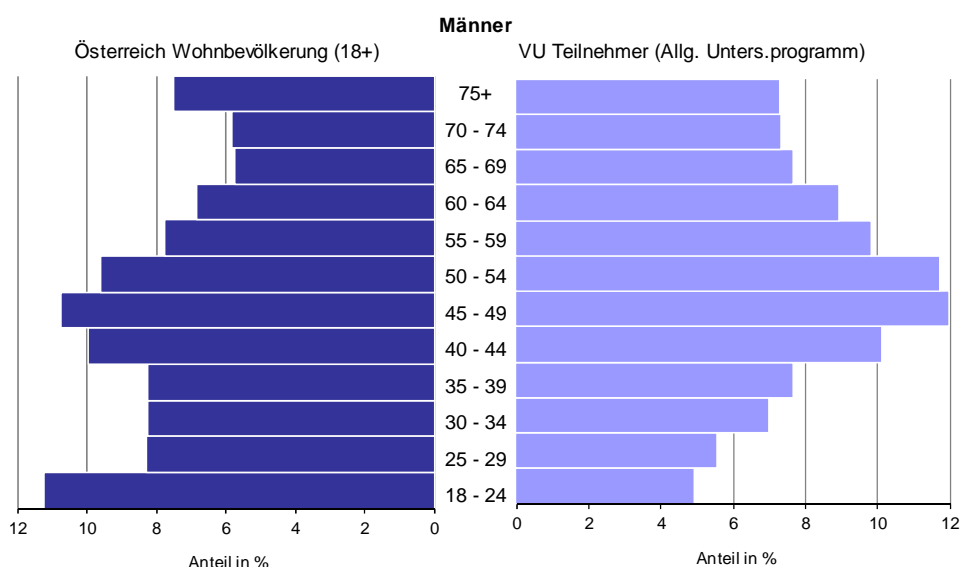


Abbildung 6: Populationspyramide Männer, 2012.

Eine starke Unterrepräsentation zeigen, wie auch im Vorjahr, die männlichen VU Teilnehmer bei den 18- bis 29-Jährigen, wobei diese in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen am markantesten ausfällt (Abbildung 6). Die 30- bis 39-Jährigen zeigen sich ebenfalls unterrepräsentiert. Eine leichte bis mittlere Überrepräsentation der VU-Teilnehmer lässt sich in den übrigen Alterskategorien, mit Ausnahme der über 75-Jährigen, erkennen (siehe auch Tabelle 7). Die in Tabelle 7 angeführten Residuen (Abweichungen) führten beim durchgeführten Chi-Quadrat Anpassungstest hinsichtlich der Altersstruktur der männlichen Bevölkerung von Österreich ab 18 Jahren und den VU Teilnehmern zu einem statistisch signifikanten Unterschied ( $\chi^2$  (df = 11, n = 4.245) = 319,9;  $p \leq .001$ ), der sich aber nur bei den jungen Teilnehmern (18- bis 29-Jährige) auch als praktisch relevant zeigt.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 7: Anpassungstest der VU Teilnehmer nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Männer, 2012.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmer in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	209	476,6	-267,6
25-29	236	352,6	-116,6
30-34	296	350,5	-54,5
35-39	325	350,3	-25,3
40-44	429	422,0	7,0
45-49	509	455,5	53,5
50-54	498	407,9	90,1
55-59	418	329,9	88,1
60-64	379	291,1	87,9
65-69	325	243,9	81,1
70-74	312	246,9	65,1
75 und älter	309	317,9	-8,9

Betrachtet man die Altersverteilung der weiblichen Bevölkerung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr und jener der VU Teilnehmerinnen, lässt sich anhand der in Abbildung 7 dargestellten Populationspyramide, wie auch im Vorjahr, eine auffallende Unterrepräsentierung der VU Teilnehmerinnen bei den 18- bis 24-Jährigen sowie den über 75-Jährigen und eine leichte bei den 25- bis 29- bzw. 30- bis 34-Jährigen erkennen. Leicht bis mittel überrepräsentiert zeigen sich die 40- bis 74-Jährigen. Die 35- bis 39-jährigen Teilnehmerinnen können als repräsentativ betrachtet werden.

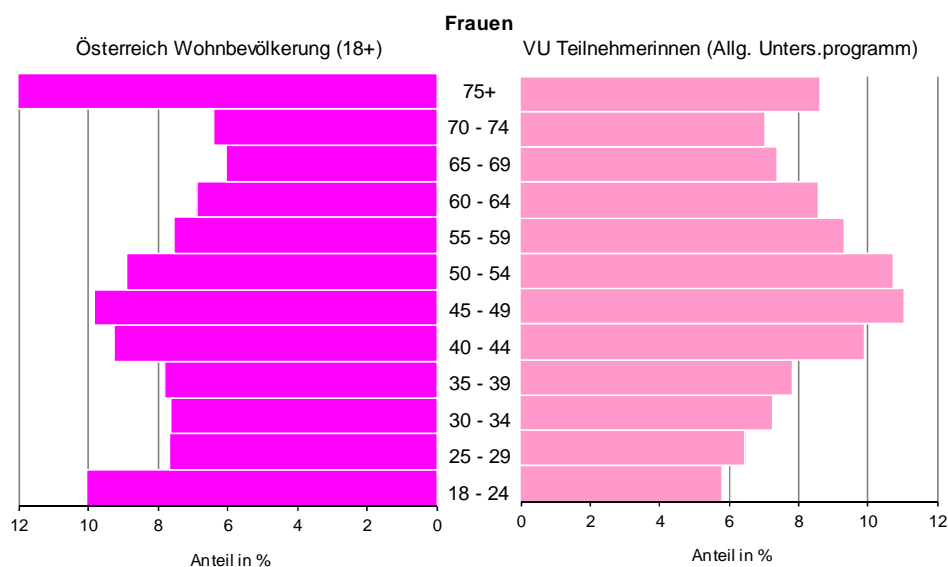


Abbildung 7: Populationspyramide Frauen, 2012.

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

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Unterschied ( $\chi^2$  (df = 11, n = 5.013) = 238,5;  $p \leq .001$ ), der sich aber nur bei den jungen (18- bis 29-Jährigen) und ältesten Teilnehmerinnen (75+) auch als praktisch relevant zeigt.

Tabelle 8: Anpassungstest der VU Teilnehmerinnen nach dem Alter gegenüber der österreichischen Wohnbevölkerung (18+) als erwartete Altersverteilung, Frauen, 2012.

Altersgruppe	Anzahl Teilnehmerinnen in 100	Erwartete Anzahl in 100	Residuum
18-24	291	503,9	-212,9
25-29	324	384,1	-60,1
30-34	363	381,9	-18,9
35-39	394	390,9	3,1
40-44	496	464,0	32,0
45-49	555	493,1	61,9
50-54	539	447,3	91,7
55-59	468	377,8	90,2
60-64	429	344,6	84,4
65-69	371	302,0	69,0
70-74	352	321,4	30,6
75+	431	601,9	-170,9

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

### 1.3.5 Frequenz 2012 – Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen

Die Frequenzstatistik für das Jahr 2012 stellt sich hinsichtlich einer Gliederung nach Untersuchungsstellen wie in Tabelle 9 dar.

Tabelle 9: Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Untersuchungsstellen und Geschlecht (alle KV-Träger), Jahr 2012.

Untersuchungsstelle	Untersuchungen insgesamt			davon			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
<b>Alle Untersuchungsstellen</b>	<b>1.086.582</b>	<b>424.494</b>	<b>662.088</b>	<b>925.688</b>	<b>424.494</b>	<b>501.194</b>	<b>160.894</b>
VertragsärztInnen insgesamt	1.010.360	384.950	625.410	853.513	384.950	468.563	156.847
Arzt/ÄrztIn für Allgemeinmedizin	732.591	328.874	403.717	726.555	328.874	397.681	6.036
FachärztInnen insgesamt	277.769	56.076	221.693	126.958	56.076	70.882	150.811
Lungenheilkunde	505	268	237	505	268	237	0
Frauenheilkunde	150.811	0	150.811	0	0	0	150.811
Innere Medizin	126.453	55.808	70.645	126.453	55.808	70.645	0
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung	40.446	19.138	21.308	37.356	19.138	18.218	3.090
Sonstige Untersuchungsstellen	35.776	20.406	15.370	34.819	20.406	14.413	957

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.



## Vorsorgeuntersuchung Neu

Die größte Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen ist insgesamt – für Frauen und für Männer gleichsam – bei den niedergelassenen VertragsärztInnen zu beobachten. Der Rest der Vorsorgeuntersuchungen verteilt sich auf sonstige Untersuchungsstellen sowie eigene Einrichtungen der Sozialversicherungen. Innerhalb der Gruppe der niedergelassenen VertragsärztInnen wird die überwiegende Mehrzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen für beide Geschlechter durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin erbracht. Von dieser Gruppe werden im Jahr 2012 bezogen auf alle Untersuchungsstellen 78,5 % der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Dahinter rangieren die FachärztInnen, wobei unter diesen die FachärztInnen für Innere Medizin am stärksten vertreten sind.

### 1.3.6 Veränderungen der Vorsorgeuntersuchungen 2011-2012

Tabelle 10: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern in Absolutzahlen (alle KV-Träger), 2011-2012.

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
<b>Österreich</b>	<b>+50.746</b>	<b>+15.945</b>	<b>+34.801</b>	<b>+41.099</b>	<b>+15.945</b>	<b>+25.154</b>	<b>+9.647</b>
Wien	+16.534	+4.359	+12.175	<b>+10.777</b>	+4.359	+6.418	+5.757
Niederösterreich	+8.881	+4.594	+4.287	+8.814	<b>+4.594</b>	+4.220	+67
Burgenland	-159	-390	+231	-693	-390	-303	+534
Oberösterreich	+6.216	-2.090	+8.306	+6.427	<b>-2.090</b>	<b>+8.517</b>	-211
Steiermark	+6.653	+3.070	+3.583	+6.474	+3.070	+3.404	+179
Kärnten	+5.295	+3.146	+2.149	+3.600	+3.146	+454	+1.695
Salzburg	+2.039	+1.118	+921	+2.110	+1.118	+992	-71
Tirol	+8.195	+3.187	+5.008	+6.235	+3.187	+3.048	+1.960
Vorarlberg	-2.908	-1.049	-1.859	<b>-2.645</b>	-1.049	<b>-1.596</b>	-263

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Betrachtet man die beiden Vergleichsjahre 2011 und 2012 nach Absolutzahlen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, so zeigt sich, dass die Häufigkeit der Untersuchungen bei allen Bundesländern, mit Ausnahme von Burgenland und Vorarlberg, gestiegen ist (Tabelle 10). Dies führte zu einem österreichweiten Zuwachs an 41.099 allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Den stärksten Zuwachs zeigt das Bundesland Wien, gefolgt von Niederösterreich, welches im Vorjahr noch Rückgänge verzeichnen musste, der Steiermark und Oberösterreich.

Für Männer und Frauen getrennt betrachtet, zeigt sich im Bundesländervergleich folgendes Bild. Bei den Männern ist in Niederösterreich, wo sich im Vorjahr noch der größte Rückgang zeigte, die größte Zunahme an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen zu verzeichnen, bei den Frauen in Oberösterreich. Bei den Männern folgen danach die Bundesländer Wien, Tirol und Kärnten und bei den Frauen Wien, Niederösterreich und die Steiermark. Ein Rückgang an

## Vorsorgeuntersuchung Neu

allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahr konnte bei den Männern in den Bundesländern Burgenland, Oberösterreich und Vorarlberg und bei den Frauen ebenfalls im Burgenland und in Vorarlberg beobachtet werden.

Tabelle 11: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Bundesländern, 2011-2012.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Die Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Zielgruppe von 2011 und 2012 wird in Tabelle 11 dargestellt. Analog zu den Ergebnissen in Tabelle 10 verzeichnen sämtliche Bundesländer gegenüber 2011 Anstiege in der Inanspruchnahme, mit Ausnahme von Burgenland und Vorarlberg. Der größte Anstieg ist mit 0,9 Prozentpunkten in Tirol erkennbar, gefolgt von Kärnten und Wien ex aequo mit Niederösterreich. Geschlechtsspezifisch betrachtet, weisen bei den Männern die Bundesländer Burgenland, Oberösterreich und Vorarlberg einen Rückgang der Teilnahmerate auf. In Kärnten zeigt sich die größte Zunahme an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen mit einem Plus von 1,4 Prozentpunkten, gefolgt von Tirol und Niederösterreich. Die Frauen zeigen den größten Zuwachs in Oberösterreich, gefolgt von Tirol und Wien. Ein Rückgang der Teilnahmeraten zeigt sich bei den Frauen im Burgenland und in Vorarlberg. Österreichweit zeigt sich ein Anstieg der Inanspruchnahme des allgemeinen Untersuchungsprogramms im Jahr 2012 gegenüber 2011 von +0,6 Prozentpunkten.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 12: Veränderung der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in Absolutzahlen, nach Alter der ProbandInnen (alle KV-Träger), 2011-2012.

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
<b>insgesamt</b>	<b>+50.746</b>	<b>+15.945</b>	<b>+34.801</b>	<b>+41.099</b>	<b>+15.945</b>	<b>+25.154</b>	<b>+9.647</b>
18-24	+1.971	-522	+2.493	-402	-522	+120	+2.373
25-29	-2.154	-1.399	-755	<b>-2.700</b>	<b>-1.399</b>	<b>-1.301</b>	+546
30-34	+2.448	+643	+1.805	+1.627	+643	+984	+821
35-39	-1.964	-871	-1.093	-1.516	-871	-645	-448
40-44	+2.259	-477	+2.736	+1.076	-477	+1.553	+1.183
45-49	+8.152	+1.931	+6.221	+5.794	+1.931	+3.863	+2.358
50-54	+12.187	+4.249	+7.938	<b>+9.764</b>	<b>+4.249</b>	<b>+5.515</b>	+2.423
55-59	+6.924	+2.994	+3.930	+5.801	+2.994	+2.807	+1.123
60-64	+2.250	+1.079	+1.171	+2.767	+1.079	+1.688	-517
65-69	+6.555	+2.680	+3.875	+6.125	+2.680	+3.445	+430
70-74	+7.436	+3.293	+4.143	+6.677	+3.293	+3.384	+759
75 und älter	+4.682	+2.345	+2.337	+6.086	+2.345	+3.741	-1.404

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen, Allg. = Allgemeines.

Betrachtet man die in Tabelle 12 dargestellten Absolutzahlen nach Alter der TeilnehmerInnen, so zeigt sich, dass die Untersuchungszahlen betreffend das allgemeine Untersuchungsprogramm insgesamt sowie geschlechtsspezifisch am stärksten bei den 50- bis 54-Jährigen angestiegen sind. In der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen sind dabei die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahr bei den Männern als auch den Frauen am stärksten gesunken.

Tabelle 13: Veränderung der Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) in Prozentpunkten, nach Alter der ProbandInnen, 2011-2012.

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

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Die Gegenüberstellung der Teilnahmeraten von 2011 und 2012 zeigt, dass die Gruppe der 25- bis 29-Jährigen, wie schon nach Absolutzahlen, auch hinsichtlich der Teilnahmerate den größten rückläufigen Wert aufweist. Die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen weist hingegen den größten Anstieg der Teilnahmeraten auf. Geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich ein analoges Bild: Die 25- bis 29-jährigen Männer weisen mit -0,5 Prozentpunkten den größten Rückgang bei den Teilnahmeraten auf. Der stärkste Zuwachs lässt sich, wie im Vorjahr, bei den 65- bis 69-jährigen Männern mit +1,4 Prozentpunkten erkennen. Die Frauen zeigen, analog zu den Männern, bei den 25- bis 29-Jährigen mit -0,4 Prozentpunkten eine rückläufige Teilnahmerate und bei den 65- bis 69-Jährigen mit +1,7 Prozentpunkten den größten Anstieg bei der Teilnahmerate.

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

### 1.3.7 Verlauf der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000-2012

Im Folgenden sei auf eine Verlaufsdarstellung der verzeichneten Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2012 verwiesen (Tabelle 14). Auch bei allen folgenden vergleichenden Darstellungen werden ausschließlich die Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms betrachtet.

Tabelle 14: Absolute Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2012 (alle KV-Träger).

Bdsld.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Österr.	653.472	709.350	748.332	786.315	813.782	775.723	791.370	821.655	871.691	839.360	854.413	884.589	925.688
Österr. (W fortg.)							790.239	811.303	857.740				
Österr. (exkl. W)	551.323	597.143	625.294	653.001	671.355	638.010	637.222	650.322	688.794	670.797	680.727	703.049	733.371
W	102.149	112.207	123.038	133.314	142.427	137.713	154.148	171.333	182.897	168.563	173.686	181.540	192.317
W (fortg.)							153.017	160.981	168.946				
NÖ	60.255	69.319	72.299	78.209	78.833	74.669	77.866	78.226	82.262	80.515	79.526	79.516	88.330
Bgld.	35.171	37.180	39.061	40.463	42.276	40.177	39.200	43.868	47.380	47.438	48.960	50.385	49.692
OÖ	107.874	117.579	121.155	128.064	134.387	126.042	126.341	128.278	137.937	134.040	139.809	144.204	150.631
Stmk.	113.030	123.635	129.184	134.317	132.444	126.067	123.683	122.401	126.606	122.658	124.619	129.832	136.306
Ktn.	64.937	69.330	72.112	73.786	76.474	75.305	72.808	74.171	78.294	76.708	77.493	82.433	86.033
Sbg.	48.810	50.863	53.696	55.241	56.785	52.747	54.605	57.794	58.795	58.208	55.626	58.329	60.439
T	82.799	88.537	96.125	99.836	103.493	96.484	101.000	102.639	109.002	104.527	107.390	109.038	115.273
Vbg.	38.447	40.700	41.662	43.085	46.663	46.519	41.719	42.945	48.518	46.703	47.304	49.312	46.667

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgld. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Betrachtet man in Abbildung 8 die grafische Darstellung der Absolutzahlen aus Tabelle 14, so zeigt sich eine stetige Zunahme der Zahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen von 2000 bis 2004. Im Jahr 2005 sind die Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern rückläufig. Von 2005 bis 2008 ist ein flacher bis leicht steigender Verlauf der Kurven erkennbar. Der allgemeine positive Trend kann sich im Jahr 2009 nicht fortsetzen. Die Ausnahme stellt Burgenland dar, welches als einziges Bundesland einen Zuwachs in den Absolutzahlen im Vergleich zu 2008 verzeichnet. Problematisch stellen sich die Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien in den Jahren 2006 bis 2008 dar. Laut Hauptverband ist es in diesem Zeitraum zu Doppelerfassungen gekommen. Somit ist für das Bundesland Wien eine Interpretation des Verlaufes der gemeldeten Frequenzen im genannten Zeitraum nicht sinnvoll möglich. Mit Hilfe einer linearen Fortschreibung der Daten für Wien von 2006 bis 2008 kann aber eine vorsichtige Interpretation vorgenommen werden, wonach im Vergleich von 2008

## Vorsorgeuntersuchung Neu

zu 2009 ebenfalls ein Rückgang der Teilnehmezahlen in Wien zu erkennen ist. Dies führt bei den angepassten österreichweiten Zahlen ebenfalls zu einem, wenn auch gegenüber den gemeldeten Frequenzen abgeschwächten, „Knick“ des Kurvenverlaufs von 2008 auf 2009. Weiters zeigt sich ein weitgehend paralleler Trendverlauf der Teilnehmezahlen von Österreich exklusive der gemeldeten Wien-Frequenzen zu jenen von Österreich mit den angepassten Wiener Teilnehmezahlen. Ab dem Jahr 2009 ist erneut ein positiver Aufwärtstrend bei allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, wobei die Frequenzen in Salzburg im Jahr 2011 wieder ansteigen und jene in Niederösterreich nur leicht zurückgehen, erkennbar. Im Jahr 2012 kann der österreichweite positive Trend der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Burgenland und Vorarlberg, fortgesetzt werden. Auffallend zeigt sich der starke Anstieg der VU-Teilnehmezahlen in Niederösterreich, die in den letzten Jahren bisher einen stets negativen Verlauf nahmen.

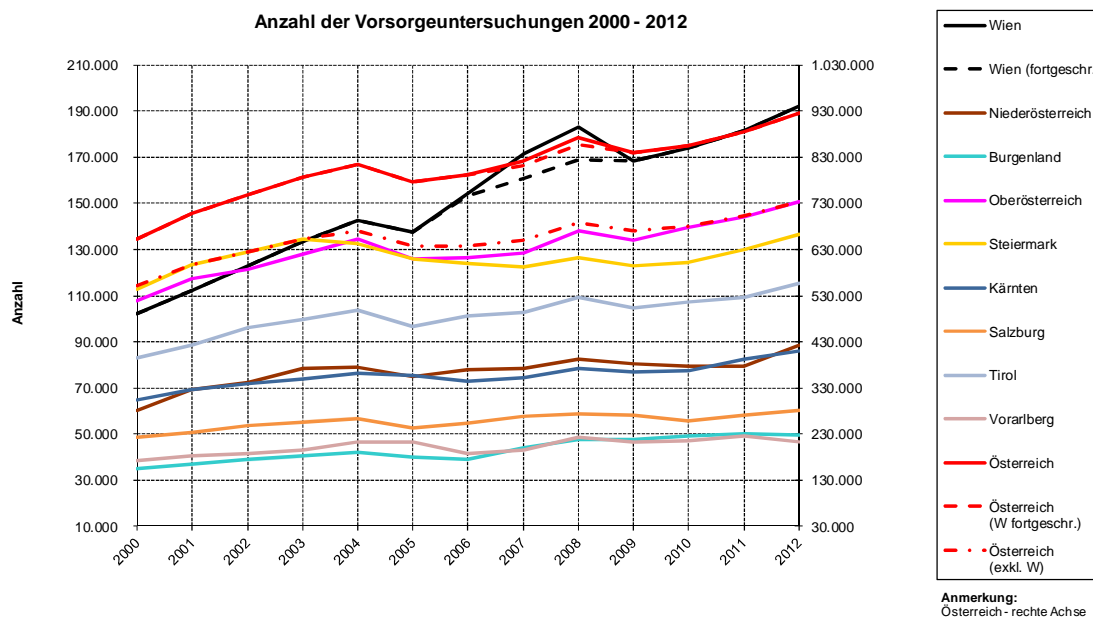


Abbildung 8: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) 2000 – 2012 (alle KV-Träger). Legende. fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, W = Wien.

In Tabelle 15 sind die Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen bezogen auf die Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre) nach Bundesländern für die Jahre 2000 bis 2012 dargestellt. Analog zum Verlauf der absoluten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen in Österreich (Abbildung 8) kann auch eine stetige Zunahme der Inanspruchnahmeraten von 2000 bis 2004 bei allen Bundesländern beobachtet werden. Dies wird mit den steigenden Kurvenverläufen in Abbildung 9 dargestellt. Im Jahr 2005 zeigen sich die Inanspruchnahmeraten in allen Bundesländern als rückläufig. Ab dem Jahr 2006 steigen die Raten erneut an. Dieser positive Trend wird im Jahr 2009 unterbrochen, um sich im darauffolgenden Jahr 2010 erneut bis in das Jahr 2012 fortzusetzen. Die höchsten

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Inanspruchnahmeraten zeigen seit über einem Jahrzehnt die Bundesländer Tirol und Burgenland, wobei Tirol ab dem Jahr 2007 die Führung an das Burgenland abgeben musste (Abbildung 9).

Tabelle 15: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2000 – 2012 (alle KV-Träger).

Bdsld.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Österr.							11,9	12,2	12,9				
Österr. (W fortg.)	10,3	11,1	11,6	12,1	12,4	11,7	11,9	12,1	12,7	12,3	12,5	12,9	13,4
Österr. (exkl. W)	10,9	11,7	12,1	12,6	12,9	12,1	12,0	12,2	12,8	12,4	12,5	13,0	13,4
W							11,3	12,4	13,2				
W (fortg.)	8,0	8,7	9,4	10,1	10,7	10,2	11,2	11,7	12,2	12,0	12,3	12,7	13,4
NÖ	5,0	5,7	5,9	6,3	6,3	5,9	6,1	6,1	6,4	6,2	6,1	6,0	6,7
Bgld.	15,8	16,6	17,3	17,9	18,6	17,6	17,0	18,9	20,3	20,1	20,7	21,1	20,8
OÖ	10,1	11,0	11,2	11,8	12,3	11,4	11,4	11,5	12,2	11,8	12,3	12,6	13,1
Stmk.	12,0	13,0	13,5	14,0	13,7	12,9	12,6	12,4	12,8	12,3	12,4	12,9	13,5
Ktn.	14,6	15,6	16,1	16,5	17,0	16,7	16,1	16,3	17,1	16,7	16,8	19,6	18,7
Sbg.	12,2	12,6	13,2	13,5	13,8	12,7	13,0	13,7	13,9	13,6	13,0	13,5	14,0
T	15,9	16,9	18,1	18,7	19,2	17,7	18,3	18,4	19,4	18,4	18,8	18,9	19,8
Vbg.	14,4	15,1	15,3	15,7	16,8	16,6	14,7	15,0	16,9	16,1	16,2	16,7	15,7

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgld. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen 2000 - 2012

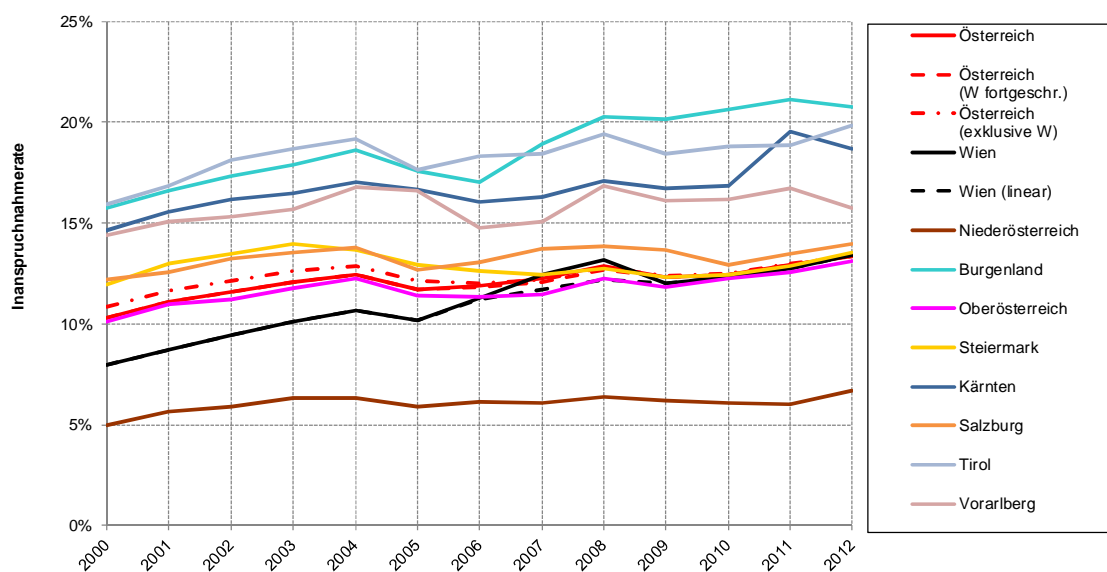


Abbildung 9: Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) nach Bundesländern in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2002 – 2010 (alle KV-Träger).

Eine weitere Betrachtung des Verlaufs der VU-Teilnahmezahlen erfolgt in Abbildung 10 mit der Darstellung der relativen Differenzen der Absolutzahlen (Tabelle 16) jeweils im Vergleich zum Vorjahr. Der Knick im Jahr 2005 ist hier als die Folge eines sich bereits seit Jahren abzeichnenden Trends erkennbar. In den einzelnen Bundesländern - mit Ausnahme der Steiermark - ist bis 2004 ein relativer Zuwachs gegenüber den Vergleichsjahren gegeben. Dieser wird jedoch über die Jahre stets geringer, bis er schließlich im Jahr 2005 in Richtung eines Rückgangs umschlägt. Mit dem Jahr 2006 kommt es bei allen Bundesländern, in Vorarlberg und Kärnten ein Jahr später, zu einer Trendumkehr. Im Jahr 2009 scheint dieser Aufwärtstrend unterbrochen und es lässt sich ein Knick in der Verlaufskurve erkennen. Dies gilt auch für die österreichweiten Teilnahmezahlen unter Berücksichtigung einer linearen Fortschreibung der Frequenzen von Wien bzw. für die Frequenzen von Österreich unter Ausschluss der Wiener Zahlen, jedoch in abgeschwächter Form. D.h. der Rückgang der Teilnahmefrequenzen fällt nach einer Anpassung der gemeldeten Frequenzen um 1,6 bzw. 1,1 Prozentpunkte geringer aus (Tabelle 16). Mit dem Jahr 2010 kommt es in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, wie bereits oben erwähnt, erneut zu einem Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Der positive Anstieg hält auch im Jahr 2011, in Niederösterreich gehen die Frequenzen nur leicht zurück, bei allen Bundesländern an. Der positive Trend setzt sich in Österreich im Jahr 2012 weiterhin fort, mit Ausnahme der Rückläufe im Burgenland und in Tirol, wobei der starke Anstieg der VU-Inanspruchnahme in Niederösterreich im Vergleich zum Vorjahr auffällt.

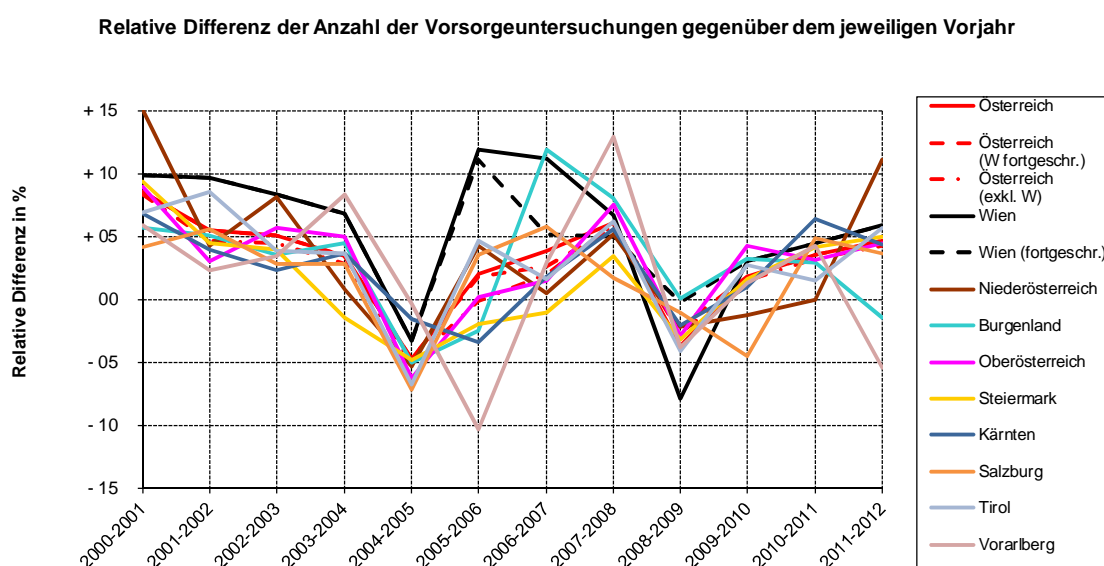


Abbildung 10: Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger). Legende. W = Wien, fortgeschr. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008.



## Vorsorgeuntersuchung Neu

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

Bdsld.	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Österr.						+2,0	+3,8	+6,1	-3,7			
Österr. (W fortg.)	+8,6	+5,5	+5,1	+3,5	-4,7	+1,9	+2,7	+5,7	-2,1	+1,8	+3,5	+4,7
Österr. (exkl. W)	+8,3	+4,7	+4,4	+2,8	-5,0	-0,1	+2,1	+5,9	-2,6	+1,5	+3,3	+4,3
W						+11,9	+11,2	+6,7	-7,8			
W (fortg.)	+9,8	<b>+9,7</b>	<b>+8,3</b>	+6,8	-3,3	+11,1	+5,2	+5,0	-0,2	+3,0	+4,5	+5,9
NÖ	<b>+15,0</b>	+4,3	+8,2	+0,8	-5,3	+4,3	+0,5	+5,2	-2,1	-1,2	<b>-0,0</b>	<b>+11,1</b>
Bgld.	+5,7	+5,1	+3,6	+4,5	-5,0	-2,4	<b>+11,9</b>	+8,0	<b>+0,1</b>	+3,2	+2,9	-1,4
OÖ	+9,0	+3,0	+5,7	+4,9	-6,2	+0,2	+1,5	+7,5	-2,8	<b>+4,3</b>	+3,1	+4,5
Stmk.	+9,4	+4,5	+4,0	<b>-1,4</b>	-4,8	-1,9	<b>-1,0</b>	+3,4	-3,1	+1,6	+4,2	+5,0
Ktn.	+6,8	+4,0	+2,3	+3,6	-1,5	-3,3	+1,9	+5,6	-2,0	+1,0	<b>+6,4</b>	+4,4
Sbg.	+4,2	+5,6	+2,9	+2,8	<b>-7,1</b>	+3,5	+5,8	+1,7	-1,0	<b>-4,4</b>	+4,9	+3,6
T	+6,9	+8,6	+3,9	+3,7	-6,8	+4,7	+1,6	+6,2	-4,1	+2,7	+1,5	+5,7
Vbg.	+5,9	+2,4	+3,4	<b>+8,3</b>	-0,3	<b>-10,3</b>	+2,9	<b>+13,0</b>	-3,7	+1,3	+4,2	<b>-5,4</b>

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgld. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Für den Zeitraum von 2000 bis 2009 zeigt sich im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr für Österreich gesamt erstmals seit 2005 wieder eine Abnahme der Anzahl der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Dies ist einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Burgenland, und andererseits auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen. Diese Entwicklung zeigt sich ebenfalls bei Anwendung einer linearen Fortschreibung der Wiener Teilnehmezahlen für den Zeitraum von 2006 bis 2008, die in die österreichweiten Frequenzen einfließen, wie auch bei Ausschluss der gemeldeten Frequenzen von Wien, jedoch in abgeschwächter Form, die sich relativ mit rund 40 % weniger Rückgang darstellt. Im Jahr 2010 ist die absolute Anzahl an allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen österreichweit und in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Niederösterreich und Salzburg, erneut gestiegen. Auch im Jahr 2011 kann ein Anstieg der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern beobachtet werden, mit Ausnahme eines leichten Rückgangs in Niederösterreich. Im Jahr 2012 setzt sich der positive Trend weiter fort, mit Ausnahme der Rückgänge im Burgenland und in Tirol, wobei in Wien und in Niederösterreich der stärkste Anstieg an VU-Teilnehmezahlen der letzten 10 Jahre verzeichnet werden kann (Tabelle 17).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 17: Absolute Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (alle KV-Träger).

Bdsld.	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Österr.						+15.647	+30.285	+50.036	-32.331			
Österr. (W fortg.)	+55.878	+38.982	+37.983	+27.467	-38.059	+14.516	+21.064	+46.437	-18.380	+15.053	+30.176	+41.099
Österr. (exkl. W)	+45.820	+28.151	+27.707	+18.354	-33.345	-788	+13.100	+38.472	-17.997	+9.930	+22.322	+30.322
W						+16.435	+17.185	+11.564	-14.334			
W (fortg.)	+10.058	<b>+10.831</b>	<b>+10.276</b>	<b>+9.113</b>	-4.714	+15.304	+7.964	+7.965	-383	+5.123	<b>+7.854</b>	<b>+10.777</b>
NÖ	+9.064	+2.980	+5.910	+624	-4.164	+3.197	+360	+4.036	-1.747	-989	<b>-10</b>	+8.814
Bgl.	+2.009	+1.881	+1.402	+1.813	-2.099	-977	+4.668	+3.512	<b>+58</b>	+1.522	+1.425	-693
OÖ	+9.705	+3.576	+6.909	+6.323	<b>-8.345</b>	+299	+1.937	+9.659	-3.897	<b>+5.769</b>	+4.395	+6.427
Stmk.	<b>+10.605</b>	+5.549	+5.133	<b>-1.873</b>	-6.377	-2.384	<b>-1.282</b>	+4.205	-3.948	+1.961	+5.213	+6.474
Ktn.	+4.393	+2.782	+1.674	+2.688	-1.169	-2.497	+1.363	+4.123	-1.586	+785	+4.940	+3.600
Sbg.	+2.053	+2.833	+1.545	+1.544	-4.038	+1.858	+3.189	+1.001	-587	<b>-2.582</b>	+2.703	+2.110
T	+5.738	+7.588	+3.711	+3.657	-7.009	+4.516	+1.639	+6.363	-4.475	+2.863	+1.648	+6.235
Vbg.	+2.253	+962	+1.423	+3.578	-144	<b>-4.800</b>	+1.226	+5.573	-1.815	+601	+2.008	<b>-2.645</b>

Legende: Bdsld. = Bundesland, W = Wien, NÖ = Niederösterreich, Bgl. = Burgenland, OÖ = Oberösterreich, Stmk. = Steiermark, Ktn. = Kärnten, Sbg. = Salzburg, T = Tirol, Vbg. = Vorarlberg, fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Insgesamt kann 2012 im Vergleich zu 2011 eine Zuwachsrate von +4,7 Prozent der Untersuchungen ausgemacht werden (Tabelle 16). Das entspricht einer Zunahme von 41.099 allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Unter den Bundesländern verzeichnet Wien mit +10.777 allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen den größten Anstieg, gefolgt von Niederösterreich mit +8.814 und der Steiermark mit +6.474 Vorsorgeuntersuchungen. Einen Rückgang bei den Teilnahmezahlen, zeigen, wie oben erwähnt, die Bundesländer Burgenland mit -693 und Vorarlberg mit -2.645 Untersuchungen (Tabelle 17).

Für sämtliche der bisherigen Betrachtungen wurden die Untersuchungszahlen des allgemeinen Untersuchungsprogramms jeweils zweier Jahresfolgen berücksichtigt. Für weitere Aussagen hinsichtlich eines möglichen Trends wird daher in Tabelle 18 der Durchschnitt der verzeichneten Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms der Jahre 2000 bis 2004 dem Durchschnitt der Absolutzahlen der Jahre 2006 bis 2012 gegenübergestellt. Damit soll eine vorsichtige Aussage zum Vergleich zwischen den beiden Untersuchungsprogrammen erfolgen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Tabelle 18: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2000-2004 („VU alt“) mit der durchschnittlichen Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006-2012 (VU Neu) mittels absoluter und relativer Differenz (%). Betrachtet wird das allgemeine Untersuchungsprogramm.

Bundesland	Ø(2000-2004)	Ø (2006-2012)	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2012) [absolute Differenz]	Ø(2000-2004)-Ø(2006-2012) [relative Differenz %]
Österreich	<b>742.250</b>	<b>855.538</b>	<b>+113.288</b>	<b>+15,3</b>
Österreich (W fortgeschr.)	<b>742.250</b>	<b>851.905</b>	<b>+109.654</b>	<b>+14,8</b>
Österreich (exkl. W)	<b>619.623</b>	<b>680.612</b>	<b>+60.989</b>	<b>+9,8</b>
Wien	122.627	174.926	+52.299	+42,6
Wien (fortgeschr.)	122.627	171.293	+48.666	+39,7
Niederösterreich	71.783	80.892	+9.109	+12,7
Burgenland	38.830	46.703	+7.873	<b>+20,3</b>
Oberösterreich	121.812	<b>137.320</b>	<b>+15.508</b>	+12,7
Steiermark	<b>126.522</b>	126.586	+64	+0,1
Kärnten	71.328	78.277	+6.949	+9,7
Salzburg	53.079	57.685	+4.606	+8,7
Tirol	94.158	106.981	+12.823	+13,6
Vorarlberg	42.111	46.167	+4.055	+9,6

Legende: fortg. = lineare Fortschreibung für 2006 – 2008, exkl. = exklusive.

Mit dem vorliegenden Datenmaterial lässt sich für Österreich im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2012 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2008 im Bundesland Wien mitgeprägt wird. Relativ gesehen beträgt dieser Zuwachs dabei insgesamt +15,3 %. Unter Verwendung einer linearen Fortschreibung für die VU-Teilnahmezahlen in Wien der Jahre 2006 bis 2008 lässt sich weiterhin eine Zuwachsrate von 14,8 % erkennen. Auch bei Ausschluss der Wiener Frequenzen zeigt sich österreichweit ein positiver Trend der VU Teilnahmezahlen im Zeitraum von 2006 bis 2012 von knapp 10 % gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004.

Im Vergleich der Teilnahmezahlen an den beiden Programmen zur Vorsorgeuntersuchung (2000 bis 2004 bzw. 2006 bis 2012) rangieren nach den relativen Differenzen hinter Burgenland (+20,3 %) die Bundesländer Tirol (+13,6 %) an zweiter und Niederösterreich (+12,7 %) ex aequo mit Oberösterreich (+12,7 %) an dritter Stelle.

### 1.3.8 Zusammenfassung der Frequenzdarstellungen

Die vorliegenden Ergebnisse für das Jahr **2012** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Betrachtet nach Altersgruppen entfallen auf die 45- bis 49-Jährigen, wie auch im Vorjahr, zahlenmäßig die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Die Altersgruppe mit der anteilig höchsten Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung war im Jahr 2012 die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen. Vergleicht man die Altersverteilung von Österreich ab dem 18. Lebensjahr mit jener der VU-TeilnehmerInnen, zeigt sich bei den Männern analog zu den beiden Vorjahren die größte Unterrepräsentierung bei den 18- bis 24-Jährigen und bei den Frauen ebenfalls bei den 18- bis 24-Jährigen wie auch über 75-Jährigen.

Nach Absolutzahlen betrachtet, entfallen, wie auch schon bisher, mehr Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf Frauen als auf Männer. Gesamt betrachtet liegt 2012 die anteilmäßige Inanspruchnahme der Frauen mit 14,0 % um über einen Prozentpunkt über jener der Männer mit 12,7 %. Das führt zu einer österreichweiten Inanspruchnahme von 13,4 %.

Nach Absolutzahlen betrachtet, wies Wien im Jahr 2012, wie auch in den drei Jahren zuvor, die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark. Nach der relativen Inanspruchnahme betrachtet, zeigt sich – wie bereits 2011 – folgendes Bild: Die höchsten Anteile entfallen auf das Bundesland Burgenland (20,8 %), gefolgt von Tirol (19,8 %) und Kärnten (18,7 %). Deutlich abgeschlagen von den übrigen Bundesländern zeigt sich auch 2012, wie in den Jahren zuvor, die niedrigste anteilige Inanspruchnahme im Bundesland Niederösterreich (6,7 %).

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen nach Untersuchungsstellen, so wurden im Jahr 2012 die meisten Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms, wie auch in den Jahren zuvor, in Absolutzahlen von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt. Davon entfiel der größte Anteil auf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, gefolgt von niedergelassenen FachärztInnen für Innere Medizin.

Betrachtet man die Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zu 2011, so weisen im Jahr 2012 alle Bundesländer, mit Ausnahme von Burgenland und Vorarlberg, einen zahlenmäßigen Anstieg an TeilnehmerInnen des allgemeinen Untersuchungsprogramms auf. Bundesländerweit gesehen, ergibt sich über beide Beobachtungszeiträume das bereits bekannte West-Ost-Gefälle, wobei das Burgenland bei der relativen Inanspruchnahme eine positive Ausnahme darstellt.

Zusammenfassend kann sich der positive Trend der letzten Jahre, nach den rückläufigen Frequenzen im Jahr 2009, die einerseits auf den Rückgang der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in allen Bundesländern – mit Ausnahme von Burgenland – aber andererseits auch auf die nach unten korrigierten Frequenzzahlen im Bundesland Wien zurückzuführen waren, im Jahr 2012 nach der positiven Entwicklung in den Jahren 2010 und 2011 erneut fortsetzen. Sowohl bei den Absolutzahlen als auch bei den relativen Häufigkeiten – mit Ausnahme der Rückgänge im Burgenland und Vorarlberg – konnten auch im Jahr 2012 wieder Anstiege der Inanspruchnahme verzeichnet werden. Wird anstatt der gemeldeten VU Teilnehmezahlen von Wien eine lineare Fortschreibung der Wiener Frequenzen für den Zeitraum von 2006 bis 2008, wo es zu Doppelmeldungen kam, herangezogen, konnten analoge Ergebnisse gezeigt werden.

Trotz des Rückganges im Jahr 2009 lässt sich insgesamt für Österreich weiterhin im Schnitt ein absoluter Anstieg der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen des allgemeinen Untersuchungsprogramms von 2006 bis 2012 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 („VU alt“) beobachten, auch wenn dieses Ergebnis teilweise von den Doppelerfassungen im Zeitraum 2006 bis 2008 im Bundesland Wien mitgeprägt wird. Bei Anwendung einer linearen Fortschreibung von Wiener Teilnehmezahlen für den genannten Zeitraum, in dem es zu Doppelerfassungen kam, lässt sich ein analoger positiver Trend erkennen. Dies gilt in gleicher Weise für die positive Entwicklung der VU Frequenzen in Österreich unter Ausschluss der gemeldeten Wiener Teilnehmezahlen.

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

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

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

Bis dato sind mehr als 330.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate liegt derzeit bei 8,20 Prozent.

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

Der Focus liegt hierbei auf der Implementierung von regionalen und überregionalen Kooperationen mit Projektpartnern, welche direkt mit den jeweiligen Zielgruppen in Kontakt stehen und so einen niederschweligen Zugang zu Informationen über die Vorsorgeuntersuchung ermöglichen. Aus den abgeschlossenen Kooperationsprojekten konnten wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden. So besteht beispielsweise seitens möglicher Partner/innen eine große Bereitschaft, Kooperationen mit der SV einzugehen. Die Folder und Plakate im neuen VU Corporate Design wurden in den Regelbetrieb übernommen und werden

## Vorsorgeuntersuchung Neu

von den Risikogruppen sehr gut angenommen. Ebenso wurden zwei innovative Projekte im Umfeld „Setting Betrieb“ und „Setting Senior/innen“ durchgeführt.

Seit 1. Juli 2011 ist die kostenlose Serviceline 0800 501 522 implementiert und seither das ganze Jahr in Betrieb. Das hervorragende Reporting bietet u.a. Ansatzpunkte für Folgekampagnen. Nachgefragt werden hauptsächlich Informationen zum Ablauf einer Vorsorgeuntersuchung sowie direkte Terminvereinbarungen durch die Serviceline.

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

Der Gesetzgeber hat zu dieser Fragestellung mehrere Begrifflichkeiten eingeführt, jedoch nähere Ausführungen unterlassen. So bleibt es mit der gegebenen Formulierung der „Auswirkungen der Änderungen“ offen, welche Messgrößen bei den erwähnten Auswirkungen berücksichtigt werden sollen. In Betracht kommt dabei in erster Linie die mögliche Änderung der VU-Inanspruchnahme an sich. So könnten dabei Anteile der Personen mit VU-Inanspruchnahme bezogen auf die Zielbevölkerung der VU in einem definierten Zeitraum gegenüber der Inanspruchnahme der „alten“ Vorsorgeuntersuchung in einem Vergleichszeitraum gegenüber gestellt werden. Zum Teil liegen Ergebnisse in dieser Richtung bereits mit den Darstellungen im Kapitel 1.3.7 vor. Auch könnte dabei auf Änderungen in Bezug auf sogenannte „intermediäre“ Ergebnisgrößen (Surrogat-Messgrößen) abgezielt werden, wo etwa die Neuentdeckungsraten bestimmter Erkrankungen in einem Vorher-Nachher-Vergleich gegenüber gestellt werden könnten. Leider sind diesbezüglich, vor allem betreffend die „VU alt“, keine adäquaten Daten zur Abbildung des dafür notwendigen Gesundheitsprofils der VU-TeilnehmerInnen vorhanden.

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

Eine *direkte Nutzen-Bewertung der VU Neu* als Gesamtprogramm unter Ableitung etwaiger Gesundheitseffekte aus den bestehenden, längsschnittlich verfolgten VU-Daten ist aufgrund des Designs als Beobachtung einer selbst-selektierten Gruppe (VU-Population) methodisch



nicht zulässig. So kann es zum Beispiel zu einem Selektionsbias, das heißt einer systematischen Abweichung der VU-TeilnehmerInnen von der Gesamtbevölkerung bzw. Nicht-VU-TeilnehmerInnen, kommen. Auch bekannt als Healthy-Screenee-Effekt konnte in mehreren Studien herausgefunden werden, dass gesunde, gut gebildete, gut situierte, gesundheitsbewusste Menschen häufiger zum Screening gehen als Menschen mit geringem Einkommen, gesundheitlichen und sozialen Problemen und wenig Gesundheitsbewusstsein (vgl. Raffle & Gray, 2009).

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

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

Wie bereits im Kapitel 1.2.3 erwähnt, wurde in Anknüpfung an diese Evaluierung von Juni 2010 bis August 2012 an der Umsetzung und Auswertung einer pseudonymisierten Verknüpfung zwischen Krankenversicherungsdaten (FOKO-Schnittstelle) und den elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Der Nutzen aus der Perspektive der VU-ProbandInnen wird durch die Indikatoren Krankenhausaufenthalt bzw. Arbeitsunfähigkeit abgebildet. Die Kostenseite wird wie zuvor über verursachte Heilmittel- sowie Vertragsarztkosten betrachtet. Ausgewählte Ergebnisse diesbezüglich werden aufgrund des auch geltenden Hintergrunds der Ziffer 3 des § 447h (4) ASVG im Folgekapitel dargestellt. Diese Ergebnisse entsprechen den Ausführungen der bereits letzten Berichtslegung im Jahr 2012. Da keine aktuelleren Auswertungen diesbezüglich vorliegen, werden sie erneut angegeben.

Daneben wurde über diese Verknüpfung versucht, zumindest eingeschränkte Aussagen über die Identifizierung von bisher nicht bekannten bzw. nicht medizinisch versorgten Gesundheitsproblemen im Rahmen der VU Neu zu generieren. Konkret wurde der Anteil an potenziellen

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Neuentdeckungen von Zervix-, Mamma-, Kolorektal-, Prostata-Karzinomen sowie Melanomen durch die VU errechnet. Die betrachtete Population umfasst jene VU-ProbandInnen, für welche im ersten sowie zweiten Quartal 2009 ein Befundblatt des Allgemeinen Programms elektronisch vom VU-Arzt übermittelt wurde. Es wurden bei dieser Fragestellung die Daten eines KV-Trägers repräsentativ für alle KV-Träger untersucht. Für diese Auswahl war die Datenqualität ausschlaggebend. Die folgenden Ergebnisse wurden bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2012 dargestellt. Da keine aktuelleren Auswertungen diesbezüglich vorliegen, werden sie erneut berichtet.

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

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

In Tabelle 19 wird ein Vergleich der berechneten Neuentdeckungsraten mit österreichweiten Krebsinzidenzdaten lt. Statistik Austria des zum Auswertungszeitpunkt aktuell vorliegenden Jahres 2008 angestellt. Der gewählte Beobachtungszeitraum ab VU-Inanspruchnahme beträgt 4 Monate.

Tabelle 19: Vergleich Neuentdeckungsraten VU mit Inzidenzraten Österreich.

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

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

ASR: Altersstandardisierte Rate nach SEGI Standard-Population, RR: Rohe Rate.

Raten pro 100.000 Population.

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

n: Anzahl VU-TeilnehmerInnen mit Krebsdiagnose.

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

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

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

Kolorektal-Karzinom: VU-ProbandInnen: 50+.

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

Melanom: VU-ProbandInnen: 18+.

Karzinom lt. KH- bzw. AU-Diagnose.

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

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

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

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

## Vorsorgeuntersuchung Neu

Im Anschluss findet sich eine Aufstellung der trägerspezifischen Kosten der Vorsorge(Gesundenuntersuchung) im Jahr 2012 (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Vorsorge(Gesunden)untersuchungen – Gesamtkosten für das Jahr 2012, nach KV-Trägern

<b>KV-Träger</b>	<b>Kosten 2012</b>
WGKK	20.988.625
BGKK	3.204.114
KGKK	6.801.383
NGKK	6.799.816
OÖGKK	10.956.871
SGKK	4.258.298
STGKK	8.915.065
TGKK	8.859.993
VGKK	5.043.030
VAEB	2.499.131
BKK	562.896
SVA	6.277.894
SVB	2.791.543
BVA	6.911.717
<b>gesamt</b>	<b>94.870.378</b>

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juli 2013

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

#### 1.6.1 Einleitung

Die Analysen für diese Fragestellung richten sich auf den versorgungsrelevanten Konsum medizinischer Leistungen in Folge der Inanspruchnahme eines allgemeinen VU-Programmes innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums. Die unten folgenden Ergebnisse wurden bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2012 angeführt. Da keine aktuelleren Auswertungen diesbezüglich vorliegen, werden sie erneut berichtet.

Im Gegensatz zur Berichtslegung im Jahr 2011 kommt es bei den hier dargestellten Ergebnissen zur Betrachtung einer spezifischen Risikopopulation, nämlich jener VU-ProbandInnen mit einem lt. Befundblatt-Dokumentation **hohen bzw. sehr hohen kardiovaskulären Risiko**. Hintergrund ist die Hypothese eines positiven Effekts der VU-Inanspruchnahme auf gesundheits- und kostenbezogene Outcomes bei der beobachteten Risikogruppe. Zudem soll damit bei einer Vergleichsrechnung zwischen VU-TeilnehmerInnen und VU-Nicht-TeilnehmerInnen der Einfluss dieses Risikoprofils auf das Ausmaß der in Anspruch genommenen Leistungen kontrolliert werden. Bei den Analysen zum Berichtsjahr 2011 stand die dafür notwendige pseudonymisierte Verknüpfung von VU-Befunddaten und KV-Abrechnungsdaten (FOKO-Schnittstelle) nicht zur Verfügung.

Für differenzierte Ergebnisse und Ausführungen sei auf den beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufliegenden Abschlussbericht verwiesen.

#### 1.6.2 Methode

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

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

die Erhebung des Risikoprofils und damit dessen Gültigkeit bestmöglich gehalten werden soll (Abbildung 11).

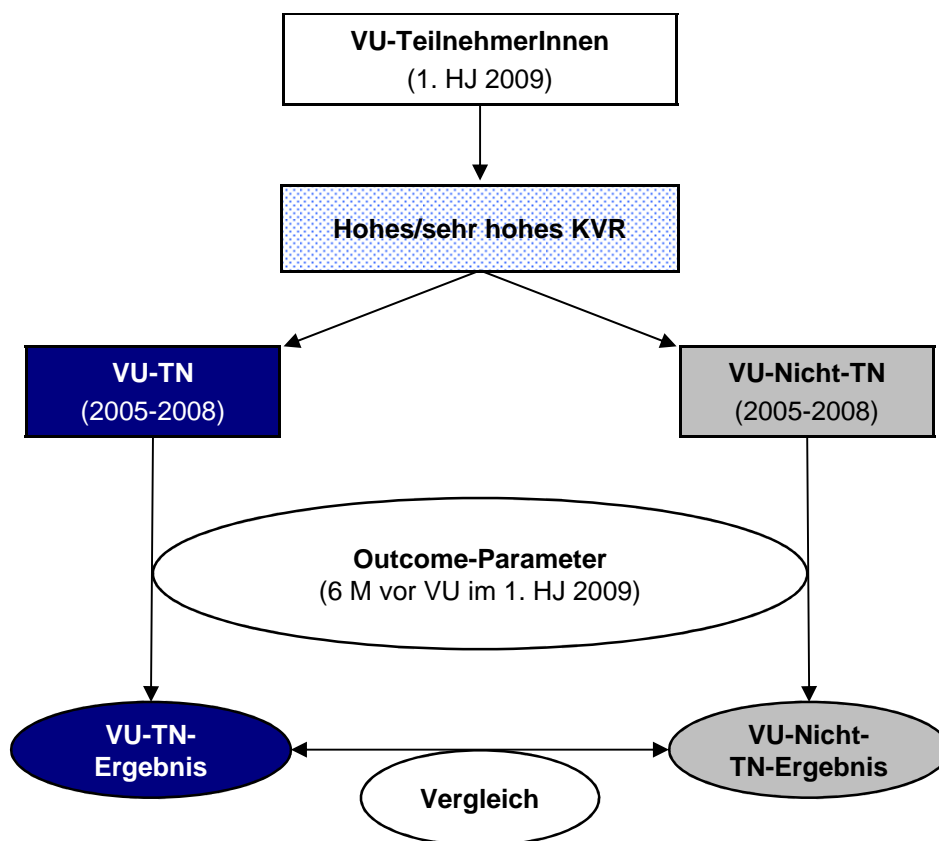


Abbildung 11: Schema Outcome-Evaluierung

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

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

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

Als elektronische Datenquelle wurden, wie im Kapitel 1.2.3 bereits angesprochen, die SV-Abrechnungsdaten gemäß der FOKO (FOLgeKOSTen)-Schnittstelle sowie die damit verknüpften pseudonymisierten elektronischen Befundblatt-Daten herangezogen. Die dargestellten

Ergebnisse basieren auf den Daten der FOKO-Schnittstelle der neun Gebietskrankenkassen sowie der bundesweiten Sondersversicherungsträger BVA und SVA.

### 1.6.3 Ergebnisse

#### (A) Mittlere Anzahl eingelöster Heilmittel

##### Frauen

In Abbildung 12 zeigt sich, dass bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bzw. sehr hohen kardiovaskulären Risiko mit dem Alter auch die Anzahl der Heilmittelverordnungen im Halbjahr vor der VU-Teilnahme sukzessive ansteigt. Dies gilt in gleicher Weise für VU-Teilnehmerinnen, die vor der Untersuchung seit 2005 nie, einmal oder bereits zwei bis viermal bei einer VU waren. Die mittlere Anzahl an Heilmittelverordnungen bei den 40- bis 50-Jährigen, die bereits einmal bei einer VU waren, ist aufgrund des großen Streuungswertes nicht mit den übrigen Werten vergleichbar. Im Schnitt kann bei den VU-Teilnehmerinnen, die bereits mehrmals (zwei bis viermal) bei einer VU waren, eine höhere Anzahl an Heilmittelverordnungen beobachtet werden, als bei den VU-Teilnehmerinnen, die seit 2005 noch nicht bzw. einmal bei einer VU waren.

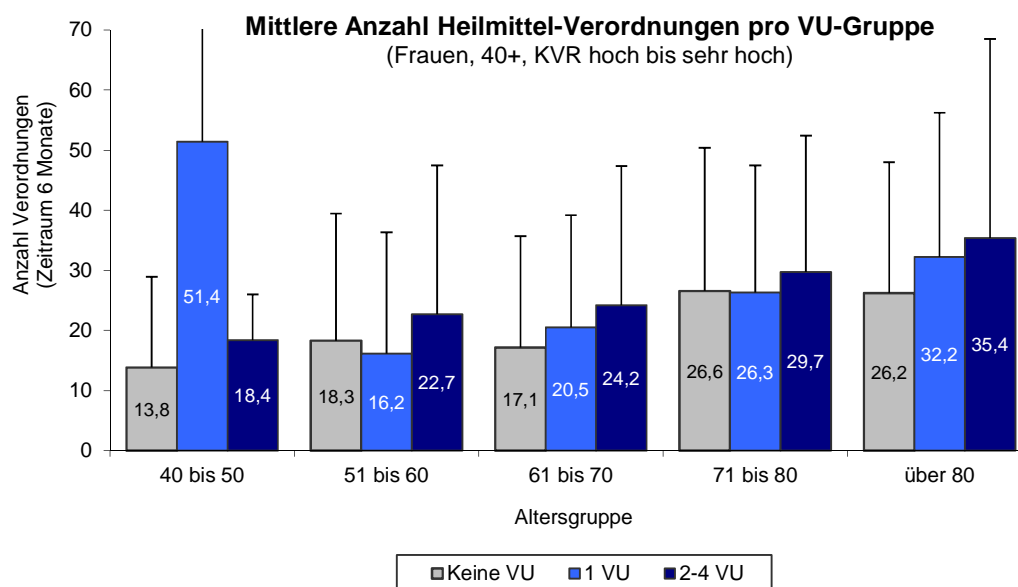


Abbildung 12: Mittlere Anzahl Heilmittelverordnungen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### Männer

Gemäß Abbildung 13 weisen VU-Teilnehmer (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko, die regelmäßig eine VU in Anspruch nehmen, bis zum 70. Lebensjahr im Schnitt mehr Heilmittelverordnungen auf als VU-Teilnehmer, die rückwirkend bis 2005 höchstens einmal bei einer VU waren. Ab dem 71. Lebensjahr kann bei den Männern in dieser Risikopopulation in den angeführten „VU-Gruppen“ von einem analogen Heilmittelkonsum gesprochen werden.

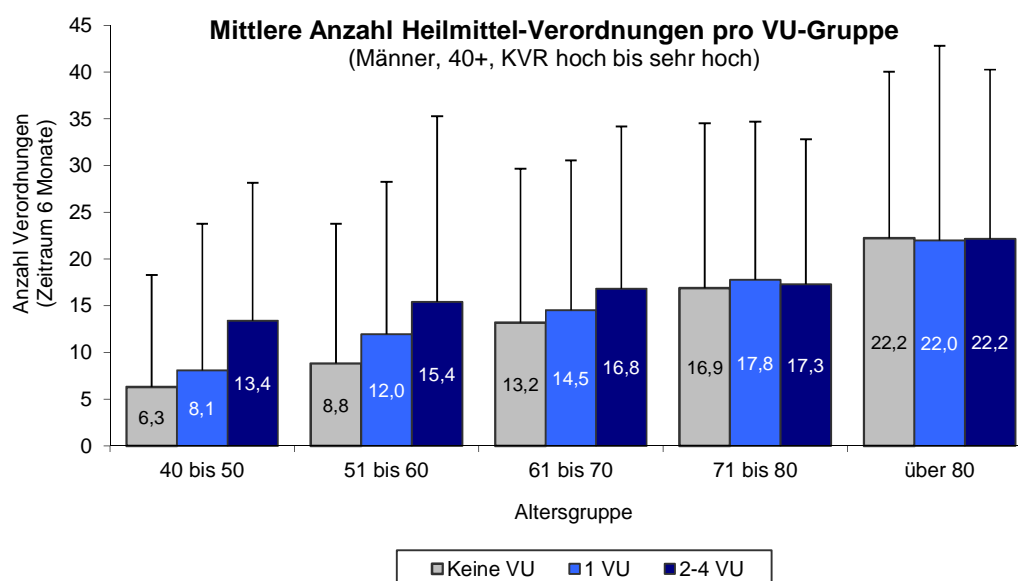


Abbildung 13: Mittlere Anzahl Heilmittelverordnungen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### (B) Mittlere Kosten eingelöster Heilmittel

#### Frauen

Beim Vergleich der mittleren Heilmittelkosten bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko in den drei angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) zeigt sich in Abbildung 14 ein analoges Bild zum Vergleich der Anzahl der Heilmittelverordnungen (Abbildung 12). VU-Teilnehmerinnen, die eine VU regelmäßig in Anspruch nehmen, weisen im Schnitt höhere Heilmittelkosten auf als jene, die seit 2005 höchstens einmal bei einer VU waren. Die mittleren Kosten-Werte in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen können aufgrund der starken Streuungsunterschiede nicht miteinander verglichen werden.



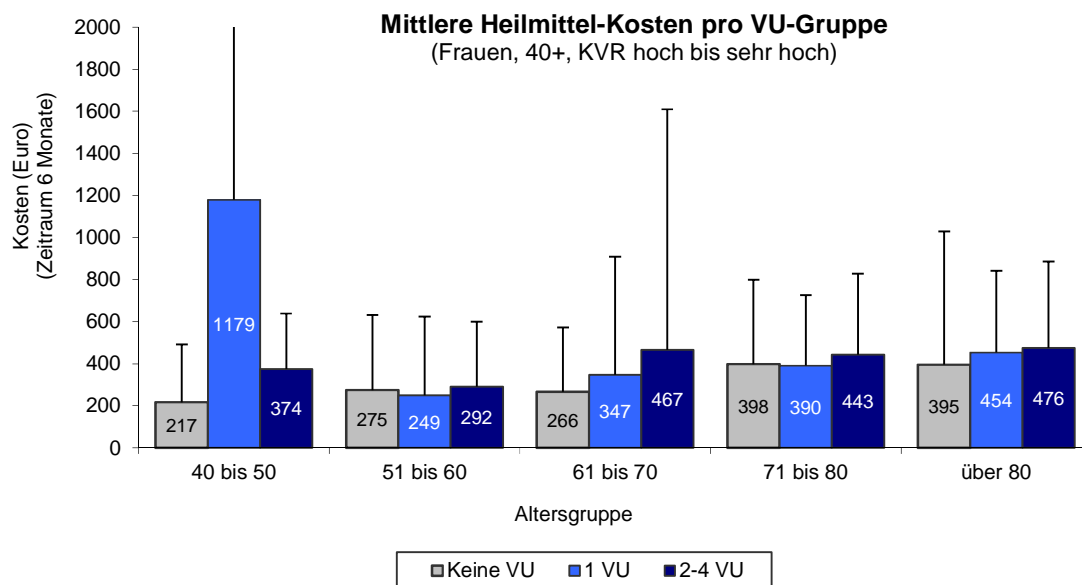


Abbildung 14: Mittlere Heilmittelkosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

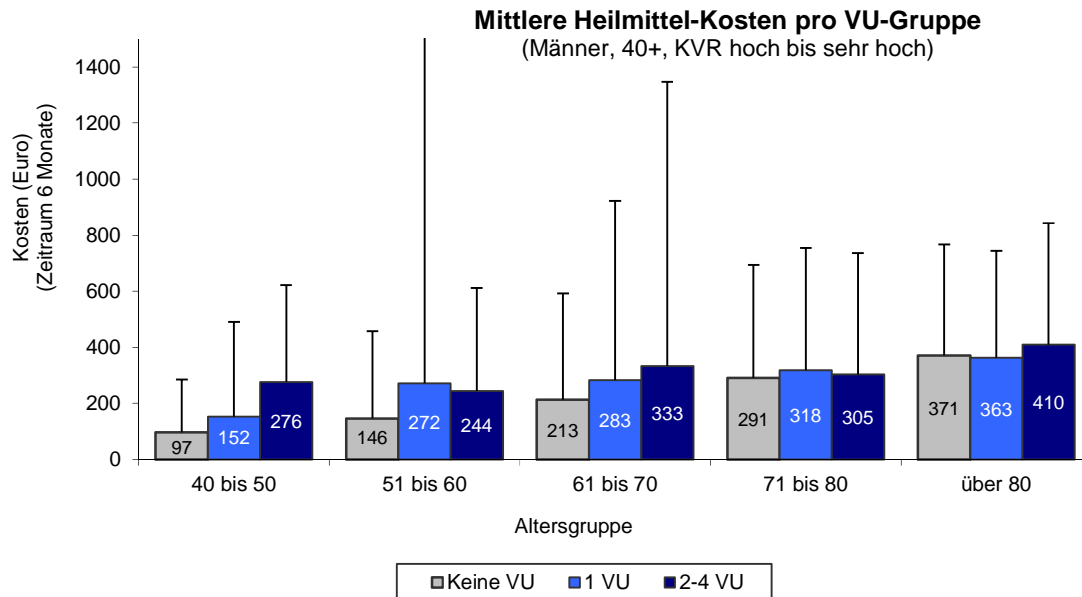


Abbildung 15: Mittlere Heilmittelkosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### Männer

In Abbildung 15 zeigt sich, dass die mittleren Heilmittelkosten bei den VU Teilnehmern (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) mit dem Alter sukzessive ansteigen. Die größten Unterschiede zwischen den „VU-Gruppen“ – steigende Kosten bei steigender VU-Frequenz – zeigen sich bei den 40- bis 70-Jährigen. Bei den über 70-Jährigen können weitgehend analoge mittlere Heilmittelkosten in den angeführten „VU-Gruppen“ beobachtet werden.

### (C) Mittlere Anzahl an KH-Tagen

#### Frauen

In Abbildung 16 wird die mittlere Anzahl der Krankenhaus-Tage, die bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) im Halbjahr vor der beobachteten VU angefallen sind, dargestellt. In der Altersdekade der 40- bis 50-Jährigen liegen kaum Krankenhaus-Tage vor. Bei den 51- bis 60-jährigen Frauen weisen jene mit einer einzigen VU seit 2005 im Durchschnitt die meisten Krankenhaustage auf. In den Altersgruppen der 61- bis 70- bzw. 71- bis 80-jährigen Frauen trifft dies auf jene zu, die regelmäßig eine VU in Anspruch nehmen. Bei den über 80-Jährigen können analoge Werte beobachtet werden.

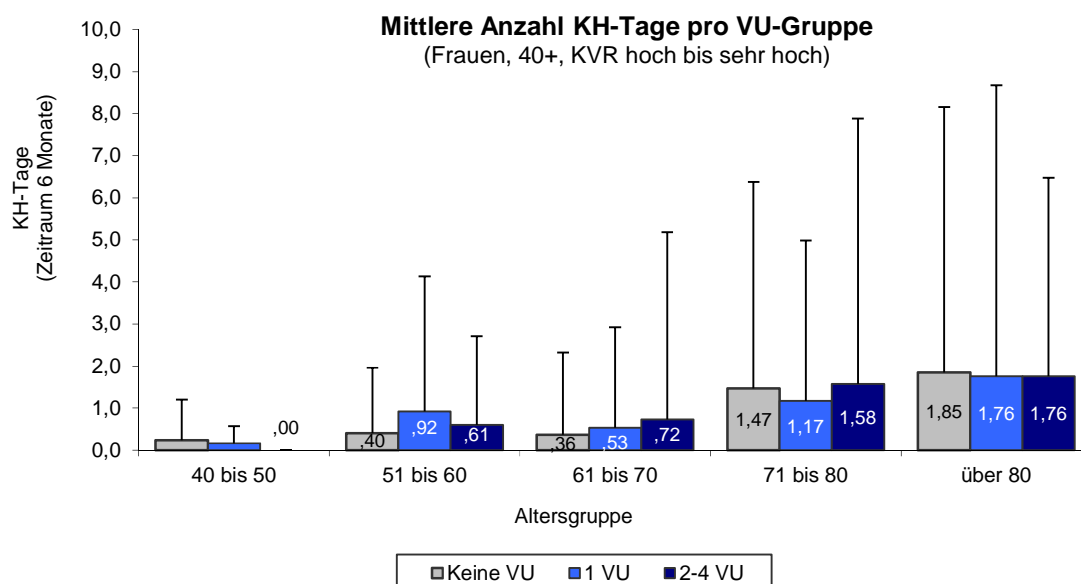


Abbildung 16: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### Männer

In Abbildung 17 zeigt sich, dass bei den VU Teilnehmern (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko die Krankenhaustage in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) mit dem Alter leicht zunehmen. In den Altersdekaden vom 51. bis zum 80. Lebensjahr zeigen sich die mittleren Krankenhaustage in den einzelnen „VU-Gruppen“ als weitgehend analog. Bei den über 80-Jährigen sind jene VU Teilnehmer durch Krankenhaustage am stärksten belastet, die seit 2005 bei keiner VU waren. Die unterschiedlichen Streuungswerte in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen lassen einen Gruppenvergleich nicht zu.

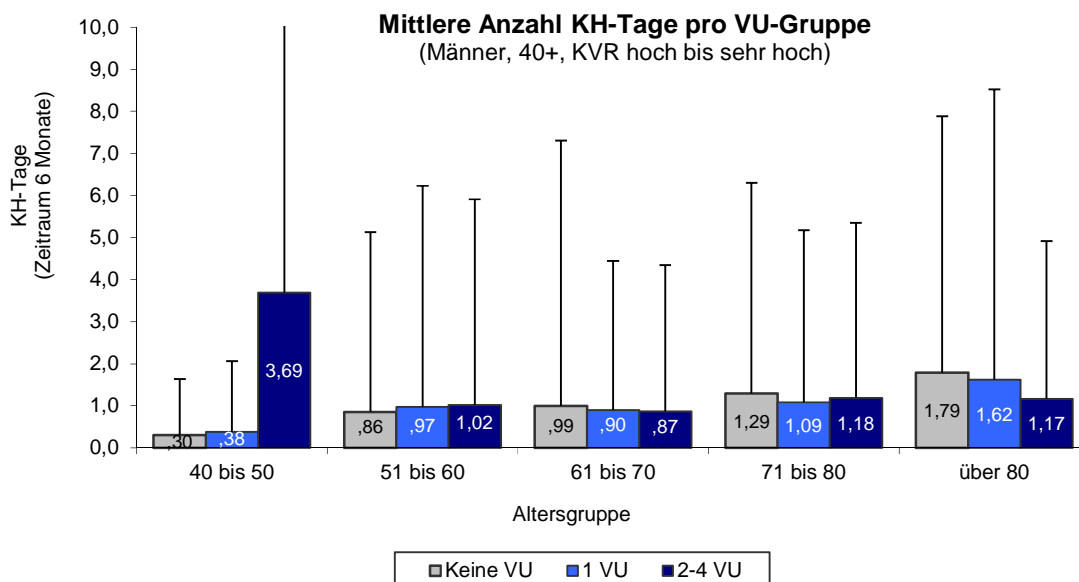


Abbildung 17: Mittlere Anzahl an KH-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### (D) Mittlere Anzahl an AU-Tagen

#### Frauen

Die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) der VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009) zwischen 40 und 70 Jahren mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko werden nach den „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) in Abbildung 18 einander gegenübergestellt. Die VU-Teilnehmerinnen weisen gegenüber den Nicht-Teilnehmerinnen eine im Durchschnitt höhere Anzahl an AU-Tagen auf.

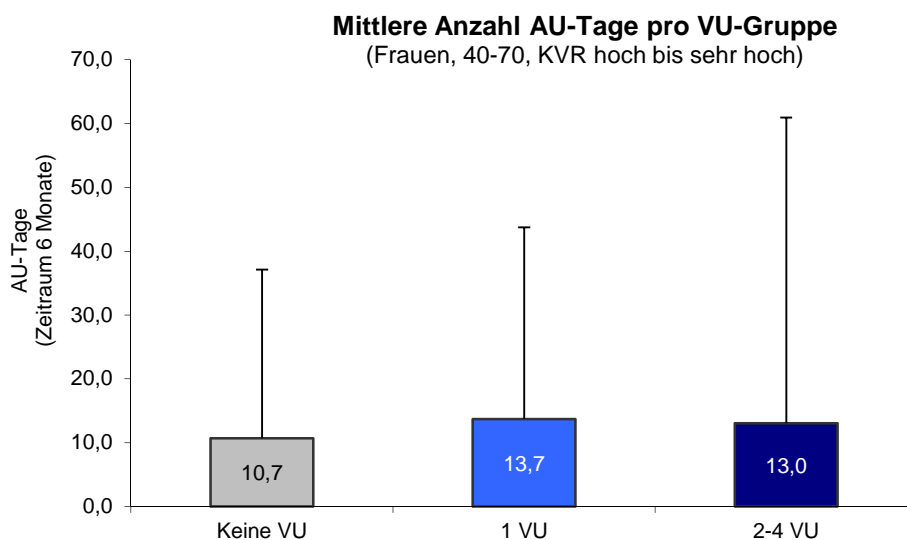


Abbildung 18: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### Männer

Abbildung 19 zeigt die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), die bei den VU-Teilnehmern (Q1, Q2/2009) zwischen 40 und 70 Jahren mit hohem bis sehr hohem kardiovaskulären Risiko in den angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) und Altersdekaden angefallen sind. Bei den 40- bis 50-Jährigen weisen die „VU-Gruppen“ analoge Werte auf. In der Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen bzw. der 61- bis 70-Jährigen weisen die regelmäßigen VU-Teilnehmer den höchsten Durchschnitt an AU-Tagen auf.

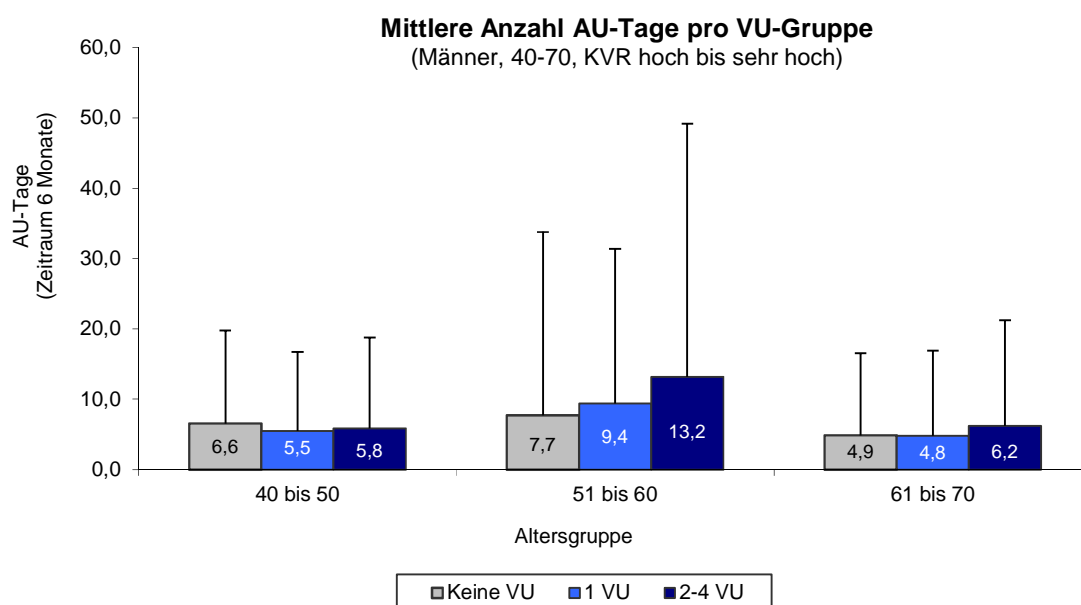


Abbildung 19: Mittlere Anzahl an AU-Tagen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### (E) Mittlere Anzahl an Vertragsarztbesuchen

#### Frauen

In Abbildung 20 wird die mittlere Anzahl an Vertragsarztbesuchen dargestellt, die von den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko je nach „VU-Gruppe“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU) in Anspruch genommen wurden. Mit dem Alter steigt die Anzahl der Arztkontakte in den angeführten „VU-Gruppen“ an. Im Schnitt weisen die VU Teilnehmerinnen gegenüber den VU-Nicht-Teilnehmerinnen – über die Altersgruppen hinweg – eine höhere Anzahl an Vertragsarztkontakten auf.

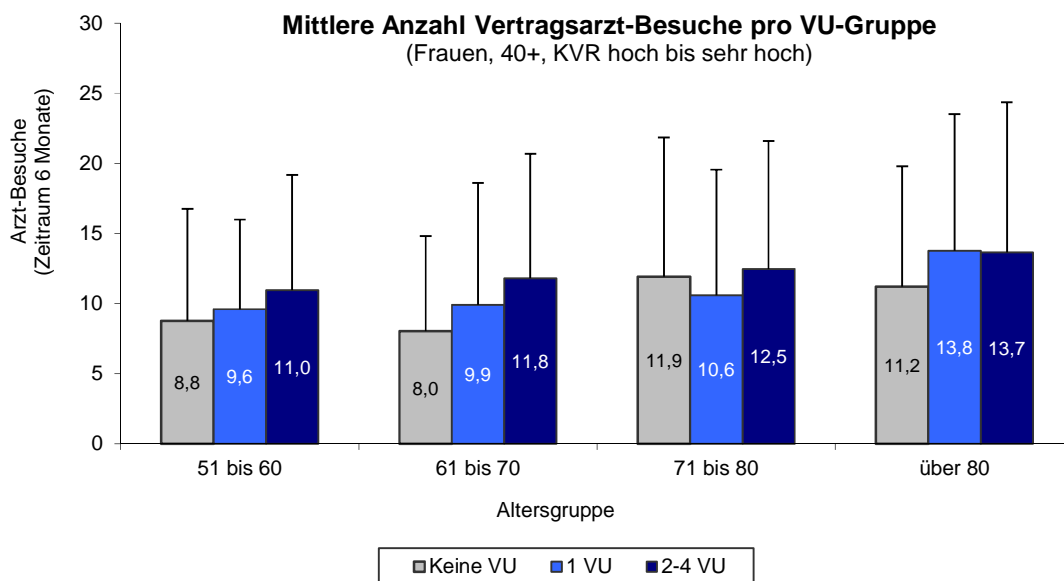


Abbildung 20: Mittlere Anzahl an Vertragsarztbesuchen bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### Männer

In Abbildung 21 zeigt sich, dass VU Teilnehmer (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko mit steigendem Alter häufiger einen Vertragsarzt aufsuchen. Dies gilt für alle angeführten „VU-Gruppen“ (bisher keine VU, 1-mal VU, 2-4-mal VU). In allen Altersgruppen zeigen die Männer, die am häufigsten eine VU in Anspruch nehmen – in den Jahren 2005 bis 2008 zwei bis viermal – durchschnittlich auch die meisten Vertragsarztkontakte.

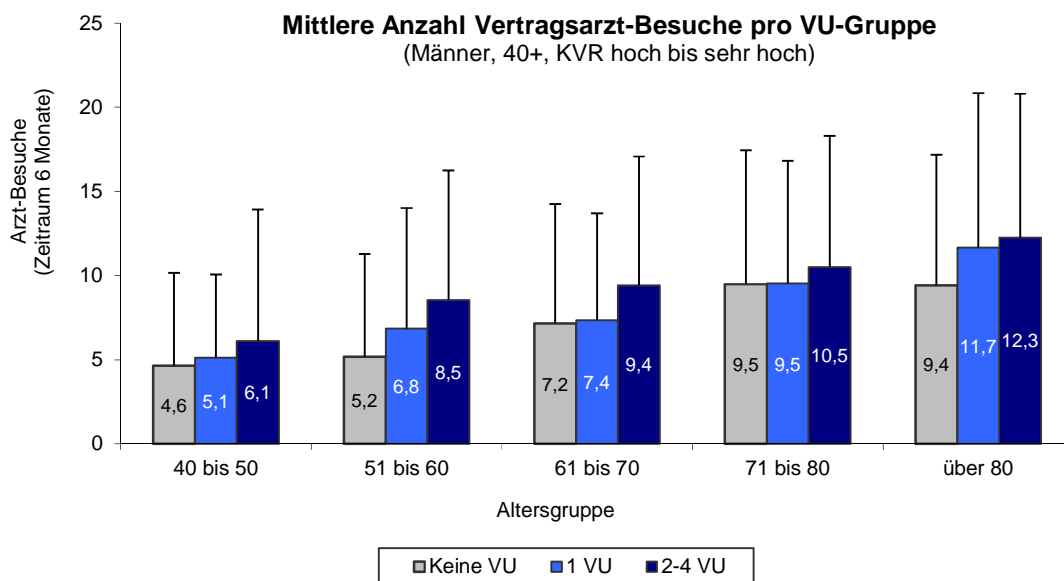


Abbildung 21: Mittlere Anzahl an Vertragsarztbesuchen bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

### (F) Mittlere Vertragsarztkosten

#### Frauen

Analog zu den Vertragsarztbesuchen zeigt sich bei den VU-Teilnehmerinnen (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko, in Abbildung 22 die Entwicklung der Arztkosten. Die VU-Teilnehmerinnen, die zwischen 2005 und 2008 regelmäßig eine VU in Anspruch genommen haben (zwei bis viermal), weisen im Schnitt die höchsten Arztkosten auf. Eine Ausnahme bilden die 71- bis 80-Jährigen, wo VU Teilnehmerinnen mit bisher keiner VU die höchsten Arztkosten zeigen.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

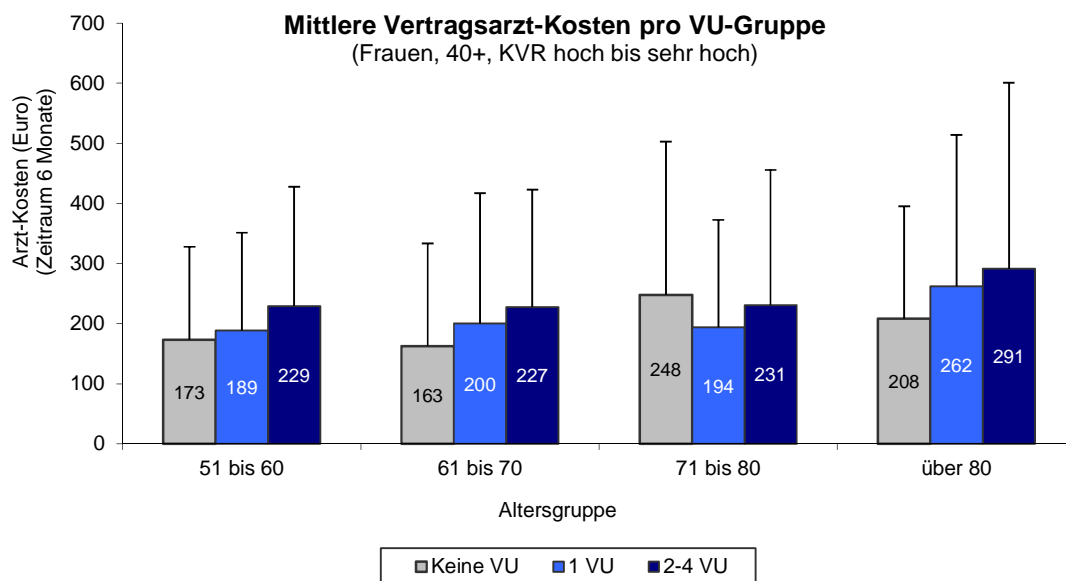


Abbildung 22: Mittlere Vertragsarztkosten bei Frauen innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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

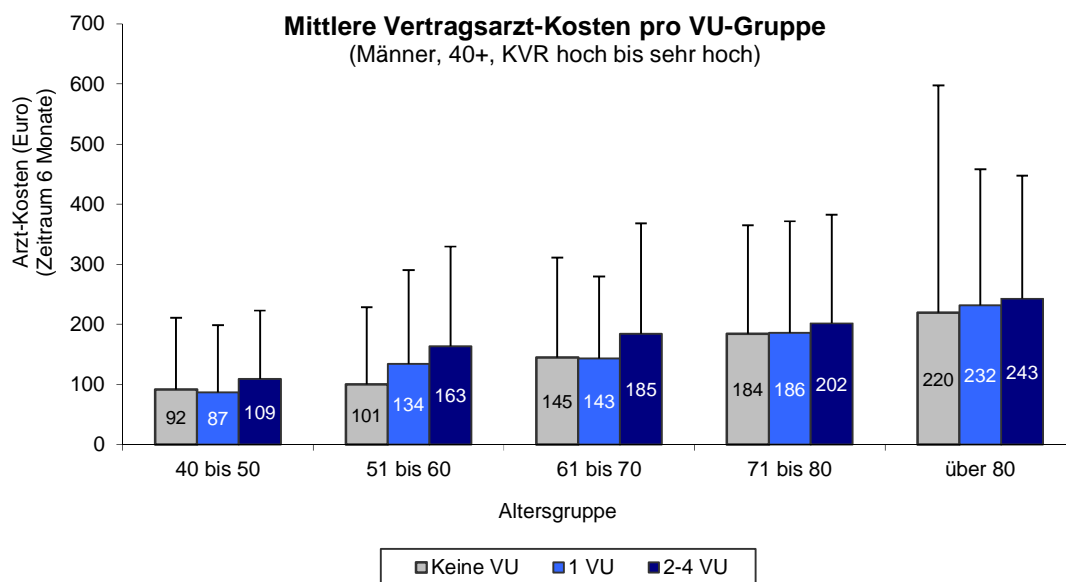


Abbildung 23: Mittlere Vertragsarztkosten bei Männern innerhalb 6 Monate vor VU (Q1, Q2/2009) nach VU-Gruppe und Alter.

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



### **Männer**

Die Entwicklung der Vertragsarztkosten in Abbildung 23 zeigt bei den VU-Teilnehmern (Q1, Q2/2009), 40+, mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko eine analoge Entwicklung wie die der entsprechenden Arztkontakte. Mit steigendem Alter steigen auch die bei Vertragsärzten anfallenden Kosten. Die regelmäßigen VU Teilnehmer mit bereits zwei bis vier vorangehenden Vorsorgeuntersuchungen weisen in allen Altersgruppen die höchsten Arztkosten auf.

### **1.6.4 Schlussfolgerungen**

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

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

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

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

#### 1.7.1 Ausgangssituation

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

Eine gezielte Evaluierung kann mit den vorliegenden Daten jedoch nur deskriptiv erfolgen. So können *innerhalb der VU-Population* Gruppen mit bestimmten klinischen Befundkonstellationen bzw. mit definierten Risikofaktor-Bündeln (z.B. Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen bzw. definierten kardiovaskulären Globalrisiko-Klassen) in einer Querschnitt-Betrachtung hinsichtlich der bei der Vorsorgeuntersuchung angeratenen Lebensstilmaßnahmen dargestellt werden. Ausgewählte Ergebnisse der ersten Querschnitt-Analyse wurden bereits bei der Berichtslegung im Jahr 2011 und 2012 angeführt. Da in diesem Zusammenhang keine weiteren Analysen vorliegen, werden diese Ergebnisse am Ende dieses Abschnitts im Unterkapitel 1.7.3 erneut berichtet.

Auch die Längsschnitt-Beobachtung derart umschriebener Gruppen hinsichtlich der *Veränderung modifizierbarer Risikofaktoren* über einen längeren Zeitraum (drei bis fünf Jahre) sollte angestrebt werden. Hierbei geht es um keine Gegenüberstellung mit einer Vergleichsgruppe (Ausführungen dazu siehe S. 56, 3. Absatz). Dabei sollte jedoch immer mit berücksichtigt werden, dass es sich bei vielen der bei der VU festgestellten Befunde um Momentaufnahmen mit teilweise großer individueller Variabilität oder um noch abklärungsbedürftige Verdachtsbefunde handelt. Ebenfalls zu berücksichtigen ist die nicht validierbare bzw. nicht bekannte Güte der Datenkodierung bei der VU selbst. So müsste etwa geprüft werden, inwieweit bestimmte Risiko-Klassifizierungen tatsächlich korrekt erfolgen.

Um das einer VU nachfolgende Leistungsgeschehen abzubilden, wurde von Juni 2010 bis August 2012 an der Umsetzung und Auswertung einer Verknüpfung von pseudonymisierten FOKO-Daten mit den pseudonymisierten elektronischen Befunddaten der VU Neu-Datenbank gearbeitet. Über diesen Zugang wurde vor dem Hintergrund der Fragestellung in Ziffer 4 des § 447h (4) eine Evaluierung differenzierter Versorgungsaspekte von spezifischen Risikogruppen der VU-Population möglich. Ausgewählte Ergebnisse werden im Unterkapitel 1.7.2 dargestellt.

Für detaillierte Ergebnisse und Ausführungen sei auf den beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufliegenden Abschlussbericht verwiesen.

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

### 1.7.2 (Nicht)-Medikamentöse Versorgung spezifischer Risikogruppen

#### 1.7.2.1 Einleitung

Für die Betrachtung der medikamentösen bzw. nicht-medikamentösen Versorgung spezifischer Risikogruppen wird die Medikamenteneinlöse im zeitlichen Anschluss an die VU-Inanspruchnahme im ersten Halbjahr 2009 untersucht. Die Risikogruppen setzen sich aus VU-TeilnehmerInnen mit dokumentierter Hypertonie, dokumentiertem Diabetes sowie mit einem dokumentierten hohen Cholesterin-Ratio Wert (Verhältnis von Gesamtcholesterin zu HDL-Cholesterin) zusammen.

Im Fall der dokumentierten Hypertonie und eines hohen Cholesterin-Ratio Werts wird eine Differenzierung nach dem kardiovaskulären Risiko vorgenommen, da gemäß den wissenschaftlichen Grundlagen der VU das Ausmaß der Behandlung – nicht-medikamentöse Therapie und/oder Medikamentenverordnung – im Verhältnis zum kardiovaskulären Risiko stehen sollte (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, 2005, S. 94). Herangezogen wird dafür der Wert des New Zealand Risk Scales und damit verbunden der Altersbereich ab 40 Jahren betrachtet. Hier dargestellt werden die Ergebnisse für die Gruppe der VU-TeilnehmerInnen mit **hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulären Risiko**.

Zudem fokussieren die ausgewählten Ergebnisse auf die Darstellung der VU-ProbandInnen, welche lt. FOKO Daten keine Medikamenten-Einnahme vor der VU-Inanspruchnahme verzeichnen. Für differenzierte Auswertungen der abgerechneten Medikamenteneinlöse nach dokumentierten Maßnahmen und gesetzten nicht-medikamentösen Therapieinterventionen lt. VU-Befundblatt sei auf den Abschlussbericht verwiesen.

Bei dieser Fragestellung wurden die Daten eines KV-Trägers repräsentativ für alle KV-Träger untersucht. Für diese Auswahl war die Datenqualität ausschlaggebend.

### 1.7.2.2 Ergebnisse

#### (A) Hypertonie

Nach Abbildung 24 nehmen insgesamt 17,7 % der VU-TeilnehmerInnen 40+ mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko innerhalb von vier Monaten nach der VU erstmals Antihypertensiva ein. Bei über 80 % kommt es nach der VU zu keiner Einnahme der entsprechenden Medikation. Bei VU-TeilnehmerInnen mit dokumentierter Hypertonie Stadium 1 kann in 23,7 % der Fälle, mit Hypertonie Stadium 2 in 40,7 % der Fälle, mit isolierter systolischer Hypertonie in 11,4 % der Fälle und bei TeilnehmerInnen mit normalen Blutdruckwerten in 9,2 % der Fälle eine entsprechende Medikation beobachtet werden. Geschlechtsspezifisch zeigt sich, dass Frauen 40+ mit 25,2 % häufiger blutdrucksenkende Medikamente nach der VU einnehmen als Männer (16,1 %). Dies gilt auch für die verschiedenen Blutdruckstufen. Eine Ausnahme bilden dabei die männlichen VU Teilnehmer 40+ mit Hypertonie Stadium 2. Hier zeigt sich bei den Männern ein Anteil von 45 %, bei den Frauen ein Anteil von 31,6 %.

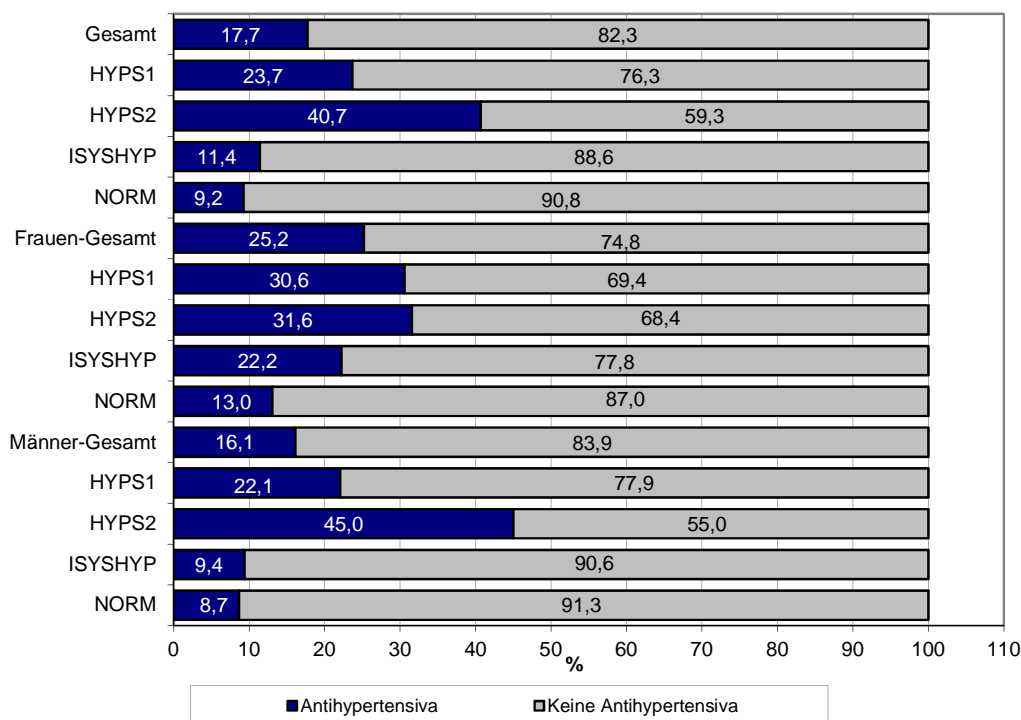


Abbildung 24: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antihypertensiva-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Geschlecht und dokumentierter Blutdruckkategorie.

Anmerkung. Keine Antihypertensiva vor VU. KVR hoch/sehr hoch. Zeitraum vor/nach VU: 4 Monate. Alter: 40+.  
(n = 722).

Kardiovaskuläres Risiko (KVR), Hypertonie Stadium 1 (HYP1), Hypertonie Stadium 2 (HYP2), isolierte systolische Hypertonie (ISYSHYP), ideal/normal/noch normal (NORM).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

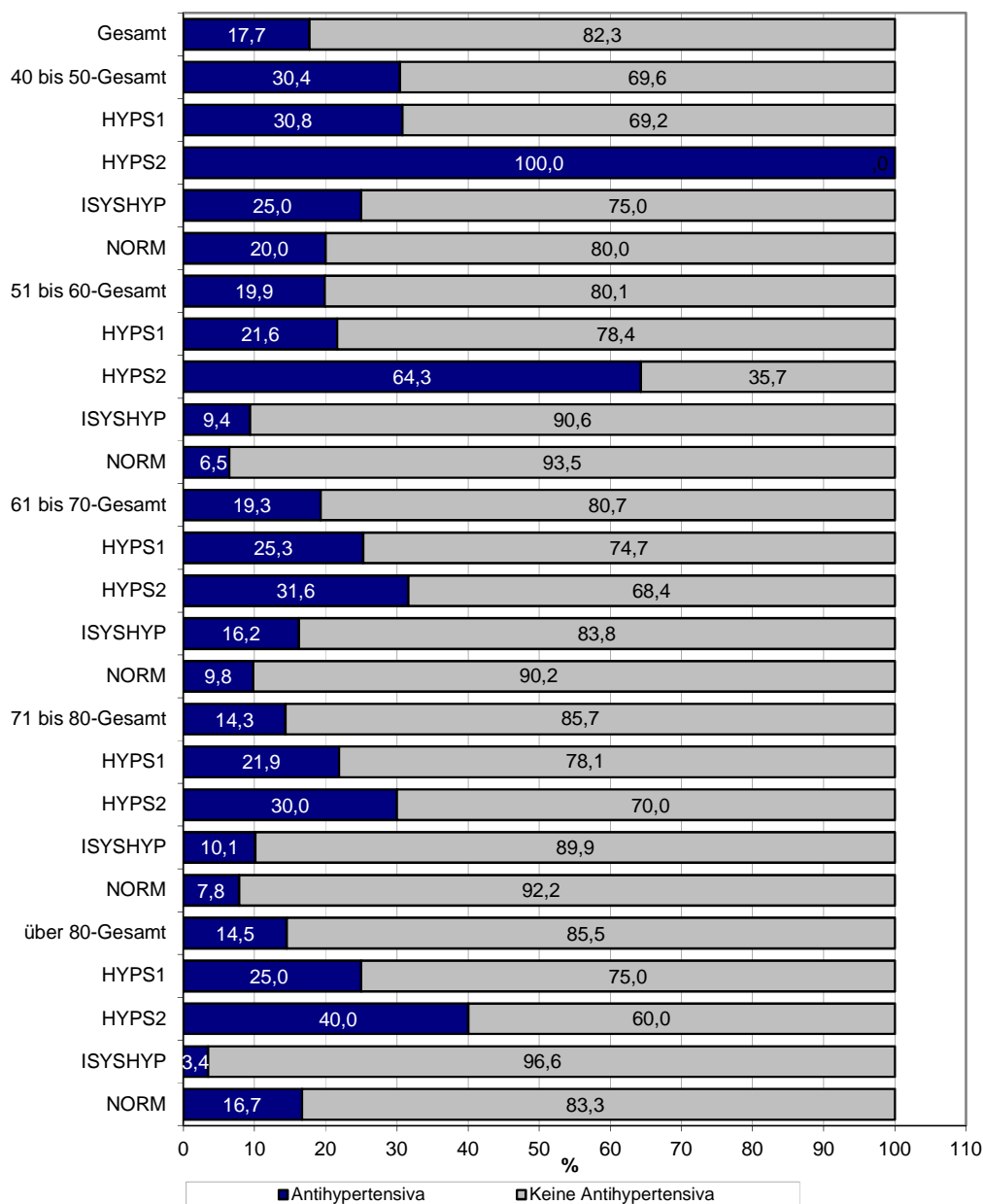


Abbildung 25: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antihypertensiva-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Alter und dokumentierter Blutdruckkategorie.

Anmerkung. Keine Antihypertensiva vor VU. KVR hoch/sehr hoch. Zeitraum vor/nach VU: 4 Monate. Alter: 40+.  
(n = 722).

Kardiovaskuläres Risiko (KVR), Hypertonie Stadium 1 (HYPS1), Hypertonie Stadium 2 (HYPS2), isolierte systolische Hypertonie (ISYSHYP), ideal/normal/noch normal (NORM).

In Abbildung 25 zeigt sich, dass die Einnahme von Antihypertensiva durch VU-TeilnehmerInnen 40+ mit hohem bis sehr hohem kardiovaskulären Risiko nach der VU mit dem Alter sukzessive abnimmt (40- bis 50-Jährige: 30,4 %; 71- bis 80-Jährige: 14,3 %). VU-TeilnehmerInnen 40+ mit Blutdruck von Hypertonie Stadium 1 bzw. Hypertonie Stadium 2 nehmen nach der VU am häufigsten Antihypertensiva ein.

### (B) Diabetes

In Abbildung 26 zeigt sich, dass insgesamt 16 % der VU-TeilnehmerInnen, die vor der VU keine Antidiabetika einnahmen und einen bestehenden Diabetes bei der VU aufweisen, nach der VU Antidiabetika in Anspruch nehmen. Mehr als ein Fünftel (22,9 %) dieser TeilnehmerInnen mit zusätzlich erhöhten Blutzuckerwerten nehmen nach der Untersuchung Antidiabetika ein. Rund 8 % der DiabetikerInnen, die bei der Untersuchung keine auffälligen Blutzuckerwerte aufweisen, nehmen nach der VU Antidiabetika ein. Geschlechtsspezifisch zeigt sich ein analoges Bild.

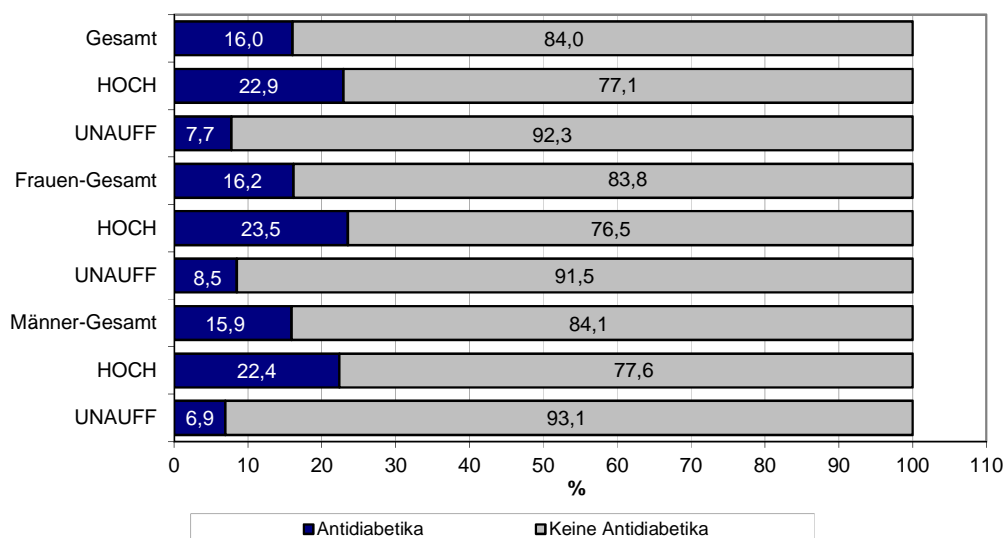


Abbildung 26: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antidiabetika-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Geschlecht und dokumentiertem Blutzuckerergebnis.

Anmerkung. Keine Antidiabetika vor VU. Bestehender Diabetes. Zeitraum vor/nach VU: 4 Monate. Alter: 18+. (n = 543). Nüchtern >126 [mg/dl]/ nicht nüchtern >200 [mg/dl] (HOCH), unauffällig (UNAUFF).

Abbildung 27 zeigt, dass die Einnahme von Antidiabetika nach der VU bei den 31- bis 40-jährigen TeilnehmerInnen, die ohne Diabetes-Medikation vor der Untersuchung und mit bestehendem Diabetes und hohen Blutzuckerwerten angegeben werden, mit einem Anteil von 37,5 % am häufigsten beobachtet werden kann. Dieser Anteil liegt bei den übrigen Altersgruppen mit Medikation nach VU zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Fälle. Die Spannweite von Anteilen von TeilnehmerInnen mit Diabetes, die bei der Untersuchung unauffällige Blutzuckerwerte aufweisen und nach der VU Antidiabetika einnehmen beträgt zwischen 3,4 % (61- bis 70-Jährige) und 13,9 % (41- bis 50-Jährige). Die 18- bis 30-jährigen DiabetikerInnen zeigen keine Einnahme von Antidiabetika nach der Untersuchung.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

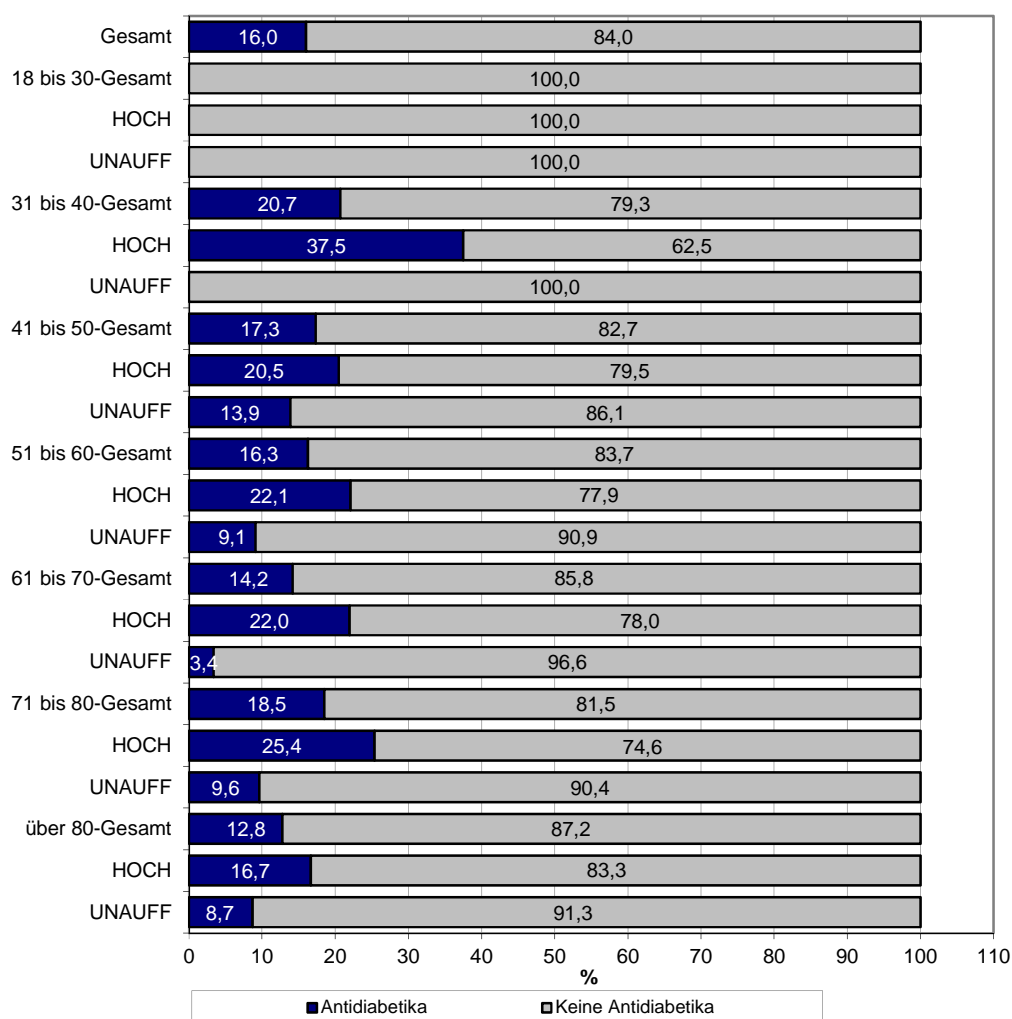


Abbildung 27: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Antidiabetika-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Alter und dokumentiertem Blutzuckerergebnis.

Anmerkung. Keine Antidiabetika vor VU. Bestehender Diabetes. Zeitraum vor/nach VU: 4 Monate. Alter: 18+. (n = 543). Nüchtern >126 [mg/dl]/ nicht nüchtern >200 [mg/dl] (HOCH), unauffällig (UNAUFF).

### (C) Hohe Cholesterin-Ratio

Abbildung 28 zeigt, dass insgesamt 8,2 % der VU-TeilnehmerInnen 40+ mit einem hohen bis sehr hohen kardiovaskulären Risiko innerhalb von vier Monaten nach der VU erstmals Statine einnehmen. Bei VU-TeilnehmerInnen 40+ mit erhöhter Cholesterin-Ratio kann in 12,5 % der Fälle eine entsprechende Medikation nach der Untersuchung beobachtet werden. Geschlechtsspezifisch zeigt sich, dass Frauen nach einer VU mit 11,6 % häufiger erstmals Statine einnehmen als Männer (7,0 %). Bei den Frauen mit hoher Cholesterin-Ratio liegt der Anteil mit Statin-Einnahme nach der VU (17,6 %) wiederum höher als der entsprechende Anteil bei den Männern (10,8 %).

## Vorsorgeuntersuchung Neu

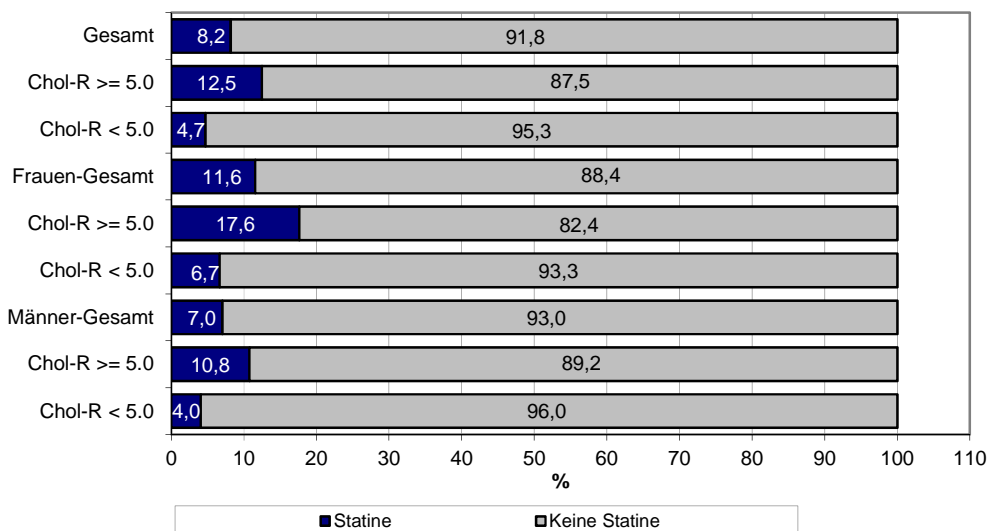


Abbildung 28: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Statin-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Geschlecht und dokumentierter Cholesterin-Ratio.

Anmerkung. Keine Statine vor VU. KVR hoch/sehr hoch. Zeitraum vor/nach VU: 4 Monate. Alter: 40+. (n = 1.532). Cholesterin-Ratio: Quotient Gesamtcholesterin/HDL-Cholesterin (Chol-R), Kardiovaskuläres Risiko (KVR).

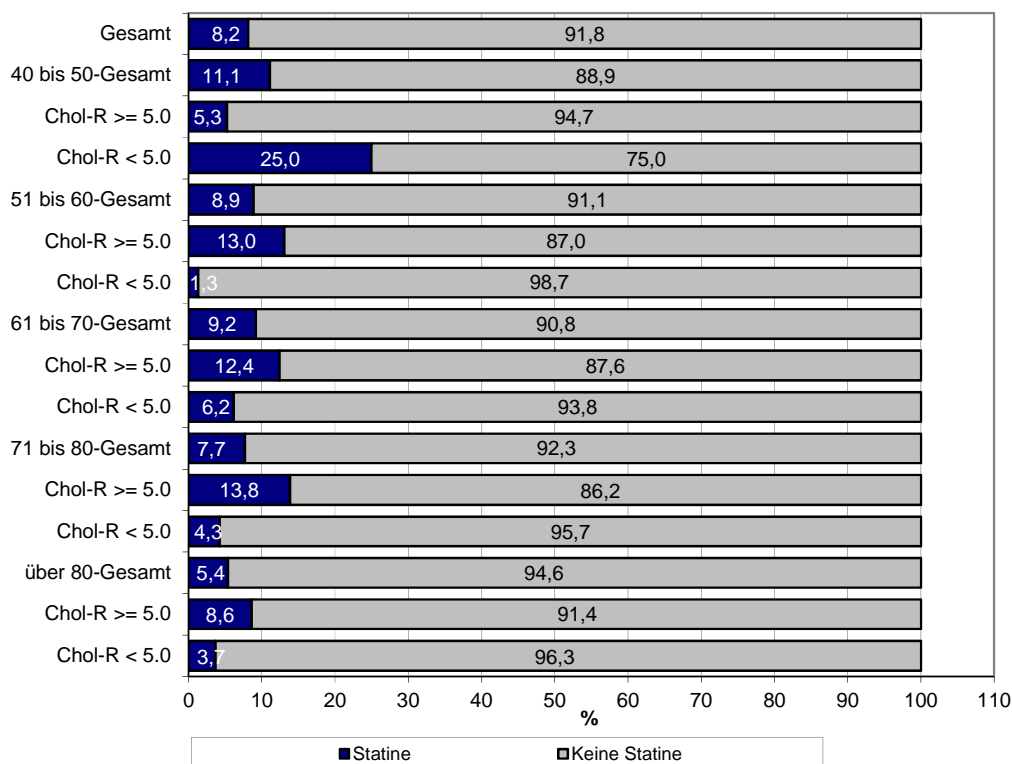


Abbildung 29: Anteil an VU-TeilnehmerInnen mit Statin-Einnahme ab VU (Q1, Q2/2009) nach Alter und dokumentierter Cholesterin-Ratio.

Anmerkung. Keine Statine vor VU. KVR hoch/sehr hoch. Zeitraum vor/nach VU: 4 Monate. Alter: 40+. (n = 1.532). Cholesterin-Ratio: Quotient Gesamtcholesterin/HDL-Cholesterin (Chol-R), Kardiovaskuläres Risiko (KVR).



In Abbildung 29 zeigt sich, dass die Einnahme von Statinen nach der VU bei TeilnehmerInnen 40+ mit hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulären Risiko und ohne vorrangende Statin-Medikation mit dem Alter sukzessive abnimmt. Bei den VU-TeilnehmerInnen mit hoher Cholesterin-Ratio liegt der Anteil mit Statin-Einnahme nach der VU zwischen 5,3 % (40- bis 50-Jährige) und 13,8 % (71- bis 80-Jährige). Der größte Anteil an VU-TeilnehmerInnen 40+ mit auf die VU nachfolgender Statin-Einnahme kann bei den 40- bis 50-jährigen mit unauffälligen Cholesterinwerten (25 %) beobachtet werden.

### 1.7.2.3 Schlussfolgerungen

#### (A) Hypertonie

Bei Betrachtung von VU-ProbandInnen mit hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulären Risiko zeigen jene mit „Hypertonie Stadium 2“ mit 41 % die höchste Medikationsrate. ProbandInnen mit hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulärem Risiko und „Hypertonie Stadium 1“ haben etwa 24 % Medikationsrate, solche mit dokumentierter „isolierter systolischer Hypertonie“ ca. 11 % (Abbildung 24).

Gemäß wissenschaftlichen Grundlagen Seite 94 und aktuellen Leitlinien (AWMF, 2008) sollten alle Personen mit hohem/sehr hohem kardiovaskulären Risiko und „Hypertonie Stadium 2“ medikamentös behandelt sowie Lebensstilmaßnahmen gesetzt werden. Auch für „Hypertonie Stadium 1“ gilt: „Der Zielblutdruck sollte bei DiabetikerInnen und HypertonikerInnen mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko kleiner als 130/80 mmHg sein“ (AWMF, 2008, S. 23).

#### (B) Diabetes

Annähernd ein Viertel der Frauen und Männer mit hohen Blutzuckerwerten werden im Anschluss an die VU mit Antidiabetika versorgt (Abbildung 26). Eine differenzierte Betrachtung nach im Befundblatt dokumentierten Maßnahmen weist darauf hin, dass die rund drei Viertel ohne Medikamenteneinnahme in dieser Kategorie überwiegend nicht-medikamentös behandelt werden.

Im Vergleich zu den Angaben in der Literatur (zwei Drittel medikamentös, ein Drittel nicht-medikamentös) (Rieder, Rathmanner, Kiefer, Dorner & Kunze, 2004) würde der Anteil der medikamentös Behandelten in der VU damit deutlich niedriger liegen. Ein höherer Anteil an nicht-medikamentöser Behandlung und Falsch-Positive Verdachtsfälle könnten einen Teil der Daten erklären.

### (C) Hohe Cholesterin-Ratio

Bei Betrachtung von ProbandInnen mit hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulären Risiko liegt die höchste Medikationsrate von etwa 18 % bei den Frauen mit hohen Cholesterinwerten – Männer liegen bei ca. 11 % (Abbildung 28).

Gemäß wissenschaftlichen Grundlagen Seite 94 ist bei Personen mit hohem/sehr hohem kardiovaskulären Risiko und einer hohen Cholesterin-Ratio „die sofortige medikamentöse Therapie indiziert“.

### 1.7.3 Evaluierung der pseudonymisierten VU -Befunddaten

#### 1.7.3.1 Einleitung

Gemäß § 16 VU-GV wurde die Evaluierung der vorliegenden pseudonymisierten Daten für die Vorsorgeuntersuchung (ausschließlich) gemeinsam zwischen ÖÄK und HVB durch ein paritätisch besetztes Evaluierungsteam durchgeführt. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Möglichkeiten definierte das gemeinsame Evaluierungsteam vor allem vor dem Hintergrund der Ziffer 4 des § 447h (4) ASVG einen „VU-Kernindikatorensatz“ hinsichtlich der Versorgung spezifischer Risikogruppen. Dieser Indikatorensatz berücksichtigt jene Indikatoren, welche aus den VU-Befunddaten des allgemeinen Programms darstellbar sind und orientiert sich außerdem an den Vorsorgezielen der VU Neu. Basierend auf dem definierten Indikatorensatz erfolgten mit Mai 2010 die ersten deskriptiven Analysen der pseudonymisierten VU-Befunddaten durch das IfGP. Folgend werden die Limitierungen und ausgewählte Ergebnisse dieser gemeinsamen Evaluierung dargestellt. Diese Ergebnisse wurden, wie oben erwähnt, bereits bei der letzten Berichtslegung im Jahr 2012 angeführt. Da keine aktuelleren Auswertungen vorliegen, werden sie erneut, wenn auch in leicht adaptierter Form, berichtet.

#### 1.7.3.2 Limitierungen aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU –Befunddaten

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

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

Mögliche Verzerrungen auf TeilnehmerInnenseite:

- Es nehmen eher gesundheitsbewusste und auch objektiv gesündere Personen an der VU teil.
- Es nehmen eher gebildete und einkommensstarke Gruppen an der VU teil.
- VU TeilnehmerInnen sind stärker um ihre Gesundheit besorgt bzw. haben mehr Angst vor Krankheiten als Nicht-TeilnehmerInnen.
- VU TeilnehmerInnen werden durch verschiedene Einladesysteme unterschiedlich erreicht und motiviert an einer VU teilzunehmen.
- VU TeilnehmerInnen haben einen Erinnerungsbias beim Ausfüllen des Anamnesebogens.

Mögliche Verzerrungen auf Untersucherseite:

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

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

Eine weitere Limitierung ist die **Datenqualität**. Aufgrund der Vielzahl an Untersuchern ist davon auszugehen, dass auch die Qualität (z.B. Messgenauigkeit, Erfassung) der erhobenen Werte eine große Variabilität aufweist. So lässt z.B. der häufige Eintrag „keine Maßnahme“ bei weiter abklärungs- oder therapiebedürftigen Befunden (siehe folgend Kapitel 1.7.3.3) auf ein Problem mit der Datenqualität schließen. Dass dies in erster Linie auf eine Ablehnung des Patienten zurückzuführen ist, lassen die Auswertungen der Themenkomplexe, bei denen diese

Möglichkeit gegeben ist, unwahrscheinlich erscheinen. Damit müssen hier immer die individuelle Variabilität und individuell bedeutenden Kontextfaktoren mitberücksichtigt werden. Letztere gehen aber ebenfalls bei einer bevölkerungsbezogenen Auswertung verloren bzw. werden unscharf. So kann derzeit etwa eine bereits bestehende Versorgung der Probandin bzw. des Probanden nicht dokumentiert werden, was die Angabe von „Keine Maßnahme“ unter anderem erklären könnte.

### 1.7.3.3 Ergebnisse aus der Evaluierung der pseudonymisierten VU-Befunddaten

Im Jahr 2009 wurden 839.360 Vorsorgeuntersuchungen (Allgemeines Untersuchungsprogramm) abgerechnet. Zum Zeitpunkt der Analyse lagen 345.496 elektronisch übermittelte Befundblätter für dieses Jahr vor. Sämtliche Analyseergebnisse beruhen auf diesen gemeldeten Befundblättern. Diese VU-Kohorte setzt sich aus 55,6 % Frauen ( $n = 191.924$ ) und 44,4 % Männern ( $n = 153.572$ ) mit einem Durchschnittsalter, berechnet nach klassierten Daten (Klassenmitten in Jahren: 21, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57, 62, 67, 72, 80), von 51,2 Jahren ( $SD = 16,8$ ) respektive 51,4 Jahren ( $SD = 16,0$ ) zusammen (Gesamt: 50,8 Jahre,  $SD = 16,5$ ), was weitgehend dem typischen Geschlechts- und Altersprofil einer VU Population entspricht.

Knapp jeder Fünfte (17,8 %; Absolutwert: 61.504) der VU-TeilnehmerInnen gab im Untersuchungsjahr 2009 an, blutdrucksenkende Medikamente einzunehmen. Damit kann eine bestehende Hypertonie bei etwa einem Fünftel der VU-TeilnehmerInnen angenommen werden. Als Maßnahme wurde eine Weiterführung der Therapie bei zwei Drittel dieser Fälle dokumentiert, bei einem Fünftel der Fälle wurde eine Diagnosesicherung und bei 8 % eine Hypertonieschulung angegeben. Bei jedem Fünften (20,1 %) wurde keine Maßnahme dokumentiert (Abbildung 30). Bezogen auf die gesamte VU-Kohorte wurden bei rund 12 % (Absolutwert: 40.869) der VU-TeilnehmerInnen die Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten und eine Weiterführung der Therapie angegeben. Bei rund 4 % (Absolutwert: 12.337) der VU-TeilnehmerInnen wurde die Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten und keine Maßnahme dokumentiert.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

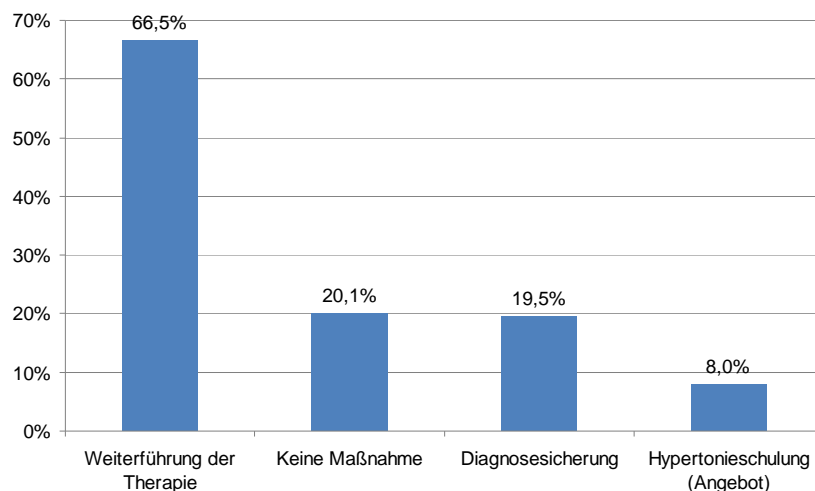


Abbildung 30: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten (N = 61.504), 2009.

Der Verdacht auf Hypertonie wurde bei rund einem Fünftel der Untersuchungen (21,5 %; Absolutwert: 74.160) festgestellt. In rund 43 % dieser Fälle wurde eine Diagnosesicherung angegeben, bei jedem Zehnten eine Weiterführung der Therapie und bei 9 % das Angebot einer Hypertonie Schulung. Bei 44,8 % der Fälle wurde keine Maßnahme angeführt (Abbildung 31). Damit wurden, bezogen auf die gesamte VU-Kohorte, bei rund 9 % (Absolutwert: 31.843) der VU-Untersuchungen der Verdacht auf Hypertonie und eine Diagnosesicherung dokumentiert, bei jeder zehnten Untersuchung (Absolutwert: 33.211) wurde keine Maßnahme angegeben.

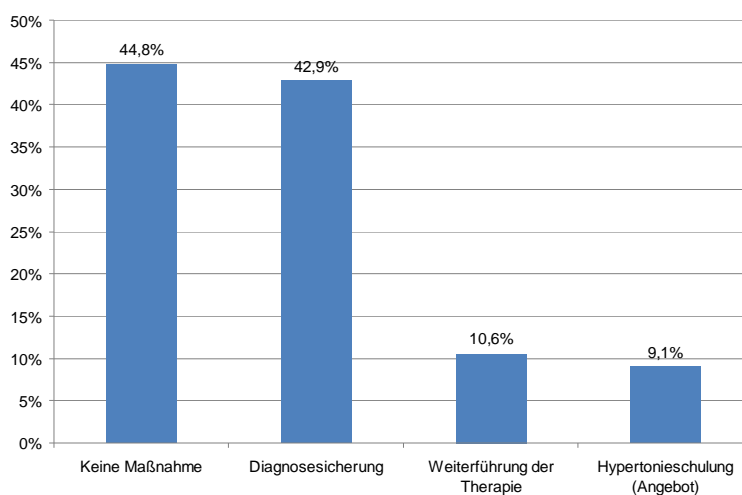


Abbildung 31: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Hypertonie (N = 74.160), 2009.

Ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko wurde bei 0,3 % der VU-TeilnehmerInnen bis 40 Jahren (Absolutwert: 255) dokumentiert. Als Maßnahmen wurden in 62 % der Fälle ein Gespräch und

bei 41 % eine Lifestyleintervention dokumentiert. In rund 28 % der Fälle wurde keine Maßnahme angegeben. Knapp ein Drittel der ab 40-Jährigen zeigten ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko (30,4%; Absolutwert: 77.798). Bei diesen Risikofällen wurde in 58 % der Fälle ein Gespräch, bei 21 % eine Lifestyleintervention und in 36 % der Fälle keine Maßnahme dokumentiert.

Bei Männern konnten bezüglich eines erhöhten kardiovaskulären Risikos höhere Prävalenzraten beobachtet werden als bei Frauen. Als mögliche Einflussfaktoren neben dem Geschlecht ließen sich Unterschiede bei den BMI- und Cholesterinwerten erkennen.

Ein manifester Diabetes mellitus konnte bei rund 6 % (Absolutwert: 21.571) der VU-TeilnehmerInnen festgestellt werden. Bei jeder/ jedem Zweiten wurde eine Weiterführung der Therapie dokumentiert, bei jeder/ jedem Sechsten eine Diagnosesicherung und bei 13,9 % eine Schulung. Bei rund einem Drittel wurde keine Maßnahme angegeben (Abbildung 32). Bezogen auf die gesamte VU-Kohorte wurden bei rund 3 % der VU-Untersuchungen (Absolutwert: 11.121) ein manifester Diabetes mellitus und als Maßnahme eine Weiterführung der Therapie angegeben, bei den übrigen 3 % der DiabetikerInnen war dies nicht der Fall (Absolutwert: 10.450).

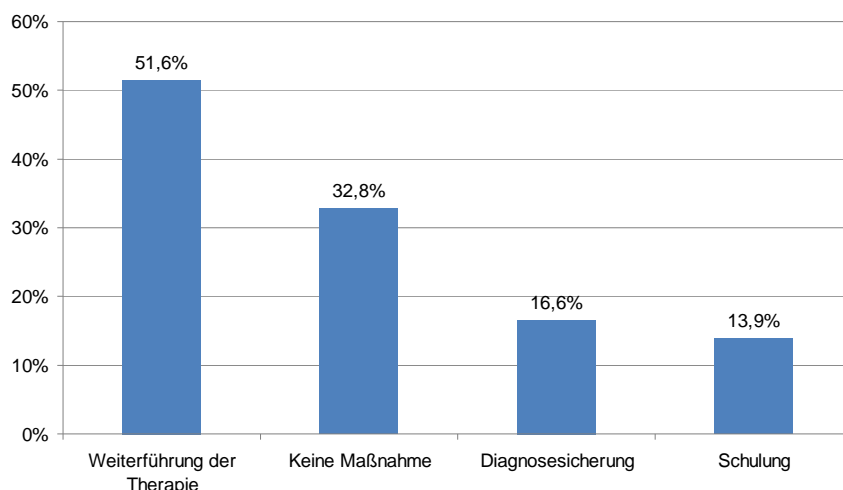


Abbildung 32: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Diabetes (N = 21.571), 2009.

Der Verdacht auf Diabetes wurde bei rund 2 % (Absolutwert: 7.812) der Untersuchungen gestellt. Eine Diagnosesicherung wurde bei gut jedem zweiten Verdachtsfall angegeben, bei 11,8 % eine Schulung und bei knapp 8 % eine Weiterführung der Therapie. Bei mehr als einem Drittel der Verdachtsfälle wurde keine Maßnahme dokumentiert (Abbildung 33). Damit wurden, bezogen auf die gesamte VU-Kohorte, bei 1,3 % (Absolutwert: 4.393) der VU-Untersuchungen

der Verdacht auf Diabetes und eine Diagnosesicherung dokumentiert, bei 0,8 % der Untersuchungen (Absolutwert: 3.419) wurde keine Maßnahme angegeben.

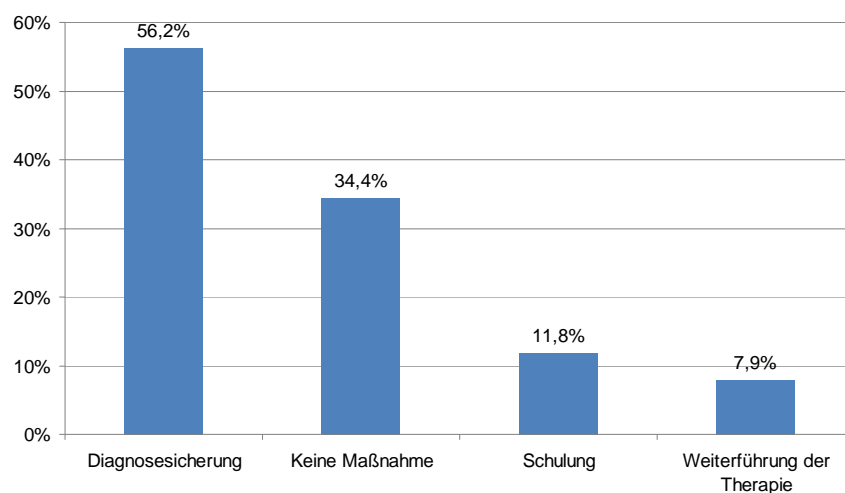


Abbildung 33: Maßnahmenverteilung bei VU-TeilnehmerInnen mit Verdacht auf Diabetes (N = 7.812), 2009.

Es zeigte sich, dass für jede/n vierte/n DiabetikerIn zwischen 40 und 60 Jahren zusätzliche Risikofaktoren wie Tabaksucht, erhöhter Blutdruck Hypercholesterinämie oder keine körperliche Bewegung dokumentiert wurden.

Bei jungen Frauen und Männern (18 bis 30 Jahre) mit (Prä)adipositas, d.h. mit einem BMI-Wert  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  (18- bis 30-jährige Frauen: über ein Viertel; 18- bis 30-jährige Männer: über ein Drittel) wurde in 40 % der Fälle keinerlei Maßnahme dokumentiert. Am häufigsten wurde bei den 51- bis 70-jährigen Männern und Frauen eine Ernährungsberatung angegeben (Abbildung 34 und Abbildung 35). Hinsichtlich der Reduktion von Übergewicht wurde damit, bezogen auf die gesamte VU-Kohorte, bei über 10 % der jungen Frauen (Absolutwert: 2.789) und Männer (Absolutwert: 3.003) im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung eine (Prä)adipositas festgestellt und keine Maßnahme (Bewegungs- und oder Ernährungsberatung) dokumentiert.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

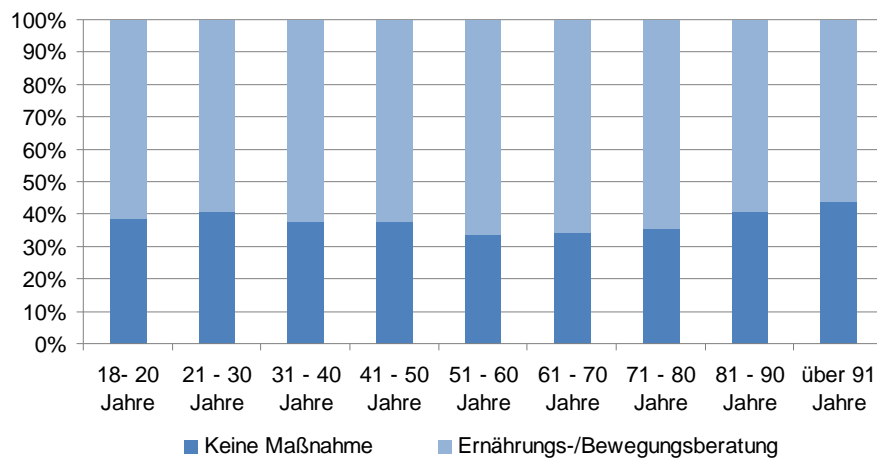


Abbildung 34: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit (Prä)adipositas (N = 100.827), 2009.

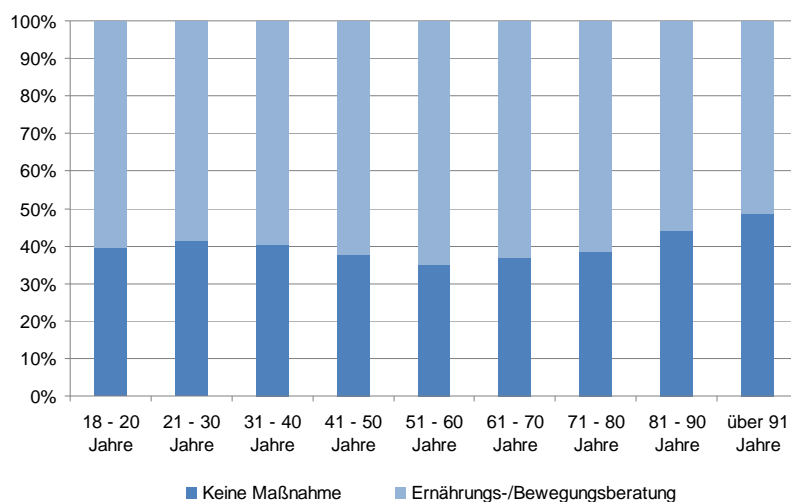


Abbildung 35: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern mit (Prä)adipositas (N = 103.753); 2009.

Hinsichtlich der Krebsfrüherkennung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung Neu wurde entgegen der Zielgruppendefinition laut den wissenschaftlichen Grundlagen (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, 2005, S. 135) bei einem hohen Prozentsatz von Frauen über 70 Jahren (jede Vierte; Absolutwert: 7.057) eine Überweisung zur Mammographie dokumentiert.

Bei mehr als jeder zweiten 40- bis 70-jährigen Frau (Absolutwert: 54.669) wurde ein fehlender BIRADS Befund angegeben. Bei rund einem Drittel dieser Fälle wurde eine Überweisung zur Radiologin/ zum Radiologen und bei rund zwei Drittel (Absolutwert: 35.540) keinerlei Maßnahme dokumentiert (Abbildung 36). Damit wurden, bezogen auf die VU-Kohorte, bei jeder



## Vorsorgeuntersuchung Neu

ritten 40- bis 70-jährigen VU-Teilnehmerin ein fehlender BIRADS Befund und keine Überweisung zur Radiologin/ zum Radiologen angegeben. Bei rund 42 % der 40- bis 70-jährigen Frauen wurde eine Beratung und Aufklärung vor einer Vorsorge-Mammographie durchgeführt.

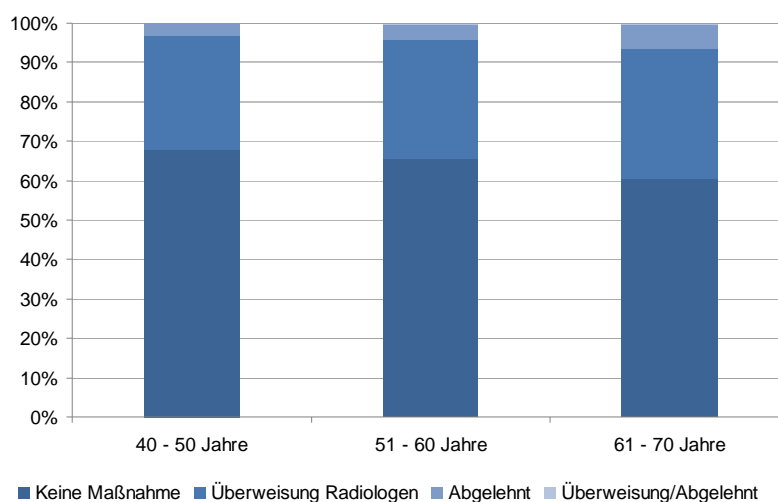


Abbildung 36: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem BIRADS Befund (N = 54.669), 2009.

Analog zur Mammographie wurde auch hinsichtlich des Zervixkarzinom-Screenings entgegen der Zielgruppendefinition laut den wissenschaftlichen Grundlagen (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, 2005, S. 116) zur Vorsorgeuntersuchung bei rund einem Viertel (Absolutwert: 6.726) der Teilnehmerinnen über 70 Jahren eine Überweisung zum Screening dokumentiert.

Ein fehlender PAP-Befund wurde bei zwei von drei der 21- bis 70-jährigen Frauen (Absolutwert: 90.440) festgestellt. Bei sieben von zehn (Absolutwert: 64.993) dieser Fälle wurde keine Überweisung dokumentiert (Abbildung 37). Bezogen auf die VU-Kohorte wurde damit bei fast jeder zweiten der 21- bis 70-jährigen VU-Teilnehmerinnen ein fehlender PAP-Befund dokumentiert, ohne dass eine Überweisung zur Gynäkologin/ zum Gynäkologen angegeben wurde. Bei 35 % der VU-Teilnehmerinnen wurde eine ärztliche Beratung vor dem Screening nach Zervixkarzinom dokumentiert.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

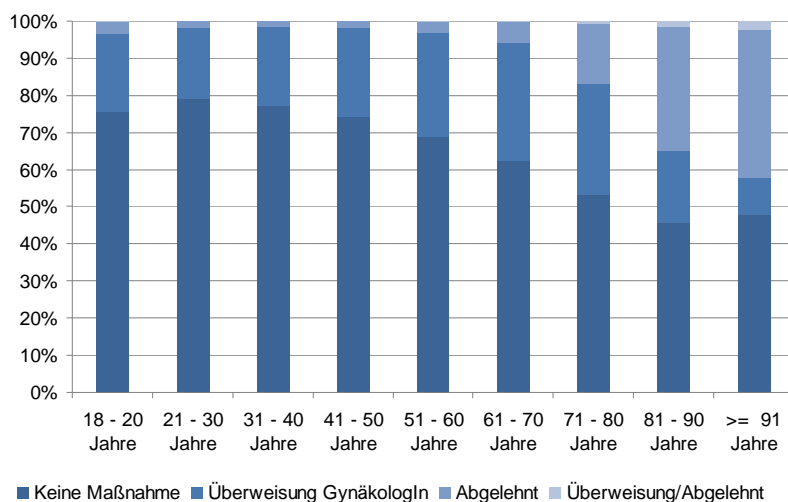


Abbildung 37: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen mit fehlendem PAP Befund (N = 109.583), 2009.

Hinsichtlich okkulten Blutes im Stuhl wurde im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung für rund 2 bis 3 % (Absolutwert Frauen: 2.517; Absolutwert Männer: 2.248) der TeilnehmerInnen ab 50 Jahren ein auffälliger Vorbefund dokumentiert. Keinerlei Maßnahmensetzung wurde bei gut zwei Drittel dieser Fälle angegeben (Abbildung 38 und Abbildung 39). Damit wurde, bezogen auf die VU-Kohorte, bei 1 bis 2 % der Untersuchungen (Absolutwert Frauen: 1.792; Absolutwert Männer: 1.611) ein auffälliger Vorbefund hinsichtlich okkulten Blutes ohne Überweisung dokumentiert. Eine ärztliche Beratung über die Vorsorge-Koloskopie wurde bei 64 % der VU-TeilnehmerInnen ab 50 Jahren durchgeführt.

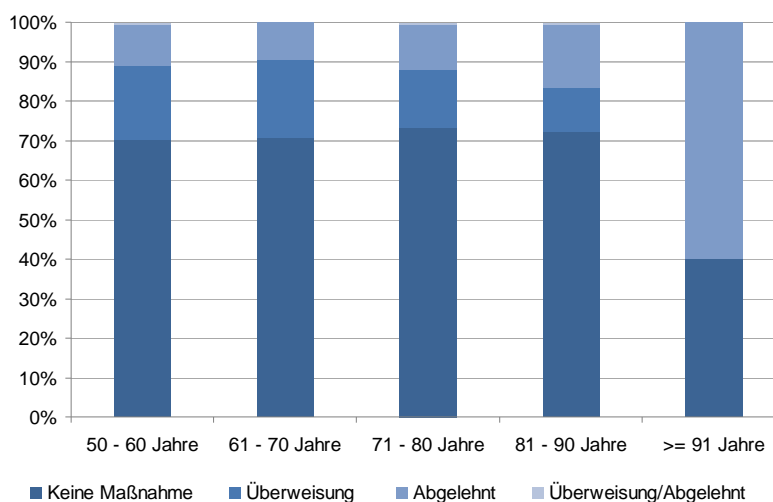


Abbildung 38: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmerinnen 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.517), 2009.

## Vorsorgeuntersuchung Neu

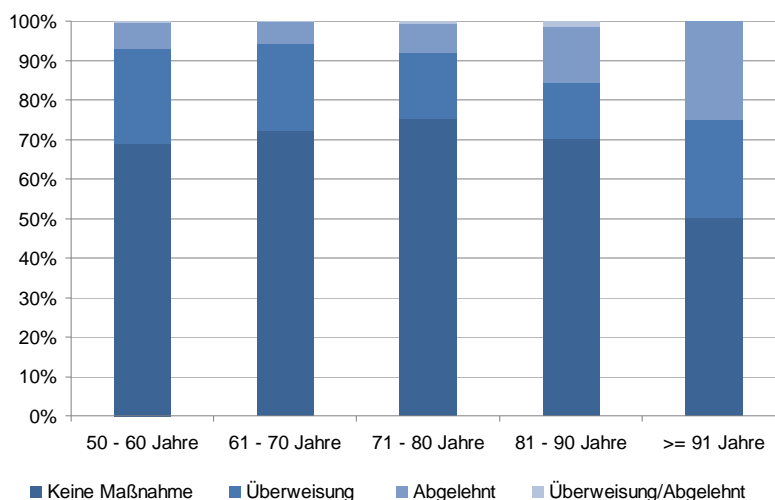


Abbildung 39: Maßnahmenverteilung bei VU Teilnehmern 50+ mit auffälligem Vorbefund bzgl. okkulten Blutes im Stuhl (N = 2.248), 2009.

Bei gut jeder zweiten Vorsorgeuntersuchung (52,5%; Absolutwert: 181.375) wurde der Alkoholfragebogen eingesetzt. Ein erhöhtes Risiko konnte bei weniger als einem Prozent der TeilnehmerInnen festgestellt werden (Abbildung 40). Unter den Erwartungen beziehungsweise der Prävalenz in anderen Erhebungen zum Risikofaktor Alkohol (Statistik Austria, 2007) blieb auch der Anteil der Personen mit einem mittleren Risiko (zirka 2-3%).

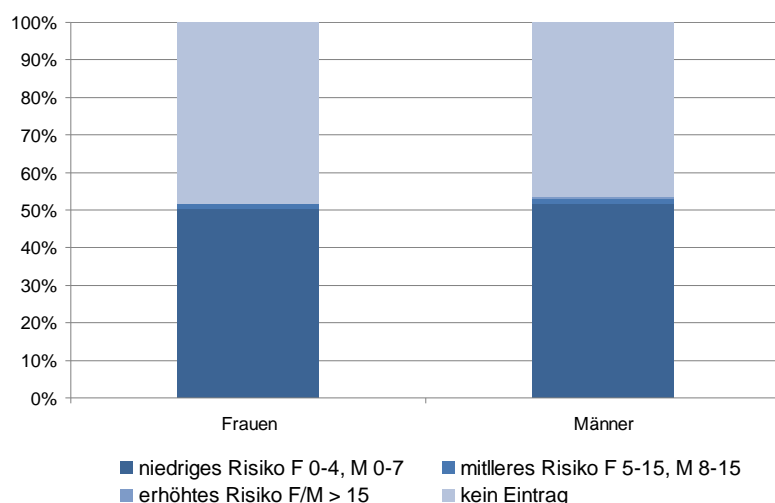


Abbildung 40: AUDIT Verwendung und Risikoverteilung (N = 345.496), 2009.

### 1.7.3.4 Schlussfolgerungen

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

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

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

Um die oben genannten Ziele zu erreichen, wurden in Workshops eines interdisziplinären Arbeitsteams, das vom Hauptverband koordiniert wird und die Beteiligung der Gesundheit Österreich GmbH, des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention und der SVC GmbH umfasst, Umsetzungsvorschläge erarbeitet. Diese Umsetzungsvorschläge sollen mit der Ärztekammer akkordiert und finalisiert werden. Das adaptierte Befundblatt wird im Rahmen einer Testphase, in der VU ÄrztInnen Änderungsvorschläge einbringen können, evaluiert und für die Einmeldung in der SVC GmbH finalisiert (Kapitel 1.2.2).

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

Im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurde für die Jahre 2009 bis 2013 die Schwerpunktsetzung Gesundheitsförderung und Prävention der Sozialversicherung von der Trägerkonferenz verabschiedet, die auch 2012 die Basis für die gesetzten Maßnahmen in diesem Bereich darstellt. Neben dem Lebensraum Betrieb und dem Lebensraum Schule, werden Orte der Langzeitbetreuung, die Zielgruppe der SeniorInnen sowie die inhaltlichen Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention in den kommenden fünf Jahren abgearbeitet. Als übergreifende Maßnahmen kommt den Themen gesundheitliche Ungleichheit und Capacity Building ein besonderer Stellenwert zu.

Entsprechend der Schwerpunktsetzung stellen der Lebensraum Schule und Betrieb auch im Rahmen der Mittelverwendung nach § 447h ASVG 2012 einen zentralen Schwerpunkt dar. Im Bereich der Tabakprävention wurden mit der finanziellen Unterstützung für den Betrieb des Rauchertelefons sowie mit gezielten Maßnahmen der Qualitätssicherung maßgeblich Initiativen gesetzt. Als Teil des Nationalen Aktionsplans Ernährung wurde in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der AGES das Projekt „Richtig Essen von Anfang an“ weitergeführt und der österreichweite Rollout von Ernährungsworkshops in den Bundesländern gemäß der Vorsorgestrategie der Bundesgesundheitskommission unterstützt. Im Bereich des Capacity Buildings wurden mit der Public Health Charta und begleitenden Maßnahmen Aktivitäten zur Forcierung von Public Health gesetzt. Begleitet wurden die Maßnahmen in der Gesundheitsförderung durch den wissenschaftlichen Beirat für Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus wurde mit dem Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ ein zentrales Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege abgeschlossen sowie Projekte zur Gesundheitsförderung bei SeniorInnen in vier Bundesländern unterstützt.

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

Die Zusammenarbeit zum Thema GESUNDE SCHULE mit dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde 2012 weitergeführt und an konkreten Maßnahmen weiterentwickelt. Neben kommunikativen Maßnahmen wie der Aktualisierung und Neuauflage der Broschüre „Gesunde Jause von Zuhause“ oder den Gesundheitsbüchern für Volksschulen, wurde mit dem „Dialog Gesunde Schule“ die Vernetzung und Kooperation der Akteure im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung weiter voran getrieben.

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

Als konkretes und neues Unterstützungsangebot der Servicestellen Schule wurde 2012 ein Bewegungsangebot für Volksschulen entwickelt, das ab 2013 österreichweit zur Verfügung steht. Unter dem Titel „Schule bewegt gestalten“ werden von Seiten der österreichischen Sozialversicherung Volksschulen bei der Implementierung von Bewegung in den Schulalltag unterstützt. Es soll die körperliche, emotionale, kognitive und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gefördert werden. Inhalte des Angebots sind:

- Bewegungsfreundliche Schulraumberatung
- Informationsveranstaltungen für Schulen
- Multiplikatorinnen-/Multiplikatorenschulung für schulische Akteure

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

#### **Entwicklung Kennzahlen für Betriebliche Gesundheitsförderung**

Betriebliche Gesundheitsförderung hat sowohl die Verbesserung der gesundheitlichen Situation als auch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen der Berufstätigen zum Ziel. Zur Erreichung dieses Zieles leisten die Sozialversicherungen durch Beratungstätigkeiten, Übernahme von Aufgaben und finanzielle Unterstützung einen großen Beitrag. Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung sollen dazu dienen, die Gesundheit der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene abzubilden und Veränderungen aufzuzeigen. Für das Management von Unternehmen gilt, dass Kennzahlen eine wichtige Funktion bei der Planung, Steuerung und Kontrolle von Aktivitäten erfüllen. Im Rahmen von BGF-Projekten sollte der betriebliche Gesundheitsbericht diese Aufgaben unterstützen.

Betriebliche Gesundheitsberichte stellen dabei keine spezielle Variante wissenschaftlicher Publikation dar, sondern sind dem gemeinsamen Ziel, verständliche und handlungsorientierte Darstellung von Gesundheitsinformationen zu liefern, verpflichtet, d.h. auch, dass möglichst viele Beschäftigte den Gesundheitsbericht verstehen und mit ihrer eigenen Gesundheit in Beziehung setzen können sollen.

Ausgehend von bisherigen Projekten erfolgte die Operationalisierung von Kennzahlen, für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung, um aus deren österreichweiten Einsatz im Rahmen

von BGF-Projekten Erkenntnisse für die Zukunft zu gewinnen.

### **Förderung der psychischen Gesundheit im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

Erklärtes Ziel der Österreichischen Sozialversicherung im Rahmen der Strategie psychische Gesundheit ist es unter anderem, Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit für unterschiedlichste Lebenswelten bzw. Settings zu entwickeln. Im Setting Betrieb ist es geplant die Betriebliche Gesundheitsförderung noch weiter auszubauen und den Aspekt der psychischen Gesundheit dabei noch stärker zu akzentuieren. Im Rahmen eines trägerübergreifenden Projektes, das 2012 gestartet wurde, werden folgende Ziele verfolgt.

- Ein erstes Projektziel ist es, ein trägerübergreifendes gemeinsames Verständnis betreffend der Definition von psychischer Gesundheit sowie zentraler Handlungsstrategien und Kriterien für Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Betrieb zu erarbeiten.
- Aufbauend darauf wird eine Erhöhung des Bekanntheitsgrads der vorhandenen Angebote der österreichischen Sozialversicherungsträger im Bereich psychischer Gesundheit angestrebt. In diesem Zusammenhang werden u.a. vorhandene trägerinterne Angebote recherchiert und diese im Rahmen der Projektkommunikation und –marketingaktivitäten des Projektes den Betrieben näher gebracht.
- Ein weiteres Ziel ist es, die betriebliche Handlungskompetenz zum Themengebiet der psychischen Gesundheit von zentralen betrieblichen Anspruchsgruppen (z.B. BGF-ProjektleiterInnen, Führungskräfte, Präventivfachkräfte, etc.) zu erhöhen. Dies soll einerseits durch die Verbreitung von praxisrelevanten Informationen für BGF-ProjektleiterInnen bzw. Präventivfachkräfte durch die Erarbeitung von Qualitätskriterien zur Selbstbeurteilung der betrieblichen Aktivitäten im Bereich psychischer Gesundheit („Mental Health Assessment“) sowie durch die Erstellung eines kurzen Handlungsleitfadens für die schrittweise Umsetzung von Projekten zur Förderung der psychischen Gesundheit erfolgen. Andererseits sollen für die wichtige Zielgruppe der Führungskräfte zu deren Sensibilisierung praxisrelevante Informationen rund um das Themenfeld psychische Gesundheit aufbereitet werden. Basierend auf den inhaltlichen Schwerpunkten der zielgruppenspezifischen Praxishilfen sollen in weiterer Folge die Handlungskompetenzen der erwähnten betrieblichen Stakeholder durch die Durchführung von Qualifizierungsveranstaltungen noch weiter vertieft werden.

### **Fehlzeitenreport 2012**

Mit dem Fehlzeitenreport 2012 wurde ein Element einer nationalen betrieblichen Gesundheitsberichterstattung aufgegriffen und inhaltlich vertieft. Neben einer Standard-

auswertung der Fehlzeiten nach Regionen und Branchen wurde im Rahmen des Schwerpunktthemas 2012 das Thema Unternehmenskultur und Gesundheit näher analysiert. Der Fehlzeitenreport 2012 ist unter [www.hauptverband.at/fokoop](http://www.hauptverband.at/fokoop) downloadbar.

### **1.8.3 Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention**

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

### **Qualitätssicherung der RaucherInnenentwöhnung**

Im Rahmen eines trägerübergreifenden Projektes zur Qualitätssicherung der RaucherInnenentwöhnung, das 2008 initiiert wurde, wurde 2012 der Einsatz des Minimal Data Sets für zukünftige trägerübergreifende Evaluierungen nachhaltig abgesichert sowie ein Curriculum für Gesundheitsprofessionen zur Raucherberatung und –entwöhnung pilotiert. In Zusammenarbeit mit ExpertInnen aus interessierten Sozialversicherungsträgern (NÖGKK, WGKK, OÖGKK, STGKK, VAEB, PVA) wurde damit im Auftrag des Hauptverbands ein weiterer Beitrag zur Qualitätssicherung für die Tabakentwöhnungsangebote innerhalb der Sozialversicherung geleistet.

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

Das von Bundesministerium für Gesundheit, AGES und Hauptverband 2008 initiierte Projekt „Richtig Essen von Anfang“ wurde 2012 weitergeführt. Basierend auf einem umfassenden Maßnahmenkatalog für Österreich, welcher gesundheitsfördernde Elemente stärkt und gesundheitsschädliche Elemente im Bereich Ernährung zurückdrängt, wurde auf nationaler und regionaler Ebene an der Umsetzung und Weiterführung einzelner Maßnahmen gearbeitet. Das österreichweite Rollout von Ernährungsberatung in der Schwangerschaft im Rahmen der Vorsorgestrategie der Bundesgesundheitskommission wurde maßgeblich begleitet. Aktuelle Ergebnisse sind unter [www.richtigessenvonanfang.at](http://www.richtigessenvonanfang.at) abrufbar.



### 1.8.5 Gesundheitsförderung für SeniorInnen und in der Langzeitbetreuung

Auf Basis des Strategieprojektes zum Thema Gesundheitsförderung bei SeniorInnen wurde die Umsetzung erster Pilotprojekte durch Sozialversicherungsträger unterstützt. Neben der Forcierung des Themas Gesundheitsförderung bei SeniorInnen wurde mit dem Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ ein Projekt in Kooperation mit der Wiener Gesundheitsförderung und dem Fonds Gesundes Österreich 2012 abgeschlossen.

Projektergebnisse sind:

- Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprojektes in drei SeniorInnenwohnhäusern unter Einbindung aller relevanten Zielgruppen
- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtstrategie in den drei Pilothäusern
- Sicherung der Nachhaltigkeit nach Projektabschluss
- Verbreiterung von Gesundheitsförderung im Setting Altenbetreuung und –pflege
- Entwicklung von Instrumenten zur Bedarfserhebung im Setting SeniorInnenwohnhaus
- Randomisierte kontrollierte Studie zur Mobilitätsintervention für BewohnerInnen

Die Projektdetails sowie Projektergebnisse sind unter [www.gesundheithatkeinalter.at](http://www.gesundheithatkeinalter.at) abrufbar.

### 1.8.6 Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialversicherung

#### Capacity Building

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

In Fortführung der bisherigen Initiativen wurde im Sinne eines umfassenden Capacity Buildings das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention beauftragt, in Abstimmung mit den Trägern Maßnahmen zu definieren, die im Sinne der PH-Orientierung umzusetzen wären. Die Ergebnisse 2012 sind in die SV-BSC 2013 übergeführt worden.

#### Weiterbildungsoffensive Public Health und Gesundheitsmanagement

In Weiterführung der Maßnahmen zur Weiterbildung im Sinne der Qualitätsentwicklung wurde 2012 die Teilnahme an Public Health Lehrgängen und Ausbildungen im Bereich Gesundheitsmanagement für MitarbeiterInnen der Sozialversicherung gefördert. Durch die

anteilige Förderung aus Mittel nach §447h ASVG konnte die Anzahl der Public Health ExpertInnen in der Sozialversicherung weiter gesteigert werden.

### Literatur

- AWMF. (2008). *Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie*. AWMF-Register-Nr. 046/001. Download vom 15.02.2012 von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/046-001\\_S2\\_Behandlung\\_der\\_arteriellen\\_Hypertonie\\_06-2008\\_06-2013.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/046-001_S2_Behandlung_der_arteriellen_Hypertonie_06-2008_06-2013.pdf)
- Chow, S-C.; Liu, JP. (2004). *Design and Analysis of Clinical Trials. Concepts and Methodologies*. (2nd ed.). U.S.: Wiley-Interscience.
- Hackl, F. et al. (2012). *The Effectiveness of Health Screening*. Linz: Johannes Kepler Universität.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2009). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Ärztebroschüre*. 2. Auflage. Download vom 15.02.2012 von [https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB89605\\_vu\\_neu\\_aerztebroschuere.pdf](https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB89605_vu_neu_aerztebroschuere.pdf)
- Hummer, M. (2009). *Socio-economic determinants of screening test participation*. (Diplomarbeit, Johannes Kepler Universität Linz).
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2011). *Abschlussbericht Projekt Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu*. Graz: Herausgeber.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2010). *Gemeinsame Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten der VU nach § 16 VU-GV*. Graz: Herausgeber.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (2010). *Gesamtbericht FOKO-Statistische Analyse*. Graz: Herausgeber.
- Raffle, A., Gray, J.A.M., Piribauer, F., Gartlehner, G., Mad, P. & Waechter, F. (2009). *Screening. Durchführung und Nutzen*. Bern: Hans Huber.
- Rieder, A., Rathmanner, T., Kiefer, I., Dorner, T. & Kunze, M. (2004). *Österreichischer Diabetesbericht 2004: Daten, Fakten, Strategien*. Wien.
- Statistik Austria (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Herausgeber.
- Statistik Austria (2012). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. Download vom 11. September 2012 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html)
- Swart, E.; Ihle, P. (2005). *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber.
- Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) (Hrsg.) (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz: Autor.